

ผลการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ปิยธิดา รักพงศ์, สายทิพย์ สุทธิรักษา, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยเภสัชกร **วิธีวิจัย:** การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองเชิงสุ่มแบบมีกลุ่มควบคุมที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้า ตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จำนวน 57 ราย ผู้วิจัยสุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุม (29 ราย) คือ ผู้ดูแลที่มารับบริการตามปกติพร้อมกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาล กลุ่มทดลอง (28 ราย) คือ ผู้ดูแลที่ได้รับการรู้เรื่องโรคจิตเภท การรักษา และยา ร่วมกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทครั้งเดียวในวันเยี่ยมบ้านครั้งแรกโดยเภสัชกร ผู้วิจัยเก็บข้อมูล 3 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการให้ความรู้ 1 เดือน และ 3 เดือน **ผลการศึกษา:** ก่อนการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย และอายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.04 ± 13.09 ปี หลังการแทรกแซงในเดือนที่ 1 และ 3 พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.005$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตดีกว่าอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 ($P=0.017$) และภาวะการดูแลน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.012$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาในกลุ่มทดลอง พบว่า เดือนที่ 1 และ 3 ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($P<0.001$ ทั้ง 2 ช่วงเวลา) มีภาวะการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.033$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 3 อย่างมีนัยสำคัญ ($P=0.003$) และมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 ($P=0.024$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า มีความรู้เพิ่มขึ้นทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P<0.001$ และ $P=0.001$ ตามลำดับ) แต่คุณภาพชีวิตและความเครียดไม่แตกต่างจากก่อนการศึกษา ($P>0.05$) และพบว่ามีภาวะการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.013$ และ $P=0.033$ ตามลำดับ) **สรุป:** การให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการเยี่ยมบ้าน มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ภาวะการดูแลและความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการแทรกแซง

คำสำคัญ: โรคจิตเภท ผู้ดูแล ความรู้ คุณภาพชีวิต ภาวะการดูแล ความเครียด

รับต้นฉบับ: 4 มี.ค. 2562, ได้รับบทความฉบับปรับปรุง: 16 เม.ย. 2562, รับลงตีพิมพ์: 5 พ.ค. 2562

ผู้ประสานงานบทความ: สายทิพย์ สุทธิรักษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัด มหาสารคาม 44150 **E-mail:** saithip.s@msu.ac.th

Effects of Pharmacist's Education Provision for Caregivers of Schizophrenic Patients at their Homes

Piyatida Rakpong, Saithip Suttiruksa, Jantip Kanjanasilp

Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University

Abstract

Objective: To study the effects of pharmacists' education provision to caregivers of schizophrenic patients at their home. **Method:** The research was a prospective randomized controlled study. Subjects were 57 caregivers of schizophrenic patients at home. The subjects were randomized into a control group and an experimental group. Control group (n=29) were those accompanying the patients to the hospital and receive regular services. The study groups (n=28) received one time of education on schizophrenia, treatment and medication, and received a booklet during the first home visit by a pharmacist. The researcher collected data for 3 times, including before and after intervention for 1 and 3 months. **Results:** Before the study, various characteristics of caregivers in both groups were not different ($P > 0.05$). The majority of the caregivers were female, being mother of the patients, with the mean age of 52.04 ± 13.09 years. After intervention for 1 and 3 months, study group had a higher level of knowledge than control group did ($P = 0.005$ and $P < 0.001$ respectively). Their quality of life was also significantly better at the third month ($P = 0.017$). Their perceived burden was significantly lower in the first and third month ($P = 0.012$ and $P = 0.008$ respectively). Comparison of outcomes between pre and post intervention within the study group showed that the caregivers had a significantly increased level of knowledge ($P < 0.001$ in both periods) and a significantly lower level of perceived burden ($P = 0.033$ and $P = 0.008$, respectively) in the first and the third month after intervention. Their quality of life significantly increased in the third month ($P = 0.003$). Their stress also significantly reduced in the third months ($P = 0.024$). Compared to baseline, control group showed an increased level of knowledge on the first and third months ($P < 0.001$ and $P = 0.001$ respectively), an unchanged level of quality of life and stress ($P > 0.05$), and a higher level of burden both in the first and third months ($P = 0.013$ and $P = 0.033$ respectively). **Conclusion:** Pharmacist's education provision for caregivers of schizophrenic patients during home visit increases knowledge and quality of life, reduces perceived burden and stress when compared to the caregivers not receiving intervention.

Keywords: schizophrenia, caregiver, knowledge, quality of life, burden, stress

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ส่งผลต่อความคิด การสื่อสาร การรับรู้ และพฤติกรรมของผู้ป่วย อาการแสดงที่พบบ่อย คือ อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด ผู้ป่วยที่มีอาการมากและเจ็บป่วยนานมักพบปัญหาด้านความจำ อารมณ์ผิดปกติ รวมถึงซึมเศร้า ซึ่งอาการต่างๆ มักมีผลกระทบต่อการเรียนรู้รวมถึงการทำงานของผู้ป่วย (1) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมของผู้ป่วยรวมถึงญาติหรือผู้ดูแล ในปี ค.ศ. 2009 Kilbourne และคณะรายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอายุขัยเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 25 ปี (2) ในปี ค.ศ. 2010 Bushe และคณะ รายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3 เท่า การฆ่าตัวตายและโรคหลอดเลือดหัวใจเป็นสาเหตุของการตายก่อนวัยอันควรในผู้ป่วยจิตเภท (3)

