

# ผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

## *Effect of rehabilitation educational program on quality of life of persons with severe mental disorder*

■ พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์\*      พิศศักดิ์ ชินชัย      เทียม ศรีคำจักษ์  
Pompen Sirisatayawong\*      Pisak Chinchai      Tiam Srikhamjak

ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่  
Department of Occupational Therapy, Faculty of Associated Medical Sciences, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand

\* ผู้รับผิดชอบบทความ (Email: pompen.siri@cmu.ac.th)

\* Corresponding author (Email: pompen.siri@cmu.ac.th)

Received January 2016

Accepted as revised March 2016

### Abstract

**Introduction:** The aims of rehabilitation for persons with severe mental disorder are to improve their social and occupational functioning, thus increasing their quality of life. Poor understanding about illness and how to encourage and support patient to perform a valued occupation, is a major barrier to the quality of life of these persons. Caregiver education in rehabilitation is an intervention program that might be helpful for improving the quality of life of persons with severe mental disorder.

**Objective:** To investigate the effect of the rehabilitation education program given to their caregivers on the quality of life of persons with severe mental disorder.

**Materials and methods:** Quasi-experimental research design was conducted on persons with severe mental disorder. They were between 20–60 years of age and discharged from hospital. All subjects lived in the community not longer than one and a half year. Thirty subjects were recruited but only twenty-seven persons were completed the program. Of 27 subjects, they were divided into a 13-person experimental group and a 14-person control group. Only experimental group was given the education program for their caregivers. Both groups were interviewed according to the World Health Organization of Quality of Life Index (WHOQOL) – BREF (Thai version) before and 2 months after intervention.

**Results:** Before implementation of the program, both experimental and control group got equal scores of quality of life in physical health, psychological well-being, social relationships and environment domain as well as the overall quality of life and general health. After 2 months, the experimental group got higher scores of quality of life in all areas. Their scores were different from those in pre-intervention in all areas and also different from control group in all areas. In contrast, after intervention, the control group had lower quality of life scores in physical health, environment as well as the overall quality of life and general health. Their scores were also less than those at pre-intervention.

**Conclusion:** Educational program of rehabilitation for the caregivers is an intervention to enhance quality of life of the people with severe mental disorder.

*Bull Chiang Mai Assoc Med Sci 2016; 49(2): 197-206. Doi: 10.14456/jams.2016.25*

**Keywords:** Quality of life, educational program, severe mental disorder, caregivers, rehabilitation

## บทคัดย่อ

**บทนำ:** เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช คือ การพัฒนาทักษะในการทำกิจกรรมและความสามารถทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางสนับสนุนส่งเสริมทักษะการดำเนินชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นการแทรกแซงทางสุขภาพที่อาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชได้

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

**วิธีการศึกษา:** เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง อายุระหว่าง 20–60 ปี ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและกลับไปอยู่บ้านไม่เกิน 1 ปีครั้ง จำนวน 30 ราย แต่มีผู้ป่วยเพียง 27 รายเท่านั้นอยู่ในโปรแกรมครบ 2 เดือน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม จำนวน 13 ราย กับกลุ่มควบคุมจำนวน 14 ราย ประเมินผลของโปรแกรมด้วยการสัมภาษณ์ตามแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ทั้งก่อนและหลังได้รับโปรแกรม 2 เดือน

**ผลการศึกษา:** ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมไม่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 แต่หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 รวมทั้งมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมลดลง และมีค่าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**สรุปผลการศึกษา:** การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแล เป็นแนวทางการบำบัดช่วยเหลือหนึ่งที่สามารถเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

วารสารเทคนิคการแพทย์เชียงใหม่ 2559; 49(2): 197-206. Doi: 10.14456/jams.2016.25

**คำรหัส:** คุณภาพชีวิต โปรแกรมให้ความรู้ ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ผู้ดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพ

