

ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม
(Depression Anxiety and stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in
NakornpathomHospital)

(Received: February 2,2023 ; Revised: February 8,2023 ; Accepted: February 9,2023)

วงศ์พร เจริญวัฒนาวิทย์¹

WarongpornChiarawattanavit¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง(Cross sectional study)มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คน ดำเนินการระหว่าง 10 กันยายน 2565 ถึง 31 ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้า 21 คำถาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินวิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ คือ ค่าความถี่ ร้อยละและค่าไคสแควร์

ผลการวิจัยภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม จากผู้เข้าร่วมการวิจัย ทั้งหมด 150 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ67.3) อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ 51 ปี ผลภาวะภาวะซึมเศร้า DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า 90คน(ร้อยละ60) ผลภาวะวิตกกังวล DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล 92คน(ร้อยละ61.3) ผลความเครียด DASS-21 พบมีความเสี่ยงภาวะเครียด 55คน(ร้อยละ36.7) พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุของผู้ดูแล สถานภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย การศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆร่วมด้วย อาการปัจจุบันของผู้ป่วยความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็นความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการมารับบริการ และสังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย พบปัจจัยที่มีผลต่อภาวะวิตกกังวลและความเครียดในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญคล้ายคลึงกับปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This Cross sectional study research aimed to study Depression, Anxiety and Stress and factor affecting the risk of Depression, Anxiety and Stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Nakornpathom Province. The sample were 150 elderlies. The conducted during 10 September 2022 – 31 December 2022. The tool of this study was the were DASS-21 screening questionnaire. Collecting data by evaluation from and analyzed by frequency, percentage and chi-square

The result following: This research aimed to study Depression, Anxiety and Stress in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients in Nakornpathom Province were found most of the samples were female(67.3%), average of age are 51 years. From screening with DASS-21, we found 90 persons with depression risk(60%). From screening with DASS-21, we found 92 persons with anxiety risk(61.3). From screening with DASS-21, we found 55 persons with stress risk(36.7). Significant factors affecting

¹ พบ. โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

the depression risk were age of caregiver, caregiver status, relation with patients, education, right of treatment, income, family income is sufficient to cover all expenses, congenital disease, patient care time per day, patient's history of violence, patients using drugs, patients current symptoms, feeling of the other towards the patients, patient's history of admit, length of travel time, length of service and society/community provides assistance and support in caring for patients. Significant factors affecting the anxiety risk and stress were analogous to significant factors affecting the depression risk.

keyword: Depression, anxiety and stress in primary Caregivers of Schizophrenia Patients

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาราวอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย พืชจากยา หรือสารเสพติด ทำให้เกิดปัญหาด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตัวเอง จัดเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญและมีผลกระทบต่อสังคมโดยมีอัตราการความชุกประมาณร้อยละ 0.5 – 1.5 ของประชากรทั่วโลก^{1,2} ส่วนในประเทศไทย จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กับหน่วยงานในสังกัดของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปี 2558–2563 มีรายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยรวมที่เข้ารับบริการทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าตัวในช่วงหกปีที่ผ่านมา จาก 1.4 ล้านคนในปี 2558 เป็น 2.7 ล้านคนในปี 2563 โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 283,065 คน และมีแนวโน้มสูงขึ้นในปีถัดไป

การที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งปัญหาการดำเนินชีวิต³จากการที่ในชุมชนหวาดกลัวผู้ป่วย สูญเสียรายได้ เนื่องจากต้องขาดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือต้องเฝ้าดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ภาระการดูแลเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ความเบื่อหน่ายซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้ดูแล ทำให้อาจมีปัญหาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด⁴ ซึ่งปัญหาทางด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ยังเป็นปัญหาที่ไม่ได้รับความตระหนัก เนื่องจากอาการของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด อาจไม่ได้แสดงออกชัดเจน และผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความสนใจดูแลผู้ป่วยจนไม่ได้ใส่ใจกับภาวะผิดปกติของอารมณ์ความรู้สึกของตนเอง ทำให้ปัญหาถูกมองข้ามไปซึ่งองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปี ค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่

ก่อให้เกิดภาวะทุกข์ทรมานมากที่สุดเป็นอันดับสองรองจากโรคหัวใจ สำหรับกลุ่มโรคจิตเภทก็จะเป็นกลุ่มโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด⁵⁻⁷ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วยเช่นกันและเป็นโรคที่ทำให้เกิดอาการที่มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตเช่นเดียวกับโรคซึมเศร้า

จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 25.0 ของผู้ดูแลจิตเภทครบการวินิจฉัยสำหรับโรคทางจิตเวช¹⁵ และในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁶ โดยการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการเกิดกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.3¹⁷ และพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 40¹⁸ อีกทั้งมีหลายงานวิจัยที่ทำการศึกษาทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทพบว่ามีปัจจัยที่แตกต่างกันที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด มีคุณภาพชีวิตที่เสื่อมถอย รวมถึงการเป็นภาระในการใช้ชีวิต¹⁹⁻²⁴ ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่าแต่ละท้องที่ที่ทำงานวิจัยได้ค่าภาวะของโรคซึมเศร้าแตกต่างกัน ตั้งแต่ ร้อยละ 15.7¹² , 11.4¹¹ , 10.1¹³ , 5.9²⁶ , 78.3²⁸

โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าข้อมูลประชากรประจำปี 2564 จังหวัดนครปฐมมีประชากรจำนวน 922,171 คน มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 4,364 คน มีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการขึ้นทะเบียนสะสมทั้งหมด 12,205 คน ซึ่งปัญหาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นเรื่องที่ยังถูกละเลย ไม่ได้รับความสนใจ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจมีการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดไม่รู้ตัว ซึ่งภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และ

ความเครียดจะทำให้เกิดความบกพร่องในการใช้ชีวิตประจำวันและหน้าที่การงานแล้ว ยังเป็นเหตุที่นำไปสู่การทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการที่ผู้ดูแลมีภาวะไม่สุขสบายทางใจนั้น อาจส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำได้เต็มที่ ทำให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปได้ยากขึ้นอีกด้วย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง(descriptive cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คัดเลือกผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภททุกคนที่พาผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าวิจัย(Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาเป็นผู้ป่วยนอกที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป
3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. อายุ 20ปีขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัคร(Exclusion Criteria)

1. มีภาวะโรคทางกายที่ยังไม่คงที่ จนทำให้การเข้าร่วมงานวิจัยเป็นไปด้วยความยากลำบาก เช่น มีภาวะปวดหลังมากจนไม่สามารถนั่งทำแบบทดสอบเป็นระยะเวลานานมาก

2. มีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสาร เช่น ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย หรือ มีภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) ได้ใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วน(แบบไม่ทราบประชากร)

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1-p)}{e^2}$$

n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม

P คือ ความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ซึ่งเท่ากับ 0.183 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม¹⁸

Z คือ ค่าสัมประสิทธิ์ได้โค้งปกติมาตรฐานที่มีความเชื่อมั่น 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

e² คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ 143 ราย และทำการเก็บเพิ่มเพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ จึงใช้ผู้ร่วมเข้างานวิจัยทั้งสิ้น 150 ราย

การจัดผู้เข้าร่วมวิจัย/อาสาสมัครเข้ากลุ่ม

(Subject Allocation)

- ไม่มีการแบ่งกลุ่ม (ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้รับ

การปฏิบัติเหมือนกันตลอดการเข้าร่วมวิจัย)

การดำเนินการหากผู้เข้าร่วมวิจัยถอนตัวออกจากการวิจัย

- ไม่ต้องรับผู้เข้าร่วมวิจัยทดแทน เนื่องจาก

คำนวณเผื่อ drop out ไว้แล้ว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัคร และแบบยินยอมอาสาสมัคร

2. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่อาจมีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิต

3. แบบสอบถามDASS-21 เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียด ประกอบไปด้วยคำถาม 21 ข้อ แต่ละคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ โดย 0 หมายถึงไม่ตรงกับข้าพเจ้าเลย และ 3 หมายถึงตรงกับข้าพเจ้ามาก หรือเกิดขึ้นบ่อยมากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาจำนวนและข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) โรงพยาบาลนครปฐม ในช่วงระยะเวลา 1 ปี ย้อนหลัง ศึกษาความรู้ แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวทางในการตรวจคัดกรองและให้การดูแลภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

จัดทำเอกสารในการใช้สอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ซึ่งประกอบไปด้วย เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย แบบแสดงความยินยอมให้ทำวิจัยจากอาสาสมัคร และแบบเก็บข้อมูล และ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด

