นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วันรับ : 18 เมษายน 2567
วันแก้ไข : 13 สิงหาคม 2567
วันตอบรับ : 15 สิงหาคม 2567

อมรรัตน์ ไก่แก้ว, พย.บ.[1], ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, พย.ม.[2],
ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล, ปร.ด.[3]
นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[1],
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช[2], วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการ : การศึกษากึ่งทดลองในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและมีภาวะกดดันด้านจิตใจ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ 5 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที 5 สัปดาห์ต่อเนื่องร่วมกับการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ วัดคะแนนแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale) ก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สามารถเพิ่มความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะกดดันด้านจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : ความเข้มแข็งทางใจ, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, ภาวะกดดันด้านจิตใจ

ติดต่อผู้นิพนธ์ : อมรรัตน์ ไก่แก้ว; e-mail: maythongdee22@gmail.com

Original article

The effects of resilience enhancement program with the LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia

Received : 18 April 2024
Revised : 13 August 2024
Accepted : 15 August 2024

Amonrat Kaikaew, B.N.S.[1], Duangkamol Pinchaleaw, M.N.S.[2],
Thipkhumporn Keskomon, Ph.D.[3]
Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner),
Sukhothai Thammathirat Open University[1],
School of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University[2],
Police Nursing College[3]

Abstract

Objective: To study the effects of resilience enhancement program with the LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia.

Methods: A quasi-experimental study was conducted among caregivers of patients with schizophrenia in health promoting hospitals who were screened positive for psychological distress. The experimental group attended the resilience enhancement program with the LINE application, which was developed based on the resilience concept of Grotberg. The program was divided into five sessions (90 - 120 minutes per session) during five weeks, with communication via the LINE application at least 2 times a week. The comparative group received the usual care. The resilience inventory and the Kessler Psychological Distress Scale were assessed before and after the experiment. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-tests.

Results: Forty-four participants were divided into the experimental (n = 22) and the comparative groups (n = 22). Baseline resilience and psychological distress were not statistically different between groups. After attending the program, the resilience of the experimental group was significantly higher than before attending the program and that of the comparative group. The psychological distress after attending the program of the experimental group was lower than before attending the program and that of the comparative group.

Conclusion: The resilience enhancement program with the LINE application can increase resilience and reduce psychological distress in caregivers of schizophrenia patients.

Keywords: caregivers, patients with schizophrenia, psychological distress, resilience

Corresponding author: Amonrat Kaikaew; e-mail: maythongdee22@gmail.com

ความรู้เดิม : ภาระและวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล การสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต) ช่วยลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มเสี่ยงได้

ความรู้ใหม่ : ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg ร่วมกับการสื่อสารทางแอปพลิเคชันไลน์มีความเข้มแข็งทางใจสูงขึ้นและภาวะกดดันด้านจิตใจลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจและลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คนทั่วโลก[1] รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,474,769 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 314,250 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 รองจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล[2] ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง อาการหลักที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการเข้าสังคม อาการประสาทหลอน เช่น หูแว่ว และพฤติกรรมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ และทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น[3]

ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด ผู้ดูแล (caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เช่น สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง[4] การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานก่อให้เกิดภาระและภาวะวิกฤตต่อผู้ดูแล การต้องคอยเฝ้าระวังและจัดการพฤติกรรมรุนแรง รวมถึงอันตรายทั้งต่อตัวผู้ดูแลเองและผู้ป่วย อาจก่อให้เกิดผลกระทบด้านร่างกาย เช่น ความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง และการบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความเครียด วิตกกังวล หวาดกลัว อับอาย รู้สึกผิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวังจากพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น การทำงานได้ไม่เต็มที่และสูญเสียรายได้ รวมทั้งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การขาดความเป็นส่วนตัวและอิสระ ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหิน และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง[5-7]

