

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กริณี สังข์ประคอง, โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, Email : sung.07juy@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทำการวิจัยในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2561 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นกลุ่มทดลองในโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์การจับคู่ (matching) คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย และคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบคือ พลังฮึด พลังฮืด และพลังสู้ และจัดกิจกรรม 7 กิจกรรม สำหรับกลุ่มทดลอง ซึ่งจะเข้าร่วมทำกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง และโปรแกรมได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (CVI = 0.83) และคำนวณค่าความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค มีคะแนนเท่ากับ 0.81 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการวัดผลด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติไคร้สแควร์ (Chi-square) และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 103.714, 155.977, p < 0.05$ ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.385$ และ $5.204, p < 0.05$ ตามลำดับ) จึงควรสนับสนุนให้นำโปรแกรมพลังสุขภาพจิตไปใช้ ในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง และนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยโรคจิตเภท, พฤติกรรมรุนแรง

The Effect of Resilience Enhancement Program to the Resilience of Caregivers of Violent Behaviors Schizophrenia Patients

Karinee Sungprakhong, Suansaranrom Hospital, Email: sung.07juy@gmail.com

Abstract

This is Quasi - experimental research to study the effect of “Resilience Enhancement Program”. The research samples of study were violent behaviors for schizophrenia patient caregivers who were the client of emergency department of Suansaranrom Psychiatric Hospital between Aprils to June 2018. The purposive sampling technic was used for experiment group (n = 20) and control group (n = 20) of Resilience Enhancement Program selected. The control group matching criteria were gender, age, time of patient response, and pre-test score. The Resilience Enhancement Program was developed by the Ministry of Public Health which was applied to the study. The program composes of 3 parts, “I am”, “I have”, and “I can”. The program activities implementation for 3 times meeting. The program was test for content and construction validity by 5 experts which CVI was 0.83. Then, the resilience quotient questionnaire were tested the resilience quotient outcome for 2 times, T1 immediately after program attendant and T2 for next 3 months. The Cronbach’s Alpha Coefficient reliability of this instrument was 0.81. The data analyzed by percentage, mean, standard deviation and repeated measure ANOVA.

Results: The results revealed that the resilience quotient of the experimental group at T1 and T2 were significantly higher than pre-test. ($F=103.714, 155.977, p < 0.05$ respectively). Furthermore, the resilience quotient between group at T1 and T2 of experimental group were higher than control significantly ($F=3.385, 5.204, p < 0.05$ respectively). The results indicated that the resilience enhancing program should be properly organized for violent behavior schizophrenia patient caregivers in order to improve efficient care and quality of life. The caregiver strengthening, coping, and learning enhancement by the program need to be emphasized for quality of life improvement.

Keywords: Resilience Enhancement, Caregiver, Schizophrenia, Violent Behaviors

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวช โดยพบร้อยละ 40 -50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภททั่วโลกมีผู้เป็นโรคจิตเภทคิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน (Lourtrakul & Sukanid, 2558) ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเวชจำนวน 1,152,044 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 587,300 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (Department of Mental Health, 2015) ข้อมูลสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ระหว่างปี 2558 - 2560 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษาจำนวน 14,661 คน, 19,140 คน, และ 20,674 คน ตามลำดับ (Suansaranrom Hospital, 2560) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะเริ่มปรากฏอาการเมื่อวัยหนุ่มสาว การดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักมีอาการเรื้อรัง การป่วยซ้ำพบได้ร้อยละ 70 และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการเข้าสังคม บางคนมีประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น การดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ถึงแม้จะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว มีเพียงร้อยละ 2 - 4 เท่านั้น ที่รักษาหาย (Lourtrakul & Sukanid, 2015) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทจะพบได้เนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงจะเป็นกระบวนการต่อเนื่องของความรู้สึกสงสัย กลางแคลงใจ รู้สึกถูกคุกคามหรือรู้สึกว่าตนเองตกอยู่ในอันตราย หรือไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ จึงบันดาลความโกรธและแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทันที โดยมีตั้งแต่การใช้คำพูด แสดงพฤติกรรมรุนแรงมากโดยการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จนถึงขั้นได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนี้ยังทำลายทรัพย์สินสิ่งของเสียหาย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบดูแลและทำหน้าที่นอกเหนือบทบาทเดิมที่ปฏิบัติอยู่เป็นประจำ (Sanlamun & Kedsombun, 2014)