ระยะที่ 2 ประชุมทีมผู้รับผิดชอบแผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่จะทำหน้าที่เชิญชวนผู้ดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นอาสาสมัคร ประกอบด้วย พยาบาลประจำคลินิก จำนวน 7 คน และนักจิตวิทยา จำนวน 2 คน ที่หมุนเวียนทำหน้าที่คัดกรองคนไข้แผนกจิตเวชวันละ 4 คนผู้วิจัยจัดทำแนวทางการตอบแบบสอบถามและการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการตามปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช)โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม ที่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามาศึกษา(Inclusion criteria) จากนั้นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท ยินยอมในการเป็นอาสาสมัคร จะให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทลงลายมือชื่อในแบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร

3. ให้ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถาม และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล

และความเครียด หากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถอ่านหรือเขียนได้ พยาบาลประจำคลินิกเฉพาะโรคจิตเภทจะทำการอ่านแบบสอบถามให้ และบันทึกข้อมูลตามผู้ร่วมวิจัยให้คำตอบ

ระยะที่ 3 เก็บรวบรวมข้อมูลผล นำข้อมูลการประเมินทั้งหมดที่ได้รับมาตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลไปทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS และนำเสนอผลงานเพื่อปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่และค่าร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านการเข้าถึงการรับบริการ/รักษา กับภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล และความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดย univariate analysis และ 95% confident interval จากนั้นนำปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า วิดกกังวล ความเครียด และคุณภาพชีวิตหากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท มาวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี multiple logistic regression analysis โดยค่า p-value ที่น้อยกว่า 0.05 ถือว่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย

อาสาสมัคร(ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท)จะได้รับฟังคำอธิบายจากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการการคัดกรองภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียด ในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อาสาสมัครจะได้รับทราบถึงรายละเอียดของโครงการวิจัยโดยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และสามารถถอนตัวออกจากการศึกษานี้เมื่อไหร่ก็ได้ถ้าไม่ประสงค์เข้าร่วมโดยไม่เสียสิทธิ์ใดๆในการรักษาพยาบาลที่จะเกิดขึ้นตามมาในอนาคตต่อไป

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม2565 ถึง 29ธันวาคม2565 มีผู้เข้าเกณฑ์การวิจัย

150 คน เป็นเพศชาย 49 คน(ร้อยละ32.7) เพศหญิง 101 คน(ร้อยละ67.3) อายุของผู้ดูแลจิตเภทน้อยสุด 24 ปี อายุมากที่สุด 79ปี อายุเฉลี่ยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 51.43 ปี สถานะโสด 27คน สมรส115คน หม้าย5คน หย่า2คน แยกกันอยู่ 1 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พบว่าเป็นบิดาของผู้ป่วย 6 คน(ร้อยละ 4) มารดาของผู้ป่วย38คน(ร้อยละ 25.3) สามี/ภรรยาของผู้ป่วย 65 คน (ร้อยละ43.3) บุตรของผู้ป่วย 21คน(ร้อยละ14) ญาติของผู้ป่วย16คน(ร้อยละ10.7) อื่นๆ 4คน(ร้อยละ2.7) ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลจิตเภทส่วนใหญ่เป็นระดับประถมศึกษา 70คน(ร้อยละ46.7) มัธยมศึกษาตอนต้น 29คน(ร้อยละ19.3) มัธยมศึกษาตอนปลาย 33คน(ร้อยละ 22) และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า 18คน(ร้อยละ12) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีเชื้อชาติไทย 147คน(ร้อยละ98) จีน 3คน(ร้อยละ2) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ 134คน(ร้อยละ89.3) ศาสนาคริสต์15คน(ร้อยละ10)และศาสนาอิสลาม1คน(ร้อยละ0.7) สิทธิการรักษาของผู้ป่วย ประกอบด้วย บัตรทอง 103คน(ร้อยละ68.7) ประกันสังคม 27คน(ร้อยละ18) เบิกจ่ายตรง 13คน(ร้อยละ8.7) และอื่นๆ 7คน(ร้อยละ4.7) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ทำงานเต็มเวลา 96คน(ร้อยละ64) ว่างาน 45 คน(ร้อยละ30) ทำงานไม่เต็มเวลา3คน(ร้อยละ2) และอื่นๆ6คน(ร้อยละ4) รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน จำนวน 66คน(ร้อยละ 44) 5,000-10,000บาท/เดือน จำนวน59คน(ร้อยละ39.3) 10,000-15,000บาท/เดือน จำนวน 18คน(ร้อยละ12) และมากกว่า 15,000บาท/เดือน จำนวน 7คน(ร้อยละ 4.7) จากการตอบแบบสอบถามพบว่ารายได้ของครอบครัวเพียงพอ 95คน(ร้อยละ 63.3) ไม่เพียงพอ 55 คน(ร้อยละ36.7) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว 99คน(ร้อยละ66) มีโรคประจำตัว 1 โรค 35คน(ร้อยละ23.3) และมีโรคประจำตัวมากกว่า1โรค 16คน(ร้อยละ10.7)ส่วนใหญ่มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย 124คน(ร้อยละ82.7) ไม่มีผู้ร่วมดูแลผู้ป่วย 26คน (ร้อยละ17.3) ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่มากกว่า 2 ปี 125คน(ร้อยละ83.3) 1-2ปี 18คน(ร้อยละ

