

FACTORS ASSOCIATED WITH DEPRESSION AMONG FAMILY CAREGIVERS OF ELDERLY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

Alisa Singkaew, B.N.S.**, Sombat Skulphan, Ph.D.***, Chalinee Suwanayos, Ph.D.****

Abstract

Objective: To study depression and its related factors in family caregivers of elderly patients with schizophrenia.

Methods: This study was descriptive correlational research. The sample consisted of 120 unpaid family caregivers. The patients were receiving services at the outpatient department of a psychiatric hospital under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. The research instruments comprised six parts: 1) the Personal Information Questionnaire, 2) the Patient Health Questionnaire-9, 3) the Caregiver Burden Questionnaire, 4) the Social Support Questionnaire, 5) the Brief COPE inventory (Thai version), and 6) the Family Conflict Scales. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson correlation coefficient.

Results: 1) Approximately 41.7% of the participants experienced depressive symptoms (Mean = 4.64, SD = 4.48). 2) Caregiver burden and family conflict were found to have a moderate positive correlation with depression in family caregivers of elderly patients with schizophrenia, with statistical significance at the .05 level ($r = .561, .437$). Conversely, social support and coping strategies had a low to moderate negative correlation with depression, also with statistical significance at the .05 level ($r = -.280, -.317$).

Conclusion: To prevent and reduce depression in family caregivers, it is recommended to implement interventions that lessen caregiver burden and family conflict, while also increasing social support, knowledge and skills on effective coping strategies.

Keywords: depression, family caregivers, elderly schizophrenia patients

*Thesis, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiangmai University

**Student, Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiangmai University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangmai University

Received: 17 November 2025, Revised: 15 February 2026, Accepted: 21 February 2026

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ*

อลิสดา สิงห์แก้ว, พย.บ. **, สมบัติ สุกุลพรรณ, Ph.D. ***, ซาลินี สุวรรณยศ, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวชกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 120 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 2) แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า 3) แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม 5) แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย และ 6) แบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา : กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.7 มีภาวะซึมเศร้า ($\text{mean} = 4.64, \text{SD} = 4.48$) โดยภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .561, .437$) แรงสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.280, -.317$)

สรุป : เพื่อป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล จึงควรสนับสนุนให้มีการลดภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัว เพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคมรวมทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : ภาวะซึมเศร้า, ญาติผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**นักศึกษาลำดับต้นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, e-mail: sombat.sk@cmu.ac.th

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับ: 17 พฤศจิกายน 2568, วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2569, วันที่ตอบรับ: 21 กุมภาพันธ์ 2569

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับ 4 ของโลก โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2023) รายงานว่า ณ วันที่ 1 ธันวาคม 2566 มีผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราเกิดโรค 1.4 - 1.6 คนต่อประชากร 1,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทย สถิติจากกรมสุขภาพจิต (2567) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 303,636 คน หรือประมาณ 1.2 คนต่อ 1,000 คนต่อปี และเป็นโรคจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศ โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยปีละ 7,232 คน ในจำนวนนี้พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีถึง 54,472 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่องจากปี 2566 ที่มี 35,337 คน เพิ่มขึ้นเป็น 54,472 คนในปี 2567 (กรมสุขภาพจิต, 2567) และคาดว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่า 60 ปีจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า เนื่องจากสังคมไทยเข้าสู่ภาวะผู้สูงอายุ ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความเปราะบางมากกว่ากลุ่มวัยอื่น ทั้งจากการเสื่อมถอยทางสรีรวิทยาและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดปัญหาหลายด้าน เช่น การบกพร่องในการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน (Regev & Josman, 2020) ความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมและโรคหัวใจหลอดเลือด (Cunningham et al., 2019) ผลข้างเคียงจากยาต้านโรคจิตในผู้สูงอายุ (Olga et al., 2019) ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Wang et al., 2021) และภาวะซึมเศร้า (Chang et al., 2019) ปัญหาเหล่านี้ทำให้ ญาติผู้ดูแล (family caregivers) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย ต้องเผชิญภาระหลายด้าน ได้แก่ ผลกระทบทาง

เศรษฐกิจและสังคม บางคนต้องลาออกจากงานหรือทำงานได้น้อยลง ส่งผลให้รายได้ลดลงและค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางสังคม ญาติผู้ดูแลขาดโอกาสเข้าสังคมหรือทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ผลกระทบทางกาย มีอาการอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยเรื้อรังจากการดูแลต่อเนื่อง และผลกระทบทางจิตใจ เหนื่อยความเครียด ความวิตกกังวล และความท้อแท้จากการผู้ป่วยที่เรื้อรังและรุนแรง (คุชฎี อดุมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563) ภาวะเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลบางรายมีสุขภาพจิตลดลง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีรายงานว่า เป็นปัญหาทางจิตใจที่พบได้บ่อยที่สุดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Kamil & Velligan, 2019) ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลยังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรง เพราะหากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตไม่ดี อาจดูแลผู้ป่วยได้ไม่เพียงพอ เกิดความขัดแย้งภายในครอบครัว และส่งผลให้สภาพของผู้ป่วยแย่ลง (Fekih-Romdhane et al., 2020; คุชฎี อดุมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุในต่างประเทศ พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 14.2 - 63 (Khatimah et al., 2022; Fekih-Romdhane et al., 2020; Njah et al., 2023; Ain et al., 2023) ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 15.1 - 31.3 (Kojima et al., 2024; Munie et al., 2024) สำหรับประเทศไทย พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 5 - 32.6 (เจดพิฑู วินศปัทมา และคณะ, 2562; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; พิชญ์ วชิราภากร, 2564; ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ,

