

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ  
และที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้\*

**Burden among Caregivers of Schizophrenia Patients Residing in Peaceful  
and Unrest Areas, Southern Thailand**

บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์ พย.ม (Banjerd Tipnurak, M.S.N.,R.N.)\*\*

ศรีสุดา วนาลีสิน พย.ด (Srisuda Vanaleesin, Ph.D.,R.N.)\*\*\*

ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต พย.ม (Tippa S, M.S.N.,R.N.)\*\*\*\*

**Abstract**

The purpose of this research was to study and compare caregivers' burden when caring for schizophrenia patients living in peaceful and unrest areas of southern Thailand. One hundred and ninety-six subjects were recruited in the study. The research instrument was developed based on Montgomery's (2006) framework. The content of the caregivers' burden questionnaire was verified by three experts and was examined for its reliability using Cronbach's alpha coefficient, which yielded a value of 0.86. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, chi-square and independent t-test. The results of this study were as follows:

1. 18.9 % of caregivers of schizophrenia patients living in peaceful perceived an objective burden, 24.5 % perceived a subject demand burden, and 49.9 % perceived a subjective stress burden. Among caregivers of schizophrenia patients living in the unrest area, 22.5 % perceived an objective burden, 29.6 % perceived a subjective demand burden, and 64.3 % perceived subjective stress burden.

2. Comparing burden scores among these two groups, it was found that caregivers who lived in the unrest area had a statistically significant higher mean score of perceived subjective demand burden and of perceived subjective stress burden than those who lived in peaceful area ( $p<0.05$ ).

**Key word:** Caregives' Burden, Schizophrenia patients, Residing in Peaceful and Unrest Areas

---

\*สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล  
ศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

\*\*\*อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*\*\*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ และเหตุการณ์ความไม่สงบจำนวน 196 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดมอนต์โกเมอรี (Montgomery, 2006) ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่า .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และทดสอบค่าทีอิสระ ผลการวิจัย พบว่า

1. ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ ร้อยละ 18.37 รับรู้ว่าเป็นภาระเชิงปรนัย ร้อยละ 24.49 รับรู้ว่าเป็นภาระ เชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 49.98 รับรู้ว่าเป็นภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ส่วนผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 22.45 รับรู้ว่าเป็นภาระ เชิงปรนัย ร้อยละ 29.59 รับรู้ว่าเป็นภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 64.29 รับรู้ว่าเป็นภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด

2. เมื่อเปรียบเทียบภาระผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่า การรับรู้ภาระแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ( $M = 11.58, S.D. = 4.47; M = 13.01, S.D. = 3.86$ ) และภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ( $M = 12.95, S.D. = 4.20; M = 14.36, S.D. = 3.31$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นใช้ข้อมูลสำหรับทีมสุขภาพในการจัดกิจกรรมผ่อนคลายความเครียดให้กับผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ

**คำสำคัญ :** ภาระของผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท, เหตุการณ์ปกติและเหตุการณ์ความไม่สงบ

### ความสำคัญของปัญหา

เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนใต้ เป็นปัญหาความรุนแรงซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 2547 มีการกระทำที่ก่อความไม่สงบ ประชาชนให้ได้รับบาดเจ็บและถึงแก่ชีวิตเป็นจำนวนมาก (พงค์เทพ, อมร, สุวัฒน์ และสุภัทร, 2550) สถิติจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (2551) พบว่าตั้งแต่ เดือนมกราคม 2547 ถึง เดือนเมษายน 2551 มีจำนวนความถี่ของการก่อความไม่สงบเหตุการณ์ความรุนแรง ทั้งสิ้น 9,820 ครั้ง ผู้เสียชีวิต 2,801 คน และมีผู้ได้รับบาดเจ็บ 5,545 คน สภาพเหล่านี้มีผลคุกคามต่อความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ เกิดความวิตกกังวลหวาดกลัวเหตุร้ายจะเกิดขึ้นกับตัวเอง ครอบครัว ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และการเดินทางไปประกอบอาชีพ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจรายรับของครอบครัวที่ลดน้อยลง (สมชาย, 2543; สุภัทร, สุวัฒน์ และอมร, 2547) และเกิดความเครียดที่เพิ่มขึ้น (รติวรรณ, 2550)

จากสถิติการรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2550 มีจำนวน 2,948, 3,835, 3,720 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ จำนวนถึง 502, 732, 733 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2550) โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เพราะผู้ป่วยจะมีความผิดปกติ ด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ, 2545) ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และการตอบสนองที่บกพร่อง (มาโนช, 2548) ที่มีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ลดลงอย่างมาก (อภิชัย, วัชนี, ภัสรา, วรรณประภา, ละเอียด, และสุจริต, 2546) ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภท ขณะกลับสู่ครอบครัว ชุมชน ยังมีความผิดปกติทางจิตหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวอยู่ตามลำพัง มีหูแว่ว เห็นภาพหลอน มีความคิดแปลกๆ หงุดหงิดโมโหง่าย ก้าวร้าวไม่เป็นมิตร นอนไม่หลับบ่อย ๆ ในตอนกลางคืนต้องลุกเดินไปมา ไม่ช่วยทำงานบ้าน หรืองานประจำ (ทูลกา, 2545; มานิตย์, 2542; สมภพ, 2545; Kaplan & Sadock, 1995) บางคนคิดว่าตนเองหายแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยา เกิดความเบื่อหน่ายต่อการรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (สมพร, จิตารัตน์, วรรณภา, และจินตนา, 2546)

