



## การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษา ในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา

นรวิทย์ พุ่มจันทร์, พ.บ.\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และคุณภาพชีวิตของญาติรวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติและระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทและญาติในช่วง 5 ปีย้อนหลัง ได้กลุ่มตัวอย่าง 72 ราย เป็นผู้ป่วย 36 ราย ญาติ 36 ราย สัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติอยู่ในระดับกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิตคือ การศึกษา อาชีพ คุณภาพชีวิตของญาติมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติ คือรายได้ของครอบครัว ดังนั้นควรมีการจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ญาติมีสัมพันธภาพที่ดีและมีทัศนคติที่ดีกับผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการฝึกอาชีพ มีการศึกษา และมีสัมพันธภาพที่ดีกับญาติ ควรมีหน่วยงานโรงพยาบาลกลางวันในโรงพยาบาลจิตเวชทุกแห่ง

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต อาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลกลางวัน

\* สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต



## **The study of schizophrenic patients' and their relatives' quality of life: a case - study of Day Hospital's patients, Somdetchaopraya Institute of Psychiatry.**

*Norrawee Phoomchan, M.D. \**

### **Abstract**

The researcher aims to study quality of life and psychiatric symptoms of schizophrenic patients at Day Hospital, quality of life of the relatives and the relations between patients' quality of life, relatives' quality of life, and patients' symptom levels. The method is cross-sectional 5-years' retrospective study of 72 selected cases from schizophrenic patients and their relatives; 36 patients and 36 relatives. Demographic and quality of life data are collected. Patients' psychiatric symptom levels are evaluated. The results show that patients' and their relatives' quality of life is in the intermediate level; factor affecting their quality of life is family relationship. Patients' symptom levels are below average; factors affecting symptom levels are education and occupation. The relatives' quality of life is related to patients' symptom levels. Factor affecting the relatives' quality of life is income. It is suggested that activities promoting good patient-relative relationship; good attitude towards the patients, and training courses for patients occupation and education be invented. There should be Day Hospital setting in psychiatric hospitals.

**Key words :** quality of life, psychiatric symptoms, schizophrenic patients, Day Hospital

*\* Somdetchaopraya Institute of Psychiatry, Department of Mental Health*

## บทนำ

การรักษาโรคจิตเภทประกอบด้วยการรักษาด้วยยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบ พร้อมทั้งการรักษาทางด้านจิตใจและสังคมเพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการดำเนินชีวิตการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเป็นวิธีการรักษาแบบหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันเริ่มต้นที่ประเทศรัสเซีย ในปีค.ศ. 1933 โดยDzhagarov เพื่อระบายความแออัดของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช<sup>1</sup> เนื่องจากมีปัญหาในด้านทุนทรัพย์ในโลกตะวันตกโรงพยาบาลกลางวันได้รับการก่อตั้งอย่างถูกต้องตามหลักการที่ประเทศแคนาดาในปีค.ศ. 1947 โดยCameron<sup>2</sup> โรงพยาบาลกลางวันเป็นโปรแกรมบำบัดรักษาเฉพาะช่วงเวลากลางวัน ไม่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืน มีรูปแบบการรักษาที่แน่นอนโดยบุคลากรสหวิชาชีพและมีการรักษาครอบคลุมไปถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีผลการรักษาไม่แตกต่างจากผู้ป่วยใน<sup>3</sup> และมีรายงานว่าผลการรักษาคิดว่าผู้ป่วยใน<sup>4</sup> พบว่าไม่มีข้อบ่งห้ามโดยเด็ดขาดสำหรับการรักษาผู้ป่วยแบบโรงพยาบาลกลางวัน<sup>5</sup> ในประเทศไทยการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันกำเนิดขึ้นเป็นแห่งแรกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาเมื่อปีพ.ศ. 2504<sup>6</sup> และได้รับการดัดแปลงวิธีการรักษาตามที่ทั่วโลกนิยมกัน โดยนายแพทย์ชูทิศย์ ปานปรีชา เมื่อปีพ.ศ. 2518 เป็นแบบอย่างของนิเวศบำบัด (milieu therapy) บุคลากรสหวิชาชีพทำงานร่วมกันเป็นทีมการรักษา ดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมในด้านชีวภาพ จิตใจและสังคมทำหน้าที่ปรับแก้ภาวะวิกฤตของผู้ป่วย<sup>7</sup> พื้นฟูบุคลิกภาพและการปรับตัวให้เข้ากับสังคมและเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติ<sup>8</sup> สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเปิดให้บริการผู้ป่วยโรงพยาบาลกลางวันเป็นแห่งแรกในประเทศไทยและปัจจุบัน มีเพียงแห่งเดียวในสถานพยาบาลสังกัด

