ผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

Received: May 13, 2025
Revised: June 19, 2025
Accepts: June 22, 2025

ศุภกฤต จึงพิภานิชกุล (พย.ม)[1]
เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (พย.ด)[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ใช้รูปแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล และ 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งมีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ จำนวน 50 คน จากนั้นได้รับการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการดูแล แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบทีผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้ 1) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล, ภาระการดูแล, ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, Thailand
[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, Thailand
Corresponding author: Supphakrit888@gmail.com, dnayus@yahoo.com

The effect of Powerful Tools for Caregivers Program on Caregiving Burden of Persons with Schizophrenia in Community

Supphakrit Chuengphipanichchakul (M.N.S)
Pennapa Dangdomyouth (Ph.D)

Abstract

This study is quasi-experimental research with two groups pretest-posttest design. This research purposed to compare: 1) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community before and after received the powerful tools for caregiver program, and 2) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community who received the powerful tools for caregiver program and those who received regular nursing care. The samples consisted of 50 caregivers of persons with schizophrenia in community according to inclusion criteria. The caregivers were matched pair by patient care's period and then randomly assigned into experimental group and control group, 25 subjects in each group. The research instruments consisted of the powerful tools for caregiver program, and the caregiver burden scale. All the research instruments were tested by 5 professional experts. The Cronbach's alpha coefficient reliability was .88, data were analyzed using mean, standard deviation, and t-test statistics. The results and conclusion revealed the following: 1) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community after received the program was significantly lower than that before ($p<0.05$). 2) Caregivers burden of persons with schizophrenia in community who received the program were significantly lower than those who received regular nursing care ($p<0.05$).

KEYWORDS: The powerful tools for caregivers program, Caregiving burden, Persons with schizophrenia in community

[1]Registered nurse, Professional level, Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand
[2]Asst. Prof. Dr., Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand
Corresponding author: Supphakrit888@gmail.com, dnayus@yahoo.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง สาเหตุยังไม่มีข้อสรุปที่แน่ชัดเพียงพอว่าเกิดจากสาเหตุใด อาการสำคัญที่พบได้บ่อยคือ การรู้คิดบกพร่อง (Cognitive impairment) ซึ่งสามารถพบได้สูงถึงร้อยละ 89.34 (Goonathilake et al., 2022) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาขององค์การอนามัยโลกพบว่าอุบัติการณ์ของโรคจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 0.32 ของประชากรทั่วโลก (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทยพบว่ามีสถิติการเจ็บป่วยเป็นอันดับ 1 และสูงติดอันดับ 1 ใน 3 ของโรคทางจิตเวช โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั่วประเทศ 314,250 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2565) พบว่ามีความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทรายใหม่เท่ากับร้อยละ 0.65 และคิดอัตราผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ 37.11 ต่อแสนประชากร (Health Data Center: HDC) ในปี 2563 ถึง 2566 พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเข้าถึงบริการคิดเป็นร้อยละ 96.24,102.3, 107.9 และ 105.9 ตามลำดับและพบว่าร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้าถึงบริการในเขตสุขภาพที่ 5 ปีงบประมาณ 2567 ร้อยละ 79.07 (Health Data Center: HDC, 2567) สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ของโรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก ในระหว่างปี 2565 - 2567 จำนวน 169 ราย 171 ราย และ 176 ราย ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มชัดเจน (โรงพยาบาลนภาลัย, 2567)

นโยบายกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันได้สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัว และชุมชน โดยมุ่งเน้นให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรง และให้มีระยะเวลาการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนไม่ก่อเหตุความรุนแรงต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม มีคุณภาพชีวิตที่ดี (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยอาการสงบลง ครอบครัวจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดและวิตกกังวลเนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรัง เกิดความเหนื่อยหน่าย และความอ่อนล้าทางอารมณ์ โดยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 70 มีความรู้สึกเป็นภาระระดับปานกลาง ร้อยละ 32.5 และความรู้สึกเป็นภาระระดับมาก ร้อยละ 28.8 (ไชยุตม์ ไชยศิวามงคล, 2565) ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ และการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล (ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา, 2561)

ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึงความยากลำบาก ความหนักใจ ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแล โดยแบ่งภาระออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกของตนที่มีความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และถือเป็นภาระ (Burden) รู้สึกกดดัน ที่ทำให้หนักใจเพราะมีความยากลำบาก และภาระดังกล่าวส่งผลกระทบกับการใช้เวลาในการทำงาน และการทำกิจกรรมส่วนตัว การเข้าสังคมและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมทั้งการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา และ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความคิด ทัศนคติ ประสบการณ์ทางอารมณ์ด้านลบ เช่น เครียด โกรธ รู้สึกผิด ซึมเศร้า (Montgomery, et al., 1985)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาระการดูแล จากการศึกษาของ Provencher (1996) พบว่าภาระของผู้ดูแลที่พบบ่อยที่สุดคือ ปัญหาทางด้านอารมณ์ของผู้ดูแลร้อยละ 88 รบกวนการงานของผู้ดูแลร้อยละ 84 สัมพันธภาพในครอบครัวที่ตึงเครียดร้อยละ 84 การรบกวนชีวิตทั่ว ๆ ไปของผู้ดูแลร้อยละ 83 ความกดดันที่ส่งผลให้ต้องออกจากบ้านชั่วคราวร้อยละ 54 และมีปัญหาทางด้านการเงินร้อยละ 56 รวมทั้งมีปัญหาทางด้านร่างกายร้อยละ 59 สอดคล้องกับการศึกษาของอัครวัฒน์ เพียวพงภควัต (2561) พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล (β = -.24, $p < .05$) ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีจะช่วย

ให้กระบวนการดูแลรู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้นและสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีทำให้สมาชิกขาดความรักขาดการดูแลเอาใจใส่ ทำให้เกิดภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น ทัศนคติต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล (β = - 442, p < .001) ถ้าผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง (เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ, 2561) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระการดูแล (β = -418, p < .001) ผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท หากรับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถจัดการกับปัญหาได้ก็จะมีความรู้สึกตึงเครียดและภาระการดูแลลดลง (เสาวนีย์ คงนิรันดร และคณะ, 2561) ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท (p < 0.05) ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท (Yazici et al., 2016) และระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาระการดูแล (r= 0.242, p < 0.021) ระยะเวลาในการดูแลของผู้ดูแลที่ยาวนาน จะมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลที่สั้น (Koujalgi & Nayak, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการจัดกระทำเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วันทนีย์ ล้ำเลิศ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2561) ประสิทธิผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทต่อภาระของผู้ดูแลในการดูแลป่วยจิตเภท (Thimmajja & Rathinasamy, 2019) โปรแกรมกิจกรรมทางกายต่อภาระการดูแล และอาการซึมเศร้าของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท (Bademli et al., 2023) โปรแกรมสนับสนุนสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ ความเห็นอกเห็นใจ สภาวะทางอารมณ์ และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Aly Hamed et al., 2023) โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน (จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์, 2564) และโปรแกรมการสร้างพลังต่อภาระการดูแลของคู่สมรส (Savundranayagam et al., 2011) ซึ่งพบว่ารูปแบบของโปรแกรมที่ผ่านมาได้ผลดีและสามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลลงได้ แต่หากมีการสร้างพลังให้กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นพลังที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบากให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งเป็นพลังที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, 2564) รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองของผู้ดูแล ทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง จะเพิ่มความสามารถให้กับผู้ดูแลในด้านการจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) พบว่า การใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ (Powerful Tools for Caregivers : PTC) ตามรูปแบบของ Schmall et al. (2000) จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตลดลงเนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว จะส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลในการทำบทบาทการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิต และบทบาทการดูแลตนเอง รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตลดลงโดยมีการนำรูปแบบของ Schmall et al. (2000) ซึ่งเป็นรูปแบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านซึ่งมีการ บูรณาการแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนแรกเป็นรูปแบบของกลุ่มสนับสนุนสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การให้ความรู้ในเรื่องโรค อาการ การจัดการกับอาการของโรค และแนวทางในการดูแล 2) วิธีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการ

จัดการอารมณ์มุ่งเน้นการเผชิญกับปัญหาที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการดูแล 3) วิธีการเผชิญปัญหาโดยการแก้ไขปัญหา เพื่อสนับสนุนทักษะการจัดการและแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ 4) การสนับสนุนในด้านของรู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหาโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการยกย่องเห็นคุณค่า ให้กำลังใจ สอบถาม รับฟังความรู้สึก และส่วนที่สองเป็นส่วนประกอบในการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยเพิ่มพลังการดูแลสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) การฝึกทักษะ 2) การมีความรู้สึกทางลบที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย 3) ทัศนคติทางบวก และ 4) การสร้างแรงจูงใจ จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองตามรูปแบบของ Schmall et al. (2000) ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ 1. การสร้างสัมพันธภาพให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและทักษะในการดูแลตนเองของผู้ดูแล 2. การส่งเสริมทัศนคติทางบวกและทักษะในการจัดการกับอารมณ์ทางลบของผู้ดูแล 3. เทคนิคการเผชิญและการจัดการปัญหา และ 4. ส่งเสริมและสนับสนุนผู้ดูแลให้มีพลังและทัศนคติในทางบวก โดยผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ติดต่อกันทุกสัปดาห์ เป็นเวลา 4 สัปดาห์

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ซึ่งได้ปรับปรุงโดย วันทนีย์ ล้ำเลิศ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2561) ซึ่งประกอบด้วยแบบวัดภาระ 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อ ดังนี้ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อคำถามทางลบ ภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งเป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ เป็นข้อความทางลบ 11 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลตอบข้อคำถามในแต่ละข้อให้ตรงตามประสบการณ์ และความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลเองที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่ามากน้อยเพียงใด ซึ่งแบบวัดนี้มีลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของ

เครื่องมือโดยรวมเท่ากับ 0.88 และแยกเป็นรายมิติ คือ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81 และ 0.94

เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวจิตเภทของดลฤดี ทับทิม (2552) ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งตามเนื้อหา ดังนี้ 1) ความหมายของโรคจิตเภท 2) อาการของโรคจิตเภท 3) สาเหตุของโรคจิตเภท 4) การดำเนินโรค 5) การรักษาโรคจิตเภท 6) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท 7) ความรุนแรงของโรค และโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือเท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลองผู้วิจัยเตรียมความรู้โดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยต่าง ๆ และฝึกทักษะการทำกลุ่มผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท สร้างแผนการดำเนินกิจกรรม เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลในคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย และคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยจับฉลากได้โรงพยาบาลนภาลัยเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าเป็นกลุ่มควบคุม จากนั้นจับคู่ (Matched-pair) ด้วยระยะเวลาในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแล เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติที่เหมือนกันเป็นคู่ ๆ รวมจำนวนทั้งสิ้น 25 คู่ โดยมีความแตกต่างไม่เกิน 1 ปี

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คนในการดำเนินการวิจัยโดยมีคุณสมบัติดังนี้ จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยมีหน้าที่ในการเก็บข้อมูลในการทำวิจัย และทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม

2. ขั้นดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้าที่มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการใช้ยาต้านอาการทางจิตรายกลุ่ม การให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบเป็นรายบุคคล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และระบบการติดตามดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อเนื่องที่บ้าน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ 3 แห่งในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลนภาลัย เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องเดินทางเข้ามาที่โรงพยาบาลนภาลัย ได้แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ดังนี้ กลุ่มที่ 1 จำนวน 9 คน จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนมะโนรา กลุ่มที่ 2 จำนวน 8 คน จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปราโมทย์ และกลุ่มที่ 3 จำนวน 8 คน จัดที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสะแก ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จนครบ 4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 ดำเนินการกำกับการทดลองทันทีด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลทั้งหมดผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 โดยมีคะแนน 24 คะแนนขึ้นไป อยู่ในเกณฑ์คะแนนระดับค่อนข้างสูงขึ้นไป

3. ขั้นประเมินผลการทดลองผู้วิจัยประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 5 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ICD - 10 (F 20.0 - F20.9) ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาล จังหวัดสมุทรสงคราม

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับวินิจฉัยตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ICD - 10 (F 20.0 - F20.9) ที่มีความสัมพันธ์เป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา พี่น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพียงคนใดคนหนึ่งที่ให้การช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนค่าจ้างหรือรางวัลใด ๆ ที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลนภาลัย และโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีอายุในวัยผู้ใหญ่ 20 ปี ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง 2. มีคะแนนภาระการดูแล ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49) ขึ้นไป 3. สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ 4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) มีโรคประจำตัวทางกาย และทางจิตที่รุนแรง ไม่สามารถร่วมโปรแกรมได้