สภาพเหล่านี้ของผู้ป่วย ทำให้เกิดการระการดูแล ที่ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน คอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ และต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแล รู้สึกอ่อนล้า หงุดหงิด ท้อแท้หมดกำลังใจ (ศรีสุดา, ทิพย์ภา, พรรณนี และจิตต์ดดา, 2546) ยิ่งในสถานการณ์ความไม่สงบยิ่งเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าในเหตุการณ์ปกติ เพราะผู้ดูแลต้องคอยระวังอันตรายจากเหตุความไม่สงบ และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดที่เพิ่มมากขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ น่าจะได้รับผลกระทบทั้งจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และจากเหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นประจำวัน น่าจะมีความยุ่งยากและรับรู้ภาวะที่แตกต่างจากผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ หากผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระที่ต่างกัน ก็น่าจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกันด้วย ผู้ศึกษา จึงมีความสนใจที่จะศึกษา เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ และที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษา ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ

### กรอบแนวคิดและวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดภาระผู้ดูแล (Caregiver Burden) ของมอนต์โกเมอรี (Montgomery, 2006) ที่อธิบายว่าภาระเป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกต่อผลกระทบที่เกิดจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย เป็นผลกระทบต่อบุคคลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ซึ่งแบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นความรู้สึกของผู้ดูแล ที่ผู้ดูแลรู้สึกถูกรบกวนในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การมีเวลาสำหรับตัวเอง ความเป็นส่วนตัว การทำงานบ้าน การมีเวลาสำหรับปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย การพักผ่อนและการท่องเที่ยว การมีเวลาสำหรับเพื่อนและญาติคนอื่นๆ

2. ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย (subjective demand burden) เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ เดือดร้อนของผู้ดูแลที่เกิดจากการตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความพยายามในการควบคุมดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกถูกเอาเปรียบจากผู้ป่วย และการเรียกร้องที่มากเกินไปและเกินความจำเป็นของผู้ป่วย

3. ภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด (subjective stress burden) เป็นความรู้สึกตึงเครียดในชีวิต ประกอบด้วยความรู้สึกหงุดหงิด ซึมเศร้า เกิดความวิตกกังวลกับสิ่งต่างๆ จากการดูแลผู้ป่วย

### คำถามการวิจัย

1. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบเป็นอย่างไร

2. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ มีความแตกต่างกันหรือไม่

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง และเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร พี่น้องหรือญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือมารับยาแทน ที่โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ เป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ และกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ กลุ่มละ 98 คน รวม 196 คน ซึ่งได้จากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (power analysis) ของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1999) กำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test: 1-β) เท่ากับ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .40 ซึ่งเป็นขนาดปานกลาง และเป็นที่ยอมรับในงานวิจัยทางการแพทย์ (Polit & Hungler, 1999) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาระการดูแล (Caregiving Burden Scale: CBS) ซึ่งพัฒนามาจากมอนต์โกเมอรี (Montgomery, 2006) ซึ่งประเมินภาระการดูแล 3 ด้าน คือ ภาระเชิงปรนัย ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย และภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด การให้คะแนนข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ และผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เครื่องมือมีความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และทดสอบทีอิสระ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย โดยโครงการวิจัย ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัย ด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้วิจัยได้ทำเอกสารพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำแบบสอบถามที่มีเนื้อหาการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ พร้อมนำเสนอในภาพรวม ผู้วิจัยได้เตรียมการช่วยเหลือระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างเกิดผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกรู้สึกของกลุ่มตัวอย่าง ที่สังเกตได้จาก สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียงของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งในขณะที่ตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ไม่มีกลุ่มตัวอย่างแสดงอาการของผลกระทบทางด้านจิตใจดังกล่าว

### ผลการวิจัย

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเหตุการณ์ปกติ ร้อยละ 61.22 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 29.59 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 51– 60 ปี ร้อยละ 83.67 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 68.37 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 30.61 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 56.12 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 28.57 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ร้อยละ 29.59 มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001 ถึง 6,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 40.82 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 69.39 ผู้ดูแลอาศัยอยู่นอกเขตเมือง/เทศบาล ร้อยละ 55.10 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6 เดือนถึง 5 ปี ร้อยละ 46.94 ได้มารับยาแทน/พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ 16 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 59.26 พบปัญหาด้านการเดินทาง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 65.31 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 33.67 มีอายุอยู่ในช่วง 51 – 60 ปี ร้อยละ 56.12 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 77.56 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 52.04 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.21 จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 33.68 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ร้อยละ 33.67 มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001 ถึง 6,000 บาทต่อเดือน และร้อยละ 56.12 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 70.41 ผู้ดูแลอาศัยอยู่นอกเขตเมือง/

