ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี

อรวัลย์ เมฆเคลื่อน, พย.ม.[*]
ปวิดา โพธิ์ทอง, พย.ม.[**] และ เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, พย.ม.[**]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัด 2 กลุ่ม ก่อน หลัง และติดตามผล 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต จำนวน 60 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ โปรแกรมได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (IOC = 0.90) หาค่าความเชื่อมั่นด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .85 และวัดผลด้วยแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีบรอนเฟอร์โรนี

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ควรนำโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความแข็งแกร่งในชีวิต, ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

---

[*] โรงพยาบาลศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

[**] วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: prawida@snc.ac.th.

(Received: May 20, 2025; Revised: November 13, 2025; Accepted: March 1, 2026)

The Effect 0f The Resilience Enhancement Program for Caregivers of Psychiatric Patient at A Community Hospital Suphanburi Province

Orawan Mekkluen, M.N.S.*
Prawida Phothong, M.N.S.** & Saowalak Sripho, M.N.S.**

Abstract

The purpose of this study was to examine the effects of a resilience enhancement program for caregivers of psychiatric patients at a community hospital in Suphanburi Province. This quasi-experimental study employed a two-group pretest–posttest design to measure resilience levels before, immediately after, and one month after the intervention. The sample consisted of 60 caregivers of psychiatric patients, who were randomly assigned to either the experimental group or the control group (n = 30 per group). Participants in the experimental group took part in a four-week Resilience Enhancement Program, while those in the control group received routine care. The program's content and construct validity were verified by three experts, yielding an Index of Item–Objective Congruence (IOC) of 0.90, and its reliability, assessed using Cronbach's alpha coefficient, was .85. The outcome was measured using the Resilience Quotient Scale developed by the Department of Mental Health. Data were analyzed using descriptive statistics, repeated-measures analysis of variance (ANOVA), and pairwise comparisons with Bonferroni correction.

The results showed that the mean score of Resilience Quotient at the post-test and 1-month follow-up were significantly different between the experimental and control groups ($p < .001$). Within the experimental group, mean Resilience Quotient scores before, immediately after, and one month after the intervention also differed significantly ($p < .001$). These findings suggest that the Resilience Enhancement Program can effectively strengthen caregivers' mental resilience, enabling them to cope with challenges more creatively and effectively, thereby improving their overall quality of life.

Keywords: resilience quotient, caregivers of psychiatric patient

---

*Si Prachan Hospital Hospital, Suphan Buri Province.

