บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีจุดประสงค์เพื่อ ศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ร.พ. จุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้คือ

1. เพื่อศึกษา ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยของผู้ดูแลและปัจจัยของผู้ป่วยกับ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ตัวอย่างประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหญิงและชาย เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยในด้าน สุขภาพอนามัย การช่วยเหลือ ในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยจิตเภท ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และมารับการรักษาที่ ร.พ.จุฬา เป็นจำนวน 152 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

เพศ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 49.3

อายุ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีอายุอยู่ในช่วง 15 – 40 ปี เป็นร้อยละ 60.5

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.2

สถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 75.7

ระยะเวลาที่เป็นโรค พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาการเป็นโรคอยู่ในช่วง น้อยกว่า 10 ปี

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เพศ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75

อายุ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ อายุอยู่ในช่วง 41 –60 ปี

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่จะเป็น มารดา ร้อยละ 38.8

ระดับการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้น ประถมศึกษา เป็นร้อยละ 27.6

ศาสนา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.1

สถานภาพในครอบครัว พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 62.1

สถานภาพสมรส พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีสถานภาพที่แต่งงานแล้ว ร้อยละ 62.5

ภูมิลำเนา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 50.7

อาชีพ พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 41.4

รายได้ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 24.3

รายได้รวมทั้งครอบครัว พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 – 20,000 บาท และ 30,001 ขึ้นไป ร้อยละ 40

จำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีสมาชิกในครอบครัว เฉลี่ย 4 - 6 คน

ระยะเวลาในการดูแล พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 5 ปีขึ้นไป

ระยะเวลาที่ดูแลต่อวัน พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาที่ดูแลต่อวัน น้อยกว่า 8 ชั่วโมง

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คะแนนความรู้ของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 80.92 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 18.42 ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 0.65

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เฉลี่ยตามตัวแปรอิสระที่ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน จะมีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ดูแลผู้ป่วยที่เรียนในระดับปริญญาตรีจะมีระดับคะแนนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มัธยมต้น และมัธยมปลาย

ในด้านสถานภาพสมรส ที่แตกต่างกัน จะมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยสถานภาพโสดจะมีคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ดูแลที่แต่งงานและหย่าร้าง

ในด้าน อายุของผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน จะมีระดับความรู้ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 โดยอายุผู้ดูแลที่อายุอยู่ในช่วง 15 –40 ปี จะมีคะแนนความรู้สูงกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 41 –60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ในด้าน เพศ อาชีพ รายได้ รายได้รวมของทั้งครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลต่อวัน ระยะเวลาที่เป็นโรค ศาสนา ภูมิลำเนา สถานภาพในครอบครัว มีความรู้ไม่แตกต่างกัน

3. เจตคติที่ผู้ดูแลผู้ป่วยมีต่อผู้ป่วย

พบว่า คะแนนเจตคติของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.86 ระดับดี คิดเป็นร้อยละ 19.73 ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 20.39

ตัวแปรทุกตัวได้แก่ เพศ / อายุ / ศาสนา / ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / อาชีพ / รายได้ / รายได้รวมของครอบครัว / ระดับการศึกษา / ระยะเวลาที่เป็นโรค / ระยะเวลาในการดูแล ระยะเวลาใน

การดูแลต่อวัน / สถานภาพสมรส / สถานภาพในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเจตคติของผู้ป่วยไม่แตกต่างกัน

4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 54.6 ระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 32.89 ระดับต่ำคิดเป็นร้อยละ 12.50

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลกับตัวแปรที่ศึกษาพบว่า เพศของผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยเพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่าเพศชาย

เมื่อเปรียบเทียบระยะเวลาที่ดูแลต่อวัน ที่แตกต่างกัน พบว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ผู้ดูแลที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 16 ชั่วโมงขึ้นไป จะมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่า ผู้ที่ใช้ระยะเวลาในการดูแล น้อยกว่า 8 ชั่วโมง ต่อวัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนตัวแปรอื่นเช่น อายุ / ศาสนา / ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย / อาชีพ / รายได้ / รายได้รวมของครอบครัว / ระดับการศึกษา / ระยะเวลาที่เป็นโรค / ระยะเวลาในการดูแล / สถานภาพสมรส / สถานภาพในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ เจตคติ และ พฤติกรรมการดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อย (r = 0.313) กับเจตคติของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 อายุเฉลี่ย 49.764 ปี ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับ สุพิทยา สังฆะพิลา ซึ่งพบว่าญาติผู้ดูแลเป็นเพศหญิงที่มีอายุ ตั้งแต่ 46 ปีขึ้นไป และสอดคล้องกับ ทีปประพิน สุขเขียว [49] และ สถิตย์ วงศ์สุรประกิต [50] ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงซึ่งมีอายุ 41-60 ปี เช่นกัน ส่วนในด้านความสัมพันธ์ของผู้ป่วยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 38.8 ซึ่งสอดคล้องกับ รัตติกร เมืองนาง และวิไลวรรณ บุญเรือง ซึ่งอธิบายว่าเพศแม่เป็นเพศที่ถูกสังคมคาดหวังว่าจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัวในเรื่องสุขภาพอนามัย และ นันทนา รัตนากร [51] ซึ่งพบว่า มารดามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว ตามลักษณะของสังคมไทย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา มารดามักเป็นผู้ที่คอยดูแลและนำส่งโรงพยาบาลเสมอ แต่ไม่สอดคล้องกับสลิลลา มากะจันทร์ และไพบูลย์ วงศ์ใหญ่ ซึ่งพบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นพี่น้อง ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และอาจเป็นจากผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดาอายุเฉลี่ย 50 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ส่วนใหญ่จะเริ่มพักผ่อนจากการทำงาน และอยู่บ้านดูแลลูก ๆ หลาน ๆ และครอบรัว ซึ่งสอดคล้องกับ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ส่วนในด้านระดับการศึกษาขั้นสูงสุดของผู้ดูแลและยังคงเป็นระดับประถมศึกษา ร้อยละ 27.6 ซึ่งสอดคล้องกับ วรกช นิธิกุล [52] , สลิลลา มากะจันทร์ และ สุพิทยา สังฆะพิลา ส่วนสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลมีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.703 คน ซึ่งสอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง และปรีด์หทัย แก้วมณีรัตน์ ซึ่งพบว่าสมาชิกของผู้ดุแลมี 4-5 คน และสถานภาพในครอบครัว พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ รัตติกร เมืองนาง แต่ไม่สอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง ซึ่งพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสถานภาพเป็นหัวหน้าครอบครัว ส่วนรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอื้ออารีย์ สาลิกา

2. ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 50.7 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอื้ออารีย์ สาริกา และ เกษม ตันติผลาชีวะ [53] ซึ่งในระบาดวิทยาของโรคจิตเภทก็พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง และจะเกิดกับคนวัยรุ่นหรือ

หนุ่มสาวเริ่มตั้งแต่อายุยังน้อย และระยะที่เป็นโรค ซึ่งงานวิจัยครั้งนี้พบว่าระยะเวลาที่เป็นโรคเฉลี่ย 9.0430 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ซึ่งตรงกับระบาดวิทยาซึ่งบอกว่าโรคนี้ส่วนมากจะมีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง

ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทและในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.4 ขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เช่น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ตอบผิดในข้อที่ โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาไม่ค่อยสูง จึงทำให้ยากที่จะเข้าใจความหมายของคำว่าการถ่ายทอดทางพันธุกรรมก็เป็นได้ หรืออาจเกิดจากผู้ดูแลมีความเข้าใจว่าโรคจิตเภทเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ ที่อาจไม่ตรงกับความเป็นจริง เช่น เกิดจากสิ่งเหนือธรรมชาติ อาทิ ภูตผีปีศาจ เป็นต้น ซึ่งพบว่าสอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง ที่พบว่า ผู้ดูแลไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้เช่นกัน

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเข้าใจผิดว่า ควรตามใจผู้ป่วยทุกอย่างเพื่อไม่ให้เกิดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง ซึ่งกล่าวว่า เป็นความเข้าใจผิดของญาติที่คิดว่าถ้าขัดใจผู้ป่วยและจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง จริง ๆ แล้วสิ่งใดที่อธิบายให้ผู้ป่วยฟังได้ก็ควรอธิบายไม่ควรตามใจผู้ป่วยทุกอย่างเหมือนเด็ก โดยเฉพาะในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ถ้าผู้ดูแลยิ่งไปสนับสนุนผู้ป่วย หรือตามใจ ให้ผู้ป่วยทำตามสิ่งที่ผู้ป่วยหลงผิดแล้วนั้น ก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงกว่าเดิม ทางที่ดีญาติควรอธิบายให้ผู้ป่วยฟังตามสมควร แต่ถ้าผู้ป่วยอยู่ในอารมณ์ที่โกรธหรือไม่รับฟัง ญาติก็ควรเฉย ๆ ไว้ก่อน นอกจากนี้ญาติไม่จำเป็นต้องเข้าไปช่วยเหลือให้ผู้ป่วยในทุก ๆ เรื่อง จะทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนขาดความรับผิดชอบ และเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกรับผิดชอบตัวเองบ้าง เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยพึ่งพิงเราตลอดไป

ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะตอบผิดเกี่ยวกับเรื่องที่ผู้ป่วยมักให้ความสนใจเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นความเข้าใจผิด ซึ่งสอดคล้องกับ รัตติกร เมืองนาง และวิไลวรรณ บุญเรือง ซึ่งกล่าวไว้ว่าความเข้าใจผิดของผู้ดูแล มีความเข้าใจที่ผิด ซึ่งตามความจริงแล้วแล้วผู้ป่วยจะมีความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมต่ำ ผู้ป่วยมักมีโลกส่วนตัว มักจะแยกตัว ซึ่งผู้ดูแลมักไม่สามารถเข้าใจหรือ สังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านั้นได้ นอกจากพฤติกรรมที่ผิดปกติเหล่านั้นจะมารบกวนตนเองหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ผู้ดูแลจะสังเกตเห็นส่วนใหญ่ จะเป็นอาการทางบวก เช่น อาละวาด เดินไปเดินมา พูดตลอดเวลา ก้าวร้าว ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของ Ngamthipwatthana , T (1998) [55] ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ผู้ดูแลนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล เนื่องจากพฤติกรรมที่ก้าวร้าว รุนแรงของผู้ป่วย เช่น อาการหลงผิด พฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายตนเองและผู้อื่น ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ดูแลอาจละเลยอาการทางด้านลบของผู้ป่วยไป ชะฤทธิ์ พงศอนุตรี ได้กล่าวถึงอาการแยกตัวของผู้ป่วยไว้ว่า ญาติถ้าเห็นผู้ป่วยซึมเฉย เฉื่อยชา และแยกตัวอยู่ในห้องทั้งวัน พึงรู้ไว้ว่านั้นเป็นสิ่งผิดปกติที่ต้องช่วยกระตุ้นผู้ป่วยบ่อย ๆ หางานให้ผู้ป่วยทำ ได้ออกกำลังกาย ได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บ้าง

