

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี

Received: October 22, 2020; Revised: December 2, 2020; Accepted: December 23, 2020

แพทย์หญิงอัมรา บุญสาหร่าย

แพทย์ประจำบ้าน
สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลชลบุรี

อีเมล: janmdcu65@hotmail.com

บทคัดย่อ

ที่มา: ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างมาก ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจและได้รับการช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์: ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 290 ราย ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2563 ที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยแบบสอบถามได้รับการตรวจสอบในด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.707 และแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression)

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง ร้อยละ 56.2 จากการวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ได้แก่ สถานภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($p = 0.007$), รายได้ ($p < 0.001$) ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ($p < 0.001$) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($p = 0.016$) การกำเริบของโรคจิตเภทในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ($p = 0.007$) และความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย ($p < 0.001$)

สรุป: คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยทำนายหลายประการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ให้ความสำคัญกับการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อควบคุมไม่ให้อาการกำเริบ ส่งเสริมการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้เสริม

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ผู้ดูแลหลัก, ผู้ป่วยจิตเภท

ORIGINAL ARTICLE

Factors Related to the Quality of Life among Caregivers of Schizophrenia Patients in Chonburi Hospital

Received: October 22, 2020; **Revised:** December 2, 2020; **Accepted:** December 23, 2020

Abstract

Background: Schizophrenia is one of the most serious mental health illnesses in Thailand. These patients cannot take care of themselves thus requiring a caregiver. The quality of life among caregivers of these patients is of interest and calls for more support.

Objectives: To study the factors related to the quality of life among caregivers of patients diagnosed with schizophrenia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire among primary caregivers, in a total of 290 samples. The study was conducted from March to August 2020 at the Psychiatric Outpatient Department, Chonburi Hospital. The questionnaire contains demographic data of caregivers and patients' sickness data. The content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient = 7.07) of the questionnaire was approved utilizing the WHOQOL-BREF-THAI. Factors related to the quality of life among caregivers of patients diagnosed with schizophrenia were analyzed by multiple logistic regression.

Results: The results revealed that most caregivers (56.2%) had a moderate level of quality of life. The factors related to the quality of life among caregivers of schizophrenia patients ($p < 0.05$) were caregiver status ($p = 0.007$), income ($p < 0.001$), relationships between caregivers and patients ($p < 0.001$), years of caring for patients ($p = 0.016$), flare-up symptoms in a month ($p = 0.007$), and patient's communication skills ($p < 0.001$).

Conclusions: From this study, the quality of life of caregivers depended on multiple factors; therefore, the related organizations should give priority to the quality of life among caregivers of schizophrenia patients with attention to patient's compliance and occupational support.

Keywords: Quality of life, Caregiver, Schizophrenia

Ammara Bunsarai M.D.

Family Medicine Resident

Social Medicine Unit
Chonburi Hospital

Email:

janmdcu65@hotmail.com

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

องค์การอนามัยโลกกล่าวถึงโรคจิตเภทว่าเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ สูญเสียความสามารถส่วนบุคคลทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 21 ล้านคน โดยครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹ โรคจิตเภทมีความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 0.5-1 ของประชากรทั่วไป² สาเหตุของโรคประกอบด้วยหลายปัจจัย ทั้งทางกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากหลายด้าน ไม่สามารถดูแลตัวเองหรือประกอบอาชีพได้อย่างคนปกติทั่วไป³ เกิดการตีตราทางสังคม ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองรวมทั้งอันตรายต่อญาติหรือผู้ดูแล⁴ จะเห็นว่าอาการของโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งส่วนมากมักเป็นบุคคลในครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องรับภาระในการดูแล จึงต้องใช้ความอดทน อาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย และต้องปรับตัวในการดำเนินชีวิตประจำวัน^{3,4} ดังนั้น การให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นเรื่องที่ควรตระหนักถึง โดยเฉพาะคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คุณภาพชีวิตตามนิยามขององค์การอนามัยโลกคือ การรับรู้ของตนเองในเรื่องของคุณค่าชีวิต เป้าหมาย ความคาดหวังประกอบไปด้วย สุขภาพกาย สุขภาพจิต ความเชื่อ ความสัมพันธ์กับบุคคลต่าง ๆ ในสังคมและสิ่งแวดล้อม⁵

