

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรับรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
ในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Prevalence and Factors associated with Caregiver Burden of Schizophrenia Patients in Don Mod  
Daeng District, Ubon Ratchathani Province.

(Received: February 3,2026 ; Revised: February 7,2026 ; Accepted: February 9,2026)

ฉัตรชัย เอ็งอุทัยวัฒน์<sup>1</sup>

Chatchai Enguthaiwat<sup>1</sup>

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรับรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 187 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนจากหน่วยบริการสุขภาพ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย และแบบประเมินภาระการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ chi-square หรือ Fisher's exact test การทดสอบ t-test หรือ Mann-Whitney U test และการวิเคราะห์ logistic regression

ผลการศึกษา: พบว่าผู้ดูแลมีความรับรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 80.75 โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 42.25) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรับรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์ด้วย multiple logistic regression ได้แก่ รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55) การดื่มสุราของผู้ดูแล (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73) และการไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01)

**คำสำคัญ (Keywords):** โรคจิตเภท; ผู้ดูแล; ความรับรู้สึกเป็นภาระ

Abstract

This study aimed to study the prevalence and factors associated with caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia in Don Mod Daeng District, Ubon Ratchathani Province. This survey research by cross-sectional study collected data from 187 primary caregivers of patients with schizophrenia using proportionate stratified random sampling from health service units. The research instruments consisted of questionnaires on caregivers' and patients' general characteristics and the Thai version of the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test or Fisher's exact test, independent t-test or Mann-Whitney U test, and logistic regression analysis.

Results: The prevalence of caregiver burden among caregivers of patients with schizophrenia was 80.75%, with the majority experiencing a moderate level of burden (42.25%). Factors significantly associated with caregiver burden based on multiple logistic regression analysis included insufficient family income (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55), alcohol consumption among caregivers (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73), and absence of caregiving assistance (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01).

**Keywords:** Schizophrenia; Caregivers; Caregiver burden

<sup>1</sup> พ.บ.แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding author. E-mail address : guckpisces17@gmail.com

## บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่มีความรุนแรงและซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดและพฤติกรรมที่ผิดปกติ รวมถึงการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตประจำวัน โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและกำเริบซ้ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้อย่างเต็มที่ และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาวจากครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก<sup>1</sup>

ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนจากการรักษาในสถานพยาบาลระยะยาวไปสู่การดูแลแบบเน้นชุมชน (community-based mental health care) มากขึ้น แม้แนวทางดังกล่าวจะช่วยลดภาระของระบบบริการสุขภาพและส่งเสริมการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วย แต่ในทางปฏิบัติกลับส่งผลให้ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกถ่ายโอนไปยังครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ดูแลหลักซึ่งมักเป็นบิดามารดา คู่สมรส หรือญาติสายตรง ต้องรับผิดชอบทั้งการดูแลด้านร่างกาย การกำกับการใช้ยา การเฝ้าระวังอาการกำเริบ รวมถึงการจัดการปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน<sup>2</sup> บทบาทการดูแลดังกล่าวอาจก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งเป็นภาวะความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในหลายมิติ ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ โดยมักแสดงออกในรูปของความเหนื่อยล้าเรื้อรัง ความวิตกกังวล ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อาจส่งผลเสียต่อทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยในระยะยาว<sup>1</sup>

หลักฐานจากการศึกษาทั่วโลกชี้ว่าความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความชุกอยู่ในระดับสูง โดยมีรายงานว่าผู้ดูแลประมาณหนึ่งในสามจนถึงมากกว่าสองในสามมีภาระการดูแลในระดับปาน

กลางถึงรุนแรง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 38.2 มีภาระการดูแลในระดับรุนแรง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องสามารถอธิบายความแปรปรวนของ caregiver burden ได้มากกว่าร้อยละ 50 (Rahmani et al., 2022)<sup>2</sup> ขณะที่การศึกษาในประเทศไนจีเรียรายงานว่าผู้ดูแลมากถึงร้อยละ 85<sup>3</sup> ปัจจัยด้านอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะระดับความพิการ การกำเริบซ้ำของโรค และพฤติกรรมก้าวร้าวหรือความรุนแรง มีความสัมพันธ์กับระดับภาระการดูแลที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับการคุกคามทางวาจา การควบคุมอารมณ์ที่บกพร่องหรือการทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย มีแนวโน้มเกิด caregiver burden ในระดับสูง ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยและสุขภาพจิตของผู้ดูแล<sup>4-5</sup>