ผู้ดูแลผู้ป่วย เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคมและชุมชน ด้านการจัดการอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ บางครั้งต้องจัดการกับอาการอะอะ อาละวาด ก้าวร้าว และด้านการบริหารยา ผู้ดูแลมีหน้าที่ในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงจนผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมยาให้เพียงพอและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงตามแผนการรักษา คอยเอาใจใส่และสังเกตอาการข้างเคียงจากยา (Souansanhe, 2016) ซึ่งผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานก่อให้เกิดภาวะและภาวะวิกฤตต่อผู้ดูแลที่แตกต่างกันได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกายที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแล

เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องคอยเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วย และอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (Yoetpanya & Lueboonthavatchai, 2014) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ท้อแท้ วิดกกังวลในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง และหวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลบางรายรู้สึกอับอายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เครียดจากการถูกคุกคามทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ ผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลทำงานได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลบางคนต้องลาออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยทำให้สูญเสียรายได้ ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ายา ค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Souansanhe, 2016) ผลกระทบด้านสังคมจากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป และการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและสังคมน้อยลง (Suwanmal, 2013) ผลกระทบด้านชีวิตส่วนตัวหรือความเป็นอิสระของบุคคล พบว่าภาระที่ต้องคอยดูแลและรับผิดชอบผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาได้ ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเฝ้าระวังอาการผู้ป่วย ส่งผลให้ไม่มีเวลาเป็นของตนเอง (Chimsuk, & Dangdomyouth, 2014) ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลบางคนที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท จะรู้สึกว่าครอบครัวมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ตึงเครียดอยู่เกือบตลอดเวลา ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกผิด เศร้าโศก ท้อแท้ หมดกำลังใจและสิ้นหวัง และผู้ดูแลบางคนเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุมาจากไสยศาสตร์ ส่งผลให้ผู้ดูแลหาทางช่วยเหลือด้านจิตวิญญาณโดยการพาผู้ป่วยไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้าพาผู้ป่วยกลับมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ (Thongsai, 2015) สอดคล้องกับผลการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมารับการรักษาที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 20 คน (สัมภาษณ์รายบุคคลเมื่อวันที่ 15 กันยายน – 30 ตุลาคม 2560) พบว่าร้อยละ 55 ของผู้ดูแลมีความรู้สึกหวาดกลัว ท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวังและไม่ปลอดภัยที่จะอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมรุนแรงร้อยละ 50 ไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมรุนแรงนั้นได้ การรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น จากผลกระทบดังกล่าวหากผู้ดูแลไม่สามารถอดทนและผ่านพ้นภาวะยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลก็ไม่มีพลังในการในการเอาชนะปัญหา บางครั้งรู้สึกหมดกำลังใจ มองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่ได้แสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ส่งผลทำให้ผู้ดูแลเจ็บป่วยทางกายหรือป่วยทางจิตเวชได้ จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรให้ความสำคัญกับกลุ่ม

ผู้ดูแลผู้ป่วย (Care giver) ร่วมด้วย เพราะกลุ่มผู้ดูแลที่เข้มแข็งจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีที่สุดของผู้ป่วย ในเวลาที่ต้องกลับไปรักษาตัวที่บ้าน

แนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงนั้น อาศัยแนวคิด “พลังสุขภาพจิต” (resilience) ซึ่งหมายถึง ความสามารถของบุคคล ในการกลับคืนสู่สภาพปกติ และสามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม ภายหลังจากเผชิญกับสถานการณ์ วิกฤตหรือยากลำบาก เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่มนุษย์นำมาใช้เพื่อป้องกัน ปกป้องตนเองจาก เหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา เพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ (Gertberg, 1995) ซึ่งพลังสุขภาพจิตมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันเป็น (I am) หมายถึง ลักษณะที่ เข้มแข็งภายในตัวของบุคคล คือ มีความเชื่อมั่น การมองเห็นคุณค่าในตนเองและความรับผิดชอบ ฉัน มี (I have) หมายถึง การที่ฉันมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือขณะที่กำลังเผชิญกับ สถานการณ์วิกฤต ฉันสามารถ (I can) หมายถึง ความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและทักษะ การแก้ปัญหา ดังนั้นจากปัญหาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงต้องประสบมีความ จำเป็นต้องใช้พลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีทักษะในการแก้ปัญหา มีทัศนคติที่ดี มีความคิด เชิงบวก มีแหล่งสนับสนุน และสามารถดึงแหล่งประโยชน์มาใช้ในการแก้ปัญหา สามารถให้คุณค่าใน ตนเอง หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะมีความ ทนทานทางอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหว มีกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคสามารถ จัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านพ้นไปได้