12) 6เดือน-1ปี 5คน(ร้อยละ3.3) และ1-6เดือน 2คน(ร้อยละ1.3) เวลาในแต่ละวันที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ 6-12ชั่วโมง(ร้อยละ39.3) รองลงมาคือ 12-18ชั่วโมง 44คน(ร้อยละ29.3) 1-6ชั่วโมง 32คน(ร้อยละ21.3) และ 18-24ชั่วโมง 15คน(ร้อยละ15)ตามลำดับ

จากข้อมูลพบผู้ป่วยจิตเภทมีประวัติเคยทำร้ายร่างกายหรือทำลายทรัพย์สิน 67คน(ร้อยละ44.7) พบผู้ป่วยมีการใช้สารเสพติด65คน(ร้อยละ43.3) ประกอบด้วยสุราร้อยละ 6.7 บุหรี่/ยาเส้นร้อยละ10.7 ยาบ้า ร้อยละ 5.3 กัญชาร้อยละ 0.7 และใช้ร่วมกันตั้งแต่สองอย่างขึ้นไปร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ผู้ป่วยอาการสงบสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังไม่สามารถหารายได้ได้ รองลงมาอาการ สามารถช่วยเหลือตนเองได้และสามารถหารายได้ได้ มีจำนวน 76คน(ร้อยละ50.7)และ26คน(ร้อยละ17.3) ตามลำดับ พบอาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ 23คน(ร้อยละ15.3) อายุยังไม่สงบแต่ไม่เป็นอันตราย 22คน(ร้อยละ14.7) อาการไม่สงบและเป็นอันตราย 3คน(ร้อยละ2) ความรู้สึกส่วนใหญ่ของผู้ติดต่อผู้ป่วยไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้จำนวน 82ราย(ร้อยละ54.7) และพบ 10ราย(ร้อยละ6.7)เป็นที่หวาดกลัวไม่ควรอยู่ร่วมกับคนอื่นในชุมชน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับรักษาต่อในโรงพยาบาล 64คน(ร้อยละ42.7) ที่เหลือเคยเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล และเคยมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 49คน(ร้อยละ32.7) และ 37คน(ร้อยละ24.7) ตามลำดับ และส่วนใหญ่ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน 91คน(ร้อยละ60.7)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้ระยะเวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาล 31-60 นาที(93คน ร้อยละ62) มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางส่วนใหญ่ 50-100บาท(71คน ร้อยละ47.3) ใช้เวลารวมในการรับบริการส่วนใหญ่ 1-2 ชั่วโมง(92คน ร้อยละ61.3) จากข้อมูลพบผู้ดูแลจิตเภทมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และมีความเสี่ยงต่อความเครียดจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 150 คนดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนอาสาสมัครที่มีภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดตามแบบทดสอบ DASS-21

อาการ	ภาวะซึมเศร้า	ภาวะวิตกกังวล	ความเครียด
ปกติ	60(40%)	58(38.7%)	95(63.3%)
มีอาการเล็กน้อย	19(12.7%)	21(14%)	10(6.7%)
มีอาการปานกลาง	26(17.3%)	15(1%)	13(8.7%)
มีอาการมาก	16(10.7%)	13(8.7%)	28(18.6%)
มีอาการมากที่สุด	29(19.3%)	43(28.6%)	4(2.7%)
รวม	150	150	150

