

THE EFFECTIVENESS OF RESILIENCE ENHANCING PROGRAM ON RESILIENCE QUOTIENTS AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN A SCHIZOPHRENIA PATIENTS CAREGIVER

*Paijit Phuttharod, Ph.D. *, Mayuree Lakkanasirorat, M.N.S. ***

Abstract

Objective: To determine the effectiveness of resilience enhancing program resilience quotients and depressive symptoms in a schizophrenia patients caregiver.

Methods: The purpose of this quasi-experiment research. The sample consisted of 40 caregivers, who were recruited using the inclusion criteria. Generator to the control and experimental groups, with 20 subjects in each group. The experimental group participated in the resilience enhancing program. The control group received routine care. The research instruments were the following: personal data questionnaire Beck Depression Inventory (RQ) and resilience enhancing program. The data analysis was performed through descriptive statistics and dependent t-test, independent t-test.

Results: 1) The mean score on the post-test participants in the experimental group after participating in the program was higher than the pre-test and mean score depressive symptoms after participating in the program was significantly lower than the pre-test. 2) The mean difference of the mean score resilience quotients after resilience enhancing program in the experimental group was higher than the control group and the mean score depressive symptoms of the experimental group was significantly lower than the control group.

Conclusion: The resilience enhancing program can increase resilience level and reduce depression among caregivers of schizophrenia patients in Huai Yot District, Trang Province.

Keywords: resilience enhancing program, resilience quotients, depressive symptoms, schizophrenia patients caregiver

*Corresponding author: Lecture, Faculty of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Trang, e-mail: paijit@bent.ac.th

**Registered Nurse, Professional Level, Huai Yot Hospital

Received: 16 August 2022, Revised: 6 October 2022, Accepted: 13 October 2022

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ไพจิตร พุทธรอด, ประ.ด. *, มยุรี ลักนาศิริโรจน์, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา : การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดภาวะซึมเศร้าของ Beck แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต และโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติที่

ผลการศึกษา : 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และค่าเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตภายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และระดับภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรังได้

คำสำคัญ : โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ, พลังสุขภาพจิต, ภาวะซึมเศร้า, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรัง, e-mail: pajit@bcent.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยยอด

วันที่รับ: 16 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 6 ตุลาคม 2565, วันที่ตอบรับ: 13 ตุลาคม 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชที่พบบ่อยมากเป็นอันดับ 1 คือ โรคจิตเภท โดยพบร้อยละ 40 - 50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภทคิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเวชจำนวน 1,152,044 ราย เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 587,300 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2558) โรคจิตเภททำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสาร และพฤติกรรม เป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ย่างยากต่อการดูแลรักษาและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ ร้อยละ 53 - 72 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพถาวรจนถึงขั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงต้องมีผู้สนับสนุนดูแลช่วยเหลือจึงจะสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงปกติ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดและต้องดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนานโดยหาที่สิ้นสุดไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความท้อใจ ดึงเครียดอยู่ตลอดเวลา หหมดกำลังใจ คิดว่าเป็นตราบาป และรู้สึกเป็นภาระ (โสภณ แสงอ่อน, พชรินทร์ นินทจันทร์, และทัศนาว ทวีคุณ, 2558)

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีความผิดปกติในการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม จึงส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (WHO, 2014) มักพบปัญหาเกี่ยวกับการนอนไม่หลับเรื้อรัง เฉื่อยชา ไม่ค่อยมีความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558) ผู้ป่วยบางคนเกิดอาการ

กำเริบซ้ำบ่อย ๆ มักมีโอกาสดังพยาธิสภาพอย่างถาวร ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง บางคนรุนแรงจนถึงขั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้ จนเกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า (พัชรราว ไคควรเนตร, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, และ รัชนิกร อุปเสน, 2561) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมีความบกพร่องจึงจำเป็นต้องมีผู้สนับสนุนดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ดูแลมักเป็นบุคคลในครอบครัว จึงจำเป็นต้องมีภาระหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มจากบทบาทเดิมที่มีอยู่ มีบางส่วนต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัว ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย, 2554) อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 55 และพลังสุขภาพจิตต่ำลง (Hengudomsab, 2007)