## บทนำ

โรคจิตเวช เป็นความผิดปกติทางจิตที่มีอาการของความบกพร่องด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม<sup>1</sup> มักเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ยาวนาน ผู้ป่วยมักมีแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ลดลง ขาดมนุษยสัมพันธ์ แยกตัวอยู่ตามลำพัง มีความสนใจผู้อื่นและสภาพแวดล้อมลดลง<sup>1-3</sup> ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมถอยของความสามารถและทักษะการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและในสังคม<sup>2,3</sup> การบำบัดรักษาด้วยยาเป็นการรักษาโรคทางจิตเวชที่สำคัญในปัจจุบัน โดยมุ่งเน้นในการควบคุมอาการทางจิต<sup>1,3</sup> แต่ยาทางจิตเวชไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทุกด้าน<sup>2,3</sup> การฟื้นฟูสมรรถภาพจึงเป็นวิธีที่สำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้พร้อมก่อนกลับไปสู่สังคม เป็นการช่วยเหลือที่ควรดำเนินการทั้งในสถานพยาบาลและต่อเนื่องในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการทำกิจกรรม อันเป็นการเพิ่มโอกาส

ในการทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างอิสระตามศักยภาพ อีกทั้งยังช่วยให้ครอบครัวและชุมชนเกิดการยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>2,4</sup> คุณภาพชีวิตเป็นระดับการรับรู้สภาพร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลโดยอิสระ และมีคุณค่า<sup>5,6</sup> คุณภาพชีวิตเป็นดัชนีชี้วัดผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการบริการสุขภาพจิต ซึ่งในปัจจุบันให้ความสำคัญกับสุขภาพแบบองค์รวมที่สนใจผลกระทบของการเจ็บป่วยและการรักษาต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย<sup>5-8</sup> ในการศึกษาด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชมีการรับรู้คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมในระดับไม่ดี<sup>3,8-14</sup> และมักมีคุณภาพชีวิตในระดับน้อยกว่าบุคคลทั่วไป<sup>8,15-17</sup> แสดงถึงการไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐาน

อย่างเพียงพอ และขาดการส่งเสริมการทำกิจกรรมตามระดับความสามารถเช่นบุคคลทั่วไป<sup>7,9</sup> อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์<sup>14</sup> ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะการมีส่วนร่วมและยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Eklund<sup>18</sup> ที่พบว่า การขาดโอกาสในการมีบทบาทรับผิดชอบทั้งในครอบครัว และสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

ครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด เพราะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆ เป็นบุคคลสำคัญที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวช<sup>17</sup> โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน<sup>19,20</sup> ครอบครัวหรือผู้ดูแลยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ถึงการมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช<sup>21,22</sup> การที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลไม่สามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือไม่ให้การยอมรับ มีทัศนคติทางลบ และมีท่าทีรังเกียจผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองไม่ดี ขวัญฤทัย รัตนพรหม และคณะ<sup>4</sup> พบว่า ญาติมีความต้องการความรู้เรื่องโรคและทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เพื่อที่จะให้การยอมรับและส่งเสริมบำบัดฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้แก่ครอบครัว เป็นแนวทางการบำบัดหนึ่งที่น่าครอบครัวมาร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกันได้อย่างปกติช่วยให้ครอบครัวยอมรับผู้ป่วยได้มากขึ้น<sup>4,23</sup> นอกจากนี้ การที่ญาติมีความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น จะช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวช อาจเพิ่มการสนับสนุนช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชได้ ดังหลายการศึกษาที่พบว่าการให้ความรู้ช่วยลดอคติทางสังคมและลดทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวชได้<sup>24-29</sup> รวมทั้งการที่ญาติมีความรู้จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chinchai et al<sup>19</sup> ที่พบว่า การให้ความรู้แก่ญาติของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จะเป็นประโยชน์ในการให้โปรแกรมการแทรกแซงด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตได้อย่างอิสระของผู้รับบริการทางจิตเวชให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นสมาชิกที่มีศักยภาพของสังคม

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือก เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุระหว่าง 20–60 ปี ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และกลับไปอยู่บ้านไม่เกิน 1½ ปี ต้องมีผู้ดูแลเป็นญาติใกล้ชิด ซึ่งมีใบบุคลากรทางการแพทย์ที่จ้างมาดูแล และเคยได้รับการบำบัดทางจิตจากหน่วยกิจกรรมบำบัดก่อนการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องไม่เป็นผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา และอยู่ในโปรแกรมได้ครบ 2 เดือน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่ายในการเลือกพื้นที่การศึกษาจากอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีความห่างจากคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ไม่เกิน 50 กิโลเมตร จำนวน 1 แห่ง จากนั้นคัดเลือกตำบลและสถานีอนามัยเป้าหมาย คัดเลือกตัวอย่างอย่างเจาะจง โดยเป็นตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเวชมากกว่า 10 คนขึ้นไป จำนวน 2 ตำบล แล้วสุ่มเลือกกว่าตำบลใด เป็นกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างเป้าหมายจำนวน 30 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่างเพียง 27 คนที่อยู่รวมในโปรแกรมตลอด 2 เดือน

