



ผลของโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

The Effect of Prevention and Reduction Depression Program on Burden and Depression among Caregivers's Schizophrenia Patients in Community

อัจฉราพรรณ หอมสุคนธ์¹, หยาดชล ทวีธนาวิชย์¹

Adcharaphan Homsukhon¹, Yadchol Tawetanawanich¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Yadchol Tawetanawanich; Email: yadchol@ckr.ac.th

Received: August 26, 2025 Revised: October 28, 2025 Accepted: December 13, 2025

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องในชุมชนมักส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นภาระและมีภาวะซึมเศร้าได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน คัดเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติทดสอบ Paired t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าหลังการได้รับโปรแกรมฯ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นกลุ่มทดลอง มีความรู้สึกเป็นภาระและมีภาวะซึมเศร้า ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และมีความรู้สึกเป็นภาระ และความซึมเศร้า น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าในการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระ อันจะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในอนาคตได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้สึกเป็นภาระ; ภาวะซึมเศร้า; ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน



The Effect of Prevention and Reduction Depression Program on Burden and Depression among Caregivers's Schizophrenia Patients in Community

Adcharaphan Wongnoi¹, Yadchol Tawetanawanich¹

¹Boromarajonani College of Nursing Chakiraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding author: Yadchol Tawetanawanich; Email: yadchol@ckr.ac.th

Received: August 26, 2025 **Revised:** October 28, 2025 **Accepted:** December 13, 2025

Abstract

Continuous care for patients with schizophrenia in the community can lead to caregiver burden and depression. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a prevention and reduction depression program on burden and depression among caregivers of schizophrenia patients in the community. The participants were composed of 40 caregivers of patients with schizophrenia living in Photharam District, Ratchaburi Province, selected by simple random sampling. The research instruments included a prevention and reduction depression program, a general information questionnaire, the Patient Health Questionnaire-9, and the Zarit Burden Interview. Data were analyzed using descriptive statistics, the paired t-tests, and the independent t-tests. The results revealed that, in the experimental group, caregiver burden after participating in the program was significantly lower than before participation and was also significantly lower than that of the control group receiving routine care. Similarly, depression levels in the experimental group decreased significantly after the intervention and were significantly lower than those in the control group. In conclusion, the depression prevention and reduction program in this study effectively reduced caregiver burden and depression among community-based caregivers of patients with schizophrenia, thereby enhancing their quality of life and potentially preventing future depression.

Keywords: burden; depression; caregivers's schizophrenia patients in community



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางสมองทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร มีอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผิดแปลกไปจากความเป็นจริง มีลักษณะอาการหลงผิด ประสาทหลอน¹ โดยอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม² ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ไปตลอดชีวิต ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก เนื่องจากมีความเสื่อมทางด้านการทำงานและความเสื่อมของสติปัญญา รวมทั้งความเรื้อรังจากอาการของโรคทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่แทนและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลนั้น ประกอบไปด้วยการดูแลด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ การออกกำลังกายการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและจัดการกับอาการก้าวร้าวของผู้ป่วย รวมทั้งดูแลจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย³

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นบทบาทที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลมักทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจตามมา⁴ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลเพื่อตอบสนองผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ⁴ ผลกระทบด้านร่างกายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดการพักผ่อน นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารได้น้อยลง ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า และอ่อนเพลียตามมา⁵ ด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้สึกกดดันด้านจิตใจ เครียด เศร้า และวิตกกังวล⁶ ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและสูญเสียรายได้ในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้น้อยลงเนื่องจากต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยทำให้สัมพันธ์ทางสังคมลดลง⁷ จากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ญาติผู้ดูแลต้องมีการเผชิญปัญหาและปรับตัวกับสถานการณ์การดูแล หากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยอมรับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและมองตนเองว่ามีความสามารถ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแล จะส่งผลต่อการปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น⁸ ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความกดดันทางจิตใจ อาจขัดขวางต่อกระบวนการปรับตัว ทำให้เกิดการปรับตัวไม่ดีหรือไม่สามารถปรับตัวได้⁹ จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจตามมา ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและไม่สามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาได้ อาจมีโอกาที่จะเกิดความเจ็บป่วยทางจิตเวชเพิ่มมากขึ้น

ปัจจุบันมีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นการเจ็บป่วยด้านจิตใจที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในต่างประเทศพบว่าการเกิดกลุ่มโรคซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 18.33⁴ สำหรับประเทศไทย ได้ศึกษาภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 12.9 แบ่งเป็นระดับน้อย ปานกลาง และรุนแรง ร้อยละ 8.6, 2.9 และ 1.4 ตามลำดับ¹⁰ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6¹¹ และจากรายงานสำรวจปัญหาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปี พ.ศ. 2566-2567 ในอำเภอ

โพธาราม จังหวัดราชบุรี พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมาขอรับบริการด้วยปัญหาซึมเศร้ามากที่สุด โดยมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น เป็นคนในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทภายในบ้าน หรือเป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น จากข้อมูลปัญหาดังกล่าวจึงเห็นได้ว่าผู้ดูแลหลักอาจได้รับผลกระทบทางสุขภาพจิตส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากนี้ได้มีโอกาสสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ราย ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเล่าว่า “ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการก้าวร้าว จะรู้สึกกลัวผู้ป่วยมาก อยากหนีไปให้พ้น” “รู้สึกเบื่อที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา” “ท้อแท้ หดหู่กับชีวิตของตนเองมาก ที่ต้องมารับภาระแบบนี้” “เครียด จะไปไหนก็ไปไม่ได้ต้องคอยเฝ้าคอยดูตลอด” และจากการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit burden interview) ที่พัฒนาโดยซาริท¹² พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคะแนนรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับมากร้อยละ 20 รู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลางร้อยละ 70 และรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับน้อยร้อยละ 10 จากข้อมูลที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปรากฏการณ์ด้านความคิดความรู้สึกของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ป่วยและตนเอง สอดคล้องกับระดับคะแนนความรู้สึกเป็นภาระที่ส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระระดับปานกลางถึงระดับมาก จึงน่าจะมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถปรับความคิด ความรู้สึกเป็นภาระของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ สามารถจัดการการความรู้สึกของตนเองได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสเกิดโรคซึมเศร้า สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างผาสุก

ผู้วิจัยจึงตระหนักและเห็นความสำคัญในเรื่องดังกล่าวจึงได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าขึ้น ตามแนวทางการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based stress reduction, MBSR) ที่พัฒนาโดยซีเจล และคณะ¹³ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรมมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสติ ความครุ่นคิด ความวิตกกังวล ความเห็นอกเห็นใจ ระดับความตระหนักรู้ ซึ่งมีผลต่อการบำบัดรักษาและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ ลดความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ รวมกับแนวทางการบำบัดแบบกลุ่ม (group activity therapy) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้กลุ่มบำบัดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นการเสริมสร้างความหวัง¹⁵ ช่วยให้เกิดความมั่นใจ มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าจะเป็นกิจกรรมบำบัดแบบกลุ่มที่เน้นให้สมาชิกกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ผ่านกิจกรรมที่มุ่งสร้างความเข้าใจในโรคจิตเภทและภาวะซึมเศร้า รวมถึงการสำรวจความรู้สึก ความคิด พฤติกรรมของตนเอง ช่วยเพิ่มการตระหนักรู้ ยอมรับตนเอง ปรับเปลี่ยนมุมมองเชิงลบเป็นเชิงบวก ลดความรู้สึกหมดหวัง และเพิ่มพลังใจ ควบคู่ไปกับการฝึกสมาธิ การหายใจอย่างมีสติ และการปล่อยวาง รวมถึงการดูแลสุขภาพกาย ลดการตอบสนองทางอารมณ์ ดำเนินการทดสอบคุณภาพทางวิชาการด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ร่วมกับการทดสอบผลของโปรแกรมฯ ที่จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าลดลง สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท และสังคมได้อย่างมีความสุข