ปัญหาที่พบในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทของประเทศไทย คือ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะเริ่มต้นไม่ได้เข้ารับการรักษา เนื่องจากไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วย และฐานะที่ยากจน ทำให้เกิดความลำบากในการเดินทางไปรับการรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกล การรักษาจำเป็นต้องใช้ยาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเอง และเกิดอาการกำเริบ นอกจากนี้ยังพบว่า ยารักษาโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีผลข้างเคียงที่ก่อให้เกิดความไม่สบาย หรือเกิดความทุกข์ ทรมานใจให้แก่ผู้ป่วย จนไม่สามารถใช้ยาได้อย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่หายจากโรค และไม่สามารถดูแลและใช้ชีวิตประจำวันตามปกติได้ ทำให้ต้องพึ่งพิงญาติหรือต้องมีผู้ดูแลมาช่วยเหลือ (4) ญาติหรือผู้ดูแลนับเป็นบุคคลที่มีความสำคัญ ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ทั้งเรื่องการรับประทานยา และดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

การศึกษาในอดีตพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า โดยอาจมีสาเหตุมาจากความรู้สึกอับอายต่อการมีผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อับอายต่ออาการผิดปกติของผู้ป่วย ความรู้สึกผิดหวัง การสูญเสียความฝัน และความคาดหวังที่มีต่อตัวผู้ป่วย (5) การศึกษาของ สิริรัตนันต์ แสงศิริรักษ์ พบว่า ญาติหรือผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ต้องคอยแก้ปัญหาที่เกิดจากตัวผู้ป่วย และต้องคอยดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถดำเนิน

กิจวัตรประจำวันเองได้ ไม่สามารถแบ่งเบาภาระในการช่วยทำงานบ้าน นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยที่บ้าน และพาผู้ป่วยไปติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ (6) สอดคล้องกับการศึกษาของ Yusuf และคณะ ในประเทศไนจีเรีย ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 47–55 มีความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย (7) การที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่มีอาการ ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการทำงาน หรือได้รับการจ้างงานต่ำ และมีโอกาสตกงานสูง ญาติหรือผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะ ทำให้ขาดรายได้ และเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ในครัวเรือน นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติ และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยรวมถึงญาติและผู้ดูแลรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (8)

ยานับเป็นปัจจัยหลักในการรักษาโรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา (9) ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่หายจากโรค อาการแย่ลง จนเกิดการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้มีระยะเวลาและค่าใช้จ่ายระหว่างการรักษาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น (10) จากการศึกษาของ Masand และคณะ (10) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้ป่วยหรือตัวโรค เช่น การใช้สารเสพติด การเคยมีประวัติไม่ร่วมมือในการใช้ยามาก่อน ความรุนแรงของโรค ทักษะติดต่อการรักษา รวมถึงการไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น ด้านการแพทย์ เช่น การขาดการติดตามการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือการมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ และด้านการรักษา เช่น ประสิทธิภาพของยา ความถี่ในการบริหารยา หรือการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เป็นต้น กลยุทธ์ที่ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การเลือกยาที่เหมาะสม การจัดให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้การรักษาสําหรับผู้ป่วยเฉพาะราย และการจัดให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย จากการศึกษาของจิตรา เกณฑ์กระโทกและคณะ พบว่า การให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลมีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11) จากการศึกษาของ Hasan และคณะ พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษามีผล

ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12) นอกจากนี้จากการศึกษาในประเทศจีนของ Ran และคณะพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและครอบครัวช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทัศนคติต่อโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย (13) อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาถึงการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเภสัชกรที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีความรู้ที่เหมาะสมสอดคล้องกับผู้ดูแลเฉพาะราย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลของการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติขั้นตอนการศึกษาและจริยธรรมทางการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม (เลขที่รับรองที่ 066/2561) การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) ที่เก็บข้อมูลไปข้างหน้าในระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561

ตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาพร้อมกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อรับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชิงใน จังหวัดอุบลราชธานี เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ดูแลที่มีอายุตั้งแต่ 18-65 ปี ซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 18-65 ปี และมีอาการของโรคอยู่ในระยะสงบเมื่อประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) และมีคะแนนรวมน้อยกว่า 37 คะแนน (14-15) ผู้ดูแลต้องสามารถอ่านออกเขียนได้ ได้ยิน และพูดได้อย่างปกติ สมารถใจและได้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกำเริบหรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะฉุกเฉิน หรือผู้ป่วยที่ต้องย้ายสถานบริการ ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงหรือโอกาสในการฆ่าตัวตายสูง หรือผู้ที่ติดสารเสพติดขั้นรุนแรง

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน ในที่นี้กำหนดให้ค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 เท่ากับ 0.05

