

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

กัทลียา วิเศษสมิต*, ณัฐพล โชคโมตรี**

*กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

**ภาควิชาจิตเวชและประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ นโยบายด้านสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมการรับรู้โรค การแสวงหาความช่วยเหลือ และการรับประทันยาอย่างต่อเนือง อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมียังจำกัด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและศึกษาความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างเดือนมกราคม - เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2568 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคู่ผู้ป่วย-ผู้ดูแล จำนวน 30 คู่ โดยคัดเลือกผู้ป่วยอายุ 18 - 60 ปี ที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF ฉบับภาษาไทย, แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและข้อมูลจากเวชระเบียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบ Logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 73.3) ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ($aOR = 15.84$; 95% CI = 1.17 - 214.97; $p = 0.038$) และผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอน ($aOR = 24.82$; 95% CI = 1.12 - 551.65; $p = 0.042$) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.7) จากการวิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์พบว่าการมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนเป็นปัจจัยปกป้องเพียงปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ($aOR = 21.13$; 95% CI = 1.44 - 310.94; $p = 0.026$) โดยไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สรุป ความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับลักษณะการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย แต่ไม่พบความสัมพันธ์โดยตรงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะการมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนอาจมีบทบาทสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากกว่า การศึกษาเพิ่มเติมที่มีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ขึ้นมีความจำเป็นเพื่อยืนยันผลการศึกษานี้

คำสำคัญ ความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวช คุณภาพชีวิต การสนับสนุนทางสังคม

Corresponding author: กัทลียา วิเศษสมิต

กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

E-mail: kattaleeya.smith@gmail.com

วันรับ 29 ธันวาคม 2568 วันแก้ไข 15 มีนาคม 2569 วันตอบรับ 23 มีนาคม 2569

The Association between Caregivers' Mental Health Literacy Levels and the Quality of Life of Psychiatric Patients

Kattaleeya Visessmith*, Nattaphon Chokemaitree**

*Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao Hospital

**Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao College of Medicine

ABSTRACT

Objective: In Thailand, mental health literacy has been emphasized in national policy to improve recognition, help-seeking behavior, and treatment adherence. However, evidence regarding mental health literacy among caregivers of psychiatric patients remains limited. Therefore, this study aimed to assess mental health literacy among caregivers of psychiatric patients, identify associated factors, and examine its association with patients' quality of life.

Methods: A cross-sectional study was conducted at the psychiatric outpatient department of Phramongkutklao Hospital between January and June 2025. Thirty patient-caregiver dyads were enrolled. Eligible patients were adults aged 18 - 60 years receiving continuous psychiatric treatment for at least six months, and caregivers had provided care for at least six months. Data were collected using the Thai Mental Health Literacy Scale, the WHOQOL-BREF Thai version, the Barthel Activities of Daily Living Index and medical records. Descriptive statistics and logistic regression analyses were performed.

Results: Most caregivers demonstrated a high level of mental health literacy (73.3%). Higher caregiver mental health literacy was significantly associated with caring for patients diagnosed with depression (aOR = 15.84; 95% CI = 1.17 - 214.97; $p = 0.038$) and with the presence of hallucinations (aOR = 24.82; 95% CI = 1.12 - 551.65; $p = 0.042$). Most patients reported a moderate level of quality of life (66.7%). In multivariate analysis, the presence of multiple caregivers was the only independent factor associated with better quality of life (aOR = 21.13; 95% CI = 1.44 - 310.94; $p = 0.026$). No significant association was found between caregiver mental health literacy and patients' quality of life.

Conclusion: Caregiver mental health literacy was associated with patients' diagnostic characteristics but was not directly associated with patients' quality of life. Social support, reflected by having multiple caregivers, appeared to play a more important role in influencing quality of life. Further studies with larger sample sizes are needed to confirm these findings.

Keywords: mental health literacy, caregivers, psychiatric patients, quality of life, social support

