

# ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี

อโนชา ทศนาธนชัย, พย.ม.<sup>1\*</sup> พิชามณูชัช ภูณโณทก, Ph.D.<sup>2</sup> วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D.<sup>3</sup>  
สุรภา สุขสวัสดิ์, พย.ม.<sup>4</sup> รัชณี สรรเสริญ, Ph.D.<sup>5</sup>

## บทคัดย่อ

ญาติผู้ดูแลเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในระยะยาว การวิจัยเชิงพรรณนาแบบความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี จำนวน 310 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน การรับรู้ความรุนแรงของโรค พลังสุขภาพจิต ทักษะการดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล และความพร้อมในการดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยตัวแปรที่สัมพันธ์ต่อการดูแล ปัญหาสุขภาพ อายุของญาติผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล และการได้รับการอบรมสามารถร่วมกันอธิบายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชได้ร้อยละ 40.2 ( $R^2 = .402$ ,  $F = 40.861$ ,  $p < .001$ ) ดังนั้น พยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช โดยการเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการดูแล ส่งเสริมมุมมองเชิงบวก และอบรมก่อนการดูแล โดยเฉพาะในญาติผู้ดูแลที่มีอายุมาก และมีปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชและญาติผู้ดูแล

**คำสำคัญ:** ทักษะการดูแล ความพร้อมในการดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ญาติผู้ดูแล

---

<sup>1</sup> อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>2,3</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

<sup>4</sup> ผู้อำนวยการพิเศษ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

<sup>5</sup> รองศาสตราจารย์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

\* ผู้เขียนหลัก e-mail: anochat@go.buu.ac.th

# Predictors of Care Readiness for Persons with Psychiatric Illness in Family Caregivers, Chonburi Province

Anocha Tassanatanachai, M.N.S.<sup>1</sup>, Pichamon Poonnotok, Ph.D.<sup>2</sup>, Wannarat Lawang, Ph.D.<sup>3</sup>,  
Surapa Suksawat, M.N.S.<sup>4</sup>, Rachanee Sunsern, Ph.D.<sup>5</sup>

## Abstract

Family caregivers are essential resources in the long-term care system for persons with psychiatric illness. This predictive correlational research aimed to describe care readiness and to determine factors influencing the care readiness among family caregivers for persons with psychiatric illness. Multi-stage cluster random sampling was used to recruit 310 family caregivers of persons with psychiatric illness in Chonburi province. Research instruments were interviews measuring basic information, perceived severity of illness, caregiver's resilience quotient, attitude toward care, perception of care burden, positive caregiving aspects, and care readiness. Descriptive statistics and stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The results revealed that the care readiness of family caregivers for persons with psychiatric illness, overall and in each dimension, were rated at a moderate level. The care attitude, health problems, caregiver's age, positive caregiving aspects, and receiving training together explained 40.2% of the variance in readiness to care for persons with psychiatric illness ( $R^2 = .40.2$ ,  $F = 40.861$ ,  $p < .001$ ).

These findings suggest that nurses and other health personnel should develop programs to promote family caregivers' readiness to care for persons with psychiatric illness through increasing positive attitudes toward care, improving positive caregiving aspects, and providing training, especially for elderly caregivers and those with health problems. Consequently, quality of care would be improved and positive outcomes would be enhanced for persons with psychiatric illness and their caregivers.

**Key words:** attitude toward caring, care readiness, family caregivers, psychiatric illness

---

<sup>1</sup> Lecturer, Faculty of nursing, Burapha University.

<sup>2,3</sup> Assistant Professor, Faculty of nursing, Burapha University.

<sup>4</sup> Senior Professional of nursing, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital.

<sup>5</sup> Associate professor, School of health science, Mae Fah Luang University.

\* Corresponding author e-mail: anochat@go.buu.ac.th

## ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย จากรายงานสถานะการเจ็บป่วยในโลก ปี พ.ศ. 2560 พบว่า ประชากรโลกเจ็บป่วยทางจิตเวชมากถึง 792 ล้านคน (Ritchie, & Roser, 2018) ส่วนในประเทศไทยมีผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชจำนวน 2.7 ล้านคน ซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ที่มีเพียง 1.5 ล้านคน และมีเพียง 1 ใน 10 ของคนกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต (Institute for population and social research Mahidol University, 2019) ประกอบกับนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพในประเทศไทย มีแนวคิดให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั้งที่บ้านและในชุมชน (Tangcharoensathien et al., 2018) ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชกลุ่มอาการไม่รุนแรงต้องกลับไปรักษาต่อที่บ้าน อยู่ร่วมกับครอบครัว ภายใต้การดูแลของพยาบาลและบุคลากรในระดับปฐมภูมิ และหุ้นส่วนชุมชน เพื่อปรับตัวและดำเนินชีวิตอย่างอิสระในสังคมจริงให้ได้ (Chadda, 2014) ซึ่งส่วนใหญ่ พบว่า เมื่อกลับบ้านผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชมักมีอาการทางจิตเวชเหลืออยู่ (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram & Udomratn, 2010) โดยมีอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชภายใน 5 ปี สูงมากถึงร้อยละ 70-82 จนบางครั้งต้องเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลหลายครั้ง (Linszen, Hann, Dingemans, & Wouters, 2006) มีสาเหตุหลักคือการไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง (Choorat, 2016) ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชกลับเป็นซ้ำและมีการตอบสนองต่อการรักษาไม่ดี ใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และทำหน้าที่ทางสังคมบกพร่อง จนนำไปสู่ปัญหาอื่นตามมา ดังนั้น การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้านจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายโดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดที่ทำหน้าที่ดูแลหลักที่เรียกว่า “ญาติผู้ดูแล”

ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับภาวะและพฤติกรรมผิดปกติอันเนื่องมาจากภาวะของโรคของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชทั้งความผิดปกติด้านอารมณ์ ความคิด และการรับรู้ เช่น อาการหูแว่วและ/หรือประสาทหลอน จนบางครั้งมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน (Poonnotok, Pratoomsri, Kaewmart, & Asarath,

2019) ดังนั้น กิจกรรมการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้านจึงมีจำนวนมาก ยุ่งยาก และซับซ้อน อาทิ การประเมิน/ตรวจสอบ/เฝ้าระวังอาการผิดปกติ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดการอาการทางจิต การดูแลรับประทานยาตามแผนการรักษาพร้อมติดตามอาการข้างเคียงจากยา ตลอดจน การดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan & Sangon, 2016) จึงทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีความพร้อมในการปฏิบัติหน้าที่ การดูแล หากผู้ดูแลไม่มีความพร้อมก็จะเผชิญกับความยุ่งยากหรือไม่สามารถรับมือกับปัญหาทางจิตในระหว่างการดูแลได้ (Akarathanarak, Kongsuwan, and Matchim, 2014)