กรมสุขภาพจิตที่ได้ให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลายาวนาน ดังนั้นจึงเป็นที่น่าศึกษาประเด็นคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันตลอดคุณภาพชีวิตของญาติ ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกับคุณภาพชีวิตของญาติและระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการโรงพยาบาลกลางวันซึ่งเป็นทางเลือกของการรักษาแบบหนึ่งซึ่งมีผู้ป่วยและญาติเป็นศูนย์กลาง

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง สัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทและญาติที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ในปี พ.ศ. 2543 ถึง 2547 ที่สามารถติดตามได้พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด สำหรับผู้ป่วยและญาติโดยที่แบบสอบถามผู้ป่วยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 หมวดคือ หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย หมวดที่ 2 สัมพันธภาพในครอบครัว โดยให้ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวแบบ visual analog scale จากสัมพันธภาพแย่มากที่สุด (0) ถึง สัมพันธภาพดีมากที่สุด (100) ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย จำแนกระดับคุณภาพชีวิตเป็น คุณภาพชีวิตที่ไม่ดีมีคะแนนระหว่าง 26 ถึง 60 คุณภาพชีวิตกลางๆ มีคะแนนระหว่าง 61 ถึง 95 คุณภาพชีวิตที่ดีมีคะแนนระหว่าง 96 ถึง 130 ส่วนที่ 3 แบบวัดอาการทางจิต ใช้เครื่องมือ<sup>10</sup> Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาแล้วจะมีคะแนนของ PANSS อยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยคือ 45 ถึง 55 คะแนน 10 คะแนนของ PANSS

ต่ำกว่า 45 ถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ย คะแนนของ PANSS สูงกว่า 55 ถือว่ามีอาการทางจิตรุนแรงมากกว่าเกณฑ์เฉลี่ย แบบสอบถามญาติประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปแบ่งเป็น 2 หมวด คือ หมวดที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติ หมวดที่ 2 เป็นสัมพันธภาพในครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การประเมินเช่นเดียวกันกับผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน t-test เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกับ เพศ การศึกษา เศรษฐฐานะ หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกับ เพศการศึกษา รายได้ของครอบครัว โดยวิธีสหสัมพันธ์ (Pearson product moment) และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกับสัมพันธภาพในครอบครัว ความสัมพันธ์

ระหว่างคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกับสัมพันธภาพในครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

## ผล

ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการบำบัดรักษาในช่วงเวลาดังกล่าวจำนวน 55 ราย และญาติของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดและดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 ราย เป็นผู้ป่วยจำนวน 36 ราย และญาติของผู้ป่วยจำนวน 36 ราย ผู้ป่วยที่ไม่สามารถติดตามได้มีจำนวน 19 รายเป็นเพศชาย 11 ราย เพศหญิง 8 ราย อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 26 ถึง 44 ปี

