## บทความวิจัย

# ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา*

วิลาวรรณ คริสต์รักษา** วินีกาญจน์ คงสุวรรณ*** วันดี สุทธรังษี****

**บทคัดย่อ**

*การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมฯ จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วย คู่มือ และแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งพัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของ อะกิเลร่า และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน การดำเนินการวิจัยทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้ค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.85 และทดสอบแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาคได้ เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสถิติไคสแควร์ รวมทั้ง เปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และทดสอบทีอิสระ (independent t-test) ผลการวิจัยพบว่า*

* ได้รับทุนสนับสนุน จากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และสำนักกองทุนสนับสนุนการวิจัย (มอ.-สกว.)

** นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

*** อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

*1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย มีความรู้หลังได้รับโปรแกรมฯ (M = 76.83, SD = 10.03) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (M = 64.36, SD = 11.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ (M = 120.08, SD = 9.87) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ (M = 81.46, SD = 8.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001*

*2. ภายหลังการควบคุม คะแนนความรู้ก่อนการทดลองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย มีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ($F = 23.27$, $p < 0.001$) และมีความสามารถในการดูแลตนเอง (M = 120.08, SD = 9.87) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (M = 106.19, SD = 16.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05*

*ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรนำไปใช้เพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในภาวะวิกฤตแก่ประชาชนทั่วไป*

**คำสำคัญ:** โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย; ความรู้; ความสามารถในการดูแลตนเอง; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**ความเป็นมาของปัญหา**

พื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องประสบกับอุทกภัยอย่างรุนแรงมาโดยตลอด ตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2543-2553) ได้เกิดความรุนแรงมากกว่าทุกครั้ง เนื่องจากลักษณะพื้นที่ตั้งอำเภอหาดใหญ่เป็นที่ลุ่มแอ่งกระทะ และทุกครั้งที่เกิดอุทกภัยจึงเกิดความเสียหายและความสูญเสียที่มีความถี่และความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น มีประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความเสียหายในด้านต่างๆ มูลค่ามากกว่า 20,000 ล้านบาท (สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2554) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบของสถานการณ์ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือลดความตึงเครียดนั้นได้โดยวิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมที่บุคคลใช้ ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2553ก; วินีกาญจน์, 2554) ส่งผลให้เกิดการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่อาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่และไม่สามารถปรับตัวได้ ซึ่งจากการศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัยของ กรมสุขภาพจิต (2554ก) พบว่า บุคคลที่อยู่ในเหตุการณ์จะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เศร้าโศก เสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สับสน และโดดเดี่ยว ซึ่งถือได้ว่าเป็นปฏิกิริยาปกติของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป อาการเหล่านี้อาจยังคงอยู่หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาหรือการช่วยเหลือที่เหมาะสม อาจกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในด้านการเป็นผู้นำในการสร้างเสริมสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชน จากการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวอาจทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจระดับที่สอง (secondary trauma) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือในระยะยาว (กรมสุขภาพจิต, 2548) และจากการ

ศึกษาในโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (วินีกาญจน์และคณะ, 2556) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเครียดและวิตกกังวลจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้ นอกจากนี้ อสม. มีความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ และต้องการพัฒนาตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือประชาชนในชุมชน

การเกิดภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ ที่สำคัญ (Aguilera, 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) และวิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) เมื่อบุคคลเสียสมดุลใน 3 องค์ประกอบหรือเสียสมดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเวชตามมา ดังนั้น การพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตที่อาจจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติหน้าที่ในยามเกิดภาวะวิกฤตจากอุทกภัยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองทางด้านจิตใจยังมีน้อย และมีการนำคู่มือหรือเอกสารต่างๆ มาใช้ในการจัดการอุทกภัยโดยคำนึงถึงการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ช่วยเหลือน้อย เช่น แนวทางของ กรมสุขภาพจิต (2553ก) คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย ของ เพ็ญพักตร์, ชมพูนุช, พวงทิพย์, สุชาดา, และวีณา (2549) เป็นต้น ซึ่งแนวทางเหล่านี้เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและใช้ในการดูแลทั่วไปขณะเกิดอุทกภัย และการนำแนวทางการช่วยเหลือเหล่านี้มาใช้พบว่า ยังไม่สามารถบอกได้ว่ามีประสิทธิภาพเพียงพอในการจัดการและป้องกันภาวะวิกฤตทางจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดขึ้น นอกจากนี้พบว่า การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) เป็นอีกแนวทางหนึ่งที่อาจช่วยส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลให้ปฏิบัติการดูแลตนเองตามศักยภาพผ่านการให้ความช่วยเหลือ (helping method) 4 วิธี คือ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่อาจเกิดขึ้น โดยมีผู้นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในงานวิจัยหลายเรื่อง (จันทพรและชนกพร, 2550; พัชริน, 2554; สมฤดี, ไข่มุกด์, และอาภาวรรณ, 2554; อมรรัตน์, ชมนาด, และสุธาสินี, 2554) ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้และการดูแลตนเองได้ดีบนคลินิก และยังพบงานวิจัยที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการศึกษากับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านน้อย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความ

สามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

**คำถามการวิจัย**

1. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่

2. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ หรือไม่

**สมมติฐานการวิจัย**

1. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ

2. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ

**กรอบแนวคิดการวิจัย**

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) แนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของ อะกิเลร่า (Aguilera, 1994) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2553ก, 2553ข, 2554ข, 2554ค, 2554ง, 2554จ; พิไลรัตน์, ขวัญตา, และนิดา, 2544; เพ็ญพักตร์และคณะ, 2549; วินีกาญจน์และคณะ, 2556)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีเป้าหมาย คือ การให้บุคคลสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพออย่างต่อเนื่องด้วยความตั้งใจและจงใจ (deliberate action) และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care capability) (Orem, 2001) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (therapeutic self-care demand) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในด้านความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ ซึ่งการส่งเสริมผ่านระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเองในแต่ละระยะเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังผสมผสานแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของ อะกิเลร่า (Aguilera, 1994) ที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) 2) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) และ 3) การเผชิญปัญหา (coping mechanism) โดยออกแบบการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านวิธีการช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย 1) การชี้แนะ 2) การสนับสนุน 3) การเตรียมสิ่งแวดล้อม และ 4) การสอน จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างในการดูแลตนเอง

แก่ประชาชนในชุมชน อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความผาสุกของประชาชนในชุมชนต่อไป

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two-group design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีทั้งหมด 381 คน จาก 4 เขตการปกครอง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมา 2 เขต เขตที่คัดเลือกเป็นเขตที่ประสบอุทกภัย และอาณาเขตของทั้ง 2 เขตไม่ติดต่อกัน ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของโปรแกรมการทดลองในกลุ่มควบคุม (diffusion of treatment) และทำการจับฉลากเขต 1 เป็นกลุ่มควบคุมและเขต 4 เป็นกลุ่มทดลอง แต่ละเขตมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนเขตละ 90 คน เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว มีกลุ่มตัวอย่างผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ในกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ จำนวนกลุ่มละ 26 คน โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดมีดังนี้ 1) เป็นผู้ประสบอุทกภัยปี พ.ศ. 2553 2) เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย 3) สามารถอ่านออก เขียนได้ และ 4) เป็นผู้ที่สมัครใจยอมเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) คำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของ จุติมา (2549) เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลพนมวังก์ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง คำนวณได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.07 แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.80 โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญหรือค่าแอลฟาเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ 0.80 จากนั้นกำหนดขนาดของกลุ่ม ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 คน (Polit & Beck, 2012) และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 5 คน ซึ่งคิดจากความเป็นไปได้จากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2557