เทศบาล และร้อยละ 46.94 มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 6 เดือนถึง 5 ปี ในขณะที่ร้อยละ 47.96 ผู้ดูแลได้มารับยาแทน/พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตั้งแต่ 16 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 68.18 พบปัญหาด้านการเดินทาง และข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ได้แก่ การนับถือศาสนากับภาระการดูแล และการประกอบอาชีพกับภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

1.2. ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ ร้อยละ 74.49 เป็นเพศชาย ร้อยละ 39.80 มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 31–40 ปี ร้อยละ 79.59 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 74.49 ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 42.86 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ร้อยละ 43.88 มีอาการเริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 59.19 ผู้ป่วยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน น้อยกว่า 5 ครั้ง

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 73.47 เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.88 มีอายุ อยู่ในช่วง 31–40 ปี ร้อยละ 56.12 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 73.47 ไม่มีรายได้ ร้อยละ 56.12 ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ร้อยละ 38.76 มีระยะเวลาเริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 54.08 เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน น้อยกว่า 5 ครั้ง

2. จำนวน ร้อยละ ภาระของผู้ดูแลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ และที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ จำแนกรายด้าน (N=196) ผลการวิจัยพบว่า

ตาราง 1

ภาระของผู้ดูแล	ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ	ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ
	(n = 98)	(n = 98)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เจริญปรนัย		
ไม่เป็นภาระ (0.00 – 23.00)	83 (81.63)	79 (77.55)
เป็นภาระ (23.01 – 30.00)	15 (18.37)	19 (22.45)
2. เจริญอดนัยจากความต้องการของผู้ป่วย		
ไม่เป็นภาระ (0.00 – 15.00)	77 (75.51)	72 (70.41)
เป็นภาระ (15.01 – 20.00)	21 (24.49)	26 (29.59)
3. เจริญอดนัยที่เป็นความเครียด		
ไม่เป็นภาระ (0.00 – 13.50)	52 (51.02)	36 (35.71)
เป็นภาระ (13.51 – 20.00)	46 (49.98)	62 (64.29)

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ ร้อยละ 51-81 ระบุว่าไม่เป็นภาระในการดูแล มีเพียงร้อยละ 18.37 ที่ระบุว่า เป็นภาระเชิงปรนัย ร้อยละ 24.49 ระบุว่า เป็นภาระเชิงอัตนัยตามความต้องการของผู้ป่วย และร้อยละ 49.98 ที่ระบุว่า เป็นภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 37-75 ระบุว่าไม่เป็นภาระ และมีเพียง ร้อยละ 22.45 ที่ระบุว่า เป็นภาระเชิงปรนัย ร้อยละ 29.59 ที่ระบุว่า เป็นภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ร้อยละ 64.29 ระบุว่า เป็นภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด

3. ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ จำแนก รายด้าน (N=196)

ตาราง 2

ภาระของผู้ดูแล	ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ		ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ		t-value
	(n = 98)		(n = 98)		
	M	SD	M	SD	
1. เจริญปรนัย	20.20	3.98	20.60	4.22	-0.68
2. เจริญอัตนัย					
จากความต้องการของผู้ป่วย	11.58	4.47	13.01	3.86	-2.39*
3. เจริญอัตนัย					
ที่เป็นความเครียด	12.95	4.20	14.36	3.31	-2.60*

\* $p < 0.05$

จากตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบ การรับรู้ภาระของผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ รายด้าน พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ( $M = 11.58, SD = 4.47; M = 13.01, SD = 3.86$ ) และภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ( $M = 12.95, SD = 4.20; M = 14.36, SD = 3.31$ ) ส่วนภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ( $M = 20.20, SD = 3.98; M = 20.60, SD = 4.22$ ) ผู้ดูแลรับรู้ภาระที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ศึกษา และเปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่

ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

### 1. ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ

1.1 ภาวะเชิงปรนัย ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.63 (ตาราง 1) ระบุว่าไม่เป็นภาระในการดูแล อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.22 เป็นเพศหญิง และร้อยละ 28.57 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็นมารดา ซึ่งในวัฒนธรรมและสังคมไทยที่สืบทอดต่อกันมา จากความผูกพันทางสายเลือด มารดาจะมีความรับผิดชอบ ช่วยเหลือเกื้อกูลบุตรด้วยความรัก ความห่วงใย มารดาเป็นผู้รับหน้าที่ดูแลงานบ้าน พร้อมทั้งดูแลบุตรไปพร้อมๆกัน นับว่าการดูแลบุตรเป็นเรื่องปกติของการดำเนินชีวิต ที่มารดาต้องดูแลบุตรแม้ว่าบุตรเจ็บป่วย ก็ไม่ทอดทิ้ง (รุจา, 2541) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลรัตน์ (2537) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นเพศหญิง มีบทบาทเป็นมารดา จะเป็นผู้ดูแลงานบ้าน ดูแลบุตร และคอยช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 29.59 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์มั่นคง มีการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหา ทำให้มีการตัดสินใจได้อย่างสุขุม รอบคอบ มีความรับผิดชอบสูง และมีบทบาทและหน้าที่ในการช่วยเหลือบุคคลในครอบครัว และพร้อมที่จะให้การช่วยเหลือบุตร เมื่อบุตรต้องการหรือบุตรป่วยและต้องการการดูแล (ศรีเรือน, 2540; สุชา, 2536) ฉะนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการดำเนินผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่เป็นมารดาอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ จึงรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นภาระในการดูแล

1.2 ภาวะเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลร้อยละ 75.51 ระบุว่าไม่เป็นภาระในการดูแล ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วย ร้อยละ 42.86 มีอาการทางจิตสงบ อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการต่างๆ ไม่รุนแรง ในขณะที่เดียวกันหากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นมีอาการอยู่ในระดับน้อยๆก็จะทำให้รับรู้ภาระการดูแลน้อยตามไปด้วย เนื่องจากผู้ดูแลไม่ต้องตอบสนองความต้องการที่ผู้ป่วยเรียกร้องมากเกินไป จากการศึกษาของ ทอมสัน และดอล (Thompson, and Doll, 1982) ที่ศึกษา เปรียบเทียบผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงกับไม่รุนแรง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง มีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูง กว่ากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการไม่รุนแรง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้

1.3 ภาวะเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ร้อยละ 51.02 ผู้ดูแลระบุว่าไม่เป็นภาระในการดูแล อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้เวลาดูแลอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคเป็นโรคเรื้อรัง และเมื่อเวลาผ่านไปผู้ดูแลได้มีการปรับตัว พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 29.59 มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้เป็นวัยผู้ใหญ่ที่สามารถแก้ปัญหาและลดภาวะเครียดให้กับตัวเองได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งเดือนเพ็ญ และจุฑารัตน์ (2529) กล่าวว่า ปัจจัยที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความสามารถในการปรับตัวทางความเครียดได้ดี คือ ความต้องการในการปรับตัวต่อความเครียด ประสบการณ์และความคุ้นเคยที่จะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มีประสบการณ์นั้นๆมาก่อน ดังการศึกษาของ มอนต์โกเมอรี กอนเยีย และฮูย์แมน (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) ที่ศึกษา พบว่า อายุ

ของผู้ดูแลสัมพันธภาพทางลบกับภาระในการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่อายุมาก มีประสบการณ์ในเรื่องต่างๆ มากมาย ย่อมมีการรับรู้ภาระในการดูแลน้อย และในบริบทของสังคมไทย ตามความคาดหวังของสังคม ที่คาดหวังว่า บิดา มารดา ต้องดูแลบุตร (วิมลรัตน์, 2537) จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลให้ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นการในการดูแล

## 2. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ

2.1 ภาระเชิงปรนัย พบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 70.41 (ตาราง 1) รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเหตุการณ์ความไม่สงบ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ปี 2547 จนถึงปัจจุบัน (รุ่ง, 2548) ทำให้ผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดการเรียนรู้และมีการปรับตัว เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ประกอบกับการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ผู้ดูแล ร้อยละ 52.04 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นอาชีพที่อิสระและผู้ดูแลปรับตัวได้ แม้บางครั้งต้องเปลี่ยนแปลงเวลาในการออกไปประกอบอาชีพ ที่สอดคล้องกับแนวคิดของ นิวแมน (Neuman, 2002) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ และระดับการตอบสนองต่อสิ่งที่เกิดขึ้น โดยบุคคลที่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับเหตุการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม มักจะเผชิญหรือแก้ไขปัญหา หรือยอมรับเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่เคยเผชิญเหตุการณ์นั้นมาก่อน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่เป็นการในการดูแลผู้ป่วย แม้ต้องอยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบก็ตาม

2.2. ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล ร้อยละ 70.41 (ตาราง 1) รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นการ อาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล ร้อยละ 56.12 มีอาการทางจิตสงบ ที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ระดับความรุนแรงของอาการลดลง ผู้ป่วยมิได้มีอาการมากเหมือนในช่วงแรก (มาโนช, 2548) ถึงแม้ว่า ร้อยละ 37.76 ผู้ป่วยจะมีอาการเตือนก่อนอาการกำเริบ คือ อาการนอนไม่หลับบ่อยๆ ก็ตาม แต่ผู้ป่วยยังมีการรับรู้ที่ปกติ ไม่มีอาการกำเริบที่รุนแรง จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นการในการดูแล จากการเรียกร้องหรือความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วย แม้ว่าจะมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นในแต่ละวัน ผู้ดูแลก็ยังสามารถตอบสนองจากความต้องการของผู้ป่วยได้