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่ปัญหาค่าเนนชีวิตประจำวัน เนื่องจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง จิตใจหดหู่ ห่อเหี่ยว เซ็ง เศร้า โศกเสียใจง่าย มักน้อยใจ ร้องไห้บ่อย มีความทุกข์ทรมานอย่างมาก และมักทำให้เกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ (Touhy, Jett, & Ebersole, 2014) รวมถึงพฤติกรรมการนอนเปลี่ยนไป รู้สึกแย่กับตัวเอง รู้สึกผิด รู้สึกไร้ค่า หรือคิดว่าตนเป็นภาระของผู้อื่น หากมีอาการมาก ๆ อาจมีความคิดไม่อาจมีชีวิตอยู่ พุดถึงความตายบ่อยๆ และอาจวางแผนทำร้ายตนเอง การเผชิญกับปัญหาต่างๆ ไม่เหมาะสม ทำให้พลังสุขภาพจิตต่ำ พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นบุคลิกลักษณะใน

ทางบวก หากได้รับการเสริมที่เหมาะสม จะช่วยให้บุคคลปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555)

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ เป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ และเป็นการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีความสำคัญในการช่วยเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของกรอตเบิร์ก ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ จากการศึกษางานวิจัยต่าง ๆ พบว่า I am มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น ความน่ารัก ความมีเสน่ห์ในตัวเอง การมีความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระและมีความรับผิดชอบ และการมีความหวัง ความศรัทธา เชื่อมั่น และการมีความเข้าใจผู้อื่น เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลส่งผลต่อการมีความเข้มแข็งทางใจ 2) I have เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ ซึ่งการศึกษาวิจัย I have พบว่า มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีความไว้วางใจในสัมพันธภาพ การมีบทบาท หรือตัวแบบจากพ่อแม่/ญาติ ผู้ใหญ่ภายในบ้าน การมีกฎเกณฑ์และหลักปฏิบัติต่าง ๆ ในครอบครัว การส่งเสริมให้มีอิสระในการกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง การได้รับการศึกษา การส่งเสริมให้มีสุขภาพกายที่ดี มีความสุขและปลอดภัย ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นปัจจัยภายนอกของบุคคล 3) I can เป็นความสามารถแก้ปัญหาได้ ซึ่งการศึกษาวิจัย I can พบว่า

มีตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ เช่น การมีทักษะสื่อสาร ทักษะการแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์และสิ่งที่มากระตุ้น การประเมินอารมณ์ของตนเองและผู้อื่นได้ และความสามารถในการแสวงหาความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจได้ หรือการมีใครแบ่งปันความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งตัวแปรดังกล่าวเป็นความสามารถภายในของบุคคล (Grotberg, 1995; Grotberg, 1999)

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดและองค์ประกอบหลักของการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ จึงพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ประกอบด้วย 1) ด้าน I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบวกเสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจ ซึ่งเป็นการปลูกพลังภายในใจของผู้ดูแล 2) ด้าน I have เป็นการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้ผู้ดูแลสื่อสารอย่างเข้าใจและให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และ 3) ด้าน I can เป็น ความสามารถในการแก้ปัญหา โดยการให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาที่ถูกต้องวิธี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมจะทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ, 2555) และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มในการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ (โสภณ แสงอ่อน, พัทธรินทร์ นินทจันทร์, และ ทศนา ทวีคุณ, 2558; Friberg et al., 2006)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จึงได้จัดทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเสริมความเข้มแข็งทางใจ เพิ่มพลังสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งขึ้น สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะช่วยลดภาวะซึมเศร้าและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