ส่วนใหญ่แล้วญาติจะมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับอาการทางบวกของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยโรคจิตมักไม่ค่อยรู้ตัว ควบคุมตนเองได้ยาก ผู้ป่วยโรคจิตมีความคิดที่ไม่เป็นจริง เช่น คิดว่ามีคนมาทำร้าย ผู้ป่วยโรคจิตมักพูดจาคนเดียว พูดไม่ต่อเนื่องและใช้คำพูดแปลก ๆ ที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ และผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่ผู้อื่นมองไม่เห็น รวมถึง ผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่า การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจถึงอาการของโรคและผลข้างเคียงของยานั้น เกิดจากประสบการณ์ตรงที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยและใกล้ชิดผู้ป่วยทุกวัน รวมถึงการได้คำแนะนำจากแพทย์เรื่องยา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ รัตติกร เมืองนาง ซึ่งพบว่า ญาติมีความเข้าใจเกี่ยวกับ ผลข้างเคียงของยาได้ถูกต้อง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยและจากการสังเกตและการอ่านฉลากยา ซึ่งทั้งหมดนี้จะเห็นว่าญาติส่วนใหญ่จะมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการทางบวกมากกว่า จะไม่ค่อยทราบเกี่ยวกับอาการทางลบและสาเหตุของการเกิดโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ชฎาพรรณ รัตนติกานท์ [36] ซึ่งพบว่า ญาติจะทราบถึงอาการเด่น ๆ ของโรคจิตแต่ไม่ทราบสาเหตุ ซึ่งเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีอาการพูดจาผิดปกติ มีอาการหลงผิด ญาติจะมาพบแพทย์ทันที

ส่วนเรื่องการหยุดยาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลงแล้ว พบว่า ญาติผู้ดูแลประมาณ ร้อยละ 30 ยังมีความเข้าใจผิดอยู่ เนื่องจากการที่ญาติขาดความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาทางจิตเวช ซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชนี หัตถพนม ซึ่งพบว่า เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีเภสัชบำบัด ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้าน ทำให้มีอาการกำเริบ และเป็นผลให้ต้องกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีก และสอดคล้องกับ สลิลลา มากะจันทร์ ซึ่งพบว่า ญาติส่วนใหญ่คิดว่าเมื่อผู้ป่วย มีอาการดีขึ้น จะสมารถลดหรือเลิกรับประทานยาได้เอง แต่ไม่สอดคล้องกับ ไพบูลย์ วงศ์ใหญ่ ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลสูงถึง 70% ทราบว่าเมื่อผู้ป่วยขาดยานาน มักมีอาการกำเริบขึ้นอีก รู้ว่าผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งทุกวัน อย่าหยุดยาเอง

และจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลยังมีความเข้าใจผิดในเรื่อง เมื่อผู้ป่วยมีความคิดหวาดระแวง ควรบังคับหรือโต้เถียงให้ผู้ป่วยเลิกคิด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สลิลลา มากะจันทร์ และ Creer and Wing ซึ่งพบว่า ญาติมีความเครียดจากการถูกรบกวนในเวลากลางคืนจากอาการหลงผิดของผู้ป่วย ซึ่งญาติไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรดี จะเห็นด้วยไปกับความคิดที่ผิดปกติของผู้ป่วยดีหรือไม่ ถ้าแสดงอาการเห็นด้วยไปกับความคิดของผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ห่างไกลจากความเป็นจริงมากขึ้นหรือไม่ หรือควรบอกความเป็นจริงและให้ผู้ป่วยเลิกคิด ซึ่ง วรกช นิธิกุล ได้ให้ความคิดเห็นว่า อาการหลงผิดของผู้ป่วยจิตเภท สามารถรักษาได้ด้วยยา การแนะนำญาติให้ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง จะช่วยรักษาไม่ให้มีอาการหลงผิดได้ วิธีปฏิบัติของญาติ คือ ถ้าไม่รุนแรง และความคิดหลงผิดนั้นไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ผู้อื่นและตัวผู้ป่วย ญาติอาจเพิกเฉย ไม่โต้แย้ง หรืออาจรับฟังความคิดของผู้ป่วยด้วยความเห็นใจ ถามเหตุผลที่ผู้ป่วยทำไมถึงคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังหรือโกรธแสดงว่าผู้ป่วยยังอยู่ในสภาพที่ไม่พร้อมจะเข้าใจหรือรับฟัง ก็ไม่ควรบังคับ ญาติอาจเฉย ๆ ไว้ก่อน นอกจากนี้ การให้ผู้ป่วยได้ทำอะไรเล็ก ๆ น้อย ๆ อยู่อยู่ว่างจนเกินไป ทำอะไรให้เพลิดเพลินก็อาจจะลดอาการหลงผิดได้ แต่ถ้าความคิดหลงผิดนั้นเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและผู้ป่วย ควรรีบนำไปพบแพทย์ทันที และกรมสุขภาพจิตได้พูดถึงการปฏิบัติของญาติเมื่อผู้ป่วยมีอาการหวาดระแวงไว้ว่า เมื่อผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย ถ้าญาติพยายามเข้าไปอธิบายว่ามันไม่จริง ไม่มีใครมาทำร้ายด้วยเหตุผลต่าง ๆ ก็ไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น เพราะผู้ป่วยจะรู้สึกว่าเราไม่เข้าใจ ไม่เชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ในทางกลับกัน ญาติควรรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด โดยไม่ส่งเสริมอาการหลงผิดของผู้ป่วย และแสดงท่าทีที่เห็นใจในความกลัวของผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยสงบได้