ปัจจัยด้านผู้ดูแลเองก็มีบทบาทสำคัญต่อระดับของ caregiver burden ได้แก่ อายุที่มากขึ้น เพศหญิง ระดับการศึกษาต่ำ รายได้ครัวเรือนต่ำ การสูญเสียโอกาสทางเศรษฐกิจจากการดูแลผู้ป่วย รวมถึงระยะเวลาและจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน งานวิจัยชี้ว่าผู้ดูแลที่ต้องรับบทบาทการดูแลเป็นระยะเวลานานและขาดทรัพยากรสนับสนุนมีแนวโน้มเกิดภาระการดูแลในระดับสูง<sup>2</sup> ในระดับครอบครัวและสังคม การขาดการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ตราบาปเกี่ยวกับโรคจิตเภท และการทำหน้าที่ของครอบครัวที่บกพร่องล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้ caregiver burden ทวีความรุนแรงขึ้น มีงานวิจัยพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลมากกว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว<sup>7</sup>

แม้ว่าประเทศไทยจะมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตในระดับชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อมูลเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความทุกข์เป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับพื้นที่ โดยเฉพาะในอำเภอชนบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังมีอยู่อย่างจำกัด ลักษณะบริบททางเศรษฐกิจและสังคม เช่น ความยากจน การเข้าถึง

บริการสุขภาพที่จำกัด และการพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก อาจทำให้ความรุนแรงของ caregiver burden แตกต่างจากพื้นที่เมืองหรือประเทศตะวันตก<sup>3,8</sup> อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้นทะเบียนในระบบบริการสุขภาพจำนวนมาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ต้องรับภาระการดูแลอย่างต่อเนื่องภายใต้ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและระบบสนับสนุน การศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในพื้นที่ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาที่แท้จริง และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนามาตรการลดภาระการดูแลและป้องกันปัญหาความรุนแรงในบริบทชุมชนอย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

### วิธีการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Survey research by Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากงานวิจัยที่ผ่านมาของ จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์<sup>9</sup> ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพบว่า

มีความชุกของความ รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลร้อยละ 36.66 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}}$$

n = ขนาดตัวอย่าง

Z = ค่าสัมประสิทธิ์ใต้เส้นโค้งมาตรฐานที่ความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ความชุกของความ รู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่ากับ 0.36 เมื่ออ้างอิงจากวรรณกรรม

d = สัดส่วนความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 0.072

จะได้ขนาดตัวอย่าง 170 ราย และทำการเก็บเพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่าง 187 ราย

**การสุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยกำหนดหน่วยบริการสุขภาพเป็นชั้น (stratum) และจัดสรรจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากแต่ละชั้นตามสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนในแต่ละหน่วยบริการ โดยคำนวณจากสูตร

$$n_h = n \times \frac{N_h}{N}$$

หน่วยบริการ	ผู้ป่วยขึ้นทะเบียน	สัดส่วนที่คำนวณได้	จำนวนตัวอย่าง
PCU ดอนมดแดง	119	71.32	71
รพ.สต.เหล่าแดง	68	40.76	41
รพ.สต.คำไฮใหญ่	39	23.38	23
รพ.สต.ท่าเมือ	58	34.76	35
รพ.สต.บ้านดงบัง	28	16.78	17
<b>รวม</b>	<b>312</b>	<b>-</b>	<b>187</b>

**เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)**

1. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อาศัยภายในเขตพื้นที่ อำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี
2. ผู้ดูแลหลักมีอายุ 18-75 ปี
3. ผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลหลักหนึ่งคนต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทหนึ่งคน โดยผู้ดูแลหลักหมายถึงผู้ที่เป็นหลักรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น

**เกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)**

1. ผู้ดูแลที่มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชก่อนที่จะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย
2. ผู้ดูแลที่อ่านภาษาไทยไม่ได้หรือสื่อสารด้วยภาษาไทยไม่ได้

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้กรอกแบบสอบถาม (Self-Adminstrated Questionnaire) แบบสอบถามมีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 22 ข้อ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 นาที

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

ใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ZBI (Zarit Burden Interview) ที่แปลเป็นภาษาไทย มีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ พัฒนาโดย Steven H. Zarit and Judy M. Zarit<sup>10</sup> แบบวัดภาวะในการดูแล Zarit Burden Interview ฉบับภาษาไทย

ได้รับการแปลโดย ชันญชิตา ดุษฎี ทูลศิริ และคณะ<sup>11</sup> โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92 การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 2 ระดับหลัก โดยคะแนนระหว่าง 0-20 คะแนน หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่คะแนนระหว่าง 21-88 คะแนน หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 ระดับย่อย ได้แก่ ระดับน้อย (21-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และ ระดับมาก (61-88 คะแนน) ตามลำดับ

**สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูปมาวิเคราะห์สรุปและนำเสนอในรูปของตารางประกอบการบรรยาย ส่วนสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล มีดังนี้

1.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency distribution), ร้อยละ (Percentage), ค่าเฉลี่ย (Mean), ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation), ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) ตามความเหมาะสมของลักษณะการกระจายข้อมูล

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระ (Independent variables) และ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ใช้ Chi-square test หรือ Fisher’s exact test สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variables) ใช้ Independent t-test ในกรณีข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการแจกแจงปกติ และ Mann-Whitney U test หากไม่เป็นปกติ

3.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในเบื้องต้นดำเนินการโดยใช้ univariate logistic regression เพื่อคำนวณค่าอัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio; OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% Confidence Interval) และค่า p-value จากนั้นตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.20 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว จะถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรด้วย

multiple logistic regression เพื่อควบคุมปัจจัยกวน (confounding factors) และนำเสนอผลในรูปของค่า Adjusted Odds Ratio (Adj. OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p\text{-value} < 0.05$

### จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่รับรอง SSJ.2568-09.021 วันที่รับรอง 30 กันยายน 2568

### ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลจำนวน 187 ราย ผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด Zarit Burden Interview พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.25 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่ผู้ดูแลร้อยละ 80.75 มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.25 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับมาก ซึ่งพบในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 19.25 ดังตารางที่ 1

ผลการวิเคราะห์แบบ univariate logistic regression พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลหลายประการมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ดูแลที่เป็นบิดาหรือมารดา พบว่าผู้ดูแลที่เป็นสามีหรือภรรยามีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 0.26$ ,  $95\% CI: 0.08-0.83$ ,  $p = 0.02$ ) นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีผู้ช่วยดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 2.30$ ,  $95\% CI: 1.10-4.83$ ,  $p = 0.02$ ) ในด้านลักษณะการดำรงชีวิต พบว่าชั่วโมงการนอนต่อวันที่ลดลงมีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 0.71$ ,  $95\% CI: 0.55-0.92$ ,  $p = 0.01$ )

และผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ไม่ดีจากการดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญ ( $OR = 4.63$ ,  $95\% CI: 1.98-10.82$ ,  $p < 0.01$ ) สำหรับปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญ โดยอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลง ( $OR = 0.95$ ,  $95\% CI: 0.92-0.98$ ,  $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 2

ผลการวิเคราะห์แบบ multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างเป็นอิสระและมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ครอบครัว การดื่มสุราของผู้ดูแล และการไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 4.20 เท่า ( $Adjusted OR = 4.20$ ,  $95\% CI: 1.13-15.55$ ,  $p = 0.03$ ) ผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราประมาณ 12.55 เท่า ( $Adjusted OR = 12.55$ ,  $95\% CI: 1.07-146.73$ ,  $p = 0.04$ ) และผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ช่วยดูแลประมาณ 4.41 เท่า ( $Adjusted OR = 4.41$ ,  $95\% CI: 1.49-13.01$ ,  $p < 0.01$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 1** ความชุกและระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Zarit Burden Interview)

