



# ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ Depression and Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia at Thammasat University Hospital

วิลาสินี พิศณุ\*, ธรรมนาถ เจริญบุญ\*

Wilasinee Phitsanu\*, Thammanard Charernboon\*

\* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

\* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งกำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 70 ราย โดยใช้เครื่องมือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภท แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 ฉบับภาษาไทย และแบบวัดภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย

**ผลการศึกษา** ผู้ดูแล 70 รายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี และเป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 28.6) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 6.7 ปี ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.9 และมีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 23.0 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระด้วย logistic regression พบว่า การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย (adjusted OR 4.8,  $p = 0.032$ ) และการสูบบุหรี่เป็นประจำของผู้ป่วย (adjusted OR 5.0,  $p = 0.039$ ) อย่างไรก็ตามไม่พบว่ามีปัจจัยใดสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**สรุป** ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระพบได้ค่อนข้างบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินภาวะเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแพทย์จะสามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระหรือตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ

**คำสำคัญ** ผู้ดูแล โรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นภาระ

Corresponding author: วิลาสินี พิศณุ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2562; 64(4): 317-336

## ABSTRACT

**Objective :** To determine the prevalence and associated factors of depression and caregiver burden among caregivers of schizophrenia patients at Thammasat University Hospital.

**Method :** A cross-sectional descriptive study was conducted in 70 primary caregivers of patients with schizophrenia who had attended the outpatient clinic at the Department of Psychiatry, Thammasat University Hospital. Participants were assessed by demographic questionnaires, the Thai version of Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the Thai version of Zarit Burden Interview(ZBI).

**Result :** Among the 70 caregivers of schizophrenia patients, most of the participants were female (61.4%), and mostly the mothers of the patients (28.6%) whose mean age of 52.9 years. The mean duration of care was 6.7 years and the mean age of the patients was 41.3 years. The prevalence of depression and caregiver burden among this group of caregivers were 12.9% and 23.0%, respectively. Logistic regression analyses indicated that the statistically significant risk factors associated with caregiver burden are: bad experiences in patient-caring (adjusted OR 4.8,  $p = 0.032$ ), and regular cigarette smoking in patients (adjusted OR 5.0,  $p = 0.039$ ). However, none of these factors is significantly associated with depression in caregivers.

**Conclusion :** Depression and burden are found quite often in caregivers of patients with schizophrenia. Assessment of these conditions is important for doctors to reduce feelings of burden or detect depression from the onset of symptoms.

**Keywords :** caregiver, schizophrenia, depression, burden

---

Corresponding author: Wilasinee Phitsanu

J Psychiatr Assoc Thailand 2019; 64(4): 317-336

## บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคที่มีอัตราการเสียชีวิตที่ค่อนข้างสูง โดยสามารถอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพในเชิงลบเป็นระยะเวลานาน การเกิดความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมและโรคหัวใจ ซึ่งสัมพันธ์กับตัวโรคและการรักษา รวมถึงการที่ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย อาจส่งผลในทางลบต่อการดำเนินโรค โดยนอกจากทำให้โรคจิตเภทแย่ลงแล้วยังเป็นการเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตที่มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความสามารถทางสติปัญญาที่ลดลงและมีความบกพร่องทางด้านสังคมที่เพิ่มขึ้นนั้นถือเป็นการเพิ่มภาระของโรค โดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นหนึ่งในโรคที่เป็นภาระ (burden) สูงที่สุดทั่วโลก<sup>2</sup> นอกเหนือจากภาระโดยตรงต่อผู้ป่วยแล้ว พบว่าภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยก็มีมากเช่นกัน การที่มีบุคคลที่เป็นโรคจิตเภทในบ้าน อาจส่งผลกระทบต่อการทำงานและชีวิตทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 25.0 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทครบเกณฑ์การวินิจฉัยสำหรับโรคทางจิตเวช<sup>3</sup> และในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า (depression) อยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>4</sup>

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากขึ้น การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการเกิดกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.3<sup>5</sup> ในการศึกษาที่ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.0<sup>6</sup> การศึกษาความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรงคือ ร้อยละ 23.5, 41.8 และ 27.1 ตามลำดับ<sup>7</sup> สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 78.3<sup>8</sup> และมีรายงานพบว่าร้อยละ 19.5

ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ยังพบว่าร้อยละ 54.5 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระอยู่ในระดับสูง<sup>9</sup> นอกจากนี้บางการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับน้อย ปานกลางและมาก ร้อยละ 20.5, 22.7 และ 11.4 ตามลำดับ<sup>10</sup>

ผลการศึกษาทั้งในและต่างประเทศบ่งชี้ว่าภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสัมพันธ์กับหลายปัจจัยคืออายุ<sup>5, 6</sup> สุขภาพกาย<sup>9</sup> ระดับการศึกษา<sup>6</sup> การประกอบอาชีพ<sup>11</sup> ภาวะ<sup>9</sup> วิธีเผชิญปัญหาของผู้ดูแล<sup>9</sup> การมีปัญหความสัมพันธ์กับญาติ<sup>11</sup> การมีความรู้สึกว่าตนเองต้องการความช่วยเหลือในการจัดการความเครียด<sup>11</sup> จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละสัปดาห์<sup>5, 11</sup> ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> อาการทางจิตที่รุนแรงในผู้ป่วย<sup>6</sup> ความรู้สึกถูกตีตราด้วยโรคจิตเภท<sup>6</sup> และการถูกทำร้ายโดยผู้ป่วย<sup>11</sup>

ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่าเกี่ยวข้องกับเพศ<sup>12</sup> อายุ<sup>12-17</sup> ระดับการศึกษา<sup>13, 15, 17, 18</sup> การประกอบอาชีพ<sup>13</sup> การมีรายได้ที่ลดลงของผู้ดูแล<sup>1, 10, 15, 17, 19</sup> การเป็นมารดาหรือการเป็นสามีภรรยาของผู้ป่วย<sup>13, 16, 17, 20</sup> การมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี<sup>17</sup> การไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสังคมหรือสมาชิกในครอบครัว<sup>12, 14, 17, 18</sup> การไม่ได้รับบริการด้านสุขภาพจิตและการฟื้นฟูสมรรถภาพ<sup>1, 12, 17</sup> จำนวนชั่วโมงที่ใช้ในการดูแลในแต่ละสัปดาห์<sup>12, 14-17</sup> สุขภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว<sup>17</sup> การมีอุปสรรคในการทำกิจกรรมทางสังคม<sup>17</sup> การมีอุปสรรคในการทำงานบ้าน<sup>17</sup> การมีเวลาส่วนตัวลดลง<sup>1, 16</sup> การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล เช่น เคยถูกทำร้าย<sup>12, 17, 21, 22</sup> ความรู้สึกเป็นภาระทั้งทางกาย อารมณ์ และการเงิน<sup>1, 17, 21</sup> วิธีเผชิญปัญหา<sup>9, 23-25</sup> การรับรู้ว่าผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย<sup>1, 19</sup> การมีปัญหความสัมพันธ์กับญาติ<sup>12</sup> ความรู้สึกไม่ดีกับโรคทางจิตเวช<sup>21</sup>