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ศาสนา ระยะเวลาของการดำรงตำแหน่ง อสม. การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย การมีประสบการณ์เป็นผู้ประสบอุทกภัย และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ได้รับผลกระทบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย ได้แก่ ความหมายของอุทกภัย ประเภทของอุทกภัย และผลกระทบที่เกิดขึ้น ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ได้แก่ ความหมายภาวะวิกฤตทางจิตใจ การดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อถูกและผิด ข้อละ 1 คะแนน คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.85 มีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน แปลผลเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แนวทางการประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ (เชิดศักดิ์, 2551) ดังนี้ 80% ขึ้นไป (มีความรู้ระดับดีมาก), 50-79% (มีความรู้ระดับดี), 20-49% (มีความรู้ระดับน้อย) และ < 20% (มีความรู้ระดับน้อยมาก)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ อิสระมาลัย (Isramalai, 2002) ครอบคลุมโครงสร้างความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของ อะกิเลร่า (Aguilera, 1994) ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ คำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้ครอนบาคอัลฟ่า ได้เท่ากับ 0.93 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ ได้แก่ 6 (มากที่สุด) 5 (มาก) 4 (ปานกลาง) 3 (น้อย) 2 (น้อยมาก) 1 (น้อยที่สุด) แบ่งระดับคะแนน (ชูศรี, 2553) ดังนี้ 26-69 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับน้อย 70-113 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง 114-156 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) โดยการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลร่า (Aguilera, 1994) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โปรแกรมฯ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มุ่งเน้นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ 2) แผนการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มุ่งเน้นการดูแลตนเองทางด้านจิตใจโดยเสริมสร้างการดูแลตนเอง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อสร้างความรู้เรื่องอุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ถึง 120 นาที โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสนับสนุนและให้ความรู้ ของ จุติมา (2549) พัชริน (2554) สมฤดีและคณะ (2554) มนัสมัน (2555) อมรรัตน์และคณะ (2554) ซึ่งการดำเนินโปรแกรมฯ อยู่ระหว่าง 4-6 สัปดาห์ ซึ่งเมื่อผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างแล้ว พบว่า การดำเนินโปรแกรมฯ ทั้งสิ้น 5 สัปดาห์ เป็นระยะเวลาที่เหมาะสม และการดำเนินโปรแกรมฯ อยู่ในช่วงหลังกลุ่มตัวอย่างประสบอุทกภัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ภายหลังการปรับปรุงได้นำไปทดลองใช้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วนำแบบสอบถาม และคู่มือมาปรับปรุงภาษาเพื่อให้ง่ายต่อความเข้าใจมากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ก่อนเก็บข้อมูลวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ พิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง

*กลุ่มทดลอง* เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลอง หลังจากนั้นนำโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมฯ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองทันที

*กลุ่มควบคุม* เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลอง และเก็บข้อมูลหลังการทดลองเมื่อครบ 5 สัปดาห์ตามระยะเวลาการดำเนินโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย แต่อย่างไรก็ตาม หลังดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจเข้าร่วมโปรแกรมฯ ตามสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง**

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข ศธ 0521.1.05/334 โดยผู้วิจัยได้จัดทำใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม และผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ แนะนำตนเอง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งแจ้งว่าข้อมูลในการทำวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผย และหากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความไม่สบายใจ หรือมีกิจธุระใดๆ ในช่วงระยะเวลาการทำวิจัย สามารถถอนตัวหรือขอออกจากการทำวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ และเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจสามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองเสร็จสิ้นแล้ว

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05 และทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า อายุ และประสบการณ์จากอุทกภัย มีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยกเว้น รายได้ต่อเดือน และการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ (non-normality) วิเคราะห์โดยการใช้ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ (quartile deviation)

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (pair

t-test)

2.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

2.3 ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังการทดลอง จึงวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

3. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบว่า ค่า p-values ก่อนและหลังของแบบวัดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.100, 0.070, 0.200, และ 0.200 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบว่า ค่า p-values เท่ากับ 0.133, 0.200, 0.200, และ 0.198 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า $p > 0.05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้น คะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีการกระจายของข้อมูลปกติ

3.2 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของข้อมูลทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Levene's test พบว่า ค่า F = 0.113, 0.035, 0.746, และ 0.327 ตามลำดับ และค่า p-values เท่ากับ 0.143, 0.853, 0.392 และ 0.570 ตามลำดับ ดังนั้น ความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**ผลการวิจัย**

จากข้อมูลส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติไคแสควร์ (chi-square test) ยกเว้น ศาสนา (ตาราง 1) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.2 และร้อยละ 100 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 73.1 และร้อยละ 69.2 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษามากที่สุด ร้อยละ 34.6 รองลงมาคือระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.8 กลุ่มควบคุม จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 38.5 รองลงมาคือ ระดับอาชีวศึกษา ร้อยละ 30.8 ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 42.3 และร้อยละ 34.6 ตามลำดับ และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 61.6 และร้อยละ 65.4 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 53.8 และร้อยละ 65.4 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.2 และ ร้อยละ 65.4 ตามลำดับ กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 และกลุ่มควบคุม นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 84.6 การดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 1-10 ปี กลุ่มทดลอง คิดเป็น ร้อยละ 87.5 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 69.2 เฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี และ 6 ปี (QD = 3.5 และ 8) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เคยเผชิญอุทกภัยมาแล้ว 1-3 ครั้ง ร้อยละ 69.2 และร้อยละ 80.8 ตามลำดับ และมีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับว่ารุนแรง ร้อยละ 92.3 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 100 ยังไม่เคยได้รับการอบรม เกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย ดังตาราง 1