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 36 ราย อายุของผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย  $36.0 \pm 6.7$  ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตมีค่าเฉลี่ย  $14.1 \pm 5.7$  ปี จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไปรายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=36)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	21	58
หญิง	15	42
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	28	78
คู่	5	14
หม้าย, หย่า, แยก	3	8
<b>การศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า	20	56
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	16	44
<b>เศรษฐกิจฐานะ</b>		
มีรายได้	14	39
ไม่มีรายได้	22	61
<b>ผู้ดูแลหลัก</b>		
มารดา	11	31
บิดา	6	17
คู่สมรส	3	8
พี่น้อง	13	36
อื่นๆ	3	8
<b>ระยะเวลาการรักษาที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน</b>		
0-6 เดือน	8	22
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	13	36
มากกว่า 1 ปี - 2 ปี	6	17
มากกว่า 2 ปีขึ้นไป	9	25
<b>สถานภาพการรักษาที่กลุ่มงานโรงพยาบาลกลางวัน</b>		
ปัจจุบันยังรับการรักษา	12	33
ปัจจุบันไม่ได้รับการรักษา	24	67

สัมพันธภาพในครอบครัวมีค่าเฉลี่ย  $59.3 \pm 19.6$

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 58 ถึง 108 คะแนน มีค่าเฉลี่ย  $84.3 \pm 12$  ระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ คือ คุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 80.6 พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) = .58 ค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร ( $r^2$ ) = .34 แสดงว่า

สัมพันธภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันร้อยละ 34.1

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรุนแรงน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของผู้ที่เป็นโรคนี้ คิดเป็นร้อยละ 39 ของจำนวนผู้ป่วย อาการทางจิตของผู้ป่วยพบว่าแตกต่างกันในแต่ละระดับการศึกษาและแต่ละกลุ่มเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมปลายและผู้ป่วยที่มีรายได้ มีอาการทางจิตรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกับข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	คุณภาพชีวิต			อาการทางจิต		
	$\bar{X}$	S.D.	t.	$\bar{X}$	S.D.	t.
<b>การศึกษา</b>						
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า	82.2	10.2	-1.2	56.1	15.1	2.8
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	87.0	13.7		44.1	8.5	
<b>เศรษฐกิจ</b>						
มีรายได้	82.1	14.4	0.8	55.2	15.2	3.0
ไม่มีรายได้	85.7	10.2		43.8	7.3	

$P < 0.05$

ลักษณะทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 36 ราย อายุของญาติมีค่าเฉลี่ย  $53.8 \pm 11.7$  ปี

จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=36)

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	8	22
หญิง	28	78
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	10	28
คู่	20	56
หม้าย หย่า แยก	6	17
<b>การศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า	15	42
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	21	58
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
เพียงพอและเหลือเก็บ	32	89
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	4	11
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		
มารดา	11	31
บิดา	6	17
คู่สมรส	3	8
พี่น้อง	13	36
อื่นๆ	3	8
<b>ภาระที่ต้องรับผิดชอบผู้ป่วย</b>		
การดูแล	8	22
การเงินและการดูแล	28	78

สัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีค่าเฉลี่ย  $65.5 \pm 19$

คุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทอยู่ระหว่าง 55 ถึง 110 คะแนน มีค่าเฉลี่ย  $85.3 \pm 12.5$  ระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่ คือ คุณภาพชีวิตกลางๆ ร้อยละ 75 พบว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) = .43 ค่าสัมประสิทธิ์ความแปรปรวน ( $r^2$ ) = .18 แสดงว่าสัมพันธ์ภาพในครอบครัวกับคุณภาพชีวิตแปรผันร่วมกันร้อยละ 18 คุณภาพชีวิตของญาติมีความแตกต่างกันในแต่ละระดับรายได้ อย่างมีนัยสำคัญ โดยญาติที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตดีกว่าญาติที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทกับข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ป่วยจิตเภท	คุณภาพชีวิต		
	$\bar{X}$	S.D.	t.
รายได้ของครอบครัว			
เพียงพอและเหลือเก็บ	87.0	11.6	
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	71.0	11.8	

P &lt; 0.05

ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ในทิศทางข้ามกับคุณภาพชีวิตของญาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ( $r$ ) = -.40 ค่าสัมประสิทธิ์ความผันแปร ( $r^2$ ) = .16 แสดงว่า อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตของญาติแปรผันร่วมกัน ร้อยละ 16

