

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

อรนุช บุญศิริ

โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยกลุ่มประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบางใหญ่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2567 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2568 โดยผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และเป็นผู้ป่วยรายเก่า จำนวน 327 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยจากกลุ่มที่มีค่าคะแนนประเมินพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55 คะแนนลงมา ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 76 ราย และนำมาจับคู่แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ จำนวน 38 ราย และกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการดูแลปกติ จำนวน 38 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ร่วมกับแนวคิดของ Grotberg (1999) ใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) สถิติการทดสอบทีแบบไม่อิสระ (T-Test Dependent Samples) สถิติการเปรียบเทียบทีแบบอิสระ (T-Test Independent Samples) และสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการศึกษาค้นพบว่า (1) ค่าเฉลี่ย (Mean) ภาระการดูแลของกลุ่มทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม ลดลงกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2) ค่าเฉลี่ย (Mean) ภาระการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาระการดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (3) ค่าเฉลี่ย (Mean) ภาระการดูแลของกลุ่มทดลอง ระยะติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน ลดลงกว่าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจมีประสิทธิภาพในการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินผลความคงทนของโปรแกรมและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยและควรมีการเพิ่มหรือลดปัจจัยที่ใช้ในการวิจัยเพื่อค้นหาสาเหตุของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : เสริมสร้างพลังใจ ภาระผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of resilience enhancement program on burden among caregiver of schizophrenia patients Bangyai Hospital, Nonthaburi Province. The study population consisted of 327 caregivers of patients diagnosed with schizophrenia who received services at the psychiatric clinic between October 2024 and June 2025. A purposive sampling method was used to select 76 participants whose mental health resilience scores were below the normal threshold (≤ 55). Participants were matched and assigned to either an experimental group ($n = 38$), which received the resilience enhancement program, or a control group ($n = 38$), which received standard care. The intervention was based on the resilience enhancement Program developed by the Department of Mental Health (2019), integrated with Grotberg's resilience framework (1999). Research instruments included the 20-item Resilience Quotient (RQ) and the Caregiver Burden Assessment for Schizophrenia. Data were analyzed using descriptive statistics, dependent and independent samples t-tests, and repeated measures ANOVA.

The findings revealed three significant outcomes : (1) the mean caregiver burden score in the experimental group significantly decreased after completing the program compared to the pre-intervention level ($p < 0.05$), indicating enhanced coping mechanisms and emotional resilience; (2) post-intervention comparisons between the experimental and control groups showed a statistically significant difference in caregiver burden ($p < 0.05$), suggesting the program's efficacy in reducing psychological stress; and (3) at one-month follow-up, the experimental group exhibited a further reduction in caregiver burden compared to the immediate post-program assessment ($p < 0.05$). In conclusion, the resilience enhancement program was effective in reducing the caregiving burden of caregivers of schizophrenia patients.

This study recommends that longitudinal studies be conducted to evaluate the long-term effectiveness and sustainability of the intervention program, as well as its impact on the quality of life of both caregivers and individuals with schizophrenia. Future research should also consider refining or expanding the variables used to better identify the underlying factors contributing to caregiver burden, particularly in response to evolving social and environmental conditions that may influence the caregiving experience.

Keywords : Resilience, Caregiver Burden, Schizophrenia Patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะเฉพาะ คือ ความผิดปกติในกระบวนการคิด รับรู้ การตอบสนองทางอารมณ์ และปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (สถาบันสุขภาพจิตแห่งชาติ, ไม่ระบุปี) การเกิดโรคจิตเภทมักเกิดในช่วงอายุประมาณ 20 - 25 ปี ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป และมีอาการนานเกิน 6 เดือนขึ้นไป (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, 2562) มีปัญหาการสื่อสารกับคนรอบข้าง ไม่เข้าใจ ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับคนอื่น มีอาการพูดคนเดียว ระแวงคนแปลกหน้า แยกตัวออกจากสังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ บางรายมีอาการอาละวาด ก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ไม่สามารถบอกอาการเตือนที่สำคัญได้ อาการที่จะกำเริบและกลับเป็นซ้ำ เช่น อาการนอนไม่หลับ กลัวเสียงที่ตนเองได้ยิน หดหู่ เศร้า เป็นต้น (Sitthimongkol, Lohacheewa, Sirapo-ngam, Viwatwongkasem, 2016) โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรัง โดยการดำเนินการของโรคอาจเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการบางช่วงหรือเกิดอาการตลอดเวลา หรืออาจหายโดยสิ้นเชิงได้ แต่ก็ยังสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้บ่อย ทำให้ต้องได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท

จากการประเมินขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 26 ล้านคน และในประเทศที่กำลังพัฒนาผู้ป่วยร้อยละ 90 ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดรักษาได้ (รามาชเนล, 2567) และพบความชุกร้อยละ 0.5 - 2 ของประชากรทั้งหมด สำหรับประเทศไทยพบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทร้อยละ 1.31 (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) ข้อมูลสถิติของคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดนนทบุรี (Health Data Center : HDC) แสดงความชุกของผู้ป่วยโรคจิตเภทปี พ.ศ. 2566 - 2568 ร้อยละ 0.71, 0.73 และ 0.74 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าความชุกมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากข้อมูลสถิติระบบสารสนเทศโรงพยาบาลของโรงพยาบาลบางใหญ่ปีงบประมาณ 2565 ถึง 2567 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มอาการจิตเภทเข้ารับการรักษาในคลินิกจิตเวชจำนวน 292, 298 และ 340 ราย (งานประกัน ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลบางใหญ่, 2568) คิดเป็นร้อยละ 16.07 ,17.09 และ 20.28 ตามลำดับ โดยผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษายังคงมีผู้ป่วยที่รักษาต่อเนื่องในโรงพยาบาลบางใหญ่ปีงบประมาณ 2565 - 2567 คิดเป็นร้อยละ 94.94, 95.21 และ 96.14 ตามลำดับ โรคจิตเภทได้ถูกจัดให้เป็นโรคเรื้อรังที่เป็นภาระและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย (สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ขาดการเฝ้าระวัง หรือขาดการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงซึ่งการเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยนั้น La-ied Pannak & Sirinapal atisathian, 2012 ; mcdonell, Short,Berry, & Dyck (2003) กล่าวตอนหนึ่งว่า ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลที่ต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย ได้แก่ การพูดจาหยาบคาย ภาวะก้าวร้าวรุนแรง ด่า อาละวาดโวยวาย ข่มขู่ และทำร้ายผู้ดูแล ทำให้เห็นได้ว่าจากภาวะความบกพร่องในการใช้ชีวิตหรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงของผู้ป่วย และระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนาน ส่งผลให้บุคคลในครอบครัว ญาติ หรือผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยต้องรับภาระเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น (Tharoor & Ganesh, 2015) ส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย อาจนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือรับประทานได้น้อย และด้านจิตใจพบว่ารู้สึกเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หวาดกลัว (สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์, 2565) ส่งผลให้ไม่มีเวลาส่วนตัวในการทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชนหรือสังคม (Gupta & Sharma, 2013) การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกเป็นภาระสูงนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายท้อแท้ในระดับสูงมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคทางจิตเวชเช่นกัน ซึ่งมีแนวโน้มให้ผู้ดูแลทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเภทในที่สุด ผลกระทบจากความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลมีความอดทนต่อปัญหา ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความทนทาน

ทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ขาดพลังใจในการดูแลผู้ป่วย ท้อแท้ไม่กล้าเผชิญปัญหา ทำให้รู้สึกกำลังใจลดลง คิดว่าตัวเองไม่มีความสามารถ มองไม่เห็นทางออกของปัญหา ไม่ทราบแหล่งในการช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคม ความสำคัญของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก ถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท นับได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์อีกทางหนึ่งในการรักษาดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องเพิ่มพลังใจของตนเองให้เข้มแข็งขึ้นด้วยการสร้างเสริมพลังใจ (Resilience) ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาและผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง (Grotberg, 1995)

