

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

Quality of Life Among Caregivers of Patients with Schizophrenia at Phrachomklao Hospital Phetchaburi

พิชชуда วิทวัสสำราญกุล พ.บ.,
ว. จิตเวชศาสตร์
โรงพยาบาลพระจอมเกล้า
จังหวัดเพชรบุรี

Pitchuda Witthawatsamrankun M.D.,
Dip., Thai Board of Psychiatry
Phrachomklao Hospital
Phetchaburi

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา : การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในช่วง กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2563 จำนวน 57 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินชีวิตคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) และแบบประเมินความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเภท Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ข้อมูลที่ได้นำมาแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติ Pearson correlation coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 96.89 ± 11.05 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และจิตพยาธิสภาพทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .049$, $p < .007$, และ $p < .001$) ตามลำดับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ จำนวนบุตรของผู้ดูแล ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย

สรุป : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติจึงมีความสำคัญ ผลการศึกษาที่ได้นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต อาการทางจิต ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

วารสารแพทยเขต 4-5 2564 ; 40(1) : 19-29.

ABSTRACT

Objectives : i) To examine the quality of life (QoL) and factors associated with QoL of caregivers of schizophrenia patient ii) to study the association between severity of psychiatric symptoms and QoL of caregivers

Methods : A descriptive, cross-sectional study was conducted. Fifty-seven caregivers of schizophrenia patients diagnosed according to ICD-10 who attended the outpatient department of Phrachomklao Hospital during February – May 2020 were recruited. The study used WHOQOL-BREF-THAI to evaluate caregivers' QoL and PANSS-T to assess the severity of patients' symptoms. A descriptive statistic was used by means, frequency, and percentage. Pearson correlation coefficient, independent t-test, and one-way ANOVA were used in statistical analyzing the data.

Results : The mean scores of WHOQOL-BREF-THAI was 96.89 ± 11.05 . The majority of caregivers had high level of quality of life. Caregivers' QoL negatively correlated with severity of positive, negative, and general psychopathology symptoms ($p < .049$, $p < .007$, and $p < .001$) respectively. Moreover, caregivers' QoL correlated significantly with number of children, insufficient income, kinship status, and patients' income.

Conclusion : There is a significant association between caregivers' QoL and severity of psychiatric symptoms of the patients. Holistic caring and multidisciplinary team approach for the patients are very important. The results of this study can be useful in developing the mental health service program to improve the QoL of both caregivers and schizophrenia patients in the future.

Keywords : quality of life , psychiatric symptoms , caregivers , schizophrenia patients

Received : Jun 1, 2020 Revised : Jun 13, 2020 Accepted : Aug 12, 2020

Reg 4-5 Med J 2021 ; 40(1) : 19-29.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด และมีอาการแสดงของโรคหลายด้านไม่ว่าจะเป็นด้านภาษา อารมณ์ การใช้เหตุผล การเคลื่อนไหว และการรับรู้¹ ความชุกของโรคจิตเภทอยู่ที่ราวร้อยละ 0.5-1.2 ของประชากรทั้งหมดโดยไม่มีความแตกต่างกันของเพศ และ ไม่มีความแตกต่างของความชุกระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศที่กำลังพัฒนา² จากการศึกษาภาระของโรค ค.ศ. 2000 พบว่า โรคจิตเภทก่อให้เกิดการสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (YLD) ร้อยละ 2.8 และ

สูญเสียสุขภาพ (DALYs) ร้อยละ 1.1 นอกจากนี้ยังมีค่าใช้จ่ายทางเศรษฐศาสตร์สูงมากที่เกิดจากโรคจิตเภท³ โรคจิตเภทจึงจัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่มีความสำคัญของประเทศ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและเสื่อมลงโดยตลอดจนถึงระยะสุดท้ายของโรค¹ นอกจากนี้ยังมีอาการเป็นๆ หายๆ กำเริบซ้ำได้บ่อยครั้ง ส่วนใหญ่มักไม่หายขาด ผู้ป่วยส่วนมากจะยังมีอาการของโรคอยู่ถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาแล้วก็ตาม โดยเฉพาะอาการด้านลบ² ทำให้ส่งผลกระทบต่อชีวิตของ