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) เป็นภาวะไม่สุขสบายทางใจซึ่งแสดงออกมาทางความรู้สึกตื่นตระหนก สิ้นหวัง กระวนกระวายใจ หงุดหงิด หรือซึมเศร้า เป็นความรู้สึกว่าทุกการกระทำต้องใช้ความพยายามอย่างมาก และรู้สึกไร้ค่า[8] การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก[7] โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำจะมีสุขภาพจิตดีและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ[9]

พลังสุขภาพจิต หรือ ความเข้มแข็งทางใจ (resilience)[10] เป็นความสามารถของบุคคลในการกลับคืนสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมภายหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือยากลำบาก เป็นลักษณะของบุคคลที่ใช้ป้องกันและปกป้องตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาเพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ พลังสุขภาพจิตมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึง ลักษณะที่แสดงถึงความเข้มแข็งภายในตัวของบุคคล เช่น ความเชื่อมั่น การมองเห็นคุณค่าในตนเอง และความรับผิดชอบ ฉันมี (I have) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต และฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้มีทักษะและสามารถดึงแหล่งสนับสนุนมาใช้ในการแก้ปัญหา ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งย่อมมีความมั่งคงทางอารมณ์และจิตใจ มีกำลังใจ และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ การศึกษาของสมพงษ์ นาคพรม[11] พบว่าโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถลดภาวะเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้สูงอายุ เพิ่มพลังสุขภาพจิต และเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้ การศึกษาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้าของไพจิตร พุทธรอด[12] พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นและมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง จึงเห็นได้ว่าความเข้มแข็งทางใจสามารถช่วยให้บุคคลสามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหลังจากเผชิญวิกฤตของชีวิต

จากการพัฒนาของเทคโนโลยีในปัจจุบันประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 จึงมีการปรับปรุงการให้บริการและการสื่อสารความรู้ทางด้านสุขภาพในรูปแบบออนไลน์ผ่านสื่อสังคมและแอปพลิเคชันต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกและเพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น การใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE OA) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการสื่อสารความรู้และให้การปรึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่เข้าถึงผู้ใช้ได้มากและใช้งานง่าย[13] การศึกษาผลของการฝึกทักษะการเลี้ยงดูของมารดาเด็กออทิซึมสเปกตรัมผ่านแอพพลิเคชั่นวีแชท (WeChat) ของ Liu และคณะ[14] ที่มุ่งเน้นทักษะการสื่อสารทางสังคม การรับมือในการแก้ปัญหา คำแนะนำเกี่ยวกับโรคออทิซึมสเปกตรัม และกิจกรรมผ่อนคลาย มีการสอดแทรกภาพการ์ตูนในแต่ละกิจกรรมเพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และความเครียดในการเลี้ยงดูบุตรลดลง

ทั้งนี้ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผสมผสานการให้บริการในรูปแบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชัน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทางในการให้บริการทางสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวและชุมชน

วิธีการ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลัง (pretest-posttest control group design) และการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลในเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เอกสารรับรองเลขที่ 29/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การกำหนดขนาดอิทธิพล (power analysis)[15] อ้างอิงจากการศึกษาของศิริธนา ยะมะโน[16] ที่ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจ 13.40 (SD = 1.54) และ 21.80 (SD = 4.55) ตามลำดับ นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 2.47 จึงใช้ขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (0.80) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดแทนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลองร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 22 คน รวมทั้งหมด 44 คน

กำหนดพื้นที่ดำเนินการทดลอง ได้แก่ ตำบลวังประจบและตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกันและประชาชนมีความเป็นอยู่และวิถีชีวิตใกล้เคียงกัน แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โป่งแดงเป็น