สำหรับพลังใจ (Resilience) นั้น หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการฟื้นกลับมาดำเนินชีวิต และทำหน้าที่รับผิดชอบตามปกติได้อีกครั้ง ภายหลังเผชิญสถานการณ์วิกฤต ความยุ่งยากลำบาก อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นสามารถพลิกวิกฤตเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิดจิตใจ ทำให้เกิดความสมดุลทางจิตใจ เกิดการเรียนรู้ที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรค มีพลังใจที่เข้มแข็ง สามารถกลับมาดำเนินชีวิต ได้อย่างมีความสุข (กรมสุขภาพจิต, 2563) การเสริมสร้างพลังใจเป็นกระบวนการปรับตัวและการเติบโตทางจิตใจซึ่งโครงสร้างมีด้วยกันหลายมิติเป็นพัฒนาการที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ สามารถที่จะปรับตัวกับความเครียดหรือสถานการณ์ที่เลวร้าย เช่น ปัญหาครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวและความเจ็บป่วยที่รุนแรง เป็นต้น ลักษณะของบุคคลที่มีพลังใจ (Resilience) จะสามารถปรับสมดุลของจิตใจและปรับตัวเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดของ Grotberg (1999) กล่าวว่าพลังใจมี 3 องค์ประกอบหลักที่บุคคลจะนำมาใช้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจหรือความยากลำบากในชีวิตคือ I am, I have, I can โดยที่ I am (ฉันเป็นคนี่....) คือ ความมั่นใจความรับผิดชอบต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง I have (ฉันมี.....) บุคคลมีแรงสนับสนุนทั้งภายในและภายนอกที่รับรู้ว่ามีใครที่สามารถขอความช่วยเหลือได้ I can (ฉันสามารถที่จะ...) สามารถแก้ปัญหาได้โดยใช้หลักการแก้ปัญหา บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างเหมาะสมเกิดจากการเรียนรู้ที่จะสร้างพลังใจให้กับตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังใจ การศึกษาของกษกร ฉายากุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผลการวิจัย พบว่าความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกัน การศึกษาของกริณี สังข์ประคอง (2562) ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น การศึกษาของสรินดา น้อยสุขและพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ (2564) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าคะแนนเฉลี่ยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังเข้าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่ำกว่าก่อนเข้าโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ จากการศึกษางานวิจัยเรื่องการเสริมสร้างพลังใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด การศึกษาในส่วนของบุคคลทั่วไป เช่น นักศึกษาพยาบาลพบว่าสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีพลังสุขภาพจิตดีขึ้น

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ (กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ร่วมกับแนวคิดของ Grotberg (1999) เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นรอบด้าน โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจ และมีการปรับตัวที่ดี ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลและเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถ

สร้างพลังใจของตนเองให้พร้อมที่จะเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมมีการดำเนินชีวิตที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