ผู้ป่วยในหลายด้าน เช่น เกิดความบกพร่องในการดูแลตัวเอง การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลรักษาที่ต่อเนื่องและต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิด ก่อให้เกิดความเครียดและทุกข์ทรมานทางใจไม่เฉพาะต่อผู้ป่วยเองแต่รวมไปถึงผู้ดูแลอีกด้วย ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตมีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำ⁴ โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พบว่า มีคุณภาพชีวิตต่ำในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตหรือด้านอื่น ๆ^{5,6} นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับผลกระทบที่ด้านสังคมและเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น ทำให้ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น Ribe และคณะ⁷ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระและมีความเครียดทางจิตใจมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่น ซึ่งความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดทางจิตใจนี้ส่งผลในแง่ลบต่อระดับคุณภาพชีวิตได้ เช่น ผู้ดูแลมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมหรือด้านสิ่งแวดล้อมที่ต่ำ^{5,8,9,10,11} ส่วนปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ได้แก่ สุขภาพกาย อารมณ์ รายได้ การขาดการสนับสนุนทางสังคม การดำเนินโรคของผู้ป่วยและปัญหาภายในครอบครัว⁸ ผู้ดูแลมีความสำคัญต่อผู้ป่วยเป็นอย่างมาก หากผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ง่าย ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องคำนึงถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้วย เมื่อทีมตระหนักถึงปัญหาของผู้ดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมผู้ดูแลก็จะสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงวิจัยพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในช่วงกุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2563 จำนวน 57 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้ (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลซึ่งเป็นญาติของผู้ป่วยที่ให้การดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า ต้องมีอายุ 18-60 ปี สามารถฟังหรืออ่านภาษาไทยได้ สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยการวิจัยนี้รวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลทั้งหมด โดยไม่ได้แบ่งกลุ่มเพื่อทำการศึกษา การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. แบบประเมินชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) โดยสุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.8406 ค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ 0.6515 โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL-100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ข้อคำถามประกอบไปด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical domain) ด้านจิตใจ (psychological domain) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social domain) และด้านสิ่งแวดล้อม (environment)¹²

3. Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมี 30 ข้อ ซึ่งใช้ให้คะแนนของกลุ่มอาการหลักต่างๆ คือ กลุ่มอาการด้านบวก (positive scale) กลุ่มอาการด้านลบ (negative scale) และจิตพยาธิสภาพทั่วไป (general psychopathology scale) การแปลผลคะแนนที่ได้จะทำได้โดยการเปรียบเทียบค่าในตารางมาตรฐาน ซึ่งการแปลผลที่มีประโยชน์วิธีหนึ่งคือ การแปลผลคะแนนของสเกลต่างๆ เพื่อคว่าผู้ป่วยมีปัญหาในด้านใด โดยคะแนนรวมที่เป็นคะแนนดิบจะถูกเปลี่ยนเป็น T-Scores ค่า T-scores ที่ใช้ใน PANSS นี้เป็น linear T-scores ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อการกระจายของคะแนนหรือตัวแปรแต่อย่างใด¹³

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษา สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการผู้ป่วยและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 23.0 โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 73.7 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.49 ± 11.11 ปี สถานภาพสมรสจำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9 มีบุตร 2 คน จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 38.6 ระดับการศึกษาประถมศึกษาจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 อาชีพรับจ้าง

จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 รายได้ต่อเดือน 10,000 - 20,000 บาท จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 36.8 รายได้มีความเพียงพอจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นพี่หรือน้องจำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 31.6 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 9.08 ± 8.57 ปี ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันเฉลี่ยเท่ากับ 17.61 ± 9.09 ชั่วโมง และระยะเวลาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 10.97 ± 8.84 ปี

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 37 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.9 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 40.63 ± 11.67 ปี สถานภาพเป็นโสดจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 ไม่มีบุตรจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่าจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 45.6 ว่างานจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 54.4 และรายได้ต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 77.2

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมเฉลี่ยเท่ากับ 96.89 ± 11.05 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 เมื่อแบ่งเป็นรายด้าน 4 ด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.93 ± 3.31 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 59.6 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 23.32 ± 3.04 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดีจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 64.9 คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.89 ± 1.99 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 50.9 และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 28.58 ± 3.71 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตกลาง ๆ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 57.9

ตารางที่ 1 การประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ของผู้ป่วยจิตเภท

	กลุ่มอาการด้านบวก	กลุ่มอาการด้านลบ	จิตพยาธิสภาพทั่วไป
ระดับ T-score			
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก	1 (1.8)	0 (0.0)	0 (0.0)
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	1 (1.8)	0 (0.0)	1 (1.8)
สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	2 (3.5)	1 (1.8)	2 (3.5)
อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ย	6 (10.5)	15 (26.3)	7 (12.3)
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย	3 (5.3)	11 (19.3)	6 (10.5)
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย	16 (28.1)	18 (31.6)	16 (28.1)
ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ	28 (49.1)	12 (21.1)	25 (43.9)
mean±SD	37.12±8.79	40.58±7.00	37.67±7.21

