

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province

(Received: May 19,2021; Accepted: June 18,2021)

พิชญ์ วชิราภกร

Pich Wachirapakorn

โรงพยาบาลสีชมภู จังหวัดขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross sectional study) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน ดำเนินการระหว่าง 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูล แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละและค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น จากผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 120 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 56 ปี ผลประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q พบมีภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 5.9) พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This Cross sectional study research aimed to study Depression and factors affecting the depression risk in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province. The samples were 120 elderly. The conducted during 20 December 2020 – 30 April 2021. The tool of this study was the were 2Q depression screening questionnaire, 9Q depression evaluation questionnaire, 8Q suicidal evaluation questionnaire. Collecting data by evaluation from and analyzed by frequency, percentage and chi-square.

The result following: This research aimed to study Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Sichomphu District, KhonKaen Province were found most of the samples were female (75 %), average of age are 56 years. Form screening with 2Q, we found 29 persons (24.2 %) with depression risk. From 9Q, 7 (5.9 %) people at risk of depression were found. four significant factors affecting the depression risk were patient's history of violence, patients using drugs, patients current symptoms and feeling of the other towards the patients.

Keyword: Depression in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสังคมโดยมีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 0.5-1.5 ของประชากรทั่วโลก¹² ส่วนในประเทศไทย ตามรายงานของกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ 2561 พบมีผู้มารับบริการด้วยโรคทางจิตเวช จำนวน 300,288 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 80,092 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปีถัดไป

การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งปัญหาการดำเนินชีวิต (El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. 2010 ; Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P. ,1998) จากการที่ในชุมชนหวาดกลัวผู้ป่วย สูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องขาดงาน เพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นดูแลต่อที่บ้านหรือต้องนำผู้ป่วยที่ โรงพยาบาล ภาระการดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิด ความเครียด ความกังวล ความเบื่อ



หน่าย ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้ดูแล ทำให้มีอาการภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล(El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. 2010 ; Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P. 2016)

ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับความตระหนัก เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้าอาจไม่ได้แสดงออกชัดเจน และผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยจนไม่ได้ใส่ใจกับภาวะความผิดปกติของอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ปัญหามักถูกมองข้ามไป (Depression and Caregiving, 2020) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่ก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพมากที่สุดเป็นอันดับสอง รองจากโรคหัวใจ (Organization WH, Asia RO for S-E. 2020) จากการวิจัยที่ผ่านมาของต่างประเทศพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ในชุมชนมีประมาณร้อยละ 10.6 ส่วนความชุกของโรคกลุ่มวิตกกังวลในชุมชนพบว่าอาจสูงถึงร้อยละ 14.2 (APA, 2020) สำหรับในประเทศไทยจากการศึกษาของเทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิและคณะ (เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมพร อุดมทรัพย์กุล, 2554) พบจำนวนผู้สูงอายุในเชียงใหม่เป็นโรคซึมเศร้าเป็นร้อยละ 5.9 โดยในเพศชายมีค่าความชุกร้อยละ 7.0 ในเพศหญิงมีค่าความชุกร้อยละ 5.2 จากผลการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ (อาคม บุญเลิศ, 2559) เกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น จากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการศึกษ 130 คน พบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36.9

ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตนั้นพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ลดลง และพบมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย (Caqueo-Úrizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. 2009 ; Aarti, Ruchika, Kumar R, Varghese A. 2019) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยก็พบว่า มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน โดยพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีเกี่ยวกับภาวะ