กลุ่มทดลองและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขต รพ.สต.วังประจบ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท 2) ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป 3) มีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale)[17] ระดับปานกลางขึ้นไป (16 คะแนนขึ้นไป) 4) ไม่มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาการรับรู้ และ 5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เลือกตัวอย่างจากรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติเบื้องต้นในแต่ละพื้นที่ด้วยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่จนครบกลุ่มละ 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยกำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg[10] ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “คลินิกใจเข้มแข็ง” โปรแกรมเป็นแบบรายกลุ่ม แบ่งเป็น 5 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 60 - 90 นาที ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ต่อเนื่อง ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วยกิจกรรม “มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและมองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วยการพูดคุยและการทำกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรม “มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก” เป็นกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ความสำคัญของความคิดเชิงบวก และวิธีฝึกการคิดเชิงบวก โดยการบรรยาย การชมวีดิทัศน์ และการทำกิจกรรมกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วยกิจกรรม “ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” เป็นกิจกรรมเสริมสร้างแหล่งสนับสนุนภายนอกเพื่อสร้างปัจจัยด้านสิ่งที่ตนมี (I have) ด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค และการรักษา และการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยาและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน โดยการบรรยาย การสาธิต การชมวิดิทัศน์ และการทำกิจกรรมกลุ่ม และกิจกรรม “การเข้าใจอารมณ์เครียดและการผ่อนคลายความเครียด” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลรู้จักวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียด โดยการบรรยาย การทำใบงาน และการฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย กิจกรรม “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและคนในครอบครัว โดยการฝึกเทคนิคการสื่อสารทางบวกและการพูดเพื่อบอกความรู้สึกเพื่อสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันภายในครอบครัวและมีความเข้าใจอันดีต่อกัน โดยการบรรยาย ให้ความรู้ การชมวีดิทัศน์ และการทำใบงาน และกิจกรรม “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตจริงได้ ด้วยการบรรยาย การทำใบงาน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 4 ประกอบด้วยกิจกรรม “การรับรู้แหล่งประโยชน์” เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมด้านสิ่งที่ตนทำได้ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยการบรรยาย การทำใบงาน และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

สัปดาห์ที่ 5 ประกอบด้วยการประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองและการปิดการวิจัย โดยเปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจหลังการทดลอง

แจ้งผลการประเมิน และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง

หลังกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์มีการติดตามทางแอปพลิเคชันไลน์สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ด้วยการลงวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้สมาชิกฝึกทบทวนกิจกรรมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างทางแอปพลิเคชันไลน์ส่วนตัวเกี่ยวกับความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารหรือวีดิทัศน์ที่ส่งให้ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ

กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลตามปกติ ได้แก่ การวางแผนการเตรียมชุมชนกรณีมีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วยในปัจจุบัน การดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างต่อเนื่อง การติดตามอาการที่แผนกผู้ป่วยนอก และอาการผิดปกติที่ต้องนำส่งก่อนวันนัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวัดผล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย และการได้รับความรู้/ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (Kessler psychological distress scale)[17] แปลเป็นภาษาไทยโดยศิริธนา ยะมะโน[16] ลักษณะคำถามเป็นการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้าในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 - 5 คะแนน) ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย บางเวลา เกือบตลอดเวลา และตลอดเวลา การแปลผลคะแนนรวมแบ่งภาวะกดดันด้านจิตใจเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 0 - 15 คะแนนหมายถึงระดับต่ำ 16 - 24 คะแนนหมายถึงระดับปานกลาง 25 - 29 คะแนนหมายถึงระดับมาก และ 30 - 50 คะแนนหมายถึงระดับมากที่สุด ซึ่งใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม

3. แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต)[18] แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ กำลังใจและการจัดการแก้ปัญหา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามประกอบด้วยข้อความเชิงบวกและลบ ลักษณะเป็นคำตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนเต็ม 80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งความเข้มแข็งทางใจเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ต่ำกว่า 55 คะแนนหมายถึงต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ 55 - 69 คะแนนหมายถึงอยู่ในเกณฑ์ปกติ และสูงกว่า 69 คะแนนหมายถึงสูงกว่าเกณฑ์ปกติ[19] ใช้ประเมินก่อนการดำเนินกิจกรรมและประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลองพร้อมกันทั้งสองกลุ่ม