ระดับความรู้สึกเป็นภาระ	คะแนน	n	%
ไม่มีภาระ	0-20	36	19.25
ภาระระดับน้อย	21-40	36	19.25
ภาระระดับปานกลาง	41-60	79	42.25
ภาระระดับมาก	61-88	36	19.25
<b>มีภาระรวม</b>	<b>(≥21)</b>	<b>151</b>	<b>80.75</b>
<b>รวมทั้งหมด</b>			<b>100</b>

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(univariate logistic regression)

ตัวแปร	ไม่รู้สึกเป็นภาระ (n=36)	เป็นภาระ (n=151)	Odds ratio (95%CI)	p-value
<b>ผู้ดูแล (Caregivers)</b>				
เพศหญิง	25 (71.43)	85 (56.29)	0.51 (0.23-1.14)	0.10
อายุ (ปี)	57.36±12.27	58.03±12.09	1.00 (0.97-1.03)	0.76
สถานภาพสมรส				
โสด	2 (5.56)	9 (6.0)	1	
สมรส	28 (77.78)	110 (73.33)	1.02 (0.23-4.36)	0.97
หย่าร้าง	0 (0)	5 (3.33)	2.89 (0.11-71.93)	0.51
หม้าย	6 (16.67)	22 (14.67)	0.91 (0.17-4.71)	0.91
แยกกันอยู่	0 (0)	4 (2.67)	2.36 (0.09-60.28)	0.60
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	10 (27.78)	76 (50.33)	1	
สามี ภรรยา	6 (16.67)	12 (7.95)	0.26 (0.08-0.83)	0.02
บุตร	3 (8.33)	8 (5.30)	0.33 (0.08-1.35)	0.12
พี่น้อง	10 (27.78)	31 (20.53)	0.41 (0.15-1.06)	0.06
ญาติ	7 (19.44)	24 (15.89)	0.44 (0.15-1.27)	0.13
การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา	36 (100)	145 (96.03)	0.30 (0.01-5.56)	0.42
การมีงานทำ	30 (83.33)	129 (85.43)	1.17 (0.43-3.14)	0.75
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)	5207.64±3372.03	5460.81±3123.48	1.001 (0.99-1.002)	0.67
รายได้ไม่พอเพียง	9 (25.0)	63 (41.72)	2.14 (0.94-4.88)	0.06
มีโรคประจำตัว	17 (47.22)	79 (52.32)	1.22 (0.59-2.53)	0.58
มีการใช้สุรา	6 (16.67)	50 (33.11)	2.47 (0.96-6.33)	0.05
มีการสูบบุหรี่	6 (16.67)	41 (27.15)	1.86 (0.72-4.80)	0.19
ชั่วโมงดูแลต่อวัน	10.03±9.46	7.43±6.93	0.95 (0.91-1.01)	0.10
ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	15 (41.67)	94 (62.25)	2.30 (1.10-4.83)	0.02
ชั่วโมงการนอนต่อวัน	9.09±3.37	7.96±1.18	0.71 (0.55-0.92)	0.01
มีประสบการณ์ไม่ดีจากผู้ป่วย	8 (22.22)	86 (56.95)	4.63 (1.98-10.82)	<0.01
<b>ผู้ป่วยจิตเภท (Patients)</b>				
เพศหญิง	12 (33.33)	50 (33.11)	0.99 (0.45-2.14)	0.98
อายุ (ปี)	48.91±12.96	40.60±13.39	0.95 (0.92-0.98)	<0.01
การศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา	33 (91.67)	141 (94.63)	1.60 (0.40-6.36)	0.50
ไม่ได้ทำงาน	23 (63.89)	99 (66.0)	1.09 (0.51-2.34)	0.81
ระยะเวลาป่วย (ปี)	14.35±11.37	11.59±9.74	0.97 (0.94-1.01)	0.15

## ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

(univariate logistic regression)