ความรู้สึกถูกตีตราด้วยโรคจิตเภท<sup>1, 12, 17</sup> การขาดความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตใจและอาการของโรค<sup>21</sup> อายุ<sup>1, 12, 13, 17, 19, 24</sup> ระดับการศึกษา<sup>24</sup> การใช้สารเสพติดในผู้ป่วย<sup>10, 19</sup> ระยะเวลาป่วย<sup>12, 16</sup> การที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับผู้ดูแล<sup>12, 15</sup> อาการทางจิตที่รุนแรงและความพิการจากตัวโรค<sup>10, 12, 14, 15, 17, 22</sup>

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น เห็นได้ว่าการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระโดยมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องนี้ค่อนข้างน้อย ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและมีวัตถุประสงค์รองคือศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักเพื่อลดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระลง รวมถึงเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ดียิ่งขึ้นต่อไปในอนาคต

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม พ.ศ. 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 หรือ DSM-5 ซึ่งกำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่คลินิกสุขภาพจิต มีเกณฑ์คัดเข้าคือผู้ดูแลต้องอาศัยอยู่กับผู้ป่วยและทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 ปี มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ผู้ดูแลสามารถเป็นได้ทั้งญาติของผู้ป่วยหรือไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยก็ได้ มีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ดูแลที่

ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ผู้ดูแลที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ได้แก่ major depressive disorder, dysthymia, bipolar I disorder, bipolar II disorder หรือ schizophrenia ก่อนที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยไม่ได้

ขนาดตัวอย่าง (sample size) โดยที่มาของขนาดตัวอย่าง

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้า (depression) ในผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเท่ากับ 0.183 เมื่ออ้างอิงจากรวรรณกรรม<sup>5</sup>

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ใต้โค้งปกติมาตรฐานที่ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.10

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการ 58 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 20.0 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ ดังนั้นจึงต้องการผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 70 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenient sampling) โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำหน่วยบริการชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์งานวิจัยนี้แก่ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยให้ทราบหากสนใจเข้าร่วมงานวิจัยจะถูกขอให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ลงลายมือชื่อหลังจากนั้นจึงแจกเอกสารให้ผู้ดูแลหลักและผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะรอรับบริการระหว่างที่ทำแบบสอบถามหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (รหัสโครงการ MTU-EC-PS-0-058/61)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การทำงาน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย ภาวะ/หน้าที่กิจกรรม ที่ผู้ดูแลรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดยา การติดตามใบนัด การผลัดเวรดูแล การดูแลโรคอื่นๆ ทางกายของผู้ป่วย การดูแลความสะอาดอาหาร ประสิทธิภาพที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท และข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การทำงาน ระยะเวลาที่ป่วย จำนวนครั้งที่อาการกำเริบจนต้องมานอนรักษาที่โรงพยาบาล (acute psychotic episode) โรคประจำตัว การใช้สารเสพติด ความร่วมมือในการรักษา สิทธิการรักษา สิทธิการสงเคราะห์

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า** ใช้แบบประเมิน PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ฉบับภาษาไทย ประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อ โดยคะแนนของข้อคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลยได้ 0 คะแนน, มีบางวันไม่บ่อยได้ 1 คะแนน, มีค่อนข้างบ่อยได้ 2 คะแนน, มีเกือบทุกวันได้ 3 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมตั้งแต่ 0 ถึง 27 คะแนน แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยตอบด้วยตนเอง ใช้กันแพร่หลาย ซึ่งจากการศึกษาในผู้ป่วยไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล และคณะ ในปี พ.ศ. 2551 ผู้ที่มีคะแนนรวม ตั้งแต่ 9 คะแนน ขึ้นไปถือว่ามีภาวะซึมเศร้า โดยคะแนนรวม 9 ถึง 14 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าเล็กน้อย, 15 ถึง 19 คะแนน หมายถึงซึมเศร้าปานกลาง, 20 ถึง 27 คะแนน หมายถึงซึมเศร้ารุนแรง พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 84 ความจำเพาะ

(specificity) ร้อยละ 77 ค่าการทำนายเชิงบวก (positive predictive value) ร้อยละ 21 ค่าการทำนายเชิงลบ (negative predictive value) ร้อยละ 99 ค่า positive likelihood ratio = 3.71 และมี area under the curve (AUC) = 0.89 (95% CI 0.85 to 0.92)<sup>26</sup>

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ** ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ZBI (Zarit Burden Interview) ที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ซึ่งแบบวัดดังกล่าวได้พัฒนาจากการประเมินประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีความพิการต่างๆและผู้สูงอายุ ซึ่งมีผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของผู้ดูแล พัฒนาโดย Steven H. Zarit and Judy M. Zarit<sup>27</sup> ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 ถึง 4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อดังนี้ ไม่เคยเลยได้ 0 คะแนน, นานๆ ครั้งได้ 1 คะแนน, บางครั้งได้ 2 คะแนน, บ่อยครั้งได้ 3 คะแนน, ประจำได้ 4 คะแนน โดยคะแนนรวม 0 ถึง 20 คะแนน หมายถึงไม่เป็นภาระ, 21 ถึง 40 คะแนน หมายถึงเป็นภาระน้อยถึงปานกลาง, 41 ถึง 60 คะแนน หมายถึงเป็นภาระปานกลางถึงมาก, 61 ถึง 88 คะแนน หมายถึงเป็นภาระมาก แบบวัดภาระในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทยได้รับการแปลโดย ชนัญชิตา ดุขะฎี ทูลศิริ และคณะ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92<sup>28</sup>