ทั้งนี้สถานการณ์การให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในโรงพยาบาลสวน สราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยดังกล่าวประสบกับความทุกข์และความยุ่งยากใน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ป่วย การขาดกำลังใจ และต้องการความช่วยเหลือ ส่งเสริมศักยภาพด้านความเข้มแข็งทางจิตใจ อีกทั้งคลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จัดรูปแบบการให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งยังขาดกิจกรรม สนับสนุนพลังสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชฉุกเฉิน มีความ สนใจศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม รุนแรงที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และนำผลที่ได้ไปใช้ในการจัด กิจกรรมให้บริการสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยคาดหวังว่าจะส่งเสริมให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ และยกระดับ มาตรฐานบริการด้านจิตเวชฉุกเฉิน จนเป็นที่พึงพอใจของผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในระยะก่อน หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และระยะติดตาม 3 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
2. คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กับผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

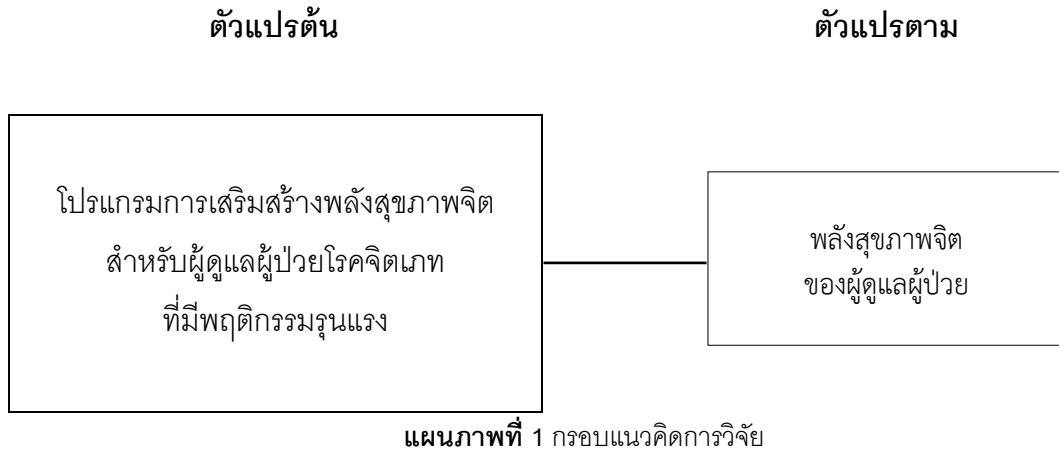
กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพลังสุขภาพจิต (Resilience) ภายใต้แนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2009) ซึ่งเชื่อว่า พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่จะกลับคืนสู่สภาพปกติ และดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตหรือความยากลำบาก โดยพลังสุขภาพจิตจะเป็นพลังด้านบวกที่จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรู้เท่าทัน จัดการและควบคุมตัวเองได้เมื่อต้องประสบกับภาวะวิกฤต และความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พยายามฟื้นตัว ฝึกการควบคุมอารมณ์ รู้วิธีผ่อนคลายและจัดการกับอารมณ์ เรียนรู้การอยู่กับปัจจุบัน มองส่วนดีที่มีอยู่ ฝึกผ่อนคลายอารมณ์ด้านลบ และเพิ่มอารมณ์ทางบวก ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง (Chorpnum, 2012) โดยพลังสุขภาพจิตมีองค์ประกอบ 3 ด้านดังนี้

1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) เป็นการทนทานต่อแรงกดดัน โดยมีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตนเองได้ในสถานการณ์ที่มีความยากลำบากหรือสถานการณ์ที่กดดันโดยไม่เสียสุขภาพจิต ประกอบด้วย การปรับอารมณ์ และปรับความคิด
2. ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) คือ การมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันมีพลังที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรค ประกอบด้วย การเสริมศรัทธา การเติมมิตร และการเติมจิตใจให้กว้าง

3. ด้านการจัดการกับปัญหา (พลังผู้) เป็นการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยคิดหาสาเหตุของปัญหา มีทักษะในการแสวงหาความรู้ และเข้าถึงความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ ประกอบด้วยปรับเป้าหมาย และปรับการกระทำ

โปรแกรมประกอบด้วย 7 กิจกรรมดังนี้ 1) การสานสัมพันธ์ 2) มารู้จักโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต 3) การผ่อนคลายความเครียด 4) พลังแห่งศรัทธา 5) เครือข่ายมิตรภาพ 6) หัวใจที่เข้มแข็ง และ 7) เตรียมใจไว้สู้ กิจกรรมทั้งหมดสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแผนภาพที่ 1



ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเมษายน ถึง มิถุนายน 2561

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงทั้งรายเก่าและรายใหม่ ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD -10 เป็น F20 จำนวน 40 คน ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบมีเงื่อนไข (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มทดลอง (inclusion criteria) คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 25 – 60 ปี สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เป็นผู้ดูแลหลักที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเป็นมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับค่าตอบแทน มีค่าคะแนนทดสอบพลังสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ สำหรับเกณฑ์การจับคู่กลุ่มควบคุม พิจารณาตามคุณสมบัติ คือ เพศ อายุ ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และคะแนนทดสอบพลังสุขภาพจิต

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณแบบ Unmatched Case - Control ของ Schlesselman & Stolley (1982) และแทนค่าตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

(Akathimkul & Lueboonthavatchai, 2015) กำหนดค่าอำนาจจำแนก เท่ากับ 90% และค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 18 คน และพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 10% เพื่อทดแทนการสูญหาย ทำให้มีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 20 คน เมื่อกำหนดอัตราส่วนระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองเท่ากับ 1 : 1 ทำให้การวิจัยครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วย

1.2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (resilience quotient: RQ) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งได้ผ่านกระบวนการวิจัยและพัฒนาขึ้นตามบริบททางสังคมวัฒนธรรมและลักษณะของคนไทย โดยการวิเคราะห์จากวรรณกรรมทั้งในและต่างประเทศ มี 3 องค์ประกอบ คือ ด้านทนทานทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการปัญหา จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 20 ข้อ การตอบคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ทำให้คะแนนประเมินรวมอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน คะแนนพลังสุขภาพจิตสูง หมายถึงมีพลังสุขภาพจิตมาก และผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบค่าความเที่ยง โดยนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจริง คำนวณค่า Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.81

2. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต และกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

2.1 ศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

2.2 ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเป้าหมาย เทคนิคของการทำกลุ่มแบบมีส่วนร่วม แนวคิดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดของโปรแกรม

2.3 กำหนดเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต โดยกิจกรรมภายในโปรแกรมเน้นให้บุคคลได้รับการตอบสนองของความต้องการของตนเอง ในด้านความ

มั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน มีการให้ข้อมูล อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกสถานการณ์ สนับสนุนการมีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมี 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 การสานสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เน้นการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีกิจกรรมและใบงานให้ทำเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี

กิจกรรมครั้งที่ 2 มาตรฐานโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกได้รับความรู้ และมีความเข้าใจโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต ให้สามารถนำความรู้ไปเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับตนเองได้ โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบ

กิจกรรมครั้งที่ 3 การผ่อนคลายความเครียด มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกตระหนักถึงความเครียดและวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง รับรู้อารมณ์ของตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียดให้สามารถนำไปใช้ได้ โดยให้ความรู้ จัดให้ทำใบงาน และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมครั้งที่ 4 พลังแห่งศรัทธา มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีในการมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น มีแนวทางในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งผู้ดูแลต้องสร้างกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบ

กิจกรรมครั้งที่ 5 เครือข่ายมิตรภาพ มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมองเห็นแหล่งสนับสนุน ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตหรือความรู้สึกลำบาก และขอความช่วยเหลือบุคคลหรือองค์กรตามความจำเป็น โดยจัดให้ทำใบงานเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ตามบริบทของแต่ละบุคคล

กิจกรรมครั้งที่ 6 หัวใจที่เข้มแข็ง มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกได้สนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา และมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบกับการทำกิจกรรมเกี่ยวกับปัญหา วิธีการจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง

กิจกรรมครั้งที่ 7 เตรียมใจไว้สู้ มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความ สามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในครั้งต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน คือ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติการณ์สูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Advanced Practice Nurse : APN) โรคจิตเภท 1 ท่าน และพยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามนิยามศัพท์ จุดมุ่งหมายของเนื้อหา วิธีการและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.83 จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุง แก้ไขให้ถูกต้อง และนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 10 คน เพื่อตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม การใช้เวลา ความเข้าใจ และด้านภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองด้วยตนเองและมีผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งทดลองฝึกการใช้แบบประเมินพลังสุขภาพจิตก่อนนำไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง โดยผู้ช่วยวิจัยทำหน้าที่ช่วยทำกิจกรรมตามโปรแกรม เก็บข้อมูลแบบสอบถาม และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามลำดับดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง ภายหลังโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยจึงเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน และเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เพศ อายุ (ต่างกันไม่เกิน 5 ปี) ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตก่อนการทดลอง (ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ < 52 คะแนน) จนได้ครบ 40 คน แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันโดยการจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยนัดหมายการทำกลุ่มกิจกรรมในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ เวลา 13.00-14.30 น. ณ ห้องประชุม อาคารสราญราษฎร์