## เครื่องมือในการศึกษา

เป็นแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)<sup>5</sup> ประกอบด้วย 26 ข้อคำถามที่เป็นคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม สามารถแบ่งคุณภาพชีวิตออกได้เป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย จำนวน 7 ข้อ ด้านจิตใจ จำนวน 6 ข้อ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม จำนวน 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 8 ข้อ มีการให้คะแนนเป็นมาตรฐาน 5 ระดับจากไม่เลยจนถึงมากที่สุด

การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ มี 3 ข้อคำถาม แต่ละข้อให้คะแนนจาก ไม่เลย มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน ไปจนถึงมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวกมี 23 ข้อคำถาม แต่ละข้อให้คะแนนจาก ไม่เลย มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน ไปจนถึงมากที่สุด มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคะแนนของตัวชี้วัดเป็นระดับคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและโดยรวม เป็น 3 ระดับ ดังนี้

คุณภาพชีวิต	ไม่ดี	กลางๆ	ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-15	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม	26-60	61-95	96-130

แบบวัดมีค่าความเที่ยงที่ศึกษาในบุคคลทั่วไปที่อาศัยในเขตเมือง อายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ไม่มีอาการผิดปกติทางสมอง และไม่มีการทางจิต จำนวน 598 ราย ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.8406 มีค่าความตรงเมื่อเทียบกับแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด (WHOQOL-100) เท่ากับ 0.6515 เป็นแบบวัดที่สามารถใช้เป็นตัวบ่งชี้ถึงผลของการรักษา หรือโปรแกรมการแทรกแซงสุขภาพได้ดี<sup>5</sup> แบบวัดนี้ ได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 15 ราย และได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.900

### โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

อบรมให้ความรู้แก่ญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ที่สถานเอนามัยใกล้บ้านของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง โดยวิทยากรซึ่งเป็นนักกิจกรรมบำบัดที่มีประสบการณ์ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน เป็นการอบรมด้วยการบรรยาย พร้อมอภิปรายซักถามและยกตัวอย่างประกอบ ร่วมกับคู่มือประกอบการอบรม เนื้อหาการอบรมประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้โรคทางจิตเวชทั้งด้านสาเหตุ อาการ การบำบัดรักษา และแนวทางการส่งเสริมและป้องกันไม่ให้อาการทางจิตเวชเป็นมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับความเครียดทั้งสาเหตุ อาการ ระดับของความเครียด รวมถึงแนวทางการผ่อนคลายและการจัดการความเครียด ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูทักษะในชีวิตประจำวันทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การพักผ่อน และการใช้เวลาที่เหมาะสม

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะเทคนิคการแพทย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

### วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ผู้วิจัยคนที่ 1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ และประสานขอข้อมูลจากสถานเอนามัย พร้อมขอความยินยอมจากผู้ป่วยและผู้ดูแลในการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้วิจัยคนที่ 2 เก็บข้อมูลก่อนให้โปรแกรม ด้วยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติหรือผู้ดูแล โดยที่ผู้วิจัยคนที่ 2 ไม่ทราบว่าคุณสมบัติเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มใดเป็นกลุ่มควบคุม
3. ผู้วิจัยคนที่ 1 นัดหมายญาติหรือผู้ดูแลของกลุ่มทดลองเข้ารับการอบรมที่สถานเอนามัยใกล้บ้าน โดยต้องอบรม