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS version 16.0 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อรายงานความชุกของภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระเป็นความถี่ และร้อยละ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม และใช้สถิติ independent t-test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบต่อเนื่อง หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญ มาทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (logistic

regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนทั้งสิ้น 70 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.4) สถานภาพ สมรส (ร้อยละ 64.3) อายุเฉลี่ย 52.9 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 40.0) เป็นมารดาของผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 28.6) ทำงานเต็มเวลา (ร้อยละ 42.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 34,558.3 บาท ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 70.0) ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเฉลี่ย 12.9 ชั่วโมงต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 6.7 ปี สูบบุหรี่เป็นประจำ ร้อยละ 10.0 มีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 27.1 และมีความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภทระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.6) แสดงไว้ในตารางที่ 1

ผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.7) อายุเฉลี่ย 41.3 ปี การศึกษาระดับมัธยมหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 35.7) ไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 71.4) ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัยเฉลี่ย 8.7 ปี เคยนอนรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบเฉลี่ย 0.8 ครั้ง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการวินิจฉัยโรคทางกายร่วมด้วย (ร้อยละ 85.7) ไม่ได้ใช้สารเสพติดเป็นประจำ (ร้อยละ 77.1) สูบบุหรี่เป็นประจำ (ร้อยละ 18.6) แสดงไว้ในตารางที่ 2

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทั้งหมด 9 ราย (ร้อยละ 12.9) โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรงร้อยละ 8.6, 2.9 และ 1.4 ตามลำดับ (แผนภูมิ

ที่ 1) และผลการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจากแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกเป็นภาระ 16 ราย (ร้อยละ 23.0) โดยพบความรู้สึกเป็นภาระระดับน้อยและปานกลางเท่ากันคือร้อยละ 11.5 และไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วยคนใดรู้สึกเป็นภาระในระดับมาก (แผนภูมิที่ 2)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยวิธี univariable analysis พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ โรคไขมนในเลือดสูงในผู้ดูแล ( $p < 0.05$ ) การดื่มสุราเป็นประจำในผู้ป่วย ( $p < 0.05$ ) และการสูบบุหรี่เป็นประจำในผู้ป่วย ( $p < 0.01$ ) ในขณะที่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ( $p < 0.05$ ) การที่ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย ( $p < 0.05$ ) การดื่มสุราเป็นประจำในผู้ป่วย ( $p < 0.05$ ) และการสูบบุหรี่เป็นประจำในผู้ป่วย ( $p < 0.01$ ) (ตารางที่ 3 และ 4)

เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระโดยวิธี univariable analysis มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย (adjusted OR 4.8,  $p = 0.032$ ) และการสูบบุหรี่เป็นประจำในผู้ป่วย (adjusted OR 5.0,  $p = 0.039$ ) และไม่พบว่ามีปัจจัยใดสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 70 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
- ชาย	27 (38.6)
- หญิง	43 (61.4)
<b>อายุ (ปี; mean ± SD)</b>	52.87 ± 10.5, min = 20, max = 75
<b>สถานภาพสมรส</b>	
- โสด	15 (21.4)
- สมรส	45 (64.3)
- หย่าร้าง/หม้าย	10 (14.3)
<b>ระดับการศึกษา</b>	
- ประถม	14 (20.0)
- มัธยมหรือเทียบเท่า	22 (31.4)
- ปวส.	6 (8.6)
- ปริญญาตรีขึ้นไป	28 (40.0)
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>	
- บิดา	10 (14.3)
- มารดา	20 (28.6)
- บุตร	8 (11.4)
- พี่น้อง	15 (21.4)
- สามี/ภรรยา	16 (22.9)
-ญาติอื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย	1 (1.4)
<b>การทำงาน</b>	
- ทำงานเต็มเวลา	30 (42.9)
- ทำงานไม่เต็มเวลา	19 (27.1)
- ไม่ได้ทำงาน	21 (30.0)
<b>รายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัว (บาทต่อเดือน; mean ± SD)</b>	34558.29 ± 26577.99, min = 3900, max = 140000
<b>สุขภาพโดยรวม</b>	
- ดี	42 (60.0)
- ปานกลาง	28 (40.0)
- ไม่ดี	0 (0.0)
<b>โรคประจำตัว</b>	
- ไม่มี	49 (70.0)
- มี	21 (30.0)
<b>โรคทางกายที่พบ</b>	
- โรคเบาหวาน	7 (10.0)
- โรคความดันโลหิตสูง	14 (20.0)
- โรคไขมันในเลือดสูง	7 (10.0)
- อื่น ๆ	7 (10.0)
<b>ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย (ชั่วโมงต่อวัน; mean ± SD)</b>	12.87 ± 8.43, min = 1, max = 24
<b>ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย (ปี; mean ± SD)</b>	6.67 ± 7.47, min = 1, max = 40



ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 70 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>ภาระหน้าที่/กิจกรรม ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย</b>	
- การจัดยา	37 (52.9)
- การติดตามใบนัด	62 (88.6)
- การผลัดเวรดูแล	16 (22.9)
- การดูแลโรคอื่นๆ ทางกายของผู้ป่วย	23 (32.9)
- การดูแลความสะอาด	24 (34.3)
- การดูแลเรื่องอาหาร	37 (52.9)
- อื่น ๆ	9 (12.9)
<b>ใช้สารเสพติดเป็นประจำ</b>	
- สุรา	1 (1.4)
- บุหรี่	7 (10.0)
<b>เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย</b>	
- ไม่เคย	51 (72.9)
- เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคาย	17 (24.2)
- เคยถูกทำร้ายร่างกาย	2 (2.9)
<b>ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท</b>	
- น้อย	16 (22.9)
- ปานกลาง	48 (68.6)
- มาก	6 (8.5)