2566) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

- 1) ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การทำงานของสารสื่อประสาทในสมอง พันธุกรรม การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน การอักเสบเรื้อรังในร่างกาย เพศของผู้ดูแล (Sterner et al., 2020; Eid et al., 2019; Munie et al. (2024) อายุของผู้ดูแล (วรศักดิ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัย และคณะ, 2563) และโรคประจำตัวของญาติผู้ดูแล (วรศักดิ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัย และคณะ, 2563)
- 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ เหตุการณ์ชีวิตที่เครียด (Lee et al., 2022) กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา (Carlos et al., 2021; อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561) ภาระการดูแล (เนติพิรุณ วิเศษปัทมา และคณะ, 2562; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562; ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566) และความขัดแย้งในครอบครัว (วรศักดิ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566)
- 3) ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและสังคม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566) วัฒนธรรมและสังคม สถานภาพสมรส (Munie et al., 2024) ความเพียงพอของรายได้ (วรศักดิ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562) ระดับการศึกษา (Taj et al., 2022; Sun et al., 2019; Munie et al., 2024) และระยะเวลาในการดูแล (วรศักดิ์พร เจริญวัฒนาวิทย์, 2566; จุฑาทิพย์ ศรีชัยและคณะ, 2563) ทั้งนี้ปัจจัยที่จะใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์

ในการแก้ปัญหา คัดเลือกตามตามกรอบแนวคิดกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของ Pearlin และคณะ (Pearlin et al., 1990) ซึ่งอธิบายว่าความเครียดจากบทบาทการดูแลและปัจจัยด้านบริบทครอบครัวส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผ่านกลไกของทรัพยากรสนับสนุนและวิธีการแก้ปัญหา และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงสูง ($r = .463$ ถึง $.628$) (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021; Suaryana et al., 2020; อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีภาระการดูแลสูงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้ามากขึ้น ขณะเดียวกัน ความขัดแย้งในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง ($r \approx .33$) (Scharlach et al., 2006; นุชรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ, 2563) แสดงให้เห็นว่าบรรยากาศความสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ในทางตรงกันข้าม แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับต่ำถึงปานกลาง ($r = -.223$ ถึง $-.426$) (ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ, 2566; อมรา ชูพลศักดิ์ และคณะ, 2561; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021) สะท้อนบทบาทของเครือข่ายสนับสนุนในการช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ กลยุทธ์ในการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงต่ำ ($r = -.432$ ถึง $-.594$) (Carlos et al., 2021; Obembe et al., 2019) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีทักษะการเผชิญปัญหาที่

เหมาะสมจะสามารถลดผลกระทบของความเครียดต่อสุขภาพจิตได้ ดังนั้น ตัวแปรทั้งสี่จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า และสามารถใช้เป็นพื้นฐานในการออกแบบโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและการจัดการความเครียดสำหรับผู้ดูแลต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวไม่พบการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุโดยตรงแต่มักเป็นการศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั่วไป ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคมและกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาต่อความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาระการดูแล ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหากับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

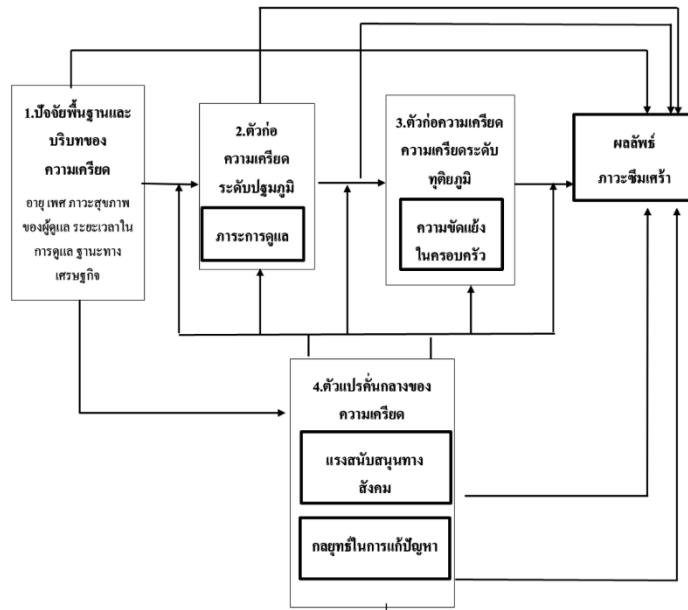
ภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กับภาระและความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับ

กรอบแนวคิดกระบวนการความเครียด (The Stress Process Model) ของ Pearlin et al. (1990) ที่พัฒนาจากแนวคิดของ Lazarus & Folkman (1984) เพียร์ลินอธิบายว่า ภาวะซึมเศร้าเกิดจากพลวัตของความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตผู้ดูแล โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานและบริบท (background and contextual variables) ตัวก่อความเครียด (stressors) ระดับปฐมภูมิ (primary stressors) และระดับทุติยภูมิ (secondary stressors) ตัวแปรคั่นกลาง (mediators) และผลลัพธ์ (outcomes)

โดยปัจจัยพื้นฐานและบริบท (background and contextual variables) เช่น อายุ เพศ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานในการเผชิญปัญหา หากผู้ดูแลมีสุขภาพหรือฐานะที่จำกัด จะเพิ่มความเปราะบางและความเครียดจากการดูแลมากขึ้น ตัวก่อความเครียด (stressors) ระดับปฐมภูมิ (primary stressors) เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น การจัดการอาการที่ซับซ้อน ความรุนแรงของโรค หรือพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่ภาระทางร่างกายและจิตใจ (secondary stressors) เป็นผลต่อเนื่องจากบทบาทการดูแล เช่น การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งในครอบครัว หรือปัญหาทางเศรษฐกิจ ตัวแปรคั่นกลาง (mediators) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือหน่วยงาน และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแล ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มผลกระทบจากความเครียด หากได้รับการสนับสนุนเพียงพอและมีกลยุทธ์ที่เหมาะสม จะช่วยลดการรับรู้ภาระและลดความ

เครียดได้ ในทางตรงกันข้าม หากขาดการสนับสนุน หรือแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ความเครียดจะเพิ่มขึ้น และเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และผลลัพธ์ (outcomes) คือ ภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลสะสมจาก

ปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐาน ตัวก่อความเครียด และตัวแปรต้นกลาง หากผู้ดูแลเผชิญปัจจัยลบ หลายด้านพร้อมกัน โดยไม่ได้รับการบรรเทา จะนำไปสู่ความเครียดสะสมและภาวะซึมเศร้า



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) สถานที่ทำการวิจัยคือ แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระยะเวลาในการดำเนินการ 3 เดือน

ประชากร คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุได้รับการวินิจฉัยโรคโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 (2013)

และ ICD-10 และญาติผู้ดูแลเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุหลัก (primary caregiver) ทั้งเพศชายและหญิง เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติของผู้ป่วยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 120 คน และพาผู้ป่วยมารับบริการจากโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

2 แห่ง ซึ่งได้จากการสุ่มหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เป็นภาคเหนือและภาคกลาง ภาคละ 1 แห่ง

การกำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 ตามหลักของ Cohen (1988) กำหนดค่า effect size = 0.3, $\alpha = .05$, power = 0.90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 109 ราย เพิ่มอีก 10% เพื่อป้องกันการสูญเสียข้อมูล จึงได้กลุ่มตัวอย่างรวม 120 ราย จากนั้นได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยญาติผู้ดูแลมีอายุ 18 ปีขึ้นไป และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ

2. สามารถพูดคุยสื่อสารและเขียนภาษาไทยได้

3. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล ซึ่งได้จากการสอบถามกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล และโรคประจำตัว โดยลักษณะคำถามเป็น

แบบให้เลือกตอบและเขียนตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า

(Patient Health Questionnaire-9 : PHQ-9) แปลมาจากแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองอาการซึมเศร้า 9 ข้อ ของ The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) โดย Lotrakul et al. (2008) ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) ถึง มีเกือบทุกวัน (3 คะแนน) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 แบ่งระดับความรุนแรงได้เป็น 5 ระดับ คือ 0 - 4 คะแนน หมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ/ไม่มีภาวะซึมเศร้า 5 - 9 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 9 - 14 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยปานกลาง 15 - 19 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงรุนแรง และ 20 คะแนนขึ้นไปหมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาระในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 13 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 11 ข้อ กำหนดให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก มากที่สุดได้ 1 คะแนน ถึง น้อยที่สุดได้ 5 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ มากที่สุด 5 คะแนนถึง น้อยที่สุด 1 คะแนน การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 การแปลผล รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหารด้วยจำนวนข้อเพื่อหา