การดูแล (Sangsirir S. 2016) และมีปัญหาทางสุขภาพจิต รวมถึงมีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย (Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. 2018) ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ดั่งโยธา, อุบุญรัตน์ อูริราชและปิยนุช กิมเสาว, 2559 สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, 2561) จากการศึกษาของ ธิติพันธ์ ธานีรัตน์และคณะ (ธิติพันธ์ ธานีรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิตอังกูร, ต้นติมา ดั่งโยธา, อุบุญรัตน์ อูริราชและปิยนุช กิมเสาว, 2559) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 230 คน ด้วยแบบประเมิน Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 และ ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 28.3 โดยวิเคราะห์พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ได้แก่ เหตุการณ์เครียดในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาอยู่ในระดับสูง มีการเผชิญความเครียดโดยใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย และมีความเครียดสูงในบทบาทของผู้ดูแล ซึ่งในการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของแต่ละพื้นที่นั้นอาจได้ผลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย

โรงพยาบาลสีชมพู เป็นโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าจากข้อมูลประชากรกลางปี 2563 อำเภอสีชมพูมีประชากร จำนวน 78,148 คน มีผู้ป่วยจิตเภท 431 คน และมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมด 412 คน ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท นั้นเป็นเรื่องยังที่ถูกละเลย ไม่ได้ได้รับความสนใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการเจ็บป่วยจากการภาวะซึมเศร้าโดยไม่รู้ตัว ซึ่งนอกจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานแล้ว ยังเป็นเหตุที่นำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายอีกด้วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จิตเภท อำเภอสี
ชมพู จังหวัดขอนแก่น

รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross
sectional study)

ประชากรที่ทำการวิจัย

คัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่
พาผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิก
เฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู
จังหวัดขอนแก่น

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าวิจัย (Inclusion
Criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 18 ปี
ขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา
อย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion
criteria)

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติ
การเจ็บป่วยโรคทางสุขภาพจิตมาก่อน
2. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถ
ตอบคำถามได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบบันทึกข้อมูลการคัดกรอง
ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง
ประกอบด้วยข้อมูล 3 ส่วนดังนี้ 1) เอกสารชี้แจง
สำหรับอาสาสมัคร และแบบยินยอมอาสาสมัคร 2)
ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิต
เภท 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมการวิจัย

อาสาสมัคร (ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท) จะ
ได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการ
เป็นอาสาสมัคร ในโครงการการคัดกรองภาวะ
ซึมเศร้า ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย จิตเภท อาสาสมัคร

จะได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัย โดยจะ
เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และสามารถถอนตัวจาก
การศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ถ้าไม่ประสงค์เข้าร่วมโดยไม่เสีย
สิทธิ์ใดๆ ในการรับการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้น
ตามมาในโอกาสต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาจำนวนและข้อมูลของผู้ป่วยจิต
เภท ที่มารับบริการ ในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะ
โรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัด
ขอนแก่น ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ย้อนหลัง ศึกษาความรู้
แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทาง
ในการตรวจคัดกรองและให้การดูแลภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

จัดทำเอกสารในการใช้สอบถามและการคัด
กรองภาวะซึมเศร้า ซึ่งประกอบไปด้วย เอกสารชี้แจง
สำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความ
ยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร และ แบบเก็บ
บันทึกข้อมูล และคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ระยะที่ 2 ประชุมทีมผู้รับผิดชอบแผนกผู้ป่วยนอก
(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสี
ชมพู จังหวัดขอนแก่น จัดทำแนวทางการตอบ
แบบสอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล
หลักของผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตามปกติที่
แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาล
สีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น หากมีผู้ดูแลมา
ด้วย จะคัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้า
เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา (Inclusion
criteria) จากนั้นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับ
ฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการ
เป็นอาสาสมัคร ในโครงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ยินยอม
ในการเป็นอาสาสมัคร จะให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิต
เภท ลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการ
วิจัยจากอาสาสมัคร