อำนาจการทดสอบที่ 0.80 จากการศึกษาของ จิตรา เกณฑ์กระโทก และคณะ (11) ค่าเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ความรู้โดยเภสัชกรและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาล เท่ากับ 11.1 ± 1.2 และ 9.6 ± 1.6 คะแนน ตามลำดับ การคำนวณได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 17.84 ราย การศึกษานี้เพิ่มจำนวนผู้ดูแลอีกร้อยละ 30 คิดเป็น 23 ราย อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ดำเนินการร่วมกับการศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งคำนวณขนาดตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทได้กลุ่มละ 30 ราย การศึกษานี้จึงศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น 60 ราย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่องผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสุ่มเลือกตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โดยใช้วิธีการแบบกลุ่มชนิดหลายขั้นตอน (multi-stage cluster sampling) เริ่มจากการสุ่มเลือก 8 ตำบลในเขตโรงพยาบาลเชิงในจากทั้งหมด 18 ตำบล หลังจากนั้นสุ่ม 4 ตำบลเข้ากลุ่มควบคุม และสุ่ม 4 ตำบลเข้ากลุ่มทดลอง ด้วยการจับฉลาก ผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการศึกษาดังกล่าว ถูกจัดให้เป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในการศึกษานี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชั่วโมง) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย(ปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัวและการดื่มสุราของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล

การประเมินความรู้เรื่องโรค การรักษา และยา ใช้แบบประเมินที่ดัดแปลงจากการศึกษาของ ธรรพ์ หทัย วิริยะ สิริสกุลและคณะ (16) มีคำถามจำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวกจำนวน 16 ข้อ และคำถามทางลบจำนวน 4 ข้อ คำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ “ถูกต้อง” “ไม่ถูกต้อง” หรือ “ไม่รู้” โดยมีคะแนนเต็ม 20 คะแนน เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เมื่อปรับปรุงแก้ไขตามผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ทำการทดสอบความเที่ยงโดยวิธีการคูเตอร์ริชาร์ดสัน - 20 ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89

การประเมินภาระการดูแล ใช้แบบประเมิน Zarit burden interview (ZBI) ฉบับภาษาไทยของ อรรพรรณ ศิลปกิจ (16) มีค่าความเที่ยงของ Cronbach เท่ากับ 0.89

ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง ได้แก่ 0-20 คะแนน หมายถึงไม่รู้สึกรู้สึกเป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก 21-40 คะแนน หมายถึงรู้สึกเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง และ 41-60 คะแนน หมายถึงรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61-88 คะแนน หมายถึงรู้สึกเป็นภาระมาก

การวัดความเครียดใช้แบบประเมิน Suanprung stress test-20 (SPST-20 ฉบับภาษาไทย) (17) พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ มีค่าความเที่ยงของ Cronbach มากกว่า 0.7 แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ แบ่งคะแนนออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 – 24 คะแนน หมายถึงมีความเครียดน้อย 25 – 42 คะแนน หมายถึงมีความเครียดปานกลาง 43 – 62 คะแนน หมายถึงมีความเครียดสูง และ 63 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีความเครียดรุนแรง ในกรณีที่ผู้ดูแลมีความเครียดระดับรุนแรงจะได้รับการส่งต่อข้อมูลให้พยาบาลจิตเวชเพื่อให้คำปรึกษาเพื่อลดระดับความเครียดที่เกิดขึ้น

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลใช้แบบ WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย ซึ่งแปลโดยสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (18) โดยมีค่าความเที่ยงของ Cronbach เท่ากับ 0.84 แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 26 ข้อ แบ่งคำถามเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสภาพสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม แบบวัดมีคะแนนในช่วง 26-130 แบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) ในการวิจัยใช้แบบวัดของ Overall และ Gorham (14) ที่แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (15) แบบวัดประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แต่ละข้อมีระดับการให้คะแนน 7 ระดับ โดย 1-7 หมายถึง ไม่มีอาการ มีอาการขั้นต่ำ มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก ผลการประเมินมีคะแนน ตั้งแต่ 18 – 126 คะแนน คะแนนมากกว่า 36 คะแนน แสดงว่ามีอาการของโรคอยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยจะถูกคัดออกจากการศึกษา และส่งต่อข้อมูลไปยังแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมต่อไป

สมุดคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนที่ใช้ได้ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญของคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องโรคจิตเภทและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คู่มือฯ ประกอบด้วย

เนื้อหา 4 ส่วน ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท แนวทางการรักษา การรักษาด้วยยา อาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้น

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัยให้ผู้ดูแลทราบ และให้ผู้ดูแลเซ็นยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย หลังจากนั้นผู้ป่วยและผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมรับบริการตามปกติที่โรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การตรวจรักษาผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ การติดตามปัญหาการใช้ยาและให้คำแนะนำการใช้ยาโดยเภสัชกรประจำแผนกผู้ป่วยนอก การเก็บข้อมูลจำนวน 3 ครั้งทำที่โรงพยาบาลในวันที่ผู้ดูแลมารับบริการพร้อมกับผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ วันที่เริ่มเข้าสู่งานวิจัย ในเดือนที่ 1 และในเดือนที่ 3 ถัดมา

การเก็บข้อมูลครั้งแรกเป็นการเก็บข้อมูลทั่วไป ความรู้ ภาวะการดูแล ความเครียด และคุณภาพชีวิต โดยใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที ในการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ดูแลจะได้รับการประเมินระดับความรู้ ภาวะการดูแล ความเครียด และคุณภาพชีวิตในวันที่ตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตามนัดที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านและไม่ได้รับการให้ความรู้ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยจากเภสัชกรผู้วิจัย

ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร จำนวน 3 ครั้ง ได้แก่ ในขณะที่เริ่มการวิจัย ในเดือนที่ 1 และ ในเดือนที่ 3 ถัดมา ในการเยี่ยมบ้านครั้งแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลเหมือนในกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้ดูแลได้รับการให้ความรู้โดยเภสัชกรเป็นเวลา 60 – 90 นาที เนื้อหาในการให้ความรู้ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 2) ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษาโรคจิตเภท 3) ความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภท และ 4) ความรู้เกี่ยวกับอาการไม่พึงประสงค์จากยาและแนวทางการจัดการอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนสำหรับใช้ศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเอง ในการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 ผู้ดูแลได้รับการประเมินเหมือนในกลุ่มควบคุม โดยไม่มีการให้ความรู้เพิ่มเติมจากเภสัชกร

การวิเคราะห์ข้อมูล

การบรรยายข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มสำหรับข้อมูลแบบ

กลุ่มใช้ Chi-square test ส่วนข้อมูลต่อเนื่องใช้ Mann-Whitney U test การเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มใช้ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

จากผู้ดูแลที่เข้าร่วมการศึกษากลุ่มละ 30 ราย เมื่อสิ้นสุดการศึกษา เหลือผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 28 และ 29 ราย ตามลำดับ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท 3 ราย ครบกำหนดไปติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทำให้ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่มารับบริการที่โรงพยาบาล เชื้อในในช่วงเวลาที่ศึกษา ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร ผู้ป่วยในควบคุมของผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีระดับอาการทางจิตอยู่ในระยะสงบ (BPRS น้อยกว่า 37 คะแนน) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ความรู้เรื่องโรคและยา

ก่อนการศึกษา ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกัน ($P=0.606$) หลังการเยี่ยมบ้านและได้รับความรู้

โดยเภสัชกรที่บ้านร่วมกับได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.005$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาในแต่ละกลุ่มพบว่า ผู้ดูแลทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P<0.05$ ทั้ง 2 ช่วงเวลาและทั้งสองกลุ่ม) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ด้านการดูแล

ก่อนการศึกษา ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนภาวะการดูแลไม่แตกต่างกัน ($P=0.253$) หลังการแทรกแซง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะการดูแลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.012$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะการดูแลก่อนการแทรกแซง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ($P=0.033$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุมพบว่า มีคะแนนภาวะการดูแลเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ($P=0.013$ และ $P=0.033$ ตามลำดับ) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=29)		P
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			0.689 ¹
ชาย	5 (17.24)	6 (21.43)	
หญิง	24 (82.76)	22 (78.57)	
อายุเฉลี่ย (ปี) ($\pm$ SD)	49.86 $\pm$ 14.05	54.29 $\pm$ 11.86	0.214 ²
ระดับการศึกษา			0.690 ¹
ประถมศึกษา	19 (65.52)	21 (75.00)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (17.24)	3 (10.71)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4 (13.79)	2 (7.14)	
ปวส/อนุปริญญา	0 (0)	1 (3.57)	
ปริญญาตรี	1 (3.45)	1 (3.57)	

ตารางที่ 2. ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	P
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
อาชีพ			0.561 ¹
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9 (31.03)	9 (32.14)	
ค้าขาย	1 (3.45)	1 (3.57)	
รับจ้าง	1 (3.45)	4 (14.29)	
เกษตรกรรม	17 (58.62)	12 (42.86)	
อื่น ๆ	1 (3.45)	2 (7.14)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	1,579.31 ± 3016.67	3,125 ± 5198.19	0.469 ²
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			0.15 ¹
บิดา	1 (3.45)	1 (3.57)	
มารดา	8 (27.59)	13 (46.43)	
สามี	5 (17.24)	4 (14.29)	
ภรรยา	0 (0)	3 (10.71)	
บุตร	2 (6.90)	2 (7.14)	
พี่	5 (17.24)	1 (3.57)	
น้อง	1 (3.45)	3 (10.71)	
หลาน	1 (3.45)	0 (0)	
ญาติ	4 (13.79)	0 (0)	
อื่น ๆ	2 (6.90)	1 (3.57)	
ระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน (ชม.) (±SD)	6.83 ± 9.02	8.64 ± 5.33	0.253 ²
ระยะเวลาเฉลี่ยที่ดูแลผู้ป่วย (ปี) (± SD)	12.41 ± 9.02	12.21 ± 8.33	0.974 ²
จำนวนสมาชิกเฉลี่ยในครอบครัว (คน) (± SD)	4.79 ± 1.76	3.93 ± 1.18	0.061 ²
การดื่มสุราของผู้ป่วย			0.442 ¹
ไม่ดื่ม	16(55.17)	12(42.86)	
ดื่ม	6(20.69)	10(35.71)	
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	7(24.14)	6(21.43)	

1: chi-square

2: Mann-Whitney U test

ด้านความเครียด

ก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีความเครียดไม่ต่างกัน (P=0.246) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนความเครียดก่อนการ

แทรกแซง พบว่า หลังการแทรกแซง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 3 (P=0.024) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

คุณภาพชีวิต

ก่อนการศึกษาและหลังการศึกษาในเดือนที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ($P=0.112$ และ $P=0.507$ ตามลำดับ) หลังการศึกษาในเดือน

ที่ 3 ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.017$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนการแทรกแซง พบว่า หลังการศึกษาในเดือนที่ 3 กลุ่มทดลองมี