ภายใน 7 วัน หลังการเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยคนที่ 1 และคนที่ 3 ร่วมเป็นที่มวิทยากรให้การอบรมโปรแกรมให้ความรู้
5. หลังการอบรม 2 เดือน ผู้วิจัยคนที่ 2 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์อีกครั้ง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละของข้อมูลสังคมประชากร และค่าเฉลี่ยกับส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนคุณภาพชีวิต และสถิติเชิงอนุมานสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม มีการกระจายตัวแบบปกติ ดังนั้น จึงใช้สถิติ Independence t-test ทดสอบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและใช้สถิติ Paired t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ส่วนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีการกระจายไม่เป็นปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test ในการทดสอบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและใช้สถิติ Wilcoxon-Match Paired test เพื่อทดสอบความแตกต่างคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

### ผลการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 27 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรม จำนวน 13 คน และ กลุ่มควบคุมที่ผู้ดูแลไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 14 คน

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.5) ปัจจุบันว่างงาน (ร้อยละ 53.8) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสัดส่วนเพศชายเท่ากับเพศหญิง (ร้อยละ 50) และมีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 57.1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 46.2 และ 50.0 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 46.2 และ 50.0 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสและโสด (ร้อยละ 69.2 และ 42.9 ตามลำดับ) มีบิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลัก ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมป่วยด้วยโรคจิตเภท (ร้อยละ 84.6 และ 71.5 ตามลำดับ) และมีการเจ็บป่วยมานานมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 84.6 และ 64.3 ตามลำดับ) และมีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยทั้งรายด้านและโดยรวม (ตารางที่ 2) จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า

ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมไม่แตกต่างกัน หลังได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนคุณภาพชีวิตทั้งด้านสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้น

และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตารางที่ 4) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมลดลงและมีค่าน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

**Table 1** Characteristics of control and experimental group.

Variable		Numbers (Percentage)	
		Experimental group (n=13)	Control group (n=14)
Gender	Female	5 (38.5)	7 (50.0)
	Male	8 (61.5)	7 (38.5)
Age	31-40 years old	2 (15.4)	1 (7.1)
	41-50 years old	5 (38.5)	6 (42.9)
	51-60 years old	6 (46.2)	7 (50.0)
	Mean±S.D. (years)	47.85±8.51	50.00±7.82
Educational level	Uneducated	1 (7.6)	1 (7.1)
	Primary school	6 (46.2)	9 (64.3)
	Secondary school	6 (46.2)	4 (28.6)
Marital status	Single	9 (69.2)	6 (42.9)
	Married	2 (15.4)	5 (35.7)
	Divorced	2 (15.4)	3 (21.4)
Current Career	Unemployed	7 (53.8)	6 (42.9)
	Employed	6 (46.2)	8 (57.1)
Past Career	Unemployed	2 (15.4)	2 (14.3)
	Employed	11 (84.6)	12 (85.7)
Relation of caregiver	Spouse	2 (15.4)	4 (28.6)
	Parent	7 (53.8)	6 (42.9)
	Siblings	4 (30.8)	4 (28.6)
Diagnosis	Alcohol dependence	0 (0.0)	1 (7.1)
	Schizophrenia	11 (84.6)	10 (71.5)
	Brief psychotic disorder	0 (0.0)	1 (7.1)
	Schizoaffective disorder	0 (0.0)	2 (14.3)
	Major depressive disorder	2 (15.4)	0 (0.0)
Duration of illness	0-2 years	0 (0.0)	0 (0.0)
	3-5 years	1 (7.6)	5 (35.7)
	6-10 years	3 (28.6)	5 (35.7)
	More than 10 years	8 (61.5)	4 (28.6)
	Mean±S.D. (years)	18.23±9.45	11.50±9.23

**Table 2** Quality of Life score of the control and experimental group before and after the program.

Quality of Life score	Experimental group (n=13)		Control group (n=14)	
	Range	Mean (S.D.)	Range	Mean (S.D.)
Before the program				
- Physical health domain	20-28	24.30 (2.25)	17-29	24.86 (3.25)
- Psychological domain	17-23	19.62 (2.18)	14-24	19.64 (2.47)
- Social relationships domain	3-8	5.46 (1.61)	4-11	6.07 (1.90)
- Environment domain	24-32	27.76 (2.24)	23-42	28.64 (4.81)
- Overall and general health	72-89	81.08 (5.42)	62-104	83.00 (9.71)
After the program				
- Physical health domain	23-32	29.00 (2.83)	13-28	23.00 (3.84)
- Psychological domain	19-27	23.38 (2.66)	12-25	19.64 (3.41)
- Social relationships domain	3-12	7.84 (2.34)	3-12	6.07 (2.62)
- Environment domain	25-37	31.77 (3.59)	19-34	26.00 (3.86)
- Overall and general health	73-112	96.23 (10.69)	52-104	78.00 (12.39)