**Boromarajonani College of Nursing Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญปัญหาหนึ่งของระบบสุขภาพประเทศไทย โดยประมาณการว่าประชากร 1 ใน 5 มีปัญหาสุขภาพจิต จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดมีแนวโน้มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพจิตที่พบ โดยสถิติการรับบริการ ในปี 2567 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต 10 ล้านคน, ผู้ป่วยจิตเวช 2.7 ล้านคน ร้อยละ19.14 เป็นผู้ป่วยจิตเวชยาเสพติด อีกทั้งยังพบว่าร้อยละ 47.65 เป็นผู้ก่อความรุนแรงมีประวัติจิตเวชหรือยาเสพติด (กรมสุขภาพจิต, 2567) พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นพฤติกรรมที่พบได้บ่อยและถือว่าเป็นกลุ่มอาการฉุกเฉินทางจิตเวช โดยมีตั้งแต่การใช้คำพูดแสดงพฤติกรรมรุนแรงมากโดยการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น จนถึงขั้นได้รับบาดเจ็บหรือสูญเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นยังทำลายทรัพย์สินสิ่งของเสียหาย ผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต (caregiver) จึงมีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สร้างเสริมและฟื้นฟูผู้ป่วย สนับสนุนในการเข้าสังคม รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและอาการกำเริบเพื่อไม่ให้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมรอบข้าง ผู้ดูแลจึงต้องรับภาระการดูแลจนกว่าผู้ป่วยจะมีอาการคงที่ สามารถดำรงชีวิตหรือประกอบอาชีพได้ตามความสามารถ (อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล, 2567) ซึ่งการดูแลเป็นระยะเวลานาน ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย เครียด สิ้นหวัง ท้อแท้ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต มีภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 61.3 ภาวะเครียด ร้อยละ 36.7 ซึ่งความเครียดจากการที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคตลอดเวลาเป็นระยะเวลานานเนื่องจากชั่วโมงที่มากในการดูแลต่อวัน รวมถึงอาจไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม (กำทร ดานา, 2564 ; ชาลินี สุวรรณยศ และดาราวรรณ ต๊ะปินตา, 2563 ; วรงค์พร เจียรวัฒนาวิทย์, 2566) นอกจากนี้ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 32.6 มีความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 38.8 และความรู้สึกเป็นภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้า ($r = .511$, $p = .000$) (ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ์ และ นิสิตา นาทประยุทธ์, 2564 ; ปัญญา ยืนยงตระกูล พัชรินทร์ นินทจันทร์ โสภิณ แสงอ่อน นันทิยา เอกอธิคมกิจ และฐิติมา สงวนวิชัยกุล, 2566) จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตมักส่งผลกระทบค่อนข้างมาก ซึ่งการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมหรือป้องกัน จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรมสุขภาพจิต (2552) ได้กล่าวว่าความแข็งแกร่งในชีวิตหรือความเข็มแข็งทางใจ (Resilience quotient) คือ พลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience) เป็นความสามารถทางอารมณ์ และจิตใจ ในการปรับตัวในสถานการณ์ที่ยากลำบากของชีวิตเพื่อฟื้นตัวกลับเข้าสู่ภาวะปกติ หลังจากพบสถานการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ที่ลำบากในชีวิตเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่สำคัญในการช่วยให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข หรือผ่านพ้นไปได้ด้วยดี ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am Strong) หมายถึง การทนต่อแรงกดดัน มีวิธีการที่จะดูแลจิตใจให้ทนอยู่ได้ สามารถจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกทุกข์ของตัวเองได้ 2) ด้านกำลังใจ (I have Support) หมายถึง การมีแรงใจจากตนเองและคนรอบข้างที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (I can do

Better) หมายถึง การเอาชนะอุปสรรค ความมั่นใจและพร้อมที่จะเอาชนะปัญหาและอุปสรรคที่เกิดจากสถานการณ์วิกฤต โดยกรมสุขภาพจิต (2552) ประยุกต์ใช้แนวคิดของ Grotberg (1995) (กรมสุขภาพจิต , 2552) แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ฉันมี (I have) หมายถึง บุคคลหรือแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือขณะที่บุคคลเผชิญสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจ 2) ฉันเป็น (I am) หมายถึง ความเคารพนับถือตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต 3) ฉันสามารถ (I can) หมายถึง การจัดการกับปัญหาที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดี และขอความช่วยเหลือได้เมื่อต้องการ บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะมีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องประสบกับสถานการณ์วิกฤต เป็นพลังที่ช่วยให้สามารถจัดการกับปัญหา ผ่านพ้นภาวะวิกฤตหรือเหตุการณ์ร้ายๆไปได้ รวมถึงสามารถฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจให้กลับสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วไม่จมอยู่กับความทุกข์ นั่นคือการเรียนรู้เมื่อเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จากแนวคิดของ Ryff & Keyes (1995) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต และทัศนคติของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาคิณี เดชชัยยศ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ (2563) พบว่า ผู้ดูแลมีความแข็งแกร่งในชีวิตจะรู้สึกรับรู้ว่าตนเองจัดการปัญหาอุปสรรคได้ ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะกดดันในชีวิตต่ำ (วัชรีพร เกียงภา พัชรินทร์ นินทจันทร์ โสภิณ แสงอ่อน และวิไล นาป่า, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มพลังสุขภาพจิตและช่วยลดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ (ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์, 2565) และการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่ง ในชีวิต 1 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิต (วรเศรษฐ์ วัชรโรจนสกุล ชาลินี สุวรรณยศ และภัทราภรณ์ ภทรสกุล, 2567) กล่าวได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตหรือความเข้มแข็งทางใจจะสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Chen et al., 2016)

ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เพื่อพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตมีความเข้มแข็งทางใจ สามารถปรับตัว และมีการจัดการกับปัญหาได้ดี ส่งผลให้มีความเครียดลดลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตได้รับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต อันจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์และมีประสิทธิภาพส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