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และคู่มือการใช้โปรแกรมผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้แก่ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษหัวหน้าภาควิชาจิตเวช 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด 3 คน และอาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 1 คน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI)[20] ของแต่ละเครื่องมือเท่ากับ 1 และได้รับการปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจและแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจผ่านการตรวจสอบความเที่ยงในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอสามเงา จังหวัดตาก 30 คน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติเปรียบเทียบค่ากลางของประชากร 2 กลุ่มด้วย one-sample Kolmogorov- Smirnov test ของตัวแปรความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ พบว่าตัวแปรมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติทั้ง 2 กลุ่ม จึงทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจภายในกลุ่มระหว่างก่อนและหลังการทดลองด้วย paired

t-test และทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย independent t-test

ผล

กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.8 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 54.7 และ 55.1 ปี ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วง 51 - 60 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.4 และ 40.9 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.8 และ 95.5 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 81.8 และ 54.6 ตามลำดับ ประกอบอาชีพเกษตรกรรมร้อยละ 72.7 และ 50.0 ตามลำดับ และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 90.9 และ 72.7 ตามลำดับ เป็นรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 95.4 และ 77.3 ตามลำดับ เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยร้อยละ 59.1 และ 40.9 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี ร้อยละ 59.1 และ 54.5 ตามลำดับ และไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อนร้อยละ 95.4 และ 100.0 ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1

ความเข้มแข็งทางใจ

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 51.50, SD = 5.92 และ M = 52.50, SD = 5.16 ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 69.18, SD = 3.90) ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 52.36, SD = 4.84) แสดงดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะกดดันด้านจิตใจ

ก่อนการทดลองทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับมากและไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (M = 29.73, SD = 5.93 และ M = 29.14, SD = 4.34 ตามลำดับ) หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจลดลงเป็นระดับปานกลาง (M = 16.95, SD = 6.19) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากเท่าเดิม (M = 29.04, SD = 3.28) แสดงดังตารางที่ 3

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในผู้ต้องขังจังหวัดเชียงใหม่ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมชุดกิจกรรมแนะแนวเพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจมีความแข็งแกร่งทางจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[21] เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้พยายามฆ่าตัวตายที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[22] ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมซึ่งออกแบบตามแนวคิดของ Grotberg[10] ที่กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นศักยภาพของบุคคล กลุ่ม หรือชุมชน ที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสีย การลดความรุนแรง และการผ่านพ้นจากภาวะบีบคั้นที่เผชิญได้ด้วยดี โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในการศึกษานี้ประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมความรู้สึกและมองเห็นคุณค่าในตนเอง การฝึกการคิดเชิงบวก การฝึกทักษะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	M = 54.73, SD = 9.682		M = 55.05, SD = 9.095	
ไม่เกิน 40 ปี	3	13.6	1	4.5
41 - 50 ปี	3	13.6	6	27.3
51 - 60 ปี	8	36.4	9	40.9
61 ปีขึ้นไป	8	36.4	6	27.3
สถานภาพสมรส				
คู่	18	81.8	21	95.5
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	18.2	0	0.0
โสด	0	0.0	1	4.5
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	81.8	12	54.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.7	4	18.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.5	2	9.1
อนุปริญญา/ปวส.	0	0.00	1	4.5
ปริญญาตรี	0	0.00	1	4.5
ไม่ได้เรียน	0	0.00	2	9.1
อาชีพ				
เกษตรกรรม	16	72.7	11	50.0
รับจ้างทั่วไป	3	13.6	9	40.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.6	2	9.1
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9.1	0	0.0
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่เกิน 5,000 บาท	20	90.9	16	72.7
5,001 - 10,000 บาท	2	9.1	5	22.7
10,001 - 15,000 บาท	0	0.0	1	4.6
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	21	95.4	17	77.3
ไม่เพียงพอ	1	4.6	5	22.7
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	13	59.1	9	40.9
ภรรยา/สามี	4	18.2	4	18.2
พี่/น้อง	2	9.1	4	18.2
บุตร	0	0.0	5	22.7
ญาติ (น้า อา ลุง ป้าหลาน)	3	13.6	0	0.0
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
1 - 5 ปี	13	59.1	12	54.5
6 - 10 ปี	6	27.3	9	40.9
10 ปีขึ้นไป	3	13.6	1	4.6
การได้รับความรู้/ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
ไม่เคย	21	95.4	22	100.0
เคย	1	4.6	0	0.0