ค่าเฉลี่ยของการดูแล ซึ่งได้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1.00 - 5.00 และแปลผลตามคะแนนเฉลี่ยแต่ละช่วง ดังนี้ 4.50 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลมากที่สุด 3.50 - 4.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลมาก 2.50 - 3.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลปานกลาง 1.50 - 2.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลน้อย 1.00 - 1.49 คะแนน หมายถึง มีการะในการดูแลน้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว (family conflict scales) พัฒนาโดย Semple (1992) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Suvanayos et al. (2020) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ การให้คะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่มีความขัดแย้ง) ถึง 3 (มีความขัดแย้งมากพอสมควร) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.95 การแปลผลคะแนน ถูกแบ่งออกเป็น 3 ระดับ 00.00 - 12.00 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับต่ำ 12.01 - 24.01 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับปานกลาง 24.02 - 36.00 คะแนน หมายถึง มีความขัดแย้งระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม (social support questionnaire) พัฒนาโดย Pipatananond (2001) จาก Social Support Questionnaire (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยข้อคำถาม 35 ข้อ แบบสอบถามนี้มีการให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่ได้รับ) ถึง 4 (มากที่สุด) การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 การแปลผลตามคะแนนแต่ละระดับ ดังนี้ 00.00 - 47.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ 47.01 - 94.01 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุน

ทางสังคมระดับปานกลาง 94.02 - 140.00 คะแนน หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย (Brief COPE inventory Thai version) แปลจากแบบประเมิน The Cope Inventory ของ Carver et al. (1989) โดย ชนานันต์ นุ่มแสง และ ธนิตา ดันตระรุ่งโรจน์ (2561) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ การวิจัยครั้งนี้มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.90 การแปลผล ตามคะแนนเฉลี่ยแต่ละช่วง ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.01 - 3.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.01 - 4.00 หมายถึง มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 036/2568 โรงพยาบาลสวนปรุง เอกสารเลขที่ 19/2568 และ โรงพยาบาลศรีธัญญา เอกสารเลขที่ สธ 0807.28/ว 574 ภายหลังจากการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการ โรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าพบและแนะนำตนเองต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยเข้าพบแนะนำตัวโดยไม่ได้สวมเครื่องแบบชุดพยาบาล พบปะกลุ่มตัวอย่าง โดยยึดตามมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียดถึงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย ลำดับขั้นตอน และประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา อธิบายถึงความเสี่ยงจากการตอบแบบสอบถาม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะไม่เข้าร่วมหรือปฏิเสธหรือถอนตัวจากการทำวิจัยซึ่งไม่มีผลใดๆต่อญาติผู้ดูแล เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารให้ความยินยอม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการรวบรวมข้อมูล วัตถุประสงค์ ขออนุญาต และขอความร่วมมือในการวิจัย

2) ภายหลังได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการทั้งสองโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจโรงพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดของการดำเนินงาน และประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านแผ่นประกาศเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม

3) ผู้วิจัยสัมภาษณ์ญาติที่พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินบทบาทและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย หากเข้าเกณฑ์ “ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ” จะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวโดยไม่เสียสิทธิ์ เปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย และให้ลงชื่อในแบบฟอร์มแสดงความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

4) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยวิธีการเลือกตอบ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากนั้นพัก 5 นาที จึงทำแบบประเมินแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดและแบบวัดความขัดแย้งในครอบครัว โดยผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามทุกข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งหมดประมาณ 45 - 60 นาที

5) ดำเนินการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและลงรหัสข้อมูล แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลโรคประจำตัว และข้อมูลภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความขัดแย้งในครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด กับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าการกระจายข้อมูลเป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Pearson correlation coefficient โดยกำหนดค่านัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้เป็นญาติ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 120 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 55.0 เป็นวัยทำงาน (22 - 59 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 65 (Mean = 54.00, SD = 13.53) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (หรือสูงกว่า) มากที่สุด ร้อยละ 34.2 สถานภาพสมรสแล้วมากที่สุด ร้อยละ 60.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ

มากที่สุด ร้อยละ 32.5 ความเพียงพอของรายได้มีพอใช้พอดี ร้อยละ 75.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นน้องชายหรือน้องสาว ร้อยละ 29.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 47.5 (Mean = 15.19, SD = 10.49) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.8 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	53	44.2
หญิง	66	55.0
เพศทางเลือก	1	0.8
อายุ (ปี)		
วัยทำงาน (22 - 59 ปี)	78	65.0
วัยสูงอายุ (มากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี)	42	35.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	31	25.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	12	10.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	22	18.3
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตร	14	11.7
ปริญญาตรี (หรือสูงกว่า)	41	34.2
สถานภาพสมรส		
โสด	39	32.5
สมรส	72	60.0
หย่าร้าง	4	3.3
หม้าย	5	4.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 120) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	39	32.5
รับจ้าง	31	25.8
เกษตรกร	8	6.7
รับราชการ	14	11.7
ค้าขาย	10	8.3
อื่น ๆ (รัฐวิสาหกิจ พนักงานบริษัทเอกชน)	18	15.0
ความเพียงพอของรายได้		
พอเพียงและมีเงินเหลือเก็บ	4	3.33
มีพอใช้พอดี	91	75.83
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	25	20.84
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
มารดา	5	4.2
คู่สมรส	16	13.3
พี่ชาย/พี่สาว	22	18.3
น้องชาย/น้องสาว	35	29.2
ลุง/ป้า/น้า/อา/เขย/สะใภ้	16	13.3
ลูก	26	21.7
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ		
6 เดือน - 1 ปี	9	7.5
2 - 5 ปี	17	14.2
6 - 10 ปี	37	30.8
มากกว่า 10 ปี	57	47.5
โรคประจำตัว		
ไม่มี	67	55.8
มี (HT, DM, DLP)	53	44.2