ดังนั้น ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้านจึงเป็นสิ่งที่จะต้องจำเป็นและสำคัญมากในการสนับสนุนการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยให้ได้ผลดีที่สุดเพราะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตเวช ทั้งยังช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคจิตเวชได้ (Thongsai, 2015) จากทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลนั้น พบว่า ญาติผู้ดูแลควรมีความพร้อมครอบคลุมด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วย ด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง และด้านการมีข้อมูลข่าวสาร/แหล่งสนับสนุน/เครือข่ายการดูแล (Thongsai, 2015; Piriyaarachat, 2017) ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลพบว่า มีหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยคุณลักษณะผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Gloria, Osafo, Goldmann, Parikh, Nonvignon, & Kretchy, 2018) ปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพ และพลังสุขภาพจิต (Kaewumpapa, 2012) และปัจจัยบริบทการดูแล ได้แก่ การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ทักษะติดต่อการดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล และการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล (Kongnirundon, Vatanasin, & Nabkasorn, 2018)

ในบริบทประเทศไทยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความพร้อมในการดูแลในกลุ่มญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวข้องความพร้อมดังกล่าว คณะผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการและพยาบาลที่ดูแล

สุขภาพประชาชนในชุมชน จึงศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งมีจำนวนการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นจาก 38,573 คนในปี พ.ศ. 2560 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 63,226 คนในปี พ.ศ. 2561 (Department of mental health, 2018) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการสร้างความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล เพื่อประสิทธิภาพในการดูแลและป้องกันผลกระทบที่จะตามมาในระยะยาวตลอดจนยกระดับการมาตรฐานการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลในจังหวัดชลบุรี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของคุณลักษณะผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช (อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล (อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพ และพลังสุขภาพจิต) และ ปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ทักษะติดต่อการดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล การรับรู้ภาระการดูแล และการได้รับการอบรมเพื่อการดูแล) ต่อความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลในจังหวัดชลบุรี

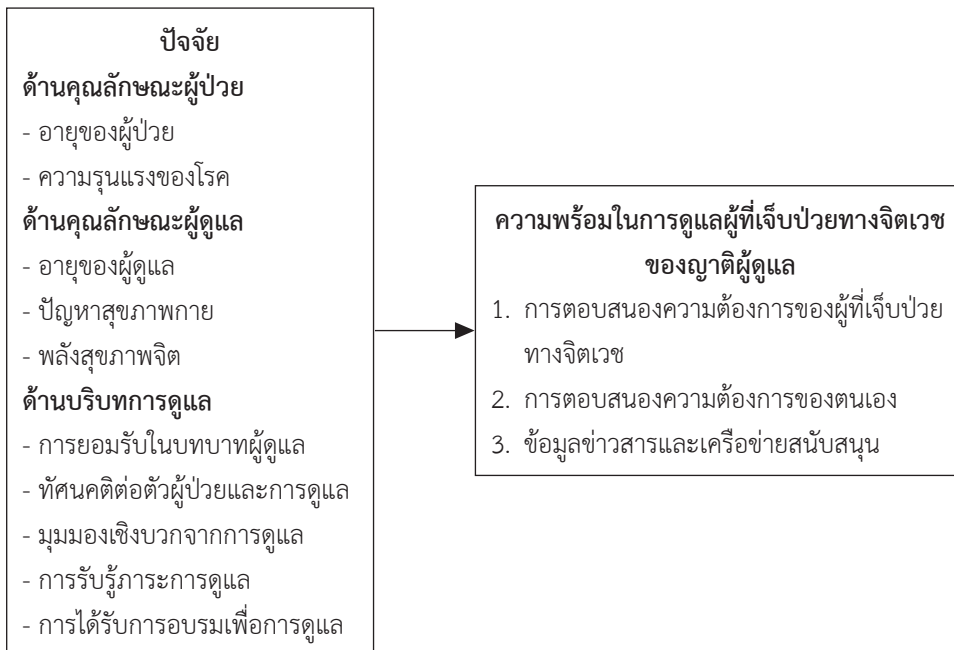
### สมมติฐาน

ปัจจัยคุณลักษณะผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช (อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค) ปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล (อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพ และพลังสุขภาพจิต) และปัจจัยบริบทการดูแล (การยอมรับในบทบาทผู้ดูแล ทักษะติดต่อการดูแล มุมมองเชิงบวกจากการดูแล การรับรู้ภาระการดูแล การได้รับการอบรมเพื่อการดูแล) สามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้บูรณาการผลการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) และนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

(Innovative Care for Chronic Conditions: ICCC) จาก WHO (2002) มาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัย ซึ่งทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมลิส (Meleis, 2010) ได้กล่าวถึง การเปลี่ยนผ่านจากสภาวะหนึ่งไปยังสภาวะหนึ่งแต่ช่วงชีวิต แต่ละคนจะมีรูปแบบการตอบสนองกับสถานการณ์แตกต่างกัน โดยเงื่อนไขของการเปลี่ยนผ่าน 3 ส่วน คือ เงื่อนไขส่วนบุคคล เงื่อนไขของชุมชน และเงื่อนไขทางสังคม เช่นเดียวกันการทำบทยาพยาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชถือเป็นการเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์ เพราะการเจ็บป่วยทางจิตเป็นระยะเวลานาน จะยิ่งทำให้สมองมีความผิดปกติได้มากขึ้น (Sfera, 2015) อาการจึงเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอด การบำบัดจิตในระยะยาว (long-term family therapy) เป็นการบำบัดที่ไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดอย่างแน่นอน (Trangkhasombat, 2018) ทำให้บทบาทของผู้ดูแลแม้จะดูแลมาระยะเวลานาน แต่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมที่สามารถเกิดขึ้นได้ตลอด มีอาการกำเริบ อารมณ์เปลี่ยนแปลงกะทันหัน จึงทำให้ผู้ดูแลต้องมีการเปลี่ยนผ่าน ซึ่งแต่ละคนมีความพร้อมในการเปลี่ยนผ่านเพื่อการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยแตกต่างกันขึ้นกับปัจจัยทั้ง 3 ส่วนนี้ ซึ่งในวิจัยนี้ได้เลือกศึกษาเงื่อนไขส่วนบุคคล คือ ปัจจัยคุณลักษณะผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช (อายุของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค) และปัจจัยคุณลักษณะญาติผู้ดูแล (อายุของผู้ดูแล ปัญหาสุขภาพ และพลังสุขภาพจิต) ส่วนเงื่อนไขของชุมชน-สังคม ได้บูรณาการกับแนวคิดนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (WHO, 2002) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์เชิงระบบในการดูแลผู้มีภาวะเรื้อรังผ่านการการดูแลร่วมกันของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก และเครือข่ายชุมชน ผ่านกระบวนการ 3 ประการ คือ 1) การกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแล 2) การได้รับการเตรียม/อบรม และ 3) การได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร/แหล่ง เพื่อให้มีความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทเพื่อส่งเสริมคุณภาพของชีวิตของผู้มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ในการวิจัยนี้ได้ศึกษา ปัจจัยด้านผู้ป่วย/ผู้ดูแล และบริบทการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแล ผู้วิจัยจึงสรุปเป็นปัจจัยที่จะร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) แบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational study) ที่มีรายละเอียดการดำเนินการ ดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้านอาศัยในจังหวัดชลบุรี ซึ่งประมาณการจำนวนญาติผู้ดูแลจากจำนวนผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่มีทั้งสิ้น 1,874 คน (สำนักงานส่งเสริมสุขภาพจังหวัดชลบุรี, 2558)

กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่บ้านอาศัยในจังหวัดชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติเป็น 1) บุคคลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือคนใกล้ชิดที่ทำหน้าที่ดูแลหลักโดยไม่รับค่าตอบแทนของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเวช (ได้แก่ โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น ๆ ยกเว้นกลุ่มโรคทางอารมณ์) จำนวน 310 คน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างให้เพียงพอต่อการหาอิทธิพลโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ (Regression analysis) ผู้วิจัยได้คำนึงถึงการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 และเนื่องจาก

ยังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยการทำนายที่คล้ายคลึงมาก่อน จึงควรกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กน้อยถึงขนาดกลาง (Polit & Beck, 2012) ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลที่ .06 ซึ่งเมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณที่จำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร (Polit & Beck, 2012) ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 262 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 20% ของที่คำนวณได้ (Srisatitnarakoon, 2015) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 310 ราย

กลุ่มตัวอย่างญาติผู้ดูแลได้มาจากการสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอนแบบกลุ่ม อย่างเป็นลำดับขั้นต่าง ๆ แบบลดหลั่นตาม อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน/ชุมชน ตามทะเบียนรายชื่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) ตามสัดส่วนพื้นที่ และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ เพื่อกระจายทั่วถึงและเป็นตัวแทนญาติผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช

### เครื่องมือดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลญาติผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส

การศึกษา อาชีพ สถานะทางการเงินของครอบครัว โรคประจำตัว พฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ภาวะสุขภาพ 2) ข้อมูลของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่รับการดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการเข้ารับการรักษาตัว ในโรงพยาบาล และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ และ 3) ข้อมูลบริบทการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้รับการดูแล เหตุผลของการดูแล ประสบการณ์การดูแล จำนวนชั่วโมงในการดูแล/วัน จำนวนวันในการดูแล/สัปดาห์ ระยะเวลาในการดูแล กิจกรรมการดูแล ข้อจำกัดในการดูแล ประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแล การได้รับการอบรม เพื่อการดูแล ผู้ช่วยเหลือในการดูแล และการรับรู้การยอมรับ บทบาทผู้ดูแลของตนเอง

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่มีเจ็บป่วยทางจิตเวช

2.1 แบบประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคของญาติผู้ดูแล ใช้แบบวัดการรับรู้พฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของ Poonnotok (2002) ที่พัฒนามาจากแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคของ Pipatananond (2001) มีข้อคำถาม 29 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและอาการ 5 กลุ่ม คือ 1) อาการซึมเศร้า 2) การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม 3) อาการทางจิต 4) สมาธิและความจำ และ 5) พฤติกรรมติดสารเสพติด ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน (ไม่เกิดเลย ถึงเกิดมากที่สุด) นำแบบวัดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ที่มีเจ็บป่วยทางจิตเวช จำนวน 30 ราย มีค่าความเชื่อมั่น .87 คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-87 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่าญาติผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ (Poonnotok, 2002) คือ ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 0-29, 29.1-58, 58.1-87 หมายถึง การรับรู้ความรุนแรงโรคของในระดับต่ำ ปานกลาง สูง ตามลำดับ

2.2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลพัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต (2552) มีข้อคำถาม 20 ข้อ ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านการมีขวัญและกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา ที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.85 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 4 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่

1-4 คะแนน (ไม่จริงถึงจริงมาก) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 20-88 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ (department of mental health, 2009) คะแนนอยู่ระหว่าง <55, 55-69 และ >69 หมายถึง พลังสุขภาพจิตในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ปกติ สูงกว่าเกณฑ์ ตามลำดับ

2.3 แบบประเมินทัศนคติต่อการดูแล คณะผู้วิจัยได้สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 10 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) ทัศนคติเกี่ยวกับตัวผู้ที่มีเจ็บป่วยทางจิตเวช และ 2) ทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่มีเจ็บป่วยทางจิตเวช ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ กำหนดคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ทัศนคติด้านบวก) และ 5-1 คะแนน (ทัศนคติด้านลบ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีทัศนคติต่อการดูแลในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67, 3.68-5.00 หมายถึง ทัศนคติต่อการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง สูง ตามลำดับ

2.4 แบบประเมินการรับรู้ภาระการดูแล คณะผู้วิจัยขออนุญาตใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของโดย Toonsiri, Sunsern & Lawang (2011) ที่พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบวัดภาระในการดูแล (Zarit Burden Interview) ของ Zarit (1990) นำมาใช้กับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดชลบุรี จำนวน 501 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .92 มีข้อคำถาม 22 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง 3) ความรู้สึกผิด และ 3) เจตคติที่ไม่แน่นอน ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน (ไม่เคยเลยถึงประจำ) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-88 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแล มีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับมาก การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 4 ระดับ (Zarit, 1990) คะแนนอยู่ระหว่าง <21, 21-40, 41-60, 61-88 หมายถึง การรับรู้ภาระการดูแลในระดับน้อยถึงไม่เป็นภาระ, ปานกลาง, ปานกลางถึงรุนแรง และรุนแรง ตามลำดับ

2.5 แบบประเมินมุมมองด้านบวกจากการดูแล คณะผู้วิจัยขออนุญาตให้แบบประเมินมุมมองด้านบวกในการดูแลของ Pankong & Pothiban (2018) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทยจากแบบมุมมองด้านบวกในการดูแล (Positive Aspect of Caregiving Scale) ของ Tarlow et al. (2004) นำมาใช้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 72 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .76 มีข้อคำถาม 9 ข้อ ครอบคลุม 2 ด้าน ได้แก่ 1) การยืนยันความรู้สึกรู้สึกบวกจากการดูแล และ 2) การมองชีวิตเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (ไม่เห็นด้วยอย่างมากถึงเห็นด้วยอย่างมาก) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 9-45 คะแนน ถ้าคะแนนสูง แสดงว่า ญาติผู้ดูแลมีมุมมองเชิงบวกอยู่ในระดับสูง การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67, 3.68-5.00 หมายถึง มุมมองด้านบวกจากการดูแลในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความพร้อมในการดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล คณะผู้วิจัยพัฒนาเครื่องมือจากแบบประเมินการเตรียมความพร้อมสำหรับบทบาทผู้ดูแล (Lawang, 2013) และการทบทวนวรรณกรรม มีข้อคำถาม 24 ข้อ ครอบคลุมความพร้อม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช 2) ด้านการตอบสนองความต้องการของตนเอง และ 3) ด้านการมีข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน การดูแล ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 คะแนน (พร้อมน้อยที่สุดถึงมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24 - 120 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 24-120 คะแนน ถ้าคะแนนสูง คือ ญาติผู้ดูแลความพร้อมในการทำหน้าที่ดูแลอยู่ในระดับมาก การแปลผลเพื่อการบรรยายมี 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ ค่าเฉลี่ยปรับฐานอยู่ในช่วง 1.00-2.33, 2.34-3.67, 3.68-5.00 หมายถึง ความพร้อมในการดูแลในระดับน้อย ปานกลาง และมาก ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ทัศนคติต่อการดูแลและความพร้อมในการดูแลที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุม ความสอดคล้อง และ