จากตารางที่ 1 แสดงความรุนแรงของอาการผู้ป่วยจิตเภทพบว่า กลุ่มอาการด้านบวกมีคะแนน T-score เฉลี่ยเท่ากับ 37.12±8.79 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ จำนวน 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.1 กลุ่มอาการด้านลบมีคะแนน T-score เฉลี่ยเท่ากับ 40.58±7.00 คะแนน ส่วนใหญ่

อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.6 จิตพยาธิสภาพทั่วไปมีคะแนน T-score เฉลี่ยเท่ากับ 37.67±7.21 คะแนน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก ๆ จำนวน 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.9

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเภท

	กลุ่มอาการด้านบวก		กลุ่มอาการด้านลบ		จิตพยาธิสภาพทั่วไป	
	R	P-value	R	P-value	R	P-value
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-0.262	.049*	-0.352	.007*	-0.452	<.001*
ด้านสุขภาพกาย	-0.125	.354	-0.218	.104	-0.272	.041*
ด้านจิตใจ	-0.257	.057	-0.430	.001*	-0.468	<.001*
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	-0.106	.435	-0.034	.802	-0.196	.145
ด้านสิ่งแวดล้อม	-0.305	.021*	-0.381	.003*	-0.455	<.001*

วิเคราะห์ข้อมูลโดย Pearson correlation, *p<.05, r: correlation coefficient

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมมีความ

สัมพันธ์ในทิศทางลบกับกลุ่มอาการด้านบวก (r=-0.262, p=.049) กลุ่มอาการด้านลบ (r=-0.352, p=.007) และจิตพยาธิสภาพทั่วไป (r=-0.452, p<.001)

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับจิตพยาธิสภาพทั่วไป ($r=-0.272, p=.041$) ขณะที่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบในทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับกลุ่มอาการด้านลบ ($r=-0.430, p=.001$) และจิตพยาธิสภาพทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.468, p<.001$) ขณะที่ไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการด้านบวกในทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบและจิตพยาธิสภาพทั่วไปในทางสถิติ

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับกลุ่มอาการด้านบวก ($r=-0.305, p=.021$) กลุ่มอาการด้านลบ ($r=-0.381, p=.003$) และจิตพยาธิสภาพทั่วไป ($r=-0.455, p<.001$)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (แสดงเฉพาะที่มีนัยสำคัญ)

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล	คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	P-value
จำนวนบุตร		
ไม่มี	101.07±11.27 [#]	
1 คน	99.70±9.14	.035*
2 คน	96.50±10.56	
3 คน หรือมากกว่า	88.70±10.26 [#]	
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	99.08±9.49	.033*
ไม่เพียงพอ	92.53±12.81	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา/มารดา	87.64±8.91 [#]	
พี่/น้อง	100.28±8.26 [#]	
สามี/ภรรยา	99.67±12.83	.005*
บุตร	102.80±15.61	
อื่น ๆ	98.19±8.28	

วิเคราะห์ข้อมูลโดย independent t-test, one-way ANOVA และ Pearson correlation, * $p<.05$, r: correlation coefficient
มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ (post-hoc test) ด้วยวิธี Bonferroni

จากตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้แก่จำนวนบุตร ($p=.035$) โดยผู้ดูแลที่มีบุตร 3 คน หรือมากกว่า มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีบุตร

ความเพียงพอของรายได้ ($p=.033$) โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($p=.005$) โดยผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่หรือน้อง ขณะที่ปัจจัยของผู้ดูแลด้านเพศ

อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การมีโรคประจำตัว ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลพบว่า รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ($p=.006$) โดยผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท มีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือน 20,000 - 30,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปัจจัยของผู้ป่วยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