**Table 3** Comparison of quality of life score between groups at the time of pre-and post-intervention.

Quality of life	Mean (S.D.)		Statistics	p-value
	CG (n=14)	EG (n=13)		
Pre-intervention				
Physical health domain	24.85 (3.25)	24.30 (2.25)	0.506 <sup>1</sup>	0.617
Psychological well-being domain	19.64 (2.46)	19.61 (2.18)	0.031 <sup>1</sup>	0.976
Social relationships domain	6.07 (1.89)	5.46 (1.61)	0.749 <sup>2</sup>	0.454
Environment domain	28.64 (4.81)	27.74 (2.24)	0.596 <sup>1</sup>	0.556
Overall and general health	83.00 (9.71)	81.08 (5.42)	0.628 <sup>1</sup>	0.536
Post-intervention				
Physical health domain	23.00 (3.84)	29.00 (2.82)	-4.590 <sup>1</sup>	0.000*
Psychological well-being domain	19.64 (3.41)	23.38 (2.66)	-3.160 <sup>1</sup>	0.004*
Social relationships domain	6.07 (2.61)	7.84 (2.33)	-1.853 <sup>1</sup>	0.038*
Environment domain	26.00 (3.86)	31.76 (3.58)	-4.013 <sup>1</sup>	0.000*
Overall and general health	78.00 (12.39)	96.23 (10.69)	-4.078 <sup>1</sup>	0.000*

**Note:** CG=control group, EG=experimental group, <sup>1</sup> independent t test, <sup>2</sup> Mann-Whitney U test, \* significant at  $p \leq 0.05$

**Table 4** Comparisons of Quality of Life index with in group.

Quality of life	Mean (S.D.)		Statistics	p-value
	CG (n=14)	EG (n=13)		
Pre-intervention				
Physical health domain	24.85 (3.25)	23.00 (3.84)	2.27 <sup>1</sup>	0.041*
Psychological well-being domain	19.64 (2.46)	19.64 (3.41)	0.00 <sup>1</sup>	1.000
Social relationships domain*	6.07 (1.89)	6.07 (2.61)	0.319 <sup>2</sup>	0.749
Environment domain	28.64 (4.81)	26.00 (3.86)	3.733 <sup>1</sup>	0.003*
Overall and general health	83.00 (9.71)	78.00 (12.39)	2.679 <sup>1</sup>	0.019*
Experimental group				
Physical health domain	24.30 (3.84)	29.00 (2.82)	-12.282 <sup>1</sup>	0.000*
Psychological well-being domain	19.61 (2.18)	23.38 (2.66)	-8.037 <sup>1</sup>	0.000*
Social relationships domain	5.46 (1.61)	7.84 (2.33)	-4.167 <sup>1</sup>	0.000*
Environment domain	27.74 (2.24)	31.76 (3.58)	-3.832 <sup>1</sup>	0.000*
Overall and general health	81.08 (5.42)	96.23 (10.69)	-7.930 <sup>1</sup>	0.000*

**Note:** <sup>1</sup> Paired t test, <sup>2</sup> Wilcoxon-Matched Pair test. \* significant at  $p \leq 0.05$

## วิจารณ์ผล

หลังได้รับโปรแกรมไปแล้ว 2 เดือน กลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นในทุกด้านคือ มีคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิต และสุขภาพโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และมีค่ามากกว่ากลุ่มควบคุม (ตารางที่ 3) และมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (ตารางที่ 4) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ผลของโรคต่อความสามารถในการทำกิจกรรม และแนวทางการส่งเสริมและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเน้นให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวให้โอกาสผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจการเจ็บป่วย และสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความเป็นอิสระ มีพลังในการทำกิจกรรมต่างๆ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น รวมทั้งความรู้สึกรับรู้คุณค่าเพิ่มขึ้นเพิ่มขึ้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้คุณภาพชีวิตของตนเองดีขึ้น ทั้งนี้ ความรู้ที่จัดให้นั้นเป็นสิ่งที่ญาติต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาของขวัญฤทัย รัตนพรหม และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่า ผู้ป่วยและญาติต้องการความรู้เรื่องโรคจิตเวช สาเหตุ อาการของโรค และวิธีการดูแล การมีความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้นมีส่วนช่วยปรับเปลี่ยนทัศนคติที่ดีของผู้ดูแลและครอบครัวต่อผู้ป่วย เกิดการยอมรับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการรับรู้ตนเองดีขึ้น มีกำลังใจและรู้สึกได้รับการสนับสนุน การยอมรับ จึงมีอคติต่อ