ความชัดเจนของเนื้อหา หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำข้อมูลที่ได้มาหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) พบว่า ทัศนคติต่อการดูแลและความพร้อมในการดูแลมีค่าความตรงตามเนื้อหาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Srisatitnarakoon, 2012) คือ 1.00 และ .96 ตามลำดับ และนำเครื่องมือทั้งหมดไปทดลองใช้ในญาติผู้ดูแลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่า เครื่องมือทัศนคติต่อการดูแล การรับรู้ภาวะการดูแล พลังสุขภาพจิต มุมมองด้านบวกจากการดูแล และความพร้อมในการดูแล มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (Srisatitnarakoon, 2012) คือ .71, .96, .85, .92 และ .93 ตามลำดับ

#### วิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับที่ sci 049/2561 คณะผู้วิจัยดำเนินการเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 4 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช โดยผู้วิจัยจัดอบรมผู้ช่วยนักวิจัยบรรยาย การทำความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการวิจัย การเลือกผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูลการตรวจสอบ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ หลังจากนั้นได้ประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. ในพื้นที่ที่สุ่มได้เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ขอความร่วมมือบุคลากรที่รับผิดชอบผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชและติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างในเบื้องต้น

คณะผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง รพ.สต. และที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างตามเวลาที่ได้นัดหมายโดยการนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไป โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวม ข้อมูล และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ รวมทั้งตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสอบถามทำความเข้าใจ และลงนามยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face-to-face interview) โดยใช้เวลา 45 นาที - 1 ชั่วโมง ต่อคน ซึ่งการเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม

2561 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2562

### สถิติและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลพื้นฐาน และวิเคราะห์หิทธิพลของปัจจัยทำนาย ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (multiple regression analysis) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญของสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิตินี้ พบว่า มี normal distribution และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี autocorrelation) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

### ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลพื้นฐาน 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 3) ความพร้อมในการดูแล และ 4) ปัจจัยทำนายความพร้อมในการดูแล

#### 1. ข้อมูลพื้นฐาน

1.1 ญาติผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-85 ปี เฉลี่ย 53.2 ปี ( $SD = 14.29$ ) อยู่ในช่วงวัยกลางคนมากที่สุด (45-59 ปี) (ร้อยละ 39.4) มากกว่า 2 ใน 3 เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.6) ส่วนมากมีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 61.9) เกือบทั้งหมดได้รับการศึกษา (ร้อยละ 95.2) เกือบ 2 ใน 3 ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 61.3) โดยส่วนมากประกอบอาชีพนอกบ้าน (ร้อยละ 73.7) ซึ่งประมาณ 1 ใน 3 ระบุว่า การดูแลส่งผลต่อการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 32.1) คือ ทำให้ต้องลดจำนวนชั่วโมง/หยุดทำงาน และการดูแลผู้ป่วยยังส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงิน (ร้อยละ 36.8) คือ ทำให้ไม่มีเงินออม/มีหนี้สิน

กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งมีโรคประจำตัว (ร้อยละ 48.7) โดย 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง กลุ่มอาการผิดปกติระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคเบาหวาน บางส่วนไม่ได้รับการจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 16.6) เนื่องจากไม่มีเวลา (ทำงาน/ไม่มีคนช่วยดูแล) และคิดว่าไม่จำเป็น/ไม่สำคัญ ส่วนใหญ่ไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 88.4) เพียงครั้งหนึ่งที่ได้รับตรวจสุขภาพ (ร้อยละ 50.0) มากกว่า 1 ใน 3 มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ (ร้อยละ 35.5) และบางส่วนสูบบุหรี่ (ร้อยละ 16.8) และ

ดื่มสุรา (ร้อยละ 11.3) ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะสุขภาพภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 6.95, SD = 1.12$ )

1.2 ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชที่กลุ่มตัวอย่างให้การดูแลมีอายุระหว่าง 11-90 ปี เฉลี่ย 45.96 ปี ( $SD = 16.19$ ) อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นมากที่สุด (20-44 ปี) (ร้อยละ 43.9) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 57.1) มีระยะเวลาเจ็บป่วยระหว่าง 6 เดือนถึง 35 ปี มีมาตรฐาน 10 ปี (IQR = 8) 2 ใน 3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 10 ปี คือ ช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 32.6) และช่วง 6-10 ปี (ร้อยละ 32.9) มากกว่า 1 ใน 3 มีโรคร่วมกับการป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 38.1) 3 อันดับแรกคือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขข้อในเลือดสูง สำหรับความรุนแรงของโรคพบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชที่ดูแลมีความรุนแรงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 16.40, SD = 6.84$ )

1.3 กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 37.1) และพี่/น้องดูแลกันมากที่สุด (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ เป็นบุตร (ร้อยละ 19.7) เป็นสามี/ภรรยา (ร้อยละ 13.9) และญาติ (ร้อยละ 4.5) ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลของการรับบทบาทผู้ดูแลว่าเป็นหน้าที่ (ร้อยละ 82.3) มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลเฉลี่ย 9.1 ชั่วโมงต่อวัน ( $SD = 5.08$ ) โดยมากกว่าครึ่งดูแลเฉลี่ย 1-6 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 57.4) ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.8 ปี ( $SD = 7.99$ ) โดยประมาณ 2 ใน 3 ดูแลน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 66.1) ที่เหลือดูแลมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 33.9)

กิจกรรมการดูแล 5 อันดับแรกคือ ดูแลให้ได้รับยาและจัดการอาการข้างเคียงของยา (ร้อยละ 89.0) สนับสนุนการทำกิจกรรมทางศาสนา (ร้อยละ 88.3) ดูแลทางด้านการเงิน-ค่าใช้จ่ายประจำวัน (ร้อยละ 81.9) ดูแลให้ได้รับยาและจัดการอาการข้างเคียง (ร้อยละ 81.4) และดูแลจัดการอาการทางจิตเวช (ร้อยละ 74.4) โดยมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมการดูแลหลายประการ ซึ่ง 5 อันดับแรกคือ ความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 87.1) ภาระการเงิน (ร้อยละ 84.8) ภาระการทำงาน (ร้อยละ 72.3) ปัญหาอารมณ์/สุขภาพจิต (ร้อยละ 70.8) และปัญหาสุขภาพกาย (ร้อยละ 55.6)



นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแล ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 86.5) ส่วนน้อยได้รับการอบรม เพื่อการดูแลจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล (ร้อยละ 17.7) และน้อยกว่าครึ่งมีผู้ช่วยเหลือในการดูแล (ร้อยละ 42.6)

**2. ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแล**

กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ใน ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ( $M_{adj} = 54.2, SD = 10.6$ ) มีการยอมรับ ในการทำบทบาทการดูแลของตนเองในระดับปานกลาง ( $M_{adj} = 7.86, SD = 1.84$ ) ทักษะติดต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช และการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชในภาพรวมอยู่ในระดับ ต่ำ ( $M_{adj} = 3.33, SD = 0.60$ ) มุมมองเชิงบวกจากการดูแล โดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับมาก ( $M_{adj} = 3.69, SD = 0.79$ ) และการรับรู้ภาวะการดูแลอยู่ในระดับน้อย ถึงปานกลาง ( $M = 24.86, SD = 17.80$ )

**3. ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช**

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ที่ ตนเองมีความพร้อม ในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชภาพรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ( $M_{adj} = 2.79, SD_{adj} = 0.70$ ) เมื่อพิจารณา รายด้านพบว่า มีความพร้อมในการดูแลทุกด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง โดยมีความพร้อมด้านการตอบสนองความ ต้องการของตนเองมากที่สุด ( $M_{adj} = 2.87, SD_{adj} = 0.81$ )