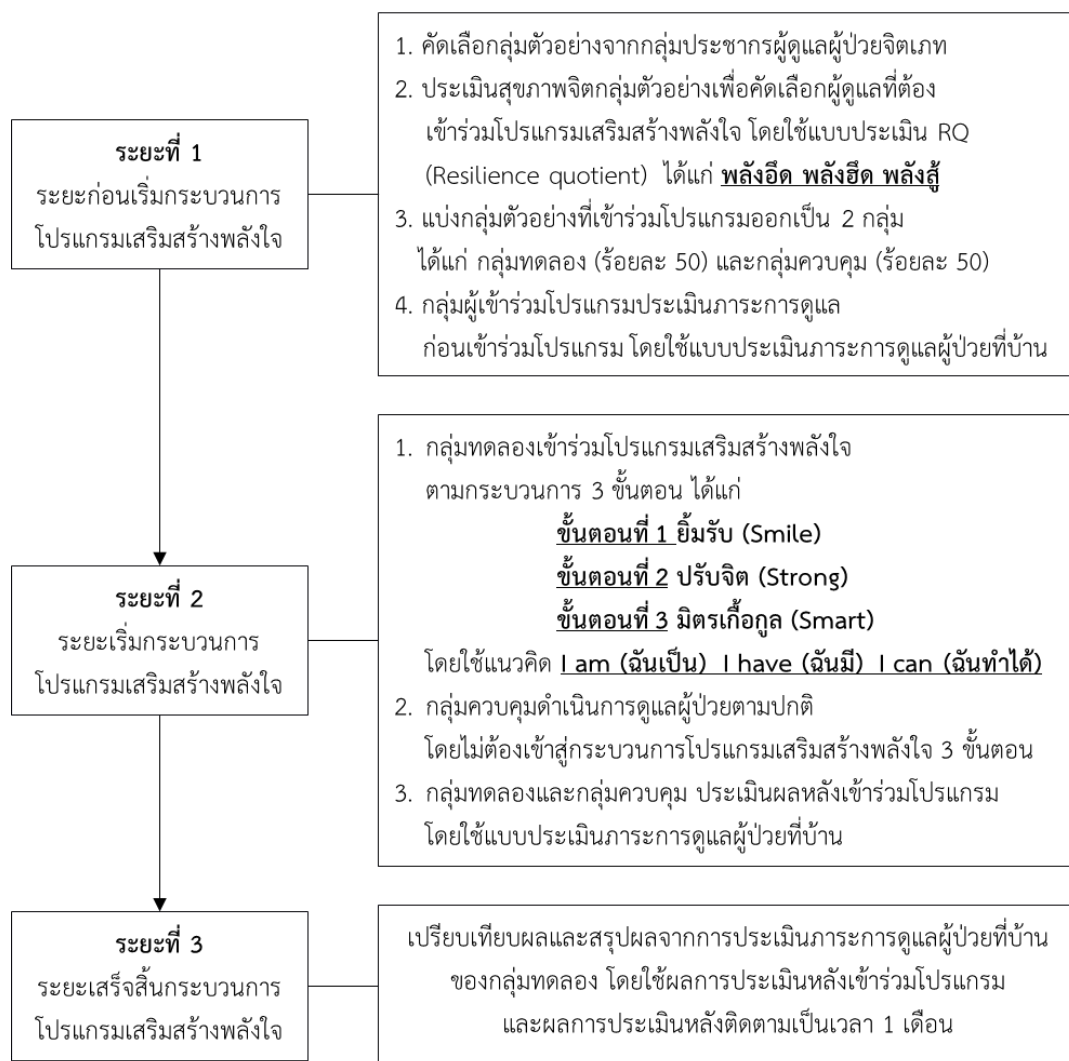
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง เมื่อเสร็จสิ้นการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับการติดตาม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
3. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลอง และคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลหลังติดตาม มีความคงทนของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

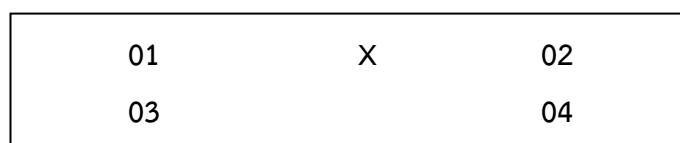
ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบางใหญ่ ดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ โดยใช้แบบประเมิน RQ (Resilience quotient) ของกรมสุขภาพจิต และคัดกลุ่มตัวอย่างซ้ำตามคุณสมบัติการเข้าร่วมโปรแกรมและแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ประเมินภาวะการดูแลทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และกลุ่มทดลองมีการติดตามซ้ำใน 1 เดือน โดยใช้แบบประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Zarit Burden ภาษาไทย ผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการประเมินภาวะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเข้าสู่การประมวลผลทางสถิติ เปรียบเทียบผล และสรุปผลการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ภาพแสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) สองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน (Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และติดตาม 1 เดือน หลังจบโปรแกรม เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลติดตามปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยมีรูปแบบการทดลอง ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 ภาพแสดงสัญลักษณ์รูปแบบการทดลอง

ความหมายของสัญลักษณ์

- 01 หมายถึง การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจแบบกลุ่ม
- 02 หมายถึง การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจแบบกลุ่ม
- X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่ม
- 03 หมายถึง การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติ
- 04 หมายถึง การประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่มควบคุม หลังได้รับการบริการตามมาตรฐานปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์ ICD-10 (รหัส F20-F29) ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารับบริการที่ คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบางใหญ่ ในช่วง ตุลาคม พ.ศ. 2567 - มิถุนายน พ.ศ. 2568 จำนวนทั้งสิ้น 327 คู่ (ผู้ป่วย - ผู้ดูแล)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีของ Taro Yamane (1973) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 ราย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าสู่กระบวนการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นไปตามโอกาสทางสถิติ (Non-Probability Sampling) คือการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มที่มีคะแนนประเมินพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55 คะแนนลงมา และนำมาทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เพื่อคัดเข้าดำเนินการตามโปรแกรม จำนวน 76 คน โดยจับคู่ผู้ดูแลผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างพลังใจ 38 คน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ 38 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ดูแลจะได้รับคัดเข้าร่วมการศึกษาเมื่อมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- 2) ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD-10 รหัส F20-F29 และเป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารับบริการในช่วงเวลาที่กำหนด
- 3) มีคะแนน พลังสุขภาพจิต ≤ 55 คะแนน
- 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
- 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