Corresponding author: Kattaleeya Visessmith

E-mail: kattaleeya.smith@gmail.com

Received: 29 December 2025 Revised: 15 March 2026 Accepted: 23 March 2026

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปัจจุบันมีประชากรโลกประมาณ 1 ใน 8 คน ที่ป่วยด้วยโรคทางสุขภาพจิต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง¹ ส่งผลให้การดูแลเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregivers) โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย อีกทั้งยังมีอิทธิพลต่อแนวทางการรักษา ความร่วมมือ และคุณภาพชีวิต (Quality of Life; QoL) ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ² แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy; MHL) ได้รับการเสนอครั้งแรกโดย Jorm และคณะ ในปี 1997 ซึ่งนิยามว่าเป็น “ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตใจที่ช่วยให้บุคคลสามารถตระหนัก จัดการ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้” โดยประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถในการระบุภาวะสุขภาพจิต 2) ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้เกี่ยวกับการรับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ 5) ทักษะที่สนับสนุนการแสวงหาความช่วยเหลือ 6) ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลสุขภาพจิต และ 7) การรับรู้เบื้องต้น การป้องกัน และทักษะการปฐมพยาบาลด้านสุขภาพจิต^{3,4} หลักฐานจำนวนมากระบุว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพจิตในประชากรทั่วไปและในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น ช่วยให้เข้าถึงการรักษาเร็วขึ้น ลดความล่าช้าในการวินิจฉัย ลดอคติ เพิ่มความร่วมมือในการรักษา และลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน^{5,6}

เครื่องมือประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลายคือ Mental Health Literacy Scale (MHLS) ซึ่งพัฒนาโดย O'Connor และ Casey ในปี 2015 ประกอบด้วย 35 ข้อ ครอบคลุมทั้งด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตอย่างรอบด้าน ให้คะแนนรวมตั้งแต่ 35 - 160 คะแนน และมีคุณภาพทางจิตวิทยาที่ดี ทั้งในด้าน internal reliability และ test-retest reliability⁷ ในประเทศไทยได้มีการแปลและปรับเครื่องมือดังกล่าวเป็น Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS) โดย Sittironnarit และคณะ ซึ่งทดสอบในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 6 พบว่ามีความตรงตามเนื้อหาและค่าความเที่ยงที่⁸ นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขยังได้กำหนดให้การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในนโยบายระดับชาติ เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม⁹

งานวิจัยหลายชิ้นได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อระดับ MHL ในกลุ่มประชากรต่างๆ พบว่า เพศหญิง ระดับการศึกษาหรือรายได้ที่สูงกว่า การมีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต หรือการได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต มักสัมพันธ์กับระดับ MHL ที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ^{5,10-13} นอกจากนี้ยังพบว่า MHL มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับตัวชี้วัดด้านสุขภาพจิตอื่น เช่น mental well-being¹⁴, QoL^{15,16}, psychological well-being¹⁷ และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับอาการซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความคิดฆ่าตัวตาย¹⁸ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า MHL เป็นตัวแปรสำคัญที่อาจมีผลต่อสุขภาพจิตในระยะยาว อย่างไรก็ตาม พบว่าระดับ MHL ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในหลายประเทศยังอยู่ในระดับปานกลางหรือต่ำ และมีทัศนคติเชิงลบหรือการตีตราต่อผู้ป่วย^{6,19,20} ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อ การดูแล การตัดสินใจ และความต่อเนื่องของการรักษาของผู้ป่วยได้ งานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษา MHL ในผู้ดูแลยังมีจำนวนจำกัด และยิ่งจำกัดมากเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าจะมีหลักฐานในผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่พบว่า MHL มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ QoL ของผู้ป่วยในเชิงกลไก ความรู้ด้านสุขภาพจิตอาจส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตผ่านหลายกระบวนการ ได้แก่ การรับรู้สัญญาณของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง การตัดสินใจแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพอย่างเหมาะสม การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความสามารถในการจัดการกับความเครียดหรืออาการทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และอาจนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น^{21,22} แต่สำหรับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงยังขาดงานวิจัยเชิงประจักษ์ที่เพียงพอ ทั้งที่มีหลักฐานชี้ว่าผู้ป่วยจิตเวชมักมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะในมิติด้านสุขภาพจิต สังคม และสิ่งแวดล้อม^{23,24} ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และความสัมพันธ์ระหว่าง MHL ของผู้ดูแลกับ QoL ของผู้ป่วยจิตเวช โดยตั้งสมมติฐานว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลอาจมีบทบาทต่อผลลัพธ์ของผู้ป่วยผ่านกระบวนการรับรู้โรค การตัดสินใจในการรักษา และการสนับสนุนทางสังคมภายในครอบครัว เพื่อเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการพัฒนากลยุทธ์หรือโปรแกรมส่งเสริม MHL สำหรับผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ดำเนินการในแผนกผู้ป่วยนอก กองจิตเวชและประสาทวิทยาของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลจิตเวชและผู้ดูแลหลักในช่วงระยะเวลาที่กำหนด ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการคัดเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) และมีการจับคู่ระหว่างผู้ดูแลแต่ละรายกับผู้ดูแลหลักของตน เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ การศึกษานี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัยกรมแพทยทหารบก หมายเลขอ้างอิง IRBRTA 1589/2567 วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2567

กลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การนำเข้าการวิจัย

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช:

1. อายุระหว่าง 18 – 60 ปี
2. ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 ในกลุ่มรหัส F10-F19, F20-F29, F30-F39, F40-F48, F70-F79, F80-F89 หรือ F90-F98
3. เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกหรือมีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในกองจิตเวชและประสาทวิทยา

กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช:

1. อายุ ≥ 18 ปี
2. ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
3. ให้การสนับสนุนผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งด้าน ได้แก่ ชีวิตประจำวัน สุขภาพกาย จิตใจ หรือการเงิน
4. อาศัยอยู่ในบ้านหรือที่พักเดียวกันกับผู้ป่วย

ทั้งผู้ดูแลและผู้ดูแลต้องยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และในกรณีที่ผู้ป่วยมีผู้ดูแลหลายคน จะเลือกเฉพาะผู้ดูแลหลักที่ใช้เวลากับผู้ป่วยมากที่สุดเพียงหนึ่งคนเข้าร่วม

เกณฑ์การคัดออกการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมไม่สามารถพูด เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้เพียงพอที่จะทำแบบสอบถาม
2. อยู่ในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น มีแนวโน้มเสพยาเสพติด หรือมีภาวะสูญเสียการรับรู้
3. ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการตัดสินใจและไม่มีผู้แทนตามกฎหมายที่สามารถให้ความยินยอมได้

การเก็บข้อมูล

การเก็บข้อมูลใช้แหล่งข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS) แบบประเมินภาษาไทยฉบับนี้แปลมาจาก MHLS พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (IOC = 0.85, Cronbach's alpha = 0.851) ซึ่งมีข้อคำถาม 35 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพจิต 6 ด้าน ได้แก่

1. การรับรู้และความเข้าใจอาการผิดปกติทางจิต
2. ความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต
3. ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค
4. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต
5. ความรู้เกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ
6. ทักษะที่ส่งเสริมการยอมรับและการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

คะแนนรวมของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 35 - 160 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงกว่า การแปลผลคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

- 35 - 53 คะแนน: ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ
- 54 - 106 คะแนน: ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง
- 107 - 160 คะแนน: ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสูง

2) แบบสอบถามผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยประเมิน โดยใช้แบบประเมิน WHOQOL-BREF-THAI ซึ่งเป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก และได้รับการแปลและปรับใช้ในบริบทของประเทศไทย เครื่องมือนี้มีค่าความเชื่อมั่นภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha = 0.8406) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่

1. ด้านสุขภาพกาย (physical health)
2. ด้านจิตใจ (psychological health)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน โดยคะแนนที่สูงกว่าสะท้อนระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าการแปลผลคะแนนแบ่งเป็น

- 26 – 60 คะแนน: คุณภาพชีวิตต่ำ
- 61 – 95 คะแนน: คุณภาพชีวิตปานกลาง
- 96 – 130 คะแนน: คุณภาพชีวิตดี²⁵

และแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL Index คะแนนรวม 20 คะแนน (Cronbach's alpha = 0.89) การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองดังนี้

- ≥ 12 คะแนน: สามารถพึ่งพาตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม)
- 5 - 11 คะแนน: สามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน (กลุ่มติดบ้าน)
- 0 - 4 คะแนน: ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กลุ่มติดเตียง)²⁶

3) ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยประกอบด้วยรหัสวินิจฉัยตาม ICD-10 แนวทางการรักษา ชนิดของยาที่ได้รับ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ซึ่งใช้เพื่ออธิบายลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วย และอาจใช้เป็นตัวแปรควบคุมในการวิเคราะห์

วิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกเข้าสู่ฐานข้อมูล จากนั้นวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA/BE 18 สถิติเชิงพรรณนาจะถูกใช้เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยข้อมูลเชิงกลุ่มนำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณหากมีการแจกแจงปกติ จะรายงานด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แต่ถ้าไม่เป็นปกติจะรายงานด้วยค่ามัธยฐานสำหรับการเปรียบเทียบ categorical data ใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test สำหรับข้อมูลเชิงกลุ่ม และใช้ Independent t-test สำหรับ continuous data โดยใช้ระดับนัยสำคัญที่ $p < 0.05$ นอกจากนี้ ใช้สถิติ Logistic regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล โดยรายงานค่า Odds Ratio และช่วงความเชื่อมั่น 95%

