

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์
ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

พ.ศ. 2566

The Effects of Resilience Enhancement Program with LINE Application
on Resilience and Psychological Distress
in Schizophrenia Patients's Caregivers



Mrs. AMONRAT KAIKAEW

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master Nursing Science in Community Nurse Practitioner

School of Nursing

Sukhothai Thammathirat Open University

2023

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชัน ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท
ชื่อและนามสกุล	นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว
แขนงวิชา / วิชาเอก	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา	1. รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ปิ่นเฉลียว
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	2. รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.เอื้อญาติ ชูชื่น)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)	
.....	กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล)	

..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.นราธิป ศรีราม)

ชื่อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ

ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้วิจัย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว รหัสนักศึกษา 2615100027

ปริญญา: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

อาจารย์ที่ปรึกษา (1) รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ปิ่นเฉลียว (2) รองศาสตราจารย์ ดร.ทิพย์ฉมพร เกษโกมล ปีการศึกษา 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจ และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 22 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยประยุกต์จากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (1995) มีระยะเวลา 5 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย (1) การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (2) กิจกรรมเสริมสร้างความเข้มแข็งภายใน (3) กิจกรรมเสริมสร้างความสามารถ และ 2) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 และ 0.87 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม ความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ ความเข้มแข็งทางใจ ภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท

Thesis title: “

The Effects of Resilience Enhancement Program with LINE Application on
Resilience and Psychological Distress
in Schizophrenia Patients’s Caregivers
”

Researcher: “Mrs. AMONRAT KAIKAEW”; ID: “2615100027”;

Degree: Master of Nursing Science (Community Nurse Practitioner);

Thesis advisors: (1) Associate Professor Doctor Duangkamol Pinchaleaw;(2) Associate
Professor Doctor Thipkhumporn Keskomon ; Academic year: 2023

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of resilience enhancing program with LINE application on resilience and psychological distress in caregivers of patients with schizophrenia. The sample consisted of 44 caregivers of patients with schizophrenia who had been diagnosed by a psychiatrist as schizophrenia, and they were divided into the experimental group (22) and the comparative group (22). They were selected by the simple random sampling. The research instruments included: 1) the resilience enhancing program with LINE application, which was developed based on the resilience concept of Grotberg (1995), the duration of the program was 5 weeks. The activities comprised: (1) enhancing external support (2) enhancing inner strengths (3) enhancing abilities and 2) the resilience and psychological distress assessment forms. The reliabilities of these two assessment forms were .71 and .87 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and t- test. The results revealed as follows. After attending the program, resilience of the experimental group was significantly higher than before attending the program and higher than the comparative group

Keywords Resilience, Psychological distress, Patients with schizophrenia Caregivers

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.ทิพย์ฉิมพร เกษโกมล อาจารย์ที่ปรึกษารวมที่ได้กรุณาชี้แนะแนวทาง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งการสนับสนุนให้กำลังใจ และต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จ ผู้ศึกษาจึงขอขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดร.เอื้อญาติ ชูชื่น ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ นายแพทย์ปริยทัศน์ เนตรสุวรรณ, นางจรรยา ใจหนูน, น.ส.จันทนา ชุ่มเย็น, นางสาวสรพรพรรณ เนื่องวัง และ ดร.มาณิกา เพชรรัตน์ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือและเสียสละเวลาในการร่วมวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก สาธารณสุขอำเภอเมืองตาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแดง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะลาดระซัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังประจวบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่อนุญาตและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ทำให้การวิจัยครั้งนี้บรรลุความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ผู้ให้กำเนิด ขอขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนในทุก ๆ ด้านมาโดยตลอด ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบความสำเร็จในการวิจัย

ท้ายที่สุดขอขอบคุณเพื่อน ๆ และบุคคลที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและให้กำลังใจ จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญรูปภาพ	ฉ
บทที่ 1 บทนำ	1
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
3. กรอบแนวคิดการวิจัย	6
4. สมมติฐานการวิจัย	6
5. ขอบเขตของการวิจัย.....	7
6. นิยามศัพท์เฉพาะ	7
7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	9
บทที่ 1 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	10
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	10
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	21
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ	26
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	33
5. สถานการณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ศึกษา	41
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	43
บทที่ 2 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	51
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	58
4. การวิเคราะห์ข้อมูล	67
5. การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	67
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	69
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	72
ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	75
บทที่ 4 สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	77
1. สรุปการวิจัย.....	77
2. อภิปรายผล.....	78
3. ข้อเสนอแนะ	85
บรรณานุกรม	88
ภาคผนวก	95
ภาคผนวก ก.....	96
ภาคผนวก ข.....	97
ภาคผนวก ค.....	99
ภาคผนวก ง.....	115
ภาคผนวก จ.....	121
ประวัติผู้วิจัย	159

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 4. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป 69

ตารางที่ 4. 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลอง และ กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง 72

ตารางที่ 4. 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง..... 73

ตารางที่ 4. 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้าน ตามกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง 73

ตารางที่ 4. 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง..... 75

ตารางที่ 4. 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง 76



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย	50
ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการทดลอง	66



บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด การดำเนินของโรคมีทั้งแบบรุนแรงและเรื้อรังไม่หายขาด ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2565 ระบุว่า โรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนหรือ 1 ใน 300 คนทั่วโลก (World Health Organization: WHO, 2022) จากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการทางการแพทย์กับหน่วยงานในสังกัดของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2558-2564 พบว่า จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการทั่วประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสองเท่าตัว จากจำนวน 1.4 ล้านคนในปีพ.ศ. 2558 เพิ่มขึ้นเป็น 2.7 ล้านคนในปีพ.ศ. 2563 และจากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2565 พบผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 2,474,769 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 314,250 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด รองจากโรคซึมเศร้าและวิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับสถิติผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดตากที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ในปีงบประมาณ 2562-2564 มีจำนวน 1,794 คน, 1,845 คน และ 1,693 คน ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2564 โดยพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก มีจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด 116 คน ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า สุรา จำนวน 9 คน, เกิดจากความเครียด ความผิดหวัง ภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน, เกิดจากการใช้ยาลดน้ำหนัก 1 คน, จากพันธุกรรม 1 คน และไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดจำนวน 3 คน

ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง อาการที่พบ คือ มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และการเข้าสังคม บางคนมีประสาทหลอน หูแว่ว หลงผิด มีพฤติกรรมรุนแรง เช่น ก้าวร้าว ทำลายสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายกลับบ้าน ไปอยู่กับครอบครัว ผู้ดูแลหลัก (caregiver) จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน สนับสนุนการทำกิจกรรมทางสังคม ส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลจึงต้องแบกรับภาระการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ สามารถ

ดำรงชีวิต หรือประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ (Chou KR, 2000) ซึ่งด้วยลักษณะของโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำและต้องเข้าโรงพยาบาลบ่อย ๆ อาการทางจิตเช่นนี้ของผู้ป่วยทำให้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบกรับภาระและสร้างความกดดันทางจิตใจ (Kasiphol, T., Chunhathititham, P., Prasertsong, C., Jaroenjikul, C., Nansunanon, S., & Jarutatsanangkoon, A, 2020; Saunders, J.C., 2003)

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การพาผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมในครอบครัว สังคมและชุมชน การจัดการอาการทางจิตและพฤติกรรมที่ผิดปกติ บางครั้งต้องจัดการกับอาการเอะอะ อละวาดก้าวร้าว และการบริหารยา ตลอดจนมีหน้าที่ในการพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด หรือเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงจนผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ กล่าวคือ ด้านร่างกาย ผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง บางครั้งต้องคอยเฝ้าสังเกตและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วย และอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย (Yoetpanya & Lueboonthavatchai, 2014) ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียด ท้อแท้ วิตกกังวลในการจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง และหวาดกลัวอันตรายจากพฤติกรรมรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ตลอดเวลาของผู้ป่วย บางรายรู้สึกอับอายจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง เครียดจากการถูกคุกคามทางอารมณ์ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคทางจิตเวชได้ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ จากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลทำงานได้ไม่เต็มที่ บางคนต้องลาออกจากงานทำให้สูญเสียรายได้ ในขณะที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากค่ายา ค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา และค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Souansanhe, 2016) ผลกระทบด้านสังคม จากการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีชีวิตความเป็นส่วนตัวน้อยลง มีเวลาพบปะเพื่อนฝูงน้อยลง ความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องห่างเหินไป รวมทั้งการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และสังคมน้อยลง (Suwanmal, 2013) ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลแต่ละคนนั้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยและความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น ซึ่งผลกระทบต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจได้

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) เป็นภาวะไม่สุขสบายทางใจ ซึ่งแสดงออกมาทางด้านความรู้สึกตื่นตระหนก สิ้นหวัง ภาระหนักหน่วงหรือหงุดหงิด ซึมเศร้าตลอดเวลา เป็นความรู้สึกว่าทุกการกระทำต้องใช้ความพยายามอย่างมากและรู้สึกไร้ค่า (Kessler et al., 2002;

2010) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในระดับมาก ส่งผลต่อผู้ดูแลทำให้เกิดภาวะไม่สุขสบายทางใจ วิตกกังวล หงุดหงิด ซึมเศร้า และรู้สึกไร้ค่า (Kessler et al., 2002; 2010; นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555) ความกดดันด้านจิตใจนี้ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิตและทางกายตามมา อาทิ ปวดหลัง อ่อนเพลียไม่มีแรง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นโรคกระเพาะอาหาร เป็นต้น รวมทั้งทำให้โรคประจำตัวของผู้ดูแลรุนแรงขึ้นจากการไม่ได้ดูแลตนเองที่ดัดดีพอ (ศิริพร บูรณกุลกิจการ, 2561; มาโนช หล่อตระกูล, 2559) ซึ่งปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลนี้อาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทอาจไม่ได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ในทางกลับกัน หากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีสุขภาพจิตดี สามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันกำเริบและกลับเป็นซ้ำ ที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความเสื่อมถอยและใช้ระยะเวลาในการรักษานานขึ้น (ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ, 2560)

จากการศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี ก่อนดูแลไม่มีปัญหาสุขภาพ หลังดูแลมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ที่พบคือ ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60, ปวดศีรษะ ร้อยละ 20 และไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 20 ปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด ร้อยละ 100 ส่วนด้านเศรษฐกิจ พบว่า ร้อยละ 40 มีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ร้อยละ 40 ได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยกินยาและการมาตรวจตามนัด และเมื่อประเมินความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีภาวะกดดันด้านจิตใจ ระดับปานกลาง ร้อยละ 80 และระดับมาก ร้อยละ 20 ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับสุขภาพของผู้ดูแลและการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพ ปัจจุบันหน่วยงานให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับบ้านด้วยการติดตามอาการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกใกล้ใจ โดยจะให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภททั่วไป การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด สำหรับผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามีภรรยา พี่ น้องของผู้ป่วย ที่พบปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน คือ อ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูงและจิตใจ เครียด นอนไม่หลับ วิตกกังวล อับอาย ทางหน่วยงานได้ดำเนินการช่วยเหลือคือการให้คำปรึกษารายกรณีเมื่อผู้ดูแลขอคำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติด อาการก้าวร้าวที่กำเริบ หน่วยงานให้การดูแลผู้ดูแลโดยการนัดเข้ามาพูดคุยที่โรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน ซึ่งทำให้สามารถ

เข้าถึงปัญหาของผู้ดูแลเฉพาะในช่วงแรกที่คุณดูแลเข้ามารับการปรึกษา แต่ขาดการต่อเนื่องในการดูแลที่เป็นระบบ ทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจเพิ่มมากขึ้น

แนวทางการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น อาศัยแนวคิดพลังสุขภาพจิต (resilience) หรือความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาและวิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต อีกทั้งยังลดความรุนแรงจากการได้รับผลกระทบที่ต้องเผชิญด้วยดี ความเข้มแข็งนี้สามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม (Gertberg, 1995) พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจมี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ สิ่งที่คุณเป็น (I am) หรือความเข้มแข็งภายใน หมายถึง การที่คุณรู้ว่าตนเองเป็นใคร มีหน้าที่อะไร มีความเชื่อมั่น มีความรับผิดชอบและรู้สึกว่าคุณค่า สิ่งที่คุณมี (I have) หมายถึง การมีแหล่งสนับสนุนหรือส่งเสริมคอยช่วยเหลือบุคคลขณะที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์วิกฤต และสิ่งที่คุณสามารถ (I can) หมายถึง การรับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองของคุณ รู้หลักการแก้ปัญหาและใช้ทางเลือกที่เหมาะสม และมีความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะช่วยให้สามารถปรับตัว ยอมรับปัญหา มีความทนทานทางอารมณ์ มีจิตใจที่มั่นคง ไม่หวั่นไหว และมีกำลังใจที่จะฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคสามารถจัดการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้ผ่านพ้นไปได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมต่าง ๆ ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาทิ โปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก การเรียนรู้และเข้าใจปัญหาเชิงบวก การทบทวนคุณค่าในตนเองและผู้อื่น สามารถทำให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งในชีวิตได้ (เดือนแรม ยศปัญญา, 2555) และโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียด โดยการให้ความรู้และส่งเสริมทักษะเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ การสื่อสาร จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถลดภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ศิริธนา ยะมะโน, 2561) จะเห็นว่าการศึกษากลับมาเกี่ยวกับการส่งเสริม/สร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย เช่น การส่งเสริมให้มองโลกในแง่บวก การให้มองเห็นคุณค่าในตนเอง การให้ความรู้หรือข้อมูล การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างสัมพันธภาพ และการสื่อสาร เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมโดยใช้กรอบแนวคิดของ กรอทเบิร์ก Grotberg (1995) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการสื่อสารให้ข้อมูล ความรู้และแนวทางการปฏิบัติที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันและในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมด้านสิ่งที่ฉัน

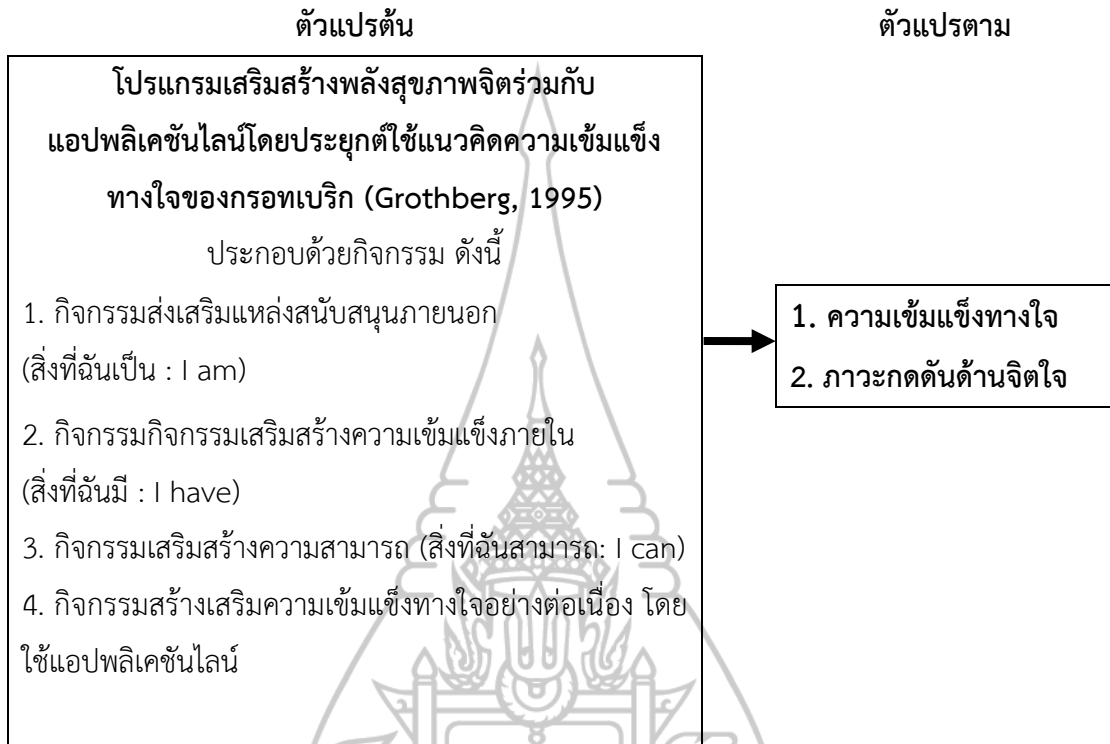
เป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง การส่งเสริมด้านสิ่งที่มี (I have) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง ให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการรับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก เมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การเสริมสร้างความสามารถ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว และมีความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมทั้งพัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา ทักษะการแก้ปัญหา และ 4) กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางไลน์ การส่งข่าวสาร/ข้อมูลหรือวีดิทัศน์ โดยให้สมาชิกเข้ามาอ่านข้อความ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยคาดหวังว่าจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มมากขึ้น มีความสามารถในการเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต ทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันและการทำบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลที่ลดลงด้วย

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

2.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

3. กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

4.2 คะแนนเฉลี่ยของภาวะกตตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีขอบเขตดังนี้

5.1 ขอบเขตด้านประชากร ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ที่มารับบริการในพื้นที่รับผิดชอบโซน 3 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ตำบลโป่งแดงและตำบลวังประจวบ อำเภอเมือง จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง และอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบโซน 3 โดยกลุ่มทดลองอยู่ในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลโป่งแดง และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลวังประจวบ ถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน

5.2 ขอบเขตด้านตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรที่ศึกษามีตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ

5.3 ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการทดลองใช้โปรแกรมจำนวน 5 สัปดาห์ เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2566 - มกราคม 2567 รวมระยะเวลา 2 เดือน

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

6.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ หมายถึง ชุดของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และลดภาวะกดดันด้านจิตใจ โดยประยุกต์ตามแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก Grotberg (1995) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมประกอบด้วย 1) กิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง 2) กิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักบริหารจัดการความเครียดด้วยตนเอง ให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งการรับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอกเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) กิจกรรมเสริมสร้างความสามารถ (I can) เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว และมีความเข้าใจอันดีต่อกัน รวมทั้ง

พัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา ทักษะการแก้ปัญหา และ 4) กิจกรรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ทางไลน์ การส่งข่าวสาร/ข้อมูล การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซักถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหา

6.2 ความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิต หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสามารถในการเผชิญกับภาวะวิกฤติในชีวิต ทั้งชีวิตส่วนตัว และชีวิตในการทำบทบาทเป็นผู้ดูแล โดยมีกำลังใจ มีพลังที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิต มีความเชื่อว่า เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นต้องผ่านไปได้เหมือนเหตุการณ์อื่น จากปัจจัยภายนอก เช่น มีคนรัก มีครอบครัว มีเพื่อน หรือ หน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือ เช่น มีการพูดคุยระบายความทุกข์กับคนที่รักและห่วงใย การได้รับข้อคิดสอนใจ และคำปลอบใจจากคนที่หวังดี การที่มีผู้รู้ช่วยชี้แนะแนวทาง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความหวังและกำลังใจมากขึ้น โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ดังนี้

6.2.1 สิ่งที่มี (I have) หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสร้างความรู้สึกลดลงถึงขั้นพื้นฐานที่ผู้ดูแลควรได้รับจากคนรอบข้าง ชุมชน คอยช่วยเหลือแนะนำ ในขณะที่เกิดภาวะวิกฤติ ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว

6.2.2 สิ่งที่เป็น (I am) หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรู้ว่าตนเองเป็นใคร มีหน้าที่ต้องทำอะไร เพื่อให้เกิดการเข้าใจตนเองมากยิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาภายในตนเอง เป็นอิสระ มีความเชื่อมั่น มีความรับผิดชอบ และมีความรู้สึกรู้ว่า ตนเองมีคุณค่า

6.2.3 สิ่งที่สามารถทำได้ (I can) หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสร้างตนเองให้เกิดความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนเอง รู้หลักการแก้ปัญหาและใช้ทางเลือกที่เหมาะสม

ในการศึกษานี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต (2549) ลักษณะเป็นคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ

6.3 ภาวะกดดันด้านจิตใจ หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ที่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งอาการซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น และวิตกกังวล ได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น

ในการศึกษานี้ประเมินได้โดยใช้แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (The Kessler Psychological Distress Scales (K10)) คำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

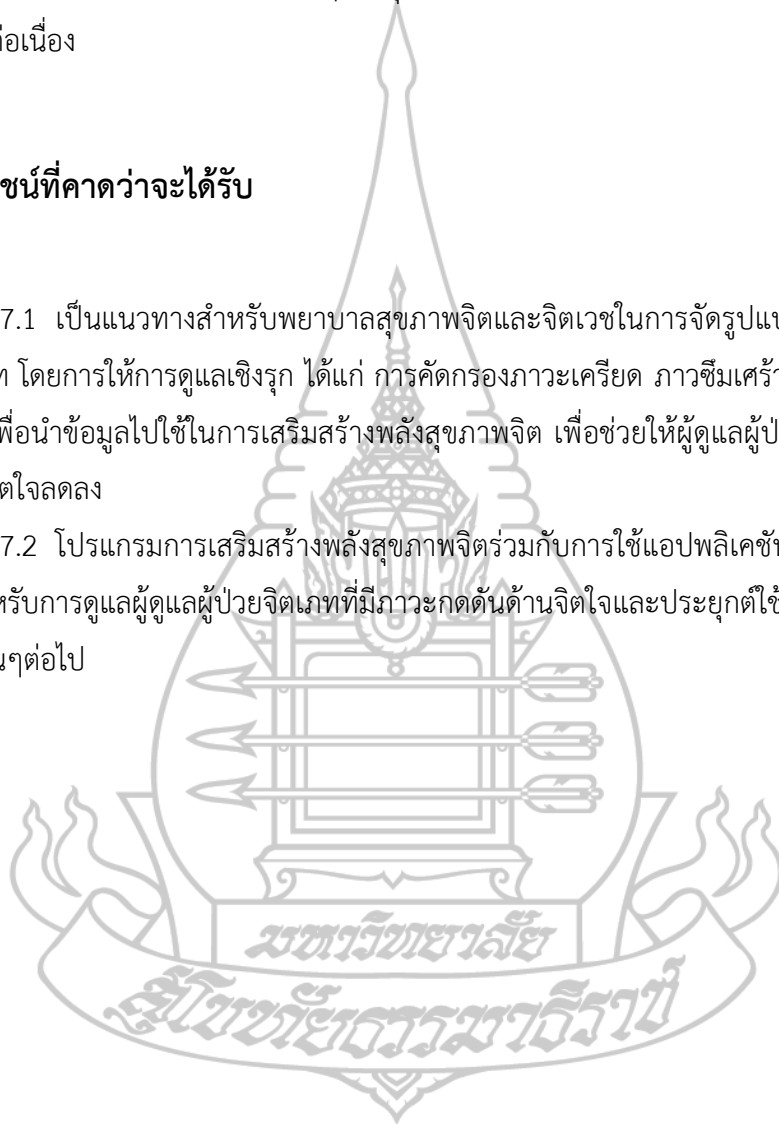
6.4 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี โดยทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตร เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมาย เช่น สามเณร โดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใด ๆ จากการดูแล

6.5 ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ซึ่งมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม มีการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีความเสื่อมและบกพร่องด้านต่าง ๆ ทั้งบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมที่ได้รับการตรวจรักษาอย่างต่อเนื่อง

7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7.1 เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการจัดรูปแบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการให้การดูแลเชิงรุก ได้แก่ การคัดกรองภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า และความกดดันด้านจิตใจ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง

7.2 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถเป็นแนวทางสำหรับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจและประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป



บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิดทฤษฎีจาก ตำรา หนังสือ วารสาร เอกสารวิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอเนื้อหาตามลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยพลังสุขภาพจิตจิตเภท
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ
 - 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับแอปพลิเคชันไลน์
5. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ศึกษา
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด เป็นความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2556) ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มานิช หล่อตระกูล และปรามิพย์ สุขนิษฐ์, 2558) โรคจิตเภทจึงไม่ได้เป็นเพียงโรคจิต แต่เป็นโรคของพัฒนาการทางระบบประสาท (neurodevelopmental disorder) ที่สามารถพบอาการของโรคจิตได้และเป็นโรคที่การทำงานของสมองหลายส่วน

ผิดปกติ และยังเป็นโรคที่มีการแสดงออก (manifestation) ในหลายส่วนของร่างกายอีกด้วย (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2552) มีผู้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ ดังนี้

องค์การอนามัยโลก (2018) ได้นิยาม โรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก ภาษา การรับรู้ตนเองและพฤติกรรมความผิดปกติทางด้านการรับรู้ความคิดและพฤติกรรม โดยไม่มีสาเหตุจากโรคทางกาย การใช้ยา หรือสารเสพติด อาการเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

พิชามญชุ์ อินทะพุด (2565) สรุปว่า โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ คือมีความคิดและการรับรู้ที่บิดเบือนจากความจริง ความคิดไม่ต่อเนื่องเชื่อมโยง ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมและบุคลิกภาพที่ผิดปกติ และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในขณะที่ระดับเชาวน์ปัญญาเป็นปกติ

วาทีนิ สุขมาก (2564) ได้ให้ความหมายว่า เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลบกพร่อง (อย่างน้อย 6 เดือน) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยา หรือสารอื่นที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าว ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด มักมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

นลิน ดวงปัญญา (2562) ได้สรุปความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง โรคที่มีประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังมักมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง

โดยสรุป โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การแสดงออก และพฤติกรรม ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความจริง อาการจะเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทนั้นซับซ้อน มีการศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคนานนับตั้งแต่ช่วงครึ่งแรกของศตวรรษที่ 19 มีการใช้วิธีการผ่าศพผู้ป่วยจิตเวช แต่ก็ไม่พบหลักฐานที่ชัดเจน (พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2565) ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทแน่ชัด แต่มีปัจจัยหลายอย่างที่น่าสนใจเชื่อว่า การรวมกันของพันธุกรรม เคมีในสมอง และสิ่งแวดล้อมมีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติ (Fischer & Buchnan, 2019) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการสืบทอดทางพันธุกรรม อิทธิพลจากฮอโมน

1) พันธุกรรม (genetic factor) พบว่า การมีญาติเป็นโรคจิตเภทมีจะโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ร้อยละ 1 ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง (Ritsner MS & Gottesmen II, 2011) จากการศึกษาการเกิดโรคนี้อาจมีความสัมพันธ์กันในฝาแฝด

พบว่า ผาแฝดที่เกิดจากไขใบเดียวกัน และผาแฝดที่เกิดจากไขคนละใบ มีอัตราการเกิดโรคที่ต่างกัน โดยอัตราเสี่ยงในคู่แฝดของผู้ป่วยจากไขใบเดียวกัน มีร้อยละ 46 คู่แฝดของผู้ป่วยจากไขคนละใบมีร้อยละ 14 เด็กที่มีพ่อหรือแม่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 46 (มาโนชน หล่อตระกุล และ ปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2550; อมรรัตน์ ศรีภา, 2561)

2) *ระบบสารชีวเคมีในสมอง (biochemical factor)* ได้แก่ สมมติฐาน โดปามีน (The dopamine hypothesis) เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของสารโดปามีนในสมองบริเวณส่วน prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการด้านลบ และการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ Striatum ทำให้เกิดอาการทางบวก (นลินดวงปัญญา, 2562)

3) *กายวิภาคของสมอง* พบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนมีความผิดปกติของสมองมี ventricle ที่มีขนาดใหญ่กว่าขนาดของคนทั่วไป ปริมาณเนื้อสมองน้อยลง โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter (ปิยธิดา รักพงษ์, 2562)

4) *ประสาทสรีรวิทยา* พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะบริเวณใดบริเวณหนึ่งของสมอง หากแต่เป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical subcortical connectivity (มาโนช หล่อตระกุล และ ปราโมทย์สุคนิษฐ์, 2550; อมรรัตน์ ศรีภา, 2561)

5) *สารเสพติด* ได้แก่ แอมเฟตามีน โคเคน กัญชา ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการทางจิตเภท (Morgan, Freeman, Powell, & Curran, 2516) เนื่องจากเมื่อสารเสพติดเหล่านี้เข้าไปในสมอง จะจับตัวนำกลับของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine reuptake) เกิดการสกัดกั้นหรือยับยั้งการนำโดปามีนที่บริเวณรอยต่อเซลล์ประสาท (synapses) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาทโดปามีนที่อยู่ในรอยต่อเซลล์ประสาทจึงวนกลับมากระตุ้นโดปามีนที่บริเวณ postsynaptic dopamine receptor และเกิดซ้ำ ๆ ทำให้เกิดการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นเมื่อใช้ยาเสพติด จึงเป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำ (รัชมน กัลยาศิริ, 2561)

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตสังคม สภาพสังคมและครอบครัวมีผลต่อการเจ็บป่วยและการกำเริบของโรค

1) *ลักษณะครอบครัว* ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง (high expressed-emotion, EE) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) เกลียดชังไม่เป็นมิตร

(hostility) และจู้จี้ ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป (emotional over-involvement) มีผลต่อการกำเริบของโรคจิตเภท (Castle & Buckley, 2015)

2) *เศรษฐฐานะ* ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักพบในสังคมที่มีระบบเศรษฐฐานะต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่า การที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตแบบเดิมได้ (social drift) (นันทวิช สัทธีรักษ์ และคณะ, 2558) ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม (downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตมากขึ้น (social causation hypothesis) (นลิน ดวงปัญญา, 2562)

แนวคิดที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ จึงทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา หรือปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) กล่าวคือ คนที่เป็นโรคจิตเภทเกิดจากการที่คนคนนั้นมีความอ่อนแอชนิดที่ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคนี้อยู่แล้ว (diathesis) และเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ความเครียดจะมีปฏิสัมพันธ์ (interaction) กับความอ่อนแอที่มีอยู่จนเกิดเป็นโรคจิตเภทขึ้น ความอ่อนแอและความเครียดอาจจะเป็นเรื่องทางชีวภาพ จิตวิทยาและหรือสิ่งแวดล้อมก็ได้ ความอ่อนแอทางชีวภาพ ได้แก่ การมียีนส์ที่ทำให้เป็นโรคจิตเภท การติดเชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เป็นต้น ความเครียดทางจิตวิทยา เช่น การถูกทำร้ายทางจิตใจ การได้เข้าเรียนในมหาวิทยาลัย เป็นต้น ความเครียดทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ครอบครัวมีความรุนแรง มีการอพยพไปอยู่ในต่างแดน เป็นต้น (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562)

โดยสรุป สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท เกิดได้จากหลายปัจจัย อาทิ ปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ พันธุกรรม, สารเคมีทางสมองที่หลั่งออกมาผิดปกติ หรือทำงานผิดปกติ, กายวิภาคของสมอง ความผิดปกติของขนาดสมอง, ประสาทสรีรวิทยาเป็นความผิดปกติในการทำงานของสมองหลาย ๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน สารเสพติด ปัจจัยทางด้านจิตสังคม ได้แก่ ครอบครัว ลักษณะของครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่อกันสูง ตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ จู้จี้ ยุ่งเกี่ยวมากเกินไป เศรษฐฐานะพบในสังคมที่มีระบบเศรษฐฐานะต่ำ แนวคิดที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมี แนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภท

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท

ลักษณะความบกพร่องทางพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทมีแตกต่างกันอย่างมากในผู้ป่วยคนเดียวกันในเวลาที่แตกต่างกัน แต่อาการและอาการแสดงบางอย่างมักปรากฏอยู่ในการประเมินให้ผลต่างกัน ดังนั้นในการประเมินผู้ป่วยจิตเภทควรมีการรวบรวมประวัติที่ครอบคลุม จำเป็นต้องได้รับข้อมูลจากครอบครัว เพื่อน และคนอื่น ๆ ที่รู้จักผู้ป่วยเป็นอย่างดี (Cherie R. Rebar, Carolyn

J. Gersch & Nicole Heimgartner, 2020) อาการหลักของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ (มานอนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.3.1 อาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการทางบวกมีดังต่อไปนี้

1) *อาการหลงผิด (delusion)* เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น (fixed belief) ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักเหตุผลมาแย้ง (ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกสรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอาทิตยา พรชัยเกตุ โอบ ยอง, 2559) อาการหลงผิดที่พบบ่อยคือ Delusion of persecution เป็นอาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย และ Delusion of reference เป็นอาการที่ผู้ป่วยหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) เชื่อว่า ทำทาง คำพูดของบุคคลอื่นหรือสภาพแวดล้อมต่าง ๆ นั้นมีความหมายสื่อถึงตน

2) *อาการประสาทหลอน (Hallucination)* เป็นการรับรู้โดยปราศจาก สิ่งเร้าภายนอก โดยชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหูแว่ว Auditory hallucination อาการประสาทหลอนทางการได้ยิน ที่พบได้มากที่สุด chez ผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยหูแว่วมักมีลักษณะเป็นคำพูด (voice) ของบุคคลอื่น (third person) คำพูดในหูแว่วอาจมีเนื้อหาตำหนิ (voice cursing) ข่มขู่ (voice threatening) สั่งหรือบงการ (voice commanding) พูดคุยกันเอง (voice discussing) หรือพาดพิงโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วย (voice commenting) (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์ ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ และศิริภา อภิสิริภิญโญ, 2560)

3) *ความผิดปกติของคำพูด* ผู้ป่วยจะมีปัญหาทางด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูดหรือตอบคำถามจึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ความผิดปกติเช่นนี้เรียกว่า ความสัมพันธ์ไม่ต่อเนื่อง (loose association) หรือผู้ป่วยพูดฟังไม่รู้เรื่องเลย เรียกว่า incoherence (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557)

4) *ความผิดปกติของพฤติกรรม (grossly disorganized or abnormal disorganized behavior)* เป็นพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่าง ๆ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) บางรายมีพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผล ไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล นอกจากนี้ ยังมีอาการ catatonic behavior คือ ผู้ป่วยมีอาการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว (catatonic stupor) หรือเคลื่อนไหวมากมีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้ (catatonic excitement)

1.3.2 *อาการด้านลบ (negative symptoms)* เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี (วาทีณี สุขมาก, 2564) เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่ (นภาพร เหลืองมงคลชัย, 2554)

1) *อารมณ์เรียบ (affective flattening)* เป็นการแสดงอารมณ์ลดลงมาก (วาทีนี สุขมาก, 2564) เฉยเมย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือแสดงกิริยาท่าทาง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2) *พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia)* เนื้อหาที่พูดมีน้อย พูดซ้ำ และใช้เวลานานกว่าจะตอบ (ศรีัญญา จริงมาก, 2563)

3) *ขาดความกระตือรือร้น (Avolition/Amotivation)* ซึ่งอาจส่งผลให้ ผู้ป่วยนั่งเฉย ๆ เป็นระยะเวลาเวลานาน ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมใด ๆ และไม่สนใจที่จะทำสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์หรือผลงานใด ๆ (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม และคณะ, 2560) และสีหน้าไม่แสดง อารมณ์ (apathy) การแต่งตัว และสุขลักษณะ (grooming and hygiene) ผู้ป่วยไม่สนใจในเรื่องการ ดูแลตนเอง ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ทวีผม ความสามารถในการทำงานหรือการเรียนลดลง (impersistence at work or school) เฉื่อยชา ไม่มีชีวิตชีวา (physical anergia)

1.3.3 อาการด้านความคิด (cognitive symptoms) ผู้ป่วยจะมีปัญหาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของความคิด (cognitive dysfunctions) ได้แก่ การมีสมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีการบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน (working memory) และไม่สามารถคิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล (ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ, 2559)

1.3.4 อาการด้านอารมณ์ (affective symptoms) เป็นอาการที่พบร่วมได้บ่อย แต่ไม่ได้มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวลหรือหงุดหงิด ก้าวร้าวหุนหันพลันแล่น อารมณ์คึกคักแบบ Mania แต่อารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัดและเป็นชั่วคราวเมื่อเทียบกับอาการด้านบวก หากผู้ป่วยมีดีขึ้นจากอาการด้านบวก ก็มักพบอาการซึมเศร้าเป็นอาการเด่น โดยผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าที่มีสาเหตุมาจากความตระหนักว่าตนเองเป็นโรคจิต ยอมรับไม่ได้กับการเจ็บป่วยของตนเอง รู้สึกหมดหวังกับอนาคตของตนเอง เป็นต้น (นรินทร์ สมปอง, 2562)

1.3.5 อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติกไป (lack of insight) มีอาการความคิดผิดปกติทางความคิดเกี่ยวกับสังคม (social cognition deficit) ได้แก่ ไม่สามารถอ่านออกกว่าคนอื่นคิดอะไร ต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวโยง เป็นเรื่องราวหรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง และอาจพบอาการทางระบบประสาทได้เล็กน้อย (neurological soft signs) เช่น มีความบกพร่องของการเคลื่อนไหว การรับรู้ความรู้สึก (motor condition sensory integration และ motor sequencing) และมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวของตา (smooth pursuit eye movement) เป็นต้น (ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2559)

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อาศัยการซักประวัติ การสังเกต การสัมภาษณ์ การตรวจสภาพจิต ของผู้ป่วย รวมถึงการซักประวัติจากผู้ดูแลกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถให้ข้อมูลได้ โดยใช้การจำแนกโรคหรือความผิดปกติทางจิต ปัจจุบันมีการจำแนกความผิดปกติทางจิตเป็น 2 ระบบ คือ

1.4.1. การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก

คือ International statistical classification of diseases and related health problem หรือย่อว่า ICD-10 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) ประกอบด้วย

1) มีความผิดปกติทางความคิด เสียงสะท้อนจากความคิด (thought echo) ความคิดถูกสอดแทรก (thought insertion) ถูกถอดความคิด (thought withdrawal) หรือความคิดแพร่กระจายสู่ภายนอก (thought broadcasting)

2) มีความคิดหลงผิด ว่าถูกควบคุมการเคลื่อนไหวของแขน ขา ความคิด การกระทำโดยอิทธิพลภายนอก หรือความรู้สึพิเศษเฉพาะ และมีการรับรู้ที่ผิดปกติ (delusion perception)