3. ให้ผู้ดูแลหลักของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถาม หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรคจิตเวช จะทำการอ่านแบบสอบถามให้และบันทึกข้อมูลตามที่ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทให้คำตอบ จากนั้นทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q ถ้าเป็นบวก ให้ประเมิน 9Q ต่อไป หากคะแนน 9Q เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป ให้ทำแบบประเมิน 8Q ต่อไปเพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลผล นำข้อมูลการประเมินที่ได้รับทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและนำเสนอผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การประมวลผลข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยสังคม ปัจจัยด้านการเข้าถึงการรับบริการ/รักษา กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติ ค่าไคสแควร์ (Chi-square test) ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$ ถ้าปัจจัยใดพบนัยสำคัญจะนำมาวิเคราะห์แบบ multivariable โดยใช้สถิติ multiple logistic regression

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาวิจัยในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 มีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย 120 คน เป็นเพศชาย 30 คน (ร้อยละ 25) เพศหญิง 90 คน (ร้อยละ 75) อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอายุน้อยสุด 18 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 56 ปี (SD 14.22) สถานะโสด 4 คน สมรส 84 คน หม้าย, หย่าและแยกกันอยู่ 32 คน ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

4. หากประเมิน 9Q แล้วได้คะแนนเท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป หรือพบมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ให้ส่งพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย ให้คำแนะนำและการรักษา นัดติดตามอาการในครั้งถัดไปเป็น เวลา 2-4 สัปดาห์ หากพบมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงหรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง อาจพิจารณาให้การรักษาภายในโรงพยาบาล หรือส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวชต่อไป

เกณฑ์ พบว่าไม่ได้รับการศึกษา 4 คน (ร้อยละ 3.3) ประถมศึกษา 94 คน (ร้อยละ 78.3) มัธยมศึกษา 18 คน (ร้อยละ 15) อนุปริญญาและปริญญา 3 คน (ร้อยละ 2.5) และ 1 คน (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ ความสัมพันธ์ส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย 50 คน (ร้อยละ 41.7) มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 45 คน (ร้อยละ 37.5) รองลงมาคือรับจ้าง (ร้อยละ 25.8) และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 29) ตามลำดับ รายได้ส่วนใหญ่ คือ 5000 – 10000 บาทต่อเดือน และพบว่ามีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 79.2) มีผู้อื่นช่วยหารายได้ด้วย จากการศึกษาค้นคว้าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 73.3) ส่วนในคนที่ไม่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 14) จากข้อมูลพบมีผู้ช่วยดูแลร่วม 70 คน (ร้อยละ 58.3) ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน ล่าสุดคือ 6 เดือน (ร้อยละ 0.8) และสูงสุดคือ 30 ปีหรือมากกว่า (ร้อยละ 5) โดยส่วนใหญ่ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ที่ประมาณ 10 ปี

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-12 ชม. ต่อวัน จากข้อมูลพบผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติเคยทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน 25 คน (ร้อยละ 20.8) พบผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด 52 คน (ร้อยละ 44.3) ส่วนใหญ่อาการสงบสามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถหารายได้เองได้ รองลงมาอาการสงบช่วยเหลือตนเองได้แต่ยังไม่สามารถหารายได้ได้เอง มีจำนวน 54 คน (ร้อยละ 45) และ 49 คน (ร้อยละ 40.8) ตามลำดับ พบอาการยังไม่สงบและเป็นอันตราย 2 คน (ร้อยละ 1.7) ความรู้สึกส่วนใหญ่ของผู้อื่นต่อผู้ป่วยไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นใน

