

ภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี

หทัยรัตน์ คุณิย์พันธุ์*, เอ็มน์สรี่ มินทรศักดิ์*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive study เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี จำนวน 400 ราย ตั้งแต่วันที่ 1 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยใช้เครื่องมือ ได้แก่ แบบเก็บข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและแบบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต Thai General Health Questionnaire-28 ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square หรือ Fisher's exact test และใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาทางสุขภาพจิต จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 14.3) เมื่อประเมินสุขภาพจิตรายด้านพบว่า มีปัญหาอาการทางกาย ร้อยละ 16 มีปัญหาวิตกกังวลและนอนไม่หลับ ร้อยละ 14.7 มีปัญหาบกพร่องทางสังคม ร้อยละ 13 และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง ร้อยละ 6 สำหรับผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ปัจจัยด้านอายุที่ช่วงอายุ 31 - 40 ปี (Adj.OR=0.13, $p = 0.006$), อายุ 41 - 50 ปี (Adj.OR=0.07, $p = 0.001$), อายุ 51 - 60 ปี (Adj.OR=0.04, $p < 0.001$) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร (Adj.OR=0.35, $p = 0.034$) ญาติ (Adj.OR=0.16, $p < 0.001$) และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป (Adj.OR=0.40, $p = 0.045$) เป็นกลุ่มที่ส่งผลดีต่อสุขภาพจิตในผู้ดูแล สำหรับปัจจัยด้านสถานภาพ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adj.OR=4.83, $p = 0.002$) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวที่เป็นหนี้ (Adj.OR=2.06, $p = 0.032$) และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย (Adj.OR=2.40, $p = 0.033$) สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุป สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ดังนั้นจึงควรคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายคุณสมบัติข้างต้น เพื่อให้การดูแลทางจิตใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช สุขภาพจิต

Mental Health of Psychiatric Patients' Caregivers at Psychiatric Outpatient Department in Pattani Hospital

Hatairat Kuneepant*, Emnasree Mintrasak*

*Department of Psychiatry and Drug Dependence, Pattani Hospital

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence and associated factors of mental health problem among caregivers of psychiatric patients at Pattani Hospital

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted in 400 caregivers of psychiatric patients who had attended the outpatient clinic at Pattani hospital during 1 December 2023, to 31 December 2023. Participants were assessed by demographic questionnaires and Thai General Health Questionnaire-28. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics such as Chi-square or Fisher's exact test and Stepwise Multiple Regression.

Results: The study found that 57 out of the 400 caregivers of patients studied had mental health problem, accounting for 14.3%. When assessing each aspect of mental health, it was observed that 16.0% exhibited physical symptoms, 14.7% experienced anxiety and insomnia, 13.0% faced social impairments, and 6% suffered from severe depression. The analysis of factors influencing the mental health status of caregivers of psychiatric patients revealed several significant findings. Specifically, caregivers in the age group of 31 - 40 years (Adj. OR=0.13, $p = 0.006$), 41 - 50 years old (Adj. OR=0.07, $p = 0.001$), 51 - 60 years old (Adj. OR=0.04, $p < 0.001$), relationship factors with the patient as a child (Adj. OR=0.35, $p = 0.034$), relatives (Adj. OR=0.16, $p < 0.001$) and education level factor Bachelor's degree or higher (Adj. OR=0.40, $p = 0.045$) were less likely to experience mental health problem. Divorced/separated (Adj. OR=4.83, $p = 0.002$), having family income in debt (Adj. OR=2.06, $p = 0.032$), and having had bad experiences with patients (Adj. OR=2.40, $p = 0.033$) were identified as significant factors contributing to mental health problem among caregivers of psychiatric patients at the 0.05 significance level.

Conclusion: Divorce/separated status, debt and having had bad experiences with the patient. As a result, caregivers of psychiatric patients have mental health problems. Therefore, caregivers who meet the above qualifications should be screened. To provide psychological care and close counseling.