ตนเองลดลง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ช่วยปรับทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยจิตเวช ลดอคติทางสังคมที่มีต่อผู้ป่วยได้<sup>21,24,26,28-33</sup> โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษานี้เป็นการให้การแทรกแซง โดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่เป็นญาติหรือบุคคลในครอบครัวที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลแวดล้อมที่สำคัญที่ส่งผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การที่ครอบครัวให้การยอมรับ ให้โอกาส และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยลดการตำหนิตนเอง และไม่รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ดังนั้น การที่ครอบครัว เข้าใจและให้การยอมรับ จึงเป็นปัจจัยทางสังคมที่สำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถ การได้รับการยอมรับมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ<sup>22</sup> ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชของประเทศจีนรู้สึกว่าการที่ครอบครัวไม่ยอมรับหรือมีอคติ ทำให้รู้สึกไร้ค่า การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญในการลดความรู้สึกถึงการมีอคติของสังคมได้ ซึ่งต่างจากกลุ่มควบคุมที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมมีคะแนนลดลงเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่มีงานทำ อีกทั้งการไม่ได้รับการสนับสนุนใดๆ ย่อมทำให้รับรู้ถึงการไม่มีความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ทำให้รับรู้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับที่ Eklund<sup>18</sup> พบว่า การได้รับการยอมรับ และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมตามบทบาท มีส่วนช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น

## สรุปผลการศึกษา

การศึกษาผลของโปรแกรมให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ที่บ้าน จำนวน 27 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 13 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 14 คน ประเมินผลด้วยแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และมีระดับคุณภาพชีวิตมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวมลดลง และมีค่าน้อยลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในช่วงสั้นเพียง 2 เดือน จึงไม่สามารถบอกถึงผลต่อเนื่องระยะยาว อีกทั้งยังเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กที่มีผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวที่ใกล้ชิด และไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา จึงควรมีการศึกษาผลระยะยาว และผลต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีลักษณะต่างไป

## กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนจากงบประมาณเงินรายได้ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