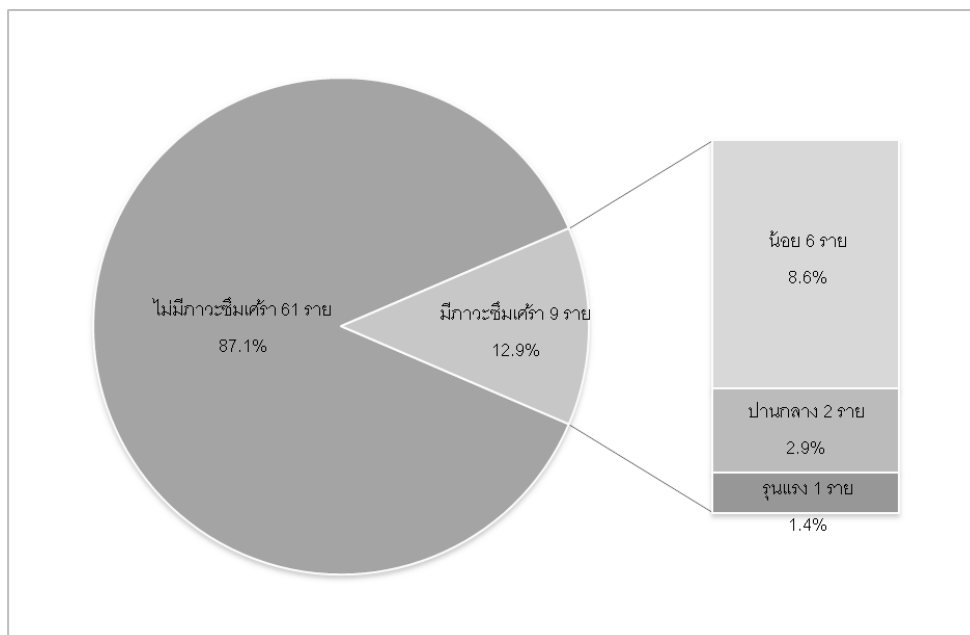
ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (n = 70 ราย)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>	
- ชาย	31 (44.3)
- หญิง	39 (55.7)
<b>อายุ (ปี; mean <math>\pm</math> SD)</b>	41.32 $\pm$ 15.90, min = 18, max = 69
<b>ระดับการศึกษา</b>	
- ประถม	18 (25.7)
- มัธยมหรือเทียบเท่า	25 (35.7)
- ปวส.	7 (10.0)
- ปริญญาตรีขึ้นไป	20 (28.6)
<b>การทำงาน</b>	
- ทำงานเต็มเวลา	15 (21.5)
- ทำงานไม่เต็มเวลา	5 (7.1)
- ไม่ได้ทำงาน	50 (71.4)
<b>ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย (ปี; mean <math>\pm</math> SD)</b>	8.73 $\pm$ 9.56, min = 1, max = 40.67
<b>จำนวนครั้งที่มีการทางจิตกำเริบจนต้องมานอนรักษาที่รพ. (ครั้ง; mean <math>\pm</math> SD)</b>	0.79 $\pm$ 1.20, min = 0, max = 7
<b>มีโรคทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน</b>	
- ไม่มี	60 (85.7)
- มี	10 (14.3)

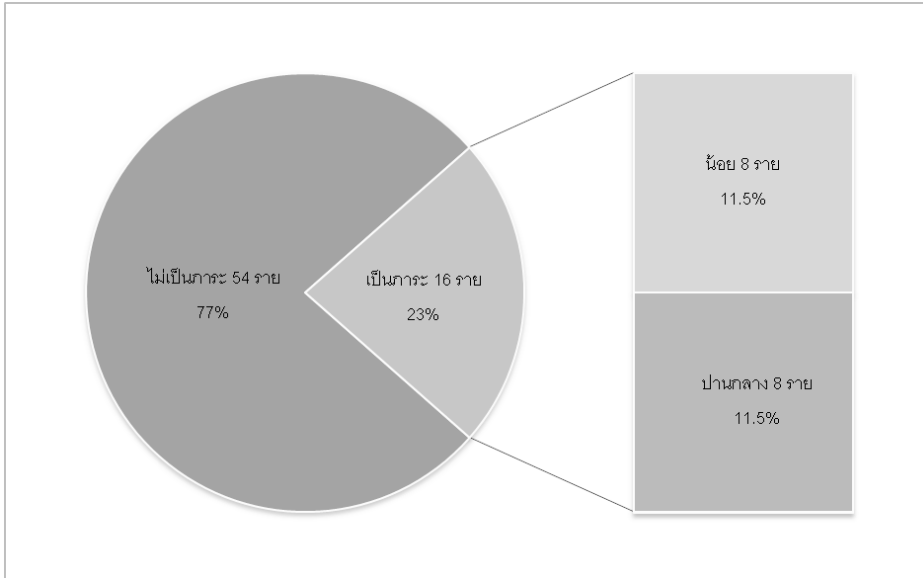


ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (n = 70 ราย) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
<b>โรคทางกายที่พบ</b>	
- โรคเบาหวาน	2 (2.9)
- โรคความดันโลหิตสูง	6 (8.6)
- โรคไขมันในเลือดสูง	3 (4.3)
- อื่น ๆ	4 (5.7)
<b>สิทธิการรักษา</b>	
- บัตรทอง/ประกันสังคม/บัตรทองผู้พิการ	41 (58.6)
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	8 (11.4)
- ค่าระงเงินเอง/อื่นๆ	21 (30.0)
<b>ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานเอกชนหรือรัฐบาล เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน</b>	
- ไม่ใช่	50 (71.4)
- ใช่	20 (28.6)
<b>ความร่วมมือในการรักษาดี เช่น ยอมกินยา มาตามนัดสม่ำเสมอ</b>	
- ไม่ใช่	3 (4.3)
- ใช่	67 (95.7)
<b>ใช้สารเสพติดเป็นประจำ</b>	
- สุรา	6 (8.6)
- บุหรี่	13 (18.6)



แผนภูมิที่ 1 แสดงภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลจากแบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)