3) ความคิดหลงผิดฝังแน่น ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมความเชื่อถือของคนทั่วไป หรือไม่มีทางเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจและความสามารถเหนือมนุษย์

4) มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ ประสาทหลอนฝังแน่น อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย ประสาทหลอนที่พบได้บ่อย ๆ คือ ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางผิวหนัง ประสาทหลอนทางลิ้น ประสาทหลอนทางจมูก ส่วนที่พบได้บ่อยคือประสาทหลอนทางหู อาการนี้ มีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

5) ความคิดไม่ต่อเนื่อง พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง (Neologism)

6) มีพฤติกรรมแบบไม่เคลื่อนไหวร่างกายเป็นเวลานาน หรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างมาก เช่น งุ่นง่านผิดปกติ วางท่าแปลก ๆ ทำตนเองเหมือนหุ่นขี้ผึ้งต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างไร

7) มีอาการในทางลบ (negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง

8) มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

ผู้ป่วยที่มีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า) ตามข้อต่าง ๆ ดังกล่าวจาก 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการจากข้อ 5 ถึงข้อ 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลา อย่างน้อย 1 เดือน

1.4.2. การวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition [DSM-5]) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ประกอบด้วย

1) มีอาการเหล่านี้ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1-3 อยู่ 1 อาการ

1.1) *อาการหลงผิด (Delusion)* เป็นความผิดปกติด้านความคิด ได้แก่ หลงผิดคิดว่าคนปองร้ายหรือถูกกลั่นแกล้ง (Persecutory delusion) หลงผิดคิดว่าคนนินทาว่าร้ายตนเอง เช่น ชาวไนโรทส์มีความเกี่ยวข้องกับตน (Delusion of reference) หรืออาการหลงผิดอื่น ๆ ที่พบบ้าง ได้แก่ หลงผิดอาการทางกาย หลงผิดด้านศาสนาและความเชื่อ หรือ หลงผิดคิดเป็นใหญ่เป็นโต เป็นต้น

1.2) *อาการประสาทหลอน (Hallucination)* เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ หูแว่ว (Auditory hallucination) ได้แก่ อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วย เสียงคอยวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือสั่งให้ทำตาม โดยเสียงที่ได้ยินจะเป็นเรื่องราวชัดเจน

1.3) *ความผิดปกติของการพูด (Disorganized speech)* เป็นความผิดปกติของกระบวนการคิด แสดงออกโดยการพูดสับสนวุ่นวาย ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พูดจาสับสนเข้าใจยากผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดเวลา ความคิดไม่สมเหตุสมผล ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีพฤติกรรมแปลก ๆ

1.4) *ความผิดปกติของพฤติกรรม (Grossly disorganized behaviors หรือ Catatonic behavior)* มีพฤติกรรมผิดปกติที่เห็นได้ชัดว่าพิกล ไม่สมเหตุสมผล เช่น สวมเสื้อผ้าตัวหึ่งที่อากาศร้อน เดินเร่ร่อน เป็นต้น

1.5) *อาการด้านลบ (Negative symptoms)* เช่น อารมณ์เฉยเมย (Affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง (Avolition) ไม่สนใจเรื่องการแต่งกายผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉย ๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไรอาการด้านลบนั้นพบได้ทุกระยะของโรค แต่พบบ่อยในระยะหลังของโรค หมายถึง แม้มีเพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์หากอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิงไม่เข้าใจหรือเป็นไปไม่ได้เลย (Bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

2) มีความเสื่อมหรือปัญหาด้านสังคม และอาชีพมาก เช่น การทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง เป็นต้น

3) มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการกำเริบ (Active phase) ตามข้อ A อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) อาจรวมถึงระยะอาการนำ (Prodromal phase) หรือ ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) โดยในช่วงระยะอาการนำหรือระยะอาการหลงเหลือ อาการที่พบอาจเป็นอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการ แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลก ๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

4) อาการไม่ได้เกิดจากสาเหตุทางร่างกาย ยา หรือสารเสพติด

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทั้งสองระบบนี้จะมีความสอดคล้องกัน และมีข้อแตกต่างกันเพียงเล็กน้อยตามลักษณะอาการ ปัจจุบันประเทศไทยยึดถือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคตามระบบขององค์การอนามัยโลกเป็นหลัก ในขณะที่เดียวกันจิตแพทย์ก็จะพิจารณาร่วมกับเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทย์แห่งอเมริกันร่วมด้วยเสมอ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จะได้รับการวินิจฉัยโรคจิตเภทจากจิตแพทย์ และระบุรหัสโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ตามที่สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้เป็นมาตรฐาน

1.5 การดำเนินโรค

การดำเนินของโรค โดยทั่วไปแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ (American psychiatric association, 2013) ดังนี้

1.5.1 ระยะก่อนป่วย (premorbid phase) ระยะนี้ ผู้ป่วยมักปรับตัวทางสังคมบกพร่อง แยกตัว โกรธง่ายและมีพฤติกรรมต่อต้าน

1.5.2 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ความผิดปกติมักจะไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

1.5.3 ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

1.5.4 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง

และขณะเดียวกันกลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท

1.6 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการและความรุนแรงของโรค ได้ 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ดังนี้

1.6.1 การรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง หรือมีปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบด้วยเร็ว เน้นการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและทีมจิตเวชเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย

1) **การรักษาด้วยยา** ยารักษาโรคจิตเป็นยาหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ผลการรักษาชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างการให้ยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากยา จึงต้องระมัดระวังการให้ยาในผู้ป่วยแต่ละรายแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.1) **ระยะควบคุมอาการ** (acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว อาการรบกวนหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งเป็นผลมาจากยา ส่วนอาการทางจิตนั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

1.2) **ระยะให้ยาต่อเนื่อง** (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบซ้ำและควรได้รับในขนาดเต็ม

1.3) **ระยะอาการคงที่** (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้ว แต่ยังคงต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบซ้ำ หากผู้ป่วยมีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาจึงมีความสำคัญ

2) **การรักษาด้วยไฟฟ้า** จะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน เช่น มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (Catatonic) การรักษาจะเป็นชุดชุดละประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรก หลังการรักษา ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

3) **การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม** เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้วิธีการผูกมัดหรือจำกัดบริเวณ หรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย โดยในระยะนี้ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อ

ประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือจำกัดบริเวณ

4) *การรักษาด้านจิตสังคม* ถือเป็นส่วนสำคัญในการรักษาเนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ผู้ป่วยจะอาการดีขึ้นแล้วแต่ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ ประกอบด้วย

4.1) *จิตบำบัด* เป็นวิธีการบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาต้องตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ช่วยให้ผู้ป่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดัน โดยดำเนินการทั้งรายบุคคล รายกลุ่มหรือครอบครัวตามความเหมาะสม

4.2) *การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว* เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เพื่อให้งานทำหน้าที่ในครอบครัวดีขึ้น

4.3) *กลุ่มบำบัด* เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า มีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

1.6.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิต โดยเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ซึ่งมี 2 ลักษณะ คือ การบำบัดรายบุคคล และการบำบัดแบบกลุ่ม ทั้ง 2 ลักษณะมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้และศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด แต่การบำบัดแบบกลุ่มจะอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพและมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ช่วยลดการแยกตัวจากสังคมลงได้ ดังนี้

1) *การบำบัดทางพฤติกรรม* ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเช่น ก้าวร้าว ไม่ดูแลตนเอง แยกตนเอง เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากต้นแบบ

2) *การบำบัดครอบครัว* จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยให้ผู้รักษาเป็นคนกลาง

1.6.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล เป็นระยะที่ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ถูกต้อง ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ การรักษาแบบคงสภาพ เป็นสิ่งจำเป็นมากเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำในระยะ

นี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์นาน ซึ่งออกฤทธิ์นาน 24 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

จะเห็นได้ว่าในการรักษาโรคจิตเภทนั้นมีหลายแนวทาง ซึ่งล้วนมีความสำคัญทุกทาง ในการรักษาตั้งแต่ระยะอาการกำเริบจนถึงระยะอาการคงที่ ซึ่งการรักษาจะเน้นการป้องกันอาการกำเริบของโรค เนื่องจากผู้ป่วยบางคน หลังจากที่มีอาการกลับเป็นซ้ำจะเพิ่มภาวะทุพพลภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่มาก จนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ มีความเสื่อมด้านบุคลิกภาพมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีคนดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และที่สำคัญ คือ การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง และฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

โอเรม (Orem, 2001) ให้ความหมายว่า หมายถึงผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยเหลือส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

Davis (1992 อ้างใน ศิริพร บุราณกุลกิจการ, 2561) ให้ความหมายว่า หมายถึงญาติหรือผู้ให้การช่วยเหลือหรือดูแลผู้ป่วยที่บ้านที่กระทำโดยตรงหรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพทางร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแล

พิชามญชุ์ อินทะพุฒ (2565) ได้สรุปความหมายผู้ดูแลว่า เป็นบุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่พร่องความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ในการดำเนินชีวิต

สิริมาบังอร ดีหลี (2560) ได้สรุปความหมายว่า หมายถึง บุคคลในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดา สามีภรรยา พี่ น้อง บุตร หลาน หรือญาติของผู้ป่วยเพียงคนเดียวที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวันโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน ค่าจ้างหรือรางวัล

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลหรือญาติ ที่ให้การช่วยเหลือ ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการต่าง ๆ ให้แก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทน และไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแล โดยแบ่งผู้ดูแล ออกเป็น 2 ประเภท (Horowitz, 1985)

ผู้ป่วยหลัก (Major/Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นคนรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแล แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยตรง หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักเท่านั้น

2.2 บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ เป็นแหล่งประโยชน์หลักด้านสุขภาพของบุคคล เป็นองค์ประกอบพื้นฐานในการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกครอบครัว ตั้งแต่เกิดจนวาระสุดท้าย เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านการคิดและการรับรู้ จึงทำให้มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปด้วยทักษะต่าง ๆ ที่เคยสามารถทำได้ลดลง (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสียงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย, 2560; Poonnotok et al., 2016) ส่วนใหญ่เมื่อป่วยแล้วจะไม่หายขาด มีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นระยะ ๆ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (มานิช หล่อตระกูล, 2559)

ผู้ดูแลจึงมีบทบาทที่สำคัญในการช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรค เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานในการรักษา และเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ป่วยมีความเครียด การขาดยา หรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญมี 5 ประการ (พิเชษฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) ดังนี้

2.2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้อนามัยส่วนบุคคลไม่ดี ซึ่งอาจทำให้อาการกำเริบได้ ผู้ป่วยซีเกียจ จึงทำให้อาการกำเริบได้ ผู้ดูแลต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ผู้ดูแลต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วยชาม กวาดบ้าน ถูบ้าน เป็นต้น

2.2.2 คอยสังเกตอาการกำเริบของโรค โดยเริ่มต้นจากญาติ เช่น สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวงไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเงียบ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้ และจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที่

2.2.3 ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย โดยที่ความเครียดอาจเป็นปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย ในช่วงที่อาการกำเริบจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยได้ โดยต้องพยายามปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสมตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่คุณป่วยสามารถทำได้ และช่วยให้

ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องพยายามลดความตึงเครียดของตัวผู้ดูแล โดยหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อน เพื่อผู้ป่วยจะเครียดน้อยลง ถ้าหากผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง

2.2.4 ค้นหาจุดดีและสนับสนุนผู้ป่วย การค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นได้ สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อย ๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด อาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ผู้ป่วยอาบน้ำเอง ทักทายสวัสดิกับคนอื่น จุดเล็ก ๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

2.2.5 ติดตามและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับมาเป็นซ้ำใหม่ของโรคมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก ดังนั้น การรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ดูแลรู้สึกว่าการรักษาของโรคของผู้ป่วยดีขึ้น หรือมีผลข้างเคียงของการใช้ยาแล้วไม่ยากไปปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้น ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะหยุดยา ควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านการคิดและการรับรู้ จึงต้องการให้ผู้ดูแลมีบทบาทในการช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ ในบ้าน คอยสังเกตอาการกำเริบของโรค ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย ปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย อาจชมเชยและให้กำลังใจ ที่สำคัญคือติดตามและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา

2.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ทางด้านความคิดการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่และรับภาระอย่างมากตลอดเวลาที่ให้การดูแล เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่หายขาด มักมีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นระยะ และมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2559) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลายประการ ดังนี้

2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (physical impact) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องปฏิบัติหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่มักทำหน้าที่เพียงคนเดียวมิได้มีการสลับเปลี่ยน โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิดสูงถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน (บุบผา ธนิกกล, 2551) ปัญหาที่ผู้ดูแลพบบ่อย ๆ ได้แก่

1) *อาการปวดหลัง (backache)* ผู้ดูแลมักมีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อย ที่เป็นผลจากการยกหรือเคลื่อนย้ายผู้ป่วยด้วยท่าที่ไม่ถูกต้อง เกินกำลังตนเอง และปัญหาปวดหลังยังเป็นผลจากภาวะทางจิตใจ (psychosomatic) จากสาเหตุภาวะเครียดที่สื่อว่า ผู้ดูแลรับภาระเป็นเวลานานในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่า ผู้ดูแลต้องหยุดพัก

2) *อ่อนเพลียไม่มีแรง (weakness)* เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาแบบแผนการนอนไม่ปกติ โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลบางรายอาจต้องใช้เวลาในการดูแลอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้การพักผ่อนไม่เพียงพอ อ่อนเพลีย (บุบผา ธนิกกล, 2551)

3) *มีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น (increase health problem)* ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ต้องให้การดูแลใส่ใจดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ตลอด ทำให้มีเวลาดูแลสุขภาพตัวเองลดลง ผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจไม่มีเวลาไปพบแพทย์ตามนัด รับประทานยาและอาหารไม่ตรงตามเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ โรคประจำตัวกำเริบ และอาจมีปัญหาสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง เป็นโรคกระเพาะอาหาร จากการรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และความเครียด ที่เกิดขึ้นทำให้นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ หายใจไม่สะดวก ใจสั่น ตกใจง่าย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (ศิริพร บุรณกุลกิจการ, 2561)

2.3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ (psychological impact) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับปัญหาด้านจิตใจหลายด้าน เช่น ความรู้สึกอึดอัด ยุ่งยาก ลำบากใจ มีความรู้สึกผิด กลัว อับอาย และหมดหวังเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย (Tanriverdi & Ekinici, 2012) ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท Department of social change and mental health (WHO, 2000 อ้างใน ศิริพันธ์ สาสัตย์, 2549; นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2555) มีดังนี้

1) *อารมณ์เศร้า (sad)* เป็นอารมณ์ที่เกิดจากการสูญเสียคนที่ตนรัก ทั้ง ๆ ที่ยังมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยมีบุคลิกลักษณะเปลี่ยนไป มีอารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ไม่มีกำลังใจ

2) *ความรู้สึกผิด (gait)* ผู้ดูแลอาจจะรู้สึกโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลหรือทำกิจกรรมต่างๆ แล้วมักจะรู้สึกผิดเนื่องจากการกระทำของตนภายหลัง

3) *ความโกรธ (anger)* ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจมีความรู้สึกโกรธผู้ป่วยตนเอง แพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่สามารถให้การรักษาผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้นได้

4) *ความอับอาย (embarrassment)* ผู้ป่วยจิตเภทจะมีปัญหาทางด้านพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความอับอายได้

5) *ความรู้สึกโดดเดี่ยว (lonely)* ด้วยภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่มีโอกาสได้พบเพื่อนฝูงหรือสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกโดดเดี่ยว

2.3.3 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ (economic impact) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจแก่ผู้ดูแล กล่าวคือ ทำให้ผู้ดูแลต้องลางาน หยุตงาน (รัชนิกร เกิดโชค, 2556) หรือต้องปรับลักษณะการทำงานให้เข้ากับภาระในการดูแลผู้ป่วย เช่น การเปลี่ยนจากการทำงานเต็มเวลาไปเป็นทำงานบางเวลา หรือบางรายต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มเวลา ทำให้มีการสูญเสียรายได้ บางรายอาจมีหนี้สินเพิ่มขึ้นอีก ซึ่งหากมีการบริหารจัดการปัญหาในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพแล้ว จะนำมาสู่ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีการผลัดภาระการดูแลและค่าใช้จ่ายระหว่างสมาชิกในครอบครัวได้ หรือหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีครอบครัวของตนเองแยกออกมาแล้วอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาไม่มีเวลาให้ครอบครัวได้

2.3.4 ผลกระทบด้านสังคม การรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและขณะเดียวกันก็ต้องทำบทบาทหน้าที่อื่นร่วมด้วย ทำให้มีเวลาในการดำรงชีวิตในด้านอื่น ๆ ลดลง ทำให้ผู้ดูแลมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง เช่น มีเวลาไม่เพียงพอที่จะไปเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคม (สายใจ พัวพันธ์, 2553) การพบปะเพื่อนฝูงลดลง ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ รู้สึกว่าถูกแยกและถูกทอดทิ้งจากเพื่อน ทำให้เกิดความเหินห่างกับสังคม (Eakes, 1995) ทั้งนี้ยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้การถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นตระกูลที่มีคนป่วยโรคจิต รับรู้จากคนในสังคมว่ามีคนคิดทางลบต่อตนเองและผู้ป่วย ทำให้มองคุณค่าตนเองต่ำ แยกตัวห่างจากสังคม ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลงแม้แต่การสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพไม่เพียงพอ ทั้งนี้เพราะมุ่งไปที่การดูแลสนับสนุนผู้ป่วยมากกว่า ทั้งนี้ ทำให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลในที่สุด (Chinsuk & Dangdonyoum, 2014; Hassan, Mchamed, Enaser, & Sayed, 2011; Iseseto, Kajula, & Yalya-Malma, 2019)

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการปวดหลัง ปวดเมื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรงและมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจ เช่น ทำให้มีภาวะเศร้า รู้สึกผิด อับอายและรู้สึกโดดเดี่ยวผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานและรายได้ที่ลดลง รวมไปถึงผลกระทบต่อสังคม เนื่องจากการป่วยเป็นจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องดูแลอย่างต่อเนื่องหากผู้ป่วยมีอาการของโรคยังไม่สงบ ส่งผลกระทบในระยะยาวหลายด้านต่อผู้ดูแลภายใต้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบองค์รวม การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะอยู่ จะในความรับผิดชอบของพยาบาล ที่จะมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวโดยจะมีบทบาท ดังนี้

2.5 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

บทบาทพยาบาลในการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้ (บังเอิญทองสมนึก, 2551 อ้างถึงใน อัญชลี ตักโพธิ์, 2559)

2.5.1 การให้ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรค แหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้บริการได้ในสังคม ฝึกทักษะและเทคนิคที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมายที่ผู้ป่วยควรได้รับ และการดูแลผู้ป่วยตามที่ผู้ดูแลต้องการ เพื่อให้ผู้ดูแลกลับสู่ชีวิตประจำวันได้เร็ว และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

2.5.2 การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา ช่วยเหลือในการจัดการดูแลสภาพบ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้

2.5.3 เป็นผู้ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ พัฒนา หรือแสวงหาวิธีแก้ไขปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีคิดและความรู้สึกต่อตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดความเครียด ความทุกข์ทรมานของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

2.5.4 การเป็นผู้ประสานหรือส่งต่อผู้ดูแล ไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

สรุปได้ว่า บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือการให้ข้อมูล ฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการรักษา เป็นที่ปรึกษา ประสานหรือส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

3. แนวคิดเกี่ยวกับภาวะกดดันด้านจิตใจ

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (psychological distress) เป็นภาวะไม่สุขสบายทางใจ ซึ่งแสดงออกมาทางด้านความรู้สึกตื่นตระหนก สิ้นหวัง กระวนกระวายใจหรือหงุดหงิด ซึมเศร้าตลอดเวลา เป็นความรู้สึกว่าทุกการกระทำต้องใช้ความพยายามอย่างมากและรู้สึกไร้ค่า (Kessler et al., 2002; 2010) การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแล เช่น อาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การถูกตีตราจากสังคม การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล เป็นต้น ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจ (นัทธมนต์ นิมิสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ, 2557; Kessler et al., 2010; Yusuf & Nuhu, 2011)

3.1 ความหมาย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีผู้ให้คำจำกัดความของภาวะกอดตันด้านจิตใจ (Psychological distress) ไว้อย่างชัดเจน แต่พบว่ามีการใช้ภาวะความกอดตันด้านจิตใจในเรื่องของด้านการพยาบาล ด้านการแพทย์ ด้านจิตวิทยา และทางด้านสังคมศาสตร์ โดยมีผู้กล่าวถึงภาวะกอดตันด้านจิตใจไว้ ดังนี้

Kessler & Mroczek (1994) กล่าวว่า ภาวะกอดตันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์ โดยจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นหลัก ซึ่งอาการซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรม เป็นต้น และวิตกกังวล ได้แก่ รู้สึกกังวลใจ กระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น

Mirowsky & Ross (2002) กล่าวว่า บุคคลที่มีภาวะกอดตันด้านจิตใจจะมีความทุกข์ทาง อารมณ์ที่แสดงออกในลักษณะอาการของซึมเศร้า (depression) เช่น ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆ รู้สึก หดหู่ใจ รู้สึกสิ้นหวัง และวิตกกังวล (Anxiety) เช่น รู้สึกกระสับกระส่าย และ รู้สึกวิตกกังวลมาก เป็นต้น

Ridner (2004) ให้ความหมายของภาวะกอดตันด้านจิตใจ หมายถึง ความไม่สุขสบาย ที่มี ลักษณะเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เฉพาะเจาะจง หรือความต้องการ มีผลทำให้บุคคลรู้สึกเป็นอันตราย หรือเกิดความเสียหายต่อบุคคลแบบชั่วคราว หรือถาวร ประกอบด้วย 5 คุณลักษณะ ได้แก่ 1) การขาดความสามารถในการเผชิญปัญหา 2) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า ขาดแรงจูงใจ หงุดหงิด ก้าวร้าวและ ไม่เห็นคุณค่าในตัวเอง 3) มีอาการไม่สุขสบาย เช่น ความทุกข์ทรมาน 4) มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร และ 5) มีความรู้สึกเป็นอันตราย

สรุปได้ว่า ภาวะกอดตันด้านจิตใจเป็นสภาวะทางอารมณ์โดยจะแสดงอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลเป็นหลัก ซึ่งอาการซึมเศร้า ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ขาดความสนใจในกิจกรรม เป็นต้น และวิตกกังวล ได้แก่ รู้สึกกังวลใจ รู้สึกกระสับกระส่ายหรือหงุดหงิด เป็นต้น

3.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะกอดตันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะกอดตันด้านจิตใจ มีดังนี้

3.2.1 ระยะเวลาการเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทั้งทางร่างกายจิตใจ จึงจำเป็นต้องรักษา รับประทานเป็นเวลานานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาของโรค ในกรณีที่เป็นการรักษาครั้งแรก เมื่ออาการควบคุมได้ดีขึ้น ต้องรักษาด้วยยาต่ออีก 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะต้องรักษาด้วยยาต่ออีก 5 ปี และถ้าอาการกำเริบบ่อยกว่านี้ ต้องให้ยาไปตลอด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นโรค

เรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อยโดยปัจจัยที่สำคัญคือ ขาดการรับการรักษาต่อเนื่อง พบว่าหลังจาก 18 สัปดาห์ผ่านไปมีแค่เพียงร้อยละ 26 (McEvoy et al., 2006). เท่านั้นที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกินยาครบ ยังพบว่าอัตราการรักษาผู้ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลภายในระยะเวลา 1 ปีมีถึงร้อยละ 30 (Lieberman, Falloon, Wallace, 1984). ผู้ป่วยส่วนมากมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 2013) ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเกือบทุกด้าน ส่งผลให้เกิดความกดดันด้านจิตใจ ซึ่งจากการศึกษาของ เซนและคณะ (Chen et al., 2016) พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ นัทธมนต์ ฉิมสุข (2012) ที่พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ วัชรินทร์ เกียงภา และคณะ (2563) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ

3.2.2 ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นผู้ให้การดูแลหลัก หลังจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์อย่างต่อเนื่อง มักจะเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการโดยจะเป็นสมาชิกในครอบครัว มีความเกี่ยวพันโดยตรงทางสายเลือดเป็นส่วนใหญ่ และเป็นเพศหญิง เช่น มารดา พี่น้อง หรือบุตร หรือเกี่ยวพันโดยทางการสมรส เช่น สามี ภรรยา ซึ่งบุคคลทั้งสองกลุ่มเป็นผู้ให้การดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไขเรื่องค่าตอบแทน (พิชามญชุ์ อินทะพุด, 2565) ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความผูกพันกันมาก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมาก ที่บุคคลที่รักเกิดความเจ็บป่วย เช่น มารดาที่ต้องดูแลบุตร จะเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจมากขึ้น (Gutierrez et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ เกียงภาและคณะ (2563) ที่พบว่าความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบิดา/มารดา สามี/ภรรยา พี่น้องหรือบุตรมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น ลูก ป้า น้า อา สะใภ้ หรือเขย

3.2.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม โดยเป็นอย่างน้อย 6 เดือน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลเบื้องต้นด้วยยา การดูแลทางจิตสังคมร่วมกับผู้ดูแล และมีการติดตามดูแลต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข (2012) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางลบกับความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.4 ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หมายถึงความเชี่ยวชาญชำนาญของผู้ดูแลการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค

จิตเภทซึ่งจะมีผลต่อตัวผู้ป่วยคือ อาการกำเริบ ป่วยซ้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2557) และมีผลต่อตัวผู้ดูแล คือ ความรู้สึกอึดอัด ยุ่งยาก ลำบากใจ มีความรู้สึกผิด กลัว อับอาย และหมดหวังเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย (Tanriverdi & Ekinici, 2012) ซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านจิตใจ สอดคล้องกับรายงานการวิจัยที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาวะกดดันด้านจิตใจ ร้อยละ 40 (นันทมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2557)

3.2.5 ความเข้มแข็งทางใจ (resilience) เป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคล จากการศึกษาของ ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2563) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งแกร่งในชีวิตจะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นคุณค่าในตัวเอง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี มีบุคคลหรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระเชิงปรณัยในการดูแลความเข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม ความเข้มแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี ความผูกพันในครอบครัว และทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Patsatraporn & Uthis, 2006)

3.2.6 การเผชิญความเครียด ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการตรวจคัดกรองความทุกข์ทางจิต และผู้ที่อยู่ในความทุกข์ควรได้รับการดูแล ที่มุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือพวกเขาในการจัดการกับความเครียดเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ของพวกเขา สิ่งแทรกแซงที่ระบรวมถึงเทคนิคการจัดการความเครียดการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเผชิญความเครียดได้มาก ผู้ดูแลจะมีภาวะกดดันด้านจิตใจน้อยลง (นันทมนต์ ฉิมสุข, 2555) ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมการตัดสินใจและความบกพร่องทางหน้าที่การทำงานและสังคม (WHO, 2010)

3.2.7 เพศ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพศหญิงมีความกดดันด้านจิตใจมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย (Mitsonis, 2010)

3.2.8 แรงสนับสนุนทางสังคม (social support) เป็นการสนับสนุนที่บุคคลได้รับจากกลุ่มคนอื่นเช่น บิดา/มารดา พี่น้อง ญาติ เพื่อนบ้าน หรือจากองค์กรต่าง ๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใย ผูกพันและเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการสนับสนุนทางทรัพยากร 3) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาและ 4) ด้านการยอมรับและการเห็นค่า (House, 1987; House, Umberson, & Landis, 1988) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ(นัท

ธมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2557; Yusuf & Nuhu, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ เกียงภา และคณะ (2563) แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2.9 การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ของแต่ละบุคคลต่อสิ่งกระตุ้นว่า เป็นสิ่งที่คุกคาม (Personal threat) ทำให้เกิดการต่อสู้หรือหลีกเลี่ยง ระดับความรุนแรงของโรคนั้นบ่งบอกถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและผู้ดูแล กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับ เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการรุนแรงจะแสดงออกด้วยอาการก้าวร้าว เอะอะ โวยวาย ทำร้ายตัวเองและผู้ดูแล (Misonis et al., 2010)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วัชรินทร์ เกียงภา, 2563)

1. ความแข็งแกร่งในชีวิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงจะมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ กล่าวได้ว่าความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นความสามารถหรือศักยภาพของบุคคลในการยืนหยัดในสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยสามารถฟันฝ่าและฝ่าฟันอุปสรรคนั้นๆ ไปได้อย่างเหมาะสม (Chen et al., 2016)

2. แรงสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทมนต์ ฉิมสุข และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, 2557) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลรับรู้ว่าจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านต่างๆ ทำให้เกิดปัญหา หรือรู้สึกไม่สบายใจ สามารถได้รับการช่วยเหลือ ได้รับกำลังใจ และคำปรึกษาจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง จึงน่าจะมีส่วนทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกเครียดและรู้สึกสิ้นหวังลดลง

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะมีความกดดันด้านจิตใจสูงเนื่องจากผู้ดูแลจะรับรู้ความเปลี่ยนแปลงในตัวผู้ป่วยและอาการทางจิตที่เปลี่ยนแปลง และอาการที่กำเริบซ้ำ จึงทำให้เกิดความตื่นตระหนก วิตกกังวล เมื่อต้องรับมือกับผู้ป่วย

4. ความรู้สึกเป็นภาระ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูง เนื่องจากผู้ดูแลนั้นต้องจัดการกับอาการทางจิตที่ไม่สามารถคาดเดาได้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ที่รุนแรงจึงทำให้รู้สึกเหน็ดเหนื่อยในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นบิดา/มารดา สามิ/ภรรยา พี่น้อง หรือ บุตร มีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็น “ลุง ป้า น้า อา หลาน สะใภ้ หรือเขย” อาจอธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา สามิ/ภรรยา พี่น้อง หรือ บุตร จะมีความรักความเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า

บุคคลอื่น จึงมีมักจะรู้สึกผิดและโทษตัวเองที่อาจจะเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเจ็บป่วย จึงเกิดความเครียด กังวลเกี่ยวกับผู้ป่วย จึงทำให้อาจเกิดความกดดันด้านจิตใจสูง

6.ระยะเวลาในการดูแล พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจ

สรุปได้ว่า ปัจจัยส่งเสริมที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ นั้น ได้แก่ 1) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเนื่องจากผู้ป่วยส่วนมากมักกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยเกือบทุกด้าน 2) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลคือถ้าผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความผูกพันกันมากผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมาก 3) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจการดูแลจะช่วยให้ดูแลผู้ป่วยให้มีอาการดีขึ้น 4) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล 5) ความเข้มแข็งทางใจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในชีวิตจะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาจัดการกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นคุณค่าในตัวเอง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี 6) การเผชิญความเครียด หากจัดการกับความเครียดได้ดีจะมีความกดดันน้อย 7) เพศหญิงมีความกดดันด้านจิตใจมากกว่า 8) แร่งสนับสนุนทางสังคม หากได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ 9) การรับรู้ความรุนแรงของโรค เมื่อผู้ดูแลรับรู้ ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับความรุนแรงของโรครุนแรง จะมีภาวะกดดันด้านจิตใจมากขึ้นตามลำดับ

3.3 ผลกระทบของภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผลกระทบจากภาวะกดดันด้านจิตใจ ที่พบในบุคคลทั่วไปนั้น Masse (2009) ได้อธิบายภาวะกดดันด้านจิตใจ พบว่า การเกิดภาวะความกดดันด้านจิตใจ จะส่งผลกระทบดังนี้

3.3.1 หมดกำลังใจและมองไม่เห็นอนาคต (Demoralization and Pessimism Toward the future)

3.3.2 มีความกลัดกลุ้มและความเครียด (Anguish and Stress)

3.3.3 สูญเสียคุณค่าในตนเอง (Self-Depreciation)

3.3.4 ไม่เข้าร่วมสังคม โดดเดี่ยว (Social Withdrawal and Social Isolation)

3.3.5 สุขภาพทางกายเปลี่ยนแปลง (Somatization)

3.3.6 เก็บตัว (Withdrawal into Oneselt)

3.4 การประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้สร้างเครื่องมือเพื่อนำมาประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจไว้มากมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับแนวคิดที่ผู้ทำการศึกษาสนใจ ดังนี้

3.4.1 แบบประเมิน Symptom Checklist-35-Revised (SCL-35R) แบบประเมิน นี้เป็นส่วนหนึ่งของ SCL-90R ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Derogatis ในปี 1983 ประกอบด้วย 35 ข้อ

คำถาม ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คืออาการทางกาย (Somatization), วิตกกังวล (Anxiety) และ ซึมเศร้า (Depression) ลักษณะเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0-4 คะแนน) แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ วัดความกดดันด้านจิตใจของบิดาและมารดาของเด็ก ซึ่งป่วยเป็นมะเร็งจำนวน 195 คู่ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97 (Yeh, 2008)

3.4.2 แบบสอบถามสุขภาพทั่วไป-12 (GHQ -12: The General Health Questionnaire-12) พัฒนาขึ้นโดย Goldberg (1972) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบบประเมินนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลญาติที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทครั้งแรกจำนวน 210 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .85 (Lohacheewa et al., 2016)

3.4.3 แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) เป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบันเพื่อใช้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ K10 มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อคำถาม เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนเริ่มต้นจาก 10 (ไม่มีภาวะกดดันด้านจิตใจ) ถึง 50 (ภาวะกดดันด้านจิตใจสูงมาก) แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 125 คน ในประเทศจีน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .89 (Chen et al., 2016)

3.4.4 แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K6) ที่สร้างขึ้นโดย Kessler et al. (2002) ซึ่งแบบประเมิน K6 พัฒนามาจาก The Kessler Psychological Distress Scale (K10) เพื่อใช้ประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ จะมีข้อคำถามที่สั้นและกระชับกว่า K10 สำหรับ K6 จะมีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อคำถาม เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา แต่ละข้อใช้มาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 13 คะแนน หมายถึงมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก แบบวัดนี้ถูกนำไปใช้ในการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจและสุขภาพจิตของผู้ดูแลและผู้ใหญ่ในประเทศไทย จำนวน 60,569 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 (Yiengprugsawan et al., 2012)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน The Kessler Psychological Distress Scale (K10) ประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ เพื่อประเมินระดับอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลจากภาวะกดดันด้านจิตใจในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ได้รับความนิยมมากที่สุดในปัจจุบัน

4. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ

การศึกษาเรื่องความเข้มแข็งทางใจหรือพลังสุขภาพจิต (Resilience) มีการศึกษามาเป็นเวลากว่า 50 ปี เริ่มต้น โดยเวิร์นเนอร์ (Werner) รัตเทอร์ (Rutter) และกาเมซซี (Garmezy) ในช่วง ค.ศ. 1950 และ 1960 ได้มีการสำรวจคุณลักษณะทางจิตใจและสัมพันธภาพทางสังคมของเด็กที่ปรับตัวได้ดี ถึงแม้จะประสบกับความยากจน มีบิดามารดาที่เจ็บป่วยทางจิต ถูกล่วงละเมิด ถูกทอดทิ้ง และประสบกับ ความรุนแรงในครอบครัวและในชุมชน ซึ่งพบว่าเด็กเหล่านี้ได้รับการปกป้องจากการที่เด็กติดต่อกับ ผู้ใหญ่ในครอบครัวและในชุมชนที่ให้การดูแลเด็กมีทักษะทางการรู้คิดและมีทักษะในการควบคุมตนเอง มองตนเองเชิงบวก เป็นต้น

4.1.1 ความหมาย

ความเข้มแข็งทางใจ ในภาษาอังกฤษใช้ คำว่า “Resilience” ซึ่งมาจากภาษาละติน 2 คำ ได้แก่ คำว่า Salire ที่หมายถึง การกระโดดหรือ กระโดดขึ้น (to spring, spring up) และ คำว่า Resile ที่หมายถึงการสปริงตัวกลับหรือการกระโดดกลับ (spring back) เมื่อรวมกันจึงหมายถึง ความยืดหยุ่น กลับคืนสู่สภาพเดิม (พรรณี เขาแก้ว, 2556)

ความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถของจิตใจที่ฝึกฝนและสร้างขึ้นได้ เพราะความเข้มแข็งทางใจ เป็นความสามารถในการจัดการปัญหาและวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิต หากมีเหตุให้ชีวิตต้องล้มลุกขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และยังได้เรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นอีกด้วย (ประเวช ต้นดิเวชพิวัฒนสกุล, 2552) ซึ่งการให้ความหมายของ “Resilience” นั้นแตกต่างกันตามบริบทและกลุ่มที่ต้องการศึกษาดังนี้

กรอทเบิร์ก Grotberg (1995) ให้ความหมายไว้ว่า ความเข้มแข็งทางใจ หรืออาจเรียกเป็น ความยืดหยุ่นทางอารมณ์ว่า เป็นศักยภาพของบุคคล หรือชุมชนที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสีย การลดความรุนแรงและการผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็งหรือศักยภาพดังกล่าวนี้ควรจะต้องได้รับการส่งเสริมปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็กและสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

กรมสุขภาพจิต (2562) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่ สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว ฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติหรือ สถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับ

เหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤตให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์ และดำเนินชีวิตต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2562)

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำในภาษาไทยว่า “ความเข้มแข็งทางใจ” ซึ่งสรุปความหมายได้ว่า หมายถึง ความสามารถในการยอมรับและเผชิญปัญหา โดยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.1.2 ความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ

การสร้างความเข้มแข็งทางใจหรือการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เป็นการป้องกันจิตใจของตนเองต่อความเสียหายอันเกิดขึ้นจากผลกระทบของความลำบาก ยากแค้นและเหตุการณ์ที่รุนแรงต่าง ๆ ที่ชีวิตต้องเผชิญความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ คือทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงในชีวิต

กรอทเบิร์ก (Grotberg) กล่าวว่า ประโยชน์ของการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางความคิด และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอย่างเหมาะสม ดังนี้