ตารางที่ 2 ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	51.50	5.92	ต่ำ	52.50	5.16	ต่ำ	-597	.554
หลังการทดลอง	69.18	3.90	สูง	52.36	4.84	ต่ำ	12.683	< .001

ตารางที่ 3 ภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง (n = 22)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)			t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
ก่อนการทดลอง	29.73	5.93	มาก	29.14	4.34	มาก	.377	.708
หลังการทดลอง	16.95	6.19	ปานกลาง	29.04	3.28	มาก	-8.090	< .001

การจัดการความเครียดและการแก้ปัญหา การฝึกทักษะสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและคนในครอบครัว และการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ช่วยเหลือปัญหาจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบหลักของความเข้มแข็งทางใจทั้ง 3 ด้าน จึงส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะความกดดันด้านจิตใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริธนา ยะมะโน[16] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในการศึกษานี้มีการส่งเสริมทักษะจัดการความเครียดและการแก้ปัญหา รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ผู้นำชุมชน ทีมกู้ภัย และบุคลากรสาธารณสุข รวมถึงวิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าว นอกจากนี้โปรแกรมยังส่งเสริมแรงสนับสนุนผ่านกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ดูแลด้วยกันและการติดตามให้กำลังใจต่อเนื่อง ทั้งระหว่างทำกิจกรรมและหลังกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีภาวะกดดันด้านจิตใจ[7] เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากครอบครัวและคนรอบข้างและสามารถขอรับการช่วยเหลือเมื่อต้องการ

การเปลี่ยนแปลงของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจกับภาวะกดดันด้านจิตใจ สอดคล้องกับแนวคิดของ Grotberg[10] ที่กล่าวว่าความเข้มแข็งทางใจช่วยผลักดันการเติบโตส่วนบุคคลผ่านความยากลำบากต่าง ๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรี เกียงพา และคณะ[23] ที่พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience inventory) มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลพื้นฐานในการใช้โปรแกรมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวตามสถานการณ์ ผ่านพ้นช่วงวิกฤตในชีวิตและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ การดำเนินโปรแกรมมีข้อจำกัด คือ กลุ่มทดลองมีผู้ดูแลที่สูงอายุ

ไม่สามารถสื่อสารทางไลน์ด้วยตนเอง 3 คน แต่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยการให้ลูกหลานที่อยู่ในบ้านเดียวกันเปิดวีดิทัศน์และเป็นตัวกลางในการติดต่อสื่อสารในการร่วมกิจกรรมด้วยแอปพลิเคชันไลน์จนครบทุกกิจกรรม

การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาและติดตามความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันทางด้านจิตใจในระยะยาว อีกทั้งเป็นการศึกษาในพื้นที่อำเภอเมืองตากในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ผลการศึกษาจึงอาจไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น ๆ และติดตามในระยะยาวเพื่อศึกษาการประยุกต์ใช้โปรแกรมและความคงทนของผลจากโปรแกรม

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจตามของ Grotberg ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความเข้มแข็งภายใน (I am) แหล่งสนับสนุนภายนอก (I have) และทักษะการแก้ปัญหา (I can) สามารถช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น มีทักษะการปรับตัวดีขึ้น และมีภาวะกดดันด้านจิตใจจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและจากสถานการณ์ต่าง ๆ ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ปุริฉัตร ยิ่งรังสรรร และบุคลากรโรงพยาบาลสามเงา จังหวัดตาก ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในการทดลองใช้เครื่องมือ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