จากข้อมูลทางสถิติพบว่าปี พ.ศ. 2561 จังหวัดชลบุรีมีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 4,964 ราย โดยในจำนวนนี้มี

จำนวนผู้ป่วยของเขตเมืองชลบุรี 2,359 ราย⁶ จากการสืบค้นของมูลเหตุการมารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลชลบุรี พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ตามรายงานสรุปวินิจฉัยโรคตามหลัก ICD10 ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2560-27 กันยายน พ.ศ. 2562 มีจำนวนทั้งสิ้น 1,950 ราย โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 975 รายต่อปี

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างน้อย ทำให้ผู้ทำวิจัยซึ่งเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยไม่เพียงดูแลเฉพาะตัวโรคของผู้ป่วยแต่ยังต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย โดยงานวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วยปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยของผู้ดูแล ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยด้านตัวโรค

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

กรอบแนวคิดคือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ ปัจจัยของผู้ดูแล ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยด้านตัวโรค โดยในแต่ละปัจจัยหลักแยกเป็นหลายปัจจัยย่อย ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังแผนภูมิที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ขอบเขตประชากร

ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

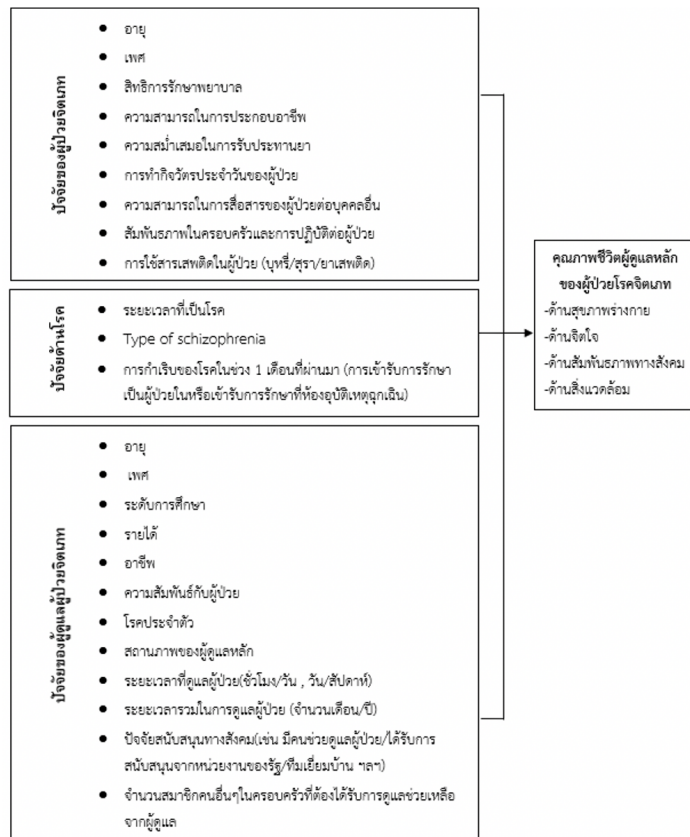
การคำนวณกลุ่มประชากรตัวอย่าง จากสูตรของ Thorndike⁷ โดย $N = 10k + 50$ (N = จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ศึกษา) โดยในการวิจัยนี้มีตัวแปรอิสระที่ศึกษา 24 ตัว เมื่อแทนค่า $k = 24$ จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 290 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

ทำการเก็บข้อมูลโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา (Inclusion Criteria)

- เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามหลัก ICD10



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

- สามารถสื่อสารตอบคำถามได้ เข้าใจภาษาไทยได้ดี
- ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลัก
- ผู้ดูแลมีอายุ 20-60 ปี

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย
- ผู้ดูแลได้รับการวินิจฉัยหรือเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย

การศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย (ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท) มีทั้งหมด 14 คำถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งหมด 11 คำถาม

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามส่วนที่ 1 และ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการตรวจสอบและแก้ไขเครื่องมือในด้านความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับจุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-objective Congruence หรือ IOC) หลังปรับแก้ตามคำแนะนำแต่ละข้อ มีคะแนน IOC มากกว่า 0.667 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับประชากรที่มีคุณลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายและหาค่าความเชื่อมั่นภายในโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.707