การพิทักษ์สิทธิ์และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ขอความเห็นชอบและผ่านการอนุมัติให้ดำเนินโครงการวิจัย โดยคณะกรรมการการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสงคราม และได้ผ่านการรับรองเลขที่โครงการวิจัย COA NO 10/2568 วันที่รับรอง 27 กุมภาพันธ์ 2568 วันที่หมดอายุ 26 กุมภาพันธ์ 2569 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา และประโยชน์ที่ได้รับ อธิบายถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นสอบถามถึงความสมัครใจหากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ และดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ยและร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบที (Paired t - test)

3. เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติทดสอบที (Independent t - test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ฯ ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =25)

ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคโดยรวม	คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล			df	t	p-value
	Mean	S.D	ระดับ			
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	3.01	.34	ปานกลาง	24	-20.01	0.00*
หลังการทดลอง	1.63	.13	น้อย			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	3.28	.26	ปานกลาง	24	-10.27	0.00*
หลังการทดลอง	2.54	.29	ปานกลาง			

**p-value<0.05*

จากตารางที่ 1 พบว่าในกลุ่มทดลองภาระการดูแลหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแล ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลทางสถิติที่ระดับ < 0.05 (t = -20.01

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n =50)

กลุ่ม	**คะแนนภาระการดูแล**									
	ก่อนการทดลอง					**หลังการทดลอง**				
	Mean	SD	ระดับ	df	t	Mean	SD	ระดับ	df	t
กลุ่มทดลอง	3.01	.34	ปานกลาง	48	-3.10	1.63	.13	น้อย	48	-13.84*
กลุ่มควบคุม	3.28	.26	ปานกลาง			2.54	.29	ปานกลาง		

* p-value<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลองภาระการดูแลกลุ่มที่ได้รับการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -15.33)

การอภิปรายผล

ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมกลุ่มของ โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลเป็น

กระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจน และเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการเรียนการสอน โดยช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้แสดงความรู้สึก ความคิดเห็น ความรู้และปัญหาต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่สมาชิกภายในกลุ่ม เป็นการให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันและมีการช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการค้นหาปัญหาและแนวทางการแก้ไขที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการดูแลตนเองของผู้ดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลงทั้งภาระเชิงปรนัยและอัตนัยสอดคล้องกับการศึกษาของขนิษฐา สุขทอง (2555) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่ม สามารถลดภาระการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลได้ และในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น โดยเฉพาะโปรแกรมมีกิจกรรมที่ครอบคลุมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลตนเองของผู้ดูแล การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การจัดการกับความรู้สึกที่เกิดจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม รวมทั้งการวางแผนการดูแลตนเองในแต่ละสัปดาห์ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลได้มีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระและมีเวลาเป็นส่วนตัวในการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองในแง่มุมอื่น ๆ ในชีวิต

ภายหลังการวิจัยพบว่าคะแนนภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในแต่ละกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดพลังในการดูแล ทำให้สามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและดูแลตนเองได้ประสบผลสำเร็จอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1997) เป็นพลังที่แสดงถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก ให้สามารถปรับตัวและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะปกติ เป็นพลังที่มีความสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น, 2564) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยลดลงทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย (ขนิษฐา สุขทอง, 2555; นพรัตน์ ไชยชำนิ, 2544, Montgomery et al., 1985; Savundranayagam et al., 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chan et al. (2009) ที่พบว่า การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้นมีการรับรู้ภาระการดูแลลดลง และมีระดับของการรับรู้ความพึงพอใจจากการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มสูงขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Savundranayagam et al. (2011) ที่พบว่าการใช้โปรแกรมการสร้างพลังความสามารถ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดและภาระการดูแลลดลง จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลมีผลทำให้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนลดลง

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง

2. เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาล โดยเน้นการช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความสามารถในการดูแลตัวเอง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1.2 การนำโปรแกรมการสร้างพลังสำหรับผู้ดูแลไปใช้ พยาบาลจะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทกระบวนการกลุ่มในการให้สุขภาพจิตศึกษา และมีทักษะในการทำกลุ่มในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งควรมีประสบการณ์ในการเป็นผู้นำกลุ่ม เพื่อให้สามารถดำเนินการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มและมีปฏิสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ อันเป็นผลลัพธ์ที่จะส่งผลต่อผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการศึกษา

ควรมีการเพิ่มเติมเนื้อหาในหลักสูตรวิชาเรียนให้มีความครอบคลุมตามสภาพของปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ ในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนการวางแผนการพยาบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้เป็นแรงผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย ผู้อำนวยการ รพ.สต.ดอนมะโนรา รพ.สต.บ้านปราโมทย์ และ รพ.สต.บางสะแก ที่ให้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560–2561. นนทบุรี: กองแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต

ขนิษฐา สุขทอง. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาระและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลักษณ์ นิลอาธิ และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น. (2564) บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก.*วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 22* (43), 103–113

จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 11*(2), 433-443.