รองลงมาคือ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้ที่ เจ็บป่วยทางจิตเวช ( $M_{adj} = 2.78, SD_{adj} = 0.75$ ) และด้าน ข้อมูลข่าวสารและเครือข่ายสนับสนุน ( $M_{adj} = 2.71, SD_{adj} = 0.83$ )

สำหรับข้อมูลความพร้อมรายข้อพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีความพร้อมในการดูแลรายข้อส่วนใหญ่อยู่ใน ระดับปานกลาง โดยความพร้อมในการดูแลสูงสุด 5 อันดับ แรกคือ การจัดการให้ผู้ป่วยได้รับประทานยา ( $M = 3.45, SD = 1.06$ ) การสร้างสัมพันธ์ภาพ/ลดความขัดแย้งตนเอง กับคนอื่น ( $M = 3.37, SD = 1.02$ ) การส่งเสริมให้ผู้ป่วย ดูแลสุขภาพอนามัยด้วยตนเอง ( $M = 3.15, SD = 1.09$ ) การมี สมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจและพร้อมช่วยเหลือ ( $M = 3.13, SD = 1.03$ ) และการมีบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เข้าใจและ พร้อมช่วยเหลือ ( $M = 3.08, SD = 1.05$ ) แต่ก็มีบางข้อที่ มีความพร้อมในระดับต่ำ ได้แก่ ความพร้อมในเรื่องข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการทำหน้าที่ผู้ดูแล ( $M = 2.30, SD = 1.06$ ) เรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย และสิทธิ คุ่มครองผู้ป่วย ( $M = 2.32, SD = 1.07$ ) การจัดกิจกรรม/ ส่งเสริมให้เข้าร่วมกิจกรรมจิตวิญญาน ( $M = 2.32, SD = .84$ ) เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ และรักษาผู้ที่เจ็บป่วย ทางจิตเวช ( $M = 2.33, SD = .84$ )

**ตารางที่ 1** ความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลโดยรวม และรายด้าน (n=130)

ความพร้อมในการดูแล ของญาติผู้ดูแล	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง	คะแนนเฉลี่ย (SD)	คะแนนเฉลี่ย ปรับฐาน (SD)	แปลผล
ความพร้อมโดยรวม	27-135	27 - 120	67.06(16.83)	2.79(0.67)	ปานกลาง
- ด้านการตอบสนองความต้องการ ของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช	11-55	11-50	27.82(7.51)	2.78(0.75)	ปานกลาง
- ด้านการตอบสนองความต้องการ ของตนเอง	9-45	9-40	22.99(6.51)	2.87(0.81)	ปานกลาง
- ด้านการมีข้อมูลข่าวสาร แหล่งสนับสนุน และเครือข่าย	7-35	7 - 30	16.25(4.99)	2.71(0.83)	ปานกลาง

**4. ปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแล ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล**

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่าง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

ทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน การเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบ ขั้นตอน (Stepwise Regression) พบว่า ตัวแปรที่ถูกเลือก เข้าสมการร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย

ทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลมี 5 ตัวแปร ได้แก่ ทัศนคติ  
เกี่ยวกับผู้ป่วยและการดูแล ( $B = .407, p < .001$ ) ปัญหา  
สุขภาพกายของผู้ดูแล ( $B = -.237, p < .001$ ) อายุของผู้ดูแล  
( $B = -.206, p < .001$ ) มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล  
( $B = .153, p < .01$ ) และการได้รับการเตรียมก่อนดูแล  
( $B = .126, p < .01$ ) ซึ่งสามารถอธิบายความพร้อม  
ในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวม

ได้ร้อยละ 40.2 ( $R^2 = .402, F = 40.861, p < .001$ ) โดย  
สามารถเขียนเป็นสมการถดถอยในรูปของคะแนนมาตรฐาน  
ของความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติ  
ผู้ดูแลภาพรวมได้ดังนี้ (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

$$Z_{\text{ความพร้อมของญาติผู้ดูแลภาพรวม}} = .407 (Z_{\text{ทัศนคติของผู้ดูแล}}) - .237 (Z_{\text{ปัญหาสุขภาพกายของผู้ดูแล}}) - .206 (Z_{\text{อายุของผู้ดูแล}}) + .153 (Z_{\text{มุมมองเชิงบวกจากการดูแล}}) + .126 (Z_{\text{การได้รับการเตรียมก่อนดูแล}})$$

**ตารางที่ 2** ค่าการวิเคราะห์การถดถอยระหว่างตัวทำนายความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ตัวแปรที่เข้าสมการ	b	Beta	t	p-value
ทัศนคติต่อการดูแล	1.142	.407	7.546	.000
ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล	7.980	-.237	4.835	.000
อายุของผู้ดูแล	-.242	-.206	-4.264	.000
มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล	.360	.153	2.860	.005
การได้รับการอบรมก่อนการดูแล	6.016	.126	2.752	.006
ค่าคงที่	25.081		4.672	.000

$R = .634, R^2 = .402, R^2_{adj} = .392, F = 40.861, p < .001$

### การอภิปรายผล

การศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วย  
ทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล และปัจจัยที่ทำนายความพร้อม  
ดังกล่าวในบริบทพื้นที่จังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นการศึกษาที่ช่วย  
เติมเต็มองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช  
ในระยะยาวในชุมชน ผู้วิจัยได้แบ่งอภิปรายผลการศึกษา  
เป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

#### 1. ความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช ของญาติผู้ดูแล จังหวัดชลบุรี

การศึกษาสะท้อนภาพความพร้อมของญาติ  
ผู้ดูแลว่า มีความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช  
ที่บ้านทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางที่ค่อนข้าง  
ต่ำ ซึ่งสามารถอธิบายตามทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน  
ของเมลิส (Meleis, 2010) ได้ว่า ญาติผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่าน  
จากสภาวะที่ไม่ต้องดูแลไปสู่อีกสภาวะที่ต้องดูแลผู้  
เจ็บป่วยทางจิตเวช รวมถึงการเปลี่ยนผ่านจากสภาวะที่  
อาการคงที่ไปสู่สภาวะที่อาการเสื่อมถอย เนื่องจากโรคนี้นั้น  
มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม อาการกำเริบหรือเปลี่ยนแปลง  
กะทันหัน และยังป่วยเรื้อรังนานเท่าใดจะยิ่งปรากฏภาวะ  
ความบกพร่องทางเขาวุ่นปัญญาและความคิดมากขึ้น

เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้  
อย่างถาวร มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี (Sfera, 2015,  
Thongsai, 2015) จากอาการที่เปลี่ยนแปลงเช่นนี้ทำให้  
การบำบัดไม่มีกำหนดเวลาสิ้นสุดแน่นอนหรือเป็นการบำบัด  
จิตในระยะยาว (Trangkhasombat, 2018) จึงอาจทำให้  
การทำบทบาทของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนผ่านเกิดขึ้นหลายครั้ง  
ตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป หรือบางครั้งการเปลี่ยนผ่านก็  
ยังไม่สมบูรณ์จนยังไม่มีความพร้อมหรือมีความพร้อม  
ค่อนข้างน้อยในการจัดการบทบาทผู้ดูแลดังผลการวิจัย