ตารางที่ 3. ผลการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

	กลุ่มควบคุม (n=29)	กลุ่มทดลอง (n=28)	P ระหว่างกลุ่ม ¹
ความรู้ (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (พิสัย 0-20)			
ก่อนการศึกษา	12.43 $\pm$ 2.76	12.29 $\pm$ 2.46	0.606
หลังการศึกษาเดือนที่ 1	14.14 $\pm$ 2.92	16.21 $\pm$ 1.75	0.005
หลังการศึกษาเดือนที่ 3	14.48 $\pm$ 3.49	18.68 $\pm$ 1.63	< 0.001
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 1 ²	< 0.001	< 0.001	
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 3 ²	0.001	<0.001	
การดูแล (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (พิสัย 0-88)			
ก่อนการศึกษา	19.66 $\pm$ 11.17	23.21 $\pm$ 12.66	0.253
หลังการศึกษาเดือนที่ 1	26.79 $\pm$ 14.04	17.79 $\pm$ 10.72	0.012
หลังการศึกษาเดือนที่ 3	26.52 $\pm$ 16.21	14.96 $\pm$ 9.62	0.008
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 1 ²	0.013	0.033	
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 3 ²	0.033	0.008	
ความเครียด (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (พิสัย 0-80)			
ก่อนการศึกษา	37.38 $\pm$ 10.06	40.36 $\pm$ 10.49	0.246
หลังการศึกษาเดือนที่ 1	41.07 $\pm$ 12.91	36.61 $\pm$ 10.82	0.177
หลังการศึกษาเดือนที่ 3	39.21 $\pm$ 9.36	35.25 $\pm$ 9.30	0.125
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 1 ²	0.138	0.166	
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 3 ²	0.166	0.024	
คุณภาพชีวิต (ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD) (พิสัย 26-130)			
ก่อนการศึกษา	92.31 $\pm$ 10.47	87.46 $\pm$ 14.45	0.112
หลังการศึกษาเดือนที่ 1	91.28 $\pm$ 9.55	90.96 $\pm$ 9.67	0.507
หลังการศึกษาเดือนที่ 3	88.93 $\pm$ 9.05	93.21 $\pm$ 6.76	0.017
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 1 ²	0.845	0.115	
P ก่อนการศึกษา - หลังการศึกษาเดือนที่ 3 ²	0.115	0.003	

1: Mann-Whitney U test

2: Wilcoxon signed rank test

ตารางที่ 3. คุณภาพชีวิตเฉลี่ย ($\pm$ SD) ของผู้ดูแลกลุ่มทดลองในแต่ละด้าน (n=28)

คุณภาพชีวิต	ก่อนการศึกษา	หลังการศึกษา		P ภายในกลุ่มระหว่างก่อนศึกษาเทียบกับ ¹	
		เดือนที่ 1	เดือนที่ 3	เดือนที่ 1	เดือนที่ 3
ด้านร่างกาย	24.07 $\pm$ 4.32	25.50 $\pm$ 3.14	25.68 $\pm$ 2.04	0.022	0.041
ด้านจิตใจ	22.68 $\pm$ 8.33	21.86 $\pm$ 2.76	22.86 $\pm$ 1.90	0.213	0.072
ด้านสภาพสังคม	9.54 $\pm$ 2.25	10.14 $\pm$ 1.78	9.79 $\pm$ 1.42	0.172	0.766
ด้านสิ่งแวดล้อม	25.18 $\pm$ 3.82	27.04 $\pm$ 3.60	28.64 $\pm$ 2.13	0.017	<0.001

1: Wilcoxon signed rank test

คุณภาพชีวิตเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.003$) ส่วนผู้ดูแลกลุ่มควบคุมเมื่อติดตามในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 พบว่าคะแนนคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างจากระดับก่อนการศึกษา ($P > 0.05$ ทั้ง 2 ช่วงเวลา) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

จากตารางที่ 3 ตัวอย่างกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้งในเดือนที่ 1 และ เดือนที่ 3 ($P=0.022$ และ $P=0.041$ ตามลำดับ) และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ($P=0.017$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Winahyun และคณะ (19) Grandón และ คณะ (20) และบุญวดี เพชรรัตน์และคณะ (21) ผู้ดูแลทั้งหมดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 54.29 ± 11.86 ปี กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.86 ± 14.05 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร สอดคล้องกับการศึกษาของ ของ จิตรา เกณฑ์กระโทก และ คณะ (11)

ความรู้ของผู้ดูแล

การให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษา และการให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นกลยุทธ์สำคัญที่มีผลเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท (10) รูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการศึกษาที่ผ่านมา มีทั้งในลักษณะรายบุคคลหรือรายกลุ่ม สถานที่ให้ความรู้มีทั้งที่โรงพยาบาลหรือที่บ้าน ระยะเวลาการให้ความรู้มีทั้ง

