

ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจ
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

EFFECTIVENESS OF A STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON THE
PSYCHOLOGICAL WELL-BEING IN CAREGIVERS OF SCIZOPHRENIC
PATIENTS IN COMMUNITY

ศุคสาคร จำมัน, RN, MNS. (Sudsakorn Jamma, R.N. MNS.)*

นพพร ว่องสิริมาศ, R.N. PhD. (Nopporn Vongsirimas, R.N. PhD.)**

วาริรัตน์ ถาน้อย, R.N. PhD. (Wareerat Thanoi, R.N. PhD.)***

Abstract

Objective: To study the effectiveness of a Stress Management Program on the psychological well-being in caregivers of persons with schizophrenia in community.

Methods: This study was a quasi-experimental research with two groups using the pretest-posttest control group design. The sample comprised of 40 caregivers of persons with schizophrenia in community who brought their patients to an outpatient clinic of Galyarajanagarindra Institute. The sample was divided into experimental and control group by using simple random sampling. The experimental group received Stress Management Program, whereas, the control group received normal care. The research instruments consisted of demographic questionnaire, Ryff's Scales of Psychological

Well-Being (SPWB), and Suanprung Stress Test (SPST- 20). Data were analyzed using descriptive statistics including frequency, mean, percentage and comparing mean score of psychological well-being using t-test.

Results: Results from t-test revealed that after the experiment, mean score of the psychological well-being of caregivers of persons with schizophrenia in community in the experimental group was statistically and significantly higher than that of the control group at the 0.05 level ($t = 4.42, p < 0.05$). In addition, mean score of psychological well-being of the experimental group after the program was statistically and significantly higher than that before the program at 0.05 ($t = 4.79, p < 0.05$)

Conclusion: Stress management program is an effective program that can

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญพิเศษ กลุ่มการพยาบาล สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Professional Nurse, Nursing Department, GalyaRajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health)

**Corresponding Author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University) Email: nopporn.von@mahidol.ac.th

***รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University)

วันที่รับ (received) 20 มิถุนายน 2563 วันที่แก้ไข (revised) 11 มีนาคม 2564 วันที่ตอบรับ (accepted) 12 มีนาคม 2564

promote psychological well-being in caregivers of person with schizophrenia after completing the program, compared to those who did not receive the program. Therefore, the program should be organized to promote psychological well-being in caregivers of persons with schizophrenia in the community

Keywords: Caregivers of person with schizophrenia, Psychological well-being, Stress management program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มก่อนการทดลอง หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอกสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการรับรู้สุขภาวะทางจิตใจ และแบบวัดความเครียดสวนปรง (SPST - 20) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะทางจิตใจ โดยใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ผลการศึกษา: ผลการวิเคราะห์ สถิติ

ทดสอบที พบว่าหลังการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.42, p < 0.05$). และค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าระยะก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญที่ .05 ($t = 4.79, p < .05$)

สรุป: โปรแกรมการจัดการความเครียดฯ มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ดังนั้น จึงควรจัดโปรแกรมฯ เพื่อส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สุขภาวะทางจิตใจ โปรแกรมการจัดการความเครียด

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากคนทั่วไป อาจมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงร่วมด้วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) เป็นโรคที่พบมากที่สุด ในโรคทางจิตเวชด้วยกัน จากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1 - 0.5 ต่อ 1,000 ประชากร ความชุกเท่ากับ 2.5 - 5.3 ต่อ 1,000 ประชากร และพบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2558) จากรายงานผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 มีจำนวนถึง

ร้อยละ 35.7 34.9 และ 34.4 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2555) และจากรายงานสถิติผู้มารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ปี พ.ศ. 2557 - 2560 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 912, 1,051, 1,088 และ 1,061 คน ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนสูงขึ้น (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2560) นับว่าเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความเสียหายต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า โรคจิตเภทก่อให้เกิดภาระของโรค (global burden of disease) มากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้น (Disability Adjustment Life Years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์, 2546)

เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทขึ้นย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ที่เจ็บป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม ทำให้ญาติหรือผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน เครียด เป็นที่รังเกียจของสังคม ชุมชนไม่ยอมรับเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังนั้นผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นบิดา มารดา พี่น้องและลูก จึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ในปัจจุบันนโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทยในโรงพยาบาล เน้นการรักษาช่วงสั้นเฉพาะที่มีอาการทางจิตกำเริบรุนแรงเท่านั้น โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 80 จะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุดเพื่อให้กลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน (พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) ผู้ดูแลหลักในครอบครัวจึงมีหน้าที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยอย่าง

สม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภทในเกือบทุกด้าน (ละเอียด ปานนาค และสิรินภา จาคีเสถียร, 2555) จากอาการที่หลงเหลืออยู่ภายหลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงแรกๆ ไปจนต่อเนื่องและยาวนานรวมถึงการจัดการกับปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย เช่น การไม่รับประทานยา การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาและไม่ไปตรวจตามนัด การเผชิญกับอาการทางจิตกำเริบซึ่งเปลี่ยนแปลงโดยที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเองได้เช่นพฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง ต่อผู้อื่น และต่อสิ่งของ ภาระการดูแลที่กล่าวมาส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ จากการทบทวนวรรณกรรมในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผลกระทบต่อทางด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ความเครียด (ณัฐยา พรหมบุตร, 2545) ความวิตกกังวล (Chien, Chan & Morrissey, 2007) ความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแลหรือเป็นภาระการดูแล (นพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) และมีปัญหาการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ชนินฐา สุขทอง และคณะ, 2555) จะเห็นได้ว่า ความเครียดเป็นสภาวะที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Hulya, Cenk & Suleyman, 2014) หากความเครียดนั้นอยู่ในระดับสูงและคงอยู่เป็นเวลานานโดยไม่สามารถจัดการความเครียดได้จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง (กรมสุขภาพจิต, 2557) นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะทำให้ไม่สามารถเผชิญและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้การทำงานถดถอย ด้อยประสิทธิภาพ และใช้

ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2551) และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความเครียดจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า หรือการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น (กิริติญา ไทยอยู่, 2558) ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาพทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ดูแลจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Gupta, Solanki, Koolwal & Gehlot, 2015)

สุขภาพทางจิตใจ (psychological well-being) เป็นสถานะทางจิตใจของบุคคลบ่งบอกถึงภาวะทางจิตใจที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการกับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและการสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองต่อสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่ที่ดี ซึ่งสุขภาพทางจิตใจตามแนวคิดของริฟฟ์ (Ryff, 1989) เป็นความรู้สึกเชิงบวกของสุขภาพจิต (positive mental health) แบ่งออกเป็น 6 มิติ ซึ่งแต่ละมิติมีความคาบเกี่ยวกัน ได้แก่ 1. ความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) 2. การยอมรับตนเอง (self-acceptance) 3. การมีความงอกงามในตน (personal growth) 4. การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น (positive relationship with others) 5. ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ (environmental mastery) และ 6. การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต (purpose in life) จะเห็นได้ว่าสุขภาพทางจิตใจเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยแนวคิด

ว่าหากผู้ดูแลมีความสุข ส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะรับรู้ความผาสุกทางใจต่อสถานะของตนในลักษณะของความสุขและความพึงพอใจในชีวิตที่ปรากฏอยู่จริง (รัชนก ชูพิชัย, 2550) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับเรื่องความเครียดของกลุ่มคนที่หลากหลายพบว่าปัจจัยที่สะท้อนคุณภาพชีวิตและมีความสัมพันธ์กับความเครียดเรื้อรังของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สุขภาวะทางจิตใจ (psychological well-being) (Gupta et al., 2015)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีวิธีการที่ช่วยลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลายวิธี ทั้งการจัดการความเครียดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยการจัดการทางด้านร่างกายเป็นเรื่องของการนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด และการใช้ยารักษา เป็นต้น การจัดการทางจิตใจ เช่น การพูดคุย การปรึกษาและการให้คำแนะนำ การรักษาด้วยการทำจิตบำบัด การปรับพฤติกรรม การปรับวิธีคิดในแง่บวก การปรับความรู้สึก ปรึกษาโทรศัพท์ สายด่วน การศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม รวมทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น การจัดการทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม มุ่งใช้กิจกรรมโดยการใช้สื่อเพื่อจัดการกับความเครียด จะเห็นได้ว่าวิธีการจัดการกับความเครียดมีการใช้เทคนิคหลากหลาย เช่น การร้องเพลง การดูทีวี การทำงานอดิเรก ไปวัด ฟังธรรม ฟังดนตรีตามสถานที่ต่างๆ สำหรับเทคนิคในการคลายเครียด คือ 1) การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2) การฝึกการหายใจ 3) การทำสมาธิ 4) การจินตนาการ 5) การคลายเครียดจากใจสู่กาย และ 6) การนวดคลายเครียด และจากการศึกษาระดับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล

จิตเวชนครพนมราชชนครินทร์ พบว่า วิธีการจัดการความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชคือ การดูทีวี ดูภาพยนตร์ อ่านหนังสือมากที่สุด (ทัศนาวงศาโรจน์, 2553) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมในการลดความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า โปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดทำให้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (มัลลิกา จันท์เพ็ญ, 2560) และจากการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยวิฤตต่อความเครียดของญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (นิรมนต์ เหลลาสุภาพ, 2557) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ (บุปผา ธนิกกุล, 2554) รวมทั้งจากการปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต พบว่า ญาติมีความคับข้องใจ มีความเครียด ไม่อยากรับผู้ป่วยกลับและรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย ไม่เข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และไม่รู้ว่าเมื่อเครียดจะปรึกษาใคร ถึงแม้ว่าจะมีกลุ่มเตรียมความพร้อมญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็ตาม จะเห็นได้ว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียด ที่จะทำให้ความเครียดลดลงหรือขจัดให้

หมดไป เพื่อป้องกันหรือลดความทุกข์ทรมานที่เกิดจากความเครียด

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีการพัฒนาการโปรแกรมการจัดการความเครียดมาใช้เพื่อเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดขึ้นตามแนวคิดของลาซารัสและโพลล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่เน้นการประเมินทางความคิด (cognitive appraisal) 3 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินขั้นปฐมภูมิ 2) การประเมินขั้นทุติยภูมิ และ 3) การประเมินซ้ำ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดและตระหนักถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการตอบสนองทางจิตใจและสรีระของตน บุคคลจะหาวิธีจัดการกับอาการหรือการตอบสนองนั้น ๆ บุคคลที่เผชิญกับความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่รู้จักเลือกวิธีการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ (วนรัตน์ สิงใส, 2555) และแนวคิดสุขภาวะทางจิตใจของริฟฟ์ (Ryff, 1989) ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภท และมีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิดความรู้สึกในทางบวกต่อตนเองและมีเป้าหมายในชีวิต รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่การจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม จะส่งผลให้สุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยไม่ถูกทอดทิ้งและมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด
2. ค่าคะแนนเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลัง (pre test- post test control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่งานพยาบาลผู้ป่วยนอก สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power analysis) ด้วยโปรแกรม G*Power (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) ใช้สถิติ t-test กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการ

ทดสอบที่ระดับแอลฟาเท่ากับ .05 กำหนดอิทธิพลขนาดปานกลาง (moderate effect size) เท่ากับ .15 (Polit & Beck, 2008)

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล มีอายุระหว่าง 20 - 60 ปี 2) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน 3) สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การได้ยินและการมองเห็น 4) มีคะแนนจากแบบวัดความเครียด $\geq 24-61$ (ระดับความเครียดปานกลางถึงระดับความเครียดสูง)

เครื่องมือที่ใช้การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ความพอเพียงของรายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และสัมพันธ์สภาพกับผู้ป่วย

1.2 แบบวัดสุขภาวะทางจิตใจ (Ryff's Scales of Psychological Well-Being) พัฒนาโดย Ryff และ Keyes (1995) ได้รับการแปลย้อนกลับ (back-translation) เป็นภาษาไทยโดย ปิยานี คล้ายนิล โยบาส และคณะ (Klainin-Yobas, Thanoi, Vongsirimas & Lau, 2020) มีข้อคำถามทั้งหมด 18 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 11 และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราประมาณค่า 6 อันดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 6 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) คะแนนอยู่ระหว่าง 18-108 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมมากมีสุขภาวะทาง

จิตใจดีกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

1.3 แบบวัดความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20 (SPST-20) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (Mahat Nirankun, Poompaisanchai, & Tapanya, 1997) ใช้วัดการรับรู้ความเครียด (stress) มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ คำถามแต่ละข้อประกอบด้วยคำตอบที่เป็นมาตราชะนาค่า 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่รู้สึกรเครียด) ถึง 5 (รู้สึกเครียดมากที่สุด) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน โดยผู้ที่ได้คะแนนรวมมากแสดงว่ามีการรับรู้ความเครียดสูงกว่าผู้ที่ได้คะแนนน้อย

แบบวัดสุขภาพทางจิตใจและแบบวัดความเครียดสวนปรง ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างได้ค่า content validity index เท่ากับ 1 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัดการรับรู้สุขภาพทางจิตใจและแบบวัดความเครียดสวนปรง เท่ากับ 0.76 และ 0.95 ตามลำดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการความเครียด ผู้วิจัยพัฒนาโดยใช้แนวคิดสุขภาพทางจิตใจของริฟฟ์ (Ryff, 1989) และการจัดการความเครียด มาพัฒนาปรับปรุงเนื้อหาให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรม ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน สำหรับการตรวจสอบ

ความตรงของเนื้อหา ภาษา ความยากง่าย จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้ครอบคลุมเนื้อหากิจกรรมและทดสอบความเป็นไปได้โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 คนก่อนนำไปใช้จริง รายละเอียดของโปรแกรมมีดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1. คลายเหงาเรามีเพื่อน หมายถึง การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่น เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้นำกลุ่มและสมาชิกในกลุ่ม โดยการสนับสนุนและให้กำลังใจ สร้างความไว้วางใจกับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดแรงจูงใจ และกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2. ใจเขา..ใจเรา หมายถึง การยอมรับและเข้าใจในตนเอง เป็นการค้นพบสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้พูดระบายความรู้สึกความคับข้องใจ ตลอดจนการยอมรับอารมณ์ ความรู้สึกไม่ยึดติดกับการกระทำตนเองที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 3. ดูแลใส่ใจ ห่วงใยผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทสาเหตุ อาการ และการรักษา เข้าใจเรื่องยารักษาโรคจิตเภท และอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น รวมทั้งวิธีการดูแลเบื้องต้นได้ เพื่อให้สมาชิกเกิดทัศนคติที่ดีและยอมรับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4. ความงดงามของชีวิต หมายถึง การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง เป็นการค้นหาความงดงามในตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง

กิจกรรมที่ 5. ความเครียดและการจัดการความเครียด เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดของตนเองและพิจารณาผลดี ผลเสียของการจัดการความเครียดที่ผ่านมาและมีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 6. สรุป ประเมินผลและปิดกลุ่ม โดยให้สมาชิกประเมินตนเองมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไรบ้าง โดยการตรวจสอบตัวเองเกี่ยวกับการตั้งความหวังและการมีเป้าหมายของชีวิต มีการพัฒนาหรือมีการเปลี่ยนแปลงในด้านใดบ้างหลังจากที่เข้ากลุ่มกิจกรรมแล้ว สามารถจัดการกับความเครียดได้ ย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (หมายเลขโครงการ COA No 12-2561) ลงวันที่ 14 มีนาคม 2561 หลังจากได้รับการรับรองผู้วิจัยดำเนินการเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัย มีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาและบริการสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นการนำเสนอโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยจะมีการลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยประสานงานไปยังหัวหน้ากลุ่มงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาหรือการมารับบริการแต่อย่างใด ข้อมูลต่างๆ จะปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และมีการลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิธีการจับสลาก กลุ่มละ 20 คน และดำเนินการประเมินความเครียดและการรับรู้สภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-Test) ในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองซึ่งภายหลังการประเมินได้ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรม ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 กิจกรรม รวมระยะเวลา 3 สัปดาห์ และประเมินผลภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรม 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบวัดการรับรู้สภาวะทางจิตใจ (post - test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและสภาวะทางจิตใจ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ t - test independent โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนสภาวะทางจิตใจระหว่าง ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t - test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยข้อมูลได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง (n=20) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 อายุระหว่าง 41 - 60 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ศาสนาพุทธ จำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 15 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่า 10,000 บาท/เดือน จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 ความพอเพียงของรายได้ พอใช้เหลือเก็บและไม่เหลือเก็บ กลุ่มละจำนวน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 ผู้ดูแลหลักเป็นพี่/น้อง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะ

เวลาของการดูแลผู้ป่วย 1-3 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล 1 - 2 ครั้ง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี จำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.4

ในกลุ่มควบคุม (n=20) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 อายุระหว่าง 41 - 60 ปี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 ศาสนาพุทธ จำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 95 สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 85 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จำนวน 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 10,001 - 20,000 บาท/เดือน จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ความพอเพียงของรายได้ พอใช้ไม่เหลือเก็บ กลุ่มละจำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 ผู้ดูแลหลักเป็นพี่/น้อง จำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย 1-3 ปี จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง จำนวน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 70 และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจในกลุ่มทดลอง (mean = 66.90, SD = 5.11) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 61.20, SD = 2.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสภาวะทางจิตใจก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง (mean = 60.95, SD = 5.61) และกลุ่มควบคุม (mean = 63.55, SD = 2.64) ไม่แตกต่างกัน

ที่นัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังแสดงในตารางที่ 1

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุม ทดลองพบว่าหลังการทดลอง (mean = 66.90, SD = 5.11) สูงกว่าก่อนทดลอง (mean = 60.95, SD = 5.61) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่

คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (mean = 61.20, SD = 2.64) ต่ำกว่าก่อนทดลอง (mean = 63.55, SD = 2.64) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (n = 40)

ระยะการทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ		Paired t - test	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD		
กลุ่มควบคุม	63.55	2.64	61.20	2.64	3.86	0.001
กลุ่มทดลอง	60.95	5.61	66.90	5.11	4.79	< 0.001

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

ระยะการทดลอง	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ		หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ	
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD
กลุ่มควบคุม	63.55	2.64	61.20	2.64
กลุ่มทดลอง	60.95	5.61	66.90	5.11
Independent t - test	1.87	4.42		
p - value	.069	< .001		

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษารั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ดังนี้

1. สมมติฐานข้อที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า กิจกรรมในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมาสามารถส่งเสริมให้กลุ่ม

ตัวอย่างมีสุขภาวะทางจิตใจสูงขึ้น ด้วยงานวิจัยฉบับนี้มุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก รวมทั้งมีทักษะและวิธีจัดการความเครียดที่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเครียดลดลง และเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจ การมองโลกในแง่ดี รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย อันจะส่งผลให้สุขภาวะทาง

จิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มขึ้น โดยพบได้จากหลังจากจบ 5 กิจกรรมของโปรแกรม การจัดการความเครียดฯ ผู้ดูแลมีการแสดงความคิดเห็นและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีการพัฒนาหรือเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์คือ จิตใจดีขึ้น สบายใจ บรรยากาศดี อบอุ่น ได้ระบายความรู้สึก ได้ความรู้ ได้ข้อคิด การมองโลกในแง่ดี มีพลังต่อไป มีความสงสารผู้ป่วยเข้าใจและเห็นใจ สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน สามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตตนเอง ได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและได้แบ่งปันประสบการณ์จากเพื่อนๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียด สำหรับญาติผู้ป่วยวิกฤตต่อความเครียดของญาติ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดหลังได้รับโปรแกรมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (นิรมนต์ เหลลาสุภาพ, 2556) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการเผชิญกับปัญหาหรือเผชิญกับสถานการณ์ที่เครียดจากการทำบทบาทหน้าที่ที่ผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม จะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (บุปผา ฌนิกุล, 2554) ในขณะที่กลุ่มควบคุมซึ่งมีการดูแลปกติไม่ได้มีการจัดกิจกรรมการจัดการความเครียดให้แก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยมาโรงพยาบาลเพื่อพาผู้ป่วยมาพบแพทย์เท่านั้น มีโอกาสได้พบพยาบาลเพื่อสอบถามปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยออกแบบมานี้มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลได้จริง