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	ผู้ป่วย n = 30 (%)	ผู้ดูแล n = 30 (%)
อายุ (ปี)		
ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD	38.2 $\pm$ 11.97	48.43 $\pm$ 13.23
เพศ		
ชาย	20 (66.7)	6 (20.0)
หญิง	10 (33.3)	24 (80.0)
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	2 (6.7)	2 (6.7)
มัธยมศึกษา	11 (36.7)	5 (16.7)
อาชีวศึกษาหรือสูงกว่า	17 (56.7)	23 (76.7)
สถานภาพสมรส		
โสด	16 (53.3)	8 (26.7)
สมรส	12 (40.0)	19 (63.3)
หย่าร้างหรือหม้าย	2 (6.7)	3 (10.0)
สถานภาพการทำงาน		
มีงานทำ	14 (46.7)	22 (73.3)
ว่างงาน	16 (53.3)	8 (26.7)
รายได้เพียงพอ		
เพียงพอ	26 (86.7)	23 (76.7)
ไม่เพียงพอ	4 (13.3)	7 (23.3)
โรคทางกายร่วม		
ไม่มี	16 (55.2)	16 (53.3)
มี	13 (44.8)	14 (46.7)
ศาสนา		
พุทธ	28 (93.4)	26 (86.7)
คริสต์	1 (3.3)	3 (10)
อิสลาม	1 (3.3)	1 (3.3)

ผลการศึกษา

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ผู้ป่วย ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงไว้ในตารางที่ 1 ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 38.2 $\pm$ 11.97 ปี (มัธยฐาน 37 ปี, IQR 29 - 47) โดยเป็นเพศชาย 66.7% และเพศหญิง 33.3% ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยตามรหัส ICD-10 F10-F19 (ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด) จำนวน 14 ราย (46.7%) รองลงมาคือ

F30-F39 ความผิดปกติทางอารมณ์ 7 ราย (23.3%), F20-F29 โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ 5 ราย (16.7%), F40-F48 ความวิตกกังวล/ความเครียด 2 ราย (6.7%), F80-F89 ความผิดปกติด้านพัฒนาการ 2 ราย (6.7%) ระยะเวลากการเจ็บป่วยมีความหลากหลายตั้งแต่ 6 เดือนถึงมากกว่า 10 ปี โดยพบมากที่สุดในช่วง 5 - 10 ปี (23.3%) และมากกว่า 10 ปี (23.3%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโสด 53.3% และนับถือศาสนาพุทธ 93.4% ด้านรายได้ 86.7% รายงานว่ารายได้เพียงพอ และกว่าครึ่งหนึ่ง (53.3%) อยู่ในสถานะว่างงาน

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยประเมินด้วย Barthel ADL Index พบว่าผู้ป่วยทั้งหมดอยู่ในกลุ่มที่ 1 ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถพึ่งพาตนเองและดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ โดยไม่พบผู้ป่วยรายใดอยู่ในกลุ่มที่มีความบกพร่องด้านการช่วยเหลือตนเองหรือมีภาวะพึ่งพิง

1.2 ผู้ดูแล ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 48.43 ± 13.23 ปี เป็นเพศหญิง 80% และเพศชาย 20% ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ปวช. ขึ้นไป (76.7%) และมีงานทำ (73.3%) ผู้ดูแลอยู่ในสถานะสมรส 63.3% และมีรายได้ครัวเรือนเพียงพอ 76.7% ด้านประวัติสุขภาพ ผู้ดูแล 86.7% ไม่เคยมีโรคทางจิตเวช ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือพี่น้อง คิดเป็น 73.3% ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล และระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

2.1 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 112.83 ± 13.93 และค่ามัธยฐาน 113.5 (IQR 105 - 123)

จำแนกเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับสูง 22 ราย (73.3%) ระดับปานกลาง 8 ราย (26.7%) ระดับต่ำ 0 ราย (0%)

2.2 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (WHOQOL-BREF-THAI) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 87.10 ± 16.51 และค่ามัธยฐาน 86.5 (IQR 79 - 98) จำแนกเป็นคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง 20 ราย (66.7%) ระดับดี 8 ราย (26.7%) ระดับต่ำ 2 ราย (6.7%)