ในระยะสั้นหรือจัดให้ความรู้สัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกันหลายสัปดาห์ สื่อที่ใช้ในการให้ความรู้มีทั้งบุคคลากรทางการแพทย์ คู่มือ หรือ วิดีทัศน์ (22) การศึกษานี้เป็นการออกเยี่ยมบ้านและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้านโดยเภสัชกร ร่วมกับการให้คู่มือการดูแลผู้ป่วย โดยให้ความรู้เฉพาะครั้งแรกของการเยี่ยมบ้านซึ่งใช้เวลาประมาณ 60 - 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.005$ และ $P<0.001$ ตามลำดับ) โดยก่อนการศึกษาผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีความรู้ไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) ทั้งนี้ ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่เคยได้รับการให้ความรู้จากเภสัชกรมาก่อน นอกจากนี้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 เมื่อเทียบกับระดับก่อนการวิจัย ($P<0.001$ ทั้ง 2 ช่วงเวลา) เช่นเดียวกับการศึกษาของบัวลอย แสนละมุล และ บัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (23) ที่ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลที่โรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้งต่อเนื่องกัน 6 สัปดาห์ และให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ จิตรา เกณฑ์กระโทก และ คณะ (11) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจำนวน 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาล และการศึกษาของ Hasan และคณะ (12) ประเทศจอร์แดน ที่ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจำนวน 1 ครั้ง ที่โรงพยาบาลรวมกับการให้คู่มือแก่ผู้ดูแล

ประเด็นการให้ความรู้ในการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ซึ่งประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (11-12, 23) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจสถานะของโรคและเข้าใจผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ดูแลสามารถแยกแยะความแตกต่างระหว่างอาการปกติหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย 2) ความรู้เกี่ยวกับการรักษาและการรักษาด้วยยา (11-12,23) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเห็น

ความสำคัญของการรักษา และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นหลักสำคัญที่ช่วยควบคุมอาการด้านบวกของผู้ป่วยและช่วยลดการกำเริบซ้ำ (24) 3) ความรู้เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากยาและการจัดการอาการที่เกิดขึ้น (11-2,23) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยและจัดการอาการที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้บางการศึกษายังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และทักษะจำเป็นที่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน (23) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และมีทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเสริมเนื้อหาเหล่านี้ให้แก่ผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่รอบด้านยิ่งขึ้น

การศึกษานี้เป็นการให้ความรู้ที่บ้านซึ่งทำให้เห็นบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายที่มีความแตกต่างกัน ทำให้สามารถให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นที่ผู้ดูแลเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัย ในสถานการณ์ปัจจุบันของโรงพยาบาลเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มารับบริการที่โรงพยาบาลเพียงลำพัง ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้แก่ผู้ดูแลได้ เมื่อเกิดปัญหาการใช้ยาผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้โดยเภสัชกรที่บ้านเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลการดูแลที่ถูกต้อง การให้ความรู้ที่ดีควรมีการออกแบบให้เหมาะสมกับสถานะของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยอาศัยข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ ระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย และปัญหาของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแต่ละราย การให้ความรู้ที่เหมาะสมจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจสถานะของโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีทัศนคติที่ดีขึ้น (25) และเข้าใจแนวทางการรักษา การมีผู้ดูแลเรื่องการกินยาช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (26) ซึ่งเป็นหลักสำคัญในการควบคุมอาการด้านบวกของผู้ป่วย และมีผลช่วยลดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย (13)

ภาระการดูแล

แม้ว่าผู้ดูแลร้อยละ 40 มีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา ของผู้ป่วย แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของผู้ดูแล ผู้ดูแลต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ทั้งงานประจำและงานที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้มีความยากลำบากเพิ่มขึ้น ส่งผลให้เกิดความเป็นภาระก่อให้เกิดความเครียดและมีเวลาในการทำกิจกรรมที่

ตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง (27) ผลจากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและได้รับการให้ความรู้โดยเภสัชกรที่บ้าน ร่วมกับได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.033$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) และมีภาระการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในเดือนที่ 1 และ 3 ($P=0.012$ และ $P=0.008$ ตามลำดับ) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต (12) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้ที่โรงพยาบาลร่วมกับการให้คู่มือดูแลผู้ป่วย โดยก่อนการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระการดูแลไม่แตกต่างกัน ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ การมีภาวะก้าวร้าวหรืออาการกำเริบของผู้ป่วย การดื่มสุราของผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแล (28-29)

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) (29) ที่รวบรวมการศึกษาแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมเพื่อศึกษาผลของการให้บริบาลแก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิต ภาระการดูแล และความเครียด โดยแบ่งผู้ดูแลออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลที่ได้รับการบริการตามปกติ ผู้ดูแลที่ได้รับการให้คำปรึกษา และผู้ดูแลที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาช่วยลดความรู้สึกรู้สึกกังวล ความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และความเครียดของผู้ดูแล นอกจากนี้การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้น ทัศนคติต่อโรคและผู้ป่วยดีขึ้น (30) ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการรักษา ส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (31) ลดการแสดงอาการด้านบวกและลดการกำเริบของผู้ป่วย (13) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลลดลง (32)

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่ได้รับการเยี่ยมบ้านและได้รับความรู้ที่บ้านโดยเภสัชกร ร่วมกับได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยฯ มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 3 ($P=0.024$) ในผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีความเครียดไม่แตกต่างกันในการเก็บข้อมูลทั้ง 3 ครั้ง ($P>0.05$) โดยก่อนการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดไม่แตกต่างกัน ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ความรุนแรงของอาการและระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (33) การให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท การรักษาด้วยยา อาการไม่พึงประสงค์จาก

การใช้ยา และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในโรคและแนวทางการรักษา ส่งผลให้เพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และทำให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง (29)

