

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ทวีทรัพย์ จุมศิลป์¹ ธนพล บรรดาศักดิ์¹ นฤมล จันทระเกษม¹ อาจารย์ พรหมรัตน์¹

อุษณีย์ ศรีสกุล² ประสิทธิ์ อ่อนจันทร์

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนามวินนทราชินี บ้านทุ่งกล้วยน้อย ตำบลพักหัน จังหวัดสิงห์บุรี

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพทะเล อำเภอกำแพงบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

Received: September 9, 2024

Revised: October 9, 2024

Accepted: October 18, 2024

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานอาจเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าและเป็นภาระ ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลได้ การวิจัยถึงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 52 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และได้รับการสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจำนวน 6 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความผาสุกทางใจที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 และโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบอนเฟรโรนี ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 4 สัปดาห์แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความผาสุกทางใจในแต่ละระยะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ผลการวิจัยเสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ในการเสริมสร้างความผาสุกทางใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม; ความผาสุกทางใจ; ผู้ดูแลผู้ป่วย; จิตเภท

ผู้พิมพ์และประสานงาน:

ธนพล บรรดาศักดิ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

91 หมู่ 8 ตำบลธารเกษม อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา 87120

อีเมล: thanapol@bcnbp.ac.th

The effect of a social support program on the psychological well-being among caregivers of schizophrenia patients

Taweessup Joomsil¹, Thanapol Bundasak¹, Narumol Jangasem¹, Arjaree Prommarut¹,
Usanee Srisakul², Prasit Onchan³

¹Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²Chaloem Phrakiat 60th Birthday Nawamin Rachini Health Center, Ban Thung Klab Noi, Pak Than, Sing Buri

³Pho Thale Sub-district Health Promoting Hospital, Khai Bang Rachan, Sing Buri

Abstract

Caregivers play a vital role in supporting individuals with schizophrenia, enabling them to lead fulfilling lives within society. However, the prolonged caregiving process can lead to feelings of fatigue and burden, negatively impacting the caregiver's psychological well-being. So, this quasi-experimental study aimed to evaluate the effect of a social support program on the psychological well-being among caregivers of schizophrenia patients. The study involved 52 caregivers, who were randomly assigned to either an experimental group (26 participants) or a control group (26 participants). The experimental group participated in a social support program consisting of six sessions, each lasting 60-90 minutes, held twice a week over three weeks. In contrast, the control group received standard care. Data were collected using a demographic questionnaire, a psychological well-being questionnaire (reliability=0.94), and the social support program. Descriptive statistics, independent t-tests, two-way repeated measures ANOVA, and pairwise comparisons with the Bonferroni method were used for data analysis. The results indicated that the mean psychological well-being scores for the experimental group at post-test and the 4-week follow-up were significantly higher than those of the control group ($p=0.01$). Furthermore, within the experimental group, psychological well-being scores showed significant improvement at pre-test, post-test, and follow-up ($p=0.001$). These findings suggest that healthcare professionals may consider implementing this program to enhance the psychological well-being among caregivers of schizophrenia patients.

Keywords: social support program; psychological well-being; caregivers; schizophrenia

Corresponding Author:

Thanapol Bundasak

Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

91 Village No.8, Thankasem Sub-district, Phra Phutthabat District, Saraburi 18120, Thailand

E-mail: thanapol@bcnpb.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่มีความเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทุกประเทศ ทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคน¹ พบอัตราความชุก 4.6 ต่อ 1,000 ประชากร อัตราความชุกตลอดชีวิตเท่ากับ 7.2 ต่อ 1,000 และพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทเท่ากับ 24 ต่อ 1,000 ของประชากรทั่วโลก² จากรายงานจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทย้อนหลัง 5 ปี ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562-2566 ของกรมสุขภาพจิต³ เท่ากับ 273,817 คน, 283,065 คน, 284,273 คน, 314,250 คน และ 299,771 คน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะโดยทั่วไปสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมักเกี่ยวกับการที่บุคคลมีความเสี่ยงด้านพันธุกรรมอยู่เดิม ต่อมาเกิดการกระตุ้นโดยปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะความเครียด และสารเสพติด จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาท การรักษาจึงมุ่งเน้นที่ควบคุมอาการทางจิตให้สงบ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงมักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด เอะอะไว้วาย มีพฤติกรรมรุนแรงจนอาจเป็นอันตรายต่อคนรอบข้าง เป็นต้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ซึ่งนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันจะลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อกำหนดให้ผู้ป่วยจิตเวชรักษาตัวต่อเนื่องที่บ้าน โดยอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแลและชุมชน ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในเรื่องของการรับประทานยา หรือการป้องกันอาการทางจิตกำเริบ อาจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบได้ง่าย โดยจากการศึกษาพบว่า การไม่รับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบซ้ำภายใน 1 ปี ถึง 12.5 เท่า⁴ ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการรับช่วงต่อจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบ⁵