ระดับภาวะซึมเศร้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทสูงอายุ

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.7 โดยเป็นระดับเล็กน้อยมากที่สุด ร้อยละ 60 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22

ขณะที่คะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ($n = 120$) อยู่ในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ($\text{mean} = 4.64$, $\text{SD} = 4.48$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ($n = 120$)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	70	58.3
มีภาวะซึมเศร้า	50	41.7
ระดับเล็กน้อย	30	60.0
ระดับปานกลาง	11	22.0
ระดับปานกลางถึงรุนแรง	9	18.0

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า ($n = 120$)

ระดับการดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับมาก	2	1.7
ระดับปานกลาง	29	24.2
ระดับน้อย	69	57.5
ระดับน้อยที่สุด	20	16.7
$(\text{mean} = 2.07, \text{SD} = 0.59)$		

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละของระดับความขัดแย้งในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 120$)

ระดับความขัดแย้งในครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	113	94.2
ระดับปานกลาง	7	5.8
$(\text{mean} = 3.85, \text{SD} = 3.52)$		

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลระดับน้อย ร้อยละ 57.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 24.2 และระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 16.7 (mean = 2.07, SD = 0.59) (ตารางที่ 3)

ความขัดแย้งในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่ มีความขัดแย้งระดับต่ำ ร้อยละ 94.2 และมีความขัดแย้งระดับปานกลาง ร้อยละ 5.8 (mean = 3.85, SD = 3.52) (ตารางที่ 4)

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 และระดับสูงร้อยละ 0.8 (mean = 27.35, SD = 16.82) (ตารางที่ 5)

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการใช้กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ ร้อยละ 63.3 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 35.0 และระดับมาก ร้อยละ 1.7 (mean = 1.89, SD = 0.33) (ตารางที่ 6)

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผลการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ Pearson correlation coefficient พบว่าภาระการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($R = 0.561$ และ 0.437 ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคม และกลยุทธ์ในการแก้ปัญหามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำและระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($R = -0.280$ และ -0.317) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละของระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	83	69.2
ระดับปานกลาง	36	30.0
ระดับสูง	1	0.8
(mean = 27.35, SD = 16.82)		

ตารางที่ 6 จำนวน ร้อยละของระดับกลยุทธในการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 120)

ระดับกลยุทธในการแก้ปัญหา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ	76	63.3
ระดับปานกลาง	42	35.0
ระดับสูง	2	1.7
(mean = 1.89, SD = 0.33)		

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม กลยุทธในการแก้ปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ (n = 120)

ตัวแปร	r	p-value
ภาระการดูแล	.561	<0.01*
ความขัดแย้งในครอบครัว	.437	<0.01*
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.280	<0.01*
กลยุทธในการแก้ปัญหา	-.317	<0.01*

r = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน, * $p < .05$

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 41.7 ผลการศึกษานี้ใกล้เคียงกับการศึกษาในต่างประเทศของ Fekih-Romdhane et al. (2020), Munie et al. (2024) และ Njah et al. (2023) ที่รายงานอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแล ร้อยละ 25, 31.3 และ 40.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาต่างประเทศของ Kojima et al. (2024) และ Khatimah et al. (2022) ที่พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในอัตราที่สูงกว่าและแตกต่างจากการศึกษาของ Ain et al. (2023) ที่พบภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ในอัตราที่ต่ำกว่า สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบผลที่ใกล้เคียงกับ ปัญญา ยืนยงตระกูล และคณะ (2566) ซึ่งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 ขณะที่การศึกษาในประเทศของ พิชญ์ วชิราภากร (2564) วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) และ เฉิดพิรุ วนัสปัทมา และคณะ (2562) รายงานอัตราภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระดับที่สูงกว่าผลการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้ความแตกต่างของอัตราภาวะซึมเศร้าอาจเกิดจากหลายปัจจัยของผู้ดูแลและบริบทการดูแล เช่น เพศอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพและรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ระยะเวลาในการดูแล และ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.0 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าผู้หญิงมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าสูงกว่าเพศชายจากความไวต่อความเครียดและความแตกต่างทางชีววิทยาและพฤติกรรม (Sterner et al., 2020; Eid et al., 2019; Munie et al., 2024) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 22 - 59 ปี ร้อยละ 65.0 ซึ่งมีทั้งงานที่เชื่อว่าผู้ดูแลอายุมากมีโอกาสดังกล่าวภาวะซึมเศร้ามากกว่า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) และงานที่พบว่าผู้ดูแลอายุมากอาจมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลดีขึ้นจึงเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง (จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ซึ่งแตกต่างจากข้อค้นพบที่ชี้ว่าการโสดหรือขาดคู่สมรสอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากความโดดเดี่ยวและขาดการแบ่งเบาภาระ (Munie et al., 2024) ขณะเดียวกันผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูงมักมีทักษะการคิดวิเคราะห์และการแก้ปัญหาได้ดีกว่า จึงอาจช่วยลดความเครียดได้ (Taj et al., 2022; Sun et al., 2019; Munie et al., 2024; จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) อีกทั้งผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 32.5 และมีรายได้พอใช้พอดี ร้อยละ 75.83 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจและรายได้ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566; วิลาสินี พิเศษ และ ธรรมนาถ เจริญบุญ, 2562) ด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นพี่น้อง ร้อยละ 29.2 ซึ่งความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ตึงเครียดอาจเพิ่มความเสี่ยงภาวะ