ในการศึกษานี้ หลังการสิ้นสุดการศึกษา ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ไม่ได้แสดงข้อมูลในการศึกษานี้) ซึ่งน่าจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดลดลง นอกจากนี้ ในเดือนที่ 3 มีผู้ดูแลกลุ่มทดลอง 2 รายมีภาวะเครียดระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแล 1 รายต้องดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งเพิ่มอีก 1 ราย ส่วนผู้ดูแลอีก 1 รายมีปัญหาหลานสาวหนีตามวัยรุ่นชายในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นปัญหาที่นอกเหนือจากการมีผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาคความเครียดในผู้ดูแลทั้ง 2 ราย โดยการส่งต่อผู้ดูแลให้พยาบาลจิตเวชเพื่อให้คำแนะนำและการรักษาที่เหมาะสมต่อไป จะเห็นได้ว่า การออกเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ดูแล ทำให้เห็นปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่มีความจำเพาะในแต่ละราย ซึ่งนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ เมื่อพบว่าผู้ดูแลมีความเครียดมากก็สามารถแนะนำผู้ดูแลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมได้อย่างทันท่วงที ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ต่อไป

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ก่อนการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาในอดีต (27,33) ก่อนการศึกษาผู้ดูแลกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ อายุ (27) ระดับการศึกษา (28) รายได้ (19,27) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (19,27) และภาระการดูแลผู้ป่วย (27) หลังการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในเดือนที่ 3 ($P=0.003$) และ มีคุณภาพชีวิตมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติในเดือนที่ 3 ($P=0.017$) ซึ่งให้ผลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Hasan และคณะ (12) ที่วัดผล การให้ความรู้ที่โรงพยาบาลร่วมกับการให้คู่มือแก่ผู้ดูแล การให้ความรู้มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเพิ่มขึ้น และมีทัศนคติต่อโรคและการรักษาดีขึ้น (25,28) การเยี่ยมบ้านและการให้คำแนะนำทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (27) ในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการประเมินทัศนคติและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มเติม

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตแต่ละมิติ พบว่า ก่อนการศึกษาผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการศึกษาในอดีต (34) และไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการศึกษาในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 ผู้ดูแลกลุ่มศึกษามีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งโดยปกติแล้วการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้ดูแลเป็นอันมาก (34) ทั้งนี้เนื่องจากการะงานที่ต้องทำ อีกทั้งต้องคอยดูแลความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และสิ่งของ บางครั้งอาจถูกทำร้ายหรือรบกวนการนอนหรือการพักผ่อน ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย การให้ความรู้ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ เห็นความสำคัญของการกินยา การมีผู้ดูแลคอยดูแลการกินยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น (31) ช่วยควบคุมการแสดงอาการด้านบวก ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันในครอบครัวได้อย่างปกติ (34) และลดการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย (13) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

สำหรับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจและด้านสภาพสังคม เนื่องจากโรคจิตเภทต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ผู้ดูแลและผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ในช่วงที่มีอาการ ทำให้ขาดโอกาสในการทำงาน หรือได้รับการจ้างงานต่ำและโอกาสตกงานสูง ญาติหรือผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะทำให้ขาดรายได้และเกิดปัญหาค่าใช้จ่ายไม่พอใช้ในครัวเรือน (5) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลด้านจิตใจ และสภาพสังคม จึงทำให้คะแนนคุณภาพชีวิตในมิตินี้ไม่เกิดการเปลี่ยนแปลงแม้ในปัจจุบัน ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทได้รับสวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม

ข้อจำกัด

ในการรับบริการแต่ละครั้งของผู้ดูแล ผู้ดูแลอาจได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และยาจากบุคลากรหน่วยต่าง ๆ จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ในการศึกษาครั้งนี้วัดประสิทธิผลเฉพาะด้านผู้ดูแล ในการศึกษา

ครั้งต่อไปควรมีการประเมินประสิทธิผลการเยี่ยมบ้านทั้งในผู้ดูแลร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้มีค่าใช้จ่ายและใช้เวลาค่อนข้างมาก การศึกษาในครั้งต่อไปอาจศึกษาการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเป็นรายกลุ่ม หรืออาจขยายรูปแบบการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือการจัดทำวิดีโอทัศน์ให้ความรู้ในระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลรอตรวจหรือรอรับยา รวมทั้งการจัดทำสื่อแอปพลิเคชันให้ความรู้ เพื่อเป็นการประหยัดเวลาเพิ่มการเข้าถึงข้อมูล และเกิดการดำเนินการที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืนยิ่งขึ้น