ส่วนเรื่องที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ECT มีความสอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง , สุชาติ ตรีทิพย์คุณ และธนู ชาติธนานนท์ [56] ที่กล่าวว่าเนื่องจากโรงพยาบาลบางแห่งยังไม่มีการทำ ECT และผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมักมีทัศนคติไม่ดีเกี่ยวกับการทำ ECT เพราะเหมือนกับเป็นการรักษาที่อันตราย และน่ากลัว และอีกประการหนึ่งที่ญาติยังขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วย ECT เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่ใช้น้อยกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง เช่น ก้าวร้าว อาละวาด เป็นต้น

ส่วนปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษามีผลทำให้ความรู้ในเรื่องจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งผู้ดูแลมีการ

ศึกษาระดับสูงนั้น จะมีผลต่อความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยได้ เนื่องจากผู้ที่มีการศึกษากีกว่ามักจะมีโอกาสได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ มากกว่า รวมถึงผู้ที่มีการศึกษาที่ต่ำมักไม่มีโอกาสได้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลที่ถูกต้อง จึงมักมีโอกาสที่จะไม่ทราบถึงอาการ สาเหตุ รวมถึงการดูแลผู้ป่วยหรืออาจเข้าใจผิดไปจากความจริง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรกช นิธิกุล ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่มีการศึกษา จะขาดความรู้ ความเข้าใจ สภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โอกาสที่สมาชิกจะแสดงสีหน้า ท่าทาง และคำพูดที่ไม่ดีกับผู้ป่วยมากขึ้น และคนที่มีการศึกษาดีมักจะตื่นตัว และตั้งข้อสังเกตในอาการของผู้ป่วยมากกว่า และพยายามทำความเข้าใจกับอาการของผู้ป่วย และผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าจะรู้หนังสือมากกว่าทำให้หู ตากว้างขวางรู้อะไรมากขึ้นและการศึกษาของ DenZin และคณะ [57] ที่ศึกษาผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโคลัมเบีย ในปี ค.ศ. 1959 จำนวน 376 ราย พบว่าผู้ที่กลับมารักษาว่าส่วนมากเป็นชนชั้นต่ำ ที่มีการศึกษาต่ำระดับประถมและครอบครัวผู้ดูแลก็มีการศึกษาต่ำ แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจต่อโรคน้อย

ส่วนปัจจัยด้านอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ อายุที่แตกต่างกันจะมีผลให้ความรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งอายุที่น้อยจะมีคะแนนความรู้ที่ดีกว่า ซึ่งอธิบายได้ว่า คนรุ่นหลังมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดุแลที่ดีกว่า เพราะคนที่มีอายุน้อยซึ่งเป็นคนรุ่นหลังจะมีโอกาสได้อยู่ในสถาบันการศึกษานานกว่า และมีการศึกษาภาคบังคับที่มีระดับสูงขึ้น รวมถึงมีระดับการศึกษาที่สูงกว่าคนรุ่นก่อนหรือคนที่มีอายุมากกว่า และเนื่องจากคนที่มีอายุน้อย มีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ ได้มากกว่าคนที่มีอายุมากกว่า เช่น การดูโทรทัศน์ การอ่านหนังสือพิมพ์ หรือการค้นคว้าจากบทความต่าง ๆ รวมถึงการหาความรู้จาก Internet

<u>เจตคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท</u>

จากงานวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีเจตคติอยู่ในระดับกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.86 และพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลก็จะมีเจตคติในทางบวกต่อผู้ป่วยในหลาย ๆ ข้อ จาก แบบสอบถาม ดูได้จากตารางที่ 12 เช่น ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลเอาใจใส่ ญาติเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย และญาติสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในบ้าน อันสอดคล้องกับงานวิจัยของ รติกร เมืองนาง ซึ่งพบว่า เจตคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ ต. สกุล ซึ่งพบว่าญาติรู้สึกเป็นภาระเมื่อมีผู้ป่วยอยู่ร่วมกัน