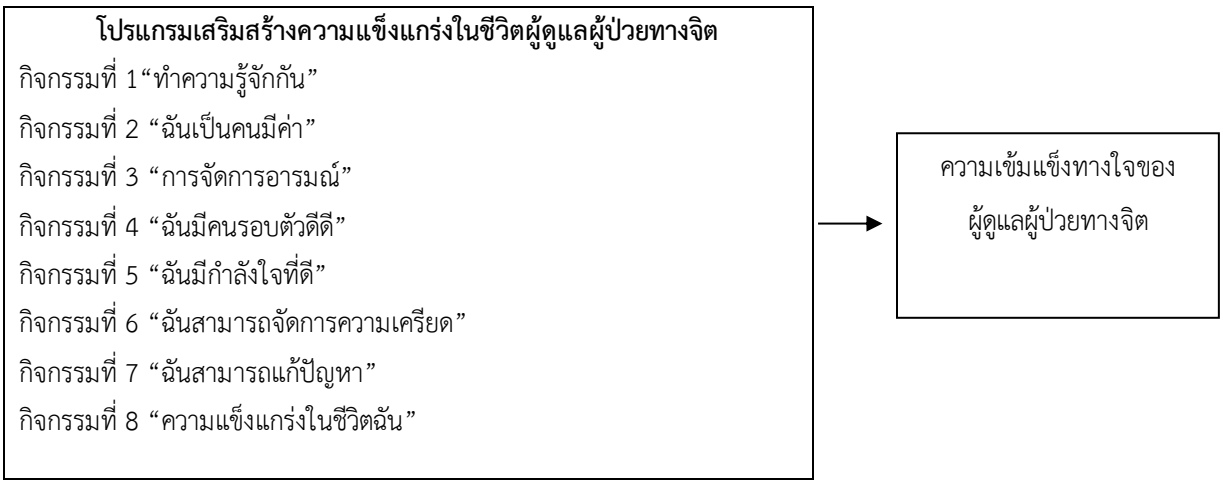
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเข้มแข็งทางใจระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตหรือความเข้มแข็งทางใจ (Resilience quotient) ของกรมสุขภาพจิต (2552) ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (I am Strong) 2) ด้านกำลังใจ (I have Support) และ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา (I can do Better) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม สามารถอธิบายได้ว่า ความเข็งแกร่งในชีวิต เป็นการเสริมสร้างความสามารถในการปรับตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากในชีวิต อันเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

O_1 x O_2 4 สัปดาห์ O_3

O_1 หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

O_2 หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) หลังเข้าร่วมโปรแกรมเสร็จสิ้นทันที

O_3 หมายถึง การประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะติดตามผล

X หมายถึง โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรีมี จำนวน 8 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่มารับบริการที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี ในพื้นที่ให้บริการ 8 อำเภอ ได้แก่ อู่ทอง หนองหญ้าไซ ด่านช้าง เดิมบางนางบวช บางปลาม้า ศรีประจันต์ สามชุก และ ดอนเจดีย์ สุ่มรายชื่อพื้นที่ให้บริการตามหน่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) เนื่องจากลักษณะหน่วยบริการ ในแต่ละแห่งนั้นมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยทุกแห่งเป็นสถานบริการที่มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ทำการสุ่มรายชื่อพื้นที่ให้บริการตามหน่วย ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (Sampling without replacement) จำนวน 2 แห่ง คือ โรงพยาบาลศรีประจันต์เป็นกลุ่มทดลองและ โรงพยาบาลสามชุกเป็นกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยทางจิตที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยจิตเวช และให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ อายุ 25 - 60 ปี
2. มีคะแนนรวมของแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่า 55 คะแนน
3. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก

1. ได้รับโปรแกรมอื่นๆที่เกี่ยวข้องความแข็งแข็งในชีวิตของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยทางจิต
2. มีประวัติเข้ารับการรักษาด้วยโรคทางจิตเวช
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้จากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Cohen (1992)โดยกำหนดค่าอิทธิพลที่ .05 และอำนาจทดสอบ (power analysis) ที่ .80 จากงานวิจัยของไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และเสาวลักษณ์ คงสนิท(2562) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 60 คน จากนั้นจัดทำรหัสผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ได้คะแนนความเข้มแข็งทางใจน้อยกว่า 55 ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 30 คน โดยกำหนดเลขคี่เป็นกลุ่มทดลอง เลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาในการดูแล และโรคของผู้ป่วยจิตเวช