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
1. เพศ			0.055			<0.05*			0.09
(1) ชาย	25	24		29	20		25	24	
(2) หญิง	35	66		38	63		37	64	
2. อายุ			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) 24-41 ปี	20	14		21	13		21	13	
(2) 42-59 ปี	32	39		36	35		32	39	
(3) 60-77 ปี	8	37		10	35		9	36	
3. สถานภาพ			<0.05*			<0.05*			0.47
(1) โสด, หม้าย, หย่า, แยกทาง	19	16		19	16		19	16	
(2) สมรส	41	74		48	67		43	72	
4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) บิดา, มารดาของผู้ป่วย	11	33		12	32		12	32	
(2) สามี/ภรรยาของผู้ป่วย	24	41		28	37		24	41	
(3) บุตรของผู้ป่วย	14	7		15	6		16	5	
(4) ญาติของผู้ป่วย, อื่นๆ	11	9		12	8		10	10	
5. การศึกษาสูงสุด			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ประถม	16	54		21	49		15	55	
(2) มัธยมต้น	15	14		15	13		15	14	
(3) มัธยมปลาย/ปวช.	18	15		18	15		19	14	
(4) ปริญญาตรี	11	7		12	6		13	5	
6. ศาสนา			0.23			0.99			0.94
(1) พุทธ	52	82		58	76		53	81	
(2) คริสต์, อิสลาม	8	8		9	7		9	7	
7. สิทธิการรักษาของผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) 30 บาท	29	74		35	68		30	73	
(2) ปกส.	19	8		19	8		19	8	
(3) ประกัน, อื่นๆ	12	8		13	7		13	7	
8. งาน			0.53			<0.05*			<0.05*
(1) ว่างงาน	15	30		14	31		10	35	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) ทำงาน	45	60		53	52		52	53	
9. รายได้			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) น้อยกว่า 5,000บาท/เดือน	14	52		17	49		11	55	
(2) 5,000-10,000บาท/เดือน	31	28		33	26		34	25	
(3) มากกว่า10,000บาท/เดือน	15	10		17	8		17	8	
10. รายได้ของครอบครัว เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายทั้งหมด			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) เพียงพอ	51	44		55	40		53	42	
(2) ไม่เพียงพอ	9	46		12	43		9	46	
11. โรคประจำตัว			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่มี	51	48		54	45		53	46	
(2) มีโรคประจำตัวตั้งแต่1โรคขึ้นไป	9	42		13	38		9	42	
12. ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มดูแล ผู้ป่วยจนถึงปัจจุบัน			0.26			<0.05*			<0.05*
(1) 1 เดือน – 2 ปี	14	11		16	9		12	13	
(2) มากกว่า 2 ปี	46	79		51	74		50	75	
13. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) 1-6 ชั่วโมง	18	14		21	11		21	11	
(2) 6-12 ชั่วโมง	26	33		31	28		27	32	
(3) 12-24 ชั่วโมง	16	43		15	44		14	45	
14. ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่เคย	49	34		56	27		52	31	
(2) เคย	11	56		11	56		10	57	
15. ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆ ร่วมด้วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ไม่มี	50	35		57	28		54	31	
(2) ใช้ร่วมกันตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป	10	55		10	55		8	57	
16. อาการปัจจุบันของผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) อาการยังไม่สงบ/อาการรุนแรงเป็นอันตราย, อาการยังไม่สงบแต่เป็นอันตราย, อาการสงบแต่ไม่สามารถช่วยตัวเองได้	6	42		5	43		6	42	
	35	41		42	34		36	40	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) อาการสงบ สามารถช่วยตนเองได้ แต่ยังไม่สามารถหารายได้ได้ (3)อาการสงบ สามารถช่วยตนเองได้ และสามารถหารายได้ได้	19	7		20	6		20	6	
17.ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/ โรคที่ผู้ป่วยเป็น (1) เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น ไม่ควรอยู่ในชุมชน,เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่นแต่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้ (2)ไม่เป็นที่หวาดกลัว/รังเกียจต่อผู้อื่น และสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนได้	5	57	<0.05*	6	56	<0.05*	6	56	<0.05*
18. ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช (1) เคย (2) เคยมากกว่า 1 ครั้ง (3) ไม่เคย	15	34	<0.05*	16	33	<0.05*	16	33	<0.05*
19. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ (1) ค่าใช้จ่ายน้อยกว่า 50 บาท (2) ค่าใช้จ่าย 50-100 บาท (3) ค่าใช้จ่ายมากกว่า100บาท	9	8	0.12	9	8	0.41	10	17	0.93
20. ระยะเวลาในการเดินทาง (เฉพาะเวลาเดินทางจากบ้านมายังโรงพยาบาล) (1) น้อยกว่า 30 นาที (2) มากกว่า30นาที	20	14	<0.05*	19	15	0.08	18	16	0.09
21. ระยะเวลาในการมารับบริการ(ระยะเวลาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลจนออกจากโรงพยาบาล) (1) น้อยกว่า 2 ชั่วโมง	48	62	<0.05*	55	58	<0.05*	51	59	0.26