แผนภูมิที่ 2 แสดงความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจากแบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 61) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n = 9) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>			
<b>เพศ</b>			1.000
- ชาย	24 (39.3)	3 (33.3)	
- หญิง	37 (60.7)	6 (66.7)	
<b>อายุ (ปี; mean ± SD)</b>	52.70 ± 10.42	54.00 ± 12.00	0.734
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.613
- โสด	14 (23.0)	1 (11.1)	
- สมรส	39 (63.9)	6 (66.7)	
- หย่าร้าง/หม้าย	8 (13.1)	2 (22.2)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.083
- ประถม	10 (16.4)	4 (44.4)	
- มัธยมหรือเทียบเท่า	18 (29.5)	4 (44.4)	
- ปวส.	6 (9.8)	0 (0.0)	
-ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	27 (44.3)	1 (11.2)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			0.220
- บิดา	9 (14.7)	1 (11.2)	
- มารดา	18 (29.5)	2 (22.2)	
- บุตร	7 (11.5)	1 (11.1)	
- พี่น้อง	13 (21.3)	2 (22.2)	
- สามี/ภรรยา	14 (23.0)	2 (22.2)	
- ญาติอื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย	0 (0.0)	1 (11.1)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n =61) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n = 9) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>การทำงาน</b>			0.389
- ทำงานเต็มเวลา	28 (45.9)	2 (22.2)	
- ทำงานไม่เต็มเวลา	16 (26.2)	3 (33.3)	
- ไม่ได้ทำงาน	17 (27.9)	4 (44.5)	
<b>รายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัว</b> (บาทต่อเดือน; mean ± SD)	36295.08 ± 27717.36	22786.67 ± 12321.83	0.156
<b>สุขภาพโดยรวม</b>			0.468
- ดี	38 (62.3)	4 (44.4)	
- ปานกลาง	23 (37.7)	5 (55.6)	
- ไม่ดี	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>มีโรคทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน</b>			0.437
- ไม่มี	44 (72.1)	5 (55.6)	
- มี	17 (27.9)	4 (44.9)	
<b>โรคทางกายที่พบ</b>			
- โรคเบาหวาน	5 (8.2)	2 (22.2)	0.219
- โรคความดันโลหิตสูง	11 (18.0)	3 (33.3)	0.370
- โรคไขมันในเลือดสูง	4 (6.6)	3 (33.3)	0.041*
- อื่นๆ	5 (8.2)	2 (22.2)	0.219
<b>ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย</b> (ชั่วโมงต่อวัน; mean ± SD)	13.33 ± 8.05	9.78 ± 10.69	0.241
<b>ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย</b> (ปี; mean ± SD)	6.42 ± 6.88	8.33 ± 11.07	0.626
<b>ภาระ/หน้าที่/กิจกรรม ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย</b>			
- การจัดยา	31 (50.8)	6 (66.7)	0.485
- การติดตามใบนัด	54 (88.5)	8 (88.9)	1.000
- การผลักดันเวรดูแล	14 (23.0)	2 (22.2)	1.000
- การดูแลโรคอื่นๆ ทางกายของผู้ป่วย	19 (31.1)	4 (44.4)	0.463
- การดูแลความสะดวก	21 (34.4)	3 (33.3)	1.000
- การดูแลเรื่องอาหาร	33 (54.1)	4 (44.4)	0.726
- อื่นๆ	9 (14.8)	0 (0.0)	0.592
<b>ใช้สารเสพติดเป็นประจำ</b>			
- สุรา	1 (1.6)	0 (0.0)	1.000
- บุหรี่	6 (9.8)	1 (11.1)	1.000
<b>เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย</b>			1.000
- ไม่เคย	44 (72.1)	7 (77.8)	
- เคย	17 (27.9)	2 (22.2)	
<b>ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท</b>			0.345
- น้อย	15 (24.6)	1 (11.1)	
- ปานกลาง	40 (65.6)	8 (88.9)	
- มาก	6 (9.8)	0 (0.0)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n =61) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาวะซึมเศร้า (n = 9) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>			
<b>เพศ</b>			0.171
- ชาย	25 (41.0)	6 (66.7)	
- หญิง	36 (59.0)	3 (33.3)	
<b>อายุ (ปี; mean ± SD)</b>	41.04 ± 15.40	43.22 ± 19.97	0.704
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.468
- ประถม	14 (23.0)	4 (44.5)	
- มัธยมหรือเทียบเท่า	22 (36.1)	3 (33.3)	
- ปวส.	6 (9.8)	1 (11.1)	
-ปริญญาตรี/สูงกว่าปริญญาตรี	19 (31.1)	1 (11.1)	
<b>การทำงาน</b>			0.062
- ทำงานเต็มเวลา	15 (24.6)	0 (0.0)	
- ทำงานไม่เต็มเวลา	3 (4.9)	2 (22.2)	
- ไม่ได้ทำงาน	43 (70.5)	7 (77.8)	
<b>ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย (ปี; mean ± SD)</b>	8.30 ± 8.70	11.69 ± 14.48	0.511
- จำนวนครั้งที่มีการทางจิตกำเริบจนต้องมานอนรักษาที่ รพ. (ครั้ง; mean ± SD)	0.64 ± 0.82	1.78 ± 2.49	0.209
<b>มีโรคทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน</b>			0.339
- ไม่มี	51 (83.6)	9 (100.0)	
- มี	10 (16.4)	0 (0.0)	
<b>โรคทางกายที่พบ</b>			
- โรคเบาหวาน	2 (3.3)	0 (0.0)	1.000
- โรคความดันโลหิตสูง	6 (9.8)	0 (0.0)	1.000
- โรคไขมันในเลือดสูง	3 (4.9)	0 (0.0)	1.000
- อื่น ๆ	4 (6.6)	0 (0.0)	1.000
<b>สิทธิการรักษา</b>			0.528
- บัตรทอง/ประกันสังคม/บัตรทองผู้พิการ	36 (59.0)	5 (55.6)	
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (9.8)	2 (22.2)	
- ชำระเงินเอง/อื่น ๆ	19 (31.2)	2 (22.2)	
<b>ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานเอกชนหรือรัฐบาล เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน</b>			0.708
- ไม่ใช่	44 (72.1)	6 (66.7)	
- ใช่	17 (27.9)	3 (33.3)	
<b>ความร่วมมือในการรักษา เช่น ยอมกินยา มาตามนัด สม่ำเสมอ</b>			1.000
- ไม่ใช่	3 (4.9)	0 (0.0)	
- ใช่	58 (95.1)	9 (100.0)	
<b>ใช้สารเสพติดเป็นประจำ</b>			
- สุรา	3 (4.9)	3 (33.3)	0.025*
- บุหรี่	8 (13.1)	5 (55.6)	0.009**