1. Lortrakul M. Psychiatric classification and diagnosis. In: Lortrakul M, Sukanich P, editors. *Psychiatry*, Ramathibodi. 8<sup>th</sup> ed. Bangkok: Savichankarnpim, Ltd.; 2003. p. 65-72. (in Thai)
2. Bonder BR. *Psychopathology and Function*. 4<sup>th</sup> ed. Thorofare, NJ.: SLACK Incorporated; 2010.
3. World Health Organization. *World Health Report - Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva; Switzerland: World Health Organization, 2001.
4. Rattanaphom K, Pongsaksri M, Sirisatayawong P, Pinmuangthong N. Research Report: Development of a Rehabilitation Program for Psychiatric Patients in the Community According to the Occupational Therapy Perspective - Need Assessment of Community-Based Rehabilitation. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital, Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2004. (in Thai)
5. Mahadnirunkul S, Tantipiwattanasakul W, Pumprisan W, Wongsuwan K, Ponmanajirungkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-Bref (26-item). *Journal of mental Health of Thailand* 1998; 5(3): 4-15. (in Thai)
6. World Health Organization. *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1997.
7. Basu D. Quality-Of-Life Issues in Mental Health Care: Past, Present, and Future. *Psychiatry* 2004; 7(3): 35-43.
8. Chan S, Yu IW. Quality of life of clients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2002; 45: 72-83.
9. Boyer G, Hachey R, Mercier C. Perceptions of Occupational Performance and Subjective Quality of Life in Persons with Severe Mental Illness. *Occup Ther Ment Health* 2008; 15(2): 1-15.
10. Feely TH, Servoss TJ, Fox CH. The Effects of An Outpatient Wellness Program on Subjective Quality of Life in People with Psychiatric Disabilities. *Psychiatr Rehabil J* 2004; 27: 275-8.
11. Makara-Studzinska M, Wolyniak M, Partyka I. The quality of life in patients with schizophrenia in community mental health service - selected factors. *JPCCR* 2011; 5(1): 31-4.
12. Pongsaghuansin P, Wirakaratana C, Prateepajitti C. Quality of life of psychiatric patients, caregivers and health care providers: A study at Srithanya Hospital. *Journal of Mental Health of Thailand* 1998; 5(3): 16-24. (in Thai).
13. Somchai P, Kanachai V, Sminoy S. Effects of wellness program on quality of life of schizophrenic patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2012; 30(3): 113-21. (in Thai)
14. Supish A. Quality of life and social support of persons with schizophrenia [Master of Nursing Science]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003. (in Thai)
15. Akvardar Y, Akdede BB, Ozerdem A, Eser E, Topkaya S, Alptekin K. Assessment of quality of life with the WHOQOL-BREF in a group of Turkish psychiatric patients compared with diabetic and healthy subjects. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60: 693-9.
16. Evans S, Banerjee S, Leese M, Huxley P. The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Qual Life Res* 2007; 16: 17-29.
17. Hodgson ZG, Pattison C, Bostock L, Murphy T, Stewart ME. The Influence of Socio-Demographic and Illness Variables on Quality of Life in Acute Psychiatric Inpatients. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14: 269-77.
18. Eklund M. Psychiatric patients' Occupational Roles Change Over Time and Associations with Self-Related Quality of Life. *Scand J Occup Ther* 2001; 8: 125-30.

19. Kabanov MM. Stigma, Compliance, and Quality of Life in Psychiatric practice (in Connection with the Objectives of Rehabilitation. *Int J Ment Health* 2004; 33(3): 4-5.
20. Schulze B, Angermeyer MC. People with schizophrenia believe that they are stigmatized at work and in the community. *Evid Base Ment Health* 2003; 6: 96.
21. Chinchai P, Bunyamark T, Sirisatayawong P. Effects of caregiver education in stroke rehabilitation on the quality of life of stroke survivors. *WFOT Bulletin* 2010; 61: 56-63.
22. Sitanon N, Chawengchao B. Caregiver's knowledge and understanding in preventing hemiplegic complications. *The Journal of Occupational Therapist Association of Thailand* 2004; 9(1): 1-10.
23. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong. *Br J Psychiatr* 2005; 186: 153-7.
24. McFarlane W, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 23: 223-45.
25. Moxon AM, Ronan KR. Providing information to relatives and pt about EE and schizophrenia in community RCT. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2008. 47-58.
26. Seo M, Kim HL. Effectiveness of an education program to reduce negative attitudes toward persons with mental illness using online media. *Asian Nurs Res* 2010; 4: 90-101.
27. Stuart H, Arboleda-Florez J. Community attitudes toward people with schizophrenia. *Can J Psychiatr* 2001; 46: 245-52.
28. Tanaka G, Ogawa T, Inadomi H, Kikuchi Y, Ohta Y. Effects of an educational program on public attitudes towards mental illness. *Psychiatr Clin Neurosci* 2003; 57: 595-602.
29. Wood L, Birtel M, Alsawy S, Pyle M, Morrison A. Public perceptions of stigma towards people with schizophrenia, depression, and anxiety. *Psychiatr Res* 2014; 220: 604-8.
30. Dickerson FB, Sommerville J, Origoni AE, Ringel NB, Parente F. Experiences of stigma among outpatients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2002; 28: 143-55.
31. Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, et al. Experiences of stigma and discrimination of people with schizo in india. *Soc Sci Med* 2014; 123: 149-59.
32. Kumar D, Kumar P, Singh AR, Bhandari SS. Knowledge and attitude towards mental illness of key informants and general population: A Comparative study. *Dysphrenia* 2012; 3: 57-64.
33. Mino Y, Yasuda N, Tsuda T, Shimodera S. Effects of a one-hour educational program on medical students' attitudes to mental illness. *Psychiatr Clin Neurosci* 2001; 55: 501-7.