อมรรัตน์ ไก่แก้ว : เป็นผู้ออกแบบงานวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผล ; ดวงกมล ปิ่นเฉลียว : มีส่วนร่วมในการเขียน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้องาน ; ทิพย์ฆัมพร เกษโกมล : ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและการอภิปรายผล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Schizophrenia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Jan 10]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia
2. Department of Mental Health. Annual report, Department of Mental Health, fiscal year 2022. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2023. (in Thai)
3. Department of Mental Health. Ministry of Public Health. Manual for caring for patients with schizophrenia for hospitals in the health area (doctor's edition) [Internet]. Nonthaburi: Victoria image company limited; 2017: [cited 2016 Aug 10]. Available from: https://mhso.dmh.go.th/fileupload/2020022638675188.pdf (in Thai)
4. Chou KR. Caregiver burden: a concept analysis. J Pediatr Nurs. 2000;15(6):398-407. doi:10.1053/jpdn.2000.16709.
5. Yoetpanya D., Lueboonthavatchai O. The effect of sense of coherence promoting program on quality of life of schizophrenic patient's caregivers in a community. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(3):63-74. (in Thai)
6. Suwanmali P. Burden perception and coping of psychiatric patients first [dissertation]. Songkhla: Prince of Songkhla University; 2013. (in Thai)
7. Chimsuk N, Dangdomyouth P. Selected factors related to psychological distress of family caregiver of schizophrenic patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2014;28(3):49-62. (in Thai)
8. Kessler R, Mroczek D. Final Versions of our Non-Specific Psychological Distress Scale. In: Ann Arbor, editor. Survey Research Center of the Institute for Social Research. Michigan: University of Michigan; 1994.
9. Saengpak C, Thungpankham P, Kitsambun V. Effects of drug adherence therapy on cooperation in drug treatment in people with schizophrenia in the community. Nursing Journal CMU. 2017:44(1): 137-48. (in Thai)
10. Grotberg EH. A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit (Early

childhood development: Practice and Reflection No.8). The Hague: the Bernard Van Leer Foundation; 1995.

11. Nakprom S, Noosorn, N. The effect of psychological resilience enhancement program on reducing burnout the elderly care for elderly caregivers in Sawang Arom district, Uthai Thani province [dissertation]. Phitsanulok: Naresuan University; 2022. (in Thai)
12. Phuttharod P, Sillapagumpised K. The effect of a resilience enhancement program on self-esteem and depression of the elderly with a depressive disorder. Research Community and Social Development Journal. 2021;15(1):70-82. (in Thai)
13. Satayanurug MP, Nelson JE. Characteristics of line official accounts subscribers and effectiveness of two Thai brand accounts [doctoral dissertation]. Pathum Thani: Thammasat University; 2024. (in Thai)
14. Liu G, Wang S, Liao J, Ou P, Huang L, Xie N, et al. The efficacy of WeChat-based parenting training on the psychological well-being of mothers with children with autism during the COVID-19 pandemic: quasi-experimental study. JMIR Ment Health. 2021;8(2):e23917. doi:10.2196/23917.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers; 1988.
16. Yamano S. The effect of coping skills enhancement program on psychological distress in caregivers of persons with schizophrenia [dissertations]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
17. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychol Med. 2002;32(6):959-76. doi:10.1017/s0033291702006074.
18. Department of Mental Health. Mental health empowerment assessment form. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2007. (in Thai)
19. Harbutr T. Selected factors related to mental health of caregivers of schizophrenia patients in the community [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
20. Polit DF, Beck CT. Is there still gender bias in nursing research? An update. Res Nurs Health. 2013;36(1):75-83. doi:10.1002/nur.21514.
21. Sirisathit S. Results of using a set of guidance activities to strengthen the mental strength of inmates at Chiang Mai central prison [doctoral dissertation]. Bangkok: Sukhothai Thon Ramathirat Open University; 2019. (in Thai)
22. Pongto K. The effect of resilience enhancement programe on suicidal ideation in suicidal attempter [master's Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2012. (in Thai)
23. Kiangpha W, Nintachan P, Sangon S, Napa W. Selected factors that are relationship with psychological stress among caregivers of schizophrenia patients. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2020:34(3):77-101. (in Thai)