1.2 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (Resilience Quotient: RQ) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2552) เป็นเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา เป็นแบบประเมินสำเร็จผู้ใหญ่ อายุ 25-60 ปี โดยมีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ เลือกตอบแบบประมาณค่า 4 ระดับ การให้คะแนนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 2 ,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13,17,18,19 และ 20 ตอบแต่ละข้อได้คะแนน ดังนี้ ไม่จริงให้ 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 1,5,14,15 และ 16 ตอบแต่ละข้อได้คะแนน ดังนี้ ไม่จริง 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน คะแนนรวม 80 คะแนน โดยผลรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนน น้อยกว่า 55 ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ คะแนน 55-69 เกณฑ์ปกติ คะแนนมากกว่า 69 สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีความแข็งแกร่งในชีวิตของ Grotberg (1995) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การพัฒนา
กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน”	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิก 2. เพื่อให้สมาชิกได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับแข็งแกร่งในชีวิต	1.ผู้นำกลุ่มแนะนำตัวและให้สมาชิกแนะนำตัว 2.ให้สมาชิกทำ ใบงานที่ 1 เขียนข้อความที่แสดงถึงความแข็งแกร่งในชีวิตในช่วงเวลาที่ผ่านมา และเรียนรู้ที่จะดึงความแข็งแกร่งของตนเองมาใช้ในยามมีปัญหา 3.ผู้นำกลุ่มสรุปความรู้เรื่องความแข็งแกร่งในชีวิต	สร้างสัมพันธภาพ รู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่น ความรู้ความเข้าใจความแข็งแกร่งในชีวิต
กิจกรรมที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า”	1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักตัวเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตนเอง 2. เพื่อให้สมาชิกเห็นคุณค่าในตนเอง	1.สมาชิกทำใบงานที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า” โดยให้สมาชิกสำรวจตนเอง เขียนความสามารถของตน เพื่อเห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลมีความเคารพนับถือในตนเอง มีความคงทนทางอารมณ์ สลับกันแลกเปลี่ยนชื่นชมในเพื่อนสมาชิก 2. ผู้นำกลุ่มสรุปความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง	ด้านความทนทานทางอารมณ์

กิจกรรมครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การพัฒนา
กิจกรรมที่ 3 “การจัดการอารมณ์”	1.เพื่อให้สมาชิกมองตนเองและคนอื่นในส่วนที่ดี 2.เพื่อให้สมาชิกเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง	1.สมาชิกทำใบงานที่ 3 “การจัดการอารมณ์” โดยผ่านกิจกรรมการรู้เท่าทันอารมณ์ของตน และจัดการกับอารมณ์ทางลบ เพื่อสำรวจสังเกต และเข้าใจอารมณ์ของตน และมีแนวทางการจัดการกับอารมณ์ในการพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สลับกันแลกเปลี่ยน ชื่นชมในเพื่อนสมาชิก 2. ผู้นำกลุ่มสรุปความสำคัญของการจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม	ด้านความทนทานทางอารมณ์
กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีคนรอบตัวดีดี”	1.เพื่อให้สมาชิกรู้ถึงแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและสังคม	1.ให้สมาชิกเขียนคนที่คิดถึงและอยากขอบคุณ ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน และการสื่อสารในการขอความช่วยเหลือ ในใบงานที่ 4 “ฉันมีคนรอบตัวดีดี” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน จากใบงานของเพื่อนสมาชิก 3. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงความสำคัญของแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและสังคม	ด้านกำลังใจ
กิจกรรมที่ 5 “ฉันมีกำลังใจที่ดี”	1. เพื่อให้สมาชิกมีสัมพันธภาพที่ดี 2.เพื่อให้สมาชิกช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกัน	1.ให้สมาชิกเขียนการมีสัมพันธภาพอันดี ช่วยเหลือสนับสนุนให้มีพลังใจที่จะเผชิญสถานการณ์ต่างๆได้ ผ่านใบงานที่ 5 “ฉันมีกำลังใจที่ดี” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน ชื่นชมจากใบงานของเพื่อนสมาชิก 3. ผู้นำกลุ่มสรุปถึงความสำคัญของการสร้างกำลังใจจากตัวเองและคนรอบข้าง	ด้านกำลังใจ
กิจกรรมที่ 6 “ฉันสามารถจัดการความเครียด”	1. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความเครียดและการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม	1.ให้สมาชิกเขียนประสบการณ์ความเครียด และการจัดการกับความเครียด ในใบงานที่ 6 “ฉันสามารถจัดการความเครียด” 2.สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยน และร่วมกันหาแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจากใบงานของเพื่อนสมาชิก 3. ผู้นำสรุปความเครียดและจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม	ด้านการจัดการกับปัญหา
กิจกรรมที่ 7	1.เพื่อให้สมาชิกคิดวิเคราะห์ พิจารณาปัญหาอย่างรอบด้าน	1. ให้สมาชิกเขียนปัญหา สาเหตุและแนวทางในการแก้ไขปัญหาจากกรณีศึกษา ในใบงานที่ 7 “ฉันสามารถแก้ปัญหา”	ด้านการจัดการกับปัญหา