นอกจากนี้ยังอธิบายได้ว่า ความพร้อมในการ  
ดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการ  
เปลี่ยนผ่านของญาติผู้ดูแลผ่านเงื่อนไขที่เอื้อหรือเป็น  
อุปสรรค อาทิ เงื่อนไขส่วนบุคคล ญาติผู้ดูแลมากกว่าครึ่ง  
จบระดับประถมศึกษา และ เกือบ 2 ใน 3 ประกอบอาชีพ  
นอกบ้านจึงมีภาระการทำงานเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว  
เมื่อต้องเพิ่มบทบาทการเป็นผู้ดูแล จึงกระทบกับการมีภาระ  
ด้านการเงิน และส่วนมากมีข้อจำกัดหรือปัญหาในการทำ  
กิจกรรมการดูแลหลายประการ โดยเฉพาะความรู้ไม่เพียงพอ  
สำหรับการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช โดยเฉพาะประเด็น  
ความพร้อมในเรื่องของความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช อาการ

และการรักษา ความพร้อมในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับกฎหมาย สิทธิ คุ้มครอง อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนมากยังไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ซึ่งการศึกษาในครอบครัวที่ดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บทางจิตเวช (Thiansan, 2018) พบว่า ครอบครัวไม่มีความพร้อมในการรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชไปดูแลต่อเนื่อง อีกทั้งการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชยังมีกิจกรรมซับซ้อน (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) จึงทำให้ความพร้อมในเรื่องการรับรู้บทบาทน้อยลงไปด้วย ดังข้อมูลที่ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ยอมรับบทบาทการเป็นผู้ดูแลเพราะเป็นหน้าที่และบางคนไม่มีทางเลือกในการรับบทบาท

ความพร้อมในเรื่องข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลมีคะแนนต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับความพร้อมเรื่องอื่น แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างยังขาดเครือข่าย/แหล่งประโยชน์สนับสนุนการดูแล ซึ่งเป็นเงื่อนไขของชุมชน - เงื่อนไขสังคม นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย และยังไม่ได้รับการเตรียมจากสถานบริการสุขภาพจากโรงพยาบาล ไม่ทราบข้อมูลและเครือข่าย จึงไม่เป็นไปตามตามกรอบนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (WHO, 2002) ที่อธิบายว่าการจะยกระดับความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทเพื่อส่งเสริมคุณภาพของชีวิตของผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัวได้นั้น ต้องมีปฏิสัมพันธ์เชิงระบบผ่านการการดูแลร่วมกันของภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้มีภาวะเรื้อรังและครอบครัว ทีมสุขภาพเชิงรุก และเครือข่ายชุมชน ด้วยวิธีการที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแล 2) การได้รับการเตรียม/อบรม และ 3) การได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร/แหล่ง จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความพร้อมในการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นผู้มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นคนสำคัญในการดูแลแต่ยังขาดความในการดูแล ทักษะการปฏิบัติ ข้อมูลข่าวสาร หรือเครือข่าย (Fiest, McIntosh, Demianschuk, Leigh, & Stelfox, 2018; Davidson, Abshire, Paull & Szanton, 2018)

## 2. ปัจจัยที่ร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า ทักษะการดูแล ปัญหา

สุขภาพของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และการได้รับการอบรมก่อนการดูแลสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลภาพรวมได้ร้อยละ 40.2 ( $R^2 = .402$ ,  $F = 40.861$ ,  $p < .001$ ) ซึ่งสามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ทักษะการเป็นปัจจัยพื้นฐานภายในตัวบุคคลที่เป็นความรู้สึกว่า เห็นด้วย/ไม่เห็นด้วยต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด (Meleis, 2010) ซึ่งทักษะต่อการดูแลและกระตุ้นหรือชี้แนะให้ญาติผู้ดูแลมีแนวโน้มเผชิญกับบทบาททั้งทางบวกและลบ จึงเป็นปัจจัยเอื้อหรือขัดขวางให้ญาติผู้ดูแลเกิดความพร้อมในการดูแล การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตเวช เช่น ไม่กลัว ไม่รังเกียจ หรือการดูแลเป็นสิ่งที่ทำได้ ไม่อันตราย ต้องช่วยกัน ก็จะมีแนวโน้มที่จะพร้อมตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย พร้อมตอบสนองความต้องการของตนเอง และพร้อมด้วยแหล่งสนับสนุน/ข้อมูลข่าวสาร สอดคล้องกับการศึกษาที่ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล (Sutawatnatcha, 2016) เช่นเดียวกัน ทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (Mahamad, 2018; Piriyajaratchai, 2017) ทักษะการดูแลจึงมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลได้

ญาติผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพทำให้มีอำนาจในการร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลน้อยลงเนื่องจากการที่ญาติผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพก็จะกังวล ต้องจัดการกับปัญหาตนเอง ขาดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ผู้ดูแล เปรียบเสมือนอุปสรรคในการทำบทบาทที่ตั้งญาติผู้ดูแลและท่อนในข้อจำกัดของการดูแล จะนำไปให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลมีผลต่อความพร้อมในการดูแล และหากสุขภาพของผู้ดูแลไม่ดีหรือเกิดความเครียดจะทำให้ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้ลดลง (Luvira, 2013) เมื่อรวมกับปัจจัยอายุ โดยอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบและช่วยเพิ่มอำนาจร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลมากขึ้น ซึ่งอายุเป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่บ่งบอกถึงพลังกำลังในการจัดการปัญหา บุคคลที่อายุมากขึ้นย่อมมีความเสื่อมถอยของร่างกายซึ่งอาจจะส่งผล

ต่อการรับรู้ถึงความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรม การศึกษานี้พบว่า ญาติผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ประกอบกับยังเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วยมากที่สุดซึ่งต่างจากผู้ป่วยทางกายอื่น เช่น คนพิการทางการเคลื่อนไหวที่มีอายุน้อยกว่าและเป็นบุตรของผู้รับ การดูแล (Lawang, 2015) ญาติผู้ดูแลกลุ่มนี้จึงอาจมีร่างกายที่อ่อนล้าและขาดแรงในการเตรียมตนเอง ส่งผลให้มีความพร้อมในการทำบทบาทน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้ป่วยพบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก (Fiest et al., 2018) แตกต่างกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะมีความเครียดในการดูแลมากส่งผลให้มีความพร้อมในการดูแลที่น้อยลง (Kent, et al, 2016)