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันส่วนใหญ่มักเป็นผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วย ซึ่งจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การจัดการพฤติกรรม การก้าวร้าวรุนแรง การสังเกตอาการและอาการเตือนของอาการกำเริบ การพามาตรวจตามนัด ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นเวลานานๆ จะส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และรายได้⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต⁶⁻⁸ โดยการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลอาจรู้สึกทุกขใจ กังวลใจ ซึ่งนอกจากจะต้องรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวแล้ว ยังต้องรับผิดชอบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิต และขาดอิสระในการใช้ชีวิตส่วนตัว^{6,7} ผู้ดูแลบางรายเกิดความรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดใส่ผู้ป่วย ขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม⁷ เกิดความรู้สึกหวาดกลัวผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ จนรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระ^{7,8} จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลมักมีความผาสุกทางใจต่ำกว่าคนกลุ่มอื่นๆ⁹ เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อเนื่องยาวนานอาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล รวมถึงความเหนื่อยหน่าย และเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล⁹ ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระค่อนข้างสูงจะทำให้มีความผาสุกทางใจต่ำ¹⁰ จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานมักจะส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลได้

ความผาสุกทางใจ (psychological well-being) เป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ มี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง หมายถึง การมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง การยอมรับตนเองในทุกด้านทั้งสิ่งที่ไม่ดี และสิ่งที่ดีของตนเอง และการมีความรู้สึกที่ดีกับชีวิต

ในอดีตที่ผ่านมา 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น ไว้วางใจ ห่วงใย เห็นใจ และเข้าใจบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง การตัดสินใจด้วยตนเอง 4) ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง การมีความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการใช้โอกาสภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิต และ 6) ความเจริญงอกงามของบุคคล หมายถึง การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การเปิดโอกาสรับประสบการณ์ใหม่ๆ ตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มองเห็นพัฒนาการของตนเอง¹¹ โดยบุคคลที่มีความผาสุกทางใจสูงมักยอมรับตนเอง มีทัศนคติที่ดี เชื่อกันว่าตนเองสามารถจัดการกับเรื่องต่างๆ ในชีวิต มีเป้าหมายในชีวิต และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น¹² เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผาสุกทางใจสูง จะยอมรับตนเองพอใจในตนเอง มีความสัมพันธ์อันดีกับบุคคลอื่น จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ มีจุดมุ่งหมายในชีวิต และพัฒนาตนเองอยู่เสมอ จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจระดับต่ำถึงปานกลาง¹³⁻¹⁶ ซึ่งเป็นผลจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน มีเวลาพักผ่อนน้อย รวมทั้งเกิดความรู้สึกเป็นภาระและไม่อยากดูแลผู้ป่วย ดังนั้น หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความสุขทางจิตดี ไม่เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าหรือเป็นภาระ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีคุณภาพ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภท และไม่มีอาการทางจิตกำเริบ

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ปัจจัยที่เป็นตัวทำนายความผาสุกทางใจได้สูงที่สุด คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support)^{15,17} ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญ ส่งผลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม และคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุน

ด้านการประเมินค่า เป็นการประเมินศักยภาพตนเอง รู้จักนำข้อมูลหรือแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้ในการจัดการกับปัญหา 2) การสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นการยกย่อง เห็นคุณค่า ให้กำลังใจ รับฟังและห่วงใยความรู้สึก 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของ และการบริการ¹⁸ บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะรับรู้ว่าคุณได้รับการยอมรับ ความรัก และความเอาใจใส่ เผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา และมีความเครียดลดลง เช่นเดียวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะรู้สึกว่าคุณได้รับการช่วยเหลือและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งได้รับข้อมูลต่างๆ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ต้องเผชิญปัญหาเพียงลำพัง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจสูงขึ้น^{15,17} อย่างไรก็ตามพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง^{19,20} และผลการวิจัยเชิงคุณภาพพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มมากขึ้น จากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีคุณภาพ²¹ ดังนั้น หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้นก็必将มีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น

จากรายงานผู้ป่วยที่มารับบริการด้านจิตเวช 3 ปีงบประมาณย้อนหลัง (2564-2566) พบว่าจังหวัดสิงห์บุรีมีผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 701 คน, 803 คน และ 915 คน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และปัจจุบันในพื้นที่ตำบลพิกพัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 28 คน โดยผู้ป่วยจิตเภทนั้นจะมีผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว 1-2 คน ซึ่งจากการลงพื้นที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลบางส่วนพบว่าผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดความรู้สึกเครียดและเหนื่อยล้าบ้าง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางใจ

และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนตำบลพักทันมุ่งเน้นการให้ความรู้เบื้องต้นแก่ญาติผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบของอาการทางจิต และลงเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแล แต่ยังไม่มีการพัฒนากิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรม

การศึกษาที่ผ่านมาพบการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความรู้สึกละเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน²² แต่การพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างความพึงพอใจให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังพบค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้น ก็จะทำให้มีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น^{15,17} ดังนั้นคณะผู้วิจัยในฐานะทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแลทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นทรัพยากรสำคัญในระบบสุขภาพที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข โดยไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบ จึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภตกกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁸ และแนวคิดความพึงพอใจของ Ryff & Keyes¹¹ เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่ง House¹⁸ กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านการประเมินค่า ข้อมูลข่าวสาร อารมณ์ และทรัพยากร ซึ่งอาจจะเป็นวัตถุสิ่งของหรือการบริการต่างๆ ร่วมกับแนวคิดความพึงพอใจของ Ryff & Keyes¹¹ ที่กล่าวว่าความพึงพอใจ เป็นความสมดุลของสภาวะจิตใจของบุคคลที่มีต่อตนเองทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งบุคคลที่มีความพึงพอใจจะมีความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง และมีความสุข ผู้วิจัยเชื่อว่า ความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านการประเมินค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นมีความครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทมากขึ้น สามารถประเมินค่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ตรงตามความเป็นจริง สามารถค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนเข้ามาช่วยแก้ปัญหาได้อีกทั้งยังได้รู้จักและเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รู้เท่าทันอารมณ์ความรู้สึกและจัดการอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังได้รับกำลังใจจากผู้ดูแลด้วยกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยอมรับในศักยภาพของตนเอง มีเป้าหมายในการดูแล พร้อมทั้งจะเรียนรู้และรับฟังผู้อื่นเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลของตนเองให้ดียิ่งขึ้น ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน อีกทั้งเมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคขณะทำหน้าที่ดูแลก็จะสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยวิธีการที่เหมาะสม ทำให้ควบคุมปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้น สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1 (Figure 1)

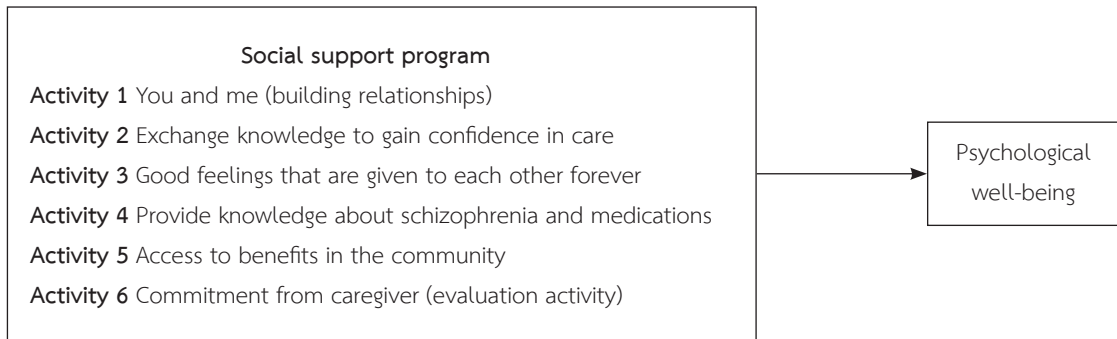


Figure 1 Conceptual framework

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม เปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ (two groups; pre-posttest and follow-up design) โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธรบาท (เลขที่ COA No.BCNPB016/2566) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตำบลแห่งหนึ่ง อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ดังนี้ 1) มีหน้าที่หลักในการ ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6 เดือนขึ้นไป 2) เพศชาย เพศหญิง หรือเพศทางเลือก 3) อายุ 20-59 ปี 4) ไม่เคยได้รับการ วินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช 5) ยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการวิจัย คือ 1) มีปัญหา สุขภาพจิตรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยต่อได้ เช่น ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้า 2) เข้าร่วม การวิจัยไม่ครบขั้นตอน และ 3) ขอลถอนตัวจากการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการวิเคราะห์ อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดอำนาจ ทดสอบ 0.80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และ อิทธิพลขนาดกลาง (effect size) 0.50 เปิดตารางขนาด