1. มีความสามารถ มีความรู้ที่มั่นคงทางใจ เชื่อในคุณค่าและความสามารถในการควบคุม และจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
2. ทำให้เห็นความสำคัญของตนเอง เห็นว่าตนเองมีค่ามีความหมาย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว กลุ่มหรือสังคมที่อาศัยอยู่
3. ทำให้มีพลังอำนาจในการที่จะควบคุม หรือแก้ไขสิ่งต่างๆที่อาจจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้ ช่วยให้มีทักษะในการควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัย รู้จักประเมินสถานการณ์ และควบคุมการแสดงออกของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และสามารถนำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน (Grotberg, 1995)

ความเข้มแข็งทางใจจึงเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับปัญหา รวมถึงสามารถแก้ไขปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ซึ่งผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีทั้งด้านร่างกาย เช่น อาการปวดหลัง ปวดเมื่อย อ่อนเพลียไม่มีแรงและมีปัญหาทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ด้านจิตใจ เช่น ทำให้มีภาวะเศร้า รู้สึกผิด อับอายและรู้สึกโดดเดี่ยวผลกระทบด้านเศรษฐกิจจากการเปลี่ยนแปลงการทำงานและรายได้ที่ลดลง รวมไปถึงผลกระทบทางสังคม เนื่องจากการป่วยเป็นจิตเภทนั้นเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องดูแลอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยมีอาการของโรคยังไม่สงบ ก็จะส่งผลกระทบในระยะยาวหลายด้านต่อผู้ดูแล การที่บุคคลต้องรับภาระหนักเป็นเวลานานจะก่อให้เกิดภาวะเครียดเรื้อรังทำให้สภาพจิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกแปรเปลี่ยนไป ทำให้เกิดการสูญเสียความเข้มแข็งทางใจ ผู้ดูแลเกิดความเบื่อ

หน่าย ส่งผลให้เกิดความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เช่น รับประทานอาหารได้น้อย เครียด ปวดศีรษะ ซึมเศร้า ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ไม่ พึงพอใจในบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ควรจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางใจเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมต่อไป

4.1.3 องค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาแนวคิดการสร้างความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก Grotberg (1995) ที่ได้ให้ความหมายไว้ว่า ความเข้มแข็งทางใจ หรืออาจเรียกเป็นความยืดหยุ่นทางอารมณ์ว่าเป็นศักยภาพของบุคคลกลุ่มหรือชุมชนที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสีย การลดความรุนแรงและการผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่าง ๆ ที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1) *สิ่งที่ฉันมี (I have)* หรือ แหล่งสนับสนุนภายนอก (External Supports) หมายถึง บุคคลได้มีสิ่งทีคอยให้ความช่วยเหลือให้เกิดความเข้มแข็งทางใจ มาจาก แหล่งสนับสนุนภายนอก เช่น บุคคลที่ไว้วางใจ คอยสอน ตักเตือน สนับสนุน

2) *สิ่งที่ฉันเป็น (I am)* หรือ ความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) หมายถึง การที่มีความเข้มแข็งทางใจซึ่งเกิดจากภายในตนเอง เช่น การมีความสามารถจะรัก และเป็นที่ยรักของบุคคลอื่นได้ มีอารมณ์ดี มีการคิดพิจารณาวางแผนในอนาคตที่เป็นไปได้ในความเป็นจริง มีความภาคภูมิใจในตนเอง ยอมรับและยกย่องผู้อื่น มีความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ มีความหวังเสมอ

3) *สิ่งที่ฉันสามารถ (I can)* หรือการจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และทักษะการแก้ปัญหา (Interpersonal and Problem Solving Skills) หมายถึง บุคคลสามารถ สร้างสัมพันธ์ภาพ หรือการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถพัฒนาขึ้นได้ จากองค์ประกอบ 4 ประการ ได้แก่ ของประเวช ดันตีพิวัฒนสกุล (2550) ได้ดังนี้

1) *การมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง (Sense of self)* ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความรู้สึกที่ดีกับตนเอง เป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ กล่าวได้ว่าความรู้สึกดีต่อตัวเองจะเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งที่ดี ได้ทำสิ่งดีดี มองโลกในแง่ดี ค้นพบและพัฒนาความถนัดจนกลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและสร้างความรู้สึกที่ทำให้รู้สึกดีกับตนเอง

2) *สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ (Sense of control)* การมีความรู้สึกที่ตนเอง สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ เกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเราเอง และมีความสุข ความพอใจในชีวิต มีความเชื่อมั่นว่า หากตกอยู่ใน

สถานการณ์ที่ย่ำแย่ จะสามารถเลือกทางที่คิดว่าดีที่สุดได้ เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่นในการลงมือทำ ในสิ่งที่ทำได้ จนบรรลุผลที่ต้องการ

3) *มีสายสัมพันธ์ที่เหนียวแน่น* (Sense of connection) สายสัมพันธ์ที่เหนียวแน่นจึงเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งของความเข้มแข็งทางใจ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ ทำได้ด้วยการเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ด้วยทักษะการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจที่ดี สามารถที่จะสร้างความไว้วางใจและให้อภัยกันได้เมื่อเกิดเรื่องซนเคืองใจ

4) *มีจุดมุ่งหมายในชีวิต* (Sense of purpose) เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิตชัดเจนจะช่วยให้มีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น หากจุดมุ่งหมายนั้นเป็นประโยชน์กับผู้อื่นร่วมด้วยจะช่วยให้รู้สึกว่ามีเป้าหมายนั้นมีคุณค่ามากขึ้น การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอและเหมาะสมกับสถานการณ์จะทำให้เราเดินหน้าไปสู่จุดหมายที่ต้องการ

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับแอปพลิเคชันไลน์

ไลน์ได้รับการพัฒนาขึ้นครั้งแรกเมื่อปี 2554 ณ ประเทศญี่ปุ่น โดยบริษัท NHN Japan ซึ่งเป็นบริษัท ที่ให้ บริการอินเทอร์เน็ต เกม และระบบการสืบค้นข้อมูล (Search Engine) ได้ร่วมมือกับบริษัท Naver Japan Corporation และบริษัท Livedoor ร่วมกันพัฒนาขึ้นโดยปรับปรุงรูปแบบ การใช้งานที่หลากหลายเพื่อรองรับการใช้งานของผู้ใช้ได้อย่าง ต่อเนื่อง คำว่า ไลน์ เกิดขึ้นหลังจากที่ประเทศญี่ปุ่นเกิดแผ่นดินไหวครั้งใหญ่ในประเทศเมื่อปี 2554 มีชื่อว่า Tohoku Earthquake เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้ระบบการติดต่อ สื่อสารของประเทศ ญี่ปุ่นเป็นอัมพาต ขาดการติดต่อสื่อสารภาคพื้นดิน ประชาชนในประเทศต้องใช้บริการโทรศัพท์ สาธารณะที่ติดตั้งโปรแกรมอัตโนมัติไว้ให้สามารถใช้ได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์ภัยพิบัติที่ไม่คาดฝัน ประชาชนจำนวนมาก ต้องเข้าแถวเพื่อรอรับการบริการ จึงเป็นที่มาของคำว่า "ไลน์" ซึ่งแปลว่าการเข้าแถว

ในปัจจุบันในสังคมนิยมใช้วิธีการสื่อสาร โดยใช้โทรศัพท์มือถือ และแอปพลิเคชันทำให้เราสามารถติดต่อกับบุคคลหรือกลุ่มบุคคลหรือขยายทางสังคมต่าง ๆ ที่ช่วยให้สื่อสารกันได้ตลอดเวลา โดยมีจุดประสงค์ที่จะเสนอเรื่องราวต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลข่าวสาร ข้อเท็จจริง ความรู้สึก ความคิดความต้องการ รวมไปถึงความคิดเห็นในเรื่องต่าง ๆ ให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลรับรู้ ชีวิตประจำวัน ดังนั้นแอปพลิเคชันเริ่มเข้ามามีบทบาทในสังคมปัจจุบันในด้านการสื่อสารมากขึ้น ซึ่งแอปพลิเคชันที่เป็นที่นิยมในตอนนี้ก็คือ แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ที่เป็นช่องทางในการสื่อสารที่สำคัญในยุคดิจิทัล ปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารกันผ่านไลน์กันเป็นจำนวนมาก

4.2.1 ความหมาย

ไลน์ หมายถึงแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ เช่น สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ต (Tablet) ผู้ใช้สามารถสื่อสารด้วยการพิมพ์ข้อความจากอุปกรณ์การสื่อสารเครื่องหนึ่งไปสู่อีกเครื่องหนึ่ง ไลน์ ได้รับการพัฒนาให้มีความสามารถหลากหลายเพื่อรองรับการใช้งานของผู้ใช้หลาย ๆ ด้าน จุดเด่นที่ทำให้ไลน์แตกต่างกับแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาในรูปแบบอื่น ๆ คือ รูปแบบของ “สติ๊กเกอร์” (Sticker) mแสดงอารมณ์และความรู้สึกของผู้ใช้ที่หลากหลาย เช่น สติ๊กเกอร์แสดงความรู้สึกขั้นพื้นฐาน สติ๊กเกอร์ตามเทศกาลและวันสำคัญ สติ๊กเกอร์ของตราสินค้าต่าง ๆ และสติ๊กเกอร์การ์ตูนที่มีชื่อเสียง เป็นต้น (ศุภศิลป์ กุลจิตต์ เจี๊วงค์, 2556)

4.2.2 ลักษณะและบทบาทของไลน์

1) เป็นการสื่อสาร 2 ทาง (Two-way communication) แอปพลิเคชันไลน์เป็นการสื่อสาร โดยตรงจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยผู้ส่งสารสามารถส่งข้อความ รูปภาพ เอกสาร หรือข้อมูล ข่าวสาร ตามวัตถุประสงค์ของผู้รับสาร เพื่อก่อให้เกิดการรับรู้และพฤติกรรมที่ผู้ส่งสารต้องการ อีกทั้งผู้รับสารยังสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ (Feedback) โดยตรงได้ทันที ทำให้ ผู้ส่งสารสามารถวัดผลของการสื่อสารได้ทันที

2) สามารถสร้างกลุ่มการสื่อสารได้เฉพาะกลุ่ม (Group communication) เมื่อผู้ใช้ต้องการ พื้นที่สำหรับสมาชิกที่คุ้นเคยกันโดยเฉพาะ ผู้ใช้สามารถตั้งค่าการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ ด้วยวิธีการสร้างกลุ่มเฉพาะในแวดวงสนทนาที่มีความเกี่ยวข้องกันระหว่างบุคคลหลายบุคคล ให้สามารถเชื่อมต่อและสื่อสารกันภายในกลุ่ม ซึ่งเมื่อสมาชิกในกลุ่มคนใดคนหนึ่งส่งสารออกไป ถึงผู้รับสารที่เป็นสมาชิกในกลุ่มทุกคน

3) สามารถเลือกกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเฉพาะเจาะจง หลังจากที่ผู้ส่งสารมีข้อมูลเกี่ยวกับ พฤติกรรมของกลุ่มผู้รับสารเป้าหมายหลัก และลักษณะของสารที่กลุ่มเป้าหมายสนใจ ผู้ส่งสาร สามารถส่งข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นไปยังผู้รับสารได้ตรงใจตามที่ผู้รับสารต้องการ

4) สามารถสื่อสารได้ตลอดเวลา (Anytime) ผู้ส่งสารสามารถสื่อสารไปยังผู้รับสาร ได้ตลอดเวลา โดยไม่จำกัดช่วงเวลาและระยะเวลาในการสื่อสาร หากยังมีการเชื่อมต่อเครือข่าย สัญญาณอินเทอร์เน็ต และคู่สื่อสารยังคงมีสถานะเป็นเพื่อนกัน

5) สามารถส่งรูปแบบการสื่อสารได้หลากหลาย (Multi-media) ลักษณะเฉพาะ ของแอปพลิเคชันไลน์สามารถส่งสารที่มีรูปแบบหลากหลายแตกต่างกัน โดยผู้ส่งสารสามารถ เลือกสรรสารให้เหมาะสมกับรูปแบบและกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสารได้ เช่น ข้อความ รูปภาพ โปสเตอร์ การส่งลิงก์เพื่อเชื่อมต่อเว็บไซต์จากภายนอก คลิปวิดีโอ รายการสินค้า สติ๊กเกอร์ ตราสินค้า และข้อความเสียง เป็นต้น

6) สามารถเลือกปิดกั้นการสนทนาได้ (Block) เมื่อผู้รับสารไม่มีความประสงค์ที่จะรับสารนั้นอีกต่อไป หรือข้อความที่ส่งนั้นรบกวนผู้รับสาร ผู้รับสารสามารถเลือกปิดกั้นการสนทนากับ ผู้ส่งสารรายนั้น ๆ ได้อย่างเฉพาะเจาะจง

7) สามารถสนทนาได้ด้วยเสียงผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Voice call) ลักษณะเฉพาะ อีกประการหนึ่งที่เพิ่มความโดดเด่นของแอปพลิเคชันไลน์ คือ ความสามารถในการสนทนา ผ่านแอปพลิเคชันไลน์เหมือนการพูดคุยทางโทรศัพท์ไปยังสมาชิกบนเครือข่ายไลน์โดยไม่เสียค่าบริการขณะสนทนา ถึงแม้ว่าปลายทางของผู้สนทนานั้นจะอยู่ไกลถึงต่างประเทศ โดยผู้ใช้แอปพลิเคชันไลน์สามารถสนทนาด้วยเสียงผ่าน Voice call จากสมาร์ตโฟนไปยังสมาร์ตโฟน จากสมาร์ตโฟนไปยังคอมพิวเตอร์ หรือจากคอมพิวเตอร์ไปยังคอมพิวเตอร์ได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ เพิ่มเติมนอกจากค่าบริการอินเทอร์เน็ต

8) มีสติ๊กเกอร์รูปแบบการ์ตูนที่ช่วยเพิ่มการสนทนาให้ชัดเจนขึ้น สติ๊กเกอร์รูปแบบ การ์ตูนของแอปพลิเคชันไลน์จะช่วยสนับสนุนข้อความระหว่างคู่สื่อสารให้ชัดเจนมากขึ้น เพราะข้อความไม่สามารถอธิบายได้ด้วยน้ำเสียง ทำให้ไม่ทราบอารมณ์ผ่านน้ำเสียงของผู้สนทนา สติ๊กเกอร์จึงเป็นสัญลักษณ์ในการแสดงออกแทนอารมณ์และความรู้สึกของคู่สื่อสาร อีกทั้งรูปแบบของสติ๊กเกอร์ยังถ่ายทอดบุคลิกภาพต่าง ๆ ผ่านตัวการ์ตูน เช่น การแสดงความดีใจ เสียใจ ขำขัน และบุคลิกภาพอื่น ๆ ทำให้การสื่อสารมีสีสันและชีวิตชีวามากขึ้น

9) สามารถสร้างไทม์ไลน์ได้ (Timeline) เช่นเดียวกับสังคมออนไลน์อื่น ๆ อย่างเฟซบุ๊ก (Facebook) และทวิตเตอร์(Twitter) โดยผู้ใช้สามารถโพสต์ข้อความ รูปภาพหรือคลิปวิดีโอ บนหน้าไทม์ไลน์ของตนเองได้ตามต้องการ

10) รองรับไฟล์ข้อมูลได้หลากหลาย (Files support) ในกล่องสนทนาของแอปพลิเคชัน ไลน์ นอกจากการส่งข้อความสนทนาเป็นตัวอักษร ภาพ หรือสติ๊กเกอร์แล้ว ผู้ใช้ยังสามารถส่งแฟ้มงาน เอกสารในรูปแบบของนามสกุลไฟล์ต่าง ๆ ได้ มีลักษณะคล้ายกับการรับ-ส่งอีเมลจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสารโดยตรง ซึ่งไฟล์ที่สามารถใช้งานร่วมกันกับแอปพลิเคชันไลน์นั้น เช่น .pdf .ppt .doc และ .jpeg เป็นต้น ด้วยลักษณะขอแอปพลิเคชันไลน์ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทำให้ผู้ใช้สมาร์ตโฟน เป็นจำนวนมากต่างดาวน์โหลดแอปพลิเคชันไลน์มาไว้ในเครื่อง เพื่อใช้งานตามวัตถุประสงค์ ที่แตกต่างกัน รวมถึงหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ต่างใช้ช่องทางของแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารไปยังผู้บริหารกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ทางธุรกิจ (ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์, 2556)

4.2.3 ข้อดีและข้อจำกัดของแอปพลิเคชันไลน์

ข้อดีและข้อจำกัดในตัวแอปพลิเคชันไลน์ มีดังนี้ (ศุภศิลป์ กุลจิตต์เจือวงศ์, 2556)

ข้อดีของแอปพลิเคชันไลน์

1) มีอุปกรณ์รองรับที่หลากหลาย ได้แก่ สมาร์ทโฟน คอมพิวเตอร์ และแท็บเล็ตต่าง ๆ ทำให้ผู้ใช้สามารถซื้อและเลือกได้ตามขนาด ระบบปฏิบัติการ และความชอบส่วนตัวมีความเป็นส่วนตัว เมื่อผู้ใช้มีจำนวนเพื่อนในไลน์มากขึ้น

2) ผู้ใช้สามารถเลือกรับหรือปฏิเสธข้อความ ด้วยการไม่โต้ตอบ โดยไลน์จะแจ้งเตือนเพื่อให้ผู้ใช้ทราบว่าข้อความส่งมา เมื่อผู้ใช้ไม่โต้ตอบจะไม่มีผลใด ๆ นอกจากจำนวนการแจ้งเตือนที่เพิ่มขึ้น โดยผู้ใช้สามารถเลือกการปิดหรือยกเลิกการปิดได้ตามต้องการ

3) ช่วยเพิ่มสีสันและควมมีชีวิตชีวาให้การสนทนา ด้วยลักษณะเฉพาะของไลน์ที่สามารถสื่อสารได้หลากหลายรูปแบบ เช่น ข้อความ คลิปวี ดีโอ คลิปเสียง โปสเตอร์ รูปภาพ เกม ตราสินค้าและสติ๊กเกอร์ เป็นต้น อีกทั้งผู้ส่งสารยังสามารถเลือกรูปแบบของสารให้เหมาะสมกับรูปแบบของการสื่อสารในลักษณะต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงผู้บริโภคได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

4) มีความใหม่และทันสมัยอยู่เสมอ เนื่องด้วยแอปพลิเคชันไลน์ต้องเชื่อมต่อกับระบบอินเทอร์เน็ตตลอดเวลา โดยในระบบจะมีการตั้งค่าการแจ้งเตือนให้แอปพลิเคชันมีรุ่น (Version) ที่ทันสมัยอยู่เสมอ ผู้ใช้จึงสามารถตั้งค่าติดตามการแจ้งเตือนเพื่อปรับปรุงแอปพลิเคชัน (Update) ตามการพัฒนาของระบบของผู้ผลิตได้ตลอดเวลา

5) ประหยัดค่าใช้จ่ายในการสนทนาทางโทรศัพท์ โดยเฉพาะการสนทนาข้ามประเทศที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยระบบของ Voice Call หรือการสนทนาด้วยเสียงผ่านไลน์บนเครือข่ายอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง ทำให้ไม่เสียค่าใช้จ่ายนอกจากค่าบริการอินเทอร์เน็ต

6) เปิดโอกาสให้ผู้ใช้ได้สร้างสรรค์งานจากการบันทึกภาพและวิดีโอ พร้อมกับการนำเสนอ และร่วมแบ่งปัน (Share) ให้กับกลุ่มเพื่อน ด้วยวิธีการสร้างอัลบั้มภาพ (Create Album) สำหรับภาพนิ่ง และการตัดต่อวิดีโอ (Snap Movie) สำหรับภาพเคลื่อนไหว ซึ่งสามารถใช้ได้ในโอกาสต่าง ๆ เช่น ขำ การอวยพรวันเกิด และเทศกาลต่าง ๆ เป็นต้น

ข้อจำกัดของแอปพลิเคชันไลน์

1) ต้องอาศัยการเชื่อมต่อของระบบอินเทอร์เน็ตที่มีประสิทธิภาพเป็นตัวกลางในการรับ-ส่งข้อมูล โดยเฉพาะในรูปแบบของ Voice Call ที่ต้องใช้ อินเทอร์เน็ตความเร็วสูง จึงจะสามารถทำงานได้อย่างไม่ติดขัด ข้อจำกัดในเรื่องนี้ทำให้ไลน์สามารถเข้าถึงผู้ใช้ได้เฉพาะบางพื้นที่ที่มีระบบอินเทอร์เน็ตเท่านั้น

2) *สิ้นเปลืองพลังงานแบตเตอรี่* (Battery Consuming) ด้วยความสามารถที่หลากหลายบนไลน์ เช่น การเปิดคลิปวิดีโอ การเชื่อมต่อจากลิงค์ภายนอก หรือการสนทนาโดยผ่าน Voice Call ทำให้สูญเสียพลังงานแบตเตอรี่เป็นจำนวนมาก ซึ่งหากเปิดทิ้งไว้นาน จะทำให้พลังงานแบตเตอรี่ลดลงอย่างรวดเร็ว

3) *มีข้อจำกัดในเรื่องของการลงทะเบียน* ด้วยแอปพลิเคชันไลน์ได้กำหนดให้ผู้ใช้สามารถลงทะเบียนโดยผ่านสมาร์ตโฟนเท่านั้น กล่าวคือ สมาร์ตโฟน 1 เครื่องจะมีไอดีไลน์สำหรับการเข้าใช้ (Log in) เพียง 1 ไอดี และไม่สามารถลงทะเบียนได้ด้วยวิธีอื่น ซึ่งต่างจากโปรแกรมสนทนาอื่น ๆ ในรูปแบบเดียวกันอย่างไอแมสเสส (iMessage) เฟสบุ๊กแมสเซนเจอร์ (Facebook Messenger) หรืออินสตาแกรม (Instagram) ที่เปิดโอกาสให้ผู้ใช้สามารถลงทะเบียนผ่านเว็บไซต์ได้

4.2.4 การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในด้านสาธารณสุขหรือสุขภาพ

ปัจจุบันสื่อออนไลน์เป็นสิ่งที่สำคัญอย่างมากในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นการพูดคุยสื่อสาร การซื้อขายสินค้าที่รวดเร็วทันใจ การขอคำปรึกษาหรือพบแพทย์ ก็สามารถดำเนินการผ่านออนไลน์ได้ทันที ปัจจุบันมีการใช้ LINE OA ในทางการแพทย์และสาธารณสุขเพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่สามารถเข้าถึงผู้ใช้ได้กว้างขวาง เช่น Samitivej LINE Official Account ของโรงพยาบาลสมิติเวช ในการนัดหมายและบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ LINE Official Account “หมอพร้อม” ที่เปิดบริการในเดือนเมษายน 2563 เพื่อให้คนไทยลงทะเบียน และสอบถามเกี่ยวกับการรักษาและป้องกันโรคโควิด-19 และในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ มีการใช้ไลน์ในการติดตามการรักษา การเตือนให้มาตรวจตามนัด หรือมารับยา อาทิ โรงพยาบาล บี.แคร์ เมดิคอลเซ็นเตอร์ รพ.ชุมแพ รพ. เป็ยน้อย จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น ดังนั้นจะเห็นว่า การนำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้เป็นเครื่องมือในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ ทำให้เข้าถึงผู้ใช้ได้มากและเหมาะสมมากกว่าแอปพลิเคชันอื่น ๆ เนื่องจากใช้งานง่าย และประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นผู้ใช้ LINE ค่อนข้างการการใช้เมนูต่าง ๆ (ชนิตล์ มาลัยกนก, 2564) มีรายงานการศึกษาพบว่า สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ ให้การดูแลผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาพยาบาล หรือเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาหรือเพื่อป้องกันโรค และให้มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังเช่น ฟินิตซิส ดีเจ และคณะ (Finitis DJ, Pellowski JA and Johnson BT, 2014) พบว่า การส่งข้อความให้กับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีกลุ่มทดลองสามารถเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสได้มากกว่ากลุ่มควบคุมได้อย่างมีนัยสำคัญ (OR =1.39, 95% CI=1.18–1.64) และการส่งข้อความยังมีความสัมพันธ์กับ Viral load และ CD4 อย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของครองขวัญ ดวงพาวัง และคณะ (2557) พบว่าผลของการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อเพิ่มความร่วมมือการใช้ยาอะม็อกซิซิลิน ในผู้ป่วยโรคคอตีบอักเสบ กลุ่มทดลองจะได้รับการแจ้งเตือนให้รับประทานยา ทุกวันทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ร่วมกับการ

บริหารทางเภสัชกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมเพียงอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่า ทั้งสองกลุ่มรับประทานยาครบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .05$) การศึกษาของยุวดี ประเสริฐ (2565) พบว่า ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ต่อความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือ และระยะเวลาในการตรวจของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกล้องหลอดลม ณ ห้องส่องหลอดลม โรงพยาบาลราชวิถี จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 พฤติกรรมความร่วมมือของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และระยะเวลาในการส่งกล้องหลอดลมของกลุ่มทดลองสั้นกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาของสุตาสินี สุทธิฤทธิ์ (2562) พบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์เพื่อลดน้ำหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐาน โดยใช้ไลน์ในการสื่อสารภายในกลุ่มสมาชิก กระตุ้นเตือนและชักชวนออกกำลังกาย นำเสนอเมนูอาหารประจำวันสำหรับลดน้ำหนัก สอบถามปัญหา และให้แรงเสริมผ่านทางข้อความ สัญลักษณ์/สติ๊กเกอร์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำให้ดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ศึกษา

ความชุกของการเกิดโรคจิตเภทในประเทศไทยในช่วงอายุ 15 – 59 ปี พบความชุก 8.8 ต่อประชากร 1,000 คน และมี อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.1: 1 (Phanthunane, Vos, Whiteford, Bertram & Udomratn, 2010) กรมสุขภาพจิตรายงานว่า ในปีงบประมาณ 2562-2564 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับบริการภาพรวมทั้งประเทศ จำนวน 273,817 คน, 283,065 คน และ 284,273 คน ตามลำดับ (ข้อมูลจากคลังข้อมูลแพทย์และสุขภาพ (HDC) ณ วันที่ 8 ก.พ. 2565) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดตากที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2562-2564 มีจำนวน 1,794 คน, 1,845 คน และ 1,693 คน ตามลำดับ ในปีงบประมาณ 2564 พื้นที่ในเขตรับผิดชอบศึกษาพื้นที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา อำเภอเมืองตาก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช มีจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด 116 คน เป็นโรคจิตเภท จำนวน 20 คน โดยเป็นโรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) จำนวน 10 คน และชนิดที่ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่ (residual schizophrenia) จำนวน 3 คน เป็นโรคจิตเฉียบพลันแบบอื่นที่มีอาการหลงผิดเป็นอาการเด่น (Other acute predominately delusional

psychotic disorders.) จำนวน 1 คน เป็นโรคจิตเภทกึ่งอารมณ์แปรปรวนชนิดเมเนีย (Schizoaffective disorder) จำนวน 1 คน และเป็นโรคจิตเภทที่ไม่ระบุรายละเอียด จำนวน 5 คน ซึ่งมีสาเหตุเกิดจากการใช้สารเสพติด เช่น ยาบ้า สุรา จำนวน 9 คน, เกิดจากความเครียด ความผิดหวัง ภาวะซึมเศร้า จำนวน 6 คน, เกิดจากการใช้ยาลดน้ำหนัก 1 คน, จากพันธุกรรม 1 คน และไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด 3 คน ปัจจุบันหน่วยงานให้การดูแลผู้ป่วยด้วยการติดตามอาการในแผนกผู้ป่วยนอกคลินิกใกล้ใจ ในส่วนผู้ป่วยที่อาการคงที่ก็จะส่งกลับมารับยาต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในผู้ดูแลยังไม่มีแนวทางในการดูแลในส่วนนี้ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา จำนวน 15 คน และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นสามี ภรรยาและพี่น้องของผู้ป่วย มีปัญหาสุขภาพด้านร่างกายที่เป็นคืออ่อนเพลีย ความดันโลหิตสูงและจิตใจ คือเครียด นอนไม่หลับ วิตกกังวล อับอาย ทางหน่วยงานได้ดำเนินการช่วยเหลือคือ การให้คำปรึกษารายกรณี ประสานติดต่อเจ้าหน้าที่แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อ สถิติผู้ดูแลที่มีปัญหาจากการดูแล คือ มีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเข้ามาปรึกษาในปีงบประมาณ 2564 จำนวน 10 ครั้ง ปรึกษาเกี่ยวกับอาการปัจจุบัน การใช้ยาเสพติด อาการก้าวร้าวที่กำเริบ หน่วยงานให้การดูแลผู้ดูแล โดยการนัดเข้ามาพูดคุยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกาและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและชุมชน ผลของการดูแลคือสามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ดูแลเฉพาะในช่วงแรกที่ผู้ดูแลเข้ามารับการปรึกษา ขาดการต่อเนื่องในการดูแล ขาดการดูแลที่เป็นระบบ

จากการศึกษานำร่อง โดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวน 10 คน พบว่า ส่วนใหญ่ดูแลมานานมากกว่า 10 ปี ก่อนดูแลส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพ หลังดูแลปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย ที่พบ มีการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 60, ปวดศีรษะ ร้อยละ 20 และไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 20 ปัญหาทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียด ร้อยละ 100 ส่วนด้านเศรษฐกิจ พบว่า ร้อยละ 40 มีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 ไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ร้อยละ 40 ได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลที่โรงพยาบาล ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการให้ผู้ป่วยกินยา และมาตรวจตามนัด ในการประเมินความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีภาวะกดดันด้านจิตใจ ระดับปานกลาง ร้อยละ 80 และระดับมาก ร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ไม่ได้ต้องการการช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อช่วยลดความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับการเผชิญปัญหาแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กัญญา ศรีตะวัน (2554) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการทางลบ และอาการทางบวก กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลเขตบริการสุขภาพที่ 5 จำนวน 440 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ และด้านการมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความเครียด อาการทางลบ อาการทางบวก และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r = 0.260, 0.265, 0.268, 0.285$ ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ($r = -0.346$)

ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต, วิลารรณ คริสต์รักษา, ดำรงค์ แวอาลี และสุนันทา เศรษฐวิชรานิช (2559) ศึกษาระดับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ยะลา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 103 คน ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก เรียงตามลำดับ ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม และด้านการสนับสนุน ครอบคลุมปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่า ศาสนา มีผลต่อความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$)

ภคินี สุตะ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสุโขทัย แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลรัฐในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 120 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 31.67 มีสุขภาพจิตอยู่ในระดับเสี่ยงและมีแนวโน้มที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย, พฤติกรรมการปรับตัวของผู้ดูแล, ความ

เพียงพอของรายได้ต่อเดือน, สัมพันธภาพในครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคม และเมื่อวิเคราะห์ ถอดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัว ภาวะในการดูแลผู้ป่วย และแรงสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 57.80

วาสนา นามเหลา (2559) ศึกษาภาวะการดูแลและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยอายุระยะเวลาการดูแลความรู้เกี่ยวกับการดูแลสมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ จำนวน 100 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย อายุการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยอายุของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือสัมพันธภาพในครอบครัว ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพสามารถจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อการลดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการสร้างเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว

เสาวนีย์ คงนิรันดร (2559) ศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จำนวน 90 ราย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยภาวะการดูแลโดยรวมเท่ากับ 42.98 (SD = 16.84) จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่า ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลได้ร้อยละ 63 โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาวะการดูแลสูงสุด คือ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม

อัศววัฒน์ เพ็ญวงภควัต (2561) ศึกษาภาวะและปัจจัยการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 170 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง เฉลี่ยเท่ากับ 59.97 คะแนน (SD = 15.14) อายุ การรับรู้สมรรถนะ และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท/ ความซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล

จิตติพรรณ อินทร์ตา (2562) ศึกษาเรื่องผลของการใช้โปรแกรมบำบัดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลลำลูกกา โรงพยาบาลคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับเล็กน้อย ส่วน

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนทดลองและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

มัลลิกา จันท์เพ็ญ (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในเขตอำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

มานิตา ศิริพัฒน์ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริธนา ยะมะโน (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 40 คน พบว่าภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผล/สัมพันธ์กับความกดดันทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

นัทธมนต์ ฉิมสุข (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 18 จำนวน 145 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก 2) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 3) ระยะเวลาการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

จิตเภทของผู้ดูแล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความแข็งแกร่งทางจิตใจของผู้ดูแล

เทียนทอง ทาระบุตร (2555) ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 168 คน ผลการศึกษาพบว่า พลังสุขภาพจิตเภทในชุมชนมีระดับปกติ ร้อยละ 60.7 อายุ ระยะเวลาในการดูแลประเภทของโรค การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (2563) ศึกษาความผาสุกทางใจและปัจจัยทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 110 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางใจโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 52.53, SD = 4.60$) การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี ความผูกพันในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 67.30 โดยตัวแปรทำนายที่สามารถทำนายความผาสุกทางใจได้มากที่สุด ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ความแข็งแกร่งในชีวิต การมองโลกในแง่ดี และความผูกพันในครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัชรินทร์ เกียงภา และคณะ (2563) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 93 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความรู้สึกเป็นภาระ และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ความแข็งแกร่งในชีวิต และแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพศ และความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

ศิริพร บูรณกุลกิจการ และคณะ (2561) ศึกษาพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดนนทบุรี จำนวน 97 ราย ผลการศึกษา พบว่า การมองโลกในแง่ดี ทักษะคิดของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.69$, $r=.33$, $r=.41$, $r=.43$ ตามลำดับ) จากผลการศึกษา บุคลากรทางสุขภาพควรส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับปัจจัยปกป้องพลังสุขภาพจิต คือ การมองโลกในแง่ดีทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยลดความเครียด เพิ่มความทนทานต่ออารมณ์ทางลบ เกิดขวัญและกำลังใจ และสามารถจัดการกับปัญหาได้

6.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมพัฒนาความเข้มแข็งทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เดือนแรม ยศปัญญา (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 50 คน โดยการใช้โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น โดยสามารถเผชิญปัญหาและสามารถจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีการปรับตัวต่อผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้สึกว่าได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับตนเอง และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตสูงกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สุทธดา บัวจัน, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และรัชนิกร อุปเสน (2559) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD10 ไม่มีโรคจิตเวชอื่น ๆ รวมด้วยและผู้ดูแลหลักจำนวน 40 ครอบครัว ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อ ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึง ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุจรรยา โลหาชีวะ และนันทภัก ชนะพันธ์ (2563) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทำนาย ประสบการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล ปัจจัยคัดสรรที่ศึกษา ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต และการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนก ผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง กรุงเทพมหานคร จำนวน 70 คน ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิตและการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลได้ร้อยละ 9.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 โดยการรับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสบการณ์ทางบวกในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ตักโพธิ์ (2559) ศึกษาโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่พบผู้ป่วยมารับยาแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

6.6 งานวิจัย ต่างประเทศ

ไดอัน เวโรนิกา ซัคติ คาโลเอติ และไดแอน เวโรนิกา ซัคติคาโลเอติ (2020) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสุขภาพจิตใจโดยพื้นฐานทางจิตสังคมในการลดสภาวะทางอารมณ์เชิงลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน พื้นที่ชนบทในชวา กลาง ประเทศอินโดนีเซีย ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมอบรม 6 ครั้งและติดตามผล 2 สัปดาห์ ผู้เข้าร่วมมีสภาวะทางอารมณ์เชิงลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.007$) โดยใช้วัดระดับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความเครียด (DASS- 21) นอกจากนี้มิติของสภาวะทางอารมณ์ด้านลบก็ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($p= .008$) ความวิตกกังวล ($p= .015$)และความเครียด ($p= .016$) ผลลัพธ์เหล่านี้แสดงหลักฐานว่า โปรแกรมการฟื้นฟูทางจิตสังคมสามารถลดสภาวะทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

มารีย์ม เบิร์ธูอันทาเฮเรท์ ราเมซานีมาท์ลาฮา เดท์กันอัปโดเรซา ซาบาฮี และบาตุล เอบราฮิมเนจัต ซารานตี (2021) ศึกษาผลของการฝึกอบรมการควบคุมอารมณ์ต่อความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในอิหร่านตะวันออกเฉียงใต้ เป็นการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมแบบคู่ขนาน คัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 70 คน ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างตามสะดวก และสุ่มเข้ากลุ่มฝึกอบรมการควบคุมอารมณ์และกลุ่มควบคุม กลุ่มแทรกแซงได้รับการฝึกอบรม 8 ครั้ง 90 นาที (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) เกี่ยวกับการควบคุมอารมณ์ ผู้เข้าร่วมได้สำเร็จระดับความเข้มแข็งทางใจของ Conner-Davidson ก่อนและหนึ่งเดือนหลังการร่วมโปรแกรม พบว่าความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างทั้งสองกลุ่ม ($p < 0.001$) ในช่วงเริ่มต้นของการศึกษา คะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจคือ 59.94 ในกลุ่มควบคุม และ 51.97 ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มควบคุมคือ 61.28 หลังการทดลอง ซึ่งไม่มีนัยสำคัญ แต่เป็น 69.08 ในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีนัยสำคัญสังเกตความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างสองกลุ่มในคะแนนเฉลี่ย ($p = 0.01$)

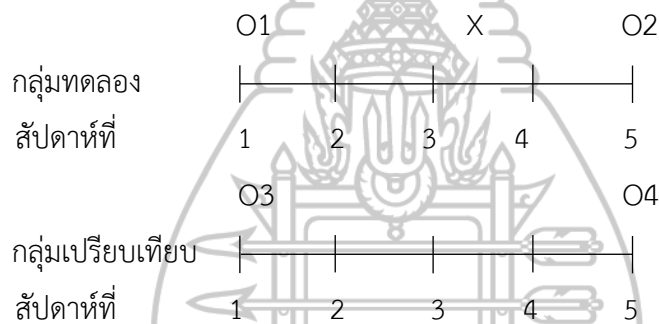
คินันตี อารมะ คอยรณนิสา, เทวรา ยูธิสธิรา คะเนตี และดยาห์ ซิติ เซปตินิงซีห์ (2016) ได้ศึกษาเพื่อสำรวจความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษานี้ยังมุ่งหวังที่จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวพบความเข้มแข็งในการจัดการกับปัญหา ซึ่งเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการศึกษา ผู้เข้าร่วมในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันเป็นเวลาอย่างน้อยสามปี การกำหนดผู้เข้าร่วมโดยใช้เทคนิคการสุ่ม แบบเฉพาะเจาะจง การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ละครอบครัวมีความสามารถในการฟื้นตัวแตกต่างกัน ความแตกต่างอยู่ที่ระยะของกระบวนการ การสนับสนุนจากสังคมและสภาพแวดล้อม