- 1) มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตใจที่รบกวนความสามารถในการเข้าร่วมโปรแกรมหรือทำแบบประเมิน
- 2) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามตารางเวลา ของโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี ประกอบด้วยกิจกรรม 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ยิ้มรับ (Smile) กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมปรับจิต (Strong) กิจกรรมที่ 2 มิตรเกื้อกูล (Smart)

2. เครื่องมือสำหรับรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ ฉบับ 20 ข้อ) และแบบประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยสถิติพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ โดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่อิสระ (T-Test Dependent Samples)
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ โดยใช้สถิติการเปรียบเทียบที่แบบอิสระ (T-Test Independent Samples)
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจก่อน - หลังการทดลองและติดตาม 1 เดือน วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เอกสารรับรองโครงการวิจัยจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่รับรอง 52/2568 ตั้งแต่วันที่ 4 กรกฎาคม 2568 ถึง 3 กรกฎาคม 2569

ผลการวิจัย

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 76 คน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 คน และกลุ่มควบคุม 38 คน โดยมีรายละเอียดของปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.79 และมีอายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.89 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 69.74 อาชีพที่พบมากที่สุดคือรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.68 และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะบิดาหรือมารดามากที่สุด ร้อยละ 39.47 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.05 ด้านประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 57.89 ใช้เวลาน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวันในการดูแล ร้อยละ 57.89 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ คือ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 39.47 และไม่มีภาระดูแลอื่นเพิ่มเติม ร้อยละ 63.16 ด้านความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ไม่มีความกังวล ร้อยละ 50.00 และอาการของผู้ป่วยส่วนใหญ่คงที่ ร้อยละ 63.16

2. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการทดสอบที่แบบไม่อิสระ (T-Test Dependent Samples) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	สถิติทดสอบที่ (t)	ค่าอิสระ (df)	ระดับนัยสำคัญ ทางสถิติ (Sig. 2 tailed)
ก่อน	12.68	8.158	10.317	37	.000
หลัง	9.66	7.049			

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 12.68 และหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 9.66 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแล หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1

3. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการเปรียบเทียบที่แบบอิสระ (T-Test Independent Samples) ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ

ระยะเวลา	กลุ่มผู้ดูแล	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	สถิติทดสอบที (t)	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig. 2 tailed)
ก่อน	กลุ่มทดลอง	12.68	8.158	-1.521	0.133
ก่อน	กลุ่มควบคุม	15.55	8.284		
หลัง	กลุ่มทดลอง	9.66	7.049	-2.708	0.008
หลัง	กลุ่มควบคุม	14.42	8.238		

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลเท่ากับ 12.68 ,15.55 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลเท่ากับ 9.66 , 14.42 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแล ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลต่ำกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ . 05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2

4. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeat Measures ANOVA) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลอง ก่อน - หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)	ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Sig.)
ก่อนเริ่มโปรแกรม	12.68	8.158	.05
หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม	9.66	7.049	
หลังติดตาม 1 เดือน	9.08	7.069	

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ย (Mean) ภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 9.66 และติดตามหนึ่งเดือน มีค่าเฉลี่ย (Mean) เท่ากับ 9.08 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (Mean) พบว่า ภาวะการดูแลหลังติดตามหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 เดือน แตกต่างจากหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 3

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี สามารถอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะการดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์ประคอง (2562) ศึกษาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่าการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและการศึกษาของสรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรืองฤทธิ์ (2564) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลงหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลอง มีคะแนนภาวะการดูแลลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของกขกร ฉายากุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาล พบว่า การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้คะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สัมพันธ์กับแนวคิดของ Grotberg (1999) ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ I am, I have, I can ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาความมั่นใจในตนเอง รับรู้ถึงแหล่งสนับสนุน และใช้ทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สามารถรับมือกับภาวะการดูแลได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

3. ภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มทดลองและคะแนนภาวะการดูแลหลังติดตามมีความคงทนของคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของสยามภรณ์ เดชดี และวิณีกาญจน์ คงสุวรรณ (2562) ศึกษา การพัฒนาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อความเข้มแข็งในการมองโลกและพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด พบว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดมีพลังสุขภาพจิตและความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. จากผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ จะเห็นได้ว่า คะแนนภาวะการดูแลของกลุ่มทดลองหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที ลดลงต่ำกว่าก่อนเริ่มโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจและคะแนนภาวะการดูแลภายหลังติดตามหนึ่งเดือนลดลงต่ำกว่าหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินผลความคงทนของโปรแกรม และผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและผู้ป่วย
2. อาจมีการเพิ่มหรือลดปัจจัยที่ใช้ในการวิจัย เพื่อค้นหาสาเหตุของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อม อาจส่งผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้
3. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ดูแลในแต่ละพื้นที่ โดยคำนึงถึงวัฒนธรรม ความเชื่อ และระบบสนับสนุนทางสังคม มุ่งเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจ โดยใช้กิจกรรมท้องถิ่นของชุมชนเป็นกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจ หนึ่งชุมชนหนึ่งโปรแกรม เพื่อให้ชุมชนสามารถช่วยเสริมสร้างพลังใจให้แก่กัน และชุมชนสามารถช่วยกันดูแลตนเองได้

บรรณานุกรม

- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือฝึกอบรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังใจญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ*. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/228>.
- กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *คู่มือสร้างสรรค์พลังใจให้วัยที่ Strong Together*. <https://dmh-elibrary.org/items/show/1330>
- งานประกัน ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์ โรงพยาบาลบางใหญ่. (2568). *จำนวนผู้ป่วยกลุ่มอาการจิตเวช (F20-F29)*.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลธิชา เรื่องวิริยะนันท์. (2562). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งชาติ*, 27(2), 95-106. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/204111/142250>
- ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ถักนาสีโรจน์. (2565). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 1-13. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/258949/178182>
- ศรisha เสวยทรง. (2565). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลชุมแสง. *วารสารวิจัยและวิชาการสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร*, 3(1), 34-42. <http://www.ppho.go.th/webppho/research/y3p1/b04.pdf>
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *คู่มือการเสริมสร้างพลังใจวัยใส อีดี ฮีดี สู้สำหรับวัยรุ่น*. ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง. <https://www.mhc10.go.th/myinfo/20231109132449.pdf>
- สรินดา น้อยสุข และพิมพ์พิมล เรื่องฤทธิ์. (2564). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารกองการพยาบาล*, 48(2), 30-48. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JND/article/view/255212/172328>
- สายฝน เมืองใจ และศรีัญญา ใจแก้ว. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย*, 1(2), 1-14. <https://he04.tci-thaijo.org/index.php/jcrpho/article/view/1144>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เขตสุขภาพที่ 4. (2568). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)*. <https://hdc.moph.go.th/nbi/public/main>
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). *คู่มือการบำบัดทางสังคมจิตใจ*. ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง. <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202109281061681956.pdf>
- สำนักบริหารระบบสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข*. ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง. <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf>
- สำนักบริหารระบบสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ ฉบับแพทย์*. ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง. <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202002061595902378.pdf>
- สำนักราชบัณฑิตยสถาน. (2564). *พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554*. <https://dictionary.orst.go.th/>

- สำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดีฮีดส์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปียอนด์ พับลิชชิง. [https://mhc3.dmh.go.th/file/info/หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดีฮีดส์\(ส.วิชาการ\)เล่ม2ก.ค.65.pdf](https://mhc3.dmh.go.th/file/info/หลักสูตรเสริมสร้างพลังใจอีดีฮีดส์(ส.วิชาการ)เล่ม2ก.ค.65.pdf)
- อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ขัมพร เกษโกลม. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 32(3), 202-212. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/270512/184226>
- อรรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 23(1), 1-13. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/40639/46286>
- Caregiver. (6 May 2025). (In Wikipedia). <https://en.wikipedia.org/wiki/Caregiver>
- Caregiver_burden. (22 March 2025). (In Wikipedia). https://en.wikipedia.org/wiki/Caregiver_burden
- Grotberg, E. H. (1996). *The International resilience project: Findings from the research and the effectiveness of interventions*. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419584.pdf>
- Polit, D. F., & Back, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and method (7th ed.)*. Philadelphia : Lippincott