ตัวแปร	ไม่รู้สึกรู้สึกเป็นภาระ (n=36)	เป็นภาระ (n=151)	Odds ratio (95%CI)	p-value
มีอาการกำเริบใน 1 ปี	7 (19.44)	42 (28.0)	1.61 (0.65-3.95)	0.29
การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ	10 (27.78)	46 (30.46)	1.13 (0.50-2.55)	0.75
มีการใช้สารเสพติด	4 (11.11)	39 (25.83)	2.78 (0.92-8.38)	0.06
ดื่มสุรา	12 (33.33)	66 (43.71)	1.55 (0.72-3.33)	0.25

## ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (multiple logistic regression)

variable	Multiple logistic regression	
	Adjusted OR (95%CI)	p-value
ผู้ดูแลรายได้ไม่พอเพียง	4.20 (1.13-15.55)	0.03
ผู้ดูแลดื่มสุรา	12.55 (1.07-146.73)	0.04
ผู้ดูแล ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย	4.41 (1.49-13.01)	<0.01

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่าผลการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลโดยใช้แบบวัด Zarit Burden Interview พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 19.25 ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ขณะที่ผู้ดูแลร้อยละ 80.75 มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับต่าง ๆ โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.25 รองลงมาคือระดับน้อยและระดับมาก ซึ่งพบในสัดส่วนเท่ากัน คือร้อยละ 19.25 ซึ่งแตกต่างจากเชียงใหม่ของ Anothai Jansai และคณะ<sup>12</sup>ซึ่งพบเพียงร้อยละ 36.36 แต่ในกรณีของประเทศไทย ศอิ น เต ย Lokesh Kumar Ranjan และคณะ<sup>13</sup>พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาระในการดูแลสูง (70.8%) ขณะที่การศึกษาในเอธิโอเปียของ Fufa Olana Leta และคณะ<sup>14</sup>พบว่าผู้ดูแล 89 คน (22.2%) รายงานว่ามีภาระหนักมาก และ 220 คน (52.8%) รายงานว่ามีภาระปานกลางถึงหนักมาก ขณะที่การศึกษาในบังกลาเทศของ

Tahsin Tasneem Tabassum และคณะ<sup>15</sup>พบว่าภาระของผู้ดูแลได้รับการวิเคราะห์โดยพิจารณาจากคะแนน ZBI จากผู้ตอบแบบสอบถาม 175 คน มีเพียง 1.7% ที่รายงานว่ามีการระน้อยหรือไม่มีเลย 21.7% รายงานว่ามีภาระเล็กน้อยถึงปานกลาง 62.3% รายงานว่ามีภาระปานกลางถึงรุนแรง และ 14.3% รายงานว่ามีภาระรุนแรง เป็นไปได้ว่าความชุกของความรู้สึกเป็นภาระที่อยู่ในระดับสูงในการศึกษานี้สัมพันธ์กับลักษณะของโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถดูแลตนเองหรือดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลในหลายด้าน อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความรุนแรงของอาการหรือระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโดยตรง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยด้านตัวโรคเป็นสาเหตุหลักของความรู้สึกเป็นภาระนอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับภาระปานกลาง อาจสะท้อนว่าผู้ดูแลยังสามารถดำเนินบทบาทการดูแลได้ แต่ต้องเผชิญกับข้อจำกัดและความเครียดจากการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะข้อมูลที่พบว่าผู้ดูแล

จำนวนมากไม่มีผู้ช่วยดูแลและมีชั่วโมงการนอนลดลง อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลได้