ไชยุตม์ ไชยศิวามงคล. (2565). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อำเภอยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 7*(4), 102–113.

ดลฤดี ทับทิม. (2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นพรัตน์ ไชยชำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประเทือง ละออสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา. (2561). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 12*(2), 37–47.

โรงพยาบาลนภาลัย. (2567). รายงานประจำปี โรงพยาบาลนภาลัย. สมุทรสงคราม.

วันทนีย์ ล้ำเลิศ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2561). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32*(3), 104–117.

สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท.*วารสารกองการพยาบาล, 48*(2), 30–41.

เสาวนีย์ คงนิรันดร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และชนัดดา แนบเกษร. (2561). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32*(3), 118–132.

อัครวัฒน์ เพียวพงภควัต. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 12*(28), 072–084.

Aly Hamed, S., Ahmed Mohamed Ismail, M., Abd Elaziem Mohamed, A., & Mohammed Mahmoud Abu Salem, E. (2023). Effect of Educational Supportive Program on Knowledge, Emotional Empathy, and Burden of Schizophrenic Patients' Caregivers. *Egyptian Journal of Health Care, 14*(4), 135–150.

Bandura, A. W., Sebastian. (1997). Self-efficacy. Cambridge University Press Cambridge.

Bademli, K., Lök, N., & Lök, S. (2023). The Effect of a Physical Activity Intervention on Burden and Depressive Symptoms in Depressed Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Physical Activity and Health, 20*(12), 1109–1115.

Chan, S. W., Yip, B., Tso, S., Cheng, B. S., & Tam, W. (2009). Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Education and Counseling, 75*(1), 67-76. DOI: 10.1016/j.pec.2008.08.028

Goonathilake, P., Ediriweera, D., Ruban, R., & Isuru, A. (2022). Prevalence and correlates of cognitive impairment in schizophrenia: a cross-sectional study from a teaching hospital southern Sri Lanka. *BMC Psychiatry, 22*(1), 716.

Health Data Center: HDC. (2567). ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท. https://hdc.moph.go.th/udn/public/standard-report-detail/7b13c6fcfb0be636fc5cce071e49a71a.

Koujalgi, S. R., & Nayak, R. B. (2016). Factors associated with family burden in schizophrenia. *Indian Journal of Health Sciences and Biomedical Research kleu, 9*(3), 273-278.

Lefley, H. P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Psychiatric Services, 38*(10), 1063-1070.

Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 34*(1), 19–26. https://doi.org/10.2307/583753

Provencher, H. L. (1996). Objective burdenamong primary caregiver of persons withchronic schizophrenia. *Psychiatric and Mental Health Nursing, 3*(3), 181–187 DOI: 10.1111/j.1365-2850.1996.tb00085.x

Schmall, V. L, Clcland, M., & Sturdevant, M. (2000). The caregiver help book (use in the powerful tools for carc giving). Oregon,Oregon Gcrontological Association:Legacy Health System.

Savundranayagam, M. Y., Montgomcry, R. J., Kosloski, K., & Little T. D. (2011). Impact of a psychocducational program on three types of carcgiver burden among spouscs. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(4), 388–396. doi: 10.1002/gps.2538.

Thimmajja, S. G., & Rathinasamy, E. V. L. (2019). Effectiveness of psycho-education on knowledge regarding schizophrenia and caregivers' burden among caregivers of patients with schizophrenia–a randomized controlled trial. *Family Medicine & Primary Care Review 21*(2), 104–111. DOI:10.5114/fmpcr.2019.84552

Wold Health Organization. (2022). Schizophrenia. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Yazici, E., Karabulut, Ü., Yildiz, M., Tekeş, S. B., Eda, İ., Çakir, U., Boşgelmez, Ş., & Turgut, C. (2016). Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors**.** *Nöro Psikiyatri Arşivi, 53*(2), 96–101. doi: 10.5152/npa.2015.9963.