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์ โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 3.1 รูปแบบการวิจัย

กำหนดให้

- X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์
- O1 หมายถึง ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง
- O2 หมายถึง ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 5
- O3 หมายถึง ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง
- O4 หมายถึง ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มเปรียบเทียบ หลังสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 5

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ 3 ประกอบด้วย พื้นที่ตำบลโป่งแดง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานห้วยเตือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะลาตระฆัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา และพื้นที่ตำบลวังประจบ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังประจบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จำนวนทั้งสิ้น 86 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก, 2566)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง ประเมินโดยแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (The Kessler Psychological Distress Scales: K10) โดยกลุ่มทดลองอยู่ในความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลโป่งแดง และกลุ่มเปรียบเทียบอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลวังประจบ

1.3 การกำหนดขนาดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามขั้นตอน ดังนี้

1.3.1 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) กำหนดขนาดอิทธิพล ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยของ ศิริธนา ยะมะโน (2561) เรื่อง "ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท" ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจของกลุ่มทดลองเท่ากับ 13.40 (SD = 1.54) และค่าเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 21.80 (SD = 4.55) นำมาคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) ได้เท่ากับ 2.473 จึงใช้ขนาดอิทธิพล 0.80 (large effect size) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) = .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.80 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้จำนวน 21 คน ผู้วิจัยปรับเพิ่มขนาดตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทดลอง ร้อยละ 5 ได้ตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 22 คน

1.3.2 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1) กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการวิจัย โดยเลือกพื้นที่รับผิดชอบโซน 3 ได้แก่ ตำบลวังประจบและตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เนื่องจากเป็นพื้นที่ใกล้เคียงกัน ประชาชนมีความเป็นอยู่ และวิถีชีวิต ใกล้เคียงกัน ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลโป่งแดง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลวังประจบ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่ ครั้งที่ 1 ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโป่งแดงเป็นกลุ่มทดลอง และจับฉลากครั้งที่ 2 ได้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังประจบ เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ

2) คัดกรองภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (The Kessler Psychological Distress Scale: K10)

3) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

(1) เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

(2) มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง (คะแนน 16-24 คะแนน)

(3) ไม่มีอาการทางจิตประสาทและปัญหาการรับรู้

(4) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

(5) ยินยอมและสมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรม หรือมีภาวะเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรม

4) นำรายชื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยการจับฉลากแบบไม่คืนที่มา กลุ่มละ 22 คน จำนวนทั้งสิ้น 22 คู่ และจัดทำข้อมูลกลุ่มตัวอย่างรายคู่ไว้

5) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่องานวิจัยครั้งนี้ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ (Mitsonis et al., 2012) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ต้องดูแล (นัทธมนต์ ฉิมสุข, 2557)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่

2.1.1 โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสร้างเสริมความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) ในด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (External supports) ด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) และการสร้างเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคจิตเภท ผู้ดูแล ภาวะกตตันด้านจิตใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจ แอปพลิเคชันไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) นำข้อมูลจากงานวิจัยและการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความกตตันด้านจิตใจ เกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้เกิดความกตตันด้านจิตใจ ผลกระทบที่เกิดจากภาวะกตตันด้านจิตใจ และความต้องการการดูแลช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุข และครอบครัว เพื่อนำมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

3) จัดกิจกรรม โดยกำหนดเนื้อหากิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดดังกล่าว ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

3.1) กิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งภายใน ด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ได้แก่ กิจกรรม “*มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ*” เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง และกิจกรรม “*มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก*” เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ความสำคัญของความคิดเชิงบวก และวิธีฝึกการคิดเชิงบวก โดยการบรรยาย การใช้คำพูดชักจูง การชมวิดิทัศน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และการทำกิจกรรมกลุ่ม

3.2) กิจกรรมส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (external supports) เป็นกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) ได้แก่ กิจกรรม “*ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึก*

ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” โดยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดำเนินของโรค การรักษา และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน กิจกรรม “การเข้าใจอารมณ์เครียดและการผ่อนคลายความเครียด” เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้จักวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียด โดยการให้ความรู้ และการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรม “การรับรู้แหล่งประโยชน์” เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่สามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม ด้วยการบรรยายให้ความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.3) กิจกรรมเสริมสร้างความสามารถ (I can) ในการจัดการกับปัญหา และการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคคล ได้แก่ กิจกรรม “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ” เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว โดยการฝึกเทคนิคการสื่อสารทางบวก การพูดเพื่อบอกความรู้สึก เพื่อสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันภายในครอบครัว และมีความเข้าใจอันดีต่อกัน ด้วยการบรรยายให้ความรู้ ให้ชมวิดีโอ และกิจกรรมกลุ่ม และ กิจกรรม “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินของโรค และการรักษา และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน ด้วยการบรรยายให้ความรู้ วิเคราะห์กรณีศึกษา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์

3.4) กิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการมีปฏิสัมพันธ์ทางไลน์ การส่งข่าวสาร/ข้อมูลหรือวิดีโอ โดยให้สมาชิกเข้ามาอ่านข้อความ พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ชักถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหา

การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเครื่องมือ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่

1. คู่มือการใช้โปรแกรม จัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการทดลองสำหรับผู้วิจัย เนื้อหาแบ่งออกเป็น ขั้นตอนการฝึกอบรม และแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระยะเวลา วิธีดำเนินกิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ และการประเมินผล ใ้ความรู้ และใบงาน

2. วิดีทัศน์ต่างๆ สำหรับใช้ประกอบการทำกิจกรรม ได้แก่

2.1 วิดีทัศน์เกี่ยวกับความคิดด้านลบ โดยวันเฉลิม คงคาหลวง (2565)

เรื่อง “มนุษย์คิดลบ การคิดลบ คืออะไร จัดการอย่างไรเมื่อเราคิดลบ” เนื้อหาเกี่ยวกับ ลักษณะของ คนที่คิดบวกกับคิดลบ และข้อดีของการคิดบวกกับข้อเสียของคนี่คิดลบ โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่ จาก <https://www.youtube.com/watch?v=5NTSzMU9oKY&t=8s>

2.2 วิดีทัศน์เกี่ยวกับการจัดการกับความคิดลบ โดยเดอะ บุคเทรลเลอร์

(2565) เรื่อง “ปรับสมอง เปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก” เนื้อหาเกี่ยวกับตัวอย่างความคิดด้านลบ 4 ประเภท ที่มักเกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และวิธีปรับสมองให้เปลี่ยนความคิดลบให้กลายเป็นความคิด บวก โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่ จาก<https://www.youtube.com/watch?v=jRldxRTJqU8>

2.3 วิดีทัศน์เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดย ผศ.นพ.ศุภโชค สิงห์กันต์ เรื่อง

“โรคจิตเภท/Re-Mind: อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม” เนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคจิตเภท ระยะ สาเหตุ การวินิจฉัย กระบวนการรักษา และคำแนะนำ โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จาก <https://www.youtube.com/watch?v=-ExNfkkIM9k>

2.4 วิดีทัศน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดย ทิภาดา ศรีทองคำ

(2564) เรื่อง “ยาจิตเวช ตอน เทคนิคดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กินยา” เนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของการขาด ยา วิธีการติดตามการกินยา การสังเกตอาการกำเริบ การพูดให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยรับประทานยาต่อ-เนื่อง โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จาก https://www.youtube.com/watch?v=Q89Krl_cCEw

2.5 วิดีทัศน์เกี่ยวกับการคลายเครียด โดยกรมสุขภาพจิต (2560) “เรื่อง

เทคนิคการหายใจคลายเครียด” เนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะของการหายใจเมื่อเกิดความเครียด ข้อดีของ การฝึกหายใจคลายเครียด วิธีการฝึกการหายใจคลายเครียด โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จาก <https://www.youtube.com/watch?v=TooMaqEjh5s&t=3s>

2.6 วิดีทัศน์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด โดย กรมสุขภาพจิต (2563)

“เรื่อง เทคนิคการจัดการความเครียดด้วยตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ” เนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และประโยชน์ของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อตามส่วนต่าง ๆ โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จาก <https://www.youtube.com/watch?v=kOLNFOKSDnk>

2.7 วิดีทัศน์เกี่ยวกับการสื่อสารในครอบครัว โดย ดร.แสงเดือน ยอดอัญ

มณีวงศ์, ดร.ณัฐวัฒน์ ล่องทอง และนันทกา พุสีกุล (2563) “เรื่องการสื่อสาร และวิธีสร้างสุขใน ครอบครัว” เนื้อหาเกี่ยวกับ ความสำคัญ เป้าหมายของครอบครัว ความเข้าใจเพื่อสร้างความสัมพันธ์ ในครอบครัว การสื่อสาร และวิธีสร้างสุขในครอบครัว โดยได้รับอนุญาตให้เผยแพร่จาก <https://www.youtube.com/watch?v=0cR3iRzZDOc>

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รายได้ ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การได้รับความรู้/ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและปลายปิด จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ (The Kessler Psychological Distress Scale: K10) ที่สร้างขึ้น โดย Kessler et al. (2002) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริธนา ยะมะโน (2561) เป็นการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลและเศร้า ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (1-5 คะแนน) โดยมีเกณฑ์ให้เลือกตอบ ดังนี้

ไม่เลย	หมายถึง	ผู้ตอบไม่มีความรู้สึกนั้นเลย
เล็กน้อย	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเล็กน้อย
บางเวลา	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นบางเวลา
เกือบตลอดเวลา	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นเกือบตลอดเวลา
ตลอดเวลา	หมายถึง	ผู้ตอบมีความรู้สึกนั้นตลอดเวลา

การแปลผลคะแนน

นำค่าคะแนนรวมที่ได้ แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (ศิริธนา ยะมะโน, 2561)

10-15	คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับต่ำ
16-24	คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง
25-29	คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมาก
30-50	คะแนน	หมายถึง	ผู้ตอบมีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (พลังสุขภาพจิต) ของกรมสุขภาพจิต (2549) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการแก้ปัญหา ลักษณะเป็นคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19 และ 20 และข้อความเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 14, 15, และ 16 โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบ คือ

ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้ตอบ
จริงบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้ตอบน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้ตอบเกินครึ่งหนึ่ง
จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของผู้ตอบทั้งหมด

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
จริงมาก	4 คะแนน	1 คะแนน
ค่อนข้างจริง	3 คะแนน	2 คะแนน
จริงบ้างครั้ง	2 คะแนน	3 คะแนน
ไม่จริง	1 คะแนน	4 คะแนน

การแปลผล ค่าคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ (คะแนนเต็ม 80 คะแนน) ดังนี้ (เทียนทอง ทหาระบุตร, 2555)

คะแนน < 55	หมายถึง	มีความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ
คะแนน 55-69	หมายถึง	มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ
คะแนน > 69	หมายถึง	มีความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

2.3.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ และคู่มือการใช้โปรแกรม เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบ ระยะเวลา และกิจกรรม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก) ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมดังกล่าว หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลจากการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแต่ละเครื่องมือเท่ากับ 1 และนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ ดังนี้

- 1) ด้านรูปแบบ ได้แก่ ใบงานควรตั้งชื่อด้วย เพื่อป้องกันการสับสน และรูปแบบตัวอักษรในใบความรู้ ไม่ต้องขีดเส้นใต้
- 2) ด้านระยะเวลา ได้แก่ ในแต่ละกิจกรรม ควรใช้เวลาไม่น้อยกว่า 2 ชั่วโมง

3) ด้านกิจกรรม ได้แก่ ใบความรู้ เรื่องแหล่งประโยชน์ในชุมชน ควรเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับ พรบ.สุขภาพจิตให้ผู้ดูแลรับทราบ (เป็นกฎหมายสามารถบังคับให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตามกฎหมายกำหนด และผู้ดูแลสามารถแจ้งประสานหน่วยงานไหนได้บ้าง เป็นทางเลือกในการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษา) ใบความรู้ที่ 4.1.1 เรื่องการสื่อสารในครอบครัว ควรเพิ่มเนื้อหา การฟังอย่างตั้งใจ (active listening) เป็นทักษะที่สำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น หากผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว หวาดระแวง ญาติควรมีท่าทีตอบหรือพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างไร และเพิ่ม การนำข้อมูลจากการส่งข้อความในไลน์มาพูดคุยโดยสรุปอีกครั้งในการพบกันแต่ละครั้ง เพื่อทำความเข้าใจให้ตรงกัน

2.3.2 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ คู่มือการใช้โปรแกรม แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินภาวะกตตันด้านจิตใจ ไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลสามเงา อำเภอสามเงา จังหวัดตาก ดังนี้

1) **คู่มือการใช้โปรแกรม** นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ดูความชัดเจนของภาษาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างและนำไปปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจชัดเจน และตรงกัน

2) **แบบประเมินภาวะความกตตันด้านจิตใจ และ แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ** นำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน นำคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะก่อนการทดลอง และระยะการดำเนินการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ระยะเตรียมการ

3.1.1 เตรียมสถานที่สำหรับดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1.2 เตรียมผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัย ดังนี้

1) **เตรียมผู้วิจัย** โดยศึกษาค้นคว้าความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดของภาวะกตตันด้านจิตใจ การสร้างความเข้มแข็งทางใจ และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) *เตรียมผู้ช่วยวิจัย* จำนวน 1 คน เป็นพยาบาลเวชปฏิบัติหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด อย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานห้วยเตือ แห่งละ 1 คน สมครใจเข้าร่วมวิจัย โดยทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น คอยช่วยเหลือประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง /ดูแลช่วยเหลือระหว่างการทำกิจกรรม เพื่อให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย เป็นต้น โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรม และอธิบายการใช้แบบสอบถามให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการทดลองปฏิบัติกับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน โดยผู้วิจัยปฏิบัติให้ผู้ช่วยวิจัยดู 1 ราย และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองปฏิบัติ 2 ราย โดยมีผู้วิจัยคอยสังเกตและให้ข้อชี้แนะเพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจในการวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยจนเข้าใจตรงกัน

3.2 ระยะเวลาการทดลอง

3.2.1 เสนอโครงการการวิจัยและเครื่องมือวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พิจารณาจริยธรรมการวิจัย ซึ่งได้รับการรับรองตามเอกสารรับรองเลขที่ 29/2566 ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2566

3.2.2 ผู้วิจัยนำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลจากกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ไปยังนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดตาก สาธารณสุขอำเภอเมืองตาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแดง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะลาตระฆัง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังประจบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เพื่อขอความร่วมมือ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการทำการวิจัย

3.2.3 ภายหลังจากได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและยาเสพติดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา, บ้านโป่งแดง, บ้านลานห้วยเตือ, บ้านชะลาตระฆัง, บ้านวังประจบ, บ้านลานสอและบ้านโป่งแค เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

3.2.4 นัดพบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อทำความรู้จักผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่ม

ตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอม

3.2.5 แจกกลุ่มเปรียบเทียบพบกันที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแคและบ้านวังประจบ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ส่วนกลุ่มทดลองแจ้งให้ทราบว่า ต้องเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกกีกา จำนวน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งพร้อมทั้งนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการจัดกิจกรรมครั้งแรก โดยคำนึงถึงความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

3.3 ระยะเวลาดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองพร้อมกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเก็บข้อมูลกลุ่มเปรียบเทียบก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกลุ่มทดลอง เป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 11 คน กลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30 -11.30 น) และกลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมรอบบ่าย (เวลา 13.00 – 15.00 น)

3.3.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรม ที่ 1.1 “มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี เพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแล ผู้วิจัย และสมาชิกในกลุ่ม และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และให้เล่นเกมส่งบอลวิเศษ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และเกิดการผ่อนคลาย

2) กระตุ้นให้สมาชิกหาข้อดีของตนเองในช่วงที่ผ่านมา และให้ทำกิจกรรมในใบงาน ในการหาข้อดีของตนเอง และนำเสนอ โดยสมาชิกในกลุ่มกล่าวชื่นชม เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแจกใบความรู้

3) ผู้วิจัยสรุป และบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเอง

4) จัดตั้งกลุ่มไลน์ โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าแอปพลิเคชัน line@ ชื่อ “คลินิกใจเข้มแข็ง” ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่จะเป็นแรงสนับสนุน โดยกำหนดการปฏิสัมพันธ์ทางไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี กิจกรรมประกอบด้วย การส่งข่าวสาร/ข้อมูลหรือวีดิทัศน์ เกี่ยวกับโรคจิตเภท การเปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก วิธีการผ่อนคลายความเครียด เทคนิคดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กินยา การสื่อสารและวิธีการสร้างสุขในครอบครัว โดยให้สมาชิกทุกคนเข้ามา อ่านข้อความ พุดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กระตุ้นเตือนการพาผู้ป่วยมารับการตรวจตามนัด ซักถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยและ

สมาชิกในกลุ่มจะร่วมตอบปัญหาและให้คำแนะนำ/แนวทางแก้ไขปัญหา และให้กำลังใจและแรงเสริมโดยใช้สัญลักษณ์หรือคำพูดแก่กลุ่มตัวอย่าง

กิจกรรมที่ 1.2 “มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ วิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก ตระหนักถึงความสำคัญของความคิดเชิงบวก และฝึกการคิดเชิงบวก ดำเนินการ ดังนี้

1) บอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมนี้ จากนั้นสรุปความหมาย และความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ

2) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระบายสิ่งที่คิดอยู่ในใจ เกี่ยวกับความรู้สึก/ความคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาสั้น เพื่อประเมินข้อเท็จจริงจากความคิดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ รวบรวมความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง เขียนแยกแยะประเด็นให้ชัดเจน

3) ให้กลุ่มตัวอย่างทำใบงานที่ 1.2 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 5 คน และให้มองหาแง่ดีและแง่ร้ายในสถานการณ์ที่กำหนด และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ

4) ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญของความคิดเชิงบวก หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างชมวิดีโอเรื่อง “ความแตกต่างระหว่างคนคิดบวกและคนคิดลบ” และ “ปรับสมอง เปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก” เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการทำกิจกรรม

5) เน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะส่งข้อมูลข่าวสาร และวิธีการต่าง ๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลทางกลุ่มไลน์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี ขอให้สมาชิกทุกคนเข้ามา อ่านข้อความพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะสอบถามสมาชิกในไลน์ส่วนตัวเกี่ยวกับความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารหรือวิดีโอที่ส่งให้ทางไลน์ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ

สัปดาห์ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรมที่ 2.1 “ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การดำเนินของโรค การรักษา และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับการจัดการอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และอาการฉุกเฉินทางจิตเวช ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไปกับสมาชิก ทบทวนการทำกิจกรรมที่ผ่านมา และบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้

2) ให้ชมวิดีโอเรื่อง “โรคจิตเภท/Re-Mind: อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม” เนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง ระยะของโรค การวินิจฉัย การรักษา และเรื่อง “ยาจิต

เวช ตอน เทคนิคดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กินยา” สรุปและบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุมเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ซักถาม

3) ให้ผู้ดูแลแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่พบจากการรับประทานยา และปัญหาจากอาการกำเริบ/อาการผิดปกติ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและวิธีการแก้ไข ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ และให้ทำใบงานที่ 2 เป็นการฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้น และอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภท โดยเล่นเกมจับคู่บัตรคำ

4) สรุปและบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาให้ครอบคลุมเนื้อหา รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5) ผู้วิจัยเน้นย้ำให้ผู้ดูแลเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กันบนไลน์ อ่าน/ชมวิดีโอที่ผู้วิจัยส่งให้ แลกเปลี่ยนเรียนรู้สอบถามปัญหา และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

6) เปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 2.2 “การเข้าใจอารมณ์ตนเองและการผ่อนคลายความเครียด”

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและรับรู้ถึงอาการเครียดของตนเอง สามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายไปใช้เมื่อเกิดความเครียด ดำเนินการ ดังนี้

1) สุ่มถามกลุ่มตัวอย่าง 3-4 คน เกี่ยวกับการมีความเครียดหรือการมีอารมณ์ต่าง ๆ บรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับอารมณ์ ความเครียด การประเมินอารมณ์และความเครียดของตนเอง และแนวทางการผ่อนคลายความเครียด

2) ให้ชมวิดีโอ เรื่อง เทคนิคการหายใจ คลายความเครียด และ เรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้สมาชิกปฏิบัติตามไปพร้อมกัน

3) ให้สมาชิกฝึกเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยชี้แนะ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกคน

4) สรุปประเด็นที่ได้จากการทำกิจกรรม และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ใช้เวลา 2 ชั่วโมง ดังนี้

กิจกรรมที่ 3.1 “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการสื่อสารที่ดี เข้าใจถึงอารมณ์ความรู้สึกของคู่สนทนา ระหว่างการสื่อสาร พัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และมีทักษะการสื่อสารทางบวก ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้

2) ผู้วิจัยเกริ่นนำเกี่ยวกับการเพิ่มความรัก และการสร้างความเข้าใจอันดีในครอบครัว ด้วยการสื่อสารที่ดี และการสื่อสารเชิงบวก ซึ่งมีเทคนิค/วิธีหลายรูปแบบ จากนั้นให้ชมวิดีโอทัศน์ เรื่อง “การสื่อสาร และวิธีสร้างสุขในครอบครัว”

3) ผู้วิจัยสรุปประเด็น การสื่อสารที่สร้างสรรค์ การสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางบวก วิธีการสื่อสารทางบวกและวิธีสร้างสุขในครอบครัว

4) ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับคำพูดที่มีความหมายแฝง ยกตัวอย่างคำพูดที่มีความหมายแฝง จากนั้นให้ผู้ดูแลทำใบงาน ในการวิเคราะห์ความหมายแฝงจากคำพูดในสถานการณ์ที่กำหนด หลังจากนั้นสรุปประเด็นได้จากการทำกิจกรรม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

กิจกรรมที่ 3.2 “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความคิดด้านบวกในการเข้าใจปัญหา ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีทักษะในการแก้ไขปัญหาดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยเกริ่นนำ เกี่ยวกับทักษะที่จะช่วยให้การแก้ไขปัญหามากมาย ที่ได้ผลดีหรือประสบความสำเร็จ

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหา ความหมาย แนวทางการพัฒนาทักษะการแก้ไขปัญห และขั้นตอนการแก้ไขปัญห

3) ให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะการแก้ปัญหา โดยแจกใบความรู้ และให้ทำใบงาน และให้สมาชิกส่งตัวแทนมานำเสนอปัญหา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการแก้ไขปัญห

4) ผู้วิจัยสรุปแนวทางการแก้ไขปัญหตามหลักบันไดห้าขั้นของการแก้ไขปัญห และเปิดโอกาสให้ซักถาม นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 4.1 “การรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย พูดคุยพร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้

2) ผู้วิจัยทบทวนการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา และทบทวนเทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพร้อมกัน

- 3) ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน และแจกใบความรู้
- 4) ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนที่ตนเองนึกถึง พร้อมทั้งให้สมาชิกได้มีการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จากการทำกิจกรรมตามใบงาน
- 5) ผู้วิจัยอธิบายแนวทางการดูแลและขั้นตอนการประสานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
- 6) ให้กลุ่มตัวอย่าง ทบทวนแนวทางขั้นตอนการดูแลและขั้นตอนการประสานกับแหล่งประโยชน์
- 7) ผู้วิจัยสรุปการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน สำหรับการนำไปใช้ในกรณีเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถแก้ไขได้ พร้อมทั้งแจ้งว่า จะส่งเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งประโยชน์ให้ทางไลน์ และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผล มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง และปิดการวิจัย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ดำเนินการ ดังนี้

- 1) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป เปิดโอกาสให้ซักถาม และแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์
- 2) ประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกอดตันด้านจิตใจ หลังการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง
- 3) ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจและภาวะกอดตันด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ระหว่างนั้นให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม
- 4) ผู้วิจัยแจ้งผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กล่าวชมเชย และให้กำลังใจในการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจให้กับตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 5) กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ มอบของที่ระลึก และปิดการวิจัย

3.3.2 การดำเนินการในกลุ่มเปรียบเทียบ

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังประจบและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค อำเภอมือง

ตาก จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพ แจ่มชัดตอนและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

1) แนะนำตนเอง กล่าวทักทายและให้กลุ่มตัวอย่างแนะนำตนเอง ชี้แจงเกี่ยวกับโปรแกรมและกำหนดการในการดำเนินกิจกรรม

2) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจ ก่อนการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถาม และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ที่ 5 โดยจะแจ้งให้ทราบล่วงหน้า 1 สัปดาห์ก่อนนัด

สัปดาห์ที่ 2-4 กลุ่มตัวอย่างดูแลตัวเองและปฏิบัติกิจกรรมประจำวันตามปกติ

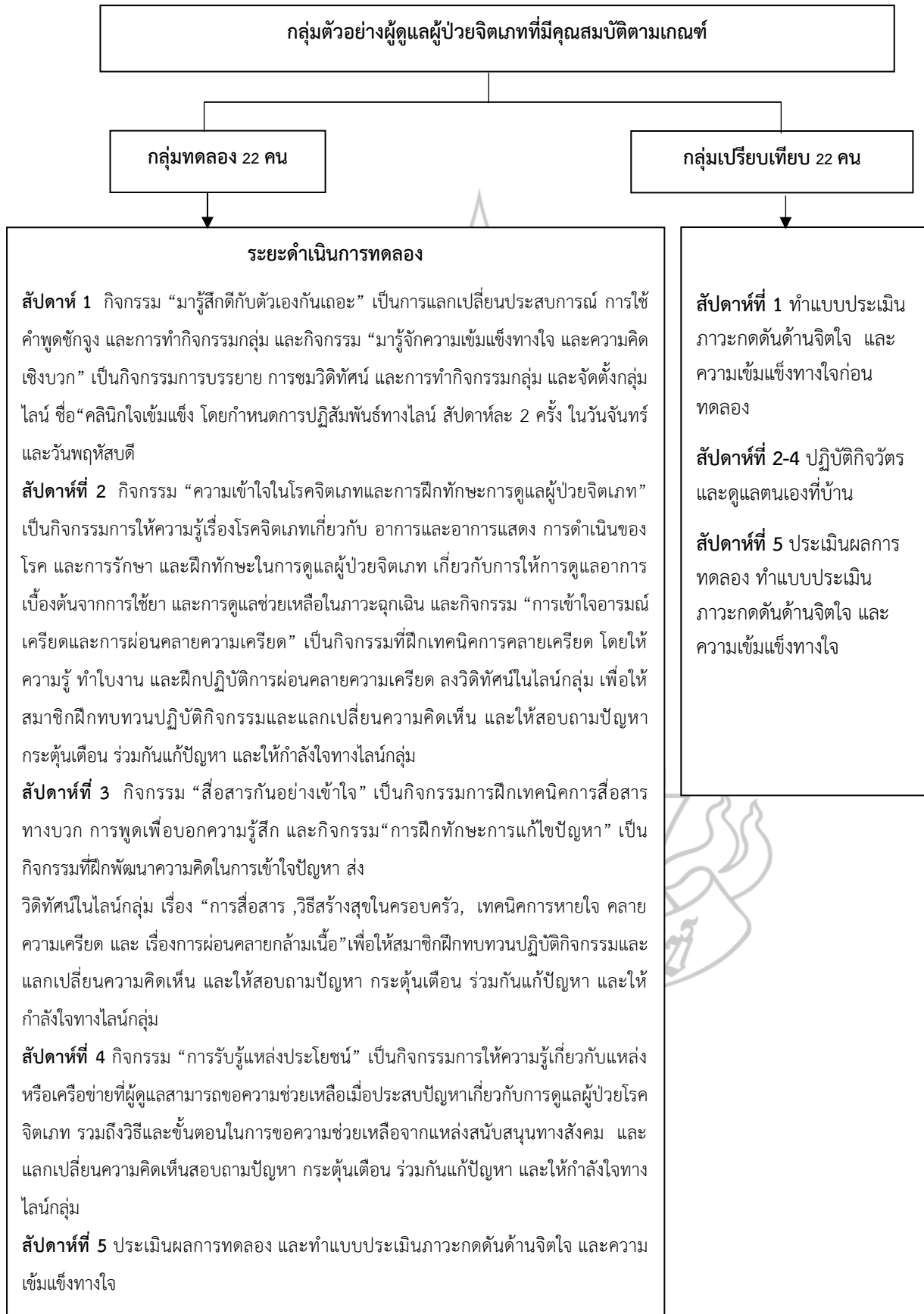
สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่างตามเวลาและสถานที่ที่นัดหมาย เพื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง ดำเนินการ ดังนี้

1) กล่าวทักทาย พูดคุย ซักถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และบอกวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้

2) ประเมินภาวะกตสันด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนทดลอง

3) แจ้งผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างทราบ กล่าวชมเชยกลุ่มตัวอย่างที่สามารถดูแลตนเองได้ดี และให้กำลังใจกลุ่มตัวอย่างที่ยังมีภาวะกตสันด้านจิตใจ โดยสอบถามปัญหาและความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยชี้แนะและให้คำแนะนำตามสภาพปัญหาและสถานการณ์นั้นๆ พร้อมทั้งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเช่นเดียวกับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

4) หลังจากนั้นแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า เป็นวันสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พร้อมกับกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้ มอบของที่ระลึก และปิดการวิจัย



ภาพที่ 3.2 ขั้นตอนการทดลอง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

4.1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.2 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที ด้วยสถิติ One -Sample Kolmogorov test ของตัวแปรภาวะกตสันด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจ พบว่า มีการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มแบบโค้งปกติ ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะกตสันด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบดังนี้

4.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความเข้มแข็งทางใจและภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test

4.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความเข้มแข็งทางใจและภาวะกตสันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test

5. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ 029/2566 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

5.2 ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบว่า คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ การนำเสนอผลจากการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวม เพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และอ่านเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างฟัง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form)

5.3 ในกรณีกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้สูงอายุเกิดอาการไม่สบายขณะร่วมการวิจัย เช่น หน้ามืด เป็นลม เป็นต้น ผู้วิจัยจะหยุดการทำกิจกรรมทันที และให้การดูแลรักษาเบื้องต้น

5.4 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบหลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความสมัครใจของกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสำคัญ



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 22 คน ระยะเวลาที่ใช้ในการทดลอง 5 สัปดาห์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูล นำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความคิดเห็นต่อการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	M = 54.73, SD. = 9.682		M = 55.05, SD. = 9.095	
หญิง	18	81.82	18	81.82
ชาย	4	18.18	4	18.18

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	M = 54.73, SD. = 9.682		M = 55.05, SD. = 9.095	
ต่ำกว่า 40 ปี	3	13.64	1	4.55
41-50 ปี	3	13.64	6	27.27
51-60 ปี	8	36.36	9	40.91
61 ปี ขึ้นไป	8	36.36	6	27.27
สถานภาพสมรส				
คู่	18	81.82	21	95.45
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	4	18.18	-	-
โสด	-	-	1	4.55
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	18	81.82	12	54.54
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	13.64	4	18.18
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	4.54	2	9.09
อนุปริญญา/ปวส.	-	-	1	4.55
ปริญญาตรี	-	-	1	4.55
ไม่ได้เรียน	-	-	2	9.09
อาชีพ				
เกษตรกร	16	72.73	11	50.0
รับจ้างทั่วไป	3	13.64	9	40.91
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	4.55	2	9.09
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	9.09	-	-
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน				
ไม่เกิน 5,000	20	90.91	16	72.73
5,001-10,000	2	9.09	5	22.73
10,001-15,000	-	-	1	4.54

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 22)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	21	95.45	17	77.27
ไม่เพียงพอ	1	4.55	5	22.73
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย				
บิดา/มารดา	13	59.09	9	40.91
ภรรยา/สามี	4	18.18	4	18.18
พี่น้อง	2	9.09	4	18.18
บุตร	-	-	5	22.73
ญาติ (น้ำ อา ลุง ป้าหลาน)	3	13.64	-	-
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
1-5 ปี	13	59.09	12	54.54
6-10 ปี	6	27.27	9	40.91
10 ปี ขึ้นไป	3	13.64	1	4.55
ได้รับความรู้/ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท				
ไม่เคย	21	95.45	22	100
เคย	1	4.55	-	-

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 81.82 เท่ากัน โดยมีอายุเฉลี่ยใกล้เคียงกัน คือ 54.73 ปี และ 55.05 ปี มีอายุมากที่สุดอยู่ในช่วง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 40.91 ตามลำดับ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.82 และ 95.45 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.82 และ 54.54 ตามลำดับ โดยประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด ร้อยละ 72.73 และร้อยละ 50 และมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาท และเป็นรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย คิดเป็นร้อยละ 95.45 และร้อยละ 77.27 ตามลำดับ สำหรับความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย คือ เป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 59.09 และ 40.91 ตามลำดับ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1- 5 ปี ร้อยละ 59.09 และ

ร้อยละ 54.54 ตามลำดับ ผู้ดูแลเกือบทุกคนไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 95.45 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 4. 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	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*

จากตารางที่ 4.2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระดับต่ำ (M = 51.50, SD = 5.92, M = 52.50, SD = 5.16 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ด้วยสถิติทดสอบที่ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 69.18, SD = 3.90) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 52.36, SD = 4.84) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที่ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย

ตารางที่ 4.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n = 22)			หลังการทดลอง (n = 22)			t-test	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง	51.50	5.92	ต่ำ	69.18	3.90	สูง	-17.55	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	52.50	5.16	ต่ำ	52.36	4.84	ต่ำ	.90	.378

จากตารางที่ 4.3 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ก่อนการทดลอง ระดับต่ำ (M = 51.50, SD = 5.92) หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (M = 69.18, SD = 3.90) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจก่อนการทดลองในระดับต่ำ (M = 52.50, SD = 5.16) หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยลดลงและอยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 52.36, SD = 4.84) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที พบว่า มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเข้มแข็งของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้าน ตามกลุ่มตัวอย่างและระยะการทดลอง

ความเข้มแข็งทางใจผู้ดูแล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p-value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
กลุ่มทดลอง (n = 22)								
ด้านความทนทานทางอารมณ์	26.04	2.87	ต่ำ	34.64	2.25	สูง	-13.14	.001
ด้านกำลังใจ	12.68	2.12	ต่ำ	17.36	1.62	ปกติ	-10.13	.001
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.41	2.80	ต่ำ	17.18	1.26	ปกติ	-8.21	.001
รวมทุกด้าน	51.50	5.92	ต่ำ	69.18	3.90	สูง	-17.55	.001

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความเข้มแข็งทาง ใจผู้ดูแล	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง			t	p- value
	M	SD	แปลผล	M	SD	แปลผล		
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 22)								
ด้านความทนทาน ทางอารมณ์	26.63	3.23	ต่ำ	26.50	3.05	ต่ำ	1.00	.329
ด้านกำลังใจ	12.59	1.26	ต่ำ	12.59	1.22	ต่ำ	.000	1.00
ด้านการจัดการกับ ปัญหา	15.73	1.52	ต่ำ	13.27	1.64	ต่ำ	22.59	.001
รวมทุกด้าน	52.50	5.16		52.36	4.84	ต่ำ	.90	.378

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ แยกเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ระดับต่ำ (M = 26.04, SD = 2.87, M = 26.63, SD = 3.23 ตามลำดับ) , ด้านกำลังใจ ระดับต่ำ (M = 12.68, SD = 2.12, M = 12.59, SD = 1.26 ตามลำดับ), ด้านการจัดการกับปัญหาระดับต่ำ (M = 15.73, SD = 2.80, M = 15.73, SD = 1.52 ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ ด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจแยกเป็นรายด้าน ดังนี้ ด้านความทนทานทางอารมณ์ เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง (M = 34.64, SD = 2.25) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจด้านความทนทานทางอารมณ์ อยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 26.50, SD = 3.05) , ด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็นระดับ ปกติ (M = 17.36, SD = 1.62) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจด้านกำลังใจ อยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 12.59, SD = 1.22) และ ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย เพิ่มขึ้นเป็นระดับ ปกติ (M = 17.18, SD = 3.05) ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจด้านกำลังใจ อยู่ในระดับต่ำเท่าเดิม (M = 13.27, SD = 1.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในรายด้านทุกด้านสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย

ความแตกต่างของความเข้มแข็งทางใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลองมีความเข้มแข็งทางใจ ดังแสดงในตาราง

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ดังตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	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*

จากตารางที่ 4.5 พบว่า ก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจระดับมากทั้งสองกลุ่ม ($M = 29.73$, $SD = 5.93$ และ $M = 29.14$, $SD = 4.35$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง ($M = 16.95$, $SD = 6.19$) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจระดับมากเท่าเดิม ($M = 29.04$, $SD = 3.28$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจ ด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย

ตารางที่ 4. 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง (n=22)			หลังการทดลอง (n=22)			t-test	p-value
	M	SD.	ระดับ	M	SD.	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	29.73	5.93	มาก	16.95	6.19	กลาง	9.683	.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	29.14	4.35	มาก	29.04	3.28	มาก	.234	.817

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจ ก่อนการทดลองระดับมาก ($M = 29.73$, $SD = 5.93$) หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยลดลงจากระดับมากเป็นระดับปานกลาง ($M = 16.95$, $SD = 6.19$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจ ลดลงกว่าก่อนการทดลองและ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานวิจัย

กลุ่มเปรียบเทียบมีภาวะความกดดันด้านจิตใจก่อนการทดลองระดับมาก ($M = 29.14$, $SD = 4.35$) หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ยังอยู่ในระดับมากเท่าเดิม ($M = 29.04$, $SD = 3.28$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติทดสอบที พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจ หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05



บทที่ 5

สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สรุปการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. สรุปการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.1.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