แต่ถึงอย่างไรก็ดีผู้ดูแลก็ยังมีเจตคติในทางลบกับผู้ป่วยอยู่ไม่น้อย เช่น รู้สึกว่าพฤติกรรมที่ไม่ปกติของผู้ป่วยรบกวนและผู้ป่วยทำอะไรไม่ถูกใจ ผู้วิจัยคิดว่าเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง และผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติ ทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และการตัดสินใจ จึงทำให้ผู้ป่วยทำอะไรไม่รู้ตัวหรือยากต่อการควบคุม จึงทำให้พฤติกรรมของผู้ป่วยไปรบกวนญาติโดยไม่รู้ตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรกช นิธิกุล ซึ่งพบว่า ญาติผู้ป่วยจะมีระดับความเครียดปานกลาง ในเรื่องผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำหรือตามคำบอกกล่าวของญาติ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวบางคนมีสีหน้า ท่าทาง คำพูดที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจนำไปสู่สัมพันธภาพทางลบในครอบครัวได้ และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ผิดปกติของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการถอยหนีออกจากสังคม ท่าทีที่เฉยเมยเหมือนไม่ตอบสนองต่อสิ่งใด ญาติ ๆ อาจไม่เข้าใจพฤติกรรมเหล่านี้ ทำให้เกิดรำคาญ คับข้องใจ ตลอดจนรู้สึกอับอายที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมแปลก ๆ ต่อหน้าผู้อื่นขณะที่ญาติอยู่ด้วย การช่วยให้ญาติผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งอาการของโรคที่แสดงออกมาในรูปพฤติกรรมที่แปลก ๆ จะช่วยลดความเครียดและความรู้สึกไม่พอใจต่อผู้ป่วยได้ โดยการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตนี้แก่ญาติ ตลอดจนแนะนำให้ญาติสร้างความเข้าใจและความเมตตาต่อผู้ป่วย ญาติจำเป็นต้องอดทน มีเมตตาและเสียสละ และต้องยอมรับให้ได้ว่าโรคทางจิตนี้เป็นโรคที่เรื้อรัง ผู้ป่วยมักจะไร้สมรรถภาพการที่ญาติใส่อารมณ์กับผู้ป่วยไปก็ไม่มีประโยชน์ มีแต่จะทำให้อาการของผู้ป่วยทรุดและกำเริบ นอกจากนั้น ยังทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีตามมาด้วย ดังนั้นญาติซึ่งคอยดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องคอยสังเกตอารมณ์ของตนเองที่เกิดขึ้น คือมีความรู้ตัวว่าขณะนั้นเรากำลังรู้สึกอย่างไร การหมั่นสังเกตอารมณ์ จะทำให้ญาติสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม และยังช่วยผ่อนคลายความรู้สึกทางลบและความเครียดของญาติได้ด้วย

ส่วนพฤติกรรมของผู้ป่วยที่รบกวนญาติ ก็เป็นอีกปัญหาหนึ่ง ซึ่งพบว่า ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังคงมีเจตคติทางลบเช่นนี้กับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ วรกช นิธิกุล ที่พบว่าการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่นอนตอนกลางคืน มีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น และการที่ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดต่าง ๆ การมีพฤติกรรมก้าวร้าว การแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตร การทะเลาะเบาะแว้งกับคนในครอบครัว จะทำให้ญาติรู้สึกเครียด ทั้งญาติจะต้องรู้สึกเครียดมากขึ้นเมื่อต้องคอยเฝ้าดูว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเมื่อใด สำหรับการไม่นอนตอนกลางคืนของผู้ป่วยก็เป็นเหตุให้รบกวนผู้ดูแล ซึ่งพฤติกรรมการนอนของผู้ป่วยจะรบกวนญาติในเวลากลางคืน เนื่องจากผู้ป่วยชอบนอนกลางวัน เวลากลางคืนจะส่งเสียงดัง หรือบางทีเปิดเพลงดัง พูดคนเดียวในเวลากลางคืน ทำให้สมาชิกบาง

คนหลับไม่เพียงพอ ทำให้เกิดอาการหงุดหงิด รำคาญและทำให้เกิดความเครียดตามมา (เอื้ออารีย์ สาลิกา) กรมสุขภาพจิตได้กล่าวถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่รบกวนญาติที่พบบ่อยมีดังต่อไปนี้ - อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย

- หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าว
- อยู่ในโลกของตนเอง ไม่เข้าใจการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เช่น การเปิดวิทยุเสียงดังไม่เกรงใจผู้อื่นในตอนกลางคืน
- ไม่สนใจการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองเกียจค้าน ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง
- ออกนอกบ้านเดินเรื่อยเปื่อย
- นอนหลับเกือบทั้งวัน
- ตะโกนส่งเสียงดัง พูดคำหยาบ
- ดูโทรทัศน์เกือบทั้งวัน
- รับประทานอาหารมูมมาม เป็นต้น

วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย คือ ญาติต้องยอมรับความจริงที่ว่าการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดกับทุกคนในบ้าน เนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่แน่นอนของผู้ป่วยและจาการที่ผู้ป่วยไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น ดังนั้นญาติควรจัดการเป็นขั้นตอนดังนี้

- ญาติควรทำความเข้าใจและยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยและควรหลีกเลี่ยงการคัดค้าน หรือยืนยันเมื่อเห็นว่าเป็นไปไม่ได้
- รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ รวมถึงให้ความรัก ความอบอุ่นแกผู้ป่วยตามสมควร
- หลีกเลี่ยงการแสดงอาการโกรธ เกลียด รำคาญ ไม่ควรตำหนิหรือจับผิดโดยไม่มีเหตุผล
- หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ในครอบครัว หรือวิวาทกันในครอบครัว เพราะการแสดงอารมณ์จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว

ส่วนเจตคติที่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระที่หนัก ในการวิจัยครั้งนี้ มีผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเห็นด้วยและเห็นด้วยมากที่สุดถึง 66.44 % ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรู้สึกของผู้ดูแลซึ่งต้องรับผิดชอบชีวิตของผู้ป่วยตลอดเวลา ไม่ว่าจะเป็นภาระเรื่องการดูแลชีวิตประจำวันผู้ป่วย เรื่องการกินยา ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ต้องคอยตื่นมาดูผู้ป่วยตอนดึก ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิด หรือต้องคอยเป็นห่วงผู้ป่วยตลอดเวลาว่าผู้ป่วยจะเดินหนีออกจากบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอื้ออารีย์ สาลิกา ซึ่งพบว่าสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดมาก

ที่สุด คือ สถานการณ์ที่ต้องจัดการเมื่อผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น เมื่อมีภาวะหลงผิดหวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน ซึ่งสถานการณ์เหล่านี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต้องจัดการเมื่อมีพฤติกรรมแปลก ๆ ที่พบ นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการฟื้นฟูความสามารถของผู้ป่วย เช่น ฝึกให้ผู้ป่วยพูด ฝึกแปรงฟัน ก็เป็นภาระของผู้ดูแลด้วย จากการที่ผู้ป่วยไม่สนใจหรือไม่กระตือรือร้นที่จะหางานทำ ญาติผู้ดูแลจึงมีความห่วงกังวลต่อชีวิตผู้ป่วยในอนาคต ซึ่งผู้ป่วยต้องเป็นภาระของครอบครัวตลอดไป นอกจากนี้ภาระที่หนักในเรื่องค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ตลอดจนค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง และผู้ป่วยยังไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้ทำให้สูญเสียรายได้ของครอบครัว และครอบครัวจะต้องดูแลผู้ป่วยในเรื่องของอาหารการกิน ค่ายาที่ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องเป็นปี ๆ (สมภพ เรืองตระกูล , 2528)

แต่ถึงอย่างไรในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลจำนวนมากถึงร้อยละ96.68 ตอบว่ารู้สึกเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแม้การดูแลผู้ป่วยจะมีความยากลำบาก และถือเป็นภาระที่หนักมากเพียงใด ญาติก็มีความเป็นห่วงเป็นใยผู้ป่วย สืบเนื่องจากความผูกพันในครอบครัว ทำให้ญาติก็ยังรักและเป็นห่วงผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ และวรกช นิธิกุล ที่พบว่า ญาติมีความกังวลว่าอนาคตผู้ป่วยจะดำเนินต่อไปอย่างไรและเป็นห่วงว่าถ้าญาติเสียชีวิตไปไม่รู้ว่าใครจะมาดูแลผู้ป่วยแทน

จากการวิจัยในครั้งนี้ไม่พบปัจจัยของผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเจตคติของผู้ดูแล

<u>ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</u>

พบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับดี ร้อยละ 54.60 เมื่อพิจารณาตามตัวแปรต่าง ๆ เช่น ตัวแปรทางด้านเพศ ซึ่งในผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า เพศที่แตกต่างกัน มีผลทำให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถติ โดยพบว่า เพศหญิงจะมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับรายงานวิจัยในต่างประเทศและในประเทศไทยหลายฉบับ เช่น ชนิดา มณีวรรณ ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน เป็นแม่บ้าน ซึ่งผู้วิจัยมีความคิดเห็นว่า การที่เพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่า เนื่องจาก ผู้หญิงซึ่งเป็นเพศแม่ น่าจะมีความสามารถในการดูแลได้ดีกว่า ซึ่งจากการที่เพศหญิงต้องมีบทบาทเป็นแม่ซึ่งต้องมีหน้าที่เลี้ยงดูบุตรมากกว่าเพศชายอยู่แล้ว ซึ่งทำให้เพศหญิงน่า

จะมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีกว่า อีกประการคือ เพศหญิงเป็นเพศที่ถูกสังคมคาดหวังว่าจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลบุคคลที่เป็นสมาชิกครอบครัวในเรื่องสุขภาพอนามัย และ นันทนา รัตนากร กล่าวไว้ว่า มารดามีบทบาทและหน้าที่ในการดูแลทุกข์สุขของสมาชิกในครอบครัว ตามลักษณะของสังคมไทย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วยขึ้นมา มารดามักเป็นผู้ที่คอยดูแล และจากบุคลิกภาพของเพศหญิงด้วยแล้ว ซึ่งมีความอ่อนโยน นุ่มนวล มีระเบียบ และรอบคอบกว่า และส่วนใหญ่แล้วอาชีพที่ต้องมีหน้าที่ดูแลบุคคลอยู่สม่ำเสมอ เช่นพยาบาล ก็จะพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ นฤมล เพียรเจริญ [58] ที่พูดถึงเพศกับการดูแลไว้ว่า เนื่องจากเพศที่แตกต่างกัน อาจมีความเชื่อ เจตคติ และค่านิยมที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลหญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน และช่วยดูแลสมาชิกในบ้าน ส่วนเพศชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัวมากกว่าการรับบทบาทผู้ดูแล