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน²³ ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างต่อกลุ่มอีกร้อยละ 20 เพื่อ ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน เนื่องจากในพื้นที่ตำบล แห่งเดียวมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ ผู้วิจัยจึง ทำการสุ่มคัดเลือก 2 ตำบลที่มีวิถีชีวิต และจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่ใกล้เคียงกัน ตำบลที่สุ่มได้ก่อนเป็นกลุ่ม ทดลอง ได้แก่ ตำบล ก. ตำบลสุ่มได้ทีหลังเป็นกลุ่ม ควบคุม ได้แก่ ตำบล ข. จากนั้นสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดย สุ่มกลุ่มทดลองก่อนแล้วจึงสุ่มกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกัน ตัวแปรแทรกซ้อนผู้วิจัยมีการจับคู่ระหว่างสองกลุ่มให้ มีความคล้ายคลึงในด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จนครบ 26 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและคุณภาพของ เครื่องมือ ประกอบด้วย

1. **แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** ได้จาก การทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ระยะเวลา ในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

2. **แบบสอบถามความพึงพอใจ** ผู้วิจัยใช้ แบบสอบถามความพึงพอใจของปิยะกมล วิจิตรศิริ¹² เป็นการประเมินการรับรู้ ความพึงพอใจ การมีความสุข

กับชีวิตในผู้สูงอายุ มีองค์ประกอบ 6 ด้าน คือ ด้านการยอมรับตนเอง ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น ด้านความเป็นตัวของตัวเอง ด้านความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อม ด้านการมีจุดหมายในชีวิต และด้านความเจริญงอกงามส่วนบุคคล รวม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 6, 8, 12, 13, 15 และ 18 ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลโดยคิดคะแนนรวมทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 18-72 คะแนน ค่าคะแนนที่สูง หมายถึง มีความผาสุกทางใจสูง แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.89¹² ในการวิจัยครั้งนี้ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.94

3. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่ม
ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House¹⁷ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่าความคิดเห็นที่สอดคล้อง (inter-rater opinion) เท่ากับ 0.99 โดยทำ 2 กิจกรรมต่อสัปดาห์ ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ กิจกรรมละ 60-90 นาที ซึ่งในแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยใช้กระบวนการกลุ่มให้เกิดการเรียนรู้ และนำไปสู่การปฏิบัติ ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน พบว่ามีความเหมาะสมของกิจกรรม การใช้ภาษา และระยะเวลา โปรแกรมประกอบไปด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 “เธอกับฉัน (สร้างสัมพันธภาพ)” เป็นกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพเพื่อทำความรู้จักกันระหว่างสมาชิกกลุ่มด้วยกันเองและระหว่างสมาชิกกลุ่มกับผู้วิจัย เพื่อสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ความมั่นใจในการดูแล” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มประเมินค่าสถานการณ์ ประเมินศักยภาพการดูแลของตนเองตามความจริง ทำให้สมาชิกกลุ่มสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่ม

ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการปัญหาต่างๆ เกิดการช่วยเหลือ และให้กำลังใจกัน ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงความรัก ความเห็นใจ ความห่วงใย ใจ และเห็นคุณค่าในฐานะผู้ดูแลด้วยกัน

กิจกรรมที่ 3 “ความรู้สึที่ดีๆ ที่มีให้กันตลอดไป” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้เท่าทันอารมณ์ความเครียด และภาวะซึมเศร้า และสามารถจัดการอารมณ์ดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิตในขณะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรมที่ 4 “ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยา” เป็นกิจกรรมการทบทวนความรู้ ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้มีอาการกำเริบ ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทและแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ เป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ

กิจกรรมที่ 5 “การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน” เป็นกิจกรรมให้ความรู้ถึงแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหา เช่น สายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ที่จะสามารถให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตได้ตลอด 24 ชั่วโมง เป็นต้น รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ในชุมชนเมื่อเกิดปัญหา ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจแหล่งทรัพยากรที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะทำให้รู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเพียงลำพัง แต่ยังมีหน่วยงานหรือแหล่งอื่นๆ ที่ยังคงคอยให้ความช่วยเหลือตน

กิจกรรมที่ 6 “คำสัญญาจากผู้ดูแล (กิจกรรมประเมินผล)” เป็นกิจกรรมสิ้นสุดการเข้าโปรแกรมเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ สาระสำคัญ สะท้อนคิดที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ ช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มมีแนวคิดและมุมมองในความสามารถของตนเอง และมีแนวทางการเสริมสร้างความผาสุกทางใจให้กับตนเองเพิ่มขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยอย่างชัดเจน รวมถึงประเด็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยตนเอง ระยะก่อนการทดลอง (pre-test) ให้เวลา 15-20 นาที

2. สัปดาห์ที่ 1-3 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนกลุ่มทดลองให้เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม 6 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันเสาร์และวันอาทิตย์ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ติดต่อกัน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ในสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยตนเอง ซึ่งจะเป็นระยะหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