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

การวิเคราะห์แบบสองตัวแปรพบว่า จากตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา ได้แก่ ปัจจัยจากผู้ดูแล ปัจจัยจากผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแล อาการทางจิตเวชของผู้ป่วย มี 4 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ การทำร้ายตนเองของผู้ป่วย ($p = 0.031$) ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย ($p = 0.007$) การมีอาการประสาทหลอน ($p = 0.02$) การแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วย ($p = 0.045$) ตัวแปรด้านผู้ดูแลทั้งหมด (อายุ เพศ รายได้ การศึกษา ประวัติสุขภาพจิต) และปัจจัยด้านประสบการณ์การดูแล (ความสัมพันธ์ เวลาที่ดูแล จำนวนผู้ป่วยในความดูแล) ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับ TMHLS ($p > 0.05$) ตัวแปรที่มีค่า $p < 0.10$ จากการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบ Logistic regression ผลพบว่าหลังการควบคุมปัจจัยรบกวนพบเพียง 2 ปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (adjusted OR = 15.84, 95% CI 1.17 - 214.97, $p = 0.038$) ซึ่งหมายความว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่า และอาการประสาทหลอนของผู้ป่วย (adjusted OR = 24.82, 95% CI 1.12 - 551.65, $p = 0.042$) สะท้อนว่าการดูแลผู้ป่วยที่มี

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล (การวิเคราะห์แบบสองตัวแปรและพหุตัวแปร)

ตัวแปร	Moderate MHL n = 8 (%)	High MHL n = 22 (%)	Univariate p-value	Unadjusted OR	95% CI	Multivariate p-value	Adjusted OR	95% CI
ภาวะซึมเศร้า								
ไม่มี	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.007*	1	-	0.038*	15.84	1.17 - 214.97
มี	3 (13%)	20 (87%)		16.67	2.17 - 128.18			
อาการประสาทหลอน								
ไม่มี	7 (50%)	7 (50%)	0.020*	1	-	0.042*	24.82	1.12 - 551.65
มี	1 (6.3%)	15 (93.8%)		15.00	1.54 - 146.55			

อาการประสาทหลอนมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่สูงขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 2

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาการป่วยมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเฉพาะในระดับการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร ($OR = 10, p = 0.025$) แต่ความสัมพันธ์ไม่คงนัยสำคัญหลังการปรับปัจจัยร่วม ในขณะที่การมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนเป็นปัจจัยเดียวที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญทั้งการวิเคราะห์แบบสองตัวแปร และการวิเคราะห์แบบ Logistic regression (adjusted $OR = 21.13, 95\% CI = 1.44 - 310.94; p = 0.026$) ซึ่งบ่งชี้ว่าการมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีกว่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่มีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ส่วนระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในโมเดลหุตัวแปร

5. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับ TMHLS กับคะแนน WHOQOL ของผู้ป่วยสูง ($p = 0.46$) ในทางกลับกันก็ไม่พบความแตกต่างของคะแนน TMHLS ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มี QoL ต่ำ/ปานกลาง กับกลุ่มที่มี QoL สูง ($p = 0.569$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นข้อค้นพบสำคัญสองประการ ประการแรก ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชของผู้ป่วย และประการที่สอง คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าระดับความรู้ของผู้ดูแล ซึ่งสะท้อนว่าผลลัพธ์ทั้งสองส่วนนี้อาจถูกกำกับด้วยปัจจัยที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ข้อค้นพบเหล่านี้ควรถูกตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจาก การศึกษานี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นที่มีขนาดตัวอย่างค่อนข้างจำกัด

สำหรับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ และการเข้าร่วมการอบรมด้านสุขภาพจิต ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยบางฉบับที่รายงานว่าปัจจัยด้านประชากรศาสตร์มีอิทธิพลต่อ

ความรู้ด้านสุขภาพจิต^{5,10-13} อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าอาการซึมเศร้าและอาการประสาทหลอนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า ประสบการณ์ตรงจากการเผชิญอาการทางจิตเวชอาจกระตุ้นให้ผู้ดูแลแสวงหาความรู้เพิ่มเติม และมีโอกาสได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น ส่งผลให้ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น ข้อค้นพบนี้สนับสนุนกรอบแนวคิดเชิงประสบการณ์ ที่ระบุว่า การได้รับประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยช่วยเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการตีความสัญญาณเตือน รวมถึงสอดคล้องกับแนวคิดด้านการเผชิญปัญหา ซึ่งเสนอว่าผู้ดูแลที่มีทักษะและองค์ความรู้มากกว่าจะสามารถรับมือกับสถานการณ์กดดันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า และช่วยลดระดับความเครียดระหว่างการดูแลได้^{6,27,28} นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสูง มักมีความสามารถในการตรวจพบอาการได้เร็ว และแม่นยำกว่า ความสามารถนี้ช่วยให้ผู้ดูแลขอความช่วยเหลือได้เร็ว ลดความรุนแรงของอาการ และลดความเสี่ยงของเหตุการณ์ฉุกเฉิน^{29,30} และผลการศึกษาที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับอาการด้านลบมากกว่าอาการด้านลบนั้น สอดคล้องกับวรรณกรรมในแง่ของเส้นทางการเข้ารับการรักษาที่ระบุว่าอาการด้านลบมีความเด่นชัดและส่งผลกระทบต่อความสงบสุขของครอบครัวมากกว่า จึงเป็นตัวเร่งให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความผิดปกติ และชวนขอความช่วยเหลือหรือความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน³⁷ ในทางตรงกันข้าม อาการด้านลบ เช่น การแยกตัวหรือการขาดแรงจูงใจ มักมีความกำกวมและสังเกตได้ยากกว่า อีกทั้งผู้ดูแลมักตีความผิดว่าเป็นอุปนิสัยส่วนตัวมากกว่าจะตระหนักว่าเป็นอาการของโรคจิตเวช ส่งผลให้การแสวงหาความรู้และการรักษาในกลุ่มนี้เกิดขึ้นช้ากว่า^{30,38} อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง การตีความข้างต้นจึงควรถูกพิจารณาในฐานะสมมติฐานที่เป็นไปได้ มากกว่าการสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล

ในทางกลับกัน ผลการศึกษานี้ไม่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้รับอิทธิพลจากระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยบางฉบับที่รายงานว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและการดูแล^{15,21} อย่างไรก็ตาม เนื่องจากขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้มีจำนวนค่อนข้างน้อย จึงอาจมีความเป็นไปได้ว่าการศึกษามีอำนาจการทดสอบทางสถิติ (statistical power) ไม่เพียงพอที่จะตรวจพบ

ความสัมพันธ์ที่มีขนาดอิทธิพลต่ำถึงปานกลาง ดังนั้นการไม่พบความสัมพันธ์ในงานวิจัยนี้ ไม่สามารถสรุปได้ว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีอยู่จริง แต่จากการศึกษาที่อาจสันนิษฐานได้ว่าอาจมีตัวแปรด้านสังคมที่มีบทบาทสำคัญมากกว่า โดยผลการศึกษาของเราพบว่าการมีผู้ดูแลร่วมมากกว่า 1 คน เป็นเพียงปัจจัยเดียวที่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติในโมเดลพหุตัวแปร ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องภาระการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมที่ชี้ว่า การมีเครือข่ายผู้ดูแลหลายคนสามารถกระจายภาระ ลดความตึงเครียด และเพิ่มทรัพยากรทางสังคมสำหรับการดูแลผู้ป่วยได้^{31,32} รวมทั้ง Stress-Buffering Model ที่อธิบายว่าการได้รับการสนับสนุนช่วยลดผลกระทบจากความเครียดได้³³ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากช่วงความเชื่อมั่นของค่าประมาณมีความกว้างค่อนข้างมาก การตีความผลลัพธ์นี้ควรทำด้วยความระมัดระวัง และควรถือว่าเป็นข้อค้นพบเบื้องต้นที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่กว่า นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยในงานวิจัยนี้มีการวินิจฉัยโรคที่หลากหลาย และผู้ป่วยทั้งหมดสามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งอาจไม่สะท้อนลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชโดยรวมที่มีระดับความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน นอกจากนี้ การที่ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีนัยสำคัญเฉพาะในระดับสองตัวแปรแต่ไม่คงในหลายตัวแปร แสดงให้เห็นว่าระบบสนับสนุนที่เพียงพอสามารถช่วยบรรเทาภาระจากการดูแลระยะยาวได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้³⁴ ที่รายงานว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิต อีกมุมหนึ่งคือแม้ว่าผู้ดูแลจะมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงแต่ความรู้ยังไม่ถูกแปลงไปสู่พฤติกรรม เช่น ผู้ดูแลอาจรู้วิธีเฝ้าระวังอาการหรือแนวทางการรักษาที่ถูกต้อง แต่เผชิญข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร การร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ความแตกต่างด้านทักษะการปฏิบัติ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าทำไมระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลจึงไม่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างชัดเจน^{28,29}

การศึกษานี้มีข้อจำกัดสำคัญที่ควรพิจารณา ประการแรก รูปแบบการศึกษาเป็นแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้อย่างชัดเจน ประการที่สอง ขนาดตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อยอาจทำให้อำนาจการทดสอบทางสถิติไม่เพียงพอ และทำให้ค่าประมาณของ Odds Ratio มีช่วงความเชื่อมั่นที่กว้าง ซึ่งสะท้อนถึงความไม่แน่นอนของค่าประมาณ ประการที่สาม การเก็บข้อมูลใช้วิธี convenience sampling จากโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งเดียว จึงอาจจำกัดความสามารถในการอ้างอิง