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าเพศหญิงเป็นเพศที่เหมาะกับการดูแลมากกว่า แต่ในขณะเดียวกันก็ควรส่งเสริมบทบาทการแลของเพศชายเช่นเดียวกัน เพราะในสถานการณ์บางครั้ง เช่น สถานการณ์ที่ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว อาละวาด หรือ ทำร้ายร่างกายผู้อื่น เพศชายน่าจะเหมาะที่จะจัดการกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้ดีกว่าเพศหญิง

นอกจากนี้ในงานวิจัยยังพบว่าระยะเวลาในการดูแลต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถติ ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าระยะเวลาในการดูแลที่มากกว่าต่อวัน จะทำให้ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากกว่าและได้เพิ่มความชำนาญ และทักษะมากขึ้น และได้รับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยมาสร้างเป็นองค์ความรู้ของตนเองแล้วนำไปประยุกต์ใช้เมื่อต้องเผชิญกับกรณีของการดูแลที่ยากขึ้นหรือมีปัญหาที่ซับซ้อนขึ้น และผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยในแต่ละวันมากกว่าก้จะได้สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงตลอดจนอาการทีผิดปกติหรือดีขึ้น ของผู้ป่วย และยังสามารถมีเวลาฝึกฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้ดีขึ้นด้วย นอกจากนั้นการที่ญาติมีเวลาทั้งวันในการอยู่กับผู้ป่วยก็จะได้มีเวลาในการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางคนที่ยังไม่ดีขึ้น ยังมีความผิดปกติในการรับรู้ ความคิดอยู่ ยังไม่สามารถที่จะรู้เวลาที่จะรับประทานยาได้เอง ถ้ามีญาติคอยดูแลอยู่ใกล้ ๆ ผู้ป่วยตลอดเวลา ผู้ป่วยจะมีโอกาสที่มีอาการดีขึ้นได้เร็วกว่า

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยปฏิบัติน้อยที่สุด มีเกี่ยวกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านการมรสัมพัธภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น แยกตัว หรือวุ่นวายเรื่องของผู้อื่นมากเกินไป และเมื่อผู้ป่วยแยกตัว ผู้ดูแลได้เข้าไปพูดคุยนั่งเป็นเพื่อน และเมื่อผู้ป่วย

วุ่นวายเรื่องของคนอื่นมากเกินไป ท่านได้ชักชวนให้ผู้ป่วยมาสนใจในเรื่องของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ดูแลตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำเพียงแค่ ร้อยละ29.6 และ 18.4 และในขณะซึ่งขัดกับงานวิจัยของยอดสร้อย วิเวกวรรณ ซึ่งพบว่า การสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อพบปัญหาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว พบว่าพฤติกรรมการดูแลในข้อนี้อยู่ในระดับสูง แต่มีความสอดคล้องกับ วิไลวรรณ บุญเรือง และรัตติกร เมืองนาง ซึ่งกล่าวว่า ผู้ดูแลมักไม่เข้าใจหรือสังเกตพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมการแยกตัวของผู้ป่วย ผู้ดูแลจะสังเกตแต่อาการทางบวกของผู้ป่วย และจะสังเกตเห็นก็ต่อเมื่ออาการผิดปกติเหล่านั้มารบกวนตนเองหรือบุคคลรอบข้าง เช่น อาละวาด เดินไปเดินมา พูดตลอดเวลา ก้าวร้าว ขว้างปาสิ่งของ เป็นต้น ซึ่งตรงกับในส่วนของความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย ในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของการสังเกตผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยแยกตัว เช่น จากคำถามที่ว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด จากการขาดความรู้ในข้อนี้ จึงอาจส่งผลถึงพฤติกรรมในการดูแลด้วย เช่นกัน ดังจะเห็นได้จาก งานวิจัยหลายฉบับที่พบว่า ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล เช่น ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี อธิบายว่า การที่ญาติขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลผู้ป่วย ญาติบางคนไม่สามารถเรียนรู้ถ้าไม่ได้การช่วยเหลือแนะนำ ถ้าญาติมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมากขึ้น ทำให้เจตคติผู้ป่วยดีขึ้นการดูแลผู้ป่วยก็ดีขึ้น และบุญวดี เพชรัตน์ , พิไลรัตน์ ทองอุไร (2539) ได้อธิบายว่า การที่ญาติไม่สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยทำให้ไมาสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

แต่ที่น่าสังเกตจะพบว่าพฤติกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลส่วนมากจะตอบว่าปฏิบัติเป็นประจำมักจะเป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวกับความรัก ความเมตตา ต่อผู้ป่วย เช่น ความรู้สึกเห็นใจผู้ป่วย การเอาใจใส่ช่วยเหลือหรือพฤติกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและยาอย่าเพียงพอ การพูดคุยกับผู้ป่วยด้วยท่าทีธรรมชาติ การอภัยให้ผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งไม่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจ หรือทักษะเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากนัก เนื่องจากถึงอย่างไรยาติก็ยังคงมีความรัก ความผูกพันกับผู้ป่วย โดยมีความเมตตาเป็นพื้นฐาน ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ ยอดสร้อย วิเวกวรรณ ซึ่งพบว่า ข้อที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะปฏิบัติอยู่เป็นประจำได้แก่ การใช้น้ำเสียงนุ่มนวลอ่อนโยน การเห็นใจผู้ป่วย การให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการพูดคุย เป็นต้น