Keywords: caregivers, psychiatric patients, mental health

Corresponding author: Emnasree Mintrasak

E-mail: mnasre@gmail.com

Received 3 January 2024 Revised 19 March 2024 Accepted 20 March 2024

บทนำ

ปัจจุบันโรคทางจิตเวชเป็นปัญหามีแนวโน้มที่จะพบสูงขึ้นเรื่อยๆ ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องอาศัยความเข้าใจทั้งในโรคจิตเวชและเข้าใจในตัวผู้ป่วย การที่ดูแลผู้ป่วยได้นั้นต้องอาศัยความอดทนอย่างยิ่ง โดยผู้ที่ทำหน้าที่นี้ส่วนใหญ่คือญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชนั้นกว่าร้อยละ 90 อาศัยอยู่กับญาติของตนเอง^{1,2} ทั้งนี้การที่โรคทางจิตเวชต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานจึงมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติผู้ดูแล^{3,4} และส่งผลให้เกิดความเครียดในญาติผู้ดูแลได้อย่างมาก โดยหลักคิดเรื่องความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชถูกนำเสนอครั้งแรกในโลกเมื่อปี ค.ศ. 1946⁵ และมีการศึกษาเรื่อยมาพบว่าสามารถส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของญาติทั้งด้าน objective และ subjective⁵⁻⁹ โดยด้าน objective คือผลกระทบทางกายภาพ อาทิ ต้นทุนค่าใช้จ่ายในบ้านที่ต้องเพิ่มขึ้น การพักผ่อนของญาติที่ลดลง สำหรับด้าน subjective คือความรู้สึกเชิงลบส่วนตัวของญาติไม่ว่าจะเป็นความวิตกกังวลหรือความโกรธที่ต้องมารับภาระเช่นนี้ อาจเกิดความเหนื่อยหน่าย กังวล ท้อแท้ กลัวตกใจ กระวนกระวายใจ อายเพื่อนบ้านและสังคมที่เพ่งมองในแง่ลบ อาจส่งผลให้เครียดรุนแรงยิ่งขึ้นจากการศึกษา Meta-analysis ของ Choy และคณะ ในปี 2022 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วยถึงร้อยละ 31.67¹⁰ อีกทั้งการศึกษาในประเทศไทยของ Kulvechakit และคณะ¹¹ พบว่าบุคคลกลุ่มนี้เกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 62 โดยค่าความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา¹¹⁻²⁰ ขึ้นอยู่กับนิยามปัญหาทางสุขภาพจิตและแบบประเมินที่ใช้ สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกันในหลายงานวิจัย อาทิ ปัจจัยด้านระยะเวลาที่ต้องดูแลผู้ป่วย^{15,18,21} ระดับการศึกษาที่ต่ำของผู้ดูแล^{12,14,22} และการที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย^{12,16,17} จังหวัดปัตตานีตั้งอยู่ในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการที่จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลปัตตานีติดอยู่ในอันดับสูงสุด อันดับที่ 4 รองจากโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และไตวายเรื้อรัง ซึ่งมีจำนวนถึง 5,517 รายต่อปี (2566) และคลินิกจิตเวชมีอัตราการเข้ารับบริการของผู้ป่วยสูงถึง 18,292 รายต่อปี (2566) แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดปัตตานีและผู้ที่ต้อง

รับภาระการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็คงหนีไม่พ้นผู้ดูแล นอกจากนั้นยังไม่พบการศึกษาถึงภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ทั้งนี้เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional descriptive design เพื่อศึกษาหาค่าความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลปัตตานี โดยได้รับใบรับรองจริยธรรมวิจัย หมายเลขรับรอง PTN-032-2566 วันที่ให้การรับรอง 21 พฤศจิกายน 2566 จากสถาบันสังกัดโรงพยาบาลปัตตานี การศึกษานี้มีการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้นำผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชทุกราย ที่สามารถเข้าใจและตอบคำถามได้ โดยต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป ในระหว่างวันที่ 1 - 31 ธันวาคม 2566 จำนวน 400 ราย ซึ่งคำนวณได้จากสูตร Cochran²³ ในกรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (ความเชื่อมั่นร้อยละ 95)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 13 ข้อ ใช้สำรวจข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ ข้อมูลด้านสุขภาพประวัติการเจ็บป่วยทั้งทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย สำหรับแบบคัดกรองปัญหาทางสุขภาพจิตจะใช้แบบประเมิน Thai GHQ-28 Thai General Health Questionnaire-28 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนามาจาก GHQ ของ Goldberg (1972) โดย ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และ ชัชวาล ศิลปะกิจ ในปี 2002²⁴ GHQ-28 ประกอบด้วยชุดคำถาม 28 ข้อ แบ่งเป็นคำถาม 4 ด้าน แต่ละด้านมีชุดคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ด้านอาการทางกาย ด้านความวิตกกังวล ด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม และด้านความซึมเศร้าชนิดรุนแรง การแปลผลคะแนน โดยถ้าตอบข้อ ก กับ ข ถือว่า ปกติ ได้ 0 คะแนน แต่หากตอบ ข้อ ค และ ง ถือว่า ผิดปกติ ได้ 1 คะแนน หากมีคะแนนรวมทุกข้อตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จะถือว่ามีโอกาสมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ และในกลุ่มอาการทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม 1 ข้อ 1 - 7 เป็นอาการทางกาย (Somatic Symptoms) กลุ่ม 2 ข้อ 8 - 14 เป็นอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) กลุ่ม 3 ข้อ 15 - 21 เป็น

ความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) และกลุ่ม 4 ข้อ 22 - 28 เป็นอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) หากมีคะแนนตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติในกลุ่มอาการนั้นๆ ได้มีการนำไปหาค่าความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.90 นอกจากนั้นการคิดคะแนนต่อเนื่องคะแนนที่เป็นไปได้ คือ 0 - 28 คะแนน โดยที่คะแนนยิ่งน้อยยิ่งมีภาวะสุขภาพจิตดี และคะแนนยิ่งมากยิ่งมีภาวะสุขภาพจิตผิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพจิตของอาสาสมัครใช้สถิติเชิงพรรณนาคือ นำเสนอเป็นจำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบปัจจัยระหว่างกลุ่มที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และกลุ่มที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Chi-square หรือ Fisher's exact test กรณีจำนวนค่า สังเกตในเซลล์บางเซลล์ต่ำกว่า 5 สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาทางสุขภาพจิตจะนำมาคำนวณค่าความสัมพันธ์ นำเสนอด้วย odds ratio และ 95% confidence interval โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยกำหนดค่า p-value ที่จะนำตัวแปรเข้าในสมการ = (Pe) .20 กำหนด p-value ที่จะนำตัวแปรออกจากสมการ = (Pr) .25 ในระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ด้วยโปรแกรม STATA Version 10.1

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 400 ราย แบ่งเป็นผู้ดูแลที่มีสุขภาพจิตดี 343 ราย (ร้อยละ 85.7) และผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยพบคะแนน GHQ-28 ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป จำนวน 57 ราย (ร้อยละ 14.3) เมื่อศึกษาความแตกต่างของทั้งสองกลุ่มพบว่าปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($p = 0.01$) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นมารดา ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 17.5 ตามลำดับ ปัจจัยด้านสถานภาพ ($p = 0.01$) ส่วนใหญ่ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือหย่าร้าง/แยกกันอยู่ และโสด จำนวนเท่ากัน ร้อยละ 19.3 ตามลำดับ และปัจจัยด้านระดับการศึกษา ($p = 0.03$) โดยผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตส่วนใหญ่อยู่ชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา) ร้อยละ 61.4 ส่วนปัจจัยด้านอื่นๆ ไม่พบความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เมื่อแบ่งตามกลุ่มอาการพบว่า ส่วนใหญ่มีอาการทางกาย (Somatic Symptoms) ร้อยละ 16 รองลงมา มีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia) ร้อยละ 14.7 มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction) ร้อยละ 13 และมีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression) ร้อยละ 6 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 2

การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายตัวแปรพบว่า ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ที่ช่วงอายุ 21 - 30 ปี (Adj.OR=0.33, 95%CI=0.09 - 1.14), 31 - 40 ปี (OR=0.26, 95%CI=0.07 - 0.88), อายุ 41 - 50 ปี (OR=0.27, 95%CI=0.08 - 0.93), อายุ 51 - 60 ปี (OR=0.15, 95%CI=0.08 - 0.93) และปัจจัยด้านสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ (OR=5.16, 95%CI=2.18 - 12.20) รายละเอียดดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression) โดยขั้นแรกผู้วิจัยนำตัวแปรพยากรณ์ที่มีขนาดอิทธิพลสูงสุดเข้าไปสร้างสมการกับตัวแปรเกณฑ์ด้วยวิธีขั้นตอน (stepwise) จนครบทุกตัวแปร หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุ พบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ ที่ช่วงอายุ 31 - 40 ปี (Adj.OR=0.13, 95%CI=0.03 - 0.55), อายุ 41 - 50 ปี (Adj.OR=0.07, 95%CI=0.02 - 0.31), อายุ 51 - 60 ปี (Adj.OR=0.04, 95%CI=0.01 - 0.24) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เป็นบุตร (Adj.OR=0.35, 95%CI=0.13 - 0.92) ญาติ (Adj.OR=0.16, 95%CI=0.06 - 0.43), ปัจจัยด้านสถานภาพ หย่าร้าง/แยกกันอยู่ (Adj.OR=4.83, 95%CI=1.81 - 12.93) ปัจจัยด้านระดับการศึกษา ปริญญาตรีขึ้นไป (Adj.OR=0.40, 95%CI=0.16 - 0.98) ปัจจัยด้านรายได้ครอบครัวที่เป็นหนี้ (Adj.OR=2.06, 95%CI=1.06 - 3.99) และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย (Adj.OR=2.40, 95%CI=1.07 - 5.36) รายละเอียดดังตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษานี้ได้พบความชุกของปัญหาทางสุขภาพจิตอยู่ที่ร้อยละ 14.3 และพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 343)	พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 57)	รวม (n = 400)	
เพศ				0.77
ชาย	72 (21.0)	11 (19.3)	83 (20.7)	
หญิง	271 (79.0)	46 (80.7)	317 (79.3)	
อายุ (ปี)				0.09
18 - 20 ปี	9 (2.6)	5 (8.8)	14 (3.5)	
21 - 30 ปี	76 (22.2)	14 (24.6)	90 (22.5)	
31 - 40 ปี	97 (28.3)	14 (24.6)	111 (27.7)	
41 - 50 ปี	93 (27.1)	14 (24.6)	107 (26.7)	
51 - 60 ปี	49 (14.3)	4 (7.0)	53 (13.3)	
มากกว่า 60 ปี	19 (5.5)	6 (10.5)	25 (6.3)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				0.01*
บิดา	21 (6.1)	3 (5.3)	24 (6.0)	
มารดา	116 (33.8)	26 (45.6)	142 (35.5)	
บุตร	64 (18.6)	9 (15.8)	73 (18.3)	
ญาติ	109 (31.8)	6 (10.5)	115 (28.7)	
เพื่อน	5 (1.5)	3 (5.3)	8 (2.0)	
หน่วยงานต่างๆ	1 (0.3)	0	1 (0.3)	
สามี/ภรรยา	27 (7.9)	10 (17.5)	37 (9.2)	
สถานภาพ				0.01*
สมรส	225 (65.6)	32 (56.1)	257 (64.2)	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	15 (4.4)	11 (19.3)	26 (6.5)	
หม้าย	26 (7.6)	3 (5.3)	29 (7.3)	
โสด	77 (22.4)	11 (19.3)	88 (22.0)	
ระดับการศึกษา				0.03*
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	66 (19.2)	11 (19.3)	77 (19.3)	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา)	153 (44.6)	35 (61.4)	188 (47.0)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	124 (36.2)	11 (19.3)	135 (33.7)	
อาชีพ				0.81
รับจ้าง	107 (31.2)	20 (35.1)	127 (31.8)	
เกษตรกร	19 (5.5)	2 (3.5)	21 (5.3)	
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	82 (23.9)	11 (19.3)	93 (23.3)	
รับราชการ	43 (12.5)	6 (10.5)	49 (12.2)	
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	33 (9.6)	5 (8.8)	38 (9.5)	
ว่างงาน	49 (14.3)	12 (21.1)	61 (15.2)	
กำลังศึกษา	10 (2.9)	1 (1.7)	11 (2.7)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 343)	พบปัญหาสุขภาพจิต (n = 57)	รวม (n = 400)	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว				0.26
น้อยกว่า 5,000 บาท	108 (31.5)	19 (33.3)	127 (31.8)	
5,000 - 10,000 บาท	110 (32.1)	16 (28.1)	126 (31.5)	
10,001 - 25,000 บาท	78 (22.7)	16 (28.1)	94 (23.5)	
25,001 - 50,000 บาท	30 (8.8)	1 (1.8)	31 (7.7)	
มากกว่า 50,000 บาท	17 (4.9)	5 (8.7)	22 (5.5)	
รายได้ครอบครัว				0.12
เพียงพอเหลือเก็บ	200 (58.3)	27 (47.4)	227 (56.8)	
เป็นหนี้	143 (41.7)	30 (52.6)	173 (43.2)	
มีโรคประจำตัว	60 (17.5)	12 (21.1)	72 (18.0)	0.52
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน	23 (6.7)	8 (14.0)	31 (7.8)	0.06
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช				0.19
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	101 (29.5)	25 (43.9)	126 (31.5)	
มากกว่า 1 - 5 ปี	125 (36.4)	17 (29.8)	142 (35.5)	
มากกว่า 5 - 10 ปี	65 (18.9)	7 (12.3)	72 (18.0)	
มากกว่า 10 ปี	52 (15.2)	8 (14.0)	60 (15.0)	
มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช	263 (76.7)	38 (66.7)	301 (75.3)	0.11
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย	43 (12.5)	12 (21.1)	55 (13.8)	0.08