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) =

0.8406 ค่าความเที่ยงตรงเท่ากับ 0.6515 (WHOQOL-BREF THAI) ทบทวนและปรับปรุงโดย สุวัฒน์ หัตถนิรันดร์กุลและคณะ⁸ จำนวน 26 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) = 0.8406

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องแสดงความยินยอมให้เก็บข้อมูล หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ตลอดการตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะเป็นคนสัมภาษณ์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาความเห็นชอบและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์ส่งเสริมวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี รหัสโครงการ 25/63/R/q

การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วย SPSS version 26

2. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ รายได้ จำนวนปีที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนวันที่ดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์ จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน จำนวนปัจจัยสนับสนุนทางสังคม จำนวนสมาชิกคนอื่นในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ทำการคำนวณข้อมูลเชิงปริมาณและนำ

เสนอข้อมูลในรูปของตาราง ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย (Standard error of Mean) ความถี่ (Frequency)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยสมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) จำนวน 24 ปัจจัย ดังแผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

ผลการวิจัย

จากผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 290 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ

56.2 (163 คน) มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง และร้อยละ 43.8 (127 คน) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี

ข้อมูลประชากรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท

คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 74.2 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 46.35 ± 11.023 ปี สถานภาพแต่งงาน/คู่ร้อยละ 58.3 ระดับการศึกษาส่วนมาก คือ ระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 30.7 โดยมากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วย ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 290)

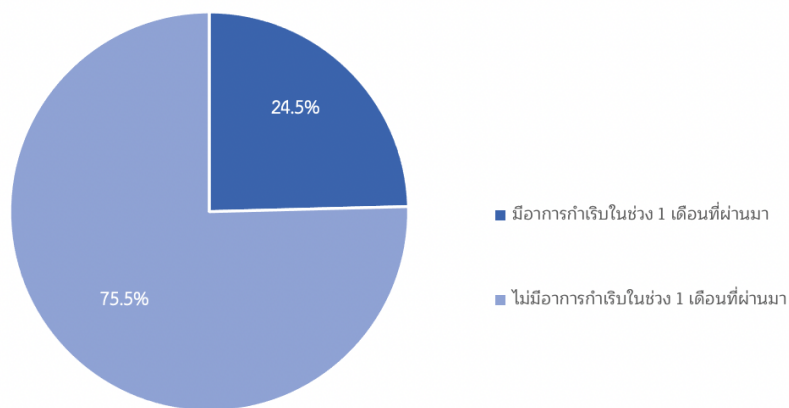
ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
เพศ			
หญิง	217	74.8	
ชาย	73	25.2	
อายุ(ปี)			46.35 ± 11.023
ระดับการศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	32	11.0	
ประถมศึกษา	94	32.4	
มัธยมศึกษา	90	31.0	
ปวช./ปวส.	21	7.2	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	53	18.3	
รายได้(บาท)			$17,050 \pm 24,794.30$
อาชีพ			
รับจ้าง	67	23.1	
ค้าขาย/ธุรกิจ	89	30.7	
พนักงานบริษัทเอกชน	48	16.6	
แม่บ้าน	35	12.1	
บ้านเลข/เกษียณ/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	32	11.0	
อื่น ๆ	19	6.6	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
สามี/ภรรยา/คู่ชีวิต	43	14.8	
บุตร	61	21.0	
บิดา/มารดา	90	31.0	
พี่/น้อง	67	23.1	
อื่น ๆ	29	10.0	
โรคประจำตัว			
มีโรคประจำตัว	119	41.0	
สถานภาพของผู้ดูแล			
โสด	52	17.9	
แต่งงาน/คู่	169	58.3	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	69	27.8	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว(คน)			4.02 ± 2.122
จำนวนสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล(คน)			0.25 ± 0.623