**ตาราง 1** จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (N=52)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 26) | กลุ่มควบคุม (n = 26) | $X^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| เพศ* | | | 1.02 | 0.313 |
| ชาย | 1(3.8) | 0(0.0) | | |
| หญิง | 25(96.2) | 26(100.0) | | |
| อายุ (ปี)** | | | 1.12 | 0.572 |
| 32-40 | 1(3.8) | 3(11.5) | | |
| 41-60 | 19(73.1) | 18(69.2) | | |
| > 60 | 6(23.1) | 5(19.3) | | |
| | M = 53.35, SD = 8.62 | M = 51.88, SD = 8.83 | | |
| ระดับการศึกษา** | | | 0.42 | 0.935 |
| ประถมศึกษา | 8(30.8) | 10(38.5) | | |
| มัธยมศึกษา | 5(19.2) | 5(19.2) | | |
| อาชีวศึกษา | 9(34.6) | 8(30.8) | | |
| ปริญญาตรี | 4(15.4) | 3(11.5) | | |
| อาชีพ** | | | 0.35 | 0.950 |
| เกษตรกรรม | 2(7.7) | 2(7.7) | | |
| รับจ้าง | 5(19.2) | 6(23.1) | | |
| ค้าขาย | 8(30.8) | 9(34.6) | | |
| ธุรกิจส่วนตัว | 11(42.3) | 9(34.6) | | |
| รายได้ของครอบครัว/เดือน(บาท)** | | | 0.23 | 0.891 |
| < 10,000 | 16(61.6) | 17(65.4) | | |
| 10,000 – 20,000 | 7(26.9) | 7(26.9) | | |
| > 20,000 | 3(11.5) | 2(7.7) | | |
| | Med= 10,000, QD = 7,000 | Med= 10,000, QD = 6,000 | | |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | 0.72 | 0.397 |
| เพียงพอ | 14(53.8) | 17(65.4) | | |
| ไม่เพียงพอ | 12(46.2) | 9(34.6) | | |
| โรคประจำตัว | | | 0.09 | 0.768 |
| มี | 8(30.8) | 9(34.6) | | |
| ไม่มี | 18(69.2) | 17(65.4) | | |

* Continuity Yates' Correction

** Fishers' Exact-test

**ตาราง 1** (ต่อ)

| ข้อมูลทั่วไป | กลุ่มทดลอง (n = 26) | กลุ่มควบคุม (n = 26) | $X^2$ | p-value |
|---|---|---|---|---|
| | จำนวน (ร้อยละ) | จำนวน (ร้อยละ) | | |
| ศาสนา* | | | 4.33 | 0.037 |
| พุทธ | 26(100.0) | 22(84.6) | | |
| อิสลาม | 0(0.00) | 4(15.4) | | |
| ดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารสุขประจำหมู่บ้าน (ปี)** | | | 1.23 | 0.746 |
| 1-10 | 21(80.8) | 18(69.2) | | |
| 11-20 | 2(7.7) | 2(7.7) | | |
| 21-30 | 3(11.5) | 6(23.1) | | |
| | Med= 6.50, QD = 3.50 | Med= 6.00, QD = 8 | | |
| ประสบการณ์อุทกภัย (ครั้ง)** | | | 1.34 | 0.505 |
| 1-3 | 18(69.2) | 21(80.8) | | |
| 4-7 | 5(19.2) | 4(15.4) | | |
| 8-10 | 3(11.6) | 1(3.8) | | |
| | M = 3.08, SD = 2.50 | M = 2.96, SD = 1.24 | | |
| การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับ | | | 11.34 | 0.100 |
| รุนแรง | 24(92.3) | 13(50.0) | | |
| ไม่รุนแรง | 2(7.7) | 13(50.0) | | |