หมายเหตุ *p-value<.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชรายด้านแบ่งตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการประเมินสุขภาพจิต	จำนวน (ร้อยละ)
มีอาการทางกาย (Somatic Symptoms)	64 (16.0)
มีอาการวิตกกังวลและการนอนไม่หลับ (Anxiety and insomnia)	59 (14.7)
มีความบกพร่องทางสังคม (Social dysfunction)	52 (13.0)
มีอาการซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe depression)	24 (6.0)

การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย แต่สำหรับปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลที่มากกว่า 31 - 60 ปี ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่เป็นบุตรและญาติ ปัจจัยด้านการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะส่งผลดีต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

มีการศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ใกล้เคียงสองการศึกษา ดังนี้ การศึกษาที่หนึ่งได้มีการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ประสบเหตุจากสถานการณ์ไม่สงบชายแดนใต้ปี 2014 โดย Suraaroonsamrit และคณะ พบว่าความชุกของการป่วยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งในพื้นที่ อยู่ที่ร้อยละ 16.1²⁵ และจากการศึกษาที่สองของ Norphun และคณะ ในปี 2022 ที่ประเมินสุขภาพจิตผู้ที่หายจากโรคโควิด-19 ในจังหวัดสงขลา ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตถึงร้อยละ 44²⁶ ดังนั้นการที่ปัญหาทางสุขภาพจิตของการศึกษาฉบับนี้น้อยกว่าการศึกษาที่ผ่านมาข้างต้น อาจเป็นไปได้ว่าความรู้สึกต่อปัญหาโควิด-19 นั้นไม่ได้เป็นปัญหาอีกต่อไปแล้ว และสำหรับปัญหาเหตุการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ที่ถึงแม้ว่ายังคงมีอยู่แต่เหตุการณ์มักจะเกิดขึ้นเฉพาะกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับความมั่นคงเสียเป็นส่วนใหญ่ และกระทบต่อชาวบ้านทั่วไปไม่มาก

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตัวแปร	OR (95%CI)	p-value
เพศ		
ชาย	1	
หญิง	1.11 (0.55 - 2.25)	0.77
อายุ (ปี)		
18 - 20 ปี	1	
21 - 30 ปี	0.33 (0.09 - 1.14)	0.04*
31 - 40 ปี	0.26 (0.07 - 0.88)	0.03*
41 - 50 ปี	0.27 (0.08 - 0.93)	0.04*
51 - 60 ปี	0.15 (0.03 - 0.65)	0.01*
มากกว่า 60 ปี	0.57 (0.14 - 2.37)	0.44
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	1	
มารดา	1.57 (0.44 - 5.65)	0.49
บุตร	0.98 (0.24 - 3.97)	0.98
ญาติ	0.39 (0.09 - 1.67)	0.20
เพื่อน	4.20 (0.64 - 27.36)	0.13
สามี/ภรรยา	2.59 (0.63 - 10.63)	0.19
สถานภาพ		
สมรส	1	
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5.16 (2.18 - 12.20)	<0.01*
หม้าย	0.81 (0.23 - 2.83)	0.74
โสด	1.00 (0.48 - 2.09)	0.99
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1	
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ปวช. ปวส. อนุปริญญา)	1.37 (0.65 - 2.86)	0.40
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.53 (0.22 - 1.29)	0.16
อาชีพ		
รับจ้าง	1	
เกษตรกร	0.56 (0.12 - 2.61)	0.46
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	0.72 (0.32 - 1.58)	0.41
รับราชการ	0.75 (0.28 - 1.98)	0.56
พนักงานบริษัท/รัฐวิสาหกิจ	0.81 (0.28 - 2.33)	0.70
ว่างงาน	1.31 (0.59 - 2.89)	0.50
กำลังศึกษา	0.54 (0.06 - 4.41)	0.56