ชุมชนได้ และมี 2 ราย (ร้อยละ 1.7) เป็นที่หวาดกลัวไม่
ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ผู้ดูแลส่วนใหญ่เดินทางมา
โรงพยาบาลด้วยรถจักรยานยนต์ ส่วนใหญ่ใช้เวลา
เดินทางมากกว่า 30 นาที โดยใช้เวลาเดินทางสูงสุด 60
นาที ค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่ประมาณ
ไม่เกิน 50 บาทต่อครั้ง จากข้อมูลพบผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภทมีภาวะซึมเศร้า 7 คน จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ทั้งหมด 120 คน (ร้อยละ 5.8)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะ
ซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติ Chi-square
test พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)
ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สิน
เสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของ
ผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง (≥7)	p-value
1.เพศ			
1) ชาย	30 (25.0)	0 (0.0)	0.115
2) หญิง	83 (69.2)	7 (5.8)	
2.อายุ			0.133
1) 18-34 ปี	8 (6.7)	2 (1.6)	
2) 35-59 ปี	57 (47.5)	3 (2.5)	
3) 60 ปีขึ้นไป	48 (40.0)	2 (1.6)	
3. สถานะการสมรส			0.878
1) โสด	4 (3.3)	0 (0.0)	
2) สมรสและอยู่ด้วยกัน	79 (65.8)	5 (4.2)	
3) หย่า/หย่าแยกกันอยู่	30 (25.0)	2 (1.6)	
4.ระดับการศึกษาสูงสุด			0.372
1) ไม่ได้เข้าเรียน	3 (2.5)	1 (0.8)	
2) ประถมศึกษา	90 (75.0)	4 (3.3)	
3) มัธยมศึกษา	16 (13.3)	2 (1.6)	
4) อนุปริญญาตรี	3 (2.5)	0 (0.0)	
5) ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	1 (0.8)	0 (0.0)	
5.โรคประจำตัว			0.921
1) ไม่มี	83 (69.2)	5 (4.2)	
2) มีโรคประจำตัว 1 โรค	19 (15.8)	1 (0.8)	
3) มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรคขึ้นไป	11 (9.2)	1 (0.8)	
6.รายได้			0.739
1) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน	48 (40.0)	4 (3.3)	
2) 5000-10000 บาท/เดือน	50 (41.2)	3 (2.5)	
3) 10,000-15,000 บาท/เดือน	9 (7.5)	0 (0.0)	
4) มากกว่า 15,000 บาท/เดือน	6 (5.0)	0 (0.0)	
7. มีผู้อื่นช่วยหารายได้			0.660
1) ไม่มี	24 (20.0)	1 (0.8)	
2) มี	89 (74.2)	6 (5.0)	



ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง (≥7)	p-value
8. มีผู้อื่นร่วมดูแลผู้ป่วย 1) ไม่มี 2) มี	48 (40.0) 65 (54.2)	2 (1.6) 5 (4.2)	0.469
9. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน 1) 1-6 เดือน 2) 6 เดือน -1 ปี 3) 1-2 ปี 4) มากกว่า 2 ปี	1 (0.8) 1 (0.8) 11 (9.2) 100 (83.3)	0 (0.0) 1 (0.8) 1 (0.8) 5 (4.2)	0.057
10. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน(จำนวนชั่วโมง) 1) 1-6 ชั่วโมง 2) 6-12 ชั่วโมง 3) 12-18 ชั่วโมง 4) 18-24 ชั่วโมง	8 (6.7) 52 (43.3) 21 (17.5) 32 (26.7)	1 (0.8) 3 (2.5) 0 (0.0) 3 (2.5)	0.522
11. ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย 1) ไม่มี 2) มี	93 (77.5) 20 (16.7)	2 (1.7) 5 (4.1)	**0.01
12. ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดใดๆร่วมด้วยหรือไม่ 1) ไม่มี 2) สุรา 3) บุหรี่/ยาเส้น 4) ยาบ้า 4) ใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป	65 (54.2) 3 (2.5) 33 (27.5) 3 (2.5) 9 (7.5)	3 (2.5) 2 (1.6) 0 (0.0) 0 (0.0) 2 (1.6)	**0.003
13. อาการปัจจุบันของผู้ป่วย 1) อาการยังไม่สงบ/อาการรุนแรงเป็นอันตราย 2) อาการยังไม่สงบแต่ไม่เป็นอันตราย 3) อาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ 4) อาการสงบสามารถช่วยตนเองได้ แต่ ยังไม่สามารถหารายได้ได้ 5) อาการสงบสามารถช่วยตนเองได้ สามารถหารายได้ได้	1 (0.8) 7 (5.8) 4 (3.4) 48 (40) 53 (44.2)	1 (0.8) 3 (2.5) 1 (0.8) 1 (0.8) 1 (0.8)	**น้อยกว่า 0.001
14. ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น 1) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น ไม่ควรอยู่ในชุมชน 2) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น แต่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ 3) ไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ 4) อื่นๆ	0 (0.0) 7 (5.8) 105 (87.5) 1 (0.8)	2 (1.6) 1 (0.8) 4 (3.4) 0 (0.0)	**น้อยกว่า 0.001
15. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ 1) ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาท 2) ค่าใช้จ่าย 50-100 บาท 3) ค่าใช้จ่าย 101-200 บาท 4) ค่าใช้จ่ายมากกว่า 200 บาท	48 (40.0) 42 (35.0) 14 (11.7) 9 (7.5)	1 (0.8) 3 (2.5) 1 (0.8) 1 (0.8)	0.220