วัตถุประสงค์การวิจัย

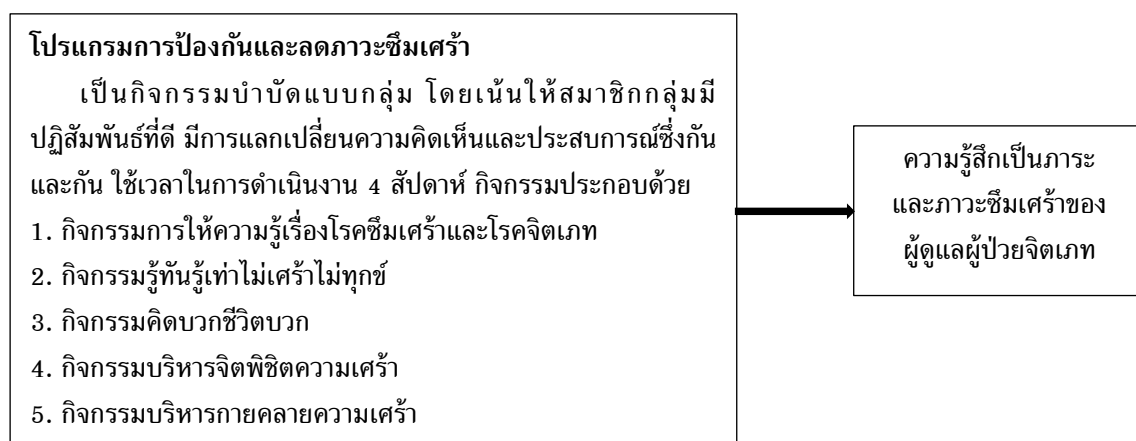
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า มีค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based stress reduction, MBSR) เป็นแนวคิดการฝึกสติเพื่อรับมือกับอารมณ์และคุณภาพชีวิต ช่วยลดภาวะซึมเศร้าเพิ่มสมาธิและความยืดหยุ่นทางอารมณ์ พัฒนาโดยชีเจล และคณะ¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาเป็นรูปแบบโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กิจกรรมเป็นการบำบัดแบบกลุ่ม (group activity therapy) ดำเนินการต่อเนื่องทุกสัปดาห์ โดยเทคนิคที่นำมาใช้ได้แก่ การสนทนากับตนเอง การปรับเปลี่ยนแผนแนวคิดใหม่ การฝึกสติ การสะท้อนความรู้สึกตนเอง เป็นต้น ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (population) คือ ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 820 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ผู้วิจัยได้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการ Power analysis กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา¹¹ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power analysis ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (sample random sampling) โดยการนำรายชื่อประชากร คือ ผู้ดูแลหลักในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตพื้นที่อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ทั้งหมดและมีการให้เลขกำกับ หลังจากนั้นจับฉลากเลขแยกกล่องที่แบ่งเป็นกล่องที่ 1 กลุ่มควบคุม กล่องที่ 2 กลุ่มทดลอง ทำเช่นนี้จนครบ 40 คน จะได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผู้วิจัยจึงใช้เกณฑ์ในการกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ขึ้นไป โดยมีความสัมพันธ์เป็นญาติใกล้ชิด หรือผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท
2. มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน และไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. มีคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ประเมินโดยแบบประเมิน PHQ-9 อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
4. มีคะแนนรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับน้อยถึงระดับมาก
5. สามารถพูดสื่อสาร ฟัง อ่านและเขียนภาษาไทยได้
6. ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช
7. ยินดีร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย



เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลมีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยได้พัฒนา โดยใช้แนวคิดการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based stress reduction, MBSR) ที่พัฒนาโดยซีเจล และคณะ¹³ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาเป็นรูปแบบโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม ดำเนินการต่อเนื่องทุกสัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิด กำหนดโครงสร้าง และวัตถุประสงค์ของโปรแกรมให้ครอบคลุมตามแนวคิด การดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60 – 90 นาที/ครั้ง รวมระยะเวลาในการดำเนินโปรแกรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 – 4 สัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 – 5 ทั้งหมด 5 กิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