ตัวแปร	OR (95%CI)	p-value
รายได้ครอบครัว		
เพียงพอเหลือเก็บ	1	
เป็นหนี้	1.55 (0.88 - 2.73)	0.13
มีโรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	1.26 (0.63 - 2.52)	0.52
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน		
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน	2.27 (0.96 - 5.36)	0.06
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	1	
มากกว่า 1 - 5 ปี	0.55 (0.28 - 1.07)	0.08
มากกว่า 5 - 10 ปี	0.44 (0.18 - 1.06)	0.07
มากกว่า 10 ปี	0.62 (0.26 - 1.47)	0.28
มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช		
มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวช	0.61 (0.33 - 1.11)	0.11
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย		
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย	1.86 (0.91 - 3.79)	0.09

หมายเหตุ *p-value<.05

จึงอาจพิจารณาได้ว่าความรู้สึกต่อเหตุการณ์ทั้งสองไม่เป็นปัญหาสำหรับสุขภาพจิตของบุคคลในพื้นที่ 3 จังหวัดในปัจจุบันเท่าใดนัก การประเมินถึงความรู้สึกของการพบปัญหาทางสุขภาพจิตในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าค่อนข้างแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อยู่ที่ร้อยละ 5.9 - 62^{3,11,20-22,25-27} อาทิ การศึกษาสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลสูงถึงร้อยละ 62 เป็นที่น่าสังเกตว่าการที่ปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ค่อนข้างแตกต่างกันมากขึ้นอยู่กับนิยามปัญหาทางสุขภาพจิต ชนิดของแบบประเมินที่ทำการศึกษา ประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่างกัน วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยในแต่ละพื้นที่ และระดับความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่ดูแล เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ก่อนหน้านี้มักมุ่งเน้นในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่เรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง แต่การศึกษานี้ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง

ในการพิจารณาถึงปัจจัยแต่ละด้านที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kulvechakit และคณะ¹¹ และ Hosseini และคณะ¹⁹ ที่ส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในกลุ่มนี้ โดย Matthews และคณะ²⁸ ให้เหตุผลว่ากลุ่มคนที่หย่าร้างจะมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตแย่กว่า

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้สถิติการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบมีขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression)

ตัวแปร	Adjusted OR	(95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			
18 - 20 ปี	1		1
21 - 30 ปี	0.29	(0.07 - 1.15)	0.08
31 - 40 ปี	0.13	(0.03 - 0.55)	0.01*
41 - 50 ปี	0.07	(0.02 - 0.31)	0.01*
51 - 60 ปี	0.04	(0.01 - 0.24)	<0.01*
มากกว่า 60 ปี	0.21	(0.03 - 1.27)	0.09
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			
บิดา	1		1
บุตร	0.35	(0.13 - 0.92)	0.03*
ญาติ	0.16	(0.06 - 0.43)	<0.01*
สถานภาพ			
สมรส	1		1
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4.83	(1.81 - 12.93)	0.01*
ระดับการศึกษา			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	1		1
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.40	(0.16 - 0.98)	0.04*
อาชีพ			
รับจ้าง	1		1
รับราชการ	2.58	(0.75 - 8.89)	0.13
รายได้ครอบครัว			
เพียงพอเหลือเก็บ	1		1
เป็นหนี้	2.06	(1.06 - 3.99)	0.03*
เคยป่วยเป็นโรคจิตเวชมาก่อน			
	2.51	(0.94 - 6.72)	0.07
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช			
มากกว่า 6 เดือน - 1 ปี	1		1
มากกว่า 1 - 5 ปี	0.52	(0.25 - 1.05)	0.07
มากกว่า 5 - 10 ปี	0.43	(0.16 - 1.15)	0.09
เคยมีประสบการณ์ไม่ดีกับผู้ป่วย			
	2.40	(1.07 - 5.36)	0.03*