## วิจารณ์

สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและคุณภาพชีวิตของญาติ สามารถอธิบายได้ด้วยเรื่องของ การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ (high expressed emotion) ซึ่งเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดีในครอบครัว ประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ตำหนิผู้ป่วย ความไม่เป็นมิตร ความเกี่ยวพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป<sup>11</sup> การแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติเกี่ยวข้องกับความรู้สึกว่าเป็นภาระของครอบครัว<sup>12</sup> ผู้ป่วยจะรู้สึกทุกข์ร้อน<sup>13</sup> มีการกำเริบของโรคและป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันปกติ<sup>14</sup> ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันมากผิดปกติ การได้รับยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องก็ไม่สามารถลดอัตราการป่วยซ้ำได้<sup>15</sup> เมื่อเกิดการป่วยซ้ำทำให้ญาติมีทัศนคติไม่ดีและมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับผู้ป่วย จากการสัมภาษณ์พบว่า ครอบครัวที่มีสัมพันธภาพดี 1 ใน 3 ของ

ญาติจะรู้สึกเห็นใจ สงสาร เข้าใจและยอมรับผู้ป่วย 1 ใน 3 ของผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ญาติรับฟัง ยอมรับ ไม่ใช้อารมณ์รุนแรงกับตนเอง สามารถระบายเรื่องที่ไม่สบายใจให้ญาติฟังได้ เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวควรมีแนวทางดังนี้ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และการรักษากับครอบครัว ฝึกทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาในครอบครัว<sup>16</sup> โดยสื่อสารกันอย่างตรงไปตรงมา มุ่งเน้นแก้ปัญหาในปัจจุบัน มีความจริงใจและเข้าใจกันในครอบครัว จัดกลุ่มญาติเพื่อให้ได้เรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาจากกันและกัน โดยบุคลากรช่วยระดับประคองเนื่องจากญาติมีปัญหาและประสบการณ์คล้ายกัน เข้าใจกันได้ดี มีความรู้สึกเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สามารถยอมรับการปลอบใจและการติชมจากญาติด้วยตนเองได้ดี ผลจากการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางจิตเวช<sup>18</sup>

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไม่พบว่ามี ความแตกต่างในแต่ละระดับของข้อมูลทั่วไป เนื่องจากการวัดประเมินคุณภาพชีวิตเป็นการประเมินในเชิงความรู้สึกของผู้ถูกประเมิน ผู้ป่วยจิตเภทอาจจะรู้สึกว่าพึงพอใจกับสภาพความเป็นอยู่ในขณะนี้ว่ามีความเป็นอยู่ที่ดี มีความผาสุกสามารถปรับตัวได้หลังจากได้รับการบำบัดรักษามาแล้วอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีความคาดหวังที่เป็นจริง พึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเล็กอาจจะทำให้ไม่พบความแตกต่างของฐานะ การศึกษาและรายได้

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวันมีความรุนแรงน้อยกว่าเกณฑ์เฉลี่ยอาจเป็นเพราะอาการทางจิตทุเลาลงในขณะที่มารับการรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และได้รับการรักษาด้วยกิจกรรมกลุ่มและที่ปรึกษาส่วนตัว ซึ่งสอดคล้องกับรายงานที่พบว่ากิจกรรมกลุ่มทำให้ผู้ป่วยเลิกหมกมุ่นกับปัญหาของตนเองและความเจ็บป่วย<sup>19</sup> ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดแบบประคับประคองจากที่ปรึกษาส่วนตัวทำให้อาการทางจิตดีขึ้น<sup>20,21</sup> การรักษาด้วยจิตบำบัดกลุ่มแบบประคับประคองร่วมกับการรักษาด้วยยาช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคสามารถจัดการกับอาการทางจิตและยอมรับว่าต้องกินยาสม่ำเสมอ กิจกรรมกลุ่มควรมุ่งแก้ไขเรื่องอาการเจ็บป่วยโดยให้ผู้ป่วยรับรู้สภาพตามความเป็นจริง<sup>22</sup> มีการกระตุ้นผู้ป่วยในระดับปานกลาง มีการร่วมแสดงความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษา<sup>23</sup> ผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่ามัธยมปลายและผู้ป่วยที่มีรายได้ มีอาการทางจิตรุนแรงน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีการศึกษาในระดับนี้มีเชาวน์ปัญญาดีจึงสามารถหยั่งรู้ตนเองในระดับ intellectual insight ผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการศึกษาทำให้เกิดการพัฒนาความรู้และเจตคติในการปรับตัวเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของอาการทางจิตน้อยทำให้ปรับตัวได้ดีจึงมีความสามารถในการเผชิญปัญหา มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นดีและมีการพัฒนาในการประกอบอาชีพ ทำให้ผู้ป่วยมีรายได้

ญาติของผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอและเหลือเก็บมีคุณภาพชีวิตดีกว่าญาติที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ เนื่องจากญาติที่มีรายได้เพียงพอและเหลือเก็บไม่มีความเดือดร้อนด้านการเงินทำให้สามารถสนับสนุนค่ารักษาและค่าใช้จ่ายให้กับผู้ป่วย และยังสามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่กระทบกระเทือนกับรายได้

ความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงข้ามกับคุณภาพชีวิตของญาติ เนื่องจากญาติมีความรู้สึกลำบากใจและเดือดร้อนกับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับว่าป่วย ไม่ยอมกินยา ไม่ร่วมมือในการรักษา<sup>24</sup> ช่วงที่ผู้ป่วยอาการไม่ดีญาติต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้นจากการต้องเสียเวลาในการทำงานหรือหยุดงานมาดูแลผู้ป่วย พาผู้ป่วยมาปรึกษาบ่อยครั้งขึ้น เสียเงินในการรักษามากขึ้นและยังเสียเวลาส่วนตัวสำหรับงานอดิเรกหรือการทำกิจกรรมทางสังคม สมาชิกในครอบครัวรู้สึกยุ่งยากลำบากและมีภาระอันหนักหน่วง การดูแลรักษาและป้องกันการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทมีผลทำให้ญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและยังทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมทั้งร่วมมือในการกินยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการกินยาอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการให้คำแนะนำช่วยเหลือและบำบัดรักษาครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ ลดการป่วยซ้ำ<sup>27</sup> ส่งผลให้ลดภาระของญาติและครอบครัว มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของญาติดีขึ้น บุรณาการของการรักษาด้วยยาและการดูแลรักษาด้านจิตใจและสังคมนำไปสู่การลดการป่วยซ้ำ ลดการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลพัฒนาการปรับตัวทางสังคม<sup>28,29</sup> รวมทั้งเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ

## สรุป

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับกลาง โดยปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าอาการทางจิตของผู้ป่วยมีความรุนแรงต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ปัจจัยที่มีผลต่ออาการทางจิต คือ การศึกษา อาชีพ คุณภาพชีวิตของญาติผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับอาการทาง

จิตของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของญาติ คือ รายได้ของครอบครัว ดังนั้นการบริการการบำบัดรักษาแบบโรงพยาบาลกลางวัน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจึงมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยและญาติจึงควรพัฒนาเพื่อเป็นสถานที่ฝึกอบรม หรือศึกษาความรู้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพจิตและโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ

ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้คือ กลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นผู้ที่ให้ความร่วมมือ สามารถติดตามได้ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และมีการประเมินผลการรักษา เช่น ระยะเวลาที่สามารถใช้ชีวิตในชุมชนครอบครัวได้ โดยไม่ต้องป่วยซ้ำ ต้นทุนการรักษาในส่วนของผู้ป่วยและญาติ เป็นต้น

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์ คุณวิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรากกร ที่ให้ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย คุณมาลี แจ่มพงษ์ และ คุณกิ่งดาว ศรีวรรณันท์ ที่ให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. Luber RF. The Growth and scope of partial hospitalization. In: Luber RF, editor. Partial hospitalization a current perspective. New York: Plenum Press;1979. p.3-20.
2. Menninger WW. Role of the psychiatric hospital in the treatment of mental illness. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2000.p.3210-8.
3. Sledge WH, Tebes J, Rakfeldt J, Davidson L, Lyous L, Druss B. Day hospital/crisis respite care versus inpatient care, part I: clinical outcomes. Am J Psychiatry 1996;153:1065-73.
4. Mbaya P, Creed F, Tomenson B. The different uses of day hospitals. Acta Psychiatr Scand 1998;98: 283-7.