1.1.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์

1.2 วิธีดำเนินการวิจัย

1.2.1 *กลุ่มตัวอย่าง* ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจระดับปานกลาง เข้ารับบริการสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบโซน 3 อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ถูกเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 22 คน และจับคู่ตัวแปรด้านเพศ ความเกี่ยวข้องกับระหว่างผู้ดูแลและผู้ดูแล และระยะเวลาการเจ็บป่วย

1.2.2 *เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย* ได้แก่ 1) โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาโดยประยุกต์จากแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก คู่มือการใช้โปรแกรม สื่อวิดีโอทัศน์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.87 และ 0.71 ตามลำดับ

1.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมตามโปรแกรมให้กับกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่

1.4 ผลการวิจัย

1.4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.82 เท่ากัน อยู่ในช่วงอายุ 51 – 60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.36 และ 40.91 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.82 และร้อยละ 95.45 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.82 และร้อยละ 54.54 รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 5,000 บาททั้งสองกลุ่ม และความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 95.45 และร้อยละ 77.27 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีบิดาหรือมารดาเป็นผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 59.09 และร้อยละ 40.91 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในช่วงเวลา 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 59.09 และร้อยละ 54.54 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 95.45 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

1.4.2 คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.4.3 คะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

2.1 สมมติฐานข้อที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ที่ว่า การส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจ เป็นการป้องกันจิตใจของบุคคลนั้นต่อความเสียหายที่เกิดจากผลกระทบจากเหตุการณ์ที่รุนแรงหรือภาวะบีบคั้นต่างๆที่บุคคลต้องเผชิญ โดยการส่งเสริมให้บุคคลนั้นเกิดการพัฒนาความคิด มีความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ เห็นความสำคัญของตนเอง มีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่างๆที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตตนเองได้ ซึ่งสามารถพัฒนาขึ้นได้จาก 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสร้างเสริมความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) ในด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) การส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (External supports) ด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) และการสร้างเสริมความสามารถในการจัดการกับปัญหา และสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ด้านสิ่งที่ฉันสามารถ (I can)

ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกิจกรรมดังนี้

1. กิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งภายใน ด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ผู้วิจัยจัดกิจกรรม “มาารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ” โดยกระตุ้นให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองหาข้อดีของตนเองในช่วงที่ผ่านมา และนำเสนอเป็นรายบุคคล เช่น ช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนข้ามถนน กวาดลานวัด เป็นต้น โดยมีสมาชิกในกลุ่มกล่าวชมเชยและปรบมือให้ และผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสร้างความรู้สึกดีให้กับตนเอง และลักษณะของคนที่ดีกับตนเองและคนที่ไม่รู้สึกดีกับตนเอง ทำให้ผู้ดูแลได้กลับมามองตนเองในมุมมองด้านที่ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง และเมื่อได้พูดคุยกับสมาชิกในกลุ่มทำให้เห็นมุมมองด้านดีของแต่ละคน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ และวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ รวมทั้งกิจกรรมที่ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของความคิดหรือการมองโลกเชิงบวก โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกที่อยู่ในใจที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลาาน ซึ่งพบว่า มีทั้งความคิด/ความรู้สึกทั้งเชิงบวกและเชิงลบ และให้วิเคราะห์สถานการณ์ มองหาแง่ดีและแง่ร้ายของสถานการณ์ และให้ชมวิดิทัศน์เรื่อง “ปรับสมอง เปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก” ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง สามารถมองสถานการณ์ได้ทั้งแง่ดีและแง่ร้าย และเสนอความคิดเห็นในการเปลี่ยนความคิดเชิงลบให้เป็นบวกได้อย่างเหมาะสม และบอกว่า รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าและมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ (2563) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในชีวิตหรือมีความเข้มแข็งทางใจ จะมองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

2. กิจกรรมส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (external supports) เป็นกิจกรรมส่งเสริมด้านสิ่งที่มี (I have) เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงบุคคล/สิ่งที่ยกย่องให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ทีมจิตเวช แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ทีมกู้ภัย โรงพยาบาล และให้สมาชิกในกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้แหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนที่ตนเองนึกถึงและเคยใช้เมื่อประสบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถจัดการได้ เป็นต้น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ให้แนวทางการดูแลและขั้นตอนการขอความช่วยเหลือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโดยตรงกรณีมีปัญหาฉุกเฉิน จากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รู้วิธีการขอความช่วยเหลือ หลายคนที่เคยขอความช่วยเหลือแล้วเกิดปัญหา หรือเกิดความลำบากใจในการขอความช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ หลังจากรับฟังการบรรยายและทำกิจกรรมกลุ่มแล้ว ทำให้มีความมั่นใจในการขอความช่วยเหลือมากขึ้น สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่จะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้รู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าใจอารมณ์ตนเอง การจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด ได้แก่ เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทั้งนี้เพื่อให้กลุ่มทดลองตระหนักถึงอารมณ์และความเครียดของตนเอง และสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกคน

3. กิจกรรมเสริมสร้างความสามารถ (I can) ในการจัดการกับปัญหาและการสื่อสารที่ดีระหว่างบุคคล ได้แก่ กิจกรรม “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ” เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเข้าใจ เข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของคู่สนทนา โดยให้ชมวิดีโอ เรื่อง “การสื่อสารและวิธีสร้างสุขในครอบครัว” และให้ความรู้เกี่ยวกับคำพูดที่มีความหมายแฝง วิธีการสื่อสารทางบวก ให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์คำพูดที่มีความหมายแฝงจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถวิเคราะห์ความหมายแฝงได้อย่างถูกต้อง อันจะนำไปสู่ความสามารถในการพูดคุยกันอย่างเข้าใจระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัว ทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาคำพูดและส่วนที่เป็นภาษาท่าทาง ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของคู่สนทนาได้ดีขึ้น และผู้วิจัยจัดกิจกรรม “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” โดยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหา แนวทางและขั้นตอนการแก้ไขปัญหา และฝึกปฏิบัติทักษะการแก้ปัญหา ด้วยการให้กลุ่มทดลองทำใบงาน วิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง และหาแนวทางการแก้ปัญหาโดยการใช้หลักบันไดห้าขั้น และให้สมาชิกแต่ละคนมานำเสนอปัญหา ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถใช้แนวทางในการแก้ไขปัญหาของ

ตนเองได้เหมาะสม อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินของโรค และการรักษา และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน แล้วให้เปรียบเทียบกับอาการที่ผู้ป่วยที่ตนเองดูแลอยู่ว่ามีความเหมือนและแตกต่างกันอย่างไร เมื่อได้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจธรรมชาติของการดำเนินของโรคมมากขึ้น มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยซึ่งแตกต่างกัน ทำให้กลุ่มทดลองสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และผู้วิจัยให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเล่นเกมบัตรคำจับคู่ระหว่างการดูแลอาการผิดปกติจากการรับประทานยาและอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยกับวิธีการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งกลุ่มทดลองสามารถจับคู่บัตรคำได้ถูกต้อง ทำให้กลุ่มทดลองมีสีหน้าดีใจ และบอกว่า คลายกังวล เพราะอาการบางอย่างตรงกับอาการของผู้ป่วยที่ดูแล หลังสิ้นสุดกิจกรรม กลุ่มทดลองบอกว่า รู้สึกมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และจะนำสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกในกลุ่มไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่องทั้งในด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ด้านสิ่งที่ฉันมี (I have) และด้านสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) โดยจัดตั้งกลุ่มไลน์ชื่อ “คลินิกใจเข้มแข็ง” เพื่อใช้ในการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างสมาชิกในกลุ่ม ส่งข้อมูลข่าวสารหรือวิดิทัศน์เกี่ยวกับโรคจิตเภท และวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น เทคนิคการดูแลให้ผู้ป่วยกินยา เป็นต้น วิธีการสื่อสารเชิงบวก และส่งเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนในการขอความช่วยเหลือ รวมทั้งวิธีต่างๆ ในการผ่อนคลายความเครียด โดยให้สมาชิกทุกคนเข้ามาอ่าน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางไลน์ การกระตุ้นเตือนการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด อีกทั้งกลุ่มทดลองสามารถสอบถามหรือปรึกษาปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยและสมาชิกในกลุ่มร่วมกันแก้ไขปัญหา ซึ่งทำให้กลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ สามารถนำแนวทางที่ได้รับไปแก้ไขปัญหาได้เป็นอย่างดี

จากกิจกรรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองมองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดความภาคภูมิใจ สามารถพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลอยู่ และสมาชิกในครอบครัว ด้วยการสื่อสารกันด้วยความเข้าใจ เข้าใจอารมณ์และความรู้สึกของคู่สนทนามากขึ้น และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดอาการข้างเคียงจากการกินยา การดูแลช่วยเหลือเมื่อมีอาการฉุกเฉิน รวมทั้งรับรู้แหล่งประโยชน์/แหล่งสนับสนุนภายนอกในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาได้ ผลการศึกษาจึงพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ เตือนแรม ยศปัญญา

(2555) ที่พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลก กลุ่มทดลองมีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงขึ้น โดยสามารถเผชิญปัญหาและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ส่วนผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการสอน/ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลในการกินยา และการมาตรวจตามนัด จากพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก ไม่ได้เน้นการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน หรือการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยา ความรู้ที่ได้รับจึงอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล ไม่มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้ดูแลอื่นที่มีปัญหาใกล้เคียงกันหรือระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ ที่สามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ รวมทั้งการไม่ได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต เช่น การมองหาข้อดีของตนเอง การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อให้มองเห็นคุณค่าในตัวเอง การได้รับความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจและความคิดเชิงบวก ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการฝึกทักษะในการดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือในภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการฉุกเฉิน ไม่ได้ฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกที่ช่วยเพิ่มความรักความเข้าใจในครอบครัว และทำให้เข้าใจความรู้สึกหรืออารมณ์ของคู่สนทนา การฝึกการผ่อนคลายความเครียด และทักษะการแก้ปัญหา ที่จะช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้เพิ่มขึ้นได้ อีกทั้งไม่มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่มทางไลน์ ทั้งในการได้รับข้อมูลข่าวสาร การสอบถามปัญหาต่าง ๆ การกระตุ้นเตือน และการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าว หลังการทดลองกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่ากลุ่มทดลอง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศีโรรัตน์. (2022) ที่พบว่า หลังการทดลอง พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความเข้มแข็งทางใจเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากสามารถช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวและยอมรับปัญหา และสามารถแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน โดยเฉพาะถ้าอาการของโรคไม่สงบจะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม ของผู้ดูแล เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ เช่น เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง เป็นต้น ซึ่งจากการประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมพบว่า กลุ่มทดลองมีภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงความไม่สุขสบายทางใจ ความวิตกกังวล ของผู้ดูแล ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเกิดจากปัจจัยหลายประการ ได้แก่ 1) ระยะเวลาการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6-10 ปีขึ้นไป ร้อยละ 40.91 (ตารางที่ 4.1) ซึ่งระยะเวลาที่ดูแลนานมากเท่าไรก็จะก่อให้เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเพิ่มขึ้น (เซน และคณะ, 2016) 2) ความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ บิดา มารดา หรือสามี/ภรรยา ถึงร้อยละ 77.27 ผู้ดูแลและผู้ป่วยถ้าผูกพันกันมาก ผู้ดูแลจะรู้สึกถึงภาวะกดดันด้านจิตใจมากจากการที่บุคคลที่รักเกิดความเจ็บป่วย (วัชรินทร์ เกียงภา และคณะ, 2563) 3) ความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นโรคที่ป่วยแล้วจะไม่หายขาด มีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นระยะ บางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว เฉยชา ดูแลตนเองไม่ดี มีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินของโรค และการดูแลเบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการเมื่อมีอาการกำเริบ ก็จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองร้อยละ 95.45 ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน โดยเฉพาะการปฏิบัติเมื่อมีอาการข้างเคียงจากยา หรือเมื่อมีอาการกำเริบรุนแรงว่าควรปฏิบัติอย่างไร รวมทั้งการประสานติดต่อ/การนำส่งโรงพยาบาลว่าควรทำอย่างไร ปัจจัยเหล่านี้ทำให้กลุ่มทดลองเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงส่งเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดการพัฒนาความคิด มีความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ เห็นความสำคัญของตนเอง มีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่างๆที่อาจส่งผลกระทบต่อชีวิตตนเองได้ โดยจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ได้แก่ กิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งภายใน (inner strengths) ด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองหาข้อดีของตนเอง และบรรยายเกี่ยวกับวิธีการสร้างความรู้สึกดีให้กับตนเอง และลักษณะของคนที่มีรู้สึกดีกับตนเองและคนที่ไม่รู้รู้สึกดีกับตนเอง ทำให้ผู้ดูแลได้กลับมามองตนเองในมุมมองด้านที่ดี มองเห็นคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึกที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานาน และให้หม่วิตทัศน์เรื่อง “ปรับสมอง เปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก” ซึ่งทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองรู้สึกว่าคุณค่าและมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังจัดกิจกรรมส่งเสริมแหล่งสนับสนุนภายนอก (external

supports) ในด้านสิ่งที่มี (I have) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการใช้แหล่งประโยชน์ที่อยู่ในชุมชนที่นึกถึงและเคยใช้เมื่อประสบปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งอธิบายขั้นตอนการขอความช่วยเหลือกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วย รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อโดยตรง กรณีมีปัญหาฉุกเฉิน ทำให้ผู้ดูแลรู้วิธีการขอความช่วยเหลือ มีความมั่นใจในการขอความช่วยเหลือมากขึ้น และสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของผู้ดูแล และสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ ทำให้กลุ่มทดลองรู้สึกมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับการเข้าใจอารมณ์ตนเอง การจัดการกับอารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น วิธีการจัดการกับความเครียดด้วยตนเอง และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้กลุ่มทดลองสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดของตนเองได้อย่างเหมาะสม

และผู้วิจัยจัดกิจกรรมเสริมสร้างความสามารถ (I can) ในการจัดการกับปัญหาและการสื่อสารที่ระหว่งบุคคลโดยให้ชมวิดีโอ เรื่อง “การสื่อสารและวิธีสร้างสุขในครอบครัว” และให้ความรู้เกี่ยวกับคำพูดที่มีความหมายแฝง วิธีการสื่อสารทางบวก ให้กลุ่มทดลองวิเคราะห์คำพูดที่มีความหมายแฝงจากสถานการณ์ที่กำหนดให้ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงอารมณ์และความรู้สึกของคู่สนทนาได้ดีขึ้น และให้ฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา วิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของตนเอง และหาแนวทางการแก้ปัญหา อีกทั้งผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินของโรค และฝึกทักษะการดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในภาวะฉุกเฉิน และให้พูดคุยแลกเปลี่ยนกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจธรรมชาติของการดำเนินของโรคมามากขึ้น และสามารถนำมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ กิจกรรมดังกล่าวมา ทำให้กลุ่มทดลองคลายความเครียด และความวิตกกังวล มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น และมั่นใจว่าตนเองสามารถแก้ไขปัญหาคือเป็นได้ดี ดังนั้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ส่วนผู้ดูแลกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ในระดับมากเท่าเดิม และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยภาวะกดดันด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 100 ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แต่ได้รับการสอนให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการของโรคจิตเภท การดูแลในการกินยา และการมาตรวจตามนัด จากพยาบาลเท่านั้น ไม่ได้เน้นการดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการฉุกเฉิน หรือการแก้ไขเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยา ไม่มีโอกาสแลกเปลี่ยน

เรียนรู้กับผู้ดูแลอื่นที่มีปัญหาใกล้เคียงกันหรือระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ รวมทั้งการไม่ได้รับกิจกรรมที่เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต ดังกล่าวข้างต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะสร้างเสริมให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้มแข็งทางใจ รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี ซึ่งทำให้ภาวะกดดันด้านจิตใจลดลงได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคินี เดชชัยยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เสงอุตมทรัพย์ (2563) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในชีวิตร มองโลกในแง่ดี จะสามารถดึงศักยภาพของตนเองมาจัดการในการแก้ไขปัญหาได้ เห็นคุณค่าในตนเอง มีความมั่นใจ และสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ โดยใช้แนวคิดของ Grotberg ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สิ่งที่มี (I have) หรือ แหล่งสนับสนุนภายนอก สิ่งที่เป็น (I am) หรือความเข้มแข็งภายใน และสิ่งที่ฉันสามารถ (I can) สามารถนำมาใช้ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ดูแลมองเห็นคุณค่าในตัวเอง มีความมั่นคงทางใจ สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ช่วยทำให้ภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลลดลงด้วย อันจะนำไปสู่การเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปใช้ในการให้ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้มีความเข้มแข็งทางใจ และลดภาวะกดดันด้านจิตใจ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่มีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

3.1.1 สามารถนำโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งแจกคู่มือการใช้โปรแกรม

3.1.2 พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสอดแทรกกิจกรรมหรือเนื้อหาการสอนเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพิ่มเติม จากการสอนหรือให้คำแนะนำที่มีอยู่เดิม เช่น การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากการกินยา การดูแล เมื่อมีอาการฉุนเฉียวหรืออาการของโรครุนแรงขึ้น เป็นต้น

3.1.3 พยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรสาธารณสุขควรมีการประเมินภาวะกตัญญูด้าน จิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะ เพื่อนำมาใช้ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ ลักษณะกตัญญู ด้านจิตใจ ช่วยในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า

3.2 ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์ ในการลดความกตัญญูด้านจิตใจในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในชุมชน เช่น ผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดเตียงช่วยเหลือตัวเองได้น้อย

3.2.2 ควรมีการศึกษาติดตามผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ในระยะยาวและต่อเนื่อง ว่าจะมีความสามารถภาวะกตัญญูด้าน จิตใจได้อย่างต่อเนื่องหรือไม่ และส่งผลต่อการควบคุมอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลอยู่อย่างไร





บรรณานุกรม

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

บรรณานุกรม

- กุศลลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, และศิริณา อภิสทธิภิญโญ. (2560). *จิตเวชศาสตร์ Psychiatry* (พิมพ์ครั้งที่ 2). คลังนานาวิทยา.
- จรัสพร หอมจันทร์ดี. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา เจริญเวช. (2013). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 121-135.
- จิตติพรรณ อินทร์ตา. (2562). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดือนแรม ยศปัญญา. (2555). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งในการมองโลกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพย์ภา เชษฐชูชาลิต, วิลาวรรณ คริสต์รักษา, ดำรงค์ แวอาลี, และสุนันทา เศรษฐวิชรานิช. (2560). ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 323-336.
- เทียนทอง ทาระบุตร. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย. (2554). *ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นลิน ดวงปัญญา. (2562). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- นัทธมนต์ ฉิมสุข. (2557). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะความกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- นันทวิช ลิทธิรักษ์, และคณะ. (2558). *จิตเวชศิริราช DSM-5* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ประมวลสารสันไทยการพิมพ์.

- บุบผา ธนิกกุล. (2555). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 74-86.
- เบ็ญจมาศ พุกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, และกนกวรรณ สุดศรีวิไล. (2556). การสำรวจระดับความวิตกกังวลปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ประเวศ ตันติเวชพิวัฒน์สกุล. (2552). *การสร้างความเข้มแข็งทางใจ*. ปิยอนด์พับลิชชิง.
- ปิยธิดา รักพงศ์, และสายทิพย์ สุทธิรักษา. (2562). ผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลที่บ้าน *The Effects of Pharmaceutical Care in Patients with Schizophrenia and Caregivers Education at Home* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไปได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, สุชาติ พหลภาคย์, และอุบล นิวัติชัย. (2562). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท : บทบาทและกระบวนการ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พชรพร ผู้ภูวิธ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 29-44.
- พรรณี เขาแก้ว, และบัวทอง สว่างไสวกุล. (2556). ความแกร่งของจิตใจ การมองโลกในแง่ดี และการปรับตัวต่ออุทกภัยของประชาชนในตำบลพรหมบุรี อำเภอพรหมบุรี จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 39(1), 171-185.
- พรรณี สวนเพลง. (2552). *เทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมสำหรับการจัดการความรู้*. ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- พิชญา เหลียงพานิช. (2560). *ผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ชุมชน* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไปได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิชามญชุ์ อินทะพุด. (2565). *การดูแลญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท: ความท้าทายสำหรับพยาบาลจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วนิตการพิมพ์.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2555). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแล และการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.
- ไพจิตร พุทธรอด, และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์. (2022). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 1-13.
- ภคินี สุตะ. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จังหวัดสุโขทัย* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ ไปได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

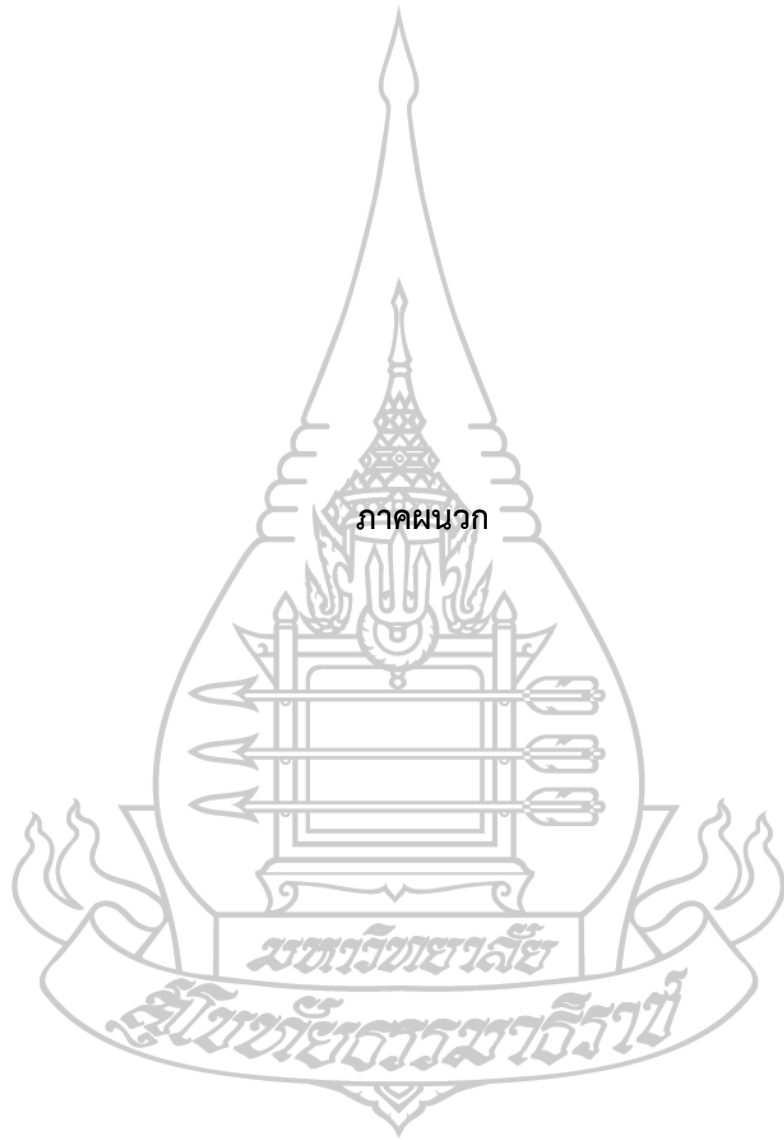
- ภาคินี เดชชัยศ, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และภรภัทร เสงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 30(3), 170-181.
- มัลลิกา จันท์เพ็ญ. (2557). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(3), 126-140.
- มานิตา ศิริพัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมการเผชิญความเครียดแบบกลุ่มต่อการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 30(3), 78-90
- ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ, อาทิตยา พรชัยเกตุ, และโอว ยอง. (2559). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุวดี ประเสริฐ. (2565). ผลของโปรแกรมการควบคุมตนเองผ่านสื่อแอปพลิเคชันไลน์ต่อความวิตกกังวล พฤติกรรมความร่วมมือ และระยะเวลาในการตรวจของผู้ป่วยที่ได้รับการส่งกึ่งอัตโนมัติ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยรังสิต.
- รัศมน กัลป์ยาศิริ. (2561). *การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช = Addiction & psychiatric complications*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ริชชา ยะมะโน, และรัชนิกร อุปเสน. (2563). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งนภา อาระหัง. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. *วารสารแพทยนาวิ*, 45(3), 509-526.
- วรารณ สินธุ์โสภา. (2560). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแบบกลุ่มต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชรพร เกียงภา, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิน แสงอ่อน, และวิไล นาป่า. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(3), 77-101.
- วัชรพร เกียงภาและคณะ. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 49-62.
- วาทีนี สุขมาก. (2564). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช : แนวคิดสำหรับการปฏิบัติงานบนคลินิก Mental health and psychiatric nursing : concepts for clinical practice*. สวนหนังสือ.
- วาสนา นามเหล่า. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศรีัญญา จริญญา. (2563). *สุขภาพจิตและจิตเวช*. ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.

- ศิริพร บุรณกุลกิจการ, และคณะ. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพร บุรณกุลกิจการ. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิริพันธ์ุ สาสัดย์. (2549). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภศิลาป์ กุลจิตต์เจือวงศ์. (2556). *ไลน์รูปแบบการสื่อสารบนความสร้างสรรค์ของสมาร์ทโฟน : ข้อดีและข้อจำกัดของแอปพลิเคชัน*. *วารสารนักบริหาร*, 33(4), 42-54.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). *ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัตสัน* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิริมาบังอร ดีหลี. (2560). *ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังต่อความสามารถในการฟื้นฟูจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุจรรยา โลหาชีวะ, และนันทกค ชนะพันธ์. (2563). *ปัจจัยทำนายประสพการณ์ทางบวกและทางลบในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(1), 103-117.
- สุทธดา บัวจัน, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, และรัชนีกร อุบเสน. (2559). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวแบบย่อต่อการดูแลของผู้ดูแล และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(2), 113-126.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช Psychiatric nursing* (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวนีย์ คงนิรันดร. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโศรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสี่ยงล้ำ, และวีร์ เมฆวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทวิศพอเรียอิมเมจ จำกัด.
- โสภิต แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาว ทวีคุณ. (2018). *ความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(2), 84-99.
- อัศววัฒน์ เพ็ญวงศาคัต. (2561). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์*. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 28(1), 72-84.

- อัญชลี ตักโพธิ์. (2559). *ผลของโปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท* [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อมรรัตน์ ศรีภา. (2561). *การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท*. ซีเอ็ดยูเคชั่น.
- อุทัย สำนวมจิตร, ปณิตดา รุ่งสมกาย, และปิ่นณรัตน์ วงศ์พัฒน์วิภาส. (2566). การพัฒนาแอปพลิเคชันแบบทบทวนประเภทให้คำแนะนำแนวคิดเชิงบวกป้องกันโรคซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารครุศาสตร์อุตสาหกรรม*, 22(1), 75-87.
- Castle, T. J., & Buckley, P. F. (2015). *Schizophrenia* (2nd ed.). Oxford university press.
- Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., & Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96(2), 78-82.
- Cherie, R. R., Carolyn, J. G., & Heimgartner, N. (2020). *Psychiatric Nursing: Made Incredibly Easy* (3rd ed.). Medical Psychiatry Nursing Educational.
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individual. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide for promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. (Early childhood development: Practice and Reflection No.8)*. The Hague, the Netherlands, the Bernard Van Leer Foundation.
- House, J. S., Landis, K. R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*,
- Kessler, R., & Mroczek, D. (1994). *Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor, MI: Survey Research*. Center of the Institute for Social Research, University of Michigan.
- Lieberman, R. P., Mueser, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T., & Massel, H. K. (1986). Training Skills in the Psychiatrically Disabled: Learning Coping and Competence. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 631 -647.
- Lohacheewa, S., Sitthimongkol, Y., Sirapo-ngam, Y., & Viwatwongkasem, C. (2016). Psychological Distress of Family Members Caring for a Relative with First Episode Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 183-195.

- Behrouia, M., Ramezani, T., Dehghan, M., Sabahi, A. & Zarandi, B. E. (2021). The effect of the emotion regulation training on the resilience of caregivers of patients with schizophrenia: a parallel randomized controlled trial. *BMC Psychol*, 9(39), 1-8.
- Masse. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress Methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, (10), 411-423.
- Mcevoy, J.P., Lieberman, J.A., Stroup, T.S., Davis, S.M., Meltzer, H.Y., Rosenheck, R.A., et al. (2006). Effectiveness of clozapine versus olanzapine, quetiapine, and risperidone in patients with chronic schizophrenia who did not respond to prior atypical antipsychotic treatment. *Am J Psychiatry*. 163(4), 600-610.
- Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2002). Depression, parenthood, and age at first birth. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1281–1298.
- Morgan, Freeman, Powell, & Curran, (2018). Which biological and self-report measures of cannabis use predict cannabis dependency and acute psychotic-like effects? *Psychological Medicine*, 49(9), 1574–1580.
- Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn, P., (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics*, dio:10.1186/1478-7954-8-24.
- Ridner (2004). Psychological Distress: Concept Analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545.
- Tanriverdi, D., & Ekinci, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 281-288.
- Yiengprugsawan, V., Seubsman, S. A., & Sleigh, A. C. (2012). Psychological distress and mental health of Thai caregivers. *Psychology of Well-Being: Theory*, 2(1), 4-14.

Click or tap here to enter text.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

สุโขทัยวิทยาเขตราชภัฏวชิรเวศน์



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. นายแพทย์ปรีญทัศน์ เนตรสุวรรณ | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าภาควิชาจิตเวช
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
จังหวัดตาก |
| 2. นางจรรยา ใจหนูน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
จังหวัดตาก |
| 3. น.ส.จันทนา ชุ่มเย็น | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช
จังหวัดตาก |
| 4. นางสาวสรรพวรรณ เนื่องวัง | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
โรงพยาบาลสามเงา อำเภอสามเงา
จังหวัดตาก |
| 5. ดร.มาณิกา เพชรรัตน์ | อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและ
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
จังหวัดพิษณุโลก |





ภาคผนวก ข

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์



สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ต.บางพูด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120
 โทร. 02-5048036, 02-5048037 โทรสาร 02-5032620

NS No.29/2566.....

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะ
 กัดต้นด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 รหัสโครงการ : -
 ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย : นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว
 สถานที่ทำวิจัย : ณ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 ได้พิจารณาโครงการวิจัยเรื่องดังกล่าว มีความเห็นว่า มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล จึงเห็นสมควร
 ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้

ลงนาม.....
 (รองศาสตราจารย์ พ.ต.อ.หญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว)
 ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วันที่ให้การรับรอง :25/12/2566..... วันที่หมดอายุการรับรอง :25/12/2567.....

พลิกด้านหลัง

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย
หนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เป็นเครื่องมือการวิจัย
และหนังสือขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย





ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/๑๕๙๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขออนุญาตให้บุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าบุคลากรของท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขออนุญาตให้บุคลากรของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว จำนวน ๓ ราย ดังนี้

๑. นายแพทย์ปริญทัศน์ เนตรสุวรรณ
๒. นางจรรยา ใจหนูน
๓. นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๘๓

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน นายแพทย์ปริญญาทัศน์ เนตรสุวรรณ

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Naiyoti Hlee

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๙๙

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย

เรียน นางจรรยา ใจหนูน

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๘๓

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน นางสาวจันทนา ชุ่มเย็น

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างดียิ่ง จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราชา

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๘๓

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

เรียน อาจารย์ ดร.มานิกา เพชรรัตน์

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็นอย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Prasert Pong

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๕-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๕๘๓

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๓๑ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย
เรียน นางสาวสรพรพรรณ เนื่องวัง

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
เวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง
“ผลของโปรแกรมเสริมสร้างหลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็น
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอยู่ระหว่างการดำเนินการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ เห็นว่าท่านมีความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ในเรื่องดังกล่าวเป็น
อย่างดี จึงขอเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Dr. Premrattana Noyhinwai

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐

โทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓ (นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว)



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ ๑๕๕๓๓

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๑๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามเงา

ด้วย นางอมรรัตน์ ไช้แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ ศูนย์แพทย์ป้อมเพชร อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาทดลองใช้เครื่องมือการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบสอบถามประเมินความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๓๐ ราย เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไช้แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

นางอมรรัตน์ ไช้แก้ว

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ร.๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอบางเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองตาก

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Dr. Permpathee

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังประจบ

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๒๐ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโป่งแค

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๒๐ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

Dr. Permpat Noy

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานห้วยเตือ

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๔ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะลาดระฆัง

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๕ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลานสอ

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๙ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๒

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงกมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๒๐ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ที่ อว ๐๖๐๒.๒๖/ว ๑๖

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
ตำบลบางพูด อำเภอปากเกร็ด
จังหวัดนนทบุรี ๑๑๑๒๐

๕ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแดง

ด้วย นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อำเภอเมือง จังหวัดตาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอกหญิง ดวงมล ปิ่นเฉลียว เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค จิตเภท ซึ่งอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลผู้ป่วย ๖ เดือนขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของท่าน จำนวน ๗ คน เพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ ทั้งนี้หากท่านต้องการรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อโดยตรงที่ นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘-๖๒๐๕-๔๑๖๓

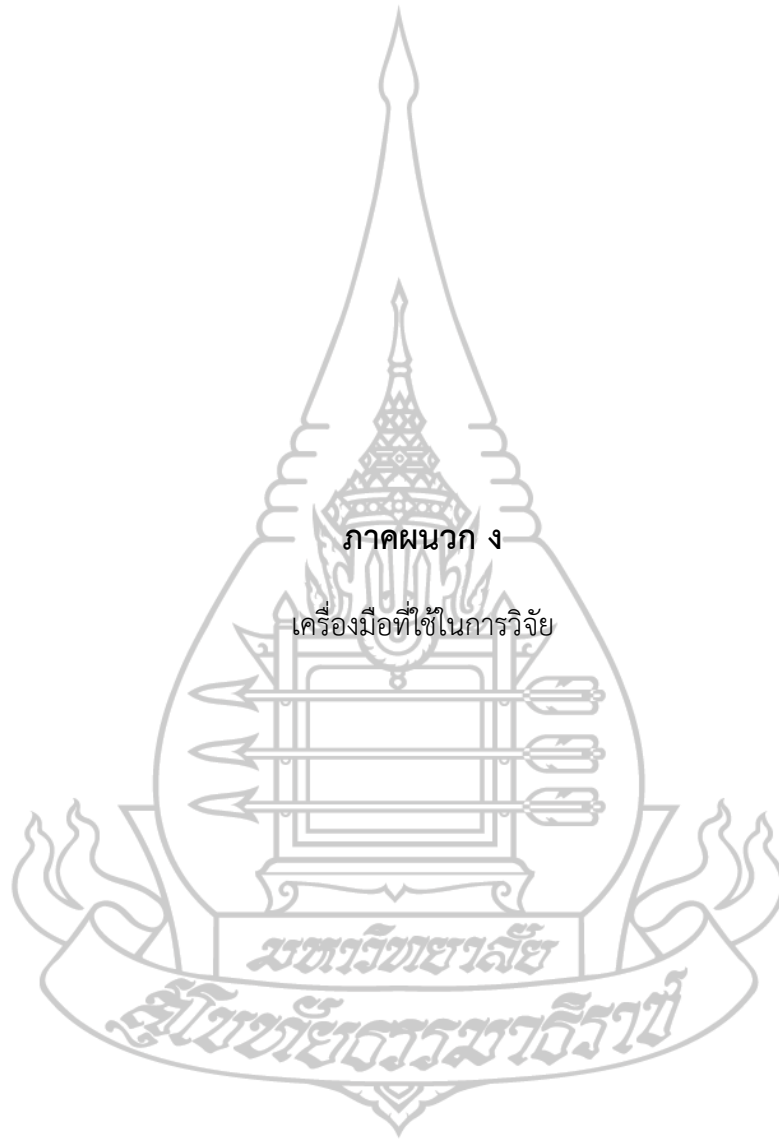
จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย)
ประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

โทรศัพท์ ๐-๒๕๐๔-๘๐๓๖-๗

โทรสาร ๐-๒๕๐๓-๒๖๒๐



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยศรี

นครินทรวิโรฒราชภัฏ

แบบสอบถามวิทยานิพนธ์

เรื่อง “ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ และความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจะไม่ส่งผลต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด การตอบแบบสอบถามไม่ต้องระบุชื่อ สกุล ข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ และจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อตามความเป็นจริง ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปเป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เพื่อลดความกดดันด้านจิตใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะความกดดันด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง () หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

() หญิง () ชาย

2. อายุ.....ปี (คำนวณอายุปีเต็ม โดยใช้ พ.ศ.ปัจจุบัน ลบด้วยพ.ศ.เกิด)

3. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่

() หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่

4. ระดับการศึกษา

() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา

() มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.

() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี

() สูงกว่าปริญญาตรี () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

5. อาชีพ

() เกษตรกรรม () รับจ้างทั่วไป

() ค้าขาย () พนักงานบริษัทเอกชน

() รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ () แม่บ้าน/พ่อบ้าน

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () อื่น ๆ โปรดระบุ.....

6. รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่เกิน 5,000 บาท | <input type="checkbox"/> 5,001-10,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 10,001-15,000 บาท | <input type="checkbox"/> 15,001-20,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 20,001-25,000 บาท | <input type="checkbox"/> 25,001-30,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> 30,001-35,000 บาท | <input type="checkbox"/> 35,001-40,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ..... | |
7. ความเพียงพอของรายได้/เดือน
- เพียงพอ
- ไม่เพียงพอ
8. ท่านเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะเป็น
- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> บิดา/มารดา | <input type="checkbox"/> ภรรยา/สามี |
| <input type="checkbox"/> พี่/น้อง | <input type="checkbox"/> บุตร |
| <input type="checkbox"/> ญาติ (น้ำ อา ลุง ป้า หลาน เขย สะใภ้) | |
9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน.....ปี.....เดือน
10. ท่านเคยได้รับความรู้ผ่านการอบรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่
- ไม่เคย
- เคย ปีที่ได้รับการอบรม.....
- ผู้ที่ให้ความรู้/ให้การอบรม.....
- เรื่องที่ได้รับการอบรม โรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- อื่นๆ ระบุ.....



ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ

คำชี้แจง แบบประเมินนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจของท่านจากการที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ามีมากน้อยเพียงใด ในการตอบคำถามแต่ละข้อ โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ใน ช่องที่บรรยายถึงระยะเวลาที่ท่านมีความรู้สึกดังกล่าวได้ดีที่สุด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึกนั้นเลย
- 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเล็กน้อย
- 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกบางเวลา
- 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเกือบตลอดเวลา
- 5 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกตลอดเวลา

ข้อคำถาม	ไม่ เลย (1)	เล็ก น้อย (2)	บาง เวลา (3)	เกือบ ตลอดเวลา (4)	ตลอด เวลา (5)
1. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกเหนื่อยโดยไม่ทราบสาเหตุ					
2. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกวิตกกังวล					
3. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกวิตกกังวล มากจนไม่มีสิ่งใดเลยที่จะทำให้ ท่านรู้สึกสงบลงได้					
4. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกสิ้นหวัง					
5. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่าย					
6. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกกระสับกระส่ายจนไม่สามารถนั่งนิ่งๆได้					
7. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกหดหู่ใจ					
8. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าทุกอย่างเป็นเพียงความพยายาม					
9. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าเศร้ามากจนไม่มีกำลังใจ					
10. บ่อยแค่ไหนที่ท่านรู้สึกว่าตนเอง ไร้ค่า					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

คำชี้แจง แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความทนทานต่ออารมณ์ กำลังใจ และด้านการจัดการปัญหาของท่านเมื่อเกิดปัญหาขึ้น กรุณาอ่านแต่ละข้อความ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ของตัวท่านมากที่สุด เพียงช่องเดียว โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

จริงมาก	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นทั้งหมด
ค่อนข้างจริง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นเกินครึ่งหนึ่ง
จริงบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง
ไม่จริง	หมายถึง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นทั้งหมด

ข้อความ	ไม่จริง 1	จริง บางครั้ง 2	ค่อนข้าง จริง 3	จริง มาก 4
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
1. เรื่องไม่สบายใจเล็กน้อย ทำให้ฉันวุ่นใจ นิ่งไม่ติด				
2. ฉันไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะฉัน				
3. เมื่อฉันทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอม รับผิดชอบหรือผลที่ตามมา				
4. ฉันยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5. เวลาทุกขใจมาก ๆ ฉันเจ็บป่วยไม่สบาย				
6. ฉันสอนและเตือนตัวเอง				
7. ความยากลำบาก ทำให้ฉันแกร่งขึ้น				
8. ฉันไม่จดจำเรื่องราวในอดีต				
9. ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใด ชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด				
10. เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย				
ด้านกำลังใจ				
11. จากประสบการณ์ที่ผ่านมา ทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้				
12. ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ				
13. ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิต ก้าวไปข้างหน้า				
14. เมื่อมีปัญหาวิกฤติเกิดขึ้น ฉันรู้สึกกว่าตัวเองไร้ความสามารถ				
15. เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น				

ข้อความ	ไม่ จริง 1	จริง บางครั้ง 2	ค่อนข้าง จริง 3	จริง มาก 4
ด้านการจัดการกับปัญหา				
16. ฉันอยากหนีไปให้พ้น หากมีปัญหานักหนา ต้อง รับผิดชอบ				
17. การแก้ไขปัญหทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18. ในการพูดคุยฉันหาเหตุผลที่ทุกคนยอมรับหรือเห็น ด้วยกับฉันได้				
19. ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20. ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม



ภาคผนวก จ

คู่มือการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจ
และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีการดำเนินของโรคเรื้อรัง ตั้งแต่เริ่มมีอาการเล็กน้อย จนกระทั่งมีอาการทางจิตที่เด่นชัดและรุนแรง ผู้ป่วยจะมีลักษณะความผิดปกติด้านการคิด การรับรู้ มีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติ โดยเฉพาะความเสื่อมถอยของสมรรถภาพด้านต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน จึงต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง การดูแลจึงมุ่งเน้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วย กลับมาใช้ชีวิตในบริบทจริงของตนเอง โดยมีผู้ดูแลเป็นญาติหรือคนในครอบครัวคอยให้การดูแล ซึ่งใน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ รุนแรง ไม่ร่วมมือในการรักษา พฤติกรรมผู้ป่วยควบคุมไม่ได้ ผู้ดูแลจะต้องอาศัยการทุ่มเททั้งแรงกาย แรงใจ แรงกาย ซึ่งอาจมีอุปสรรคในการดูแลคือ อารมณ์ หรือพฤติกรรม รวมถึงภาวะแทรกซ้อนของ โรค ซึ่งทำให้ญาติผู้ดูแลเกิดความเครียด เหนื่อยล้า เกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ จนก่อให้เกิดปัญหา สุขภาพจิตในผู้ดูแลได้ ดังนั้นความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสำคัญในการมีส่วน ช่วยให้ผู้ดูแลดังกล่าว รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าเพิ่มขึ้น สามารถเผชิญกับปัญหาหรือความตึงเครียดของ จิตใจ เพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับ แอปพลิเคชันไลน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดความกดดันด้านจิตใจ โดยใช้แนวคิดของ กรอทเบิร์ก Grotberg (1995) ประกอบด้วย สิ่งที่มี (I am) สิ่งที่มี (I have) และสิ่งที่ฉัน สามารถ (I can) ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการพัฒนาทักษะการสื่อสารและการใช้แหล่ง สนับสนุนทางสังคม โดยการให้ข้อมูลข่าวสาร เป็นการส่งเสริมให้ได้รับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะ สนับสนุนและช่วยเหลือต่าง ๆ ในภาวะฉุกเฉินทั้งที่เป็นตัวบุคคลและองค์กร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อสม. ผู้ใหญ่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้ระยะเวลาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอบถาม ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างสมาชิกในกลุ่มไลน์ ใช้ระยะเวลา ทั้งหมด 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย ขั้นตอนการฝึกอบรม และแผนกิจกรรม ดังนี้

1. ขั้นตอน

1.1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม กระบวนการในการฝึกอบรม การประเมินผล และ ประโยชน์ที่ได้รับจากอบรม

1.2 ทดสอบก่อนอบรมด้วยแบบวัดความเข้มแข็งทางใจและภาวะความกดดันด้านจิตใจ

1.3 ดำเนินการตามแผนกิจกรรมที่กำหนดโดยการใช้กระบวนการกลุ่ม การบรรยาย การ สาธิต การชมวิดีโอทัศน์ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

1.4 ทดสอบหลังอบรมด้วยแบบวัดความเข้มแข็งทางใจและภาวะความกดดันด้านจิตใจ

2. แผนกิจกรรมการเรียนรู้

ในการดำเนินการตามแผนกิจกรรมการเรียนรู้ ใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ประกอบด้วย แผนกิจกรรมจำนวน 5 แผน ในแต่ละแผนกิจกรรมประกอบด้วย วัตถุประสงค์การเรียนรู้ ระยะเวลา วิธีดำเนินการ กิจกรรม สื่อ/อุปกรณ์ และการประเมินผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 การส่งเสริมด้านสิ่งที่ฉันเป็น (I am) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1.1 “มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ” เป็นกิจกรรมการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การใช้คำพูด ชักจูง และการทำกิจกรรมกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1.2 “มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก” เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ ความสำคัญของความคิดเชิงบวก และวิธีฝึกการคิดเชิงบวก โดยการบรรยาย การชมวิดิทัศน์ และการทำกิจกรรมกลุ่ม และจัดตั้งกลุ่มไลน์

สัปดาห์ที่ 2 แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 การส่งเสริมสิ่งที่ฉันมี (I have) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 2.1 “ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท” เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทเกี่ยวกับ อาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค และการรักษา และฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการให้การดูแลอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา และการดูแลช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 2.2 “การเข้าใจอารมณ์เครียดและการผ่อนคลายความเครียด” เป็นกิจกรรมที่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความเครียดและวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง รับรู้อารมณ์ของตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียดให้สามารถนำไปใช้ได้ โดยให้ความรู้ จัดให้ทำใบงาน และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด

สัปดาห์ที่ 3 แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 การส่งเสริมสิ่งที่สามารถทำได้ (I can) ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 3.1 “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ” เป็นกิจกรรมในการพัฒนาให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภทและคนในครอบครัว โดยการฝึกเทคนิคการสื่อสารทางบวก การพูดเพื่อบอกความรู้สึก เพื่อสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันภายในครอบครัว และมีความเข้าใจอันดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 3.2 “การฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา” เป็นกิจกรรมที่ฝึกพัฒนาความคิดในการเข้าใจปัญหา เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตจริงได้

สัปดาห์ที่ 4 แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4

กิจกรรมที่ 4 “การรับรู้แหล่งประโยชน์” เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงบุคคลที่คอยให้ความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนภายนอก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งหรือเครือข่ายที่ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือเมื่อประสบปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น ทีมจิตเวช แหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ทีมกู้ภัย โรงพยาบาล รวมถึงวิธีและขั้นตอนในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผลการทดลอง

แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมการที่ 1.1 “มารู้สึกดีกับตัวเองกันเถอะ”

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

1. มีสัมพันธภาพที่ดี เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแล ผู้วิจัย และสมาชิกในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กำหนดการ รูปแบบ และวิธีการต่าง ๆ ในการฝึกอบรม

2. มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>1. จัดเก้าอี้ให้สมาชิกหันหน้าเข้าหากัน โดยการนั่งเป็นวงกลม ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิก แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร จากนั้นให้เล่นเกมส่บอกลวิเศษ พร้อมเปิดเพลงไปเรื่อย ๆ เมื่อเพลงหยุด แล้วบอกลอยู่ที่ใคร คนนั้นต้องยืนแนะนำตัวและจะได้รับของขวัญจากบอกลวิเศษ เล่นวนไปจนครบทุกคนทำให้เกิดความคุ้นเคยและผ่อนคลาย</p> <p>2. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม</p> <p>3. เกริ่นนำ โดยกล่าวถึง ชีวิตของคนเรา โดยทั่วไปที่มีทั้งความสุขและความทุกข์ หรือมีทั้งส่วนที่เราชอบและไม่ชอบ และพื้นฐานความสุขอย่างหนึ่งของชีวิตคนเรา คือการที่เรามีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง หากเราลองสังเกตให้ดี เราสามารถรู้สึกดีต่อตัวเองได้หลายโอกาส สุ่มถามและแลกเปลี่ยนกับสมาชิก</p> <p>4. กระตุ้นให้สมาชิกหาข้อดีของตนเอง ในช่วงที่ผ่านมา เช่น การกระทำความสามารถ และความถนัดเชี่ยวชาญ โดยให้ทำกิจกรรมในใบงานที่ 1.1</p> <p>5. ให้สมาชิกนำเสนอข้อดีของตนเอง กลุ่มกล่าวชื่นชมและให้สมาชิกในกลุ่มปรบมือให้</p>	<p>1. ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ความรู้สึกดีต่อตนเอง</p> <p>2. ใบงานที่ 1.1 สิ่งที่ดีในตัวเอง</p>	<p>1. จากความสนใจ ความตั้งใจ และการซักถาม</p> <p>2. จากการสังเกต พฤติกรรมในการร่วมกิจกรรม และการแสดงความความคิดเห็น</p>

การดำเนินงานกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>แต่ละคนที่นำเสนอ เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง จากนั้นแจกใบงานความรู้ให้ทุกคนอ่าน</p> <p>6. ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันสรุปและบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการสร้างความรู้สึกดีให้กับตัวเอง</p> <p>7. ผู้วิจัย จัดตั้งกลุ่มไลน์ โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าแอปพลิเคชัน line@ โดยให้สมาชิกร่วมกันตั้งชื่อกลุ่ม และให้สมาชิกบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นสมาชิก หรือสแกนคิวอาร์โค้ด (QR Code scan) เพื่อให้เชื่อมต่อกันโดยอัตโนมัติ เพื่อให้แหล่งสนับสนุนภายนอก (External Supports) แก่กลุ่มตัวอย่าง และให้สมาชิกทดลองเล่นไลน์ โดยการแชท โพสต์ข้อความหรือรูป เปิดวิดีโอทัศน์ จนเกิดความชำนาญ ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันกำหนดกิจกรรมที่จะเป็นแรงสนับสนุน ในการสื่อสารทางไลน์ โดยกำหนดการปฏิสัมพันธ์ทางไลน์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งในวันจันทร์ และวันวันพฤหัสบดี ขอให้สมาชิกทุกคนเข้ามา อ่านข้อความพูดคุย แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร กระตุ้นเตือนการกำกับภารกิจ ติดตามให้มารับการตรวจตามนัด ชักถามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมทั้งการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยผู้วิจัยจะให้ความรู้หรือข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับ วิธีการจัดการเบื้องต้นเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยาหรือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการผิดปกติขึ้น รวมทั้งวิธีการผ่อนคลายความเครียดในรูปแบบอื่นๆ ในรูปแบบของวิดีโอทัศน์ ข้อความหรือสัญลักษณ์ เพื่อเสริมสร้างเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจอย่างต่อเนื่อง</p>		

ใบความรู้ที่ 1.1 เรื่อง ความรู้สึกดีต่อตนเอง

ความรู้สึกดีกับตนเอง

ความรู้สึกดีต่อตนเองเป็นคุณภาพภายในจิตใจของคนเราที่มีความสำคัญ คนที่รู้สึกดีต่อตนเองจะมีความภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางใจและมีความอดทนต่อปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี

ความรู้สึกดีต่อตัวเองที่ถูกต้อง คือ การไม่มีอัตตา ไม่ยึดติดในความคิดของตนเองและการยอมรับความผิดพลาดของตนเองและความคิดเห็นของผู้อื่น ความรู้สึกดีต่อตนเองเป็นองค์ประกอบของความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งจะช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤติต่าง ๆ ไปได้ด้วยดี สามารถเรียนรู้จากประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา และมีความหวัง ถึงแม้ว่าจะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่พึงปรารถนาก็ตาม

คนที่มีความรู้สึกดีหรือไม่ดีต่อตนเองมีลักษณะอย่างไร

ตารางเปรียบเทียบลักษณะของคนที่รู้สึกดีต่อตนเองและคนที่รู้สึกไม่ดีกับตนเอง

ลักษณะของคนที่รู้สึกดีต่อตนเอง	ลักษณะของคนที่ไม่ดีกับตัวเอง
1. คาดหวังตนเองในทางบวกและเป็นจริง	1. มองตนเองในด้านลบ หรือด้านไม่ดี อยู่เสมอ
2. ไม่กังวลกับเรื่องต่าง ๆ มากเกินไป กล้าเสี่ยงในระดับที่เหมาะสม	2. วิตกกังวล จนไม่กล้าเสี่ยงทำอะไร
3. รู้จักชื่นชมตนเอง เมื่อประสบความสำเร็จ	3. เมื่อประสบความสำเร็จจะไม่ มองว่าเป็นเพราะความสามารถของตนเอง
4. ยอมรับความผิดพลาดของตนเองและสรุปบทเรียนที่ได้ จากความผิดพลาดนั้น	4. เมื่อประสบความล้มเหลวจะคิดว่าตนเองไร้ความสามารถมองเห็นแต่ความผิดพลาดของตนเอง
5. รู้สึกเท่าเทียมกับผู้อื่น	5. รู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น
6. สนใจและหมั่นเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อพัฒนาตนเอง	6. ไม่สนใจการพัฒนาตนเอง
7. รู้สึกเป็นสุข พอใจในชีวิต และปรับตัวได้ดี	7. ไม่มีความสุข ไม่พอใจในชีวิต ปรับตัวยาก
8. มีความรู้สึกดีกับสิ่งต่าง ๆ	8. มีแนวโน้มซึมเศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง คิดฆ่าตัวตาย

วิธีที่ทำให้มีความรู้สึกดีต่อตนเอง

1. ฝึกรู้เท่าทันตนเอง เช่น รู้ทันความคิดที่จะทำให้เรารู้สึกดีขึ้นหรือแย่ลง รู้จักเลือกความคิดที่จะช่วยสร้างกำลังใจมากกว่าจะบั่นทอนจิตใจหรือซ้ำเติม
2. ค้นหาความถนัดของตนเองให้พบ และพัฒนาให้เกิดเป็นความสำเร็จที่น่าภาคภูมิใจ
3. ฝึกมองโลกในแง่ดี มีวิธีอธิบายสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นในแง่มุมที่สร้างสรรค์ สร้างกำลังใจ
4. มีความสุขได้ด้วยตนเอง พึ่งพาตัวเองได้ ไม่เปรียบเทียบผู้อื่นจนทำให้รู้สึกด้อย

5. หาแบบอย่างจากคนที่ชื่นชม ฝึกหัดที่จะเรียนรู้และรับฟังเพื่อพัฒนาตัวเอง
6. รู้จักตั้งเป้าหมายและลงมือทำงานประสบผลสำเร็จ
7. หมั่นดูแลร่างกายและจิตใจให้สดชื่น แข็งแรง อยู่เสมอ

ใบงานที่ 1.1 สิ่งที่ดีในตัวเรา

คำสั่ง ให้สมาชิกเขียนคำตอบ ตามความคิดและความรู้สึกของท่าน

1. ท่านคิดว่า ข้อดีของตนเอง มีอะไรบ้าง



2. ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีความรู้สึกดีต่อตนเอง จากเรื่องอะไรได้บ้าง เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น

.....

.....

.....

สรุปประเด็นที่ได้จากกิจกรรม

เราสามารถเลือกที่จะมองโลกในแง่ดีหรือแง่ร้ายก็ได้ ขึ้นอยู่กับว่าเราจะอธิบายสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเราอย่างไร ดังนั้นการอธิบายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนี้ เราสามารถที่จะเปลี่ยนใหม่ให้ดีขึ้นได้ เพื่อให้เรามองโลกในแง่ดี มีความสุขและประสบความสำเร็จมากขึ้น แต่การมองโลกในแง่ดีนั้นต้องสอดคล้องกับความเป็นจริงและที่สำคัญต้องไม่หลอกตนเอง

กิจกรรมการที่ 1.2 “มารู้จักความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก”

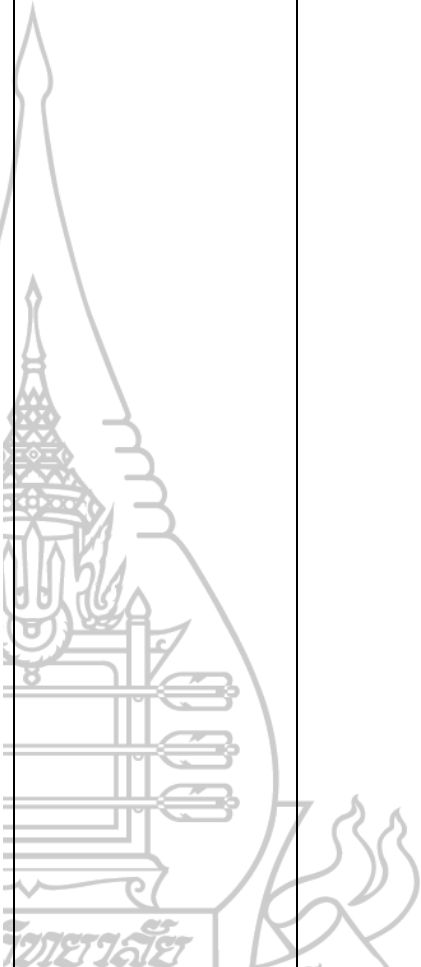
วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ และวิธีการสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. มีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของความคิดเชิงบวก และวิธีฝึกการ

คิดเชิงบวก

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป และสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสอบถามถึงการแก้ไข ปัญหาที่กลุ่มตัวอย่างสอบถามทางกลุ่มไลน์ (ถ้ามี) และบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>2. ผู้วิจัยสุ่มถามกลุ่มตัวอย่าง 2-3 คน เกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>3. ผู้วิจัยสรุปความหมาย และความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ</p> <p>4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระบายสิ่งที่คิดอยู่ในใจ เกี่ยวกับความรู้สึก/ความคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาเป็นระยะเวลาสั้น เพื่อประเมินข้อเท็จจริงจากความคิดทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เนื่องจากบุคคลที่เผชิญกับเหตุการณ์ชนิดเดียวกัน มักมีความคิดและความรู้สึกที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีทั้งความคิดเชิงบวกและเชิงลบ</p> <p>5. ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเชิงบวกและความคิดเชิงลบจากคำตอบของกลุ่มตัวอย่าง เขียนแยกแยะประเด็นให้ชัดเจนในกระดาษ หรือ ฉายบนจอโปรเจคเตอร์</p> <p>6. ให้กลุ่มตัวอย่างทำใบงานที่ 1.2 โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คน</p>	<p>วิดีโอ เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความแตกต่างระหว่างคนคิดบวก และคนคิดลบ” 2. “ปรับสมอง’ เปลี่ยนความคิดลบ ให้เป็นบวก” 3. ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง ความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก 4. ใบงานที่ 1.2 หามุมด้านบวก 	<ol style="list-style-type: none"> 1. จากความสนใจ ความตั้งใจ และการซักถาม 2. จากการสังเกตพฤติกรรมในการร่วมกิจกรรม และการแสดงความคิดเห็น

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>และให้มองหาแง่ดีและแง่ร้ายในสถานการณ์ที่กำหนด และให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ</p> <p>7. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญของความคิดเชิงบวก</p> <p>8. หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่าง ชมวิดีโอทัศน์ เรื่อง “ความแตกต่างระหว่างคนคิดบวกและคนคิดลบ” และ “ปรับสมองเปลี่ยนความคิดลบให้เป็นบวก”</p> <p>9. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการทำกิจกรรม</p> <p>10. ผู้วิจัยเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า จะส่งข้อมูลข่าวสาร และวิธีการต่างๆ ที่จะช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแล ทางกลุ่มไลน์ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในวันจันทร์ และวันพฤหัสบดี ขอให้สมาชิกทุกคนเข้ามา อ่านข้อความพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และสอบถามปัญหาได้ตลอดเวลา หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยจะสอบถามสมาชิกในช่องทางไลน์ส่วนตัว เกี่ยวกับความเข้าใจในข้อมูลข่าวสารหรือวิดีโอทัศน์ที่ส่งให้ทางไลน์ รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ</p>		

ใบความรู้ที่ 1.2 เรื่อง ความเข้มแข็งทางใจ และความคิดเชิงบวก

ความเข้มแข็งทางใจ

เป็นความสามารถทางอารมณ์และจิตใจของบุคคลที่สามารถยืดหยุ่น ปรับตัว พื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็วภายหลังเหตุการณ์วิกฤติหรือ สถานการณ์ที่ยากลำบาก เป็นคุณสมบัติเฉพาะตัวของบุคคลที่สามารถรับมือกับเหตุการณ์ไม่คาดฝัน พลิกวิกฤติให้เป็นโอกาส ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคไปได้โดยไม่จมอยู่กับความทุกข์และสามารถดำเนินชีวิตต่อไป (กรมสุขภาพจิต, 2562)

ความสำคัญของความเข้มแข็งทางใจ

ความเข้มแข็งทางใจจะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่จะสร้างความเปลี่ยนแปลงในชีวิต การส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็งทางใจเป็นการช่วยส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาทางความคิด และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และรับรู้ในสิ่งที่ตนเป็นอย่างเหมาะสม โดย

1. ทำให้บุคคลมีความสามารถ มีความรู้สึกมั่นคงทางใจ เชื่อในคุณค่าและความสามารถในการควบคุม และจัดการกับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
2. ทำให้เห็นความสำคัญของตนเอง เห็นว่าตนเองมีค่ามีความหมาย เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวกลุ่มหรือสังคมที่อาศัยอยู่
3. ทำให้บุคคลมีพลังอำนาจในการที่จะควบคุมหรือแก้ไขสิ่งต่างๆที่อาจจะส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองได้ ช่วยให้มีทักษะในการควบคุมตนเองให้อยู่ในระเบียบวินัย รู้จักประเมินสถานการณ์ และควบคุมการแสดงออกของตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะในการสื่อสารที่เหมาะสมในการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น และสามารถนำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจมาประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวัน

วิธีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีดังนี้

1. การมีความรู้สึกที่ดีกับตัวเอง ประสบการณ์ที่ดีในวัยเด็ก เป็นส่วนสำคัญในการสร้างความรู้สึกที่ดีกับตนเอง เป็นต้นทุนชีวิตที่มั่นคงเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่ ความรู้สึกดีต่อตัวเองจะเกิดขึ้นเมื่อเรามีประสบการณ์ชีวิตที่ดี ได้ทำสิ่งที่ดี มองโลกในแง่ดี ค้นพบและพัฒนาความถนัดจนกลายเป็นความสำเร็จ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและสร้างความรู้สึกที่ทำให้รู้สึกดีกับตนเอง
2. สามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ การมีความรู้สึกว่าตนเองสามารถจัดการชีวิตของตนเองได้ เกิดขึ้นเมื่อเรามีความเชื่อมั่นในทักษะการแก้ปัญหาและการจัดการอารมณ์ของตัวเอง และมีความสุข ความพอใจในชีวิต มีความเชื่อมั่นว่า หากตกอยู่ในสถานการณ์ที่ย่ำแย่ จะสามารถเลือกทางที่คิดว่าดีที่สุดได้ เรียนรู้ที่จะยอมรับสิ่งที่แก้ไขไม่ได้ และมีความอดทนมุ่งมั่น การลงมือทำในสิ่งที่ทำได้จนบรรลุผลที่ต้องการ
3. มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล การเรียนรู้ที่จะพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ด้วยทักษะการสื่อสารที่ดี มีความเข้าใจที่ดี สามารถที่จะสร้างความไว้วางใจและให้อภัยกันได้เมื่อเกิดเรื่องขุ่นเคืองใจ
4. มีจุดมุ่งหมายในชีวิต เมื่อมีจุดมุ่งหมายในชีวิตชัดเจนจะช่วยให้มีพลังในการฝ่าฟันปัญหาและอุปสรรคได้ดีขึ้น หากจุดหมายนั้นเป็นประโยชน์กับผู้อื่นร่วมด้วย จะช่วยให้รู้สึกว่าเป้าหมายนั้นมีคุณค่ามากขึ้น การสร้างความเข้มแข็งทางใจด้วยการมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนในการดำเนินชีวิตอยู่เสมอและเหมาะสมกับสถานการณ์จะทำให้เราเดินหน้าไปสู่จุดหมายที่ต้องการ

ความคิดเชิงบวกหรือการมองโลกในแง่บวก

ความคิดเชิงบวก หมายถึง ความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งรอบตัว ทำให้ผู้ที่มีความคิดบวกเห็นคุณค่าต่อสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น ลดความทุกข์ที่เกิดจากการมองในแง่ลบ ก่อประโยชน์แก่ผู้ que คิดบวกทั้งในทางร่างกาย และจิตใจ และทำให้เกิดสัมพันธ์ที่ดีจากการที่คิดบวกต่อกัน ถ้าหากคนที่มีทัศนคติเชิงบวกนั้นอยู่ใกล้ ๆ กับใคร ก็จะทำให้พลังแก่คนที่อยู่รอบข้าง และช่วยดึงศักยภาพของคนเหล่านั้นออกมา แล้วยังเพิ่มความตระหนักในโอกาสที่จะเกิดขึ้นอีก ในทาง

ตรงกันข้ามเมื่อเราอยู่ใกล้ๆ คนที่มองโลกในแง่ร้าย ก็จะทำให้ใจหดหู่และหมดความหวัง และความเชื่อมั่นลดลงได้ คนที่คิดเชิงบวก หรือคนที่มองโลกในแง่ดี จะมีวิธีการแปลความต่าง ๆ ยกตัวอย่าง เช่น อาศัยอยู่ คอนโดที่อยู่ห่างจากรถไฟฟ้าเป็นกิโล เขาก็จะคิดว่าเป็นการเดินทางออกไป เพราะถ้าขับรถไป ตลอดก็จะได้รถออกไปเลย แต่ถ้าคนที่มองโลกในแง่ร้ายก็จะคิดว่า กว่าจะเดินทางไป ถึงมัน แสบลำบาก ก็จะเกิดการท้อถอย คนที่มองโลกในแง่ดีนั้น หากอยู่ใกล้กับใคร เขาจะช่วยให้เราเห็นประโยชน์และช่องทาง ในขณะที่คนที่มองโลกในแง่ร้ายนั้นจะมองข้าม คิดว่าไม่มีทางออกหรือไม่มีทางแก้ไข

คุณลักษณะการคิดเชิงบวก 10 ประการ ดังนี้ (Ventrella, 2002)

1. การมองโลกในแง่ดี หมายถึง การที่บุคคลมีความเชื่อ คาดหวังว่าจะเกิดสิ่งที่ดีเมื่อเผชิญกับปัญหาอุปสรรค มองวิกฤตและปัญหาว่าเป็นโอกาส
2. ความกระตือรือร้น หมายถึง การมีความสนใจ พลังในแง่บวก แรงปรารถนาหรือ แรงกระตุ้นส่วนตัวสูงในการกระทำสิ่งต่าง ๆ
3. ความเชื่อ หมายถึง ความเชื่อมั่นและศรัทธาในตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อพลังอำนาจ ทางจิตวิญญาณที่สูงกว่า ซึ่งคอยให้การสนับสนุน การชี้แนะแนวทาง
4. ความยืดหยุ่นในคุณธรรม หมายถึง การกระทำภายใต้ความยืดหยุ่น ที่มีต่อความซื่อสัตย์ ความเปิดเผย และความยุติธรรม ตามมาตรฐานของบุคคลนั้น ๆ
5. ความกล้าหาญ หมายถึง ความเต็มใจในการลองเสี่ยงและเอาชนะ ความกลัว แม้ผลลัพธ์ที่ได้อาจจะไม่แน่นอน
6. ความมั่นใจ หมายถึง การมีความเชื่อมั่นในตนเองถึง ความสามารถสมรรถภาพและ ศักยภาพของตนเอง
7. ความมุ่งมั่น หมายถึง การมุ่งดำเนินให้สำเร็จตามเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือ สิ่งที่จำเป็นในชีวิตอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย
8. ความอดทน หมายถึง ความเต็มใจในการรอคอยโอกาส ความพร้อมหรือผลลัพธ์จากการกระทำของตนเองหรือของผู้อื่น
9. ความสุขุม หมายถึง การดำรงไว้ซึ่งความเยือกเย็นและเฝ้หาความพอเหมาะ พอควรในการโต้ตอบกับความยากลำบาก ความท้าทายหรือวิกฤตการณ์ต่าง ๆ
10. การสำรวจความตั้งใจ หมายถึง การเอาใจจดจ่ออยู่กับการกระทำให้บรรลุเป้าหมาย ตามลำดับความสำคัญก่อนหลัง

วิธีฝึกคิดเชิงบวก หรือการมองโลกในแง่บวก

1. พยายามมองหาข้อดีในเรื่องร้ายๆ ที่เกิดขึ้น ไม่ว่าจะเรื่องอะไรก็ตามที่เกิดขึ้น มันจะมีสองด้านเสมอ เพียงแต่ว่าจะดีอย่างไร ตัวอย่างเช่น การที่ถูกคนรักทิ้งเราไป เรารู้สึกเสียใจเป็นอย่างมาก รู้สึกว่า เรื่องที่เกิดขึ้นนี้มันเป็นเรื่องที่เลวร้ายที่เกิดขึ้นในชีวิตเรา แต่อันที่จริงแล้วถ้าเราพยายามมองถึงข้อดีที่เกิดขึ้นในสถานการณ์นี้ มันอาจจะเป็นเวลาที่เราจะได้กลับมาอยู่กับตัวเองอีกครั้ง ค้นพบในสิ่งที่เราชอบ ตัวตนของตัวเองอย่างแท้จริง และปฏิวัติชีวิตใหม่ ดังนั้นไม่ว่าจะเกิดเรื่องราวเลวร้ายแค่ไหนในชีวิตเรา ให้ถามตัวเองว่า เราได้อะไรบ้างที่เป็นประโยชน์ต่อชีวิตเราจากเรื่องนี้

2. **สร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นบวก** คนที่อยู่รอบตัวเรา มีอิทธิพลอย่างมากต่อความคิด ดังนั้น การเลือกคบคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ เราควรที่จะเลือกคบคนที่มีความคิดเป็นบวก มีความคิดก้าวหน้า ที่จะนำพาชีวิตเราไปในทิศทางที่ดี นอกจากนี้ยังรวมไปถึงสื่อต่าง ๆ ที่เราเสพ ถ้ามั่นใจว่า เรื่องราวต่าง ๆ ที่เราเสพนั้นมีผลดีอย่างไรกับชีวิตเรา ถ้าหากมันทำให้เรามีความคิดลบ ๆ ก็ปิดช่องทางการรับสื่อเหล่านั้นเสีย

3. **อย่าทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่** ในบางครั้งการเอาทุกเรื่องมาใส่ใจ และให้ความสำคัญกับมันมากเกินไป ทำให้เรารู้สึกหงุดหงิด แทนที่จะเอาเรื่องนั้น ๆ มาใส่ใจ และคิดต่อไปต่าง ๆ นานา ให้โฟกัสในจุดประสงค์และเป้าหมายที่เราต้องการจะได้สิ่งนั้น ส่วนเรื่องอื่น ๆ ก็พยายามอย่าเก็บมันเอามาใส่ใจให้มากนัก เป็นต้น

4. **คิดดีและทำดีกับคนอื่น** หากเรายิ้มให้คนอื่น เขาก็จะยิ้มกลับให้เรา คิดกับคนอื่นในแง่ดีเสมอ ๆ และสิ่งดี ๆ ก็จะกลับมาสู่ตัวเราเช่นกัน

5. **ใช้ชีวิตที่ดี** การใช้ชีวิตที่ดี คือการดูแลเอาใจใส่ ทั้งสุขภาพกาย และใจ โดยการนอนหลับให้เพียงพอ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ หากเราสามารถรักษาคุณภาพชีวิตที่ดีไว้ได้แล้ว ความรู้สึกหงุดหงิด ขุ่นข้องหมองใจ ก็จะลดน้อยลงไปด้วย

6. **เรียนรู้ที่จะรับฟังคำวิพากษ์วิจารณ์** คนเราหนีไม่พ้นคำวิพากษ์วิจารณ์จากคนอื่น ซึ่งบ่อยครั้งอาจทำให้เรารู้สึกไม่ดี จึงควรเรียนรู้ที่จะรับมือกับมัน โดยการพิจารณาว่า คำวิพากษ์วิจารณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มันจะช่วยให้เราปรับปรุงตัวเราให้เป็นคนที่ดีขึ้นได้หรือไม่ หากคำวิพากษ์วิจารณ์นั้น ๆ ไม่เป็นความจริง ก็ให้ทำความเข้าใจว่า คนที่พูด เขาอาจจะอยู่ในภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติ แล้วก็อย่าไปเอาเรื่องราวนั้น ๆ มาใส่ใจ

7. **เริ่มต้นวันใหม่ด้วยใจที่เป็นบวก** ในแต่ละวัน การเริ่มต้นวันใหม่โดยนำพลังงานบวกเข้าตัว เป็นการเริ่มต้นที่ดีมาก เราอาจจะเริ่มต้นด้วยการนั่งสมาธิ เพื่อเคลียร์จิตใจให้ปลอดโปร่ง การฟังเพลง การรับประทานอาหารเช้าที่เป็นประโยชน์ เป็นต้น ซึ่งการเริ่มต้นวันใหม่ด้วยสิ่งดี ๆ จะช่วยให้วันนั้นของคุณเป็นวันที่ดีมากกว่าจะเริ่มต้นด้วยความหงุดหงิด ขุ่นข้องหมองใจ

8. **เรียนรู้จากปัญหาที่เกิดขึ้น** หากกำลังประสบกับปัญหา แทนที่จะนั่งกร่นด่า โทษโชคชะตาหรือสิ่งรอบตัว ให้จัดการกับปัญหาด้วยสติปัญญา และเรียนรู้จากสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถจัดการกับชีวิตให้ดีขึ้นต่อไปในวันข้างหน้า

9. **ปล่อยให้ตัวเองได้เรียนรู้อารมณ์ที่เป็นอยู่** เมื่อรู้สึกถึงอารมณ์เชิงลบของตนเอง ไม่ว่าจะ เป็นอารมณ์โมโห เศร้า ท้อแท้ ลองให้จิตใจได้กลั่นกรองอารมณ์เหล่านี้ เพื่อให้เข้าใจด้านลบในตัวเราได้ดีขึ้น ในช่วงเวลานั้นเราอาจรู้สึก ว่า ตนเองช่างอ่อนแอ แต่นั่นคือสิ่งที่แสดงว่า เรายังมีชีวิตและมีความเป็นมนุษย์ หลังเราระบายอารมณ์ลบเรียบร้อยแล้ว แทนที่จะมานั่งเสียใจหรือเสียดยาวว่า *'ฉันนี่มันช่างคิดลบจริง ๆ'* หรือ *'เจ้าอารมณ์แบบนี้คนอื่นต้องไม่ชอบแน่เลย'* ลองนำสิ่งที่ได้จากเหตุการณ์มาเป็นบทเรียนในการดำเนินชีวิตเสียใหม่ หรือจะหลีกเลี่ยงไม่让自己ไปอยู่ในสถานการณ์เดิม ๆ เช่นนั้นได้อย่างไร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์เหล่านั้นซ้ำอีก

10. **ทำใจยอมรับสถานการณ์ที่เลวร้าย** สาเหตุที่เราคิดบวกได้ยากเป็นเพราะเราไม่สามารถหนีจากสถานการณ์เลวร้าย หรือข่าวเชิงลบในชีวิตอย่างสิ้นเชิงได้ หลายครั้งที่เจอเรื่องแย่ ๆ เราไม่รู้ตัวเลยว่า เรากำลังอยู่ในอารมณ์เชิงลบ ซึ่งสภาวะนี้ส่งผลให้เราตัดสินใจอะไรได้ช้าลง ทำให้รู้สึก

อ่อนแอ และอาจรู้สึกหมดหนทาง การหันมายอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น จะช่วยให้สามารถรับความจริงในแบบที่เป็น ค่อย ๆ ก้าวข้ามความรู้สึกเชิงลบที่เป็นอยู่ และรู้สึกสงบมากกว่าที่จะเอาใจไปคิดถึงเรื่องเลวร้ายวนไปวนมา โดยสรุปแล้วหากเราประเมินสถานการณ์แล้วพบว่า มันเกินกำลังของเรา ก็ให้ยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นแล้วเดินหน้าต่อไป โดยไม่ต้องเสียเวลาและกำลัง ไปกับสิ่งที่เราเปลี่ยนแปลงอะไรไม่ได้