หมายเหตุ *p-value<.05

ผู้ที่ยังอยู่ในชีวิตสมรส ผู้ไม่สมรส หรือผู้ที่คู่ครองเสียชีวิต การหย่าร้าง ส่งผลทางด้านจิตวิทยา คือ ผู้หย่าจะรู้สึกโกรธ ตาหนิตนเอง ซึมเศร้า มีความรู้สึกว่าการความช่วยเหลือเพิ่มขึ้น รู้สึกโดดเดี่ยว สูญเสีย และความมั่นใจในตนเองลดลง สำหรับปัจจัยด้านการเป็นหนี้หรือมีปัญหาด้านรายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Pumchan⁴ และของ Rahmani และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาจากญาติ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าปัญหาด้านเศรษฐกิจมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภท และส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สำหรับการมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับผู้ป่วยซึ่งส่งผลให้พบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลมากขึ้นก็สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^{12,16,17} แต่เมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า กลุ่มผู้ดูแลที่อายุ 31 - 60 ปี มีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่ากลุ่มอายุ 18 - 20 ปี สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่สำคัญ โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในต่างประเทศร้อยละ 7²⁹ และพบภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 11³⁰ ซึ่งค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรทั่วไป (ช่วงอายุเฉลี่ย 50.2 ± 15.3 ปี) ที่ร้อยละ 1.6³¹ สามารถอธิบายจากการที่กลุ่มวัยรุ่นมักมีทักษะด้านการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม และการจัดการกับปัญหาค่อนข้างจำกัด³² สำหรับปัจจัยด้านการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าพบว่ามีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพจิตเช่นกัน สอดคล้องจากการศึกษาของกอนฮาน^{12,14,22} ที่พบว่าการศึกษาที่สูงสัมพันธ์กับความรู้ที่มากขึ้น และทักษะในการจัดการปัญหาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่า สำหรับปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พบว่าการเป็นบุตรและเป็นญาติที่มีแนวโน้มส่งผลต่อสุขภาพจิตนั้น ยังมีข้อแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาทิการศึกษาในประเทศอิหร่าน¹⁸ ที่พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า เช่น เป็นบุตรจะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และเมื่อพิจารณาพร้อมกับปัจจัยอื่นๆ จากการศึกษาของกอนฮาน^{18,21} อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลอยู่เดิม ซึ่งก็ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในการศึกษาฉบับนี้ อย่างไรก็ตามมีความสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายจากการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นผู้ร่วมดูแลผู้ป่วยด้วย ดังนั้นถึงแม้ว่าการเป็นญาติใกล้ชิด เช่น เป็นบุตรหรือต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน แต่การมีผู้ร่วมแบ่งเบาการดูแลผู้ป่วยอาจสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้³³

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ ได้แก่ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบ cross-sectional study โดยศึกษา ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้น ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์เชิงเหตุและปัจจัยได้ (causative relationship) และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงจึงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานต่อไป ซึ่งสำหรับการศึกษานี้ได้มีการนัดหมายผู้ที่พบปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ทุกรายต่อไป นอกจากนี้การศึกษานี้ยังไม่ได้แยกการวินิจฉัยรายโรคหรือกลุ่มโรค เนื่องจากต้องการศึกษาภาพรวมของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชทุกการวินิจฉัย จึงไม่สามารถเปรียบเทียบปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มโรคจิตเวชของผู้ป่วยได้ ทั้งนี้ การศึกษานี้ไม่ได้สอบถามถึงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผลที่ได้จากการศึกษานี้จะมีประโยชน์ในการนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตไปพัฒนาระบบการดูแลญาติผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ อีกทั้งสามารถเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงความทุกข์ของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ได้อีกด้วย