ตาราง 1 แสดงปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวช ในกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าจากข้อคำถาม 9Q		
	ไม่เสี่ยง (<7)	เสี่ยง (≥7)	p-value
16.ระยะเวลาในการเดินทาง(เฉพาะเวลาเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล) 1) น้อยกว่า 30 นาที 2) มากกว่า 30 นาที	57(47.5) 56(46.7)	1(0.8) 6(5.0)	0.63
17.ระยะเวลาในการมารับบริการ(ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล) 1) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง 2) 2-4 ชั่วโมง 3) 4-6 ชั่วโมง 4) 6-8 ชั่วโมง	9 (7.5) 79 (16.7) 22 (77.5) 3 (2.5)	0 (0.0) 6 (5.0) 0 (0.0) 1 (0.8)	0.185

อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยมีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย 120 คน พบ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 5.8) การศึกษาของ อิติพันธ์ ธาณิรัตน์และคณะ(อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิจอังกูร, ตันติมา ตังโยธา, อุบลรัตน์ ฐิริราชและปิยนุช กิมเสาว์ ,2559) ที่ได้ทำการศึกษาในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 230 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.7 การศึกษาอื่นๆพบ มีภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันออกไป ซึ่งพบอยู่ในช่วง ร้อยละ 10-25(Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. ,2018 ; อิติพันธ์ ธาณิรัตน์, เยาวลักษณ์ พินิจอังกูร, ตันติมา ตังโยธา, อุบลรัตน์ ฐิริราชและปิยนุช กิมเสาว์ ,2559 ; hama R, Shama SC, Pradhan SN. ,2018 ; Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. ,2017) การศึกษาส่วนใหญ่ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแผนกจิตเวช ซึ่งแตกต่างจากบริบทของการศึกษาวิจัยนี้ ที่เป็นโรงพยาบาลชุมชน ไม่มีแพทย์เฉพาะทางด้านจิตเวช หากเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อาการไม่รุนแรงสามารถให้การวินิจฉัยและให้การรักษาเองได้ แต่ถ้าหากอาการรุนแรง หรือ มีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น จำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หรือ โรงพยาบาลขอนแก่น หากผู้ป่วยที่ได้ทำการส่งตัวไปรักษาต่อนั้นมีอาการสงบไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือ

ผู้อื่น จะได้รับการส่งต่อมาติดตามการรักษาต่อที่โรงพยาบาลสีชมพู และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังรับการรักษาติดตามอาการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลขอนแก่น และโรงพยาบาลชุมแพ ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

จากบริบทดังกล่าวส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลสีชมพู มีอาการไม่รุนแรง และมักเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมานานแล้ว ญาติจึงมักปรับตัวกับปัญหา คำนึงกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งผลให้เกิดความเครียดและความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าการศึกษาอื่น