\* p<.05, \*\* p<.01

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ไม่มีภาระการดูแล (n =54) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระการดูแล (n = 16) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>			
<b>เพศ</b>			0.493
- ชาย	22 (40.7)	5 (31.2)	
- หญิง	32 (59.3)	11 (68.8)	
<b>อายุ (ปี; mean ± SD)</b>	52.65 ± 10.49	53.62 ± 11.06	0.748
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.294
- โสด	13 (24.1)	2 (12.5)	
- สมรส	35 (64.8)	10 (62.5)	
- หย่าร้าง/หม้าย	6 (11.1)	4 (25.0)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.040*
- ประถม	7 (13.0)	7 (43.8)	
- มัธยมหรือเทียบเท่า	17 (31.5)	5 (31.2)	
- ปวส.	5 (9.2)	1 (6.2)	
- ปริญญาตรีขึ้นไป	25 (46.3)	3 (18.8)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			0.081
- บิดา	7 (13.0)	3 (18.8)	
- มารดา	16 (29.6)	4 (25.0)	
- บุตร	5 (9.2)	3 (18.8)	
- พี่น้อง	15 (27.8)	0 (0.0)	
- สามี/ภรรยา	11 (20.4)	5 (31.2)	
- ญาติอื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย	0 (0.0)	1 (6.2)	
<b>การทำงาน</b>			0.557
- ทำงานเต็มเวลา	25 (46.3)	5 (31.2)	
- ทำงานไม่เต็มเวลา	14 (25.9)	5 (31.2)	
- ไม่ได้ทำงาน	15 (27.8)	6 (37.6)	
<b>รายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัว (บาทต่อเดือน; mean ± SD)</b>	36305.56 ± 24369.84	28661.25 ± 33209.92	0.316
<b>สุขภาพโดยรวม</b>			0.727
- ดี	33 (61.1)	9 (56.2)	
- ปานกลาง	21 (38.9)	7 (43.8)	
- ไม่ดี	0 (0.0)	0 (0.0)	
<b>มีโรคทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน</b>			0.358
- ไม่มี	36 (66.7)	13 (81.2)	
- มี	18 (33.3)	3 (18.8)	

\* p<.05, \*\* p<.01

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระการดูแล (n =54) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระการดูแล (n = 16) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>			
<b>โรคทางกายที่พบ</b>			
- โรคเบาหวาน	5 (9.3)	2 (12.5)	0.655
- โรคความดันโลหิตสูง	11 (20.4)	3 (18.8)	1.000
- โรคไขมันในเลือดสูง	6 (11.1)	1 (6.2)	1.000
- อื่น ๆ	6 (11.1)	1 (6.2)	1.000
ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วย (ชั่วโมงต่อวัน; mean ± SD)	12.37 ± 8.17	14.56 ± 9.32	0.365
ระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย (ปี; mean ± SD)	6.80 ± 7.86	6.21 ± 6.18	0.782
<b>ภาระ/หน้าที่/กิจกรรม ที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย</b>			
- การจัดยา	26 (48.1)	11 (68.8)	0.147
- การติดตามใบนัด	47 (87.0)	15 (93.8)	0.642
- การนัดเวรดูแล	11 (20.4)	5 (31.2)	0.363
- การดูแลโรคอื่นๆ ทางกายของผู้ป่วย	15 (27.8)	8 (50.0)	0.096
- การดูแลความสะอาด	17 (31.5)	7 (43.8)	0.364
- การดูแลเรื่องอาหาร	26 (48.1)	11 (68.8)	0.147
- อื่น ๆ	8 (14.8)	1 (6.2)	0.673
<b>ใช้สารเสพติดเป็นประจำ</b>			
- สุรา	0 (0.0)	1 (6.2)	0.229
- บุหรี่	6 (11.1)	1 (6.2)	1.000
<b>เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพุดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย</b>			
- ไม่เคย	43 (79.6)	8 (50.0)	0.019
- เคย	11 (20.4)	8 (50.0)	
<b>ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท</b>			
- น้อย	13 (24.1)	3 (18.8)	0.299
- ปานกลาง	35 (64.8)	13 (81.2)	
- มาก	6 (11.1)	0 (0.0)	
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>			
<b>เพศ</b>			
- ชาย	23 (42.6)	8 (50.0)	0.600
- หญิง	31 (57.4)	8 (50.0)	
อายุ (ปี; mean ± SD)	40.86 ± 15.06	42.88 ± 18.95	0.701
<b>ระดับการศึกษา</b>			
- ประถม	11 (20.4)	7 (43.8)	0.080
- มัธยมหรือเทียบเท่า	21 (38.9)	4 (25.0)	
- ปวส.	4 (7.4)	3 (18.7)	
- ปริญญาตรีขึ้นไป	18 (33.3)	2 (12.5)	

\* p<.05, \*\* p<.01

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระการดูแล (n =54) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระการดูแล (n = 16) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>			
การทำงาน			0.095
- ทำงานเต็มเวลา	13 (24.1)	2 (12.5)	
- ทำงานไม่เต็มเวลา	2 (3.7)	3 (18.7)	
- ไม่ได้ทำงาน	39 (72.2)	11 (68.8)	
ระยะเวลาหลังได้รับการวินิจฉัย (ปี; mean ± SD)	9.38 ±10.30	6.54 ±6.23	0.300
จำนวนครั้งที่มีการทางจิตกำเริบจนต้องมานอนรักษาที่รพ. (ครั้ง; mean ± SD)	0.67 ±0.89	1.19 ±1.91	0.304
มีโรคทางกายที่รบกวนชีวิตประจำวัน			1.000
- ไม่มี	46 (85.2)	14 (87.5)	
- มี	8 (14.8)	2 (12.5)	
โรคทางกายที่พบ			
- โรคเบาหวาน	1 (1.9)	1 (6.2)	0.407
- โรคความดันโลหิตสูง	4 (7.4)	2 (12.5)	0.614
- โรคไขมันในเลือดสูง	3 (5.6)	0 (0.0)	1.000
- อื่น ๆ	3 (5.6)	1 (6.2)	1.000
สิทธิการรักษา			0.883
- บัตรทอง/ประกันสังคม/บัตรทองผู้พิการ	31 (57.4)	10 (62.5)	
- ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6 (11.1)	2 (12.5)	
- ข้าราชการเอง/อื่นๆ	17 (31.5)	4 (25.0)	
ได้รับเงินช่วยเหลือจากหน่วยงานเอกชนหรือรัฐบาล			0.368
เช่น เบี้ยความพิการรายเดือน			
- ไม่ใช่	40 (74.1)	10 (62.5)	
- ใช่	14 (25.9)	6 (37.5)	
ความร่วมมือในการรักษาดี เช่น ยอมกินยา มาตามนัด			0.547
สม่ำเสมอ			
- ไม่ใช่	2 (3.7)	1 (6.2)	
- ใช่	52 (96.3)	15 (93.8)	
ใช้สารเสพติดเป็นประจำ			
- สุรา	2 (3.7)	4 (25.0)	0.022*
- บุหรี่	6 (11.1)	7 (43.8)	0.003**

\* p<.05, \*\* p<.01



ตารางที่ 5 ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติ logistic regression