5. Kluiters H, Giel R, Nienhuis FJ, Ruphan M, Wiersma D. Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred to inpatient psychiatric treatment: result of a randomized trial. Am J Psychiatry 1992;149: 1199-1205.
6. ชูทิศย์ ปานปรีชา. โรงพยาบาลกลางวัน. ใน: สุพัฒน์นา เชาตติวงศ์ ณ อุทยานและคณะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร;2520.หน้า 872-84.
7. Thompson KS, Griffith EEH, Leaf PJ. A historical review of community care. Hosp Community Psychiatry 1990;41: 625-34.
8. Hoge MA, Davidson L, Hill WL, Turner VE, Ameli R. The promise of partial hospitalization: a reassessment. Hosp Community Psychiatry 1992;43:345-54.
9. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิวรรธน์ ตันติพิพัฒน์สกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, ราณี พรหมมานะจรัสกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุด 100 ตัวชี้วัดและ 26 ตัวชี้วัด. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541;5:4-15.
10. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987;13:261-76.
11. Vaughn CE, Synder KS, Jones S, Freeman WB, Fallon IRH. Family factors in schizophrenic relapse: Replication in California of the British research on expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 1984;41:1169-77.
12. Jackson HJ, Smith N, McGorry P. Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: An exploratory study. Acta Psychiatr Scand 1990;82:243-9.
13. Stracham AM. Family intervention for the rehabilitation of schizophrenia: toward protection and coping. Schizophr Bull 1986;12:678-95.
14. Koeingsberg HW, Handley R. Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. Am J Psychiatry 1986; 143:1361-73.
15. Leff JP, Vaughn CE. The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: a two-year follow-up. Br J Psychiatry 1981;139:102-4.
16. McFarlane WR, Dixon L, Lukens E, Lucksted A. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. J marital Fam Ther 2003;29:223-45.

17. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, Williamson M, Razzani J, Moss HB, et al. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:887-96.
18. Bellack AS, Mueser KT. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:317-36.
19. ชีระ ลีลำนันทกิจ ชูทิตย์ ปานปรีชา นิเวศบำบัด. ใน: เกษม ตันติผลาชีวะ และคณะ, บรรณาธิการ. ตำราจิตเวชศาสตร์สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร; มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 961-96.
20. Gunderson JG, Frank A, Katz HM, Vannicelli ML, Frosch JP, Knapp H. Effects of psychotherapy in schizophrenia: II. Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophr Bull* 1984;10:564-98.
21. Fenton WS. Evolving perspective on individual psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000;26:47-72.
22. Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995;21:621-30.
23. Liberman RP, Mueser KT. Schizophrenia: Psychosocial treatment. In: Kapiian HI, Sadock BJ, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 5<sup>th</sup> ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1989. p.792-806.
24. Runion J, Prudo R. Problems behaviours encountered by families living with a schizophrenic member. *Can J Psychiatry* 1983;28:382-6.
25. Test MA, Stein LI. Alternative to mental health hospital treatment. III. Social costs. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:409-12.
26. Lelfley HP. Family burden and family stigma in major mental illness. *Am Psychol* 1989;44:556-60.
27. Dixon LB, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv* 2001;52:965-7.
28. McFarlane WR, Dunne E, Lukens E, Newhart M, McLaughlin-Toran J, Deakins S, et al. From research to clinical practice. Dissemination of New York State's family educational project. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:265-70.
29. Horvitz-Lennon M, Normand SLT, Gaccione P, Frank RG. Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: a systemic review of the published literature (1967-1997). *Am J Psychiatry* 2001;158:676-85