สรุป

สถานภาพด้านการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ การเป็นหนี้ และเคยมีประสบการณ์ไม่ตรงกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชมีปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นจึงควรคัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยที่เข้าข่ายคุณสมบัติข้างต้น เพื่อให้การดูแลทางจิตใจและให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลปัตตานี ที่อนุวัติโครงการวิจัย และขอขอบคุณหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลปัตตานี ที่สนับสนุนการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Thara R, Henrietta M, Joseph A, Rajkumar S, Eaton WW. Ten-year course of schizophrenia: The Madras longitudinal study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 329-36.
2. Chadda RK. Psychiatric patient in the community: Challenges and solutions. *J Ment Health Behav* 2001; 6: 7-15.
3. Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Burden of relatives of chronic psychiatric patients. *Psychiatr Prax* 1997; 24(5): 215-20.
4. Pumchan N. The quality of life of patients with schizophrenia and relatives: Case study of patient in day hospital at Somdetchaopraya Institute. *J Ment Health Thai* 2005; 13(3): 146-56.
5. Treudley MB. Mental illness and family routines. *Ment Hyg* 1946; 30: 235-49.
6. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet* 1963; 1: 544-7.
7. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry* 1966; 12: 165-76.
8. Platt S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychol Med* 1985; 15: 383-93.
9. Magliano L, Fiorillo A, De Rosa C, Malangone C, Maj M, National mental health project working group. Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Soc Sci Med* 2005; 61: 313-22.
10. Choy QC, Ibrahim N, Ching SS, Kalamani CR, Meng CH, Yahya AN, et al. Caregiver burden among caregivers of patients with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)* 2022; 10(2423): 1-16.
11. Kulvechakit A, Rod-ong D. Mental health of psychiatric patients' families in Srinagarind hospital. *Srinagarind Med J* 1997; 12(1): 24-29.
12. Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U. Prevalence of depression, anxiety, and associated factors in caregivers of geriatric psychiatric patients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(4): 319-30.
13. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. *J Neurosci Rural Pract* 2018; 9(2): 180-85.
14. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E. Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs Open* 2022; 9(4): 995-1002.
15. Souza ALR, Guimarães RA, Vilela DDA, Assis RM, Souza MR, Nogueira DJ, et al. Factors associated with the burden of family caregivers of patients with mental disorders: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2017; 17(353): 1-10.
16. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia at Thammasat university hospital. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64(4): 317-36.
17. Wachirapakorn P. Depression in primary caregivers of schizophrenia patients in Sichomphu district, KhonKaen province. *Hej* 2021; 6(2): 73-82.
18. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iran J Psychiatry* 2015; 10(4): 239-45.



19. Hosseini SH, Sheykhmounesi F, Shahmohammadi S. Evaluation of mental health status in caregivers of patients with chronic psychiatric disorders. *Pak J Biol Sci* 2010; 13(7): 325-29.
20. Pereira MG, De Almeida JM. The repercussions of mental disease in the family: A study of the family members of psychotic patients. *Acta Med Port* 1999; 12(4): 161-68.
21. El-Tantawy AMA, Mohamed Raya Y, Zaki AMK. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 17(3): 15-25.
22. 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(3): 378-84.
23. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1963.
24. Nilchaikovit T, Sukying C, Silpakit C. Reliability and validity of the Thai version of the general health questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41(1): 2-17.
25. Suraaronsamrit B, Arunpongpaia S. Reliability and validity testing of the Thai version of Kessler 6-item psychological distress questionnaire. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59(3): 299-312.
26. Norphun N, Lertkiatratthata M, Katekaew M. Prevalence and associated factors of mental health problems among COVID-19 patients in 4 southern border provinces of Thailand. *J Ment Health Thai* 2023; 31(1): 12-21.
27. Thunyadee C, Sitthimongkol Y, Sangon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nurs Health Sci* 2015; 17: 412-9.
28. Matthews LS, Wickrama KAS, Conger RD. Predicting marital instability from spouse and observer reports of marital interaction. *J Marriage Fam* 1996; 58(4): 641-55.
29. Jacobs RH, Reinecke MA, Gollan JK, Kane P. Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clin Psychol Rev* 2008; 28: 759-82.
30. Tuklang S, Thongtang O, Satra T, Phattharayuttawat S. Factors influencing depression among early adolescents in extended educational opportunity school of Samutsakhon province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012; 57(3): 283-94.
31. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017; 25(1): 1-19.
32. Singthong R. The relationships among coping behavior, life satisfaction, social support and depression of junior high school students in opportunity expansion schools, district of Muang, Surat Thani province [dissertation]. Nakhonpathom: Silpakorn University; 2002.
33. Chai YC, Mahadevan R, Chong GN, Chan LF, Md Dai F. Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *Int J Soc Psychiatry* 2018; 64(6): 578-88.