นอกจากนี้ มุมมองเชิงบวกจากการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกและช่วยเพิ่มอำนาจร่วมกันทำนายความพร้อมในการดูแลมากขึ้น โดยมุมมองเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญของบุคคลในการให้ความหมายสิ่งใดสิ่งหนึ่ง (Lawang, 2018) หากญาติผู้ดูแลมองว่า บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยนั้นมีความหมายกับชีวิตและรับรู้ว่าการทำหน้าที่นั้นมีประโยชน์ต่อตนเอง อาทิ ช่วยทำให้ตนเองมีศักยภาพ หรือได้รับการยอมรับมากขึ้นก็จะมีแรงในการเตรียมตนเองส่งผลให้มีความพร้อมในการทำบทบาทเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่การมีมุมมองเชิงบวกจะทำให้มีความพร้อมในการดูแล (Li & Loke, 2013) ปัจจัยสุดท้ายที่ร่วมทำนายความพร้อมคือ การได้รับการอบรมก่อนทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่ช่วยพัฒนาศักยภาพก่อนการทำบทบาทของญาติผู้ดูแล ทำให้เข้าใจในสถานการณ์และการดูแล มีทักษะ และพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะเป็นผู้ที่มีปัญหาซ้ำซ้อนอย่างผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช ประกอบกับการได้รับการอบรมจะทำให้ญาติผู้ดูแลมีเครือข่ายทั้งบุคลากรทางสุขภาพและเพื่อนผู้ดูแลด้วยกัน ก็ยังเพิ่มความพร้อมในด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการเตรียมมาก่อนจะมีความพร้อมในบทบาทผู้ดูแลไม่มาก (Koonnarong, Thaniwatananont, & Kitrungrrote, 2012) หากผู้ดูแลได้รับการอบรมจะช่วยเพิ่มความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช (Purba, Suttharangsee & Chaowalit, 2016) หรือมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Boonchuwong, Sanaha, Pinyopasakul, & Nilanont, 2017)

จากข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าทัศนคติต่อการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และการได้รับการอบรมก่อนการดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยชี้้นำให้ญาติผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชได้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของเมเลียส (Meleis, 2010) ที่กล่าวไว้ว่า เงื่อนไขที่ทำให้บุคคลสามารถเปลี่ยนผ่านตามสถานการณ์และปฏิบัติบทบาทได้ คือ คุณลักษณะส่วนบุคคล (ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลและอายุของผู้ดูแล) มุมมองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ทัศนคติและมุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล) สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตหรือจิตเภท (Ahmed & Ghaith, 2018) ตลอดจนการได้รับการอบรมก่อนการดูแลเป็นเงื่อนไขให้บุคคลอย่างญาติผู้ดูแลสามารถที่จะจัดการกับการเปลี่ยนผ่านที่เกิดขึ้นให้ดำเนินไปได้ด้วยดี และ สอดคล้องกับแนวความคิดการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรัง (WHO, 2002) ที่ระบุถึงการดูแลผู้ที่มีภาวะเรื้อรังร่วมกันจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดภาคีเครือข่ายจำเป็นต้องได้รับการกระตุ้น/สร้างแรงจูงใจในการดูแลจนเกิดการยอมรับทัศนคติที่ดีต่อบทบาท การได้รับการเตรียม/อบรม และการได้รับสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร/แหล่งก่อนการดูแล

### 3. ปัจจัยที่ไม่สามารถร่วมทำนายความพร้อมในการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวช คือ อายุ และความรุนแรงของโรคนั้นไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้ เนื่องมาจากเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้วไม่ว่าผู้ที่เจ็บป่วยจะมีอายุมากหรือน้อย ความรุนแรงโรคเป็นอย่างไร ย่อมจะต้องการได้รับการดูแล ญาติผู้ดูแลจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลไม่แตกต่างกันจึงไม่สามารถนำมาทำนายความพร้อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่าระดับการพึ่งพาของผู้ป่วยหรือความรุนแรงของโรค ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลเช่นเดียวกัน (Boonchuwong et al., 2017) ในขณะที่ปัจจัยด้านคุณลักษณะของญาติผู้ดูแล ได้แก่

พลังสุขภาพจิตนั้น เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่สะท้อนความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัว แต่ในบริบทการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวช ก่อให้เกิดความยากลำบากซึ่งภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์นั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลไม่แตกต่างกัน

ส่วนปัจจัยด้านบริบทการดูแลได้แก่การยอมรับบทบาท และการรับรู้ภาวะการดูแล ไม่สามารถทำนายความพร้อมในการดูแลได้ เมื่อพิจารณาจากคำถาม การยอมรับในบทบาทหน้าที่จะเป็นเป็นค่าคะแนนการยอมรับการเป็นผู้ดูแลหลักเนื่องจากเพราะเป็นหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบซึ่งหากมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นในครอบครัว ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ก็จะเป็นคนในครอบครัว (Goldsmith & Terui, 2018) จึงไม่สามารถนำปัจจัยนี้มาทำนายถึงความพร้อมในการดูแลได้ แตกต่างกับการศึกษาบริบทการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พบว่า การยอมรับในบทบาทผู้ดูแลและสัมพันธ์กับความพร้อม (Koonnarong, Thaniwatananont & Kitrungrrote, 2012) ในส่วนของการรับรู้ภาวะการดูแล แม้จะรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลจนมีเวลาในการดูแลตนเอง แต่ก็ต้องปฏิบัติตามหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัว (Tamdee, Tamdee, Greiner, Boonchiang, Okamoto, & Isowa, 2018) จึงไม่สามารถนำมาทำนายความพร้อมในการดูแลได้ ซึ่งการศึกษาประสบการณ์การดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ดูแลผู้มีการเจ็บป่วยทางจิตชนิดรุนแรงพบว่าผู้ดูแลจะมีการรับรู้ในภาวะการดูแล การใช้เวลา และพลังงานในการดูแลรวมถึงการสูญเสียรายได้ ซึ่งผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน (Thiensan, 2018) จึงไม่สามารถนำมาทำนายความพร้อมได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลและระบบการดูแลสุขภาพควรให้ความสำคัญของความพร้อมในการดูแลของญาติผู้ดูแลและกระตุ้นให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องตระหนักถึงความพร้อมดังกล่าว ร่วมกับการกำหนดนโยบายพัฒนาความพร้อมในการดูแลที่เป็นรูปธรรม ตั้งแต่การบริการในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิก่อนออกจากโรงพยาบาล และการบริการระดับปฐมภูมิหลังจากออกจากโรงพยาบาลกลับมาอยู่ที่บ้าน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล นำไปสู่ผลลัพธ์

ที่ดีต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชและญาติผู้ดูแล

2. พยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขควรประเมินความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลในพื้นที่รับผิดชอบทุกคน เริ่มตั้งแต่หลังออกจากโรงพยาบาลและระหว่างให้การดูแลเป็นระยะครอบคลุมความพร้อม 3 ด้าน เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการช่วยเหลือหรือเสริมความพร้อมของญาติผู้ดูแล

3. พยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแลผ่านกลวิธีที่หลากหลาย ทั้งการเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการดูแล การเพิ่มมุมมองเชิงบวกจากการดูแล และให้การอบรมเพิ่มเติมหรือตามที่ผู้ดูแลต้องการในขณะให้การดูแล โดยเฉพาะในญาติผู้ดูแลที่มีอายุมากและมีปัญหาสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตเวชและญาติผู้ดูแลลดการกลับเป็นซ้ำ สามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติ

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาต่อยอดการทำวิจัยเชิงทดลอง ผ่านการพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตเวชของญาติผู้ดูแล โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ทำนายความพร้อมในการดูแล ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแล ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแล มุมมองเชิงบวกเกี่ยวกับการดูแล และการได้รับการอบรมก่อนการดูแล ตลอดจนการศึกษาที่ขยายขอบเขตการศึกษาความพร้อมในการดูแลผู้เจ็บป่วยจิตเวชประเภทอื่นของญาติผู้ดูแล

## Reference

Ahmed, H.A.A.E, & Ghaith, R.F.A.H. (2018). Effect of psycho-educational program on families's perception of burden and attitudes toward mental illness among caregivers of patients with schizophrenia. *Egyptian nursing Journal*, 15(3), 268-280.