2. สมมติฐานข้อที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการ

ความเครียด สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ คือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความสำคัญต่อชีวิตผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างยิ่งผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือแยลงองค์ประกอบส่วนหนึ่งมาจากผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นผู้ที่มีความเครียดแบบเรื้อรังเพราะความเครียดนั้นเกิดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ตานินทร์ (2552) ที่ได้ศึกษาระดับความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความเครียดในระดับปานกลาง และมีการเผชิญความเครียดได้ดี ซึ่งจากผลการวิจัย พบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมฯ อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการจัดการความเครียดได้ ซึ่งบางคนใช้วิธีการปล่อยวาง เริ่มมีการยอมรับและเข้าใจในตนเองมากขึ้น ปรับตนเอง หรือหลีกเลี่ยง เป็นต้น โดยสามารถค้นพบสถานการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน “คิดว่าตนเองรู้สึกแยแล้วยังมีบางคนที่แยกว่าตนเองอีก” “ปลง เป็นกรรมของเรา ไม่คิดมาก ทำใจให้ได้ ค่อยหาทางออก” ตลอดจนสามารถยอมรับอารมณ์ ความรู้สึก ไม่ยึดติดกับการกระทำตนเองที่ผ่านมา โดยให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน เน้นใช้กระบวนการกลุ่ม ด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดทางบวกเช่นการมองโลกในแง่ดี ยิ้มแย้มแจ่มใส ชยัน ให้อภัยคนอื่น ปล่อยวาง พร้อมทั้งความหวังในการดูแลผู้ป่วยไว้ว่า “สักวันต้องหาย สังคมยอมรับ อยากรู้ให้มีความสุข กลับมา

เป็นเหมือนเดิม ทำงานได้ ผู้ป่วยดีขึ้น กับมาอยู่กับครอบครัว” และมีความสามารถในการจัดสิ่งแวดล้อม โดยสามารถจัดการและควบคุมสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวให้ผ่านไปอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง โดยการบอกสิ่งที่เป็นข้อดีของตนเองและผู้อื่นได้ เช่น รู้ว่าตนเองเป็นคนชอบช่วยเหลือผู้อื่น โกรธง่ายหายเร็ว เป็นต้น และมีความคิดเชิงบวก มองโลกในแง่ดี รวมถึงการมีสติ ตระหนักรู้ ตลอดจนสามารถฝึกการชื่นชมผู้อื่นได้ ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นกิจกรรมหลักของโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยมีหลักการว่า โปรแกรมการจัดการความเครียดมีผลต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งจากการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Ryff ที่ให้ความหมายว่า สุขภาวะทางจิตใจเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นสภาวะทางจิตใจที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการกับความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและการสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อมสถานการณ์และประสบการณ์ในแง่ที่ดี ด้านการยอมรับในตนเองสามารถยอมรับกับตัวเองทั้งในด้านดีและด้านที่ไม่ดี ด้านการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นจะเห็นได้จากช่วงแรกๆของการเข้าร่วมกิจกรรม เริ่มจากการที่ไม่ค่อยพูด และมีการแสดงความคิดเห็นมากขึ้นกว่าเดิม ด้านความสามารถในการตัดสินใจสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง อย่างเป็นอิสระ สามารถเลือกสิ่งที่เหมาะสมที่สุด