3. สัปดาห์ที่ 7 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความพึงพอใจด้วยตนเอง ระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ (follow-up) โดยใช้เวลา 10-15 นาที

สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับโปรแกรมฯ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลองภายหลังครบระยะเวลาติดตามผล โดยมีความครบถ้วนด้านเนื้อหาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

2. คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลพบว่าเป็นโค้งปกติ ใช้สถิติ independent t – test

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measure ANOVA) และทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในแต่ละระยะด้วยวิธี bonferroni ผู้วิจัยตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วยการทดสอบ compound symmetry พบว่าเป็น compound symmetry จึงใช้ค่าสถิติ Sphericity Assumed รายงานผล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 92.31 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 46.15 เรียนจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 57.69 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 51.72 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.08 เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 30.77 ดูแลผู้ป่วยมา 6-10 ปี ร้อยละ 30.77 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.46 มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 65.38 เรียนจบชั้นมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 46.15 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 42.31 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.85 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.92 เกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 38.46 ดูแลผู้ป่วยมา 6-10 ปี ร้อยละ 26.92

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ เท่ากับ (mean = 35.23, S.D. = 11.36), (mean = 43.88, S.D. = 11.54) และ (mean = 54.08, S.D. = 13.04) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ เท่ากับ

(mean = 37.19, S.D. = 13.18), (mean = 38.08, S.D. = 15.90) และ (mean = 38.12, S.D. = 13.02)

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน ($t = 0.58, p = 0.57$)

4. การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ ซึ่งผลการทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยไม่คำนึงถึงระยะเวลา พบว่าการทดสอบอิทธิพลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($F_{1,50} = 6.99, p = 0.01$) แสดงว่าโปรแกรมฯ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อพิจารณาผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลา ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F_{2,100} = 9.82, p = 0.001$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของแต่ละช่วงเวลา ผู้วิจัยจึงได้นำคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจทั้งสองกลุ่มมาวาดเป็นกราฟ ดังรูปที่ 2 (Figure 2)

ซึ่งจะเห็นได้ว่ากราฟทั้งสองกลุ่มจะตัดกันในระยะก่อนการทดลอง (ตรงกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลว่ามีปฏิสัมพันธ์กัน) อีกทั้งจากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้นในแต่ละระยะ (กราฟเส้นทึบ) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจไม่ค่อยแตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 4 สัปดาห์แตกต่างกันสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ทางสถิติที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 4 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F_{2,100} = 10.43, p = 0.001$) ดังตารางที่ 1 (Table 1) แสดงว่าเวลา มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจ ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจภายในกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี bonferroni พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลองกับระยะหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p = 0.034$) ระยะหลังการทดลองกับระยะติดตามผล 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($p = 0.001$) และระยะก่อนการทดลองกับระยะติดตามผล 4 สัปดาห์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($p = 0.009$) ดังตารางที่ 2 (Table 2)

Table 1 Analysis of variance on scores of psychological well-being at pre-test, post-test, and four-weeks follow-up of experimental and control group (n = 52)

Source of variance	df	SS	MS	F	p-value
Between group					
Interaction	1	1,995.92	1,995.92	6.99	0.01
Error	50	14,273.72	285.47		
Within group					
Time	2	2,384.09	1,192.05	10.43	0.001
Interaction x Time	2	2,245.50	1,122.75	9.82	0.001
Error	100	11,431.74	114.32		

Table 2 Pairwise comparisons for psychological well-being mean scores at each phase within the experimental group using Bonferroni method (n = 26)

Phase	Mean (S.D.)	Mean difference (p-value)		
		Pre-test	Post-test	Four-weeks follow-up
Pre-test	35.23 (11.36)	-	8.65 (0.034)	18.85 (0.009)
Post-test	43.88 (11.54)	-	-	10.19 (0.001)
Four-weeks follow-up	54.08 (13.04)	-	-	-