ซึมเศร้าได้ (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) สอดคล้องกับผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.280, p < .05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนมากขึ้นมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานกว่า 10 ปี ร้อยละ 46.7 ซึ่งอาจสะท้อนการปรับตัวและมีประสบการณ์เพิ่มขึ้น คล้ายกับข้อค้นพบที่ชี้ว่าประสบการณ์ดูแลยาวนานช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าได้ (จุฑาทิพย์ ศรชัย และคณะ, 2563) แต่ก็มีงานที่รายงานว่า การดูแลเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าและเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566) สุดท้าย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 55.8 ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดว่าการมีโรคประจำตัวหรือสุขภาพไม่ดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสูงและเกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย (วรจักษ์พร เกียรวิฒนาวิทย์, 2566)

การดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า การศึกษาครั้งนี้พบว่า การดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .561, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ (ปัญญายินยงตระกูล และคณะ, 2566; Sun et al., 2019; Djin et al., 2021; Suaryana et al., 2020; อมรา ชูพล สัตย์และคณะ, 2561) ที่ระบุว่าเมื่อผู้ดูแลต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีอาการเรื้อรังและต้องพึ่งพาผู้อื่น จะเกิดความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า สอดคล้องกับ กรอบแนวคิด

กระบวนการความเครียดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ภาระการดูแลจัดเป็นตัวก่อความเครียดระดับปฐมภูมิ (primary stressors) ซึ่งเกิดขึ้นโดยตรงจากบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุดังต่อไปนี้ เมื่อภาระการดูแลเพิ่มสูงขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าสะสม สูญเสียทรัพยากรทางจิตใจ และรับรู้ตนเองในเชิงลบ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหมดหนทางและสิ้นหวัง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ความขัดแย้งในครอบครัวกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความขัดแย้งในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = .437, p < .05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานของ Scharlach et al. (2006) และบุษรา หิรัญสาโรจน์ และคณะ (2563) ที่พบว่าความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวเป็นแหล่งความเครียดที่สำคัญของผู้ดูแล เนื่องจากทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน วิตกกังวล และหมดกำลังใจ ซึ่งอาจพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ตามเวลา สอดคล้องกับกรอบแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ความขัดแย้งในครอบครัวถูกจัดให้เป็นตัวก่อความเครียดระดับทุติยภูมิ (secondary stressor) ซึ่งเกิดขึ้นจากภาระการดูแลที่ยืดเยื้อและความไม่สมดุลของบทบาทภายในครอบครัว โดยเมื่อญาติผู้ดูแลต้องรับบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุดังต่อไปนี้ จะส่งผลให้โครงสร้างบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เป็นธรรม ความคับข้องใจ และความตึงเครียดสะสม จนนำไปสู่ความขัดแย้งระหว่างสมาชิกใน

ครอบครัว ความขัดแย้งดังกล่าวทำหน้าที่เสริมแรงให้กับความเครียดจากภาระการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญแรงกดดันทั้งจากงานดูแลโดยตรงและจากความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อครอบครัวซึ่งควรเป็นแหล่งสนับสนุนกลับกลายเป็นแหล่งความเครียดเพิ่มเติม จะลดทอนทรัพยากรทางสังคมและการสนับสนุนทางอารมณ์ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าในที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.280, p < .05$) แสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน หรือชุมชนในระดับสูง จะมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา ยืนยงตระกูลและคณะ (2566), อมรา ชูพลสัจย์ และคณะ (2561), Sun et al. (2019) และ Djin et al. (2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเครียดและส่งเสริมการปรับตัวทางอารมณ์ของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังตรงกับแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมถือเป็นตัวแปรคั่นกลาง (mediators) ที่มีบทบาทสำคัญในการลดหรือเพิ่มผลกระทบจากความเครียด หากได้รับการสนับสนุนเพียงพอ จะช่วยลดการรับรู้ภาระและลดความเครียดได้ในทางตรงกันข้าม หากขาดการสนับสนุนหรือแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ความเครียดจะเพิ่มขึ้นและเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าได้

กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลยุทธ์ในการแก้ปัญหาที่มี

ความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า ($r = -.317, p < .05$) โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Obembe et al. (2019) และ Carlos et al. (2021) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดีสามารถจัดการกับความเครียดและปรับตัวได้ดีกว่า ทำให้ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้ในทางกลับกัน หากผู้ดูแลขาดกลยุทธ์ในการแก้ปัญหาจะทำให้กระบวนการเกิดความเครียดรุนแรงขึ้นและเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Pearlin et al., 1990) ที่อธิบายว่า กลยุทธ์การแก้ปัญหาทำหน้าที่เป็นตัวแปรคั่นกลาง (Mediators) ที่มีบทบาทสำคัญในการควบคุมทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวก่อความเครียดกับภาวะซึมเศร้า กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับการดูแลและความขัดแย้งในครอบครัว หากสามารถใช้กลยุทธ์การแก้ปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยลดการรับรู้ความเครียด ควบคุมอารมณ์เชิงลบ และเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแล (empowerment) ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าลดลง ในทางตรงกันข้าม หากขาดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ความเครียดจะสะสมและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา และให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการหาแหล่งแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกเครียดและภาวะซึมเศร้าลงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยในอนาคต โดยทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากร เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการพัฒนากลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต เนื่องจากมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น นำสู่การพัฒนาและแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง เช่น งานวิจัยเรื่องปัจจัยที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

2. พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ โดยมุ่งเน้นการเสริมสร้างแรงสนับสนุนทางสังคม ให้ความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับกลยุทธ์ในการแก้ปัญหา รวมทั้งการป้องกันการเกิดภาวะการดูแลที่มากเกินไปและการลดปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว ซึ่งจะเป็แนวทางสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). HDC Service: รายงาน [รายงานออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2568, จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=22710ed5db1ed6b12aab540a7b0753b3&id=5add72ba460b126be0929c21667c0636
- กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช: ประจำปีงบประมาณ 2566 (หน่วยนับ: คน) [รายงานออนไลน์]. สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2568, จาก <https://dmh.go.th>
- จุฑาทิพย์ ศรีชัย, อภาพพร เผ่าวัฒนา, และพัชรพร เกิดมงคล. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34(2), 65-83.

เจดพิรุ วัณศิปัทมา, กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, และสุวิทย์ เจริญศักดิ์. (2562). ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(3), 283-296.

คุณฤ อุดมอิทธิพงศ์, พิษณุ ชาญนุสร, และศศิธร เก็มเสน. (2563). ภาวะของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ : บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*, 14(2), 48-68.

ธนานันต์ นุ่มแสง, และธนิศา ดันตระรุ่งโรจน์. (2561). การทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดแบบสั้นฉบับภาษาไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 63(2), 189-198.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุษรา หิรัญสาโรจน์, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, นพพร ว่องสิริมาศ, และวรรณ แสนนรงค์. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 85-98.

ปัญญา ยืนยงตระกูล, พชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอิทธิกิจ, และฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 37(2), 1-21.

พิชญ์ วชิราภกร. (2564). ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อำเภอสี่หมุก จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 6(2), 73-82.

วงศ์พร เขียววัฒนาวิทย์. (2566). ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(1), 39-51.

วิลาสินี พิเศษ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317-336.

อมรา ชูพลศักดิ์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และชนัดดา แนบเกสร. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลกภาระในการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม. *วารสารพยาบาล*, 67(2), 36-43.

Ain, Q. ul, Mansoor, S., Zubair, U. B., Abbas, N., Latif, T., & Baqir, M. (2023). Comparison of Depression, Anxiety and Stress in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 73(2), 409-413.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.

Chang, Q., Wu, D., Rong, H., Wu, Z., Tao, W., Liu, H., Zhou, P., Luo, G., Xie, G., Huang, S., Qian, C., Yuan, Y., Yip, P. S. F., & Liu, T. (2019). Suicide ideation, suicide attempts, their sociodemographic and clinical associates among elderly Chinese patients with schizophrenia spectrum disorders. *Journal of Affective Disorders*, 256, 611-617.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Cunningham, R., Poppe, K., Peterson, D., Every-Palmer, S., Soosay, I., & Jackson, R. (2019). Prediction of cardiovascular disease risk among people with severe mental illness: A cohort study. *PLOS ONE*, 14(9), e0221521.

Eid, R. S., Gobinath, A. R., & Galea, L. A. M. (2019). Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in Neurobiology*, 176, 86-102.

Fekih-Romdhane, F., Ben Ali, S., Ghazouani, N., Tira, S., & Cheour, M. (2020). 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*, 43(5), 545-557.