ผลการศึกษาไปยังประชากรในบริบทอื่น ประการที่สี่ ตัวแปรบางส่วนในงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามรายงานตนเอง (self-report) ซึ่งอาจทำให้เกิด bias ได้ ดังนั้นการศึกษาในอนาคตควรเพิ่มขนาดตัวอย่างและขยายการสุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมหลายบริบท เพื่อเพิ่มความแม่นยำของค่าประมาณและยืนยันความสัมพันธ์ที่พบ รวมทั้งควรพิจารณาศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมอื่นๆ ที่อาจมีบทบาทต่อทั้งความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

สรุป

ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ในการศึกษานี้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตกับการดูแลผู้ป่วย

ระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับลักษณะอาการทางจิตเวชบางประเภทของผู้ป่วย โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าและอาการประสาทหลอน

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการวิเคราะห์พหุตัวแปร

บทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การมีผู้ดูแลมากกว่าหนึ่งคนมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ดีกว่า ซึ่งอาจสะท้อนบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อจำกัดของการศึกษาและข้อเสนอสำหรับการวิจัยในอนาคต

เนื่องจากการศึกษานี้มีขนาดตัวอย่างค่อนข้างจำกัด และเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ข้อค้นพบจึงควรถูกตีความในฐานะข้อสังเกตเบื้องต้น และควรได้รับการยืนยันจากการศึกษาในอนาคตที่มีขนาดตัวอย่างใหญ่กว่า และใช้การออกแบบการศึกษาเชิงติดตาม

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัยขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิง กอบหทัย สิทธิธนฤกษ์ และภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาอนุเคราะห์ แบบสอบถาม Thai Mental Health Literacy Scale (TMHLS)

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ไม่ว่าทางตรง หรือทางอ้อมในการดำเนินการวิจัย

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ศัลลียา วิเศษสมิต: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนต้นฉบับบทความ; ณัฐพล โชคไมตรี: ให้คำปรึกษาทางวิชาการ กำกับการออกแบบการศึกษา และ ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental disorders [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2024 Mar 4]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Chan SKW, Tse S, Sit HLT, Hui CLM, Lee EHM, Chang WC, et al. Web-based psychoeducation program for caregivers of first-episode psychosis: an experience of the Chinese population in Hong Kong. *Front Psychol* 2016;7:2006.
3. Jorm AF. The concept of mental health literacy. In: Orkan O, Ullrich B, Levin-Zamir D, Pinheiro P, Sørensen K, editors. *International handbook of health literacy*. Bristol (UK): Policy Press; 2019.
4. Jorm AF. Mental health literacy: public knowledge and beliefs about mental disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 396-401.
5. Ababu H, Kassaw C, Temesgen K, Sileshy B, Negash M. Mental health literacy and associated factors among residents living in Dilla town, Gedeo zone, Ethiopia, 2022. *Res Sq* 2022.
6. Fahmy F, Fayad E, Khedr M. Mental health literacy among psychiatric patients' family caregivers. *Alexandria Sci Nurs J* 2023; 25: 118-28.
7. O'Connor M, Casey L. The Mental Health Literacy Scale (MHLS): a new scale-based measure of mental health literacy. *Psychiatry Res* 2015; 229: 511-6.
8. Sittironnarit G, Sri R, Phatharayuttawat S. Psychometric properties of the Thai Mental Health Literacy Scale in sixth-year medical students. *J Ment Health* 2021; 30: 649-55.
9. Phongkasem Khaimuk. Policy of the Department of Mental Health, B.E. 2567 [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; 2023 [cited 2024 Jul 7]. Available from: <https://dmh.go.th/intranet/p2567/policyDMH2567.pdf>
10. Salloum A, Ismail S. Factors associated with mental health literacy among international postgraduate students. *Int J Public Health Clin Sci* 2020; 7: 14-27.
11. Singh S, Zaki RA, Farid NDN, Kaur K. The determinants of mental health literacy among young adolescents in Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 3242.
12. Tariku Seboka B, Hailegebreal S, Negash M, Mamo TT, Ali Ewune H, Gilano G, et al. Predictors of mental health literacy and information seeking behavior toward mental health among university students in resource-limited settings. *Int J Gen Med* 2022; 15: 8159-72.
13. Phoa PK, Ab Razak A, Kuay HS, Ghazali AK, Ab Rahman A, Husain M, et al. Predictors of mental health literacy among parents, guardians, and teachers of adolescents in West Malaysia. *Int J Environ Res Public Health* 2023; 20: 825.
14. Bjørnsen HN, Espnes GA, Eilertsen MB, Ringdal R, Moksnes UK. The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents. *J Sch Nurs* 2019; 35: 107-16.
15. Jafari A, Nejatian M, Momeniyan V, Ramezani Barsalani F, Tehrani H. Mental health literacy and quality of life in Iran: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 499.
16. Zhang Z, Chen S, Wang X, Liu J, Zhang Y, Mei Y, et al. The relationship between mental health literacy and subjective well-being of young and middle-aged residents: the mediating role of social support. *Int J Ment Health Promot* 2023; 25: 471-83.
17. Boonpichachan P, Panuthai S, Tamdee D. Mental health literacy and psychological well-being among dependent elders. *Nurs J CMU* 2022; 49: 186-99.
18. Yao ZY, Wang T, Yu YK, Li R, Sang X, Fu YN, et al. Mental health literacy and suicidal ideation among Chinese college students: the mediating role of depressive symptoms and anxiety symptoms. *J Affect Disord* 2023;339:293-301
19. Ediriweera HW, Fernando SM, Pai NB. Mental health literacy survey among Sri Lankan carers of schizophrenia and depression. *Asian J Psychiatr* 2012; 5: 246-50.
20. Mohamad MS, Putit Z, Ibrahim F, Sar N. Mental health literacy among family caregivers of schizophrenia patients. *Asian Soc Sci* 2012; 8: 74-82.
21. Phosai W, Boonchu R, Watradul D, Makkaphonlanon K, Thangkathok P. Mental health literacy and quality of life among stroke patients. *Chiang Mai Med J* 2021; 60: 63-74.
22. Thongduang K, Boonchieng W, Chautrakarn S, Ong-Artborirak P. Influence of family caregiver knowledge and behavior on elderly diabetic patients' quality of life in Northern Thailand. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 10216.
23. Dong M, Lu L, Zhang L, Zhang YS, Ng CH, Ungvari GS, et al. Quality of life in schizophrenia: a meta-analysis of comparative studies. *Psychiatr Q* 2019; 90: 519-32.
24. Petrovic AD, Barjaktarevic AM, Kostic OZ, Dimitrijevic JM, Mijailovic SS, Gogic AD, et al. Evaluation of quality of life in patients with schizophrenia: an inpatient social welfare institution-based cross-sectional study. *Open Med* 2024;19: 20240947.
25. Mahatnirunkul S. WHOQOL-BREF Thai version [Internet]. Bangkok: Department of Mental Health; [cited 2024 Jul 1]. Available from: <https://dmh.go.th/test/whoqol/>