* Continuity Yates' Correction

** Fishers' Exact-test

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้หลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย (M = 76.83, SD = 9.60; M = 64.36, SD = 11.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -14.91, p = 0.000) และมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย (M = 120.08, SD = 9.87; M = 81.46, SD = 8.45) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (t = -4.84, p = 0.000) ดังตาราง 2

**ตาราง 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) (N = 52)

| ตัวแปร | ก่อนทดลอง (n = 26) | | หลังทดลอง (n = 26) | | t | p-value | 95% CI of the difference |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | M | SD | M | SD | | | |
| ความรู้ | 64.36 | 11.31 | 76.83 | 9.60 | -14.91 | 0.000 | -43.95 ถึง -33.28 |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง | 81.46 | 8.45 | 120.08 | 9.87 | -4.84 | 0.000 | -16.09 ถึง -6.48 |

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย มีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (M = 64.36, SD = 11.30; M = 56.92, SD = 10.20) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -2.49, p = 0.01) และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย (M = 81.46, SD = 8.45; M = 85.15, SD = 8.94) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -1.53, p = 0.66) ดังตาราง 3

**ตาราง 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 52)

| ตัวแปร | ก่อนการทดลอง | | | | t | p-value | 95% CI of the difference |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | กลุ่มทดลอง (n = 26) | | กลุ่มควบคุม (n = 26) | | | | |
| | M | SD | M | SD | | | |
| ความรู้ | 64.36 | 11.30 | 56.92 | 10.20 | -2.49 | 0.01 | -13.43 ถึง -1.44 |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง | 81.46 | 8.45 | 85.15 | 8.94 | -1.53 | 0.660 | -1.15 ถึง 8.50 |

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (F = 23.27, p = 0.000) ดังตาราง 4

**ตาราง 4** เปรียบเทียบคะแนนความรู้ จำแนกตามหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง

| แหล่งความแปรปรวน | SS | df | MS | F | p-value |
|---|---|---|---|---|---|
| ตัวแปรร่วม | | | | | |
| คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง | 228.46 | 1 | 228.46 | 2.88 | 0.096 |
| ระหว่างกลุ่ม | 1843.63 | 1 | 1843.63 | 23.27 | 0.000 |
| ภายในกลุ่ม | 3882.66 | 49 | 79.24 | | |
| รวม | 251333.33 | | | | |

หลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ (M = 120.08, SD = 9.87; M = 106.19, SD = 16.24) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (t = -1.96, p = 0.03) ดังตาราง 5

**ตาราง 5** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test) (N = 52)

| ตัวแปร | ก่อนการทดลอง | | | | t | p-value | 95% CI of the difference |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | กลุ่มทดลอง (n = 26) | | กลุ่มควบคุม (n = 26) | | | | |
| | M | SD | M | SD | | | |
| ความสามารถในการดูแลตนเอง | 120.08 | 9.87 | 106.19 | 16.24 | -1.96 | 0.03 | -16.49 ถึง 0.21 |

## การอภิปรายผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบว่า คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย เป็นโปรแกรมที่พัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของ อะกิเลร่า (Aguilera, 1994) และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตทางจิตใจและภัยพิบัติจากอุทกภัย (กรมสุขภาพจิต, 2553ก, 2553ข, 2554ข, 2554ค, 2554ง, 2554จ; พิไลรัตน์และคณะ, 2544; เพ็ญพักตร์และคณะ, 2549; วินีกาญจน์และคณะ, 2556) โดยโปรแกรมฯ ดังกล่าวมุ่งเน้นการพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ประกอบด้วย การมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองจากอุทกภัย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและตั้งใจทำกิจกรรมทุกครั้งอย่างต่อเนื่อง กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ และเข้าใจในการประเมินการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิดในการเผชิญปัญหาจากอุทกภัยโดยการดูแลตนเอง และการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองในการผ่อนคลายความรู้สึกเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตได้ด้วยวิธีการดูแลตนเอง โดยการนวดด้วยตนเองและฝึก