ให้กับตนเองได้ ฝึกแรงกดดันทางสังคมในเรื่องการคิดหรือการกระทำด้านความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์และสภาพแวดล้อมให้สอดคล้องกับความต้องการของตนเองได้ สามารถใช้โอกาสรอบตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการมีเป้าหมายในชีวิตและมีความมุ่งมั่นที่จะไปถึงเป้าหมายซึ่งผู้ดูแลคิดว่าเป็นเรื่องที่อับอายที่มีญาติป่วย กลัวสังคมรังเกียจ เปลี่ยนเป็นว่าจะดูแลให้เขามีความสุข จะดูแลให้เขาได้รับประทานยาต่อเนื่อง พาไปเที่ยวได้เหมือนเดิม เป็นต้น พร้อมเปิดรับประสบการณ์ใหม่ ตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเอง และมองเห็นโอกาสแห่งการปรับปรุงพฤติกรรมของตนตลอดเวลา สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ไม่เครียด ไม่วิตกกังวล (Ryff & Keyes, 1995) และยังคงสอดคล้องกับแนวคิดของ Dupuy ที่กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตใจคือ ความไม่วิตกกังวล ความไม่เครียด ความไม่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์ ไม่ซึมเศร้า มีความพึงพอใจในชีวิตหรือการรับรู้ความสุขในการดำเนินชีวิต มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเอง เพื่อเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้สึกสดชื่น เบิกบานใจ มีพลังในการทำสิ่งต่างๆ ความแข็งแรงของร่างกาย (Dupuy, 1997)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษานี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการความเครียด มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมแล้วสองสัปดาห์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

โปรแกรมการจัดการความเครียดเป็นโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีทักษะในการจัดการความเครียดอย่างสร้างสรรค์ สร้างความรู้สึกรู้คุณค่าในตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจ และมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนความคิ

ด้านการศึกษาวิจัย

ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน โดยการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดำเนินชีวิต จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีขึ้น รวมทั้ง ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไปประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ เช่น โรคซึมเศร้า เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานเช่นกันโดยปรับกิจกรรมเรื่องโรคให้ตรงกับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน.
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *คู่มือคลายเครียด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กิริติญา ไทยอยู่. (2558). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.
- ขนิษฐา สุขทอง, เพ็ญพักตร์ อุทิส และรัชนิกร เกิดโชค. (2555). *ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 15-27.
- ฉัญญาพรหมบุตร. (2545). *สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนาวงศาโรจน์. (2553). *ระดับความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์*. ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิรมนต์ เหลาสุภาพ. (2557). *ผลของโปรแกรมการ*

- จัดการความเครียดสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารจิตพยาบาลสาร*, 20(1), 67-81.
- บุปผา ธนิกกุล. (2554). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลตนเองของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. ปริญญาโทบริหารจิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). *การพัฒนากระบวนการด้านสุขภาพและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชวนเมืองการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- มัลลิกา จันทร์เพ็ญ. (2560). *ผลของโปรแกรมเสริมสร้างทักษะการเผชิญความเครียดต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี ตานินทร์. (2552). *ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รัชนก ชูพิชัย. (2550). *ความผาสุกของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี*. วิทยานิพนธ์, สาขาจิตวิทยาชุมชน มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ กรุงเทพมหานคร.
- ละเอียด ปานนาค และ สิริรญา จาติเสถียร. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลด้านการจัดการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 16-29.
- วนรัตน์ สิงใส. (2555). *การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2560). *รายงานสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการ*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สารสนเทศ.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2551). *การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย*. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*, 14(1), 135-150.
- Chien, W. T., Chan, S.W.C., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese Family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151-1161.
- Dupuy, H. J. (1997). The psychological general well-being (PGWB) index. *Assessment of Quality of Life in clinical trials of cardiovascular therapies*. Le Jacq Publishing: New York. 170-183.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.

- Gupta, A., Solanki, R. K., Koolwal, G. D., Gehlot, S., (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(1), 70-76.
- Hulya, Y., Cenk, A., & Suleyman, G. (2014). Depression, Anxiety and Quality of life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 193-6
- Klainin-Yobas, P., Thanoi, W., Vongsirimas, N., & Lau, Y. (2020). Evaluating the English and Thai-Versions of the Psychological Well-Being Scale across Four Samples. *Psychology*, 11, 71-86. doi:10.4236/psych.2020.1111006.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- MahatNirankun, S., Poompaisanchai, W., & Tapanya, P. (1997). Creating a stress test Suan Prung. *Bulletin of Suan Prung*. 13(3), 1-20.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 796 p.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(4), 719-727.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.