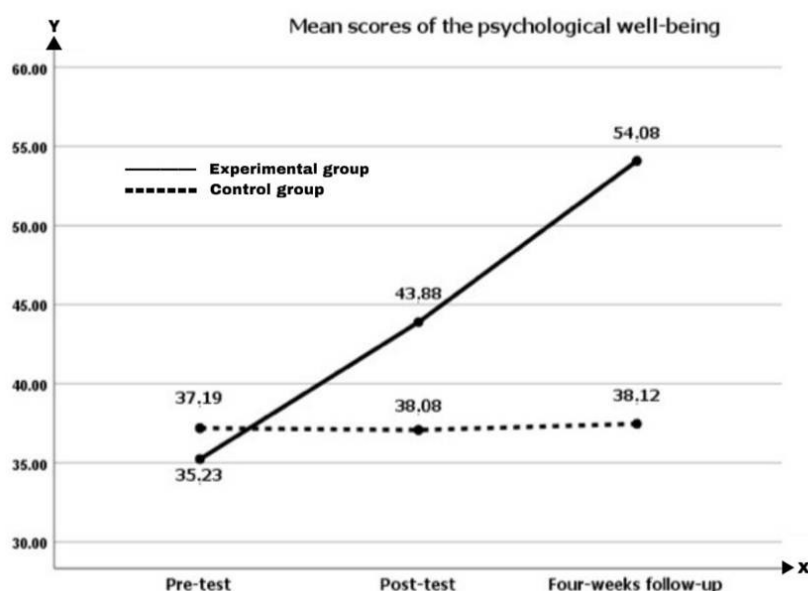


Figure 2 Psychological well-being mean scores of the experimental and control groups at each phase

อภิปรายผล

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่แตกต่างกัน ดังนั้น การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมจึงน่าจะเป็นผลจากการที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ House¹⁸ ผลการศึกษาสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับองค์ประกอบของความพึงพอใจ¹¹ ดังนี้

การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) ผ่านกิจกรรมที่ 2 “แลกเปลี่ยนเรียนรู้สู่ความมั่นใจในการดูแล” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินค่าสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลได้เห็นศักยภาพของตนเอง และฝึกประเมินค่าสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งหากประเมินได้ตรงกับความเป็นจริง จะช่วยให้สมาชิกกลุ่มยอมรับศักยภาพตนเอง มีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนมากขึ้น โดยมีความมุ่งมั่นและตั้งใจที่จะพัฒนาตนเองให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถค้นหาและใช้แหล่งประโยชน์มาช่วยแก้ปัญหา ทำให้เผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ สมาชิกกลุ่มยังได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการจัดการปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดการช่วยเหลือกันในการแก้ปัญหา และได้รับกำลังใจ ส่งผลให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงความรัก ความห่วงใย กำลังใจ และเห็นคุณค่าในฐานะผู้ดูแลด้วยกัน ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น²⁴ ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี ทำให้เกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น¹¹ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม “ต้องยอมรับก่อนว่าเพิ่งดูแลเขาได้ปีกว่าๆ เกือบสองปีเอง ยังต้องเรียนรู้อีกเยอะ วันนี้ได้เห็นถึงสิ่งที่เราทำได้ดีและจุดที่ต้องพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น ก็ต้องตั้งใจดูแลเขาให้ดีกว่านี้เพื่อให้เขาอยู่ร่วมกับ

คนอื่นได้” หรือ “ต้องขอบคุณท่านอื่นๆ ที่มาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน ทำให้เหมือนรู้สึกที่เราไม่ได้มีปัญหาคนเดียว มีอะไรก็ช่วยเหลือกัน และได้กำลังใจดีๆ ได้รับความรู้สึกดีๆ ที่มีให้กัน มีความสุขมาก” ซึ่งการที่สมาชิกกลุ่มยอมรับถึงศักยภาพตนเอง มีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาตนเอง เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดียิ่งขึ้น มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีความพึงพอใจที่สูงขึ้นในด้านการยอมรับตนเอง การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และความเจริญงอกงาม¹¹

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) ผ่านกิจกรรมที่ 3 “ความรู้สึกดีๆ ที่มีให้กันตลอดไป” เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด ส่งผลให้ผู้ดูแลมีกำลังใจ สามารถจัดการอารมณ์ของตนเองได้อย่างเหมาะสม เป็นการช่วยลดความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ ทำให้เกิดความพึงพอใจ²¹ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม “เราก็ดูแลเขามาหลายปีนะ บางทีก็มีเครียดบ้าง เลยมีหงุดหงิดใส่เขาไป แต่ก็ขอโทษเขาแหละ เพราะเข้าใจว่ามันเป็นอาการของโรค ต่อไปก็ต้องควบคุมอารมณ์และจัดการกับอารมณ์ของตนเอง” ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ สามารถควบคุมและจัดการกับอารมณ์ความรู้สึกได้นับเป็นองค์ประกอบของความพึงพอใจในด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม¹¹ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²²

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) ผ่านกิจกรรมที่ 4 “ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและยา” เป็นกิจกรรมการทบทวนความรู้ให้คำแนะนำ และให้คำปรึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้