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จากการศึกษาก่อน Habtamu Derajew และคณะ (Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. ,2017) พบว่า สถานะภาพโสด การดูแลผู้ป่วยมากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง และการดูแลผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากการวิจัยนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะ



ชิมเศร้าในแต่ละการวิจัยนั้นแตกต่างกันออกไปตามแต่บริบทของประชากรที่ทำการศึกษา

การที่ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย มีผลอย่างมากเนื่องจากการใช้ความรุนแรงทำให้เกิดความบาดเจ็บต่อร่างกายของผู้อื่นซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นผู้ดูแลเอง การถูกทำร้ายร่างกายนอกจากจะส่งผลทางกายภาพต่อผู้ถูกกระทำแล้ว ยังส่งผลต่อจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นความเครียด หวาดกลัว อายากลืนกินจากผู้ป่วย แต่ก็ไม่สามารถทำได้ทั้งเนื่องจากความรับผิดชอบที่ต้องดูแลผู้ป่วย หรือไม่มีที่พึ่งอื่นที่จะไปอาศัยอยู่ด้วย การที่ทรัพย์สินเสียหาย จากการศึกษาครั้งนี้มีความรุนแรงที่หลากหลาย มีตั้งแต่ ทำลายต้นไม้ ไปจนถึงเผาบ้านที่อยู่อาศัยของตนเอง นอกจากจะส่งผลต่อจิตใจต่อความรู้สึกไม่ดีโดยตรงจากการเสียทรัพย์สิน ยังทำให้เกิดความกลัว หวาดระแวง กลัวว่าผู้ป่วยจะทำลายทรัพย์สินซ้ำอีก การเสียทรัพย์สินยังส่งผลต่อความเครียดซึ่งเกี่ยวกับเศรษฐกิจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่วนใหญ่อยู่มีรายได้ไม่สูง ซ้ำรายได้มักมาจากการเกษตรกรรมซึ่งรายได้ไม่สม่ำเสมอ การที่ผู้ป่วยใช้สารเสพติดส่งผลต่อผู้ดูแลในหลายด้าน โดยเฉพาะถ้ามีการใช้สุราหรือยาบ้า ผู้ป่วยต้องใช้เงินเพื่อซื้อสารเสพติดอยู่เป็นประจำ โดยที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่สามารถประกอบอาชีพ ไม่มีรายได้ จึงต้องขอเงินจากผู้ดูแล หากผู้ดูแลไม่ให้ ผู้ป่วยบางรายจะหงุดหงิดทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน บางรายขโมยเงินหรือนำข้าวของในบ้านไปขายเพื่อนำไปซื้อหรือแลกสารเสพติด การมีเงินมาจากผลของสารเสพติดทำให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเป็นอันตราย นอกจากนั้นยังส่งผลทำให้อาการทางจิตกำเริบ และนำไปสู่การทำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหายอีกด้วย

ในเรื่องอาการปัจจุบันของผู้ป่วยนั้น มีผลโดยตรงต่อผู้ดูแลและความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย หากผู้ป่วยอาการสงบ ผู้ดูแลก็ไม่ต้องกังวลมาก ไม่ต้องเสียเวลาดูแลเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายทรัพย์สินใดๆ ผู้ดูแลสามารถทำกิจกรรมอย่างอื่นได้ มีเวลาได้พักผ่อนมากขึ้น ความเครียดที่เกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยที่อาการไม่สงบ ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย โดยเฉพาะคนในชุมชนก็จะไม่ได้หวาดกลัวและให้อภัยผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกันใน

ชุมชน และหากผู้ป่วยสามารถทำงานมีรายได้ ก็จะช่วยลดภาระการทำงานของผู้ดูแลไปอีกด้วย ในทางตรงกันข้ามหากป่วยอาการไม่สงบ ผู้ดูแลต้องเสียเวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เสียเวลาในการทำงาน เสียรายได้ ไม่ได้พักผ่อน ยิ่งถ้าผู้ป่วยมีการทำร้ายร่างกายหรือทำให้ทรัพย์สินเสียหาย จะส่งผลให้คนในชุมชนหวาดกลัว ไม่ต้องการให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ส่งผลให้ผู้ดูแลนั้นมีความกังวล ความทุกข์ใจ มีความเครียดมากขึ้นไปด้วย