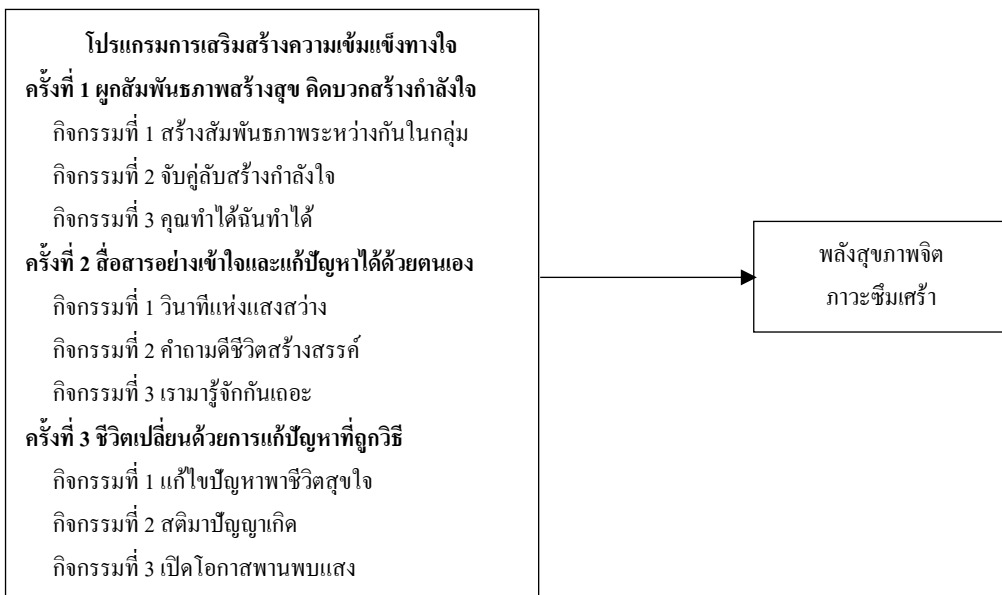
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ทางใจและกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1999) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถในการเผชิญปัญหา และผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ จนทำให้บุคคลมีความเข้มแข็ง องค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ มี 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) I am เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ คือความมั่นใจ ความรับผิดชอบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) I have การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยช่วยเหลือ 3) I can ช่วยให้ได้ แก้ปัญหาได้ โดยใช้หลักในการแก้ปัญหา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น
2. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง
3. พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
4. ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม มีการวัดผลก่อนและหลัง (two Group Pretest-Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ใน

อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564 การคำนวณขนาด

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ด้วยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ผู้วิจัยคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูล (Grove, Burns, & Gray, 2012) เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานานมากกว่า 5 ปี
2. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้ามีระดับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. ผู้ดูแลสามารถพูดและฟังภาษาไทย เข้าใจ
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคประจำตัว ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัย
2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาหรืออุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

แล้วใช้วิธีการจับคู่รายบุคคล (Matched Subjects) ตามระดับช่วงอายุ และระดับภาวะซึมเศร้า จากนั้นจะทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากเพื่อแยกเข้าสู่กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตาม

คุณสมบัติตรงตามหลักเกณฑ์ ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูล การเข้าร่วมทดลองและชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยงานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง เลขที่ 8/2564 ลงวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาขั้นตอนของการวิจัยและประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งการขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนที่จะสิ้นสุดกิจกรรมได้โดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลและไม่มีผลต่อการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องทราบ นอกจากการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และหากขณะดำเนินการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีความข้องใจหรือไม่สบายใจ หรือมีปัญหาทางอารมณ์อันเกิดมาจากกระบวนการวิจัยขณะเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อในกรณีจำเป็น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

1.2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า ของ Beck (Beck Depression Inventory 1A [BDI-1A]) แปลเป็นภาษาไทยโดย มุกดา ศรียงค์ (2522) แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ เป็นแบบให้เลือกตอบ การคิดคะแนนจะคิดรวมตั้งแต่ข้อที่ 1 ถึง ข้อที่ 21 โดยคะแนนสูงที่สุดคือ 63 คะแนน ส่วนคะแนนต่ำที่สุดคือ 0 คะแนน ระดับของภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 0 - 9 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปกติ 10 - 15 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 16 - 19 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 20 - 29 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก 30 - 63 คะแนน หมายถึง ภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น(reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.89

1.3 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต (2550) เป็นการประเมินพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (พลังฮึด) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) จำนวน 20 ข้อ ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ฮึด) จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ (ฮึด) จำนวน 5 ข้อ และด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (สู้) จำนวน 5 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและ

พฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยได้นำมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) เท่ากับ 0.86

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของ Grotberg (1999) และกรอบทฤษฎีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 3 องค์ประกอบซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมโดยการปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่าย และกำหนดเวลาให้เหมาะสม ได้ค่า Content Validity Index: CVI เท่ากับ 0.83 โดยทำโปรแกรมฯ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 45 - 60 นาที/ครั้ง มีทั้งหมด 9 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผูกสัมพันธ์ภาพสร้างสุข คิดบวก สร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างกันในกลุ่ม

กิจกรรมที่ 2 จับคู่กลับสร้างกำลังใจ

กิจกรรมที่ 3 คุณทำได้ฉันทำได้

สัปดาห์ที่ 2 สื่อสารอย่างเข้าใจและแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 1 วินาทีแห่งแสงสว่าง

กิจกรรมที่ 2 คำถามดีชีวิตสร้างสรรค์

กิจกรรมที่ 3 เรามารู้จักกันเถอะ

สัปดาห์ที่ 3 ชีวิตเปลี่ยนด้วยการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 1 แก้ไขปัญหาพาชีวิตสุขใจ

กิจกรรมที่ 2 สติมาปัญญาเกิด

กิจกรรมที่ 3 เปิดโอกาสพบแสง

เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากนั้นนำโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 9 กิจกรรม ผู้วิจัยนำปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งเพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2564

2. ประเมินภาวะซึมเศร้า และประเมินพลังสุขภาพจิต ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ดำเนินการในกลุ่มทดลองโดยจัดโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ณ โรงพยาบาลชุมชนห้วยยอด จังหวัดตรัง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 3 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติ 45 - 60 นาที/ครั้ง มีทั้งหมด 9 กิจกรรม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

4. ประเมินคะแนนภาวะซึมเศร้าและพลังสุขภาพจิตทันที เมื่อครบระยะเวลา 3 สัปดาห์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และบันทึกลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระต่อกัน Independent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มทดลอง ส่วนมากเป็นเพศหญิง 16 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ระหว่าง 30 - 45 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 75 ระดับการศึกษาส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น 6 คน คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนมากมีอาชีพทำสวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 80 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่คือ คู่ 12 คน คิดเป็นร้อยละ 60 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก มากกว่า 1 ปี 18 คน คิดเป็นร้อยละ 90

กลุ่มควบคุม พบว่าเป็นผู้สูงอายุครึ่งหนึ่ง เป็นเพศหญิง 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 มีอายุอยู่ระหว่าง 35 - 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 80 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 รองลงมาคือระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น 4 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนมากมีอาชีพทำสวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 สถานภาพส่วนใหญ่ คู่ 13 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก มากกว่า 1 ปี 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น และภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ คะแนนเฉลี่ยระดับพลังสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนเข้าร่วม		หลังเข้าร่วม		p-value
	M	SD	M	SD	
พลังสุขภาพจิต	54.70	5.76	60.23	4.34	.001*
ภาวะซึมเศร้า	24.17	5.15	17.65	5.97	.003*

*p < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (n = 40)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		p-value
	M	SD	M	SD	
พลังสุขภาพจิต	54.80	5.77	60.23	4.34	.001*
ภาวะซึมเศร้า	26.84	5.11	17.65	5.97	.000*

*p < .05

และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผล

1) พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 3 หมายความว่า พลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากกิจกรรมของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการเสริมสร้างให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีมองเห็นคุณค่าของคนอื่น รับรู้ถึงความสามารถของตน ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิต (Hengudomsab, 2007) เป็นการพัฒนาความเข้มแข็งภายในใจ โดยการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดบวก เสริมสร้างกำลังใจและ

ความมั่นใจ ซึ่งเป็นการปลูกฝังภายในใจของผู้ดูแล และเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล รับรู้ว่ามีคนคอยสนับสนุนช่วยเหลือ โดยการพัฒนาทักษะด้านการสื่อสารให้รู้จักการสื่อสารอย่างเข้าใจ และให้มีความสามารถในการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการให้ผู้ดูแลแก้ปัญหาที่ถุกวิธี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม จะทำให้ชีวิตมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น (Grotberg, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่งที่พบว่า คนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีพลังสุขภาพจิตสูง เกิดความเข้มแข็งภายในใจ มีทักษะการแก้ปัญหาดี เข้ากับผู้อื่นได้ดี เห็นคุณค่าของตนเอง (เทียนทอง หาระบุตร, 2555; Friberg et al., 2006)

2) ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 และ 4 หมายความว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีระดับภาวะซึมเศร้าลดลง สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งพบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการโน้มน้าวให้บุคคลมองอุปสรรคในแง่สร้างสรรค์ โดยใช้การพูดคุยแบบเปิด โอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าได้มีโอกาสพูดคุยระบายความคิดความรู้สึกที่มีข้างใน และยังพูดคุยสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ทำให้รู้สึกว่ามีคนรับฟังไม่ได้อยู่คนเดียว ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความมั่นคงทางอารมณ์ และจิตใจ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า ไม่ท้อ ทำให้มีความพร้อมในการที่ดำเนินชีวิตต่อไปได้ (พัชรราวไล ควรนคร, เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ และรัชนิกร อุปเสน, 2561; Friberg et al., 2006) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจทำให้คนกล้าคิดกล้าทำในสิ่งที่ตนคิดว่าดีที่สุด และทำให้คนที่เหนื่อย ท้อแท้ หรือเจอกับเหตุการณ์ที่ไม่ดีจะกลับฟื้นสภาพจิตใจได้ดีมากยิ่งขึ้น คนที่มีความเคารพตนเอง มีพลังสุขภาพจิตที่ดี รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และมีความสุขส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าน้อยลง หากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อการซึมเศร่าลดลงได้ (เทียนทอง หาระบุตร, 2555) และมีการศึกษาที่พบว่าคนที่มีความเข้มแข็งทางใจสูงจะมีแนวโน้มการเกิดภาวะซึมเศร่าน้อยกว่าคนมีความเข้มแข็งทางใจต่ำ (Jeste et al., 2013; MacLeod et al., 2016)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดอบรมให้บุคลากรมีความรู้และทักษะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ โดยสามารถปรับรูปแบบ ระยะเวลาในการดำเนินแต่ละกิจกรรม ให้เหมาะสมและสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละโรค

ด้านการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน จึงทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามประเมินผล ในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณ และขอขอบพระคุณโรงพยาบาลห้วยยอด จังหวัดตรัง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แบบประเมินพลังสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชรราวไล ควรนคร, เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ, และ รัชนิกร อุปเสน. (2561). ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 32(2), 39-51.

- พัชรินทร์ นันทจันทร์, โสภณ แสงอ่อน, และ ทศนา ทวีคุณ. (2555). โปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต (A resilience-enhancing program). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (บรรณาธิการ). (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มุกดา ศรีรงค์. (2522). แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของเบ็ค (Beck Depression Inventory IA [BDIIA]). กรุงเทพฯ: คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- โสภณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นันทจันทร์, และ ทศนา ทวีคุณ. (2558). ภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง. รายงานการวิจัยโรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือนุญวัชรชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พี. จำกัด.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Aslaksen, P. M., & Flaten, M. A. (2006). Resilience as moderator of pain and stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 213-219.
- Grotberg, E. H. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. The Hague, Netherlands: Bernard Van Lee Foundation.
- Grotberg, E. H. (1999). *Tapping your inner strength: How to find the resilience to deal with anything*. Oakland: New Harbinger.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. (2012). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Hengudomsab, P. (2007). Resilience in later life. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, 2(1), 115-123.
- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. A., Glorioso, D. K., Martin, A. S., et al., (2013). Older Age is Associated with More Successful Aging: Role of Resilience and Depression. *American Journal of Psychiatry*, 170, 188-196.

- MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K. & Wicker, E. R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37, 266-272.
- Touhy, T. A., Jett, K. F., & Ebersole, P. (2014). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (4th ed.). St. Louis: Elsevier.
- WHO. (2014, 10 January). *Schizophrenia*. <http://www.who.int/mental-health/management/schizophrenia/en/>