วิจารณ์

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี เมื่อแยกตามรายด้านพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายและด้านจิตใจอยู่ในระดับที่ดี ส่วนคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับระดับกลางๆ นอกจากนี้ยังพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับระดับความรุนแรงของอาการของผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบและจิตพยาธิสภาพทั่วไป ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือเกิดอาการกำเริบบ่อยมักจะไม่สามารถดูแลตัวเองได้ขาดการหยั่งรู้และเข้าใจในตนเองปฏิเสธความเจ็บป่วย ไม่ยินยอมรับการรักษาดังนั้นผู้ดูแลจึงมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยให้กินยาสม่ำเสมอ ไปโรงพยาบาลพบแพทย์ตามนัด รวมทั้งการดูแลสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ในเรื่องทั่วไปของผู้ป่วยอีกด้วย ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตกับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติ¹⁴ ต่างกันที่ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ในงานวิจัยก่อนหน้านี้อยู่ในระดับกลางๆ^{14,15} เนื่องจากเมื่อเปรียบเทียบระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลในการศึกษาก่อนหน้านี้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าได้

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ในทิศทางลบกับกลุ่มอาการด้านลบและกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไป จากการศึกษาครั้งนี้ของ Oldridge และ Hughes¹¹ พบว่าอาการด้านลบของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับอารมณ์ทางด้านลบและสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแล นอกจากนี้ระดับความรุนแรงของอาการด้านลบยังทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมากขึ้นเช่นเดียวกับความรุนแรงของจิตพยาธิสภาพทั่วไป^{16,17} เนื่องจากผู้ดูแลมีมุมมองว่าอาการด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมยพูดน้อย ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน นอนมาก เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วยต่างจากอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาดที่เกิดจากความเจ็บป่วยซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมตัวเองได้⁴ ส่วนกลุ่มอาการจิตพยาธิสภาพทั่วไปที่ประกอบด้วย การบกพร่องด้านการรับรู้เช่นไม่สามารถตัดสินใจขาดความคิดริเริ่ม ขาดสมาธิและความสนใจต่อสิ่งต่างๆ และอาการด้านอารมณ์ เช่น ซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจ ไม่มีพลัง ความสนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อมลดลง¹ ส่งผลต่อสภาวะการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ทำให้เกิดความบกพร่องในด้านต่างๆ เช่น บทบาทหน้าที่ทางสังคมและบทบาทในฐานะสมาชิกครอบครัว ถ้าอาการรุนแรงจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มมากขึ้น¹⁶ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสภาวะอารมณ์และจิตใจของผู้ดูแล ความรู้สึกเป็นภาระนี้หากมีมากจะส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่ต่ำได้⁹ แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่ากลุ่มอาการด้านบวก หรือทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและลบต่างส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลที่

เพิ่มขึ้นได้เช่นกัน^{7,8} กลุ่มอาการด้านลบพบได้บ่อยคง
อยู่นานไม่ค่อยมีช่วงที่อาการดีขึ้นและมีลักษณะคงที่
มากกว่าอาการด้านบวก¹ ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยในระยะ
ยาวอาการด้านลบน่าจะส่งผลให้เกิดภาวะกดดันด้าน
จิตใจของผู้ดูแลได้มากกว่าอาการด้านบวก

คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์
ทิศทางลบกับความรุนแรงในทุกกลุ่มอาการของ
ผู้ป่วยสิ่งหนึ่งที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและบ่งชี้ถึงการมี
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี คือ ความอิสระในการ
ใช้ชีวิต การมีเวลาทำกิจกรรมที่ชอบ ความปลอดภัย
มั่นคงในชีวิต¹² ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่อง
ในด้านต่างๆและไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่
ย่อมทำให้ผู้ดูแลขาดอิสระในการใช้ชีวิต มีเวลาส่วนตัว
ลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชื่นชอบได้ นอกจากนี้
ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะเกิดพฤติกรรมรุนแรง
ได้สูง พบหลักฐานว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตรและ
ก้าวร้าวสูงกว่าประชากรทั่วไป 2-10 เท่า¹ พฤติกรรม
รุนแรงส่งผลต่อความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตของผู้ดูแลได้

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายมีความสัมพันธ์ใน
ทิศทางลบกับจิตพยาธิสภาพทั่วไป กลุ่มอาการจิตพยาธิ
สภาพทั่วไปใช้ประเมินความรุนแรงของความผิดปกติ
ทางจิตทั่วไป นอกจากการบกพร่องด้านการรับรู้
ยังประกอบด้วยเรื่องของอารมณ์ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า
ความหุนหันพลันแล่น ความก้าวร้าว การเคลื่อนไหวที่
ผิดปกติ ถ้าอาการรุนแรง ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด
ทำให้เวลาในการดูแลสุขภาพของตัวเองลดลง พักผ่อน
ไม่เพียงพอ มีภาวะเครียด ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย
ได้ Gupta และคณะ⁶ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพ
กายแย่กว่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นหรือผู้ที่
ไม่ได้ดูแลผู้ป่วย โดยอาการที่พบบ่อย ได้แก่ นอนไม่หลับ
อาการปวด ปวดศีรษะ และอาการแสบร้อนกลางหน้าอก

คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมไม่มี
ความสัมพันธ์กับทุกกลุ่มอาการ เนื่องจากสภาพสังคม
ในต่างจากหวัดแตกต่างจากสังคมเมือง คนในชุมชน
รู้จักและมีความสนิทสนมกันดี อีกทั้งส่วนมากมักจะเป็น

เครือญาติที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ถึงแม้ผู้ดูแลต้องดูแล
ผู้ป่วยใกล้ชิดแต่ก็ยังได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลจากคน
ในชุมชนและมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ซึ่งการรับรู้ถึง
การช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมต่างเป็นปัจจัย
ที่ส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตในทางบวก^{8,15}

นอกจากนี้การศึกษาวินิจฉัยนี้พบว่าปัจจัยลักษณะ
ทั่วไปของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่
จำนวนบุตร ความเพียงพอของรายได้ และความสัมพันธ์
กับผู้ป่วย ส่วนปัจจัยลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีเพียงปัจจัยเดียวคือ
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย

ผู้ดูแลที่รายได้เพียงพอมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า
ผู้ดูแลที่รายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อน
หน้า^{14,15,18} นอกจากนี้รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยมีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยที่ผู้ดูแลของผู้ป่วย
ที่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีคุณภาพชีวิตที่
ต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ต่อเดือน 20,000 - 30,000 บาท
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยถือเป็นสมาชิกคนหนึ่งใน
ครอบครัว การที่ผู้ป่วยไม่ได้ประกอบอาชีพขาดรายได้
ส่งผลกระทบต่อรายได้รวมของครอบครัว ผู้ดูแลนอกจาก
จะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตของตนเอง
แล้วยังมีค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มเติม
ไม่ว่าจะเป็นรายจ่ายด้านการรักษาพยาบาล หรือค่าใช้จ่าย
ส่วนตัวของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้ในการดำรงชีวิต
ประจำวัน รายจ่ายที่เพิ่มขึ้นทำให้รายได้ไม่เพียงพอและ
ไม่เหลือเก็บออม ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจและการเงินเป็น
หนึ่งในปัญหาที่สร้างความกดดันได้เป็นอย่างมาก รายได้
ครอบครัวที่ต่ำ ความไม่เพียงพอของรายได้ และภาระ
ด้านการเงินที่เพิ่มขึ้นก่อให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่แย่ลง¹⁷
โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนา ภาระด้านเศรษฐกิจ
มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย⁸
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความ
สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ โดยที่ผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดามีคุณภาพชีวิต
ต่ำกว่าสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^{5,7,10} สังคมไทย

มีความผูกพันระหว่างเครือญาติและสมาชิกในครอบครัวสูง โดยเฉพาะความผูกพันทางอารมณ์ของพ่อแม่ที่มีต่อลูก ความผูกพันทางอารมณ์นี้แสดงถึงระดับความผูกพันห่วงใยที่สมาชิกแต่ละคนมีต่อกัน¹⁹ การดูแลบุตรนั้นถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบิดาหรือมารดา โดยเฉพาะบุตรที่มีความเจ็บป่วยย่อมนำให้เกิดความเป็นห่วงและกังวลได้เป็นอย่างมากทั้งในเรื่องตัวโรค การดูแลช่วยเหลือตัวเองและการดำรงชีวิตต่อไปในอนาคต ผลการศึกษานี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Charampos และคณะ⁹ ที่พบว่าความสัมพันธ์กับผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า จำนวนบุตรของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลที่มีจำนวนบุตร 3 คนหรือมากกว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ แล้วผู้ดูแลยังมีความเป็นห่วงและมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อชีวิตการเป็นอยู่ของบุตรคนอื่นๆ อีกด้วย แตกต่างจากผลการศึกษาของ Richieri และคณะ²⁰ ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีบุตรมากกว่า 1 คนมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน และระยะเวลาความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้⁸ เนื่องจากในการศึกษานี้อาการของผู้ป่วยอยู่ในเกณฑ์ดีกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป การที่ผู้ป่วยสามารถดูแลและรับผิดชอบต่อเรื่องส่วนตัวได้บ้างถึงแม้ผู้ดูแลจะมีค่าเฉลี่ยจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวันมากอาจไม่ส่งผลกระทบต่อระดับคุณภาพชีวิตนัก

สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับที่ดี โดยที่คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย จำนวนบุตร ความเพียงพอ

ของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นทางการเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติจึงมีความสำคัญ ผลการศึกษานี้นำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไปในอนาคตเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น เช่น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพของผู้ป่วย การทำกลุ่มจิตบำบัดครอบครัว การจัดให้มี caregiver psychoeducation program เพื่อให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท บทบาทในการดูแลผู้ป่วย แหล่งการเข้าถึงความช่วยเหลือสำหรับผู้ดูแลในเรื่องสิทธิการรักษา ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและความช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ต่างๆ เป็นต้น ข้อเสนอแนะสำหรับการพัฒนางานวิจัยในอนาคตโดยศึกษาปัจจัยด้านผู้ดูแลให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น แยกกลุ่มผู้ดูแลหลักหรือผู้ดูแลรอง ลักษณะการดูแลผู้ป่วย(ดูแลคนเดียวหรือมีคนอื่นช่วย) ความรู้สึกเป็นภาระ การได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น รวมทั้งการศึกษาวิจัยเชิงทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับ intervention เช่น caregiver psychoeducation program กับกลุ่มควบคุมที่รับการรักษาตามปกติเพื่อยืนยันผลการวิจัยและประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรีที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุลและผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ สำหรับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือเพื่อนำมาใช้ในงานวิจัยนี้ รวมถึงผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยชื่อนามในที่นี้ที่ให้ความช่วยเหลือและให้การสนับสนุนงานวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิเชษฐ อุดมรัตน์, สรยุทธ วาสิกนนานนท์. ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: เมืองการพิมพ์; 2552: 22-36, 78-98, 136.
2. กุศลภรณ์ ชัยอุดมสุข. จิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น: คลังนาวิทยาศาสตร์; 2559: 281-300.
3. แผนกสุขภาพจิตและสารเสพติด องค์การอนามัยโลก. การป้องกันโรคจิตเวช:มาตรการและทางเลือกนโยบายที่มีประสิทธิผล. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560: 50.
4. Wong DFK, Lam AYK, Chan SK, et al. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. Health and Quality of life Outcomes. 2012; 10: 15.
5. Boyer L, Caqueo-Urizar A, Richieri R, et al. Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. BMC Family Practice. 2012; 13: 42.
6. Gupta S, Isherwood G, Jones K, et al. Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. BMC Psychiatry. 2015; 15: 162.
7. Ribé JM, Salamero M, Pérez-Testor C, et al. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiver burden, family functioning, and social and professional support. Int J Psychiatry Clin Pract. 2018; 22(1): 25-33. Doi: 10.1080/13651501.2017.1360500
8. Caque-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. Health and Quality of life outcomes. 2009; 7: 84. doi: 10.1186/1477-7525-7-84
9. Charampos M, Elena V, Nikolaos D, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2010; 47(2): 331-7. doi: 10.1007/s00127-010-0325-9.
10. Foldemo A, Gullberg M, EK AC, et al. Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005; 40(2): 133-8. doi: 10.1007/s00127-005-0853-x.
11. Oldridge ML, Hughes IC. Psychological well-being in families with member suffering from schizophrenia: an investigation into long-standing problems. Br J Psychiatry. 1992; 161: 249-51. doi: 10.1192/bjp.161.2.249.
12. สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, และคณะ. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2545.
13. ธนา นิลชัยโกวิทย์. positive and negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T). ม.ป.ท.: ม.ป.ป.
14. นรวีย์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ:กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2548; 13(3): 146-56.

15. เอมิกา กลยานี, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, อารีย์ วรรณอ่วมตานี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2558; 7(1):128-40.
16. Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, et al. Typology of schizophrenic symptoms and quality of life in patients and their main caregivers in northern Chile. *Int J of Soc Psychiatry*. 2013; 59(1): 93-100. doi: 10.1177/0020764011423465.
17. Das PK, Maiti S, Roy P, et al. A comparative study of stigma, quality of life and family burden in patients of schizophrenia and obsessive-compulsive disorder. *Journal of neurology and neuroscience*. 2019; 10(5): 287. Doi: 10.36648/2171-6625.10.S5.287.
18. ทศนีย์ กุลจนะพงศ์พันธ์, กฤตณัย แก้วยศ, ดุชนิ อุดมอิทธิพงศ์, และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2559; 10(2): 23-35.
19. อูมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ชันดำการพิมพ์; 2543. 44.
20. Richieri R, Boyer L, Reine G, et al. The schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2011; 126(1-3): 192-201. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.037.