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลสีชมพู อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 20 ธันวาคม 2563 ถึง 30 เมษายน 2564 จากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทการศึกษา 120 คน พบผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า 7 คน (ร้อยละ 5.8)

ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ประวัติผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้จัดทำวิจัยได้ทบทวนเพื่อหาแนวแก้ไขเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีขึ้นทั้งในเรื่องคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

1. จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย หากผู้ป่วยมีประวัติเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ใช้สารเสพติด อาการปัจจุบันของผู้ป่วยยังไม่สงบ ผู้มีความรู้สึกหวาดระแวงของต่อผู้ป่วย ควรคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลร่วมด้วย

2. จัดเพิ่มวันให้บริการนัดติดตามการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ลดระยะเวลารอคอยของผู้ป่วย รวมถึงจัดสรรเวลาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่ได้พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้า จึงควรมีการติดตามออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยประสานให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกเยี่ยมคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ควรมีการศึกษาติดตามผล ของการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสีชมพู เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสีชมพูทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวก ในการดำเนินการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- Wu EQ, Shi L, Bimbaum H, Hudson T, Kessler R. Annual prevalence of diagnosed schizophrenia in the USA: a claims data analysis approach. *Psychol Med.* 2006 Nov;36(11):1535–40.
- Moreno-Küstner B, Martín C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS One.* 2018;13(4):e0195687.
- El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK. Depressive Disorders Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Relation To Burden of Care and Perceived Stigma. 2010;17(3):10.
- Dyck DG, Short R, Vitaliano PP. Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med.* 1999 Aug;61(4):411–9.
- Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P. The impact of depression on the physical health of family members. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract.* 1998 Oct;48(435):1653–5.
- Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyot T, Tooreerach U, Kimsao P. Prevalence of Depression, Anxiety, and Associated Factors in Caregivers of Geriatric Psychiatric Patients. *J Psychiatr Assoc Thail.* 2016;61(4):319–30.
- Depression and Caregiving | Family Caregiver Alliance [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: <https://www.caregiver.org/depression-and-caregiving>
- Organization WH, Asia RO for S-E. Conquering depression: you can get out of the blues. 2001 [cited 2020 Jun 18]; Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204901>
- APA - American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry Fifth Edition [Internet]. [cited 2020 Jun 18]. Available from: https://www.appi.org/american_psychiatric_publishing_textbook_of_geriatric_psychiatry_fifth_edition
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และอุมาพร อุดมทรัพย์กุล. ความชุกของโรคซึมเศร้าในประชากรสูงอายุจังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.* 2554; 56(2): 103-116.
- อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ศรีนครินทร์เวชสาร. 2559; 31(1): 25-33.
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes.* 2009 Sep 11;7:84.
- Aarti, Ruchika, Kumar R, Varghese A. Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *Int J Community Med Public Health.* 2019 Jan 24;6(2):715–20.



- Sangsirirat S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patien. Med J SRISAKET SURIN BURIRAM Hosp. 2016;31(3):139–48.
- Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. Prevalence of Depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. J Med Assoc Thai. 2018 Jan 1;101(1):S1-6–6.
- ธิตีพันธ์ ธาณิรัตน์, ยาวลักษณ์ พนิตอังกูร, ตันติมา ต้วงโยธา, อุบลรัตน์ จูรีราชและปิยนุช กิมเสาว. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 319-330
- สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, ธีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและ วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 89-98
- Sharma R, Sharma SC, Pradhan SN. Assessing Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Kathmandu Medical College. J Nepal Health Res Counc. 2018 Jan 1;15(3):258–63.
- Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M. Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. BMC Psychiatry. 2017 09;17(1):88.