2.3 ภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.29 (ตาราง 3) รับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแล อาจเนื่องมาจากเหตุการณ์ความไม่สงบเป็นภาวะวิกฤตของชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริงในแต่ละวัน ซึ่งความเครียดเป็นประสบการณ์พื้นฐานของมนุษย์ บางครั้งอาจมีผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจ และทำให้บุคคลเกิดความเครียด จิตใจเกิดความอ่อนล้า ท้อแท้ หงุดหงิด โมโหง่าย และนอนไม่หลับ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแล ร้อยละ 27.27 มีปัญหาด้านสุขภาพกาย/จิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีสุดา, ทิพย์ภา, พรรณนิ และ จิตลัดดา, (2546) ผู้ดูแลรู้สึกตึงเครียด กลัว หงุดหงิด ท้อแท้ โกรธ เหนื่อยล้า กังวลใจ โศกเศร้า สูญเสียและมีภาวะไร้พลัง เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (บุญวดี และเขาวนารถ, 2547) และยังพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 73.47 (ตาราง 1) ไม่มีรายได้ เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพใดๆ ผู้ดูแลจึงต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆ ให้กับผู้ป่วย ทำ

ให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระที่ต้องคอยช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย (ทูลภา, 2545) และผู้ดูแลเกิดความเครียด รู้สึกหงุดหงิด หรือซึมเศร้า จากความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เมื่ออยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบ สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ (2549) ที่พบว่า หญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิต เกิดความรู้สึกหวาดกลัวว่าเหตุการณ์ความไม่สงบเหล่านี้ จะเป็นอันตรายต่อตนเองและครอบครัว และจากการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ในภาวะวิกฤตเหตุการณ์ความไม่สงบ พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่เกิดภาวะเครียด เกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน (สุรพันธ์ และประไพ, 2547) นอกจากนี้การรับรู้ภาระที่เป็นความเครียด อาจเนื่องมาจากปัญหาในการเดินทางที่ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ซึ่งในการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 68.18 มีปัญหาในการเดินทาง และเป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่นอกเขตเมือง/เขตเทศบาล ถึงร้อยละ 70.41 ต้องใช้เวลาในการเดินทาง เมื่อต้องมารับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่อยู่ในเขตเมือง ทำให้ผู้ดูแลเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองและบุคคลในความดูแล จากความไม่สงบรุนแรงที่เกิดขึ้น ที่สอดคล้องกับการศึกษาของ มาทิน เยลโล (Martyns-Yellowe, 1992) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท จะมีภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง เนื่องจากระยะทางระหว่างโรงพยาบาลจิตเวชหรือศูนย์บริการจิตเวชชุมชนกับบ้านของผู้ป่วยอยู่ห่างไกลกัน ทำให้ผู้ดูแล และผู้ป่วยมีปัญหาในการเดินทางไปรับยา หรือไปรับการตรวจรักษา เพราะบางครั้งต้องเปลี่ยนเส้นทางการเดินทางกะทันหันเพื่อความปลอดภัย หากผู้ป่วยอาการกำเริบต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน แต่ก็ไม่สามารถพาผู้ป่วยออกมารักษาได้ในยามจำเป็นได้ (สุภัทร, สุวัฒน์ และอมร, 2547) ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล

3. เปรียบเทียบ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ

3.1 ภาระเชิงปรนัย ผลการวิจัยพบว่า ภาระเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ และที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ( $M = 20.20, SD = 3.98; M = 20.60, SD = 4.22$ ) (ตาราง 2) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 28.57, ร้อยละ 33.68) ตามลำดับ ผู้หญิงถูกเลี้ยงดูให้ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัว และมารดาจะมีความรักให้กับบุตรอย่างสม่ำเสมอ เป็นความรักที่ไม่มีเงื่อนไขใดๆ มีความผูกพันที่เกิดขึ้นอย่างธรรมชาติ (สุวนีย์, 2544) มีความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือบุตร ทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย (รุจา, 2541) ซึ่งวัยผู้ใหญ่ เป็นวัยที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ และพร้อมให้การส่งเสริมผู้อื่น (ศิริพร, 2546) และจากสภาพสังคมไทยที่สืบทอดต่อกันมา ผู้ที่มีหน้าที่ในการหาเงินเลี้ยงครอบครัวเป็นหน้าที่ของหัวหน้าครอบครัว มักเป็นบิดา หรือสามี ส่วนผู้หญิงที่เป็นมารดา หรือภรรยา มักทำหน้าที่ในการดูแลงานบ้าน และดูแลบุตร (วิมลรัตน์, 2537) ฉะนั้นความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกการถูกรบกวนในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการมีเวลา

สำหรับทำกิจกรรมการพักผ่อนและการท่องเที่ยว การมีเวลาสำหรับทำกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน และผ่อนคลาย เวลาในการทำงานส่วนตัวและงานบ้าน การมีเวลาทำกิจกรรมต่างๆที่ตนเองอยากทำ และการมีเวลาสำหรับเพื่อนๆและญาติคนอื่นๆของผู้ดูแลที่เป็นมารดาของผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลที่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง เป็นมารดา และอยู่ในวัยผู้ใหญ่รับรู้ภาระเชิงประนัยว่าไม่เป็นภาระในการดูแล ถึงแม้จะมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นก็ตาม แต่ก็ไม่มีผลกระทบต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ รับรู้ภาระการดูแลน้อยกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ( $M = 11.58, S.D. = 4.47; M = 13.01, S.D. = 3.86$ ) (ตาราง 2) เป็นไปได้ว่า ผลการวิจัยพบว่า ภาระเชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วยที่มากขึ้นไป ตามการรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อยกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ( $M = 11.58, S.D. = 4.47; M = 13.01, S.D. = 3.86$ ) อาจเป็นไปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ มีการเรียกร้องและต้องการสิ่งต่างๆที่เกินความจำเป็นจากผู้ดูแล และผู้ป่วยมีการบังคับหรือควบคุมผู้ดูแล น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ ( $M = 2.87, SD = 1.30; M = 3.30, SD = 1.12$ ), ( $M = 2.89, SD = 1.30; M = 3.24, SD = 1.15$ ), (ภาคผนวก ) ตามลำดับ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบอาการทุเลา ร้อยละ 42.86 (ตาราง 2) และการเดินทางออกจากบ้านไปโรงพยาบาล ผู้ดูแลไม่ต้องวิตกกังวลว่าเหตุร้ายใดๆ จะเกิดกับตนเอง และผู้ป่วย ส่วนผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลร้อยละ 68.18 รู้สึกเป็นปัญหาและอุปสรรคในการเดินทาง ไม่ปลอดภัยที่ต้องเดินทางไกลจากบ้าน ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.41 มีที่อยู่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ร้อยละ 68.12 มีปัญหาและอุปสรรคในการเดินทาง และผู้ป่วยมีอาการกำเริบต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน ผู้ดูแลก็ไม่สามารถพาผู้ป่วยไปรับการรักษาได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ จึงรับรู้ภาระด้านนี้มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ

3.3 ภาระเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อยกว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) ( $M = 12.95, S.D. = 4.20; M = 14.36, S.D. = 3.31$ ) เป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ หงุดหงิด หรือซึมเศร้าจากความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ปกติ ( $M = 3.51, SD = 0.98; M = 3.12, SD = 1.26$ ) (ภาคผนวก) เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.68 เป็นมารดาที่ให้ความรัก ความหวังใยกับบุตร คอยปกป้องดูแลบุตรไม่ให้อันตรายต่างๆเกิดขึ้นกับบุตรของตน และให้การดูแลเมื่อบุตรเจ็บป่วย แต่เมื่อมีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น ผู้ดูแลอาจเกิดความเครียดได้เมื่อต้องอยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบที่รุนแรง มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน จากการวิจัยยังพบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่

เหตุการณ์ความไม่สงบ มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ปกติ ( $M = 3.81, SD = 0.93; M = 3.39, SD = 1.22$ ) (ภาคผนวก ) จากอาการของผู้ป่วยที่อาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมไม่ได้ และผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ผิดปกติ เช่นมีประสาทหลอน หรือมีความคิดผิดปกติที่รุนแรง (มาโนช และปราโมทย์, 2542) ทำให้ผู้ดูแลวิตกกังวลที่ต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ ประกอบกับผู้ดูแลยังเกิดความรู้สึกหวาดกลัวว่าเหตุการณ์ความไม่สงบจะเป็นอันตรายต่อตนเอง และครอบครัว ทำให้รู้สึกหงุดหงิด เศร้า โศก อ่อนล้า ท้อถอย และหมดกำลังใจ อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย และรำคาญเมื่อนึกถึงเหตุการณ์ในพื้นที่ (พรทิพย์, 2549) และบางครั้งผู้ป่วยอาการกำเริบต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน แต่ไม่สามารถพาผู้ป่วยออกมารักษาได้ในยามจำเป็น (สุภัทร, สุวัฒน์ และอมร, 2547) จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบรับรู้ภาวะการดูแลภาวะเชิงอัตนัยที่เป็นความเครียดมากกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ )

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่รับรู้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบมีการรับรู้ภาวะการดูแลที่มากกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ปกติ ทั้งรายด้านและรายข้อ พยาบาลหรือบุคลากรสาธารณสุข จึงควรจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับการรับรู้ภาวะของผู้ดูแล และควรจัดกิจกรรมเพื่อการผ่อนคลาย ลดความเครียด ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ เนื่องจากการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลในด้านนี้มีสูงสุด ควรได้รับการช่วยเหลือก่อนเป็นอันดับแรก