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียด

ปัจจัย	ความเสี่ยงภาวะซึมเศร้า			ความเสี่ยงภาวะวิตกกังวล			ความเสี่ยงภาวะเครียด		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง	p-value
(2) มากกว่า 2 ชั่วโมง	12	28		12	28		11	29	
22. สังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย			<0.05*			<0.05*			<0.05*
(1) ได้รับความช่วยเหลือ	47	12		47	12		48	11	
(2) ไม่ได้รับความช่วยเหลือ	13	78		20	71		14	77	

สรุปผลการวิจัย

การศึกษานี้พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 60 ภาวะวิตกกังวลคิดเป็นร้อยละ 61.3 และความเครียด ร้อยละ 36.7 ซึ่งสูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในประชากรไทยซึ่งได้จากการสำรวจระดับชาติสุขภาพจิตของประเทศในในปี พ.ศ. 2556 ด้วยเครื่องมือ World Mental Health – Composite International Diagnosis Interview version 3.0(WMH-CIDI 3.0) โดยพบว่าความชุกของโรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) ในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 1.6²⁷ และความชุกของโรควิตกกังวล (Any anxiety disorder) ในประชากรไทยอยู่ที่ร้อยละ 3.1²⁷ ส่วนความเครียดจากการศึกษาของกรมสุขภาพจิตในปี 2539 พบว่าประชาชนในประเทศไทยที่มีอายุ 12-60 ปี มีความเครียดถึงร้อยละ 67.6 อย่างไรก็ตามความชุกของการศึกษานี้สูงกว่าความชุกของภาวะซึมเศร้า และภาวะวิตกกังวลในประชากรไทยค่อนข้างสูง ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะพบปัญหาโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวลมากกว่าคนทั่วไป บุคลากรสุขภาพจิตจึงควรตรวจและเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้

เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ที่ผ่านมาพบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีความแตกต่างกันออกไปตามการศึกษาต่างๆ เช่น การศึกษาของ Wongchai ซึ่งใช้แบบประเมินภาวะ

ซึมเศร้าของเบ็คและพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 78.3²⁸ หรือการศึกษาของ Sandy และคณะที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 40.0 จากการใช้เครื่องมือ CES-D ในการประเมิน¹⁸ หรือการศึกษาของ พิชญ์ ที่ใช้แบบประเมิน PHQ-9 พบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 5.9 หรือการศึกษาของ อธิพันธ์ และคณะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 15.7 จากการใช้เครื่องมือ THAI HADS ในการประเมิน¹² จะเห็นได้ว่าในภาพรวมความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลจิตเภทนั้นค่อนข้างสูง แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ เช่น ในการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแผนกจิตเวช ซึ่งมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือยังมีความจำเป็นต้องพบจิตแพทย์เพื่อทำการดูแลรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อคนไข้อาการคงที่อาการสงบไม่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ทางแผนกจะทำการส่งต่อมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มนี้ไม่ได้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ผลการศึกษาความชุกของภาวะวิตกกังวล เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ก็พบว่ามี ความแตกต่างกันออกไปตามการศึกษาต่างๆ เช่นกัน เช่น การศึกษาของ อธิพันธ์ และคณะพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 28.3 จากการใช้เครื่องมือ

THAI HADS ในการประเมิน¹² หรือการศึกษาของ Sharma และคณะที่ใช้แบบประเมินภาวะวิตกกังวลของbeckในการประเมิน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะวิตกกังวลร้อยละ 29¹⁴ ซึ่งคล้ายกับภาวะซึมเศร้าคือในภาพรวมความชุกของภาวะวิตกกังวลในผู้ดูแลจิตเภทนั้นค่อนข้างสูง แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

ผลการศึกษาความชุกของความเครียด ยังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย แต่ก็พบเช่นเดียวกันว่ามีความชุกของความเครียดที่สูง เช่นในการศึกษาของ Sharma และคณะ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดสูงถึงร้อยละ 72¹⁴ ทั้งนี้แต่ความชุกอาจจะแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ระดับความรุนแรงของโรค แบบวัดที่ใช้ หรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ

จากการวิจัยนี้พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลคืออายุของผู้ดูแล สถานภาพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วย การศึกษาสูงสุด สิทธิการรักษาของผู้ป่วย รายได้ของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัวเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย โรคประจำตัวของผู้ดูแล ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยต่อวัน ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ผู้ป่วยมีใช้สารเสพติดต่างๆร่วมด้วย อาการปัจจุบันของผู้ป่วย ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ความรู้สึกของผู้อื่นต่อผู้ป่วย/โรคที่ผู้ป่วยเป็น ผู้ป่วยเคยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้านจิตเวช ระยะเวลาในการเดินทาง ระยะเวลาในการมารับบริการ และสังคม/ชุมชนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามในการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ผลลัพธ์ที่หลากหลาย เช่นการศึกษาของ Hatamu¹⁹ และคณะพบว่าสถานภาพโสดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่การศึกษาของพิชญ์²⁶ ไม่พบว่ามีสถานภาพโสดไม่มีปัจจัยที่มีผล หรืออายุ

ของผู้ดูแลมีการศึกษาพบว่าอายุของผู้ดูแลที่น้อยมีโอกาเกิดโรคซึมเศร้ามากกว่า¹⁸ แต่ก็มีการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่อายุมากกว่ามีโอกาเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่า⁴ บางการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุและภาวะซึมเศร้าเลย^{29,30} ด้านปัจจัยอื่นๆส่วนบุคคลของผู้ดูแล เช่นสุขภาพกายที่ไม่ดี²⁹ การศึกษาที่ไม่สูง¹¹ รายได้และความเพียงพอของรายได้³⁰ ในบางการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า แต่ในขณะเดียวกันก็มีหลายการศึกษาที่พบว่าไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าวกับภาวะซึมเศร้า^{17,18,29,30} ในด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย มีการศึกษาที่รายงานว่า ระยะเวลาที่มากขึ้นในการดูแลผู้ป่วย^{17,30} และระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล¹⁷ แต่ก็มีหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้^{18,29,30} บางการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช เช่นการอาการทางจิตที่รุนแรงในผู้ป่วย¹⁷ และการที่ผู้ป่วยเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหายก็ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้าได้³⁰ ในขณะเดียวกัน หลายการศึกษาก็ไม่พบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆกับการเกิดภาวะซึมเศร้า^{17,18,29,30}

นอกจากนี้จากการศึกษายังพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะวิตกกังวลและความเครียดอย่างมีนัยสำคัญ คล้ายคลึงกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตผู้ดูแลในหลายแง่มุมซึ่งบุคคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญเช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยเช่นกัน ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study จึงระบุได้เพียงปัจจัยที่สัมพันธ์กันเท่านั้นไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบเหตุและผล(causative relationship)ได้ และ การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลนครปฐม เท่านั้น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขนาดใหญ่ ดังนั้นการศึกษาไปใช้ในพื้นที่อื่นๆจึงควรพิจารณาถึง

บริบทที่แตกต่างจากการศึกษาคั้งนี้ นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ศึกษาคั้งนี้เป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และความเครียดไม่ใช่การสัมภาษณ์เพื่อวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ ประชากรศึกษาที่มีความเสี่ยงควรได้รับการตรวจตามมาตรฐานจากแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผู้จัดทำวิจัยได้ทบทวนเพื่อหาแนวทางแก้ไขเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติที่ดีขึ้นทั้งในเรื่องคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอื่นๆ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่ได้พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ทำให้ไม่ได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดจึงควรมีการติดตามออกเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจคัดกรองภาวะทางจิตเวช โดยประสานให้เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลและความเครียดของผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท

2. จากข้อมูลที่ได้จากการวิจัย หากผู้ป่วยมีประวัติเคยทำร้ายร่างกาย/ทำให้ทรัพย์สินเสียหาย ใช้ยาเสพติด เคยรักษาตัวในโรงพยาบาลทางจิตเวช อาการปัจจุบันของผู้ป่วยยังไม่สงบ ผู้อื่นมีความรู้สึก

ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ชุมชนไม่ได้ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยควรคัดกรองภาวะซึมเศร้า วิตกกังวลในผู้ดูแลด้วย

3. จัดเพิ่มวันให้บริการนัดติดตามการรักษาของผู้ป่วยเพื่อลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย รวมถึงจัดสรรเวลาในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติมากขึ้น

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษารูปแบบ multicenter เพื่อความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะทำให้ผลการศึกษานำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในเขตตัวเมืองและชนบท

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีปัจจัยอื่นที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลและความเครียดที่ไม่ได้ทำการศึกษา เช่น การถูกตีตราด้วยตัวโรค วิธีเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ความมั่นใจเกี่ยวกับความรู้ในโรคจิตเภท หรือความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งควรศึกษาต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม เจ้าหน้าที่แผนกผู้ป่วยนอก(คลินิกเฉพาะโรคจิตเวช) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลนครปฐมทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการ

เอกสารอ้างอิง

1. 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.
2. Moreno-Kustner B, Martin C, Pastor L Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analysis. PlosOnw. 2018,13(4):e0195687
3. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK, 2010; Sobieraj M, Williams J, Marley J, Ryan P.,1998
4. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A-SMK, 2010; Thaneerat T, Panitangkool Y, Doungyota T, Tooreerach U, Kimsao P.,2016
5. Sadock BJ, Sandock VA. Anxiety disorder. In: Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins; 2007. P. 581-634.
6. Han J, Park M, Hales RE. Anxiety disorders. In: McCarron RM, Xiong GL, Bourgeois JA, editors. Lippincott's primart care psychiatry. China: Lippincott William & Wilkins; 2009. P. 61-79.



7. Brinkrant J, Carlsen A. Crash course psychiatry. Philadelphia, PA: Mosby; 2007
8. Caqueo-Urizer A, Gutierrez-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.
9. 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
10. Sangsirat S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patient. Med J SRISAKET SURIN BURIRUM Hosp. 2016;31(3):139-48
11. Rungwittayanuwat P, Phattharayuttawat S, Charoensak S. Prevalence of depression and its Associated Factors among Caregivers of Patients with Schizophrenia. J MrdAssoc Thai. 2018 Jan 1;101(1):S16-6.
12. อติพันธ์ ธาณินทร์มเหศวรลักษณ์ พนิธอังกูรม ตันติมา ดำรงโยธาม อุบุญรัตน์ ฐีรราชและปิยนุช กิมเสาว. ความทุกข์ของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2559; 61(4): 319-330
13. สุวิทย์ เจริญศักดิ์, กอบภทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, อีรศักดิ์ สาตรา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาลและวรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ. ความทุกข์ของโรคจิตเวชในผู้ป่วยสูงอายุ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2561; 63(1): 89-98
14. 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
15. Laidlaw TM, Coverdale JH, Falloon IRH, Kydd RR. Caregiver' Stresses when Liver Together or apart from Patients with Chronic Schizophrenia. Community Ment Health J 2002; 38: 303-10
16. Kogovsek B, Dolnicar B. Depression in the families of patients with psychosis. Phychiatr Danub 2009; 21: 73-6
17. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. CurrPsychiatr 2010; 17: 15-25
18. Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez 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
19. 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.
20. Victor Olufolahan Lasebikan, Olatunde Olayinka Ayinde. Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. Indian J PsychoMed 2013 Jan-Mar; 35(1): 60-66.
21. เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2540
22. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in care givers of patients with schizophrenia: A literature review. Health and Quality of Life Outcomes 2009; 7: 84.

23. ทศนีย์ กุลจนะพงษ์พันธ์, กฤตณัย แก้วยศ, ดุชนันท์ อุดมอิทธิพงศ์, เกตุรมาศ อยู่ถิณ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2559;10(2): 23-35
24. งามอาจ เชียงแขม ชัยชนะ นิ่มนวล. ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษา อยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551 ก.ย.-ต.ค.;52(5):379- 91
25. FetenFekih-Romdhane, Sana Ben Ali, Nada Ghazouani, Salma Tira, MajdaCheour. Burden in Tunisian Family Caregivers of Older Patients with Schizophrenia Spectrum and Bipolar Disorders; Associations with Depression, Anxiety, Stress, and Quality of Life. Clinical Gerontologist. 2020; 43(5): 545-557
26. พิชญ์ วชิราภกร. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอสีชมภู จังหวัดขอนแก่น. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2564;6(2):82-91
27. Kittirattanpaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tantiaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national survey 2013. Journal of mental health of Thailand 2017; 25 : 1-19
28. Wongchai C. Depression Among Caregivers of person with schizophrenia.(Master's thesis). Chaimai: Chaimai University; 2003
29. Thanyadee C, Sitthimongkol Y, Sabgon S, Chai-Aroon T, Hegadoren KM. Predictors of depressive symptoms and physical health in caregiver of individuals with schizophrenia Nursing & Health Sciences. 2015; 17: 412-9
30. 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 Mental Health Syst 2013; 7: 2