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
เพศ			
ชาย	161	55.5	
หญิง	129	44.5	
อายุ (ปี)			44.30±15.33
สิทธิการรักษาพยาบาล			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	188	64.8	
เบิกจ่ายตรง	9	3.1	
ชำระเงินสด	36	12.4	
สิทธิผู้พิการ	31	10.7	
ประกันสังคม	26	9.0	
ระยะเวลาที่เป็นโรค (ปี)			9.97±8.282
Type of schizophrenia			
Paranoid Schizophrenia	269	92.8	
Catatonic Schizophrenia	1	0.3	
Undifferentiated Schizophrenia	18	6.2	
Simple Schizophrenia	2	0.7	
การกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (มี/ไม่มีการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน)			
มีการกำเริบ	71	24.5	
ความสามารถในการประกอบอาชีพ (ได้/ไม่ได้)			
ประกอบอาชีพได้	88	30.3	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา			
รับประทานสม่ำเสมอ	244	84.1	
ลืมรับประทานบางครั้ง	30	10.3	
ลืมบ่อย	16	5.5	
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย			
ทำได้เองทั้งหมด	234	80.7	
ทำได้บ้าง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน	45	15.5	
ทำไม่ได้เลย	11	3.8	
ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น			
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้ดี	201	69.3	
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้เป็นครั้งคราว	78	26.9	
สนทนาแลกเปลี่ยนไม่ได้/ไม่พูดเลย	11	3.8	
สัมพันธภาพในครอบครัวและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย			
สัมพันธภาพดี มองผู้ป่วยด้านบวก	176	60.7	
สัมพันธภาพปานกลาง มีตำหนิบางครั้ง	103	35.5	
สัมพันธภาพไม่ดี มีการตำหนิผู้ป่วยบ่อยครั้ง	11	3.8	
การใช้สารเสพติดในผู้ป่วย (บุหรี่/สุรา/ยาเสพติด)			
ไม่ใช้เลย	191	65.9	
ใช้บ้าง	39	13.4	
ใช้ประจำ	60	20.7	

คุณลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 55.5 อายุเฉลี่ย 44.30±15.33 ปี ผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 64.8 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเฉลี่ย 9.97±8.282 ปี พบว่าเป็นชนิด Paranoid Schizophrenia ร้อยละ 92.8 ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 30.3 รับประทานยาสม่ำเสมอ ร้อยละ 84.1

สามารถทำกิจวัตรประจำวันเองได้ทั้งหมด ร้อยละ 80.7 สื่อสารแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ดี ร้อยละ 69.3 มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ร้อยละ 60.7 ส่วนมากร้อยละ 65.9 ไม่ได้ใช้ยาเสพติด ดังตารางที่ 2 มีอาการกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 24.5 ดังแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงการกำเริบของโรคในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา
(มี/ไม่มี การเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในหรือรับการรักษานอกโรงพยาบาล)

ตารางที่ 3 ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม (n = 290)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ	$\bar{X} \pm 2SD$
จำนวนชั่วโมงต่อวันที่ดูแลผู้ป่วย (ชั่วโมง)			12.25±8.391
จำนวนวันต่อสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วย (วัน)			6.43±1.295
จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วย (ปี)			8±6.368
ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม(เช่น มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย/ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ/ทีมเยี่ยมบ้าน ฯลฯ)			
ไม่มีปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	149	51.4	
มี 1 ปัจจัย	133	45.9	
มี 2 ปัจจัยขึ้นไป	8	2.8	

ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยและปัจจัยสนับสนุนทางสังคม พบว่า จำนวนชั่วโมงต่อวัน ในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย คือ 12.25 ± 8.391 ชั่วโมง จำนวนวันในหนึ่งสัปดาห์ที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.43 ± 1.295 วัน ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 8 ± 6.368 ปี และพบว่าส่วนมากร้อยละ 51.4 ไม่ได้รับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิเคราะห์โดยใช้สมการถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (multiple logistic regression) ที่ $p\text{-value} < 0.05$ โดยตัวแปรทั้งหมด 24 ตัวแปร พบว่า Goodness of fit (Hosmer-Lemeshow Goodness of Fit test) $p\text{-value} = 0.854$, Chi-square = 4.032 แสดงว่า