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรศึกษาการรับรู้ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและผู้ดูแลที่อยู่ในเหตุการณ์ความไม่สงบ โดยใช้เครื่องมือวิจัยประเภทอื่น เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ
- 3.ควรศึกษาความต้องการและความต้องการที่ผู้ป่วยได้รับจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณา และช่วยเหลืออย่างยิ่ง ด้วยความเมตตา จาก ดร.ศิริสุดา วานาลีสิน และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทิพย์ภา เขษฐ์เขาวลิต ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา คอยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย และกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนการศึกษา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและระลึกในความกรุณาของทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

### เอกสารอ้างอิง

- เดือนเพ็ญ สังกฤษ และจุฑารัตน์ มณฑนาพงศ์. (2529). *การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในชนบท*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ทิปประพิณ สุขเขียว. (2543). *การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ทูลกา บุปผาสังข์. (2545). *ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์, และเขาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-149.
- ปรารธนา บริจันทร์. (2536). *รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยจิตเภท*. ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พงศ์เทพ สุธีรวิมล, อมร รอดคล้าย, สุวัฒน์ วิริยะพงศ์สุกิจ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ (2550). *วิกฤตของระบบสาธารณสุขในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1(2), 145-155.
- พรทิพย์ พันธุ์นรา. (2549). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนใต้ กรณีศึกษาหญิงหม้ายที่อยู่ในศูนย์รอดันบาดู จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษขวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตะกูล. (2548). *โรคจิตเภท*. ใน มาโนช หล่อตะกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (บรรณาธิการ), *จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ* (พิมพ์ครั้งที่2, หน้า121-135). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิรามาริบัติ.
- รจนา ปุณณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542*. กรุงเทพมหานคร. นานมีบุ๊คส์บลิตเดชั่นจำกัด.

- รติวรรณ วัจนากร. (2550). *สิ่งรบกวนครอบครัว ระดับการตอบสนองต่อสิ่งรบกวนครอบครัว และภาวะสุขภาพครอบครัวที่เผชิญสถานการณ์ความไม่สงบจากการก่อการร้าย ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลครอบครัวและชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- รุ่ง แก้วแดง. (2548). *สงครามและสันติสุขชายแดนภาคใต้*. กรุงเทพมหานคร. บริษัทเลิฟแอนด์ลิฟเพรส จำกัด.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2550). *รายงานสถิติประจำปีโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์*, สงขลา. เอกสารอัดสำเนา.
- วิมลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช. (2537). การส่งเสริมบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 12(4), 33-37.
- ศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ จังหวัดชายแดนใต้. (2551). *รายงานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบ จังหวัดชายแดนใต้การเฝ้าระวังการบาดเจ็บจากความรุนแรงในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้*. ค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2551 Available at <http://www.deepsouthwatch.org/index.php?/=content&id=16>
- ศรีสุดา วนาลีสิน, ทิพย์ภา เชษฐ์เชาวลิต, พรรณนี อ่าวเจริญ, และจิตต์คดา ไชยมงคล. (2546). ปัญหาทางอารมณ์และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(3), 121-131.
- สมชาย จักรพันธ์. (2543). *แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่7). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, จิดารัตน์ พิมพ์คิด, วรรณภา หัวดี, และจินตนา เถลิ้มแสน. (2546). โครงการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาตามนัดโดยใช้กระบวนการกลุ่ม. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 17 (2), 22-23.
- สุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, สุวัฒน์ วิริยพงษ์สุกิจ และอมร รอดคล้าย. (2547). *การจัดการระบบสุขภาพในภาวะวิกฤต 3 จังหวัดชายแดนใต้*. รายงานวิจัย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขภาคใต้, สงขลา.

- สุรพันธ์ ปราบกริ และประไพ มณี. (2547). สภาวะสุขภาพจิตและความต้องการการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ยะลา ปัตตานีและนราธิวาส) ในภาวะวิกฤตเหตุการณ์ไม่สงบ. *การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นำทาง.
- อรพรรณ ถีอนุชวิชัย. (2542). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 13 (2) 32-44.
- อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัศรา เขมรัฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, และสุจริต สุวรรณชีพ. (2546). ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทของสังคมไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46 (3), 228-231.
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Kaplan, H. T., & Sadock, B. J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea'J.G., & Hooyman, N, R. (1985). Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations*, 34, 19-29.
- Montgomery, R.J.V. (2006). Using and interpreting the Montgomery borgotta caregiving burden scale. Available at [http://www.Uwm.edu./ssw/faestaff/bio/Burden % 20 Scale. Pdf](http://www.Uwm.edu./ssw/faestaff/bio/Burden%20Scale.Pdf).
- Martyns-Yellowe, (1992). The burden of schizophrenia on the family: A study from Nigeria. *British Journal of Psychiatry*, 161, 779-782.
- Neuman, B. & Fawcett, J. (2002). *The Neuman system model*. (4th ed.). New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. Philladelphia: J. B. Lippincott.
- Thompson, E. H., & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: Anivisible crisis. *Family Relations*, 31(7), 379-388.