กิจกรรมครั้งที่	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	การพัฒนา
“ฉันสามารถแก้ปัญหา”	ก่อนตัดสินใจเลือกทางแก้ไขอย่างเหมาะสม	2. สมาชิกแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในการวิเคราะห์กรณีศึกษา และการตัดสินใจในการเลือกทางแก้ไขปัญหา 3. ผู้นำกลุ่มสรุปการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม	
กิจกรรมที่ 8 “ความแข็งแกร่งในชีวิตฉัน”	1.เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความแข็งแกร่งในชีวิต	1.สมาชิกทบทวนกิจกรรมทั้งหมด 2. ให้สมาชิกวาดภาพถึงความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นภาพต้นไม้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสมาชิก 3.ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงสรุปและให้สมาชิกในกลุ่มสะท้อนความคิด	มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมฯไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องขององค์ประกอบโปรแกรม (IOC) อยู่ระหว่าง 0.68–1.00 ค่า IOC รวมเท่ากับ 0.90 และค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-Total Correlation) อยู่ระหว่าง 0.43–0.78 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความสามารถในการจำแนกของเครื่องมืออยู่ในระดับเหมาะสม และนำไปทดลองใช้ (Try out) ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 8 คน พบว่าเนื้อหาของโปรแกรมมีความเหมาะสม กระชับเข้าใจง่าย เวลามีความเหมาะสม และนำแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่ไม่ใช่กลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากได้เท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 10/2568 วันที่ 13 ธันวาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการวิจัย และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยเมื่อต้องการ รวมถึงการรักษาความลับ และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีประจันต์ และโรงพยาบาลสามชุก ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. สัปดาห์ที่ 1 พบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะก่อนการทดลอง และในสัปดาห์ที่ 1-4 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตตามโปรแกรม 8 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ครั้งละ 60 นาที กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามระบบให้บริการของโรงพยาบาล

3. สัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

4. สัปดาห์ที่ 8 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ระยะติดตามผล 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (Normal distribution) ทดสอบโดยใช้สถิติทั้งในภาพรวมและแยกตัวแปร แต่ละตัว ทดสอบโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ค่า p-value มีค่าเท่ากับ .08, .30 และ .08 แสดงว่าข้อมูลทุกชุดมีการกระจายตัวแบบโค้งปกติ ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (two-way repeated measures ANOVA) และภายในกลุ่มใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินความเข้มแข็งทางใจ (RQ) มีความแตกต่างในแต่ละระยะ ผู้วิจัยทำการทดสอบเป็นรายคู่ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.30 เพศชายร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 66.70 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 พ่อหรือแม่เป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 56.70 ระยะเวลาในการดูแล 5-10 ปี ร้อยละ 46.70 ส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด ร้อยละ 43.30

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 73.30 เพศชายร้อยละ 26.70 ส่วนใหญ่อายุ 51- 60 ปี ร้อยละ 50 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.30 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 53.30 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.00 พ่อหรือแม่เป็นผู้ดูแล ร้อยละ 43.30 ระยะเวลาในการดูแล 5-10 ปี ร้อยละ 40.00 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากสารเสพติด ร้อยละ 33.30 และเมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวช ระยะเวลาในการดูแลและโรคของผู้ป่วยจิตเวช ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต

ระยะการทดลอง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	M	*SD*	*M*	*SD*
ก่อนการทดลอง	42.63	7.35	45.76	6.15
หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	65.23	3.76	56.23	7.50
ติดตามผล 1 เดือน	75.16	2.60	63.70	6.07

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนทดลองของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เท่ากับ 42.63 (*SD* = 7.35) หลังการทดลองเท่ากับ 65.23 (*SD* = 3.76) และติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 75.16 (*SD* = 2.60) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ก่อนทดลองเท่ากับ 45.76 (*SD* = 6.15) หลังทดลอง เท่ากับ 56.23 (*SD* = 7.50) และติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 63.70 (*SD* = 6.07)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	*df*	*SS*	*MS*	*F*	*p-value*
ระหว่างกลุ่ม					
วิธีการทดลอง	1	608074.68	608074.68	6564.38	.000***
ความคลาดเคลื่อน	59	5465.31	92.63		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	1	19101.63	19101.63	392.49	.000***
วิธีการทดลองกับระยะเวลา	1	613.61	613.61	37.19	.000***
ความคลาดเคลื่อน	59	2871.36	48.66		

จากตารางที่ 2 พบว่า เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{1,59}$ = 6564.38, p < .001) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ภายในกลุ่มทดลองในช่วงก่อนการทดลอง,หลังการทดลองทันทีและหลังการติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 ($F_{1,59}$ = 392.49, p <.001)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

Time	*M*	ระยะเวลา		
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ระยะติดตามผล
ก่อนการทดลอง	42.63		16.53*	25.23*
หลังการทดลอง	65.23			8.70*
ระยะติดตามผล 1 เดือน	75.16			

**$p < .001$

จากตารางที่ 3 เมื่อทดสอบรายคู่คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต ในกลุ่มทดลอง ด้วยวิธี Bonferroni ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจ (RQ) ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิต เห็นคุณค่าในตนเองเกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรม ส่งผลต่อความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ทำให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชั่นไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมความเข้มแข็งทางใจของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล, 2567) อธิบายผลของแต่ละกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ทำความรู้จักกัน” และ กิจกรรมที่ 8 “ความแข็งแกร่งในชีวิตฉัน” กิจกรรมมุ่งเน้นให้รู้จักตนเองและรู้จักผู้อื่นทำความเข้าใจความแข็งแกร่งในชีวิต (Resilience) ภายใต้มุมมองของด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ ด้านการจัดการกับปัญหา ส่งผลให้มีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2562) พบว่า โปรแกรมพลังสุขภาพจิตช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง มีความสามารถในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย สามารถผ่านพ้นและเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้นด้วยพลังใจที่เข้มแข็งในการเผชิญหน้ากับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง มาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2 “ฉันเป็นคนมีค่า” และ กิจกรรมที่ 3 “การจัดการอารมณ์”เป้าหมายเพื่อให้เห็นคุณค่าตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้บุคคลมีความเคารพนับถือในตนเอง มีแนวทางจัดการกับอารมณ์ของตน ส่งผลให้มีความคงทนทางอารมณ์ในการพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ (ด้านความทนทานทางอารมณ์ I am Strong) สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565) พบว่า การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีความเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาให้ผ่านพ้นอุปสรรคไปได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีมองเห็นคุณค่าของคนอื่น และรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 “ฉันมีคนรอบตัวดีดี” และกิจกรรมที่ 5 “ฉันมีกำลังใจที่ดี” เป้าหมายเพื่อให้รับรู้ถึงการมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆในชีวิตภายใต้สถานการณ์ต่างๆที่กดดัน ซึ่งกำลังใจนี้หาได้จากแหล่งสนับสนุนของครอบครัวและสังคมที่คอยส่งเสริมและให้ความช่วยเหลือ (ด้านกำลังใจ I have Support) สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ไก่แก้ว ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล, (2567) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมสูงมีแนวโน้มมีภาวะกดดันด้านจิตใจต่ำ เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองได้รับกำลังใจและคำปรึกษาจากครอบครัว คนรอบข้างและสามารถขอรับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมเมื่อต้องการได้