- 1.1 เริ่มกิจกรรมกลุ่มสร้างสัมพันธภาพ(เล่นเกมส) บอกวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ
- 1.2 ให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทเนื้อหาครอบคลุมเรื่อง สาเหตุ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค การดูแลรักษาและการป้องกันไม่ให้เป็นโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทันรู้เท่าไม่เศร้าไม่ทุกข์

- 2.1 ให้สมาชิกกลุ่มฝึกสำรวจความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเองและบันทึกลงในใบงานที่ 1 : ตัวเราเป็นอย่างไร
- 2.2 ให้สมาชิกกลุ่มบันทึกวิธีแก้ปัญหาเมื่อเกิดอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมในทางลบของตนเองและบันทึกลงในใบงานที่ 1: ตัวเราเป็นอย่างไร

2.3 ให้สมาชิกกลุ่มบอกเล่าความรู้สึก อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมของตนเอง และวิธีแก้ปัญหาของตนเองที่สำรวจได้ให้เพื่อนในกลุ่มฟังเป็นรายบุคคลจนครบทุกคน โดยก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมกลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้วิจัยกำหนดข้อตกลงในการเข้ากลุ่มร่วมกับผู้เข้าร่วมการวิจัยในการรักษาความลับภายในกลุ่มไม่นำไปพูดต่อเมื่อออกจากกลุ่ม และอนุญาตให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สะดวกใจในการเปิดเผยความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองไม่ต้องตอบคำถามนั้นๆได้ รวมถึงไม่อนุญาตให้บุคคลภายนอกที่ไม่เกี่ยวข้องเข้ามาในบริเวณพื้นที่ดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมคิดบวกชีวิตบวก

- 3.1 ให้ความรู้เรื่องคิดบวกชีวิตบวก (positive thinking)
- 3.2 ให้สมาชิกกลุ่มฝึกปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบตามแนวทาง “คิดบวกชีวิตบวก (positive thinking)” และบันทึกลงในใบงานที่ 2: คิดบวกชีวิตบวก (positive thinking)

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมบริหารจัดการจิตพิชิตความเศร้า

4.1 ให้ความรู้เรื่องแนวทางการบริหารจัดการจิตพิชิตความเศร้า

- ฝึกพักใจพักสมอง ให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมพูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับอารมณ์เศร้าอย่างสร้างสรรค์ และพูดให้กำลังใจกับสมาชิกคนอื่น ๆ ภายในกลุ่ม เปิดรับพลังงานที่ดี
- ปลอ่ยให้มันเป็นไป ผู้นำกลุ่มแนะนำวิธีการฝึกวิธีคิด ปลอ่ยวางและยอมรับกับปัจจุบันที่เกิดขึ้นอย่างมีความสุข ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของการอยู่กับปัจจุบัน และการยอมปลอ่ยความทุกข์ที่เกิดขึ้น

4.2 ให้สมาชิกกลุ่มฝึกปฏิบัติการใช้สติเป็นฐาน ให้สมาชิกกลุ่มฝึกนั่งสมาธิ ด้วยอริยาบทที่ผ่อนคลายสบาย ๆ กำหนดลมหายใจเข้า-ออก มีสติและอยู่กับปัจจุบัน หลังฝึกเสร็จสมาชิกแต่ละคนถ่ายทอดความรู้สึกตนเอง

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมบริหารกายคลายความเศร้า

5.1 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและให้สมาชิกกลุ่มเลือกวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมาชิกทุกคน 1 วิธี พร้อมทั้งเลือกสถานที่ ช่วงเวลาที่จะออกกำลังกายร่วมกัน

5.2 ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกันตามที่สมาชิกกลุ่มเลือก สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์

คุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรมตลอดจนลำดับของเนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ได้รับการแก้ไขไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง หลังจากทดลองใช้โปรแกรมแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นคำถามให้เลือกตอบและเขียนตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ใช้แบบประเมิน PHQ-9 (patient health questionnaire-9) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยมาโนช หล่อตระกูล และคณะ² แบบวัดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ เป็นคำถามที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมา คำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน โดยที่คะแนนรวมตั้งแต่ 9 คะแนน ขึ้นไปหมายถึงมีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวมระหว่าง 9 - 14 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าเล็กน้อย คะแนนรวมระหว่าง 15 - 19 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 20 - 27 คะแนน หมายถึง มี



อาการซึมเศร้ารุนแรง จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ จากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ (Zarit burden interview) พัฒนาโดยซาริท¹² อ้างอิงในปัญญา ยืนยงตระกูล¹¹ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล 2) ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) มีจำนวน 22 ข้อ 4 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ความตึงเครียดส่วนบุคคล (personal strain) องค์ประกอบที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง (privacy conflict) องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกผิด (guilt) และองค์ประกอบที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน (uncertain attitude) คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน การแปลผลคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0 ถึง 88 คะแนน โดยที่คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้สึกเป็นภาระมาก จากการหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินฯ จากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จักรีรัช เลขที่ 001-1-2568 วันที่ 16 มิถุนายน 2568 และคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อขอข้อมูลการติดต่อนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกใช้วันและเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวก ทำการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างก่อนลงพื้นที่ล่วงหน้าอย่างน้อย 3 วัน จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่พบกลุ่มตัวอย่างและดำเนินการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง สามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่างจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างและลงชื่อไว้ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและคณะเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (gate keeper) เพื่อมอบคุณสมบัติและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ เพื่อคัดเลือกผู้ที่มีคุณสมบัติตรงกับเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กำหนดไว้ โดยเริ่มดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มควบคุม ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองซึ่งมีจำนวน 20 คน โดยดำเนินการทดลองในวัน และเวลาที่ได้นัดหมาย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล รวมถึงชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มทดลอง สามารถถอนตัวออกจากการเป็นกลุ่มทดลองจากงานวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น และข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่างและลงชื่อไว้ในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มทดลองลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ผู้วิจัยและคณะดำเนินการทดลองตามโปรแกรมฯ จำนวน 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 60-90 นาที/ครั้ง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 – 4 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทันรู้เท่าไม่เศร้าไม่ทุกข์

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมคิดบวกชีวิตบวก

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมบริหารจัดการพิชิตความเศร้า

สัปดาห์ที่ 2 – 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2-5 ดังนี้

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมรู้ทันรู้เท่าไม่เศร้าไม่ทุกข์

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมคิดบวกชีวิตบวก

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมบริหารจัดการพิชิตความเศร้า

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมบริหารกายคลายความเศร้า

2. กลุ่มควบคุม หลังเสร็จสิ้นการวิจัยกลุ่มควบคุมจะได้เข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมซึ่งมีจำนวน 20 คน อธิบายถึงขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัยอีกครั้งในอีก 4 สัปดาห์ตามความสมัครใจ พร้อมแจกแผ่นพับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และวิธีการจัดการอารมณ์ ระหว่างนี้จะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้เคียงบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท ระยะเวลาในการดูแล โดยใช้สถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ยค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เป็นต้น

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังให้โปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า โดยใช้สถิติทดสอบที (dependent t-test) กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) ซึ่งก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test



ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 และ 90 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 56.6 ปี (SD=6.87) และ 53.4 ปี (SD=4.84) ตามลำดับ สถานภาพส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม คือสมรส ร้อยละ 85 และ 100 ตามลำดับ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 อาชีพส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มคือ อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 และ 80 ตามลำดับ มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90 และ 85 ตามลำดับ รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 70 และร้อยละ 60 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 50 และ 80 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน 4 คน ร้อยละ 45 และร้อยละ 25 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 40 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 11 – 15 ปี ร้อยละ 60 และ 75 ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
หญิง	16	80.00	18	90.00
ชาย	4	20.00	2	10.00
อายุ (ปี)	Mean=56.6, SD= 6.87		Mean=53.4, SD=4.84	
สถานภาพ				
โสด	2	10.00	0	0
สมรส	17	85.00	20	100
หม้าย	1	5.00	0	0
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียน	6	30.00	5	25.00
ประถมศึกษา	9	45.00	12	60.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.00	3	15.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	5.00	0	0
ศาสนา				
พุทธ	20	100	20	100
อาชีพ				
เกษตรกร	15	75.00	16	80.00
ค้าขาย	1	5.00	2	10.00
รับจ้างทั่วไป	4	20.00	2	10.00
ภาวะสุขภาพ/โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	2	10.00	3	15.00
มีโรคประจำตัว	18	90.00	17	85.00



ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ครอบครัวต่อเดือน				
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	20.00	3	15.00
5,001 – 10,000 บาท	14	70.00	12	60.00
10,001 – 15,000 บาท	2	10.00	4	20.00
มากกว่า 15,000 บาท	0	0	1	5.00
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	10	50.00	16	80.00
เพียงพอ	10	50.00	4	20.00
จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
2 คน	5	25.00	4	20.00
3 คน	4	20.00	5	25.00
4 คน	9	45.00	7	35.00
5 คน	1	5.00	3	15.00
มากกว่า 5 คน	1	5.00	1	5.00
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท				
บิดา/มารดา	8	40.00	8	40.00
สามี/ภรรยา	5	25.00	3	15.00
พี่/น้อง	1	5.00	4	20.00
บุตร/หลาน	6	30.00	5	25.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย				
น้อยกว่า 5 ปี	1	5.00	0	0
5 – 10 ปี	3	15.00	2	10.00
11 – 15 ปี	12	60.00	15	75.00
มากกว่า 15 ปี	4	20.00	3	15.00

ส่วนที่ 2: ผลของโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าต่อความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระก่อนดำเนินโปรแกรมเท่ากับ 56.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.34 หลังสิ้นสุดโปรแกรมเท่ากับ 54.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.79 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าก่อนดำเนินโปรแกรมเท่ากับ 16.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.69 หลังสิ้นสุดโปรแกรมเท่ากับ 14.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.97 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n = 20)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนการดำเนินโปรแกรม		หลังสิ้นสุดโปรแกรม		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้สึกเป็นภาระ	56.23	6.34	54.70	6.79	.001
ภาวะซึมเศร้า	16.84	5.69	14.17	5.97	.003

เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระ และภาวะซึมเศร้า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระหลังสิ้นสุดโปรแกรมเท่ากับ 60.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.16 ค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 17.65 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.79 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดโปรแกรม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		p-value
	Mean	SD	Mean	SD	
ความรู้สึกเป็นภาระ	60.23	6.16	54.70	6.79	.001
ภาวะซึมเศร้า	17.65	4.79	14.17	5.97	.000

อภิปรายผล

ความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกเป็นภาระของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรม (Mean=54.70 , SD=6.79) ลดลงต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม (Mean=56.23 , SD=6.34) และลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=60.23, SD=6.16) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้คะแนนความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (mindfulness-based stress reduction, MBSR) ตามแนวคิดคือ การมีสติ (mindfulness) การอยู่กับปัจจุบัน (present moment awareness) การยอมรับ (Acceptance) อัตโนมัตติและการตอบสนองอย่างมีสติ (react and respond) การฝึกร่างกายและจิตใจควบคู่กัน และการฝึกข้ามใจเกิดทักษะ โดยโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้า ในกิจกรรมที่ 1 เป็นกระบวนการที่มีรูปแบบชัดเจนโดยมีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกี่ยวกับโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และโรคซึมเศร้ามากขึ้น ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจและทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เรียนรู้วิธีการปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระ¹⁶ และ