ปัจจัยส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล	Adjusted OR	p-value
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>		
โรคไขมันในเลือดสูง	5.909	0.084
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>		
ดื่มสุราเป็นประจำ	7.353	0.063
สูบบุหรี่เป็นประจำ	5.135	0.056
<b>ปัจจัยส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล</b>		
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล</b>		
<b>การศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับชั้นประถม</b>		
- มัธยมหรือเทียบเท่า	0.563	0.512
- ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	0.481	0.587
- บริญญาตรีขึ้นไป	0.229	0.116
เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพุดจาหายบคายหรือทำร้ายร่างกาย	4.807	0.032 <sup>*</sup>
<b>ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย</b>		
ดื่มสุราเป็นประจำ	3.948	0.211
สูบบุหรี่เป็นประจำ	5.009	0.039 <sup>*</sup>

\* p<.05, \*\* p<.01

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 12.9 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยซึ่งได้จากการสำรวจระดับจิตเวชภาพจิตของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 ด้วยเครื่องมือ World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview version 3.0 (WMH-CIDI 3.0) โดยพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 0.7<sup>29</sup> อย่างไรก็ตามความชุกจากการศึกษานี้สูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรไทยค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาโรคซึมเศร้ามากกว่าคนทั่วไป บุคลากรสุขภาพจิตจึงควรตรวจประเมินและเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมามีพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Thunyadee และคณะ ที่ศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย

โรคจิตเภทโดยใช้เครื่องมือ CES-D<sup>9</sup> แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Wongchai ซึ่งใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็คและพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 78.3<sup>5</sup> นอกจากนี้ยังพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศของ Ashraf และคณะ ที่ใช้เครื่องมือ CES-D ในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและใช้ DSM-IV-TR เป็นเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ดูแลมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 18.3<sup>5</sup> แต่การศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาของ Sandy และคณะ ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.0 จากการใช้เครื่องมือ CES-D ในการประเมิน<sup>6</sup> จะเห็นได้ว่าในภาพรวมความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นค่อนข้างสูง แต่ความชุกนั้นอาจจะแตกต่างกันเล็กน้อยไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ผลการศึกษาพบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 23.0 ต่างจากการศึกษาในไทยที่ผ่านมา ที่พบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 54.5<sup>10</sup> และความรู้สึกเป็นภาระในระดับปานกลาง ร้อยละ 8.0<sup>9</sup> นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้ยังแตกต่างจากผลการศึกษาในต่างประเทศที่ใช้แบบประเมิน ZBI ในการประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแลเช่นเดียวกับการศึกษานี้ แต่ในต่างประเทศมีค่าเฉลี่ยของคะแนน ZBI ที่สูงกว่า<sup>13-15</sup> ซึ่งบ่งบอกถึงความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มากกว่า การศึกษานี้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความแตกต่างด้านเชื้อชาติ วัฒนธรรมทางสังคม ตลอดจนลักษณะของผู้ดูแลและผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแล โดยการศึกษานี้พบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเฉลี่ย 52.9 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และเป็นมารดาของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในไทยที่ผ่านมา<sup>9, 10, 21</sup> แต่ก็มีการศึกษาที่มีลักษณะของผู้ดูแลแตกต่างออกไป เช่น การศึกษาในประเทศซาอุดีอาระเบียที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายเนื่องจากปัจจัยทางวัฒนธรรมโดยในประเทศแถบนี้ผู้ชายที่แต่งงานแล้วต้องเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลสมาชิกในครอบครัวทั้งนอกบ้านและภายในบ้าน ดังนั้นปัจจัยทางวัฒนธรรมจึงจำกัดบทบาทของผู้หญิงในการดูแลสมาชิกในครอบครัว<sup>5</sup> เมื่อพิจารณาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เรียนจบปริญญาตรีขึ้นไป มีอาชีพและมีรายได้เฉลี่ยของทั้งครอบครัวค่อนข้างสูง (รายได้เฉลี่ย 34,558.3 บาทต่อเดือน) ไม่มีโรคประจำตัว โดยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในโรคจิตเภทระดับปานกลาง นอกจากนี้ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงกว่ามัธยมหรือเทียบเท่า อาการทางจิตสงบดีโดยเคยนอนรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากอาการทางจิตกำเริบเฉลี่ย 0.8 ครั้ง ส่วนใหญ่ไม่มีกรวินิจฉัยโรคทางกายร่วมด้วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยเหล่านี้ ทั้งการศึกษาของผู้ดูแล

ที่ค่อนข้างสูง<sup>6, 13, 15, 17, 18</sup> การมีอาชีพของผู้ดูแล<sup>11, 13</sup> รายได้ครอบครัวที่สูง<sup>1, 10, 15, 17, 19</sup> การไม่มีโรคทางกายของผู้ดูแล<sup>9</sup> การที่ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย<sup>21</sup> การที่ผู้ป่วยการศึกษาค่อนข้างสูง<sup>24</sup> อาการทางจิตไม่รุนแรง<sup>6, 10, 12, 14, 15, 17, 22</sup> และมีสุขภาพที่ดี<sup>17</sup> มีความสัมพันธ์โดยทำให้การเกิดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง จึงอาจทำให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่า การศึกษาที่ผ่านมา

การศึกษานี้พบว่าการที่ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย มีความสัมพันธ์กับความ รู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักมีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่ดี จึงมีแนวโน้มที่จะไม่ได้รับการรักษาอาการทางจิตที่เป็นมายาวนานจนกระทั่งอาการรุนแรงและมาพบแพทย์ ทำให้เมื่อมารับการรักษาจึงอาจมีผลการรักษาที่ไม่ดีเท่าที่ควร<sup>7</sup> พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งเป็นผลมาจากการรักษาที่ไม่เพียงพอและผลการรักษาที่ยังไม่ดีนั้น นำมาซึ่งความรู้สึกไม่ปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดเป็นความรู้สึกเป็นภาระตามมาได้<sup>12</sup>

ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่เป็นประจำในผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่อาจต้องการลดผลข้างเคียงของโรคหรือการรักษาจากการใช้ยาจิตเวช เนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ไปเพิ่มการหลั่งโดปามีนซึ่งให้ผลต่างจากยารักษาโรคจิตเภทของผู้ป่วย<sup>1</sup> การสูบบุหรี่ยังสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง<sup>30</sup> สัมพันธ์กับการเกิดโรคร่วมอื่นๆ และสัมพันธ์กับการแยกห่างจากสังคมในผู้ป่วย รวมถึงการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษาของแพทย์ และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ นำมาซึ่งอาการของโรคจิตเภทที่รุนแรงมากขึ้น<sup>1</sup> นอกจากนี้การใช้สารเสพติดต่างๆ ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการต่อเนื่อง

ยาวนานมักเกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้นของครอบครัว โดยค่าใช้จ่ายในการดูแลเป็นองค์ประกอบสำคัญของภาระในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์นี้ชี้ให้เห็นความเชื่อมโยงที่เป็นไปได้ระหว่างการสูญพันธุ์ในผู้ป่วยและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>19</sup>

ในการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่น อายุของผู้ดูแลซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุน้อยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า<sup>6</sup> แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า<sup>5</sup> บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกับการศึกษานี้<sup>9, 11</sup> ด้านปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ของผู้ดูแล เช่น สุขภาพกายที่ไม่ดี<sup>9</sup> ระดับการศึกษาไม่สูง<sup>6</sup> การไม่ได้ประกอบอาชีพเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วย<sup>11</sup> ในบางการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีโอกาสทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า ในขณะที่เดียวกันก็มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับภาวะซึมเศร้า<sup>5, 6, 9, 11</sup> ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาที่รายงานว่า ระยะเวลาที่มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยต่อสัปดาห์<sup>5, 11</sup> และระยะเวลาทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยนี้<sup>6, 9, 11</sup> บางการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการทางจิตที่รุนแรงในผู้ป่วย<sup>6</sup> และการที่ผู้ดูแลถูกทำร้ายโดยผู้ป่วย<sup>11</sup> ก็ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้ ในขณะที่เดียวกันหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการเกิดภาวะซึมเศร้า<sup>5, 6, 9, 11</sup>

ข้อจำกัดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้นไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบเหตุและผล(causative relationship) ได้ การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติเท่านั้นซึ่งเป็นโรงเรียนแพทย์ที่ให้บริการทางการแพทย์ระดับตติยภูมิดังนั้น การศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ควรต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างจากการศึกษาค้นคว้าต่อไปและขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ยังน้อยเกินไปสำหรับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้การศึกษานี้ไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์ต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาค้นคว้าต่อไปควรทำการศึกษาแบบ multicenter เพื่อความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะทำให้ผลการศึกษาศาสมารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเขตตัวเมืองและชนบทบุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนาระบบการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในประชากรกลุ่มนี้เพื่อให้ได้รับการรักษาทางจิตเวชที่เหมาะสมต่อไป การศึกษาในครั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้ทำการศึกษาเช่นการถูกตีตราด้วยตัวโรค วิถีเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งควรมีการศึกษาต่อไปในอนาคต

### สรุป

ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระพบได้ค่อนข้างบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินภาวะเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อแพทย์จะสามารถช่วย

ลดความรู้สึกเป็นภาระหรือตรวจพบภาวะซึมเศร้าได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการนอกจากนี้การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ การที่ผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น เคยถูกผู้ป่วยพูดจาหยาบคายหรือทำร้ายร่างกาย และการสูบบุหรี่เป็นประจำในผู้ป่วยตั้งนั้นสาเหตุของพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในผู้ป่วยซึ่งมักเกิดจากอาการทางจิตที่รุนแรงจึงควรได้รับการรักษา และควรมีการตรวจคัดกรองการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ในผู้ป่วย เพื่อที่แพทย์จะได้ให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการให้ความรู้ในผู้ดูแลผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทรวมถึงการรับมือกับผู้ป่วยร่วมด้วย

### เอกสารอ้างอิง

1. Millier A, Schmidt U, Angermeyer M, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res* 2014; 54: 85-93.
2. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053): 1545-602.
3. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH, Kydd RR. Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Ment Health J* 2002; 38: 303-10.
4. Kogovšek B, Dolničar B. Depression in the families of patients with psychosis. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 73-6.
5. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Curr Psychiatr* 2010; 17: 15-25.
6. Magaña SM, Ramirez Garcia JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* 2007; 58: 378-84.
7. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015;10:239.
8. Wongchai C. Depression Among Caregivers of Persons with Schizophrenia. (Master's thesis). Chiang Mai: Chiang Mai University; 2003.
9. Thunyadee C, Sitthimongkol Y, Sangon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing & Health Sciences*. 2015; 17: 412-9.
10. Sangsirirat S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patient. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2016; 31: 139-48.
11. Rodrigo C, Fernando T, Rajapakse S, De Silva V, Hanwella R. Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *Int J Ment Health Syst* 2013; 7: 2.
12. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004-2005. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18: 684-91.
13. Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res* 2006; 15: 719-24.

14. Souza ALR, Guimarães RA, de Araújo Vilela D, de Assis RM, de Almeida Cavalcante Oliveira LM, Souza MR, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 353.
15. Yazici E, Karabulut Ü, Yildiz M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakir U, et al. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro Psikiyatrs Ars* 2016; 53: 96-101.
16. Hadryś T, Adamowski T, Kiejna A. Mental disorder in Polish families: is diagnosis a predictor of caregiver's burden? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 363-72.
17. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2011; 25: 339-49.
18. Glanville DN, Dixon L. Caregiver burden, family treatment approaches and service use in families of patients with schizophrenia. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2005; 42: 15-22.
19. McDonell MG, Short RA, Berry CM, Dyck DG. Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Fam Process* 2003; 42: 91-103.
20. Martín J, Padierna A, van Wijngaarden B, Aguirre U, Anton A, Muñoz P, et al. Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2015; 15: 124.
21. Sethabouppha H, Kane C. Caring for the seriously mentally ill in Thailand: Buddhist family caregiving. *Arch Psychiatr Nurs* 2005; 19: 44-57.
22. Ohaeri JU. The burden of caregiving in families with a mental illness: a review of 2002. *Curr Opin Psychiatry* 2003; 16: 457-65.
23. Jansen JE, Gleeson J, Cotton S. Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: a systematic review of the psychological factors involved. *Clin Psychol Rev* 2015; 35: 56-66.
24. Rammohan A, Rao K, Subbakrishna D. Burden and coping in caregivers of persons with schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2002; 44: 220-7.
25. Scazufca M, Kuipers E. Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 154-8.
26. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008; 8: 46.
27. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist* 1986; 26: 260-6.
28. Toonsiri C, Sunsem R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education*. 2011; 4: 62-75.
29. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *Journal of Mental Health of Thailand* 2017; 25: 1-19.
30. Mallet J, Le Strat Y, Schürhoff F, Mazer N, Portalier C, Andrianarisoa M, et al. Tobacco smoking is associated with antipsychotic medication, physical aggressiveness, and alcohol use disorder in schizophrenia: results from the FACE-SZ national cohort. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2019; 269: 449-57.