- Kamil, S. H., & Velligan, D. I. (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia: Who are they and what are their challenges. *Current opinion in psychiatry*, 32(3), 157-163.
- Khatimah, C. H., Adami, A., Abdullah, A., & Marthoenis. (2022). Quality of life, mental health, and family functioning of schizophrenia caregivers: A community-based cross-sectional study. *Asia-Pacific psychiatry: official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 14(1), e12467.
- Kojima, Y., Yamada, S., Kamijima, K., Kogushi, K., & Ikeda, S. (2024). Burden in caregivers of patients with schizophrenia, depression, dementia, and stroke in Japan: Comparative analysis of quality of life, work productivity, and qualitative caregiving burden. *BMC Psychiatry*, 24, 591.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.
- Lee, M. T., Peng, W. H., Kan, H. W., Wu, C. C., Wang, D. W., & Ho, Y. C. (2022). Neurobiology of depression: Chronic stress alters the glutamatergic system in the brain-Focusing on AMPA receptor. *Biomedicines*, 10(5), Article 1005.
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Munie, B. M., Birhan, Z., Legas, G., Asnakew, S., Belete, A., Beyene, G. M., Shiferaw, K., Mulu, A. T., Kassie, Y. T., Aytenew, T. M., & Tedla, A. (2024). Predictors of depression among caregivers of patients with severe mental illness in Northwest Ethiopia, 2023: an explanatory sequential mixed-method study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1422104.
- Njah, D., Lagha, M., Boudriga, S., Homri, W., Ben romdhane, I., & Labbene, R. (2023). Depression and anxiety in family caregivers of patients with schizophrenia in Tunisia. *European Psychiatry*, 66(S1), S829.
- Obembe, O., Adeyemo, S., Ogun, O., & Ijarogbe, G. (2019). The relationship between coping styles and depression among caregivers of children with cerebral palsy in Nigeria. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 46(6), 145-150.
- Ostroumova, O. D., Goloborodova, I. V., Isaev, R. I., & Pereverzev, A. P. (2019). [Antipsychotics: Features of undesirable adverse reactions in elderly and senile age]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii imeni S. S. Korsakova*, 119(2), 105-117.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Pipatananond, P. (2001). *Caregiver burden predictive model: An empirical test among caregivers for the schizophrenic* [Doctoral dissertation]. Mahidol University.
- Regev, S., & Josman, N. (2020). Evaluation of executive functions and everyday life for people with severe mental illness: A systematic review. *Schizophrenia Research: Cognition*, 21, 100178.
- Rydberg Sterner, T., Gudmundsson, P., Falk, H., Seidu, N., Ahlner, F., Wetterberg, H., Rydén, L., Sigström, R., Östling, S., Zettergren, A., Kern, S., Waern, M., & Skoog, I. Sterner, T., Gudmundsson, P., Falk, H., et al. (2020). Depression in relation to sex and gender expression among Swedish septuagenarians. *PLOS ONE*, 15 (9), e0238701.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scharlach, A., Li, W., & Dalvi, T. B. (2006). Family conflict as a mediator of caregiver strain. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 55(5), 625-635.
- Semple, S. J. (1992). Conflict in Alzheimer's caregiving families: Its dimensions and consequences. *The Gerontologist*, 32(5), 648-655.

- Sun, X., Ge, J., Meng, H., Chen, Z., & Liu, D. (2019). The influence of social support and care burden on depression among caregivers of patients with severe mental illness in rural areas of Sichuan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(11), 1961.
- Suaryana, I. K., Lesmana, C. B. J., & Aryani, L. N. A. (2020). The correlation of caregiving burden with depression, anxiety, and stress among caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical and Cultural Psychiatry*, 1(2), 21-24.
- Suvanayos, C., Thapinta, D., Srisuphan, W., Sethabouppha, H., & Panuthai, S. (2020). A causal model of caregiving burden among dementia caregivers. *Walailak Journal of Science and Technology*, 17(5), 476-488.
- Taj, M., Poguri, M., Mariyana, G., Jebarose, S., & Paul, C. M. (2022). Burden of care and depression in caregivers of patients with schizophrenia. *National Journal of Community Medicine*, 13(10), 717-723.
- Tay, D. L., Iacob, E., Reblin, M., Cloyes, K. G., Jones, M., Hebdon, M. C. T., Mooney, K., Beck, A. C., & Ellington, L. (2022). What contextual factors account for anxiety and depressed mood in hospice family caregivers. *Psycho-Oncology*, 31(2), 316-325.
- Vara-Garcia, C., Mausbach, B. T., Romero-Moreno, R., Losada-Baltar, A., Jeste, D. V., & Grant, I. (2022). Longitudinal correlates of depressive symptoms and positive and negative effects in family caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 148-157.
- Wang, M. Y., Liu, I. C., & Chiu, C. H. (2021). Clinical decision path for identifying recurrent falls in late middle-aged and older patients with chronic schizophrenia. *The Journal of Nursing Research*, 29(5), e167.
- World Health Organization. (6 October 2025). *Schizophrenia*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>