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาการทดลอง และระยะหลังการทดลอง โดยดำเนินการในเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน 2561 มีขั้นตอน ดังนี้

- 2.1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับกิจกรรม และชี้แจงวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งให้สิทธิการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง

โดยไม่มีอาการบ่งชี้ หรือถ้าปฏิบัติมาตรการเข้าร่วมก็ไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษา พร้อมเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้ทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ในวันที่มาเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1

2.2 ระยะเวลาทดลอง จัดให้กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง จำนวน 7 กิจกรรม คือ กิจกรรมครั้งที่ 1 : การสานสัมพันธ์ กิจกรรมครั้งที่ 2 : มารู้จักโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต กิจกรรมครั้งที่ 3 : การผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมครั้งที่ 4 : พลังแห่งศรัทธา กิจกรรมครั้งที่ 5 : เครือข่ายมิตรภาพ กิจกรรมครั้งที่ 6 : หัวใจที่เข้มแข็ง และกิจกรรมครั้งที่ 7: เตรียมใจไว้สู้ โดยเข้าร่วมกิจกรรมละ 60-90 นาที โดยในระหว่างที่กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม จะมีเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกจิตเวชฉุกเฉินคอยดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ระยะเวลาหลังการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตครั้งที่ 2 หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และในระยะติดตามผล 3 เดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อตอบแบบประเมินพลังสุขภาพจิตซ้ำด้วยวิธีการเช่นเดิม ผลการเก็บข้อมูลได้ครบ 40 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลส่วนบุคคล คือ อายุ เพศ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ระดับความรุนแรงของพฤติกรรมผู้ป่วย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง (Inferential) ด้วยสถิติทดสอบซ้ำ repeated measures ANOVA โดยใช้โปรแกรม SPSS version 16 พบว่าการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลและความแปรปรวนภายในกลุ่ม ไม่เป็น Compound Symmetry (Wilk's Lambda = 0.184, $p < .05$) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกอ่านผลด้วย Greenhouse-Geisser Statistic

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัย นำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย รหัสจริยธรรมการวิจัย SSR REC 4/2561

2. ผู้วิจัย นำหนังสือเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย จัดทำเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งมอบหนังสือเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง และแจ้งให้ทราบว่าขณะดำเนินการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบกำหนดเวลา สามารถบอกเลิกได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ในการวิจัยจะถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัย หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ตารางแสดงจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
- ชาย	7 (35.0)	7 (35.0)
- หญิง	13 (65.0)	13 (65.0)
อายุ		
- 28 – 37 ปี	6 (30.0)	7 (35.0)
- 38 – 47 ปี	8 (40.0)	7 (35.0)
- 48 – 57 ปี	6 (30.0)	6 (30.0)
$\bar{X} \pm S.D.$	46.40 \pm 8.43	44.45 \pm 10.02
Median (min, max)	47 (30, 60)	46.50 (26, 59)
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย		
- พ่อ/แม่	8 (40.0)	7 (35.0)
- สามี/ภรรยา	5 (25.0)	6 (30.0)
- พี่/น้อง	7 (35.0)	7 (35.0)

ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วย

- เป็นภาระ เหนื่อยล้า ลำบากใจ	12 (60.0)	11 (55.0)
- สิ้นหวัง ไม่หาย	8 (40.0)	9 (45.0)

ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย

< 5 ปี	5 (25.0)	5 (25.0)
5 – 10 ปี	11 (55.0)	8 (40.0)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
> 10 ปี	4 (20.0)	7 (35.0)
พฤติกรรมความรุนแรงของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล		
- ปานกลาง	6 (30.0)	6 (30.0)
- รุนแรง	14 (70.0)	14 (70.0)

ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าร้อยละของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (65%) มีช่วงอายุ 38 - 47 ปีสูงสุด (40%, 35%) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะพ่อแม่ มากที่สุด (40%, 35%) ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้เหนื่อยล้า ลำบากใจมากที่สุด (60%, 55%) ส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 5 -10 ปี (55%, 40%) และส่วนใหญ่มีการรับรู้พฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่ในระดับรุนแรง (70%)