มีอาการกำเริบ ซึ่งผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดความเข้าใจโรคจิตเภทมากขึ้น รับรู้ถึงสัญญาณเตือนการกำเริบของอาการทางจิต รวมทั้งวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปดูแลผู้ป่วยจิตเภทและตัดสินใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ เป็นการช่วยเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ทำให้ความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น²¹ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม “เข้าใจมากขึ้นกว่าแต่ก่อนนะ จะได้คอยสังเกตว่าที่เขาแสดงอาการนั้นมันใช่อาการกำเริบไหม จะได้หาวิธีจัดการและควบคุมอาการเขาให้สงบลง” ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และมีวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีความผาสุกทางใจด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมและความเป็นตัวของตัวเอง¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถช่วยป้องกันการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้¹⁷

การสนับสนุนด้านทรัพยากร (instrumental support) ผ่านกิจกรรมที่ 5 “การเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน” เป็นกิจกรรมให้ความรู้ถึงแหล่งที่คอยให้ความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหา ซึ่งผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ถึงแหล่งประโยชน์ หรือหน่วยงานที่เคยให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหา อีกทั้งยังให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงแหล่งทรัพยากรที่พร้อมให้ความช่วยเหลือเวลาเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยลดความเหนื่อยล้าและความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากรทำให้ผู้ดูแลมีความผาสุกทางใจเพิ่มขึ้น²¹ ดังคำพูดของสมาชิกกลุ่ม “ปกติคุยกับข้างบ้าน ไม่ก็ อสม. เวลาเครียด ไม่เคยโทรสายด่วนหรอก ทีนี้ได้รู้แล้ว ถ้าเกิดเครียดอีก ก็โทรไปใช้บริการ” หรือ “ฉันเคยได้รับการช่วยเหลือจาก อสม. และทีมหมอ...ตอนนั้นต้องได้รับหน้าที่ดูแลเขา ทำไรไม่ถูกเลย กลัวก็กลัวว่า

เขาจะกำเริบตอนไหน ตอนนั้นไม่กลัวแล้ว มีปัญหาอะไรก็ปรึกษา อสม. กับหมอ...ตลอด แล้วก็เพื่อได้ใช้บริการสายด่วนกรมสุขภาพจิตด้วย” ซึ่งการที่ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์เวลาเกิดปัญหาที่ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง นับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการมีความผาสุกทางใจที่เพิ่มขึ้นในด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อมและความเป็นตัวของตัวเอง¹¹

สำหรับกิจกรรมที่ 1 “เธอกับฉัน” เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธ์ภาพ แนะนำตัว ทำความรู้จักกันภายในกลุ่ม เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี และความไว้วางใจ และกิจกรรมที่ 6 “คำสัญญาจากผู้ดูแล” เป็นกิจกรรมสิ้นสุดการเข้าโปรแกรม เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทบทวนความรู้ สาระสำคัญ สะท้อนคิดที่ได้จากการทำกิจกรรมกลุ่ม และแนวทางการนำไปประยุกต์ใช้ช่วยทำให้สมาชิกกลุ่มมีแนวคิดและมุมมองในความสามารถของตนเอง และมีแนวทางการเสริมสร้างความผาสุกทางใจให้กับตนเองเพิ่มขึ้น

สรุปได้ว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมมีผลต่อการเพิ่มความผาสุกทางใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการพยาบาลตามปกติที่กลุ่มควบคุมได้รับ ซึ่งเป็นการให้บริการจากพยาบาลวิชาชีพประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งอาจจะยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจน เป็นการให้คำแนะนำตามปัญหาที่ผู้ดูแลขอข้อมูล การเยี่ยมบ้าน ไม่มีการทำกิจกรรมกลุ่มเหมือนกับกลุ่มทดลอง ดังนั้น การพยาบาลตามปกติอาจยังไม่เพียงพอที่จะทำให้ความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความผาสุกทางใจเพิ่มสูงขึ้น โดยมีการยอมรับตนเอง การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น ความเป็นตัวของตัวเอง (ตัดสินใจได้) สามารถควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสม มีจุดมุ่งหมาย และมีความเจริญงอกงาม (การพัฒนาตนเอง) สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรม

การสนับสนุนทางสังคมต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²² และผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมมีความเหนื่อยหน่ายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์แตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 4 สัปดาห์สูงกว่าระยะก่อนการทดลอง อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ครบทั้ง 6 ครั้ง โดยในแต่ละครั้งสามารถนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ และประสบการณ์ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล จึงเป็นการช่วยเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านให้ยังคงอยู่ แม้ว่าภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยไม่ได้ให้ความรู้ หรือจัดกิจกรรมอื่นๆ ให้ ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในระยะติดตามผล 4 สัปดาห์เพิ่มขึ้นกว่าระยะหลังการทดลอง