**ภาคผนวก**  
**เปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกรายข้อ**

**ตาราง**

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ จำแนก รายข้อ (N=196)

ภาระของผู้ดูแล	ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ		ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ		t-value
	(n = 98)		(n = 98)		
	M	S.D.	M	S.D.	
<b>เชิงปรนัย</b>					
1. ท่านมีเวลาให้กับตัวเองในการ					
ทำกิจกรรมต่างๆที่ตนเองอยากทำ	3.47	0.96	3.33	0.88	1.09
2. ท่านมีเวลาสำหรับทำกิจกรรมการ					
พักผ่อนและการท่องเที่ยว	3.42	0.86	3.53	1.02	-0.83
3. ท่านมีความเป็นส่วนตัว	3.32	0.95	3.37	1.01	-0.37
4. ท่านมีเวลาในการทำงานของตัวเอง					
และงานบ้าน	3.24	0.94	3.28	0.86	-0.24
5. ท่านมีเวลาสำหรับทำกิจกรรม					
เพื่อความสนุกสนาน และผ่อนคลาย	3.35	1.01	3.56	0.93	-1.56
6. ท่านมีเวลาสำหรับเพื่อนและญาติอื่นๆ	3.41	1.02	3.54	0.98	-0.92
<b>เชิงอัตนัยจากความต้องการของผู้ป่วย</b>					
7. ผู้ป่วยเรียกร้องและต้องการใน					
สิ่งที่มีมากเกินไปจนจำเป็นจากท่าน	2.87	1.30	3.30	1.12	-2.47*
8. ผู้ป่วยพยายามควบคุม/บังคับท่าน	2.89	1.30	3.24	1.15	-2.05*
9. ผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่ไม่มีความปลอดภัย	2.92	1.39	3.24	1.16	-1.79
10. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ					
สิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย	2.91	1.30	3.22	1.10	-1.84

ตาราง (ต่อ)

ภาวะของผู้ดูแล	ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ		ที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ		t-value
	(n = 98)		(n = 98)		
	M	S.D.	M	S.D.	
<b>เชิงอัตนัยที่เป็นความเครียด</b>					
11. ท่านรู้สึกเครียดที่ต้องดูแลผู้ป่วย	3.17	1.17	3.48	1.09	-1.96
12. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือซึมเศร้าจาก ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย	3.12	1.26	3.51	0.98	-2.41*
13. ท่านมีความตึงเครียดในชีวิต	3.28	1.27	3.57	1.06	-1.76
14. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับ สิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย	3.39	1.22	3.81	0.93	-2.70**

\*P&lt; 0.05, \*\*P&lt; 0.01

จากตาราง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ รับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ รายชื่อที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านมีเวลาให้กับตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ตนเองอยากทำ (M = 3.47, SD = 0.96) ท่านมีเวลาสำหรับทำกิจกรรมการพักผ่อนและการท่องเที่ยว (M = 3.42, SD = 0.86) และท่านมีเวลาสำหรับเพื่อน และญาติคนอื่นๆ (M = 3.41, SD = 1.02) ในขณะที่รายชื่อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 3 อันดับได้แก่ ผู้ป่วยเรียกร้องและต้องการในสิ่งที่มีมากเกินไปจากท่าน (M = 2.87, SD = 1.30) ผู้ป่วยพยายามควบคุม/บังคับท่าน (M = 2.89, SD = 1.30) ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (M = 2.91, SD = 1.30)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ รายชื่อที่มีคะแนนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (M = 3.81, SD = 0.93) ท่านมีความตึงเครียดในชีวิต (M = 3.57, SD = 1.06) ท่านมีเวลาสำหรับทำกิจกรรมเพื่อความสนุกสนาน และผ่อนคลาย (M = 3.56, SD = 0.93) ในขณะที่รายชื่อที่มีค่าคะแนนต่ำสุด 3 อันดับได้แก่ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (M = 3.22, SD = 1.10) ผู้ป่วยพยายามควบคุม/บังคับท่าน (M = 3.24, SD = 1.15) ผู้ป่วยร้องขอในสิ่งที่ไม่ดีผลอัน

ควรว (M = 3.24, SD = 1.16)

เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ภาระของผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ข้อ. ผู้ป่วยเรียกร้องและต้องการในสิ่งที่มีมากเกินไปจนเกินความจำเป็นจากท่าน ข้อ. ผู้ป่วยพยายามควบคุม/บังคับท่าน ข้อ. ท่านรู้สึกหงุดหงิดหรือซึมเศร้าจาก ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย และที่ระดับ 0.01 มีเพียงข้อเดียว ข้อ. ท่านมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ส่วนข้ออื่นๆ ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มรับรู้ภาระการดูแลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