ส่วนที่ 2 พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน

ตารางที่ 2 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
กลุ่มทดลอง (n=20)					
เวลา	3685.612	1	3685.612	103.714*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	1350.375	38	35.536		
กลุ่มควบคุม (n=20)					
เวลา	2808.504	1	2808.504	155.977*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	684.225	38	18.006		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=103.714, 155.977, p < .05$ ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ภายในกลุ่ม (Time)	9848.617	1.410	6984.096	183.942*	0.000

ความคลาดเคลื่อน	2034.600	53.586	37.969		
ระหว่างกลุ่ม (Group)	12261.408	1	12261.408	366.631*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	1270.850	38	33.443		
ภายในกลุ่ม*ระหว่างกลุ่ม					
(Time*Group)	6494.117	1.410	4605.270	121.290*	0.000
ความคลาดเคลื่อน	2034.600	53.586	37.969		

*p < .05

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 366.631, p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเรื่องเวลาและตัวแปรเรื่องกลุ่ม (Time Group Interaction) ก็มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($F = 121.290, p < 0.05$)

ตารางที่ 4 ตารางแสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		F
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
ก่อนการทดลอง (T0)	33.35	7.93	33.55	6.86	0.841
หลังการทดลองเสร็จสิ้น (T1)	71.10	4.72	37.20	3.58	3.385*
ระยะติดตาม 3 เดือน (T2)	64.20	4.57	37.25	2.83	5.204*

*p < .05

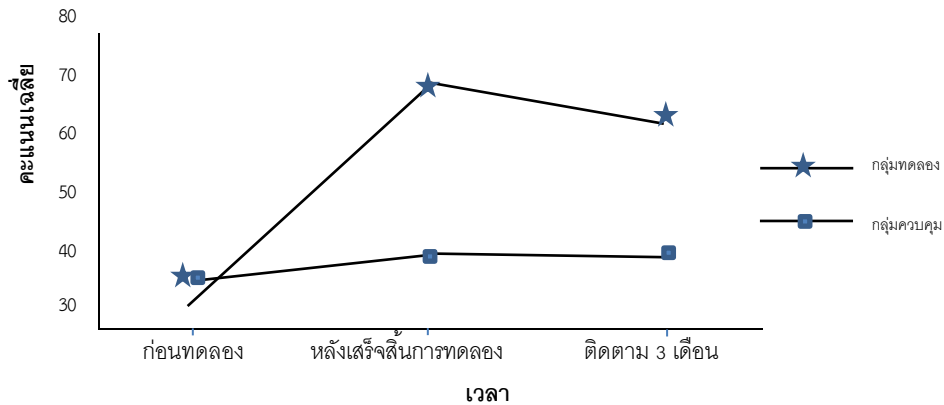
จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มแต่ละช่วงเวลา พบว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มทดลองทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการทดสอบของเลวีเน่ (Levene's test)

พลังสุขภาพจิต	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย (mean difference) พลังสุขภาพจิต		
	ก่อนทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตาม 3 เดือน
กลุ่มควบคุม-กลุ่มทดลอง	0.08	25.58*	22.43*

*p < .05

เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นรายคู่โดยใช้วิธีการทดสอบของเลวีเน (Levene's test) ผลการวิเคราะห์ พบว่า หลังเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือนมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)



แผนภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ก่อนทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง และติดตาม 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยให้พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นไป

ตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 7 กิจกรรม สามารถนำมาอภิปรายผลตามแนวคิดพลังสุขภาพจิตได้ดังนี้

การเสริมสร้างความทนทานทางอารมณ์ (พลังฮึด) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ยอมรับการแสดงออกของผู้อื่น จนเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย และได้เรียนรู้การปรับอารมณ์และจิตใจโดยการสะท้อนของกลุ่มให้สมาชิกรับรู้ความเครียดที่เกิดขึ้นและเรียนรู้วิธีรับมือ และการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้สมาชิกได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ (Kaewhearn, 2013) พบว่าสิ่งที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น คือ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิต แนวทางการรักษา ผลกระทบจากการทำหน้าที่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและตระหนักในเหตุการณ์ ดังนั้นการที่สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจจะนำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมา

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้านกำลังใจ (พลังฮึด) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ตีมองเห็นคุณค่าของคนอื่น รับรู้ถึงความสามารถของตนในการป้องกันการเกิดพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งนี้เป็นแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิต เพื่อให้ใช้ศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร (Department of Mental Health, 2015) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์และการสะท้อนจึงทำให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง ทำให้รู้สึกเป็นสุขในการดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนได้รับรางวัลทางด้านจิตใจ ส่งผลให้เกิดความคิดเชิงบวก ความอดทน มุ่งมั่น มีความหวัง ความศรัทธา และมีความเข้มแข็งในการทำหน้าที่เพื่อให้ผ่านความยากลำบากและภาวะวิกฤติในชีวิตได้ (Suwanmanee, Sae-sia, & Songwattana, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของสุคนธ์จิต อุปันนชัย (2013) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความหยุนตัวของอารมณ์ ช่วยให้ผู้ดูแลมีการประสานงานและความร่วมมือจากสังคมภายนอก สามารถใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความทนทานและพลังสุขภาพจิตของบุคคล

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการปัญหา (พลังสู้) ช่วยเพิ่มความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตน สามารถจัดการกับสภาพปัญหา และมีแรงจูงใจที่จะช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา นาควารี (2014) พบว่า ผู้ที่สามารถผ่านพ้นประสบการณ์เลวร้ายในชีวิต จะมีการใช้กระบวนการที่เป็นองค์ประกอบของความแข็งแกร่งในชีวิตในการจัดการปัญหา

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต กับผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมทั้งหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน ($F = 3.385, 5.204$) ดังนั้นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน ให้สูงกว่ากลุ่มควบคุมได้ โดยมีการเปลี่ยนแปลงภายในกลุ่มเกิดขึ้นแตกต่างกันดังนี้

กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งพลังสุขภาพจิตยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ($p\text{-value} = 0.000$) ทั้งนี้ อภิปรายได้ว่า การดูแลของบุคลากรของคลินิกจิตเวชฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน คือ การใช้กระบวนการพยาบาลที่ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและญาติ การกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนให้การพยาบาล และให้การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบมาตรฐานการพยาบาล รวมถึงประเมินประสิทธิภาพประสิทธิผลของการพยาบาลที่ให้ เพื่อการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตและดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงได้ตามสภาพอาการของผู้ป่วย (Wattanasiri & Sripusito, 2013)

กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น โดยพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติ และลดลงเล็กน้อยในระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ($p\text{-value} = 0.000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 2 อภิปรายผลได้ว่า โปรแกรมช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วย มีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สามารถผ่านพ้นและเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้นด้วยพลังใจที่เข้มแข็งในการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรงหรือต่อเนื่อง สามารถนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทาง ในการรับมือกับปัญหา มีมุมมองของชีวิตด้านบวก และมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง จะทำให้สามารถดำเนินชีวิตโดยใช้ศักยภาพ และไม่ทำให้ตนเองเป็นทุกข์อยู่นาน นอกจากนี้การมีพลังสุขภาพจิต จะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นในตัวเองว่าสามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ เมื่อต้องเผชิญกับแรงกดดัน มีวิธีผ่อนคลายความเครียดในทางที่เหมาะสม มีความสมดุลทางอารมณ์ มุ่งแก้ปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Detdee & Kongsuwan, 2019) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญญาภรณ์ แก้วเงิน (2013) พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต สามารถเพิ่มระดับของพลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าให้สูงขึ้น และการศึกษาของโสธยา ศุภโรจน์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2013) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยโปรแกรมช่วยให้ผู้ดูแลมีความรักความผูกพัน พึงพอใจในตนเอง ในการดูแลและการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบ มีชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน

ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทำให้ยังคงความสามารถในการนำทักษะและประสบการณ์ที่ได้ไปใช้ป้องกันตนเองจากเหตุการณ์ที่ไม่ปรารถนา เพื่อเอาชนะให้ชีวิตผ่านพ้นประสบการณ์ยากลำบากที่เผชิญไปได้ (Detdee & Kongsuwan, 2019) ซึ่งพลังสุขภาพจิต 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ฉันมี (I have) ฉันเป็น (I am) และฉันสามารถ (I can) มีผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะมีความทนทานทางอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคงไม่หวั่นไหว มีกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคสามารถจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ให้ผ่านพ้นไปได้ โดยพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะมีการพัฒนาทางอารมณ์และจิตใจเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อความสามารถและประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ควรจัดอบรมให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ให้สามารถปรับเปลี่ยนแบบระยะเวลาในการดำเนินแต่ละกิจกรรม หรือสถานการณ์ให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย และเหมาะสมกับความต้องการและศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค

2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 3 เดือน จึงทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผล ในระยะยาว เช่น 6 เดือน เป็นต้น