ยอมรับในสิ่งที่ผู้ป่วยและตนเองเป็นอยู่ (acceptance) และในกิจกรรมที่ 2 รู้ทันรู้เท่าไม่เคร่งไม่ทุกข์ เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้สำรวจความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในทางลบของตนเอง โดยไม่ตัดสิน ไม่ผลักไส และไม่วิ่งตามความคิด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดสำคัญคือ การมีสติ (mindfulness) และการอยู่กับปัจจุบัน (present moment awareness) รวมทั้งแลกเปลี่ยนความรู้สึก อารมณ์ ความคิด พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกภายในกลุ่ม เพื่อให้โอกาสในการเรียนรู้ระหว่างสมาชิกกลุ่มเดียวกันในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งถือว่าเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี เป็นพื้นที่ให้ระบายความรู้สึกและประสบการณ์อย่างแท้จริง สามารถเข้าใจปัญหา มองเห็นคุณค่าและความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ เขมณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์ และคณะ¹⁷ ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นั่นคือ เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคทางจิตเวชย่อมทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากเพื่อนหรือเครือข่ายสังคม เช่น ต้องการมีผู้คอยรับฟังความคิด ความรู้สึก ปัญหาต่าง ๆ และสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ต้องการยอมรับ และเห็นคุณค่า รวมถึงการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่าบุคคลที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูง มีแนวโน้มความรู้สึกเป็นภาระน้อย

ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังใช้โปรแกรม (Mean=14.17 , SD=5.97) ต่ำกว่าก่อนใช้โปรแกรม (Mean=16.84 , SD=5.69) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (Mean=17.65, SD=4.79) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลง ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมที่ 3 คิดบวกชีวิตบวก และ กิจกรรมที่ 4 บริหารจิตพิชิตความเศร้า เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ใช้แนวคิดสติเป็นฐาน (mindfulness) และตอบสนองอย่างมีสติ (respond) เน้นการฝึกสมาธิ การมีสติอยู่กับปัจจุบัน พร้อมทั้งฝึกให้มีการปรับแบบแผนความคิดเชิงบวกสามารถพูดให้กำลังใจตนเองอย่างสม่ำเสมอ และการตอบสนองอย่างมีสติคือคิดก่อนทำอะไรจะสามารถจัดการอารมณ์ได้ดีขึ้น เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความคิดเชิงบวกจะสามารถมีความรู้สึกรักและภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกสงบ ยอมรับ ปลอ่ยวาง สามารถจัดการและเผชิญปัญหาได้อย่างมีสติ ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชลดลง¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้มีผลต่อการบำบัดรักษาโดยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและหมกมุ่นครุ่นคิดลดลง รวมทั้งมีความวิตกกังวลลดลง¹⁹ ในประเทศไทยสอดคล้องกับการศึกษาของ เกษราภรณ์ เคนบุปผา และกมลทิพย์ สงวนรัมย์²⁰ ที่ศึกษาการบำบัดโรคซึมเศร้าด้วยการเจริญสติตระหนักรู้ พบว่าการเจริญสติตระหนักรู้ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ระดับความหมกมุ่นครุ่นคิดต่อเหตุการณ์ และความกังวลได้ เกิดความตระหนักรู้ในอารมณ์ และเท่าทันความคิดที่เกิดขึ้น เปลี่ยนวิธีการที่จิตเคยตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากเดิมที่ตอบสนองแบบอัตโนมัติเป็นการตอบสนองอย่างมีสติ ตระหนักรู้เกี่ยวกับโลกของความเป็นจริงว่าเป็นแค่ความคิด มีสติอยู่กับปัจจุบัน มีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น



ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. หน่วยงานด้านสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลชุมชน ควรนำโปรแกรมการป้องกันและลดภาวะซึมเศร้าที่ใช้แนวคิดการลดความเครียดโดยใช้สติเป็นฐาน (Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR) ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างต่อเนื่อง หรือ นำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่มีแนวโน้มของภาวะซึมเศร้า เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ลดภาวะซึมเศร้า และลดความรู้สึกเป็นภาระ

2. พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขควรได้รับการอบรมเรื่องเทคนิคการฝึกสติเป็นฐานและการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อสามารถถ่ายทอดทักษะการจัดการอารมณ์และลดภาวะซึมเศร้าให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ด้านการวิจัย

1. ควรดำเนินการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นและครอบคลุมพื้นที่หลายจังหวัด เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและความสามารถในการอ้างอิงผลการวิจัยไปยังประชากรกลุ่มอื่น ๆ

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมในระยะยาว (long-term follow-up) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในช่วงเวลาหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของผลลัพธ์

3. ควรเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการฝึกสติร่วมกับวิธีการบำบัดรูปแบบอื่น เช่น การให้คำปรึกษากลุ่ม (group counseling) หรือการสนับสนุนทางสังคม (social support program) เพื่อหาวิธีที่มีประสิทธิภาพสูงสุดต่อการลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association [internet]. 2023 [cited 16 February 2025]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>.
2. Lortarakul M, Sukanich P. Ramathibodi Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015.
3. Kongnirundorn S. Factors influencing burden among caregivers of patients with schizophrenia. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2016;32(3):118-32. (in Thai)
4. Prasad F, Hahn MK, Chintoh AF, Remington G, Foussias G, Rotenberg M, Agarwal SM. Depression in caregivers of patients with schizophrenia: a scoping review. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2024;59(1):1-23.
5. Sritawan K, Uppasen R. Selected factors related to burnout among caregivers of patients with schizophrenia in the community. Royal Thai Army Nurses Journal 2017;18:308-14. (in Thai)
6. Mathew KJ. Risk of psychological distress among individuals living with a mentally ill person: a study from a backward state of India and its implications. Online Journal of Health and Allied Sciences 2017;15(4):1-5.
7. Kiangpha W, Nintachan P, Saengon S, Napa W. Selected factors associated with psychological distress among caregivers of patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2022;34(3):77-101. (in Thai)



8. Samitnaranes A. Coping and adaptation of relatives caring for patients with schizophrenia. *Eastern Asia University Academic Journal: Science and Technology Edition* 2017;11(3):43–56. (in Thai)
9. Thongsai S. Sustainable care for patients with schizophrenia in the context of Thai society. *Journal of Nursing Division* 2015;42(3):159–68. (in Thai)
10. Pitsanu W, Charoenboon T. Depression and burden among caregivers of patients with schizophrenia at Thammasat University Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2019;64(4):317–36. (in Thai)
11. Yuenyongtrakool P, Nintachan P, Saengaon S, Eakathikomkit N, Sanguanwichaikul T. Selected factors associated with depression among caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2022;37(2):1–21 (in Thai)
12. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Zarit burden interview. *Health Soc Care Community*. 1980.
13. Segal ZV, Anderson ND, Lau MA, Bishop SR. Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2003;14(6):449–63.
14. Suwanboon W, Puapan S, Sanguanthani, Chinjutha C. The effect of interpersonal relationship-based group therapy program on quality of life of patients with schizophrenia. *Burapha University Nursing Journal* 2015;23(1):68–79. (in Thai)
15. Wanwa D, Lueboonthawatchai A. The effect of family support groups on family functioning as perceived by caregivers of patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2014;28(1):68–80. (in Thai)
16. Pratueng L, Napa C. Effects of mental health education program on caregiver burden of schizophrenia patients receiving home visits in Bangkok. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*. 2018;12(2):37–47. (in Thai)
17. Sripromphut S, Nintachan P, Sangon S. Relationships between resilience, social support, personal factors, and caregiver burden among schizophrenia caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2025;29(1):103–22. (in Thai)
18. Segal ZV, Anderson ND, Lau MA, Bishop SR. Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2023;14(6):449–63.
19. Van der Velden AM, Kuyken W, Wattar U, Crane C, Pallesen KJ, Dahlgaard J, Fjorback LO, Piet J. A systematic review of mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy in the treatment of recurrent major depressive disorder. *Clinical Psychology Review*. 2025;37:26–39.
20. Kenbubpha K, Pianthong K, Saganrum K, Sukhawaha S. Mindfulness-based cognitive therapy for depression treatment in Thai patients: Effectiveness testing of the program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2023;37(3):31–52. (in Thai)