ส่วนเหตุผลที่ความชุกของพฤติกรรมการดูแลในขั้นตอนของการ try out เป็นร้อยละ 73.3 ซึ่งมีค่าที่สูงกว่าตอนปฏิบัติจริงซึ่งมีค่า 54.6 พบว่า เนื่องจากขั้นตอน try out พบว่ามีจำนวนผู้ดูแล

ที่เป็นมารดาร้อยละ 62.4 ซึ่งทำให้พฤติกรรมการดูแลมีคะแนนที่สูงกว่า ในขั้นตอนจริงซึ่งพบว่ามีมารดาร้อยละ 38.8

ข้อเสนอแนะ

ความรู้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนไม่น้อยขาดความรู้เกี่ยวกับเรื่องสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต เช่น โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม ซึ่งมีผู้ตอบผิดถึง ร้อยละ 46 และนอกจากนั้นผู้ดูแลยังขาดความรู้เกี่ยวกับอาการทางด้านลบของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถสังเกตเห็นอาการเหล่านั้นของผู้ป่วย เช่น อาการแยกตัว ซึม เฉื่อยชา ดังจะเห็นได้จากที่ผู้ดูแลตอบคำถามในข้อผู้ป่วยมักให้ความสนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผิดเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ผู้ดุแลยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับอาการหลงผิดของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลเป็นจำนวนมากเข้าใจผิดว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการหลงผิดควรบังคับให้เลิกคิด และสุดท้ายผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการเข้าใจผิดเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยวิธี ECT ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่จะตอบผิดในข้อเมื่อผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วสามารถหยุดยาเองได้ และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่เข้าใจและไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีไฟฟ้า (ECT)

สามารถสรุปออกมาว่าญาติผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับ

1. สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
2. อาการทางด้านลบของผู้ป่วย และอาการหลงผิด
3. การรักษาด้วยวิธีเภสัชบำบัด
4. การรักษาด้วยวิธี ECT

ซึ่งจากผลการศึกษา สรุปได้ว่า ญาติควรได้รับการแนะนำและได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวโดยจัดให้มีการให้การศึกษาแก่ญาติเป็นแบบกลุ่มหรือให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล หรือการแนะนำญาติให้ชัดเจนก่อนที่ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เจตคติ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย แต่ก็มีบางส่วนที่มีเจตคติทางลบกับผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมที่ไม่ปกติของผู้ป่วย รบกวนผู้ดูแล ผู้ป่วยจะอะไรไม่ถูกใจผู้ดูแล ผู้ดูแลกลัวว่าผู้ป่วยจะสร้างความเดือดร้อนหรือทำอะไรผิดพลาด ซึ่งผู้วิจัยเสนอแนะให้มีการจัดอบรมการให้คำแนะนำในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแก่ญาติ รวมถึงการสร้างเจตคติที่ดีในการดูแล เมื่อผู้ดูแลมี

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องแล้วก็จะมีเจตคติที่ดีตามมาเอง ส่วนการอบรมเสริมสร้างเจตคติต่อผู้ดูแลนั้นทำได้โดย การจัดกลุ่มแบบ Self help group เพื่อนัดหมายให้ญาติที่มีเจตคติที่ดีและไม่ดีมาเข้ากลุ่มโดยทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติได้แลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ญาติที่มีเจตคติที่ไม่ดีได้ยอมรับผู้ป่วยและสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยได้ดีต่อไป

ซึ่งจากการที่ญาติมีเจตคติทางลบต่อผู้ป่วยนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกระดับที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรแสดงเจตคติที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ญาติ เพื่อให้ญาติซึมซับและนำไปปฏิบัติต่อไป และญาติเองก็ควรเปิดใจยอมรับผู้ป่วยในสภาพที่เป็นจริง ควรมีความเห็นใจ มีความรักและไม่แสดงอาการรังเกียจต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย แม้ว่าพฤติกรรมนั้น ๆ จะสร้างความรำคาญให้ รวมถึงหลีกเลี่ยงการแสดงอาการโกรธหรือเกลียดผู้ป่วยหรือติเตียนโดยปราศจากเหตุผล

<u>พฤติกรรมการดูแล</u>

พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลซึ่งไม่ค่อยปฏิบัติได้แก่ การสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่นของผู้ป่วย เช่น การแยกตัวหรือวุ่นวายกับผู้อื่นมากเกินไป และการเข้าไปช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการดังกล่าว ซึ่งจะเห็นว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลนั้นก็มาจากความรู้ ความเข้าใจของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลขาดความรู้ก็จะไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง ดังนั้น การให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะส่งผลให้การดูแลของญาตินั้นราบรื่นไปด้วย

<u>ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป</u>

1. ให้มีการเปรียบเทียบ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลก่อนและหลังการให้ความรู้และส่งเสริมเจตคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยแล้ว
2. เพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลต่าง ๆ เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแล
3. หารูปแบบการสอนวิธีต่าง ๆ เพื่อเปรียบเทียบว่าแบบใดจะมีประสิทธิภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีกว่า
4. ศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลในโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า / Dementia / Alzheimer