Reference

- Auppanunchai, S. (2013). Effect of Social Support Self - Esteem and the Perceived Self - Efficacy of the Emotional Flexibility of students in Nonthaburi Province. Education: Master's Degree Thesis Developmental Psychology Srinakharinwirot University, Bangkok.
- Akathimkul, S. and Lueboonthavatchai, O. (2015). The Effect of Family counseling Program on Burden of Schizophrenic Patient's Caregivers. *Thai Journals Online*. 29(2), 64-76. (in Thai)
- Chimsuk, N. and Dangdomyouth, P. (2014). Selected Factors Related to Psychological Distress of family Caregiver of Schizophrenic Patients. *The journal of psychiatric nursing and mental health*. 23(3), 49-62. (in Thai)
- Chorpnum, K. (2012). Empowerment and Empowerment of Caregiver in Managing Violent Behaviors of Schizophrenic Patients. Master of Nursing Science Thesis Department of

- Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nurse Prince of Songkhla University, Songkhla.
- Department of Mental Health. (2015). Annual Report. Ministry of Public Health. Retrieved 2018 July 9. From www.dmh.go.th/qa/view.asp?id=41.
- Detdee, S. and Kongsuwan, V. (2019). The Development and Effectiveness of the Resilience Enhancement Integrated with Family Involvement Program on Sense of Coherence and Resilience of Patients with Substance - Induced Psychosis. *Journal of Mental Health of Thailand*, 27(3), 196-210. (in Thai)
- Gertberg,E.H. (1995). A Guide to Promoting Resilience in Children; Strengthening the Human Spirit the Hague: The Bernard Van Leer Foundation.
- Huannet, P., Dangdomyouth, P. & Upasen, R. (2018). The Effect of Resilience Enhancement Program on Self-Estrem of Depressive Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 32(2), 39-51. (in Thai)
- Jaroensan J, Chaichumni N. (2017). The Development of Psychosocial Habitation Case Management Model for the Complicated Schizophrenic Patients. *J Psychiatr Nurs Ment Health*, 31(2), 64-77. (in Thai)
- Kaewhearn, T. (2013). The Effect of a Mental Health Empowerment Program on the Mental Health Power Level of Depressed Patients. Master of Nursing Science Thesis Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nurse Prince of Songkhla University, Songkhla.
- Lourtrakul, M. and Sukanid, P., (2015). Ramathibodi Psychiatry. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hotpital Mahidal University. (in Thai)
- Narkwaree, K. (2014). The Effect of a Life Strengthening Program for Junior High School. Master of Nursing Thesis Psychiatric and Mental Health Program .Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital Mahidol University, Bangkok.
- Sanlamun, B. and Kedsombun, P. (2014). The Effect of Education Program for Caregiver of Schizophrenia Patients. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*. 2(1), 25-35. (in Thai)
- Schlesselman JJ, and Stolley PD. (1982). Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis. New York : Oxford University Press.

- Steward, E. S., and Yuen, T., (2011). A Systemic Review of Resilience in the Physically Ill. *Psychosomatics*, 52, 199-209.
- Souansanhe, W. (2016). The Effect of Problem Solving Training Program on Stress Perception of Caregiver of Care Schizophrenia Patients. Master of Nursing Science Thesis Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nurse Prince of Songkhla University, Songkhla.
- Suparochanee, S. and Dangdonyouth, P. (2013). The Effect of Empowerment Program on Relapse Preventive Behavior of Schizophrenic Patients. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 26(2), 41-50. (in Thai)
- Suwanmal, P. (2013). Berden Perception and Coping of Psychiatric Patients First. Master of Nursing Science Thesis Department of Mental Health and Psychiatric Nursing. Faculty of Nurse Prince of Songkhla University, Songkhla.
- Suwanmanee, M., Sae-sia, W. & Songwattana, P.(2014). Relationship Between Resilience and Perceived Care Burden Among Caregivers of Persons Injured from Assault in the Unrest Situation in the Southern Border Provinces of Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*.6(3), 67-83. (in Thai)
- Thongsai, S. (2015). Schizophrenia care in a sustainable Thai Society Context. *Journal of nursing Division*. 42(3), 159-168. (in Thai)
- Wattanasiri O, Sripusito S. (2013). The Development of Process of Continuity Care in Schizophrenia Patient by Inderdisciplinary Team and care Giver Network of Kamphaeng Phet hospital. *J Nurs Division*, 40(1), 67-83. (in Thai)
- Yoetpanya, D. and Lueboonthavatchai, O. (2014). The Effect of Sense of Coherence Promoting Program on Quality of Life of Schizophrenic Patient's Caregivers in a Community. 28(3), 63-74. (in Thai)