สมการมีความเหมาะสมกับข้อมูลดี Cox&Snell R Square = 0.406 แสดงว่า สมการโลจิสติกนี้อธิบายปัจจัยทำนายได้ร้อยละ 40.6, Omnibus Tests of Model Coefficients $P\text{-value} < 0.001$ แสดงว่าสมการถดถอยโลจิสติกมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ามี 5 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วย ($OR = 0.929$, $p = 0.030$) สถานภาพของผู้ดูแลแยกกันอยู่จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่งร้อยละ 98.8 เมื่อเทียบกับสถานภาพโสด ($OR = 0.012$, $p = 0.003$) ผู้ที่มีรายได้ช่วง 10,001-20,000 บาท ($OR = 10.398$, $p < 0.001$) ผู้ที่มีรายได้ช่วง 20,001-30,000 บาท ($OR = 44.839$, $p < 0.001$) และผู้ที่มีรายมากกว่า 30,000 บาท ($OR = 10.417$, $p =$

ตารางที่ 4 แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยแสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (n = 290)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับดี			
	B	Odds ratio	95%CI	p
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-0.073	0.929	0.876-0.986	0.030
การกำเริบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	-1.132	0.322	0.142-0.730	0.007
สถานภาพ				
โสด	-	1 (reference)		
แยกกันอยู่	-4.449	0.012	0.001-0.231	0.003
รายได้ของผู้ดูแล				
น้อยกว่า 5,000 บาท	-	1 (reference)		
10,001 – 20,000 บาท	2.342	10.398	3.558-30.393	<0.001
20,001 – 30,000 บาท	3.803	44.839	9.085-221.295	<0.001
มากกว่า 30,000 บาท	2.343	10.417	2.644-41.032	0.001
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย				
สามี/ภรรยา/คู่ชีวิต	-	1 (reference)		
พี่/น้อง	1.478	4.385	1.431-13.438	0.010
อื่น ๆ	1.959	7.095	1.901-26.481	0.004
ความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น				
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้ดี	-	1 (reference)		
สนทนาแลกเปลี่ยนความเห็นได้บางครั้ง	-1.612	0.199	0.087-0.457	<0.001

0.001) ทั้ง 3 กลุ่มรายได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 4.385 เท่าเมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา/คู่ (OR = 4.385, p = 0.010) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ร้อยละ 67.8 เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา (OR = 0.322, p = 0.007) ผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้บางครั้งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่งลงร้อยละ 80.1 เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี (OR = 0.199, p < 0.001) ดังตารางที่ 4

อภิปราย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจัดอยู่ในระดับปานกลางซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹⁻¹¹ ส่วนมากผู้ดูแลเป็นเพศหญิงมากกว่าร้อยละ 50¹²

เนื่องจากผู้หญิงเป็นเพศที่ละเอียดอ่อนมีความใส่ใจในการดูแลและทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้ดี ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-60 ปี ใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่อายุของผู้ดูแลเฉลี่ยอยู่ที่ 51.4 ปี¹² ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วยโดยมาก คือบิดาหรือมารดา สอดคล้องกับหลาย ๆ การศึกษา¹²⁻¹³ การศึกษานี้พบว่าผู้ดูแลส่วนมากไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 59 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้¹² ลักษณะของผู้ป่วยเป็นเพศชายร้อยละ 55.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลและอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทที่พบในผู้ชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง^{1,2} ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 12.25±8.391 ชั่วโมงมากกว่าการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลต่อวันอยู่ที่ 4 ชั่วโมง¹² ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการศึกษานี้ คือ 8±6.368 ปี สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 5 ปีเป็นส่วนมาก¹²

จำนวนปีในการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นทุก ๆ 1 ปี ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้

ดูแลแย่งร้อยละ 7.1 (OR = 0.929, p = 0.030) ใกล้เคียงกับการศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในประเทศเกาหลีที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลสัมพันธ์กับระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการรักษา¹⁴ สถานภาพของผู้ดูแลแยกกันอยู่จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่ง เมื่อเทียบกับสถานภาพโสด (OR = 0.012, p = 0.003) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าสถานภาพไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹¹ ในภาพรวมผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยในแง่ลบ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล^{12,14} ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาหนึ่งที่พบว่า รายได้ไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹¹ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 4.385 เท่า เมื่อเทียบกับความสัมพันธ์แบบสามี/ภรรยา/คู่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเทศโครเอเชียที่พบว่า คนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น พ่อ/แม่/บุตร จะมีคุณภาพชีวิตที่แย่งกว่าญาติลำดับอื่น ๆ¹⁵ ผู้ป่วยมีอาการกำเริบในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง และผู้ป่วยที่มีความสามารถในการสื่อสารกับผู้อื่นได้บางครั้งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลแย่งเมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเกาหลีที่พบว่าระดับการพูดจาสับสนและอาการหลงผิดของผู้ป่วยส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล¹⁴