11. ควบคุมการแสดงออก หลักสำคัญคือ “เลือกวิธีแสดงออกทางพฤติกรรมหรืออารมณ์อย่างไรให้เป็นเชิงบวก” การฝึกการเป็นคนมองโลกในแง่ดีในทุกสถานการณ์นั้น เริ่มจากฝึกมองหาสิ่งดี ๆ ทั้งจากในตัวเราไปจนถึงหาจากคนรอบ ๆ ตัวเรา เราอาจเริ่มต้นเล็ก ๆ จากการฝึกพูดจากกับตัวเอง ให้ดี ไม่เกิดความรู้สึกลบ ๆ หรือจะเป็นการควบคุมตัวเองให้ได้ตอบสนองทนากับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ไม่ใช่คำพูดทำร้ายจิตใจ และไม่แสดงความเห็นในเชิงมองโลกในแง่ร้ายจนเกินไป

ใบงานที่ 1.2 หามุมด้านบวก

คำชี้แจง ให้ท่านมองหาแง่ดีและแง่ร้ายในสถานการณ์ที่กำหนด

สถานการณ์ที่ 1

ผู้ป่วยชาย อายุ 28 ปี มารดาให้ประวัติว่า มีพื้นนิสัยไม่ดี ชอบเก็บตัวเงียบ จริงจังกับชีวิตมาก และจะเครียดง่ายหากมีสิ่งที่ไม่เป็นอย่างหวัง เรียนจบปริญญาตรี ทำงานบริษัทมา 5 ปี จนเป็นหัวหน้าสายงาน เมื่อ 3 ปีก่อน ผู้ป่วยสอบเลื่อนตำแหน่งหัวหน้างานไม่ได้ จึงเสียใจมาก เริ่มเครียดทะเลาะกับหัวหน้าเป็นประจำ เริ่มทำงานผิดพลาด ถูกหัวหน้าตำหนิ บ่อยๆ จึงไม่ยอมไปทำงาน เก็บตัว หมกหมุ่นว่าตนเองถูกควบคุมความคิด มารดาจึงพามารักษาโรงพยาบาล เข้ารับการรักษาประมาณ 3 สัปดาห์ เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์จึงให้กลับบ้าน ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานได้ ออกจากงานมาอยู่กับบิดามารดาที่บ้าน

คำตอบจากกิจกรรม

แง่ดีจากสถานการณ์ เช่น ความรู้ที่มียังไม่เพียงพอต้องอ่านหนังสือและทำงานให้ดีกว่าเดิม เพื่อสอบเลื่อนตำแหน่งอีกครั้ง มีโอกาสเริ่มทำอาชีพส่วนตัว ไม่ต้องเป็นลูกจ้าง ได้รับการรักษาปัญหาด้านอารมณ์และการปรับตัว

แง่ร้ายจากสถานการณ์ เช่น ต้องออกจากงานเดิม ขาดรายได้ เป็นภาระของพ่อและแม่ เจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องรักษาต่อเนื่อง

สถานการณ์ที่ 2

ชายไทย วัย 70 ปี เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว 3 คน คือภรรยาและลูกชายกับลูกสาว เดินเข้ามาปรึกษาพยาบาลเยี่ยมบ้านว่า “ลุงรู้สึกไม่ติดกับเจ้าหน้าที่ ที่เป็นผู้ช่วยหมอมือที่อนามัย ในวันที่ลุงไปปรึกษาความดันวันคลินิก เขาพูดเสียงดัง ในขณะที่ที่มีคนอยู่เยอะในบริเวณนั้นว่า บ้านนี้บ้านนี้ ทั้งบ้าน ลุงได้ยินแล้วรู้สึกไม่พอใจ”

คำตอบจากกิจกรรม

แง่ดีจากสถานการณ์ เช่น ลุงเป็นหัวหน้าครอบครัวที่สุขภาพกายและใจ แข็งแรงมาก สามารถดูแลครอบครัวได้เป็นอย่างดี มีบ้านและบริเวณที่สะอาด กว้างขวาง ภรรยาและลูก ๆ ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ควบคุมอาการได้ดี ไม่สร้างความเดือดร้อนให้ผู้อื่น

แง่ร้ายจากสถานการณ์ เช่น อับอาย ในคนหมู่มาก รู้สึกว่าตัวเองโชคร้าย โกรธ เกลียดคนที่ว่าประจาน

สรุปประเด็นที่ได้จากกิจกรรม

การคิดเชิงบวกเป็นความสามารถในการคิดวิเคราะห์สิ่งต่าง ๆ ของบุคคลในทางบวก ไม่ใช่เป็นการหลอกตนเองว่าจะสามารถแก้ปัญหาและทำสิ่งต่าง ๆ ให้สำเร็จได้ แต่เป็นการที่บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองและคิดว่าตนเองจะสร้างสรรค์สิ่งต่าง ๆ ให้เกิดขึ้นได้เป็นอย่างดี

แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 2 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 2.1 “ความเข้าใจในโรคจิตเภทและการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย”

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท การดำเนินของโรค การรักษา และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก ทบทวนการทำกิจกรรมที่ผ่านมา และบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้</p> <p>2. ให้ชมวีดีทัศน์ เรื่อง โรคจิตเภท/ Re-Mind: อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม เนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุ อาการและอาการแสดง ระยะของโรค การวินิจฉัย การรักษา และเรื่อง “ยาจิตเวช ตอน เทคนิคดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กินยา”</p>	<p>1. ใบความรู้ที่ 2.1 เรื่อง มารู้อีกโรคจิตเภทกันเถอะ</p> <p>2. ใบความรู้ที่ 2.2 เรื่อง อาการข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้น</p> <p>3. กระดาษ ปากกา</p> <p>4. คลิปวีดีโอ เรื่อง โรคจิตเภท/Re-Mind: อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม (Mahidol Channel) และ เรื่อง</p>	<p>1. การตอบคำถาม</p> <p>2. จากการทำกิจกรรม</p> <p>3. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแสดงความคิดเห็น</p>

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>3. ผู้วิจัยสรุปและบรรยายเพิ่มเติมให้ครอบคลุมเนื้อหา และเปิดโอกาสให้ซักถาม</p> <p>4. ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละคนแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่พบจากการรับประทานยา และปัญหาจากอาการกำเริบ/อาการผิดปกติ ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและวิธีการแก้ไข ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ</p> <p>5. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2.2 เกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการจัดการกับอาการเบื้องต้นและภาวะฉุกเฉิน ให้ผู้ดูแลอ่านประมาณ 10 นาที</p> <p>6. หลังจากนั้นให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 2 เป็นการฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ไขเมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการข้างเคียงของยา และการจัดการเบื้องต้น และอาการฉุกเฉินของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน กลุ่มย่อยที่ 1 ถือบัตรอาการข้างเคียงของยาและอาการฉุกเฉิน กลุ่มย่อยที่ 2 ถือบัตรคำวิธีจัดการหรือแก้ไขเบื้องต้น โดยให้กลุ่มย่อยที่ 1 วิ่งไปหาคำตอบที่เป็นคำตอบของวิธีการจัดการหรือแก้ไขปัญหาเบื้องต้น โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรม 5 นาที เมื่อจับคู่ได้ ให้กลุ่มย่อยที่ 2 อ่านบัตรคำที่จับคู่กันได้ โดยมีรางวัลให้กับคู่ที่จับคู่กันได้ถูกต้อง</p> <p>7. ผู้วิจัยสรุปและบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลข้างเคียงจากการใช้ยาให้ครอบคลุมเนื้อหา รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท</p> <p>8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป</p>	<p>“ยาจิตเวช ตอน เทคนิคดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้กินยา” (ManaromHospital Channel)</p> <p>5. บัตรคำทำจากกระดาษโปสเตอร์ เกี่ยวกับอาการข้างเคียง อาการฉุกเฉิน และการจัดการเบื้องต้น อย่างละ 5 บัตรคำ</p>	

ใบความรู้ที่ 2.1.1 มารู้จักโรคจิตเภทกันเถอะ

โรคจิตเภท คือกลุ่มอาการของโรคจิต ผิดปกติของสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การแสดงออก และพฤติกรรม ที่ไม่อยู่บนพื้นฐานของความจริง อาการจะเป็นต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนลักษณะอาการแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะอาการทางบวก และลักษณะอาการทางลบ

กลุ่มลักษณะอาการทางบวก หมายถึง อาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่

1. *ประสาทหลอน* โดยหูแว่วมักมีลักษณะเป็นคำพูดของบุคคลอื่น เช่น ได้ยินเสียงคนพูดคุย ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิ พูดโต้ตอบเสียงนั้นเพียงคนเดียว
2. *อาการหลงผิด* เป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้แม้จะมีหลักเหตุผลมาแย้งเช่นคิดว่ามีวิญญาณอยู่ในร่างกาย คอยบอกให้ทำสิ่งต่าง ๆ
3. *ความคิดผิดปกติ* ขาดการเชื่อมของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดได้ เช่น พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว พูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องพูดโดยไม่มี เหตุผล
4. *พฤติกรรมผิดปกติ* เป็นพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่าง ๆ เช่น อยู่ในท่าแปลก ๆ หัวเราะหรือร้องไห้ สลับกันเป็นพัก ๆ

กลุ่มลักษณะอาการทางลบ หมายถึง ภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี ได้แก่ สีหน้าอารมณ์เฉยเมย ชีวิตไม่มีจุดหมาย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่พูด ไม่มีอาการยินดี ยินร้าย ได้แก่

1. *มองโลกผิดไปจากความเป็นจริง* ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมองโลกผิดไปจากความเป็นจริง ซึ่งแตกต่าง จากคนทั่ว ๆ ไป เช่น มีอาการวิตกกังวล รู้สึกสับสน อาจจะดูเห็นห่าง แยกตัวจากสังคม บางครั้งอาจนั่ง นิ่งเป็นหิน ไม่เคลื่อนไหวและไม่พูดจาใด ๆ เป็นชั่วโมง ๆ หรืออาจเคลื่อนไหวซ้ำ ทำอะไรซ้ำ ๆ ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมแปลกๆอยู่ตลอดเวลา
2. *ประสาทหลอน* เช่น ได้ยินเสียงคนมาสั่งให้ตนทำทำโน่นทำนี่ ได้ยินคนมาพูดคุยกับตน มาเตือน หรือมาตำหนิในเรื่องต่างๆ ทั้งที่ความจริงไม่มีคนพูดหรือไม่มีต้นกำเนิดเสียงเหล่านี้เลยคำพูดในหูแว่วอาจมีเนื้อหาตำหนิ ช่มชู้ สั่งหรือบงการ พูดคุยกันเอง หรือพูด พาดพิงโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับผู้ป่วย
3. *ความคิดหลงผิด* เป็นความเชื่อของผู้ป่วยที่ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น เชื่อว่าพฤติกรรมของเขาหรือของคนอื่นๆถูกบังคับให้ ถูกสั่งมาจากจากต่างดาว หรือเชื่อว่าชาวในอินเทอร์เน็ตพูดถึงตัวผู้ป่วยทั้งที่ในความเป็นจริง ไม่ได้เป็นเช่นนี้
4. *ความคิดผิดปกติ* ผู้ป่วยจะไม่สามารถคิดแบบมีเหตุมีผลได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีการบกพร่องในด้านการจดจำชั่วคราวพูดคุยกับคนอื่นไม่ค่อยเข้าใจ
5. *การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม* เป็นพฤติกรรมวุ่นวายลักษณะต่าง ๆ บางรายมีพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุผล ไม่มีจุดหมาย เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อน หัวเราะโดยไม่มีเหตุผล นอกจากนี้ยังมีอาการ มีอาการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงชัดเจน เช่น อยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวมากมีพฤติกรรมวุ่นวายอย่างคาดเดาไม่ได้

6. **การฆ่าตัวตาย** การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องที่เป็นอันตรายมากสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ถ้าผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือมีการวางแผนที่จะทำอย่างนั้น ควรจะต้องให้การช่วยเหลืออย่างรีบด่วน เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีการฆ่าตัวตายสูง

การดำเนินของโรค แบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. **ระยะก่อนป่วย** ระยะนี้ ผู้ป่วยมักปรับตัวทางสังคมบกพร่อง แยกตัว โกรธง่ายและมีพฤติกรรมต่อต้าน

2. **ระยะเริ่มมีอาการ** เป็นระยะที่ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานความผิดปกติมักจะไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

3. **ระยะแสดงอาการกำเริบ** เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการทางบวก ส่วนใหญ่อาการจะรุนแรงเป็นพักๆ จะปรากฏเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา

4. **ระยะอาการหลงเหลือ** เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบแต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลงและขณะเดียวกันกลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ ผู้ป่วยมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ จะเกิดระหว่าง 5 ปีแรกหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท

บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สำคัญมี 5 ประการ ดังนี้

1. **ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง** ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ทำให้อ่อนแอมีส่วนบุคคลไม่ดี ซึ่งอาจทำให้ญาติเข้าใจผิดว่า ผู้ป่วยซึ่เกียจ จึงทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีกับผู้ป่วย ซึ่งญาติต้องเข้าใจให้ถูกต้องว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นเป็นอาการของโรค ญาติต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น ดูแลเกี่ยวกับการอาบน้ำ การรับประทานอาหาร เป็นต้น หรือชักชวนหรือนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในบ้าน เช่น มอบหมายให้ล้างถ้วยชาม กวาดบ้าน ภูบ้าน เป็นต้น

2. **คอยสังเกตอาการกำเริบของโรค** โดยเริ่มต้นจากญาติ เช่น สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มสับสน เริ่มระแวงไม่ยอมนอน พุดมากขึ้น แยกตัว เก็บตัวเจี๊ยบ เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบได้ และจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันเวลาที่

3. **ช่วยลดความเครียดของผู้ป่วย** โดยที่ความเครียดอาจเป็นปัญหากับผู้ป่วยในช่วงที่อาการกำลังจะดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายในหรือภายนอกครอบครัวก็ได้ ซึ่งญาติจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยได้ โดยต้องพยายามปรับเปลี่ยนความคาดหวังในตัวผู้ป่วยให้เหมาะสม ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้ พยายามค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ และช่วยให้ผู้ป่วยค่อย ๆ ปรับตัวตามความสามารถ พุดกับผู้ป่วยสั้น ๆ ให้ได้ใจความ อย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่าง ๆ ถ้าไม่จำเป็น และรักษาสัญญาที่ให้กับผู้ป่วย หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วย นอกจากนี้จะต้องพยายามลดความตึงเครียดของตัวผู้ดูแล โดยหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อน เพื่อผู้ป่วยจะเครียดน้อยลง ถ้าหากผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง

4. ค้นหาจุดดีและสนับสนุนผู้ป่วย การค้นหาจุดดีและสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็กๆ จะช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นได้ สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อย ๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งรัด อาจชมเชยและให้กำลังใจ เช่น ผู้ป่วยอาบน้ำเอง ทักทายสวัสดีกับคนอื่น จุดเล็ก ๆ เหล่านี้จะรวมเป็นจุดใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

5. ติดตามและพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและดูแลผู้ป่วยเรื่องการรับประทานยา เนื่องจากโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับมาเป็นซ้ำใหม่ของโรคมีโอกาสเกิดขึ้นได้มาก ดังนั้น การรับประทานยาจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าผู้ดูแลรู้สึกว่ายากของโรคของผู้ป่วยดีขึ้น หรือมีผลข้างเคียงของการใช้ยาแล้วไม่ยอมไปรับยาตามนัด จะทำให้ผู้ป่วยขาดยาและเกิดปัญหาขึ้น ดังนั้นจึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนที่จะหยุดยา ควรดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ใบความรู้ที่ 2.1.2 อาการข้างเคียงของยา อาการผิดปกติ และการดูแลเบื้องต้น

การรักษาโรคจิตเภทด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษา คือ ยารักษาอาการทางจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย และการดูแลเบื้องต้น มีดังนี้

1. **อาการเหมือนกับคนเป็นโรคพาร์กินสัน** เช่น การเคลื่อนไหวช้า เดินลากขา สีหน้าเฉยเมยมือสั่น กล้ามเนื้อเกร็ง กลืนน้ำลายไม่ลงทำให้มีน้ำลายเต็มปาก

การดูแลเบื้องต้น โดยอธิบายให้ผู้ป่วยทราบว่าอาการเหล่านี้ จะเกิดได้ในระยะแรกที่ได้รับยา ซึ่งจะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น หากอาการไม่ดีขึ้น ให้ไปพบแพทย์เพื่อรับยารักษาโรคพาร์กินสัน เพื่อให้ร่างกาย ค่อยๆปรับตัวได้ อาการดังกล่าวจะไม่มีอันตรายอะไรกับผู้ป่วย

2. **อาการเกร็งของกล้ามเนื้อ** อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง กล้ามเนื้อที่หน้ากระตักตอลอยขึ้นข้างบน มักเกิดขึ้นระหว่าง 1 ถึง 5 วันแรกของการได้รับยา

การดูแลเบื้องต้น สังเกตอาการ หากมีอาการเกร็ง สิ้นจุปาก ขากรระเกรงให้รีบโรงพยาบาล

3. **ความรู้สึกกระวนกระวาย** นั่งไม่ติดต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนสั่น มักเกิดภายใน 5 - 40 วัน

การดูแลเบื้องต้น เผื่อระวังการเกิดอุบัติเหตุ คอยดูแลช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว และการรับประทานอาหาร

4. **อาการอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง** เคลื่อนไหวช้า ทำทาง แข็งทื่อ ไร้อารมณ์ ไม่พูด

การดูแลเบื้องต้น ให้สังเกตอาการ หากพบ ควรประเมินอาการ และให้พาไปโรงพยาบาล

5. **อาการการของปาก เคลื่อนไหวอยู่เสมอ** เช่น ดูดปาก หรือเคี้ยวปาก กลืนลำบาก

การดูแลเบื้องต้น ให้สังเกตอาการ ถ้าพบ แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีพลังงานสูง อาหารอ่อน ให้ผู้ป่วยพักผ่อนให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยพูดซ้ำๆ และรับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ

6. **อาการกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง มีไข้ หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อแตก** ความดันโลหิตไม่สม่ำเสมอ ระดับความรู้สึกตัวลดลงและอาจเสียชีวิตได้

การดูแลเบื้องต้น ให้สังเกตอาการ ถ้าพบรีบส่งโรงพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเนื่องจากเป็นอันตรายต่อชีวิต

7. อาการปากแห้ง ตาพร่า ปัสสาวะลำบาก และท้องผูก

การดูแลเบื้องต้น แนะนำให้ดื่มน้ำแข็งหรือจิบน้ำบ่อย ๆ ไม่ควรขับรถจนกว่าอาการจะดีขึ้น ระวังการพลัดตกหกล้มจากการมองเห็นไม่ชัด แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เช่น ผัก ผลไม้ดื่มน้ำเพิ่มขึ้นประมาณ 2-3 ลิตร

8. ลมพิษหรือผื่นหนังอักเสบ หรือผื่นหนังมีความไวต่อแสงแดด

การดูแลเบื้องต้น แจ้งให้แพทย์ทราบ แนะนำให้ใส่เสื้อแขนยาวหรือกางร่ม หรือใช้ครีมกันแสงแดดเมื่อจะออกไปข้างนอก

9. น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น

การดูแลเบื้องต้น ให้คำแนะนำเรื่องการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

อาการเตือนของอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท

อาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ในช่วง 1-2 สัปดาห์ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการผิดปกติเล็ก ๆ น้อย ๆ ค่อยเป็นมากขึ้น เรื่อย ๆ จนกระทั่งมีอาการทางจิตรุนแรง ในผู้ป่วยแต่ละคนจะมีลักษณะเฉพาะสำหรับอาการเตือน อาการที่พบบ่อย เช่น กระสับกระส่าย เครียด วิตกกังวล นอนมากหรือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หรือรับประทานมากเกินไป ขาดสมาธิ เบื่อหน่าย แยกตัวเอง ย้ำคดีย้ำทำ ไม่ยอมรับประทานยา ตื่นเต้นเกินปกติ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ไม่ค่อยอยากพบผู้คนที่ อาการเหล่านี้ มักเกิดเป็นสัปดาห์ก่อนมีการกำเริบของโรค

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทและวิธีการดูแล

1. อาการนอนไม่หลับ ผุดลุกผุดนั่งหรือเดินไปเดินมาในห้องหรือนอนหลับน้อยกว่า 2-3 ชั่วโมงต่อคืน ทำให้ผู้ป่วยอ่อนเพลียในเวลากลางวัน

วิธีการดูแล

- 1) ให้ผู้ป่วยดื่มนมอุ่น ๆ หรือน้ำอุ่นก่อนนอน งดชาหรือกาแฟ
- 2) ให้ผู้ป่วยงีบในเวลากลางวัน (หลังอาหารกลางวัน) แต่ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
- 3) ก่อนนอนพาผู้ป่วยสวดมนต์ ไหว้พระ ถ้าอ่านหนังสือได้ให้อ่านหนังสือธรรมะจนเบื่อแล้วให้นอน

4) นำผู้ป่วยทำงานหรือทำกิจกรรมที่ใช้กำลังในตอนกลางวัน เช่น ขุดดิน รดน้ำต้นไม้ ถางหญ้า เพื่อให้เหนื่อยและหลับได้

5) กำหนดให้ผู้ป่วยเข้านอนตามเวลาที่เหมาะสม ถ้าเข้านอนแล้ว 30 นาทียังไม่หลับ ควรให้ยานอนหลับตามแพทย์สั่ง

6) หากผู้ป่วยนอนไม่หลับ 3 วัน ควรพาไปปรึกษาแพทย์ หรือจิตแพทย์ที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพราะอาจเป็นการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของโรคได้

2. เมื่อผู้ป่วยหงุดหงิดโมโหง่ายก้าวร้าว

วิธีการดูแล

- 1) ญาติต้องหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า หลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วย
- 2) หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าพูดกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและท่าทีที่มั่นคง และนุ่มนวล ไม่แสดงอารมณ์โกรธให้ผู้ป่วยเห็น เพราะจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโกรธมากขึ้น
- 3) เก็บของใช้ที่แหลมคม หรือของที่จะใช้เป็นอาวุธไว้ให้มิดชิด
- 4) ถ้าผู้ป่วยตะโกนด่าส่งเสียงดัง ควรปล่อยให้ผู้ป่วยได้ระบายความก้าวร้าวทางคำพูด สักพักแล้วจะสงบเอง อย่าห้ามเพราะจะยิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยโกรธมากขึ้น แต่ควรสอบถามความต้องการของผู้ป่วยแทน ว่า “ต้องการอะไรหรือ” “ไม่สบายใจเรื่องอะไร” “มีอะไรที่จะได้ช่วยบ้าง” ผู้ดูแลควรตอบสนองความต้องการตามที่สามารถทำได้ ถ้าไม่ได้ ให้ยื่นฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดอย่างสงบสักระยะ ผู้ป่วยจะลดความหงุดหงิดก้าวร้าวลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น ต่อสิ่งของหรือเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง ควรนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

3. อาการหว้าว ประสาทหลอน อาจทำให้ญาติหรือผู้ดูแลไม่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้ง่ายนัก อาการประสาทหลอน คือ มองเห็นคนถือมีดจะมาทำร้าย ทั้งที่ไม่มีใครอยู่ตรงนั้น ผู้ป่วยได้ยินเสียงบอกว่า มีคนจะมาทำร้าย อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อบุคคลนั้น

วิธีการดูแล

- 1) ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด หลีกเลี่ยงการให้ผู้ป่วยพบเจอกับบุคคลที่ผู้ป่วยไม่ไว้วางใจ เก็บอาวุธ อุปกรณ์ที่เป็นอันตราย ของมีคมต่างๆ ให้มิดชิด
- 2) ในระหว่างที่คุยกับญาติหรือคนรอบข้าง ควรเรียกชื่อผู้ป่วย ใช้คำพูดง่าย ๆ และเสียงที่ดังพอที่จะทำให้ผู้ป่วยได้ยิน ต้องไม่ใช่คำพูดในลักษณะคุกคาม แต่เป็นการประคับประคองผู้ป่วย สบตา และให้ feedback ในสิ่งที่ผู้ป่วยสนใจขณะพูดคุย ควรตอบคำถามโดยการบอกความจริง ไม่คล้อยตามหรือส่งเสริมภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วย รวมทั้งไม่โกหกหรือตำหนิผู้ป่วยเพื่อยับยั้งอาการที่เกิดขึ้น
- 3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูด ระบายความรู้สึก รับฟังโดยไม่ตัดสินในสิ่งที่ผู้ป่วยเล่า
- 4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยเล่าเรื่องราวที่เขาเผชิญ ทำให้ญาติเข้าใจและสามารถเตรียมการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อผู้ป่วยหรือคนรอบข้าง
- 5) ควรสังเกตช่วงเวลาที่มีอาการประสาทหลอน รวมถึงเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการ เพื่อหาสาเหตุที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิตกกังวล และนำไปสู่การได้ยินเสียงแว่วหรือเห็นภาพหลอน การหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยเผชิญกับสิ่งเร้านั้นๆ ช่วยลดภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยลงได้
- 6) สนับสนุนผู้ป่วยในการทดสอบความจริง เช่น ให้ผู้ป่วยสังเกตว่า คนอื่นได้ยินหรือมองเห็น เช่นเดียวกับผู้ป่วยหรือไม่ ถ้าคนอื่นไม่ได้ยินหรือเห็นเหมือนกับผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเพิกเฉยต่อเสียงที่ได้ยินหรือภาพที่เห็นด้วยความรู้สึกปลอดภัยมากขึ้น
- 7) พาผู้ป่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ทำความสะอาดบ้าน เล่นดนตรี ร้องเพลง ออกกำลังกาย ทั้งนี้ควรเป็นกิจกรรมง่ายๆ ไม่ฝืนใจ ตามความชอบของผู้ป่วยแต่ละคน
- 8) การใช้สิ่งรบกวนทางการได้ยิน เช่น ให้ผู้ป่วยฟังเพลง อ่านหนังสือออกเสียงดัง ๆ หรือพูดคุยกับผู้อื่น เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะประสาทหลอนที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 2.2 “การเข้าใจอารมณ์ตนเองและการผ่อนคลายความเครียด”
วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. มีความเข้าใจและรับรู้ถึงอาการเครียดของตนเอง
2. สามารถนำเทคนิคการผ่อนคลายไปใช้เมื่อเกิดความเครียด

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไป กับสมาชิก สอบถามเกี่ยวกับอาการแพ้ยา หรือมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับอาการกำเริบ และบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมในครั้งนี้</p> <p>2. ผู้วิจัยสุ่มถามผู้ดูแล 3-4 คน เกี่ยวกับการมีความเครียดหรือการมีอารมณ์ต่าง ๆ เช่น อารมณ์โกรธ เศร้า ในสัปดาห์ที่ผ่านมา ทราบได้อย่างไรว่ามีความเครียด มีอาการอย่างไรบ้าง และมีวิธีจัดการกับความเครียดหรืออารมณ์นั้น ๆ อย่างไรบ้าง</p> <p>3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญ หลังจากนั้น ผู้วิจัยบรรยายเพิ่มเติมเกี่ยวกับอารมณ์ ความเครียด การประเมินอารมณ์และความเครียดของตนเอง และแนวทางการผ่อนคลายความเครียด และแจกใบความรู้ที่ 2.2.1 และ ใบความรู้ที่ 2.2.2</p> <p>4. ให้ชมวิดีโอทัศน์ เรื่อง เทคนิคการหายใจ คลายความเครียด และ เรื่องการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้สมาชิกทำตามไปพร้อมกัน</p> <p>5. ผู้วิจัยให้สมาชิกปฏิบัติเทคนิคการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคอยชี้แนะ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทุกคน</p> <p>6. สรุปประเด็นของกิจกรรม และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป</p>	<p>1. ใบความรู้ที่ 2.2.1 เรื่องการประเมินอารมณ์ตนเอง และการจัดการกับอารมณ์</p> <p>2. ใบความรู้ที่ 2.2.2 เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง</p> <p>3. วิดีทัศน์เรื่อง “เทคนิคการหายใจ คลายเครียด” และ “การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ”</p>	<p>1. ฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจได้ถูกต้อง</p> <p>2. ความสนใจและความตั้งใจ</p>

ใบความรู้ที่ 2.2.1 เรื่อง การประเมินอารมณ์ตนเอง และการจัดการกับอารมณ์

อารมณ์ หมายถึง ความรู้สึกทางใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสิ่งเร้า อารมณ์เป็นสิ่งที่เกิดได้กับบุคคล ทุกเพศ ทุกวัย ซึ่งอารมณ์ที่เป็นความรู้สึกพื้นฐานของมนุษย์จะมีอยู่ 4 แบบ คือ อารมณ์สุข อารมณ์เศร้า อารมณ์กลัว และอารมณ์โกรธ

ความเครียด หมายถึง สภาวะทางอารมณ์ คือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ทำให้รู้สึกกดดัน ไม่สบายใจ กลัว วิดกกังวล และสะสมจนอาจจะส่งผลให้สภาวะสมดุลทางร่างกายจิตใจเสียไป กลายเป็น “ความเครียดที่เหมาะสม” บ่มเพาะโรคร้าย ตลอดจนปัญหาภาวะซึมเศร้าได้ง่ายๆ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

อาการที่แสดงว่ามีความเครียด

1. ทางร่างกาย อาจมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน ได้แก่ ปวดศีรษะ วิงเวียน หน้ามืด ม่านตาขยาย เหงื่อออก กล้ามเนื้อหดเกร็ง ปวดเมื่อยตามร่างกาย เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นแรงและเร็ว หายใจเร็วตื่น ๆ ความเครียดสะสมทำให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง แผลในกระเพาะอาหาร ท้องผูก ท้องเสีย โรคภูมิแพ้ หอบหืด เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มะเร็ง เป็นต้น

2. ทางจิตใจ อาจเกิดอารมณ์โกรธ โมโห ฉุนเฉียว วิดก กังวล เสียความมั่นใจ หมดความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้เกิดโรคประสาท โรคจิต โรคความจำเสื่อม โรคซึมเศร้า เป็นต้น

3. ทางพฤติกรรม อาจมีอาการเบื่ออาหารหรือกินอาหารมากผิดปกติ แยกตัวเอง หนีสังคม ก้าวร้าว นอนไม่หลับ เทียวเตร่ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ดิตสารเสพติด ดิตการพนัน ส่งผลให้การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบกพร่องประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

การประเมินอารมณ์ของตนเอง มีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ยอมรับว่าตนเองมีอารมณ์เกิดขึ้น
2. ใช้สติปัญญาพิจารณาอารมณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง เช่น ถ้ามีอารมณ์เศร้าก็ให้ยอมรับว่าเศร้า แม้ว่าจะพยายามปกปิดคนอื่นอยู่ก็ตาม โดยให้พิจารณาตามความเป็นจริง ไม่มีอคติเข้าข้างตนเอง
3. พิจารณาหาสาเหตุของอารมณ์นั้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจในตนเอง จะได้นำไปช่วยแก้ไขปัญหาและจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

4. สำนวจว่าสถานการณ์ใดที่ทำให้ตนเองเกิดอารมณ์โกรธหรือเศร้า โดยเรียง ลำดับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรุนแรงจากมากไปหาน้อย เพื่อจะได้นำไปหาวิธีแก้ไขที่เหมาะสม

การจัดการหรือการควบคุมอารมณ์ การควบคุมอารมณ์เป็นทักษะที่เรียนรู้และฝึกฝนได้ โดยมีขั้นตอน 3 ขั้นตอน คือ

1. สำนวจอารมณ์หรือความรู้สึกที่ขึ้นขณะนั้น เช่น โกรธจนมีอาการมือสั่น ใจสั่น ตัวสั่น กัดฟัน กำมือ เป็นต้น
2. คาดการณ์ถึงผลดีหรือผลเสียของการแสดงอารมณ์นั้นออกมา
3. ใช้วิธีควบคุมอารมณ์ด้วยวิธีต่าง ๆ เช่น หายใจเข้า-ออกยาว ๆ นับเลข 1-10 ซ้ำ ๆ (หรือนับต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะรู้สึกว่าการอารมณ์สงบลง) ขอเวลานอก โดยการออกไปจากสถานการณ์

นั้นๆ ชั่วคราว กำหนดลมหายใจโดยให้สติอยู่ที่การหายใจเข้า-ออก และสำรวจความรู้สึกของตนเองอีกครั้งหนึ่ง และชื่นชมกับการที่ตนเองสามารถควบคุมอารมณ์ได้

การควบคุม “อารมณ์โกรธ” มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1. สำรวจอารมณ์ที่เกิดขึ้น ตระหนักว่าตนเองกำลังมีอารมณ์โกรธ และคาดการณ์ถึงผลเสียของการแสดงอารมณ์นั้นออกมา
2. ออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดอารมณ์โกรธก่อนชั่วคราว เพื่อจะได้ไม่ทำให้เกิดเหตุการณ์รุนแรงตามมา
3. พยายามผ่อนคลายอารมณ์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น หายใจเข้า-ออกยาว ๆ นับ 1-100 จนกว่าจะรู้สึกสงบ กำหนดลมหายใจให้สติอยู่ที่การหายใจเข้า-ออก เป็นต้น จากนั้นสำรวจอารมณ์ของตนเองอีกครั้งและชื่นชม กับการที่ตนเองสามารถผ่อนคลายอารมณ์ได้
4. ระบายความโกรธไปในทางสร้างสรรค์ เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย
5. เมื่ออารมณ์สงบแล้วให้หาสาเหตุที่แท้จริงของความโกรธ และหาทางขจัดสาเหตุนั้น

การควบคุม “อารมณ์เศร้า” มีวิธีปฏิบัติดังนี้

1. ยอมรับว่า ตนเองกำลังมีอารมณ์เศร้า ตระหนักว่าการมีอารมณ์เศร้านั้นเป็นผลเสียต่อตนเอง
2. สำรวจหาสาเหตุความเศร้าของตนเอง
3. เลือกที่จะระบายอารมณ์เศร้าของตนเอง และปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม ดังนี้
 - 1) ระบายความรู้สึกโดยการเขียน ไม่เก็บความรู้สึกเศร้าเอาไว้ แต่ควรเผชิญกับมัน
 - 2) พูดคุยปรึกษากับเพื่อนสนิทที่ไว้ใจได้
 - 3) ทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำ เช่น เล่นกีฬา ออกกำลังกาย เล่นดนตรี
 - 4) มองสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางที่ดี
 - 5) มองโลกอย่างมีความหวัง คิดถึงหนทางข้างหน้า ไม่จมอยู่กับความหลัง
 - 6) ยอมรับการเปลี่ยนแปลง กล้าเผชิญกับความจริง ไม่ยึดมั่นในสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไปปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม
 - 7) อย่าตำหนิหรือโทษตนเองเมื่อทำผิดพลาด
 - 8) ปรับปรุงแก้ไขสิ่งแวดล้อมใหม่ หรือไปเที่ยวที่อื่น ๆ
 - 9) ถ้ารู้สึกอยากร้องไห้ก็ไม่ควรเก็บเอาไว้ เพราะการร้องไห้จะช่วยทำให้รู้สึกดีขึ้น เป็นการปลดปล่อยความรู้สึกที่กักตันออกมา
 - 10) ปรึกษากับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในสถานบริการ เช่น คลินิกโรงพยาบาล และหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งบริการสายด่วนสุขภาพจิต ที่หมายเลข 1323

สัญญาณเตือนที่ควรดูแลตนเอง

ความเครียดเป็นการตอบสนองของร่างกายและจิตใจที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับสถานการณ์วิกฤต การตอบสนองต่อความเครียดส่วนใหญ่มักจะสามารถฟื้นฟูกลับสู่สภาพปกติและจะค่อยๆ หายไปได้เอง เมื่อเวลาผ่านไป แต่บางคนไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียด หากปล่อยไว้นานวัน ความเครียดนั้นก็จะเป็นความเครียดสะสมเป็นความเครียดเรื้อรัง และส่งผลต่อสุขภาพจิต

- สัญญาณเตือนที่เป็นตัวบ่งชี้ว่าคุณคนนั้นอาจต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต มีดังนี้
1. รู้สึกผิดตลอดเวลา
 2. มีอาการสับสน บางครั้งมีความรู้สึกที่โล่งใจที่ไม่มีอยู่จริง รู้สึกว่าตนเอง แยกออกจากร่างกาย สูญเสียความเป็นตัวเอง ความจำเสื่อม
 3. ย้อนกลับไปสู่ประสบการณ์เดิม โดยควบคุมตนเองไม่ได้อย่างรุนแรง เช่น รู้สึกเหมือนกลับไปอยู่ในเหตุการณ์เดิมอีกครั้ง จำภาพที่ทารุณโหดร้ายได้ติดตา ฝันร้าย ย้ำคิดเรื่องเดิม ๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้
 4. หลีกหนีสังคมอย่างรุนแรง ไม่กล้าเข้าสังคม
 5. มีอาการตื่นกลัวจนเกิดเหตุ ฝันร้าย ควบคุมตนเองไม่ได้
 6. วิตกกังวลมากจนทำอะไรไม่ได้ เช่น หวาดกลัวอย่างรุนแรง กลัวว่า ตนเองจะบ้า
 7. ซึมเศร้าอย่างรุนแรง หมดความรู้สึกสนุกสนานในชีวิต รู้สึกตนเองไร้ค่า ต่ำหนีดตนเอง
 8. มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด
 9. มีอาการทางจิต หลงผิด ประสาทหลอน มีความคิดหรือสร้าง จินตนาการที่ผิดไปจากความจริง

ใบความรู้ที่ 2.2.2 เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองมีหลายวิธี วิธีที่สามารถเรียนรู้ได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปปฏิบัติด้วยตนเองเมื่อเกิดความเครียดทุกเวลา คือ เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ

1. เทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นเทคนิคอย่างหนึ่งที่น่าสนใจในการลดความตึงเครียด หรือการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่เกิดจากความเครียดของจิตใจ การผ่อนคลายทำให้สรีระตอบสนองโดยมีการเผาผลาญลดลง ความตึงของกล้ามเนื้อลดลง อัตราการเต้นของหัวใจและอัตราการหายใจลดลง ควรฝึกเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15-20 นาที

วิธีการฝึก : เลือกสถานที่ที่สงบ ปราศจากเสียงรบกวน นั่งในท่าที่สบาย คลายเสื้อผ้าให้หลวมถอดรองเท้า หลับตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ โดยฝึกเกร็ง 3-5 วินาที และคลายกล้ามเนื้อ 10-15 วินาที ดังนี้

- | | | |
|-----------------|---|---|
| มือและแขน | : | โดยกำมือ เกร็งแขนแล้วคลาย |
| หน้าผาก | : | โดยเลิกคิ้วให้สูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย |
| ตา แก้ม จมูก | : | โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย |
| คอ | : | โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย |
| อก ไหล่ และหลัง | : | โดยหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้ แล้วคลาย ยกไหล่สูง แล้วคลาย |
| หน้าท้องและก้น | : | โดยขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย |
| เท้าและขา | : | โดยเหยียดขาอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขากระดูกปลายเท้าแล้วคลาย |

2. เทคนิคการหายใจ เมื่อมีความเครียดจะทำให้หัวใจเต้นเร็ว หายใจถี่และตื้นมากขึ้น ส่งผลให้ออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยลงกว่าปกติ การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี โดยการหายใจช้า ๆ ลึก ๆ ใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้อง จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพิ่มขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง ลำไส้ และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก : นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือประสานไว้ที่บริเวณท้อง

1. ค่อย ๆ หายใจ พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก จากนั้นกลั้นหายใจเอาไว้ชั่วคราว โดยนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

2. ค่อย ๆ ผ่อนคลายลมหายใจออก โดยนับเลข 1 ถึง 8 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4...5...6...7...8...พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

3. ทำซ้ำอีกประมาณ 4-5 ครั้ง โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงที่หายใจเข้า

แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 3 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 3.1 “สื่อสารกันอย่างเข้าใจ”

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ได้เรียนรู้เกี่ยวกับหลักสำคัญในการสื่อสารที่ดี
2. เข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของคู่สนทนาได้ดีขึ้น ช่วยพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่สนทนา
3. มีทักษะการสื่อสารทางบวก

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
<p>1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย พูดคุย พร้อมทั้งบอกวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้</p> <p>2. ผู้วิจัยพูดทบทวนการทำกิจกรรมในสัปดาห์ที่ผ่านมา และสอบถามกลุ่มตัวอย่างว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาได้ใช้แหล่งประโยชน์ใดบ้าง และมีวิธีดำเนินการอย่างไร</p> <p>3. ผู้วิจัยเกริ่นนำเกี่ยวกับการเพิ่มความรักและการสร้างความเข้าใจอันดีในครอบครัวด้วยการสื่อสารที่ดี และการสื่อสารเชิงบวก ซึ่งมีเทคนิค/วิธีหลายรูปแบบ จากนั้นให้ชม</p>	<p>1. ใบความรู้ที่ 4.1.1 เรื่องสื่อสารในครอบครัว เพิ่มความรักความเข้าใจ</p> <p>2. ใบความรู้ที่ 4.1.2 เรื่อง สื่อสารด้วยความหมายที่แฝงเร้น</p>	<p>1. ประเมินจากพฤติกรรม ความสนใจและความร่วมมือในการพูดคุย แสดงความคิดเห็น</p> <p>2. การทำใบงาน</p>

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผล
<p>วิดิทัศน์ เรื่อง “การสื่อสาร และวิธีสร้างสุขในครอบครัว”</p> <p>4. ผู้วิจัยสรุปประเด็น การสื่อสารที่สร้างสรรค์ การสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางบวก วิธีการสื่อสารทางบวกและวิธีสร้างสุขในครอบครัว และแจกใบความรู้ที่ 4.1.1 และ 4.1.2</p> <p>5. ผู้วิจัยอธิบายเกี่ยวกับคำพูดที่มีความหมายแฝง ยกตัวอย่างคำพูดที่มีความหมายแฝง จากนั้นให้ผู้ดูแลทำใบงานที่ 4.1 ในการวิเคราะห์ความหมายแฝงจากคำพูดในสถานการณ์ที่กำหนด</p> <p>6. ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้จากการทำกิจกรรม และนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป</p>	<p>3. ใบงานที่ 4.1 ความแฝง</p> <p>4. กระดาษ ปากกา</p> <p>5. วิดิทัศน์เรื่อง “การสื่อสาร และ วิธีสร้างสุขในครอบครัว”</p>	

ใบความรู้ที่ 3.1.1 เรื่อง สื่อสารในครอบครัว เพิ่มความรักความเข้าใจ

การสื่อสารที่ดีมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตในครอบครัว เพราะในชีวิตประจำวัน เราจะต้องสื่อสารกับคนในครอบครัวและคนรอบข้างอยู่เสมอ หากมีการสื่อสารที่ดีก็จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน หรือการเข้าใจผิด จึงควรใช้การสื่อสารบอกความรู้สึก และใช้การสื่อสาร

การสื่อสารทางลบ การสื่อสารทางลบจะแสดงออกทั้งภาษาท่าทางและคำพูด ดังนี้

1) **ด้านท่าทาง** เช่น การจ้อง และมองอย่างไม่เหมาะสม สีหน้าบึ้งตึง เฉยเมยเพิกเฉย ท่าที่เย็นชา ขาดความใกล้ชิด ไม่มีการปฏิสัมพันธ์โดยการสัมผัส

2) **ด้านคำพูด** ซึ่งจะมีการแสดงออกในลักษณะ ดังนี้

(1) พูดคลุมเครือ พูดไม่ชัดเจน กำกวม ไม่รู้เรื่อง หรือไม่บอกให้ชัดเจนว่าต้องการอะไร

(2) พูดในลักษณะเจ้ากี้เจ้าการ เป็นลักษณะของการกำหนดกฎเกณฑ์ให้คนอื่นทำ เช่น

"ทำไมคุณไม่ไปจ่ายค่าน้ำค่าไฟตอนนี้เลยล่ะ"

(3) พูดสั่งเป็นการกำหนดให้ต้องทำอย่างนั้นอย่างนี้ เช่น "กลับบ้านเร็วหน่อยนะวันนี้"

(4) สอน ใช้คำพูดโดยแสดงถึงการใช้คำพูดสอนกล่าว เช่น "คุณเป็นพ่อคนแล้ว น่าจะมีความรับผิดชอบมากกว่านี้"

(5) พูดประชด เช่น "ตะวันยังไม่ตกดินเลย ทำไมไม่กลับมาแต่วันเชียว"

(6) พูดกล่าวหา เช่น "คุณไม่เคยช่วยฉันเลี้ยงลูกเลย"

(7) พูดเชิงเปรียบเทียบ เช่น "สามีของคุณวรรณ ไม่เห็นเขาเป็นเหมือนคุณเลย"

- (8) พุดติ เช่น "ทำอะไรไม่เคยเรียบร้อยเลย"
- (9) บ่น เช่น พุดซ้ำ ๆ ซาก ๆ ยืดยาวในเรื่องหนึ่ง ๆ
- (10) คำว่า เช่น การใช้คำหยาบ ไม่สุภาพ

นอกจากนั้น อาจมีลักษณะอื่น ๆ ดังนี้ ไม่พุดเพราะคิดว่าอีกฝ่ายรู้แล้ว พุดผ่านคนอื่น ทำให้เกิดความเข้าใจผิด ต่วนสรุปทั้งที่ยังฟังความไม่ครบถ้วน แปลความหมายในเชิงลบ ชอบพุดถึงความผิดพลาดในอดีตของอีกฝ่าย ไม่ใส่ใจในสิ่งที่อีกฝ่ายพุด ไม่ยอมพุดคุยกัน หลีกเลี่ยงความขัดแย้ง เพราะคิดว่าพุดที่ไรทะเลาะกันทุกที แต่ภายในอาจเต็มไปด้วยความโกรธ น้อยใจ ไม่สบายใจ เป็นต้น การพุดสื่อสารทางลบเหล่านี้จึงควรต้องหลีกเลี่ยง

การสื่อสารทางบวก มีองค์ประกอบที่ควรแสดงออกดังนี้

1. สีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงอาการใส่ใจ รับฟัง
2. การสบสายตา จะทำให้การพุดง่ายขึ้น และอาจช่วยระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพุดคุยได้
3. ท่าทาง แสดงออกว่าสนใจรับฟังสิ่งที่เขาหรือเธอพุด เช่น การผงกศีรษะ การโน้มตัวเข้าหา
4. การสัมผัส จะช่วยให้เกิดความรู้สึกทางใจถึงความรักใคร่ อบอุ่น และสนิทสนม เช่น การจับมือ โอบกอด
5. ระยะห่าง ควรมีการพุดคุยระยะใกล้ เพื่อที่จะไม่คลาดเคลื่อนในการรับฟัง และไม่ต้องตะโกนใส่กัน

วิธีการสื่อสารทางบวก อาจทำได้โดย

1. พุดอย่างชัดเจนและตรงประเด็น
2. เปิดเผยความคิดเห็นและความรู้สึกของคุณอย่างตรงไปตรงมา
3. อย่าเดาใจกัน เพราะอาจเกิดความเข้าใจผิด
4. เรียนรู้ศิลปะในการพุดว่า สิ่งไหนควรพุด สิ่งไหนไม่ควรพุด และควรพุดเมื่อไร
5. เปิดโอกาสให้คนรักพุดคุยด้วย อย่าพุดฝ่ายเดียว
6. หากจะพุดคุยเรื่องที่ขัดแย้งกันอยู่ ก็ควรเริ่มต้นการสนทนาในเชิงบวกเพื่อให้บรรยากาศดีขึ้น
7. พยายามอย่ารื้อฟื้นเรื่องในอดีต
8. อย่าเงียบเมื่ออีกฝ่ายพยายามจะสื่อสารด้วย
9. ตั้งใจฟัง และตั้งคำถามอย่างเหมาะสม
10. ควบคุมอารมณ์ ก่อนจะแสดงท่าทีอะไรออกมา
11. อย่าพุดแทรก ขัดคอ หรือโต้ตอบโดยที่ยังฟังไม่จบ

การพุดอย่างมีศิลปะในสิ่งที่เราชอบและไม่ชอบอย่างตรงไปตรงมา จะช่วยให้ตัวเราและคนในครอบครัวทำสิ่งที่ถูกใจกันและกันมากขึ้น และการให้กำลังใจจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันรักใคร่กันมากขึ้น

ใบความรู้ที่ 3.1.2 เรื่อง สื่อสารด้วยความหมายที่แฝงเร้น

สิ่งที่คนเราสื่อออกมาในขณะที่พูดคุยกัน ประกอบด้วยส่วนที่เป็นเนื้อหาคำพูด และส่วนที่เป็นภาษาท่าทาง ได้แก่ ท่าที น้ำเสียง วิธีการพูด ความดัง ความเร็วในการพูด ผู้เชี่ยวชาญด้านการสื่อสารเชื่อว่าความหมายที่แฝงมากับคำพูดและสิ่งที่ส่งผ่านมาน้ำเสียง ภาษาท่าทาง เป็นข่าวสารที่มีความสำคัญยิ่งกว่าเนื้อหาคำพูดของคนผู้นั้น ซึ่งคำที่มีความหมายแฝงนั้นเป็นคำที่ไม่ตรงตามตัวหนังสือ เมื่อฟังหรืออ่านแล้วจะต้องตีความ เป็นเชิงเปรียบเทียบหรือมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งอื่นหรือมีความหมายซ่อนเร้นอยู่ในคำ

การคุยกันอย่างเข้าใจอาศัยความสามารถในการเข้าใจทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาคำพูด และในส่วนที่เป็นภาษาท่าทาง เนื้อหาคำพูดจะส่งผ่านแนวคิดและเหตุผลได้ดี ขณะที่ภาษาท่าทางจะส่งผ่านอารมณ์ความรู้สึกได้มากกว่าโดยทั่วไป หากคุยกันในเรื่องที่ไม่มีการอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้อง คำพูดก็มักจะไม่มี ความหมายอะไรมากไปกว่าการส่งผ่านข้อมูลถึงกัน แต่หากเป็นเรื่องที่มีความรู้สึกนึกคิด คำพูดก็มักจะมีความหมายบางอย่างแฝงมาด้วย ขึ้นอยู่กับว่าเรารับรู้ได้มากน้อยเพียงใด

ความสามารถในการ "อ่าน" ความหมายที่แฝงเร้นอยู่ในการสนทนา จะช่วยให้เราเข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึกของคู่สนทนาได้ดีขึ้น หากเป็นการพูดคุยกันในทางสังคม ความสามารถนี้จะช่วยให้เราพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีกับคู่สนทนา และหากเป็นการพูดคุยเพื่อการปรึกษาช่วยเหลือ ความสามารถนี้จะยิ่งมีความสำคัญมากยิ่งขึ้น เพราะเป็นสิ่งกำหนดผลลัพธ์ของการช่วยเหลือว่าจะให้ผลดีเพียงใด ตัวอย่างเช่น เอกกำลังเล่าเรื่องราวชีวิตบางแง่มุมให้บีฟัง มีเปลอพุดให้ข้อคิดเห็นบางอย่างออกไปแล้ว เอ พูดว่า “คนเราเลือกเกิดไม่ได้หรอกนะ” คำพูดประโยคนี้ของเอย่อมมีความหมายและความรู้สึกที่แฝงมาอย่างชัดเจน



ใบงานที่ 3.1 ความแฝง

คำสั่ง ให้ท่านอ่านและวิเคราะห์คำที่มีความหมายแฝงจากสถานการณ์ที่กำหนดให้

กรณีศึกษาที่ 1

ประยิน ผู้ป่วยชาย วัย 36 ปี รักษาโรคจิตเภท ต่อเนื่องนาน 8 ปี อาศัยอยู่กับแม่วัย 75 ปี มีอาชีพรับจ้างรายวัน แต่ก็ไม่ค่อยมีคนจ้าง เนื่องจากเห็นว่าผู้ป่วยมักมีอาการมึนเมา “ทำงานไม่ได้เต็มที่ พุดจาเหมือนเด็กเลี้ยงแกะ หาคความจริงไม่ได้ เพราะเมื่อไปของานทำ นายจ้างมักบอกว่าไม่มีงานให้ทำ จ้างไปก็ไม่คุ้มค่า” คำพูดประโยคนี้ของนายจ้าง แฝงความรู้สึกหรือความหมายอะไรได้บ้าง

คำตอบจากกิจกรรม

- 1) คิดว่าผู้ป่วย พุดไม่จริง
- 2) กังวลว่าผู้ป่วยจะทำงานไม่คุ้มค่าจ้าง
- 3) กังวลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย

กรณีศึกษาที่ 2

นางสาว นินิว ผู้ป่วยหญิง อายุ 24 ปี รับประทานยาโรคจิตเภทต่อเนื่อง 1 ปีและมีโรค HIV 1 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ได้แชร์โพสต์ในเฟซบุคว่า “ถ้าชีวิตจะตกต่ำขนาดนี้ ขอไปเป็นดาวบนฟ้าดีกว่า” จากข้อความนี้ของเธอ แฝงความรู้สึกหรือความหมายอะไรได้บ้าง

คำตอบจากกิจกรรม

- 1) รู้สึกว่าตัวเอง ไร้ค่า
- 2) ต้องการให้ตัวเองมีศักดิ์ศรี มีเกียรติ ยิ่งใหญ่
- 3) ต้องการ การยอมรับ

สรุปประเด็นที่ได้จากกิจกรรม

การคุยกันอย่างเข้าใจ ต้องเข้าใจทั้งในส่วนที่เป็นเนื้อหาคำพูด และในส่วนที่เป็นภาษาท่าทาง เนื้อหาคำพูดจะส่งผ่านแนวคิดและเหตุผลได้ บางคำพูดอาจจะมีคำที่มีความหมายบางอย่างแฝงมาด้วย หากเราสามารถฟังและเข้าใจความหมายของคำที่มีความหมายแฝงเร้นอยู่ในการสนทนา จะช่วยให้เราเข้าถึงอารมณ์ความรู้สึกของคู่สนทนาได้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3.2 “การฝึกทักษะการแก้ไข้ปัญหา”

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

1. เพื่อพัฒนาความคิดด้านบวกในการเข้าใจปัญหา
2. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้สมาชิกมีทักษะในการแก้ไข้ปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย พูดคุยเรื่องทั่วไปกับสมาชิก และทบทวนการทำกิจกรรมครั้งที่ผ่านมา 2. ผู้วิจัยเกริ่นนำ เกี่ยวกับทักษะที่จะช่วยให้การแก้ไข้ปัญหาต่าง ๆ ได้ผลดีหรือประสบความสำเร็จ 3. หลังจากนั้น ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ไข้ปัญหา ความหมาย แนวทางการพัฒนาทักษะการแก้ไข้ปัญหา และขั้นตอนการแก้ไข้ปัญหา แจกใบรู้ที่ 3.2 4. ผู้วิจัยให้สมาชิกฝึกทักษะการแก้ไข้ปัญหา โดยให้ทำใบงานที่ 3.2 และให้สมาชิกส่งตัวแทนมานำเสนอปัญหา เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการแก้ไข้ปัญหาให้สมาชิกได้รับฟัง 5. ผู้วิจัยสรุปแนวทางในการแก้ไข้ปัญหาตามหลักบันไดห้าขั้นของการแก้ไข้ปัญหา และเปิดโอกาสให้ซักถาม 6. นัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป 	<ol style="list-style-type: none"> 1. กระดาษ ปากกา 2. ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง บันไดห้าขั้นของการแก้ไข้ปัญหา 3. ใบงานที่ 3.2 บันไดคลายปัญหา 	<ol style="list-style-type: none"> 1. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการแสดงความ คิดเห็นอภิปรายปัญหา ของตนเองได้ 2. จากการทำกิจกรรมตาม ใบงาน

ใบความรู้ที่ 3.2 เรื่อง เทคนิคการแก้ไขปัญหา

ปัญหาเป็นเรื่องปกติและเกิดขึ้นได้กับทุก ๆ คน และการแก้ปัญหาก็เป็นทักษะที่เป็นประโยชน์สำหรับการเผชิญกับความยุ่งยากของปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน การขาดทักษะของการแก้ปัญหาหรือความสามารถในการแก้ปัญหาก็จะมีความสัมพันธ์กับปัญหาทางด้านจิตใจที่มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเด็กและผู้ใหญ่ ทักษะการแก้ปัญหาสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ของบุคคลได้ไม่ว่าจะเป็นปัญหาความเครียด ปัญหาความวิตกกังวล ปัญหาด้านความโกรธ ปัญหาการควบคุมตนเอง และการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ตลอดจนการปรับตัวทางสังคม

ทักษะการแก้ปัญหา หมายถึง ความสามารถในการใช้ประสบการณ์กำหนดทางเลือกเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตอย่างเป็นระบบและเหมาะสมกับตนเองที่สุด

แนวคิดในการแก้ปัญหาเมื่อบุคคลเผชิญกับปัญหา

1. ยอมรับว่าเรามีปัญหา เพื่อเป็นการช่วยให้บุคคลไม่ต้องมองหาว่าจะเกิดปฏิหารย์กับตนเอง และจะได้ไม่เสียเวลากับการที่จะกล่าวโทษตนเอง และบุคคลอื่น
2. บอกให้ได้ว่าปัญหาของเราคืออะไร เพื่อทำความเข้าใจว่าอะไรคือสิ่งที่เป็นปัญหาและทำให้ไม่สบายใจ
3. ลองมองหาบุคคลที่เราสามารถจะพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของเราได้ การมองหาบุคคลที่จะพูดคุยในปัญหาของเรานั้น ควรเป็นบุคคลที่สามารถไว้วางใจได้
4. หาคำตอบว่าทำไมจึงเกิดปัญหาขึ้น เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาแบบซ้ำอีก
5. ปรึกษาบุคคลอื่น โดยการบอกถึงแผนการแก้ปัญหของเราเอง เมื่อไม่มั่นใจว่าวิธีการแก้ปัญหของเราจะได้ผลหรือไม่ ลองปรึกษากับบุคคลอื่นที่มั่นใจและไว้วางใจ เพื่อบางครั้งอาจจะมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมได้
6. ดำเนินการตามแผนการแก้ปัญหา ซึ่งจะช่วยให้เรารู้สึกว่า ได้มีการปฏิบัติตามแผน เพื่อเป็นการแสดงถึงความก้าวหน้าในการแก้ปัญหาด้วย
7. ปรับมุมมองปัญหาว่าไม่ใช่อุปสรรคแต่เป็นโอกาสที่ทำให้เราพัฒนาตนเอง เมื่อคุณรู้สึกเป็นทุกข์กับปัญหา ให้ลองปรับมุมมองใหม่ว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าในการพัฒนาให้ตัวเองมีทักษะ เพิ่มความสามารถของตนเอง

ขั้นตอนการแก้ปัญหา

การแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพ ตามแนวทางของบันไดห้าขั้น ดังนี้

บันไดขั้นที่หนึ่ง การทำความเข้าใจ คือ การทำความเข้าใจในตัวปัญหาให้ชัดเจน และตอบคำถามให้ได้ว่า ปัญหานั้น มันเป็นปัญหาอย่างไร

บันไดขั้นที่สอง ตั้งเป้าหมาย เป็นการตั้งเป้าหมายสิ่งที่เราต้องการว่าคืออะไร การมองภาพอนาคตจะช่วยให้สามารถกำหนดทิศทางเพื่อสร้างสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะสิ่งที่สามารถลงมือแก้ไขได้ เพื่อแก้ปัญห

บันไดขั้นที่สาม ค้นหาทางเลือก โดยแยกข้อดีข้อเสีย ในแต่ละทาง โดยการฝึกคิดแบบมีทางเลือก ซึ่งจะช่วยให้เรามีความคิดที่ยืดหยุ่นมากขึ้น ทำให้มีโอกาสค้นพบทางเลือกที่ดีที่สุดได้

บันไดขั้นที่สี่ ลงมือทำ หัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาคือ การลงมือทำ ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ต้องอาศัยความจริงจัง อดทน และรู้จักรอคอย เพราะปัญหาบางอย่างต้องใช้เวลาในการแก้ไข จึงจะคิดได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน โดยต้องอาศัยความอดทนและการรอคอยได้ จนกว่าจะบรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

บันไดขั้นที่ห้า สรุปเพื่อเรียนรู้ เป็นการประเมินและสรุปบทเรียนที่ได้ เพื่อเป็นประสบการณ์สำหรับอนาคต ส่วนในกรณีที่มีการแก้ปัญหาไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ การประเมินผลจะช่วยให้เราทบทวนและปรับปรุงวิธีการ ทำให้เข้าใจปัญหาชัดเจนมากขึ้น เป้าหมายที่ตั้งไว้เหมาะสมเพียงใดหรือไม่ และมีสิ่งใดที่ควรปรับปรุงบ้าง

ใบงานที่ 3.2 บันไดคลายปัญหา

คำสั่ง ให้สมาชิกเล่าถึงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการแก้ไข ปัญหาจากสถานการณ์นั้นๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (กรณีไม่มีปัญหา ให้เอาปัญหาของตนเอง ในเรื่องใดก็ได้)

1. ในขณะนี้ท่านมีความรู้สึกเครียด หรือวิตกกังวล เกี่ยวกับเรื่องอะไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. ท่านมีวิธีการจัดการกับปัญหา หรือแก้ไขปัญหา ในข้อ 1 อย่างไร อธิบายในแต่ละขั้นตอนพอเข้าใจ

สถานการณ์ที่เป็นปัญหา	วิธีการจัดการกับปัญหา
บันไดขั้นที่หนึ่ง ทำความเข้าใจ	
บันไดขั้นที่สอง ตั้งเป้าหมาย	
บันไดขั้นที่สาม ค้นหาทางเลือก	
บันไดขั้นที่สี่ ลงมือทำ	
บันไดขั้นที่ห้า สรุปเพื่อเรียนรู้	

สรุปประเด็นที่ได้จากกิจกรรม

สิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหา คือการคิดอย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอน ประกอบด้วย การทำความเข้าใจ ตั้งเป้าหมาย ค้นหาทางเลือก ค้นหาทางเลือก สรุปเพื่อเรียนรู้ กล่าวคือ ต้องมีความเข้าใจ ในปัญหา มีเป้าหมายที่จะแก้ไขอย่างจริงจัง อดทน และรอบคอบ ค้นหาทางเลือกหลายๆช่องทาง เพื่อสามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งหากไม่ได้ผลตามที่คาดหวังไว้ เราต้อง ทบทวนและปรับปรุง เพื่อหาทางแก้ไขต่อไป

แผนกิจกรรมการเรียนรู้ที่ 4 “การรับรู้แหล่งประโยชน์ในชุมชน”

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและการใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนและให้การสนับสนุนซึ่งกัน และกัน

ระยะเวลา 60 นาที

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง กล่าวทักทาย พูดคุยพร้อมทั้งบอก วัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรมในครั้งนี้</p> <p>2. ผู้วิจัยพูดทบทวนการทำกิจกรรมใน สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยการทบทวนเทคนิคการ หายใจ และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และให้ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพร้อมกัน</p> <p>3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์ และความสำคัญของการใช้แหล่งประโยชน์ใน ชุมชน จากใบความรู้ที่ 3</p> <p>4. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในเรื่องแหล่งประโยชน์ที่อยู่ใน ชุมชนที่ตนเองนึกถึง พร้อมทั้งให้สมาชิกได้มี การสนับสนุนซึ่งกันและกัน จากใบงานที่ 3 เข้าถึงแหล่ง ประโยชน์ชุมชนได้อย่างไร</p> <p>5. ผู้วิจัยสรุปถึงความสำคัญของแหล่ง ประโยชน์ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิต เภทได้</p>	<p>1. โทรศัพท์มือถือ</p> <p>2. กระดาษ ปากกา</p> <p>3. ใบความรู้ที่ 4 เรื่อง แหล่งประโยชน์ใน ชุมชน</p> <p>4. ใบงานที่ 4 ส่งต่อ ฉบับไว</p>	<p>1. สังเกตความสนใจและ ความตั้งใจของ</p> <p>2. สังเกตการแสดง ความรู้สึกและแสดง ความคิดเห็นของกลุ่ม ตัวอย่าง</p>

การดำเนินกิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์การสอน	การประเมินผลกิจกรรม
<p>6. ผู้วิจัยอธิบายแนวทางการดูแลและขั้นตอนการประสานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงให้กับกลุ่มตัวอย่าง และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย</p> <p>7. ผู้วิจัย ให้กลุ่มตัวอย่าง ทบทวนแนวทางขั้นตอนการดูแลและขั้นตอนการประสานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทนำส่งโรงพยาบาล</p> <p>8. ผู้วิจัยสรุป การใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน สำหรับการนำไปใช้ในกรณีเกิดปัญหาจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถแก้ไขได้ พร้อมทั้งแจ้งว่าจะส่งเบอร์โทรศัพท์ของแหล่งประโยชน์ให้ทางไลน์ และนัดหมายการร่วมกิจกรรมในครั้งต่อไป</p>		

ใบความรู้ที่ 4 เรื่อง แหล่งประโยชน์ในชุมชน

แหล่งประโยชน์ในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดเกิดขึ้น เนื่องจากการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วนใหญ่มีกรักษาไม่หายขาด บางรายต้องรักษาตลอดชีวิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักประสบปัญหาต่าง ๆ ตามมา บางปัญหาผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขได้ จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคล ชุมชน และองค์กรต่างๆ ซึ่งจัดเป็นแหล่งประโยชน์ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น ผู้ดูแลที่สามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ของชุมชน จะช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ที่เกี่ยวข้องกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากบทบัญญัติในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 นั้น เป็นบททั่วไปใช้กับผู้ป่วยทุกประเภท แต่ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิตนี้ ใช้กับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตโดยเฉพาะ และต้องมีข้อยกเว้นตามมาตรา 22 เพราะลักษณะที่บัญญัติไว้ในมาตรา 22 เป็นกรณีที่กฎหมายบังคับให้ต้องได้รับการบำบัดรักษา โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากตัวผู้ป่วยสำหรับบรรดสองนั้น บัญญัติถึงกรณีที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตทั่วไปที่ไม่มีลักษณะตามมาตรา 22 ถ้าจะเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา การยินยอมของผู้ป่วยต้องทำเป็น

หนังสือ และผู้ป่วยลงลายมือชื่อไว้ด้วยสำหรับวรรคสามบัญญัติไว้ชัดว่า ผู้ป่วยอายุต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์ หรือผู้ที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาบุคคลต่อไปนี้ คนใดคนหนึ่งแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน ซึ่งได้แก่

1. คู่สมรส
2. บุพการี
3. ผู้สืบสันดาน
4. ผู้ปกครอง
5. ผู้พิทักษ์
6. ผู้อนุบาล
7. ผู้ที่ปกครองดูแลบุคคลนั้น วรรคสี่ บัญญัติให้คณะกรรมการเป็นผู้กำหนดแบบให้

ความยินยอมตามมาตรา

มาตรา 22 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

1. มีภาวะอันตราย
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

คำอธิบาย จากคำอธิบายที่อยู่ในนิยามศัพท์ จะเห็นได้ว่า ภาวะอันตราย ได้แก่ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มีพฤติกรรมผิดปกติทางอารมณ์ความคิด หรือเป็นผลจากการเสพยาเสพติด ต่อจิตและประสาท หรือผู้ที่มีพฤติกรรมคุกคามทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายทรัพย์สินทั้งของคนอื่นหรือตนเองโดยไม่ปรากฏมูลเหตุจูงใจ สำหรับกรณีมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษานั้น ก็ได้แก่ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่ไม่อาจปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการรักษา เพราะจะทำให้โรคหรืออาการผิดปกติทวีความรุนแรงขึ้น

มาตรา 23 ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า

คำอธิบาย มาตรานี้กำหนดหน้าที่ให้ประชาชนทุกคนที่พบเห็นบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมผิดปกติ ที่น่าเชื่อว่ามึลักษณะตามมาตรา 22 ต้องแจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยเร็ว แต่ไม่มีบทลงโทษกรณีที่ไม่แจ้ง แต่ถ้าแจ้งโดยมีเจตนากลั่นแกล้งให้เกิดความเสียหายต่อผู้หนึ่งผู้ใดมีโทษตามมาตรา 51 (จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกินสองหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ)

มาตรา 24 เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้ดำเนินการนำตัวบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ทั้งนี้ โดยจะมีผู้รับดูแลบุคคล ดังกล่าวไปด้วยหรือไม่ก็ได้ การนำตัวบุคคลตามวรรคหนึ่งไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกายบุคคลดังกล่าวจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นเอง บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น

คำอธิบาย มาตรฐานที่กำหนดหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือ ตำรวจ ที่รับแจ้งตามมาตรา 23 และรวมถึงการที่พนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือ ตำรวจ พบบุคคลที่น่าเชื่อว่ามีลักษณะตามมาตรา 22 ด้วยตนเอง ให้เร่งดำเนินการจัดการนำตัวผู้มีความผิดปกตินั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาที่อยู่ใกล้ที่สุด เพื่อให้มีการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น รวมถึงการห้ามนำตัวบุคคลนั้นไปโดยวิธีผูกมัดร่างกาย เว้นแต่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อบุคคลผู้นั้นหรือผู้อื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่น

แหล่งประโยชน์ในชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เป็นแหล่งประโยชน์ในชุมชน สำหรับทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ในช่วงเวลาฉุกเฉิน ณ สถานที่ให้บริการหรือการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ (Hotline) หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ ได้แก่

1. **โรงพยาบาลทั่วไป** สถานบริการในระดับอำเภอที่รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อการวินิจฉัยและมีบริการผู้ป่วยในจิตเวช หรือโรงพยาบาลจิตเวช กรณีผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรงหรือก้าวร้าวต้องรับไว้ในโรงพยาบาล
2. **สถานีตำรวจ** เป็นที่ปรึกษาหรือช่วยเหลือในการส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยก้าวร้าวหรืออาละวาดรุนแรง
3. **สำนักงานพัฒนาสังคมและสวัสดิการจังหวัด** ทำหน้าที่จดทะเบียนคนพิการทางจิต
4. **ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด** เป็นสถานที่ฝึกอาชีพ สำหรับผู้ป่วยจิตเภท
5. **องค์กรเพื่อคนพิการทางจิต** มีหน้าที่ให้การปรึกษาและช่วยเหลือคนพิการทางจิตและครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตอิสระในสังคม พัทธ์กษลธิในด้านต่าง ๆ ของคนพิการทางจิต และครอบครัว

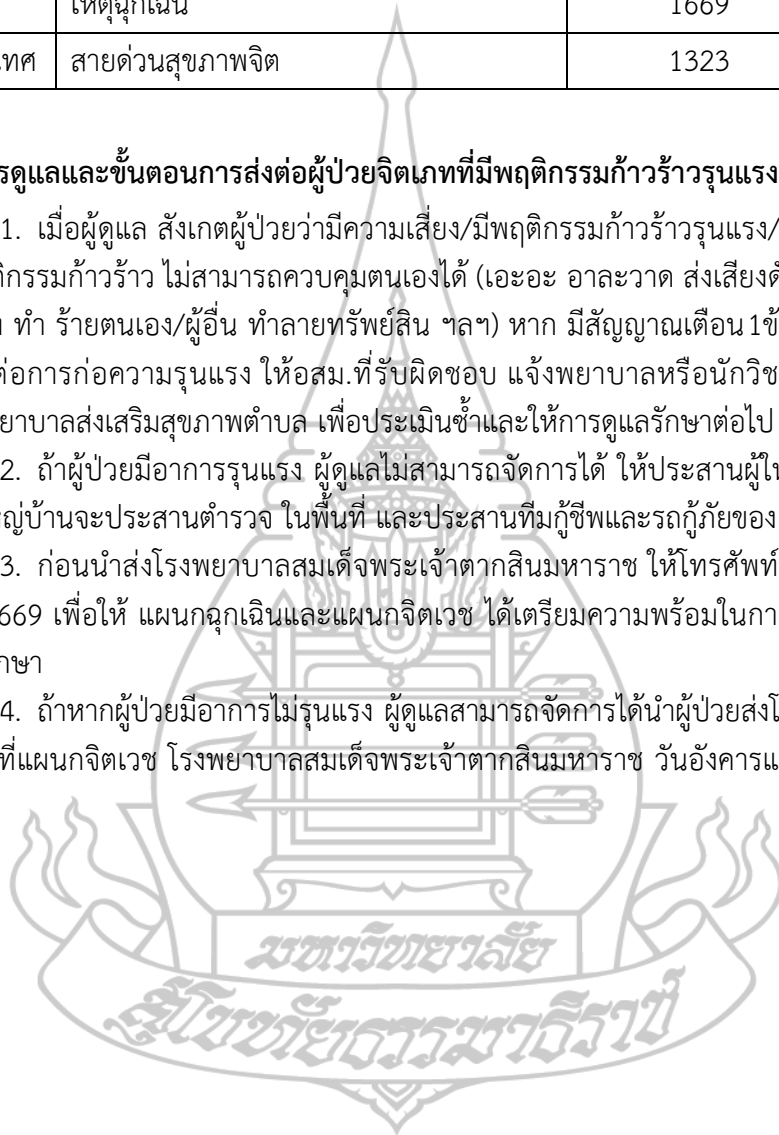
แหล่งประโยชน์ในพื้นที่ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

ระดับ	แหล่งประโยชน์	การติดต่อ	หมายเหตุ
ชุมชน	พยาบาลหรือนักวิชาการที่รับผิดชอบงาน	0862054161	
	องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)	06126177373	
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)	055 531 595	
	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	055 508 971	
	ป้อมตำรวจ	093313042	
	กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน	หมู่ 3 : 0979303373 หมู่ 6 : 0899576919 หมู่ 9 : 0899614863	
	อสม	(ตามความรับผิดชอบครอบครัวในชุมชน)	

ระดับ	แหล่งประโยชน์	การติดต่อ	หมายเหตุ
ระดับจังหวัด	แผนกจิตเวชของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช	0623109311	
	เหตุฉุกเฉิน	1669	
ระดับประเทศ	สายด่วนสุขภาพจิต	1323	

แนวทางการดูแลและขั้นตอนการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง

1. เมื่อผู้ดูแล สังเกตผู้ป่วยว่ามีความเสี่ยง/มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง/ฆ่าตัวตาย เช่น มีอาวุธ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ (เอะอะ อาละวาด ส่งเสียงดัง ประสาทหลอน หวาดระแวง ทำร้ายตนเอง/ผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน ฯลฯ) หาก มีสัญญาณเตือน 1 ข้อขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ให้ขอสม.ที่รับผิดชอบ แจ้งพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินซ้ำและให้การดูแลรักษาต่อไป
2. ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ ให้ประสานผู้ใหญ่บ้านและอสม. จากนั้น ผู้ใหญ่บ้านจะประสานตำรวจ ในพื้นที่ และประสานทีมกู้ชีพและรถกู้ภัยของ อบต.ไปงแดง
3. ก่อนนำส่งโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ให้โทรศัพท์ ไปที่ศูนย์รับแจ้งเหตุเบอร์ 1669 เพื่อให้ แผนกฉุกเฉินและแผนกจิตเวช ได้เตรียมความพร้อมในการรับตัวผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา
4. ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง ผู้ดูแลสามารถจัดการได้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลได้ ให้พาผู้ป่วยมาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช วันอังคารและวันพุธ ในเวลาราชการ



ใบงานที่ 4 ส่งต่อฉบับไว

คำสั่ง ให้แบ่งสมาชิกเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 คน แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งด้านอารมณ์ พฤติกรรม การกินยา ที่ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขได้ และแหล่งประโยชน์ที่ขอความช่วยเหลือ โดยวิธีใด และอย่างไร ให้สรุปลงในตาราง และส่งตัวแทนนำเสนอ

ปัญหาที่พบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	แหล่งประโยชน์ที่ขอความช่วยเหลือ	วิธีการติดต่อ



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางอมรรัตน์ ไก่แก้ว
วัน เดือน ปี เกิด	22 เมษายน 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดตาก
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร พ.ศ.2548
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองนกปีกกา ตำบลโป่งแดง อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