ผลการศึกษานี้พบว่ารายได้ครอบครัวไม่เพียงพอเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอประมาณ 4.20 เท่า (Adjusted OR = 4.20, 95% CI: 1.13–15.55,  $p = 0.03$ ) ผลดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของ Rahmani และคณะ<sup>2</sup> ซึ่งศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอิหร่านจากการวิเคราะห์แบบ multiple linear regression พบว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่ารายได้ครอบครัวเพียงพอมีคะแนนภาระการดูแลลดลง ( $\beta = -2.320$ ,  $p < 0.001$ ) เมื่อควบคุมปัจจัยอื่นในโมเดลแล้ว ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจมีบทบาทต่อระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในทำนองเดียวกัน การศึกษาของ Fufa Olana Leta และคณะ<sup>14</sup> โดยการศึกษาดังกล่าวพบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคะแนนภาระการดูแล ( $\beta = -0.214$ ,  $p = 0.038$ ) เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพออาจต้องเผชิญกับข้อจำกัดด้านทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ที่มีรายได้เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่สูงขึ้น

ผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุราประมาณ 12.55 เท่า (Adjusted OR = 12.55, 95% CI: 1.07–146.73,  $p = 0.04$ ) ช่วงความเชื่อมั่นที่กว้างอาจสะท้อนจำนวนตัวอย่างในกลุ่มผู้ดูแลที่ดื่มสุรามีค่อนข้างจำกัด ส่งผลให้ความแม่นยำของค่าประมาณลดลง แสดงให้เห็นว่าการดื่มสุราของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับ Bharat Kumar Goit และคณะ<sup>16</sup> พบว่าผู้ดูแลมักประสบกับภาวะซึมเศร้าและพัฒนาการ

เผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping strategies) ซึ่งรวมถึงการพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติด เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระทั้งทางร่างกายและจิตใจเพียงลำพัง ส่งผลให้ระดับความเครียดและความเหนื่อยล้าเพิ่มสูงขึ้น เมื่อขาดการสนับสนุนทางสังคมหรือการแบ่งเบาภาระ ผู้ดูแลจึงอาจใช้กลไกการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม (maladaptive coping) เช่น การดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด เพื่อบรรเทาความเครียดชั่วคราว

ผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงกว่ากลุ่มที่มีผู้ช่วยดูแลประมาณ 4.41 เท่า (Adjusted OR = 4.41, 95% CI: 1.49–13.01,  $p < 0.01$ ) แสดงให้เห็นว่าการขาดผู้ช่วยดูแลเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Wai-Tong Chien และคณะ<sup>17</sup> พบว่าจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวบ่งชี้ที่ดีที่สุดของภาระของผู้ดูแล เป็นไปได้ว่าผู้ดูแลที่ไม่มีผู้ช่วยดูแลต้องรับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังในหลายด้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่สูงขึ้น

#### ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยที่ศึกษาและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลได้
2. ข้อมูลได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง อาจเกิดอคติจากการรายงานข้อมูล (self-report bias) โดยเฉพาะในประเด็นที่มีความอ่อนไหว
3. การศึกษาเก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอตอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาอาจไม่สามารถขยายผลไปยังพื้นที่หรือบริบทอื่นได้โดยตรง

#### สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความชุกของความรู้สึกเป็นภาระ

อยู่ในระดับสูง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความไม่เพียงพอของรายได้ครอบครัว การดื่มสุราของผู้ดูแล และการขาดผู้ช่วยดูแลผู้ป่วย ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขและจิตเวชชุมชนที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ดูแลควบคู่กับการดูแลผู้ป่วย

ในเชิงนโยบายสาธารณสุขควรบูรณาการการประเมินภาระของผู้ดูแลเข้าเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพจิตระดับปฐมภูมิ โดยเฉพาะในคลินิกสุขภาพจิตชุมชนและระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อให้สามารถคัดกรองกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงสูง และให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันที่

ในมิติของจิตเวชชุมชนควรส่งเสริมการพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลในระดับครอบครัวและชุมชน เช่น การจัดให้มีผู้ช่วยดูแล การสร้างเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชน และการสนับสนุนการแบ่งเบาภาระการดูแลผ่านกลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรชุมชน นอกจากนี้ควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแล โดยเฉพาะการลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุรา

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยระยะยาว (longitudinal study) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างชัดเจน
2. ควรขยายการศึกษาไปยังพื้นที่และบริบททางสังคมที่หลากหลายทั้งในเขตเมืองและชนบท เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลการศึกษาระดับประเทศ
3. ควรศึกษาปัจจัยด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลเพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล หรือคุณภาพชีวิต เพื่อให้เข้าใจผลกระทบของภาระการดูแลได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น
4. ควรมีการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของมาตรการหรือโปรแกรมลดภาระการดูแล เช่น โปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแล หรือการจัดระบบผู้ช่วยดูแลในชุมชน
5. ควรศึกษาบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมและระบบบริการสุขภาพในเชิงลึก รวมถึงคุณภาพและรูปแบบของการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

## เอกสารอ้างอิง

1. Gunawan I, Huang XY, Restiana N, Rosnawanty R, Saryomo S, Falah M.(2023). Caregiver Burden of People with Schizophrenia: a concept analysis. South East Asia Nursing Research. 2023 Jun 25;5(2):12–22.
2. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E.(2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. Nurs Open. 2022 Mar 28;9(4):1995–2002.
3. Lasebikan VO, Ayinde OO.(2013). Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. Indian J Psychol Med. 2013 Jan;35(1):60–6.
4. Arun R, Inbakamal S, Tharyan A, Premkumar PS.(2018). Spousal Caregiver Burden and Its Relation with Disability in Schizophrenia. Indian J Psychol Med. 2018;40(1):22–8.
5. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO.(2017). Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. Pan Afr Med J. 2017;28:284.
6. Yazici E, Karabulut Ü, Yildiz M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakir U, et al.(2016). Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. Noro Psikiyatrs Ars. 2016 Jun;53(2):96–101.

7. Sustrami D, Sri Suhardningsih AV, Setyowati A, Fauk NK, Arifin H.(2024). Family caregiver burden in schizophrenia: A structural equation model of caregiver, patient, environmental, and family function factors. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*. 2024 Dec;12(3):261–9.
8. Shalahuddin I, Mahardiani F, Widiyanti E, Maulana I.(2025). Factors Related to the Caregiver Burden on Families Caring for Clients with Schizophrenia: Scoping Review. *Psychol Res Behav Manag*. 2025;18:1799–808.
9. จารุรินทร์ ปิตานุกพงศ์, ชลธิชา เรืองวิริยะนันท์.(2019). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* [Internet]. [cited 2019 Jan 27]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/204111>
10. Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *Gerontologist*. 1986 Jun;26(3):260–6.
11. ชัญญิตตาตุษฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, วรณรัตน์ ลาวัง.(2011). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง | *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* [Internet]. [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/1559>
12. Jansai A, Bhatarasakoon P, Skulphan S, Suvanayos C.(2024). ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. *Journal of Phrapokkiao Nursing College, Chanthaburi*. 2024 Dec 29;35(2):26–39.
13. Ranjan LK, Gupta PR, Kiran M, Singh NK.(2022). Family Care Burden and its Association with Psychological Distress Among Caregivers of Chronic Patients with Schizophrenia. *Journal of Public Health and Primary Care*. 2022 Dec;3(3):81.
14. Leta FO, Genna KM, Ibrahimi MK, Dechasa TD.(2025). Family caregiver burden and associated factors among caregivers of people with mental illness attending outpatient treatment in public hospital in Eastern Ethiopia, Ethiopia: hospital-based cross-sectional study. 2025 Oct 1 [cited 2026 Jan 30]; Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/15/10/e098359>
15. Tabassum TT, Rahman NAS, Hossain SMS, Abdullah F, Nawar LT, Lima FI, et al.(2023). Caregiving burden and associated factors among family caregivers of individuals with schizophrenia in Bangladesh: A cross-sectional study [Internet]. *medRxiv*; 2023 [cited 2026 Jan 30]. p. 2023.06.01.23290855. Available from: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.06.01.23290855v1>
16. Goit BK, Acharya B, Khattri JB, Sharma R.(2021). Burden and Quality of Life Among Primary Caregiver of Alcohol Dependence Syndrome. *Am J Psychiatry Neurosci*. 2021 Jan;9(1):1–6.
17. Chien WT, Chan SWC, Morrissey J.(2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *J Clin Nurs*. 2007 Jun;16(6):1151–61.