สรุปผล

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุม ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องสามารถนำโปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้หรือกำหนดเป็นนโยบายในการเสริมสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมฯ กับตัวแปรอื่น เช่น ความเครียด ความหวัง เป็นต้น เพื่อขยายองค์ความรู้ให้มากขึ้น รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อให้รูปแบบของการศึกษาวิจัยมีความเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้โครงการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และขอบคุณหน่วยงานต้นสังกัดที่สนับสนุนทุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World health statistics 2016. Geneva: WHO; 2016.
2. Sadock BJ, Sadock AV. Comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
3. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). Report of a patient receiving psychiatric [Internet]. [cited 2023 October 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>.
4. Chainu K, Tongasuk K, Phuhongtong M. Factor associated to recurrent symptoms in chronic schizophrenia patients at Ban Phai district, Khon Kaen province. Journal of Khon Kaen Provincial Health Office 2019;1:15-24. (in Thai)
5. Thongsai S. Sustainable care for schizophrenia patients in the context of Thai society. J Nurs Div 2015;42:159-67. (in Thai)
6. Glubvong M, Intasuwan P, Chuawanlee W, et al. Factors affecting burnout and care behavior of caregivers of schizophrenic patients. J Behav Sci Res 2009;15:57-75. (in Thai)

7. Puapan S. Subjective burden in caregivers of patients with schizophrenia residing in Chonburi province. *J Psychiatric Nurs and Mental Health* 2010;24:156-71. (in Thai)
8. Loukissa DA. Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *J Adv Nurs* 1995;21:248-55. doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb02521.x.
9. Udomittipong D, Channakorn P, Kemsan S. Burden of primary caregivers among elderly patients with schizophrenia: Review article. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry J Somdet Chaopraya Inst Psychiat* 2020;14:48-68. (in Thai)
10. Mohammed SFM, Rehab Fathy AHG. Relationship between burden, psychological well-being, and social support among caregivers of mentally ill patients. *Egypt Nurs J* 2024;21:1-15.
11. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol* 1995;69:719-27. doi:10.1037//0022-3514.69.4.719.
12. Wichitsiri P, Sawangsopakul B. Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at Wat Sarod Rat Burana District, Bangkok. *J Soc Sci Humanit* 2012;38:139-51. (in Thai)
13. Bamrungjite S, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors predicting psychological well-being among caregivers of patients with schizophrenia. *J Phrapokklao Nurs College, CTI* 2019;30:148-59. (in Thai)
14. Gupta A, Solanki RK, Koolwal GD, et al. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *Int J Med Sci Public Health* 2015;4:70-6.
15. Detchaiyot P, Vatanasin D, Hengudomsub P. Factors Influencing psychological well-being among caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs J MOPH* 2020;30:170-81. (in Thai)
16. Bakhtawar, Iqbal W, Farooqi R. Burden and psychological well-being among schizophrenia patients' caregivers. *Int J of Advances in Nur Management* 2020;1:110-23. doi:10.5958/2454-2652.2021.00029.9.
17. Samuel T, Nigussie K, Mirkena Y, et al. Relationship between social support and schizophrenia relapse among patients with schizophrenia on follow-up at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: A case-control study. *Front Psychiatry* 2022;13:980614. doi:10.3389/fpsy.2022.980614.
18. House JS. Work stress and social support. New Jersey: Prentice-Hall; 1981.
19. Abdelaal HM, Eita LH, Khedr MM. Resilience and Perceived Social support among Family Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Egypt J Health Care* 2021;12: 1108-22. doi:10.21608/ejhc.2021.179109.
20. Siriphun S, Nawsuwan K. Factors predicting caregivers' abilities and caring guideline with health belief model and social support for schizophrenia patients' caregiver. *J Prachomklao College Nurs, PBI* 2020;3:16-31. (in Thai)

21. Frizzell NA, Madon Z. Psychological wellbeing of family caregivers with schizophrenia patient. *Int J Aca Res Bus Soc Sci* 2022;12:343-55. doi:10.6007/IJARBS/v12-i10/15217.
22. Homjandee J, Dangdomyouth P. The effect of social support emphasizing community participation program on burden of community schizophrenic patients' caregivers. *J Police Nurs Health Sci* 2019;11:433-43. (in Thai)
23. Burn N, Susan K. The practice of nursing research: Appraisal synthesis, and generation of Evidence. 6th ed. Missouri: Saunders; 2011.
24. Gupta PR, Ranjan LK. Perceived social support and self-esteem among caregivers of patients with schizophrenia and normal control. *J Community Health Manag* 2023; 10:69-74. doi:10.18231/j.jchm.2023.016.
25. Kantamas B, Bunthumporn N, Soonthonchaiya R. The effects of social support program on burnout in caregivers of bedridden patients. *J Royal Thai Army Nurses* 2024;25:160-7. (in Thai)