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ โดยปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้ เช่น ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ง ในฐานะแพทย์อาจซักถามและให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกมีกำลังใจมากขึ้น ในส่วนของรายได้ อาจมีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพหารายได้เสริม สอบถามอาการ และการรับประทานยาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้^{15,16} ทีมแพทย์และพยาบาลควรให้ความสำคัญในประเด็น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ดีส่งผลต่อการเฝ้าระวังของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹⁷

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์หญิงปริญญ์ พรประเสริฐ แพทย์หญิงโสธยา วงศ์วิไล อาจารย์แพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ แพทย์หญิงอารียา สมบูรณ์เกื้อ และพยาบาลวิชาชีพการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มการพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลชลบุรี พยาบาลวิชาชีพสุนทร ตั้งแต่ง ที่ได้ให้ความกรุณาสละเวลาให้คำปรึกษาการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. WHO. World Health Organization; 2019 [cited 2019 Nov 24]. Available from: https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
2. เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ตาโคตร, ธนเนตร จันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, วีร์ เมฆวิสัย, บรรณารักษ์, คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: รัชตอเรียอิมเมจ; 2560.
3. ศิริยุพา นันสนานนท์. โรคจิตเภท. J Health Res 2001; 15(2): 139-55.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากรระดับปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://>
5. World Health Organization. WHOQOL-100 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1995 Feb [cited 2019 Nov 28]. Available from: <https://www.who.int/healthinfo/survey/WHOQOL-100.pdf?ua=1>
6. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานตามตัวชี้วัดกระทรวง จำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการจำแนกกลุ่มโรคและสิทธิ. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php?sele_kpiyear=2020&level=1&sele_kpi=d36f6c38999d128132513933e36a848a
7. Krause B. THORNDIKE, R. M.: Correlation Procedures for Research. Gardner Press. New York 1978. Biom J 1978; 21(4): 183-4.
8. สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย(WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. จังหวัดเชียงใหม่; 2545 [เข้าถึงเมื่อ 24 พ.ย. 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
9. เสาวลักษณ์ ยาสารณ. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
10. Kolyanee A, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected Factors Relating to Quality of life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home. JOPN 2015;7(1):128-140.
11. รุ่งอรุณ โตศักดิ์โรเตส, ศันสนีย์ ประทุมศรี, กนกวรรณ บุญอริยะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้ในสถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2009; 3(1): 1-11.
12. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, กฤตณัย แก้วยศ, ดุษฎี อุตมอิทธิพงศ์, เกษรมาศ อยู่ถื่น. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2016; 10(2): 23-35.
13. Basheer S, Anurag K, Garg R, Kumar R, Vashisht S. Quality of life of caregivers of mentally ill patients in a tertiary care hospital. Ind Psychiatry J 2015; 24(2): 144.
14. Maeng S-R, Kim W-H, Kim J-H, Bae J-N, Lee J-S, Kim C-E. Factors Affecting Quality of Life and Family Burden among the Families of Patients with Schizophrenia. Korean J Schizophr Res 2016;19(2):78.
15. Margetić BA, Jakovljević M, Furjan Z, Margetić B, Boričević Maršanić V. Quality of Life of Key Caregivers of Schizophrenia Patients and Association with Kinship. Cent Eur J Public Health 2013;21(4): 220-3.
16. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. BMC Psychiatry 2017;17(1):353.
17. Caqueo-Urizar A, Alessandrini M, Urzúa A, Zendjidian X, Boyer L, Williams DR. Caregiver's quality of life and its positive impact on symptomatology and quality of life of patients with schizophrenia. Health Qual Life Outcomes 2017; 15(1): 76.