26. Ministry of Public Health. Barthel Index ADL assessment form [Internet]. Bangkok: Ministry of Public Health; [cited 2024 Jul 1]. Available from: <http://203.157.185.18/download/hosxp/>
27. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action. *Am Psychol* 2012; 67: 231-43.
28. Poreddi V, Thimmaiah R, Math SB. Mental health literacy among caregivers of persons with mental illness. *J Neurosci Rural Pract* 2015; 6: 355-60.
29. Reavley NJ, Jorm AF. Young people's recognition of mental disorders and beliefs about treatment. *Aust N Z J Psychiatry* 2011; 45: 890-8.
30. Furnham A, Swami V. Mental health literacy: a review of what it is and why it matters. *Int Perspect Psychol* 2018; 7: 240-57.
31. Tough H, Brinkhof MW, Siegrist J, Fekete C. Untangling the role of social relationships in caregiver burden and health. *BMC Public Health* 2022; 22:14127.
32. Almulla H, Aljaloud O, Almulla H, Nasser S. Caregiver burden, perceived stress, and social support among parents of chronically ill children in Saudi Arabia. *BMC Nurs* 2024;23:811.
33. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull* 1985; 98: 310-57.
34. Chappell NL, Reid RC. Burden and well-being among caregivers. *Gerontologist* 2002; 42: 772-80.
35. Pearlin LI, Mullan JT, Semple SJ, Skaff MM. Caregiving and the stress process. *Gerontologist* 1990; 30:583-94.
36. Gellert P, Häusler A, Suhr R, Mösch E, Hütter P, Werle J, et al. Testing the stress-buffering hypothesis in couples coping with early-stage dementia. *PLoS One* 2018; 13: e0189849.
37. Norman RM, Malla AK, Verdi MB, Hassall LD, Fazekas C. Understanding delay in treatment for first-episode psychosis. *Psychol Med* 2004; 34: 255-66.
38. Toohey MJ, Muralidharan A, Medoff D, Lucksted A, Dixon L. Caregiver positive and negative appraisals: effects of the National Alliance on Mental Illness Family-to-Family intervention. *J Nerv Ment Dis* 2016; 204: 156-9.