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้โดยเภสัชกรแก่ผู้ดูแลที่บ้าน ร่วมกับการให้คู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน มีผลช่วยทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ทั้งในเรื่องโรค การรักษา เรื่องอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาและการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วย ผู้ดูแลเข้าใจผู้ป่วย และทราบแนวทางจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อีกทั้งการเยี่ยมบ้านและการให้ความรู้ที่บ้านนอกจากจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้เห็นสภาพปัญหาที่มีความเฉพาะในผู้ป่วยหรือผู้ดูแลแต่ละราย ทำให้เกิดการแก้ปัญหาหรือการให้คำปรึกษาที่ตรงประเด็น การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความอนุเคราะห์จากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้ข้อมูล ตลอดจนเจ้าหน้าที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลเชื่องใน เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และ อสม. ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [online]. 2018 [cite May 11, 2017]. Available from: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
2. Kilbourne AM, Morden NE, Austin K, Ilgen M, McCarthy JF, Dalack G, Blow FC. Excess heart-disease-related mortality in a national study of patients with mental disorders: identifying modifiable risk factors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014; 31: 555–63.
3. Bushe CJ, Taylor M, Haukka J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. *J Psychopharmacol*. 2010; 24: 17–25.
4. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J* 2005; 150: 1115–21.
5. Marsh DT. Serious Mental Illness: Opportunities for Family Practitioners. *Fam J* 1999; 7: 358–66.
6. Sangsirilak S. Burden among caregivers of schizophrenia patient. *Sisaket Surin Buriram Hosp J*. 2016; 3:139–48.
7. Yusuf AJ, Nuhu FT, Akinbiyi A. Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina. *South African J Psychiatry*. 2009; 15: 43–7.
8. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: A comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63: 892–909.
9. Sun SX, Liu GG, Christensen DB, Fu AZ. Review and analysis of hospitalization costs associated with antipsychotic nonadherence in the treatment of schizophrenia in the United States. *Curr Med Res Opin*. 2007; 23: 2305–12.
10. Masand P, Narasimhan M. Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. *Curr Clin Pharmacol*. 2006; 1: 47–56.
11. Jittra K, Kanjanasilp J, Lelatanaruk A, Juthamanee D. The effects of pharmaceutical care in schizophrenia patients with caregivers education. *J Psychiatr Assoc Thai*. 2011; 11: 40–50.
12. Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary care givers in Jordan: a randomized controlled trial. *BMC*

- Psychiatry 2015; 15: 72. doi: 10.1186/s12888-015-0444-7.
13. Ran MS, Xiang MZ, Chan CLW, Leff J, Simpson P, Huang MS, et al. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia - A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2003; 38: 69–75.
 14. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep.* 2011; 10: 799–812.
 15. Suwanmaitee S, Aopatwattana C, Jarusirichaikul C. A manual for working with patient with serious mental illness with high risk to violence. Nontraburi: Prosperous Plus; 2018. p.94-5.
 16. Viriyasakul T, Thachanun I, Kanjanasilp J, Suttiraksa S. The effects of pharmaceutical care in schizophrenia patient at outpatient department : randomized control trial. *Thai Journal of Pharmacy Practice* 2016; 2: 377–87.
 17. Mahatnirunkhun S, Phoompaisan W, Tapunya P. Suanprung stress test. *Suan Prung Hosp.* 1997; 13: 1–20.
 18. Mahatnirunkhun S, Tuntipiwatthanasakhun W PW. World Health Organization Quality of Life BREF. Chiangmai: Suan Prung hospital; 2002.
 19. Winahyu KM, Hemchayat M, Charoensuk S. Factors affecting quality of life among family caregivers of patients with schizophrenia in Indonesia. *J Health Res.* 2015; 29: 77–82.
 20. Grandón P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Res.* 2008;158: 335–43.
 21. Suwaluk Y, Yai H, Unit C, Rajanagarind S, Hospital P. Factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home. *Songkla Med J.* 2003; 4: 249–58.
 22. Sin J, Gillard S, Cornelius V, Chen T, Henderson C. Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis : A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017; 56: 13–24.
 23. Seanlamul B, Kessomboon P. Effects of the education program for caregivers of patients with schizophrenia. *Community Health Dev Q Khon Kaen Univ.* 2015; 3: 274–83.
 24. The Psychiatric Association of Thailand. Schizophrenia. In: Udomrat P, Vasikanon S, editors. Textbook of schizophrenia. Bangkok: Chanmuang Printing; 2009. p. 271-80.
 25. Worakul P, Thavichachart N, Lueboonthavatchai P. Effects of psycho-educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *J Med Assoc Thai* 2007; 90: 1199-204.
 26. Akesuveerapong N, Kaseattud N. The factors influencing adherence in schizophrenia patient at Suansaranrom hospital. *J Psychiatr Assoc Thai.* 2007; 52:412–28.
 27. Amika K, Dangdomyouth P, Aumtanee A. Selected factors relating to quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home. *J Police Nurse* 2015; 7:129–40.
 28. Maeng S, Kim W, Kim J, Bae J. Factors affecting quality of life and family burden among the families of patients with schizophrenia. *Korean Soc Schizophr Res.* 2016; 19: 78–88.
 29. Yesufu-Udechuku A, Harrison B, Mayo-Wilson E, Young N, Woodhams P, Shiers D, et al. Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2015; 206: 268–74.
 30. Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med.* 1999; 419: 411–9.
 31. Akesuveerapong N, Kasattud N. ansaranrom Hospital Factors affecting medication nonadherence Noppawan Eksuweerapong et al. in schizophrenic patients admitted at Suansaranrom Hospital. *J Psychiatr Assoc Thai.* 2007; 52:412–28.
 32. Webb C, Pfeiffer M, Mueser KT, Gladis M, Mensch E, DeGirolamo J, et al. Burden and well-being of

- caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophr Res.* 1998; 34:169–80.
33. Mitsonis C, Voussoura E, Dimopoulos N, Psarra V, Kararizou E, Latzouraki E, et al. Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47:331–7.
34. Luprasong S, Thanee S, Saithanu K, Choomuang K. Quality of life of psychiatric patients and their caregivers in Ubon ratchathani Province. *Bull Suanprung* 2017; 33:175–88.