- Akarathanarak, T., Kongsuwan, W., & Matchim, Y. (2017). New Registered Nurse Knowledge in Caring for Patients at the End of Life. *Songklanagarind Journal of Nursing, 34*(2), 103-116 [In Thai]
- Best, J.W. & Kahn, Jivi. (2006). *Reserch in education* (10<sup>ed</sup>). Boston pearson education.
- Boonchuwong, O., Saneha, C., Pinyopasakul, W. & Nilanont, Y. (2017). Factors influencing readiness of caregivers of patients with stroke before hospital discharge. *J NURS SCI, 35*(3), 46-57 [In Thai]
- Chadda, R.K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry, 56*(3), 221-229.
- Choorat, N. (2016). The study of causes and ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients in the community of pi-leng district health care promoting hospitals which experiencing unrest situation in the southern provinces of thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Scinces, 3*(1), 24-36.
- Davidson, PM., Abshire, MA., Paull, G. & Szanton, SL. (2018). Family caregiver: Important but often poorly understood. *Journal of Clinical nursing, 27*(23), 1-3.
- Department of mental health. (2018). *Report of patients coming to receive psychiatric services*. Retrived from <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/host.asp?id=20&nyear=2560>
- Fiest, KM., McIntosh, CJ., Demiantschuk, D., Leigh, JP. & Stelfox, HT. (2018). Translating evidence to patient care through caregivers: a systematic review of caregiver-mediated interventions. *BMC Medicine, 16*(1), 105-115.
- Gloria, O., Osafo, J., Goldmann, E., Parikh, NS., Nonvignon, J., & Kretchy, IM. (2018). The experiences of providing caregiving for patients with schizophrenia in the Ghanaian cotext. *Journal Archives of Psychiatric Nursing, 32*(6), 1-8.
- Goldsmith JV. & Terui S. (2018). Family oncology caregivers and relational health literacy. *Journal Challenges, 9*(2), 35-45.
- Institute for population and social research mahidol university. (2019). *Thai health report 2019*. Retrived from <https://www.thaihealth.or.th/books/591/.html> [In Thai]
- Kaewumpa, U. (2012). Relationships between personal factors burden and mental health in caregivers of patients with schizophrenia, *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 26*(2), 127-143. [In Thai]
- Kent EE. et al. (2016). Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer, 122*(13), 1987-1995.
- Kongnirundon, S., Vatanasin, D. & Nabkasorn, C. (2018). Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32*(3), 118-132 [In Thai]
- Koonnarong, O., Thaniwatananont, P., & Kitrungrrote, L. (2012). Caregiving preparedness, family relationships and role strain among caregivers of muslim stroke patients. *Princess of Naradhiwas Journal, 4*(1), 45-45. [In Thai]
- Lawang, W. (2018). *Family Caregiver: Caring for the chronic illness*. Bangkok. Danex intercorperation. [In Thai]

- Li, Q., & Loke, A.Y. (2013). The positive aspects of caregiving for cancer patients: a critical review of the literature and directions for future research. *Psychooncology*, 22(11), 2399-2407.
- Linszen, D. H., de Hann, L., Dingemans, P. M., & Wouters, L. (2006). Can long-term critical period interventions in the early phase of schizophrenia-like disorders prevent deterioration? *Schizophrenia Research*, 81(Suppl.6), 8-18.
- Luvira, V. (2013). Health care for caregivers of patients with terminal illness. *Srinagarind Med J 2013*, 28(2), 266-270. [In Thai]
- Mahamad, P. (2018). Knowledge, attitude and principle of caregiver in elderly disability care in Sungaikolok, Narathiwat. *J Gerontol Geriatr Med*, 17(1), 1-9. [In Thai]
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transition: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Pankong, O. & Pothiban, L. (2018). Concept of positive aspects of caregiving: adapted in caregivers of older person with dementia. *Nursing Journal*, 45(1), 159-170.
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M. & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population health metric*, 17(3), 24-35.
- Pipatabanond, P. (2001). *Caregiver burden predictive model: an empirical test among caregivers for the schizophrenic*. Doctor of nursing, Faculty of nursing, Mahidol university. Retrieved from <http://mulinet11.li.mahidol.ac.th/ethesis/scan/4137113.pdf>
- Piriyajaratchai, N. (2017). Factors predicting caregiver's readiness for dependent older persons in transition period on hospital to home. *Journal of the royal thai army nurse*, 19(supplement), 32-42.
- Poonnotok P., Thampanichawat W., Patoomwan A., & Sangon S. (2016). Struggling to restore normalcy: Thai parents' experiences in being caregivers of children with early schizophrenia. *Journal of Nursing Research*, 20(1), 71-84 [In Thai]
- Poonnotok P., Pratoomsri, W., Kaewmart N, Asarath T. (2019). Making it better: experiences of thai caregivers in managing psychotic symptoms of persons with schizophrenia. *Journal of Health Research*, 33(3), 238-246. [In Thai]
- Phanthunane, P., Vos, T., Whiteford, H., Bertram, M., & Udomratn, P. (2010). Schizophrenia in Thailand: Prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, 8(24), 1-8.
- Purba, J., Suttharangsee, W., & Chaowalit, A. (2016). Effectiveness of a coaching program for family caregivers of persons with schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)* 14(1), 11-24. <http://wjst.wu.ac.th/index.php/wjst/article/view/2091>.
- Ritchie, H. & Roser, M. (2018). *Mental health*. Published online at [ourworldindata.org](http://ourworldindata.org). Retrieved from: 'https://ourworldindata.org/mental-health' [Online resource]
- Sfera, A. (2015). Chronic psychosocial and its prevention. *Journal of psychology and clinical psychiatry*, 3(3), 1-3.

- Srisatitnarakoon, B., (2012). *The methodology in nursing research*. Faculty of Nursing, Chulalongkorn university. Bangkok: Chulalong University printing house. [In Thai]
- Sutawatnatcha, S. (2016). Relationships between acceptance attitude toward psychiatric patients and perception toward psychiatric patients to communication. *The Journal of Psychiatric and Mental health nursing*, 30(1), 97-109. [In Thai]
- Tamdee, D., Tamdee, P., Greiner, C., Boonchiang, W., Okamoto, N., & Isowa, T. (2018). Conditions of caring for the elderly and family caregiver stress in Chiang mai, Thailand. *Journal of Health Research*, 33(2), 58-69.
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. Retrieved April 1, 2020, from [https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs/S0140673618301983\\_Thai.pdf](https://www.thelancet.com/pbassets/Lancet/pdfs/S0140673618301983_Thai.pdf) [In Thai]
- Thai health promotion foundation. (2019). *Thai Health report 2019*. Institute for population and social research, Mahidol University.
- Thiansan, T. (2018). Psychiatric and mental health nurses with the roles of family preparedness of schizophrenic patients cares in the community. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 30(2), 67-77. [In Thai]
- Thongsai, S. (2015). Schizophrenia care in a sustainable thai society context. *Journal of Nursing Division*, 2(3), 1-9. [In Thai]
- Toonsiri, C., Sunsern, R., & Lawang, W. (2011). Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of nursing and education*, 4(1), 63-75.
- Trangkhasombat, U. (2018). *Family therapy and family counseling*. Bangkok: Sunta printing. [In Thai]
- World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions*. Building blocks for action: global report. Retrieved April 1, 2019, from <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>.