กิจกรรมที่ 6 “ฉันสามารถจัดการความเครียด” กิจกรรมที่ 7 “ฉันสามารถแก้ปัญหา” เป้าหมายเพื่อให้มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลโดยเริ่มจากตัวเราเอง และเมื่อผ่านพ้นปัญหาหนึ่งได้ก็จะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจหากต้องเผชิญปัญหาอื่นๆ ต่อไปในอนาคต (ด้านการจัดการกับปัญหา I can do Better) สอดคล้องกับการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2562) พบว่า การาเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้านการจัดการกับปัญหา ช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเชื่อมั่นในความสามารถของตน สามารถจัดการกับปัญหา และมีแรงจูงใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน สูงกว่าในระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ได้นำไปใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิต สามารถค้นหาความสามารถของตนเอง และดึงศักยภาพมาใช้ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต สามารถเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง จนทำให้ความเข้มแข็งทางใจยังคงอยู่ ในส่วนของกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้นในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตามผล 1 เดือน อธิบายได้ว่า กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติของทางโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการให้การพยาบาลตามบรรทัดฐานขององค์กรวิชาชีพ คือให้การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามกรอบมาตรฐานวิชาชีพครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเข้มแข็งทางใจและดูแลผู้ป่วยทางจิตตามความสามารถของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นและระยะติดตาม 3 เดือน (กริณี สังข์ประคอง, 2562)

ข้อเสนอแนะ

1.ผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยกำหนดนโยบายในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

2.หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาโปรแกรมไปใช้ในการส่งเริมความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยแต่ละโรคต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามความแข็งแกร่งในชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อดูประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient*. นนทบุรี: บริษัทดีน่าดูจำกัด.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552*). คู่มือการจัดกิจกรรมกำรสร้างพลังอึด ฮึด สู้ ในชุมชน.* นนทบุรี: บียอนด์พับลิสชิ่งจำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2567). *สถิติการให้บริการโรคจิตเวชที่สำคัญ.* https://catalog.dmh.go.th/dataset/service-important.

กริณี สังข์ประคอง. (2562) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 2*(2), 1-20.

กำทร ดานา. (2564). การพัฒนาบทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(3), 404 -414.

ชาลินี สุวรรณยศ และ ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2563). การลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. *วารสารจิตเวชและสุขภาพจิต, 34*(2), 1-17.

ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ์ และ นิสิตา นาทประยุทธ. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 66*(2), 203-16.

ปัญญา ยืนยงตระกูล, พัชรินทร์ นินทจันทร์, โสภิณ แสงอ่อน, นันทิยา เอกอธิคมกิจ, ฐิติมา สงวนวิชัยกุล. (2566). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 37*(2), 1-21.

ภาคิณี เดชชัยยศ ดวงใจ วัฒนสินธุ์ และ ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 30*(3), 170-181.

ไพจิตร พุทธรอด และมยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.*วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 36*(3), 1-13.

ไพบูลย์ ชาวสวนศรีเจริญ, กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ และ เสาวลักษณ์ คงสนิท. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความแข็งแกร่งในชีวิตการเห็นคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการเรียนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20*(2), 16-30.

วรเศรษฐ์ วัชรโรจนสกุล ชาลินี สุวรรณยศ และภัทราภรณ์ ภทรสกุล (2567). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม.*วารสารวิจัยการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 16*(2), 1- 19.

วรงค์พร เจียรวัฒนาวิทย์. (2566). ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความเครียดในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนครปฐม. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8*(1), 39 – 51.

วัชรีพร เกียงภา พัชรินทร์ นินทจันทร์โสภิณ แสงอ่อน และวิไล นาป่า. (2563). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะกดดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 34*(3), 77-101.

อมรรัตน์ ไก่แก้ว ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. (2567). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชั่นไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจและภาวะกดดันด้านจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 32*(3),202-12.

Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159.

Grotberg E. (1995). A *guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. The Hague:Bernard Van Leer Foundation.

Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well–being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology.1995;69*(4):719-27

Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., et al. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psycho-logical distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences, 96*, 78-82.