การหายใจ นอกจากนั้น กลุ่มตัวอย่างได้นำสิ่งที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้ มีการซักถามข้อสงสัย และแบ่งปันความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ บ่งบอกให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าของการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น โดยประเมินได้จากการสะท้อนคิด ความตั้งใจในการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวทางที่กำหนดให้ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นการส่งเสริมให้เกิดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสนใจเข้ารับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยอย่างมีเป้าหมายเฉพาะเจาะจง เพื่อให้สามารถดูแลตนเอง มีกิจกรรมการผ่อนคลายแม้ในยามปกติและยามเกิดอุทกภัยได้ การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการประเมินการรับรู้อารมณ์ จิตใจของตนเองเกี่ยวกับอุทกภัยและผลกระทบที่มีต่อตนเองด้านจิตใจในกิจกรรมที่ 1 ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีความรู้และความเข้าใจจากการได้รับความรู้และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นโดยสามารถซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจได้อย่างอิสระ เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีการสำรวจตนเอง โดยผ่านการเล่าเรื่องหรือประสบการณ์อุทกภัยที่เคยประสบ ยกตัวอย่างเช่น “หนี้สินของพี่เป็นล้านเลย เครียด ข้าวของในบ้านนี่แบบว่าอธิบายไม่ถูกเลยน้อง แต่รู้แล้วว่าหนี้มันต้องตามมาแน่นอน บ้านพี่ขายของ มันก็ต้องทิ้งหมดเลย” รวมทั้งประเมินการได้รับความช่วยเหลือและการดูแลทางด้านจิตใจของตนเอง การประเมินวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอุทกภัย ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเองโดยเฉพาะทางด้านจิตใจยามเกิดอุทกภัย และศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงปัญหายามเกิดอุทกภัย เข้าใจความตึงเครียดและอารมณ์ของตนเอง และช่วยให้เกิดการรับรู้การเกิดอุทกภัยตามความเป็นจริงแล้ว ยังเห็นถึงมุมมองการแก้ไขปัญหาตามแนวทางของแต่ละบุคคลด้วย ยกตัวอย่างเช่น “อุทกภัยมันรุนแรง แต่แป๊บเดียว ก็ดีไปอย่าง พี่ก็เครียด เพราะตอนแรกบ้านพี่มันต่ำ พอปีต่อมาพี่ก็เลยยกบ้านสูงเลย ก็ลดความกังวลลงได้บ้าง” นอกจากนี้ การสอดแทรกเนื้อหาในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง และการให้กำลังใจ ยังเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล ดังที่ อะกิเลร่า (Aguilera, 1994) กล่าวว่า บุคคลจะไม่เกิดการสูญเสียสมดุลทางจิตใจ หากบุคคลมีการรับรู้ตามความเป็นจริง มีแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม และมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดี และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอุทกภัย ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ แหล่งช่วยเหลือต่างๆ และวิธีการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เหมาะสมนั้น ช่วยให้เกิดการตรวจสอบสถานการณ์อุทกภัยที่เผชิญและองค์ประกอบที่สำคัญ รวมถึง ความต้องการการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง (วินีกาญจน์และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการรับรู้ตนเอง จะนำไปสู่ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อหาแนวทางการดูแลตนเองโดยการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการเรียนรู้สู่การปฏิบัติการดูแลตนเอง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถ

สะท้อนการตัดสินใจดูแลตนเองในทิศทางที่เหมาะสม กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เป็นการติดตามการนำความรู้ที่ได้รับในระยะการประเมินการดูแลตนเองไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองโดยการจดบันทึกความรู้สึก เหล่านี้เป็นวิธีการส่งเสริมกลไกการปรับตัว หรือการเผชิญปัญหา ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีการพัฒนาการปรับตัวในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอุทกภัยด้วยวิธีง่ายๆ แต่ได้ผลดี มีความพร้อมในการป้องกันภาวะวิกฤตทางจิตใจที่จะเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งจากการวิจัยสังเกตได้ว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นอย่างมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากการวางเป้าหมายร่วมกันในแต่ละครั้ง เช่น "วันก่อนพี่ได้ทวนความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีมาก และคิดว่า อสม. ท่านอื่นก็คงชอบ เป้าหมายของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน แต่เป้าหมายตอนนี้คือ พี่รู้แล้วว่า ความรู้มันสำคัญ และทำให้พี่เอาไปใช้ได้" เป็นต้น สอดคล้องกับพลังอำนาจของโอเร็มที่กล่าวถึงแรงจูงใจว่า การปฏิบัติการดูแลตนเองของบุคคลต้องอาศัยแรงจูงใจสำหรับนำเข้าสู่การดูแลตนเองอย่างเป็นรูปธรรม (Orem, 2001) เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองทางด้านจิตใจจากความตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลจิตใจ ซึ่งได้ส่งเสริมการทำกิจกรรม ชื่นชม และให้กำลังใจ ตลอดจนสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น และเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบ 5 ครั้ง มีข้อเสนอแนะความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการดำเนินโปรแกรมฯ และส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างมีแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะช่วยให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลของจิตใจได้อย่างเหมาะสม (Aguilera, 1994) เหล่านี้ทำให้ทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมสู่ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง

ระยะปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ระยะนี้จะเป็นการนำความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และความรู้ในการดูแลจิตใจตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย มาประเมินความสามารถในการดูแลตนเองว่า ปฏิบัติได้เหมาะสมกับตัวเองหรือไม่ หรือบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้อย่างไร ภายใต้กิจกรรมการร่วมสะท้อนคิด และใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อให้เห็นมุมมองของความเข้าใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยนำความรู้ที่ได้ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงความคิดและการได้ลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองภายใต้การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระยะ โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี (Orem, 2001) ได้แก่ 1) การชี้แนะ ผู้วิจัยได้ชี้แนะแนวทางการเผชิญปัญหา และช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้แนวทางการดูแลตนเองทางด้านจิตใจไปในแนวทางที่เหมาะสม 2) การสนับสนุน โดยการให้กำลังใจ กล่าวชมเชย การเสริมแรง และแบ่งปันประสบการณ์ที่ดีแก่กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้ง 3) การเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ได้แก่ การจัดสถานที่ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ และการเตรียมสื่อที่สร้างบรรยากาศในการดำเนินการกิจกรรม การเปิดเพลงเพื่อเป็นกำลังใจ และเพื่อให้เกิดสติในการเรียนรู้ และการเตรียมแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญยิ่งต่อการเรียนรู้ และ 4) การสอน ผู้วิจัยได้สอนเรื่อง อุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางด้านจิตใจ ร่วมกับการเล่าประสบการณ์และแลกเปลี่ยนความรู้ ทำให้กระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ระบบสุขภาพ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต ยังส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองที่เหมาะสม

2. เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ภายหลังการทดลอง เมื่อใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตาราง 4) และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 5) สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการยืนยันให้เห็นว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้น สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าผู้วิจัยจะไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้านคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนการทดลอง เพื่อนำมาเข้าร่วมโปรแกรมก็ตาม แต่จากการทดสอบทางสถิติก่อนการทดลองพบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลตนเองนั้นไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่คะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ได้แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยว่า สามารถเพิ่มความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้ และแม้ว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นด้วยก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระหว่างการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมอาจได้รับการอบรม หรือความรู้ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ และจากการสอบถามหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขพบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการพบปะกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อรับค่าตอบแทนและพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาจากการทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ จึงอาจเป็นไปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีการแลกเปลี่ยนพูดคุยซึ่งกันและกัน จึงทำให้คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่า คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สำหรับด้านศาสนา พบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ จึงอาจทำให้ความแตกต่างด้านศาสนามีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่มากนัก

นอกจากนี้ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ยังประกอบด้วยคู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโปรแกรมฯ เครื่องมือดังกล่าวมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี เนื่องจากจัดเป็นการให้ความรู้อย่างมีแบบแผนต่อเนื่อง การมีแผนการสอน หรือแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

ผลการวิจัยครั้งนี้ มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เช่น หลังการทดลอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (อมรรัตน์ และคณะ, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วย

โรคไตวายเรื้อรังของ พัชริน (2554) ที่พบว่า ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การศึกษาในกลุ่มมารดาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (สมฤดีและคณะ, 2554) นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาของ จุติมา (2549) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มนัสมัน (2555) ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมภาวะโลหิตจางหลังได้รับโปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ดังนั้น จึงเป็นที่ยอมรับได้ว่า การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าวข้างต้น ช่วยให้เกิดความรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป จะเห็นได้ว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย เป็นโปรแกรมที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงในการใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง 3 ระยะคือ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการการดูแลตนเองภายใต้การพิจารณาองค์ประกอบสำคัญของภาวะวิกฤตทางจิตใจในการรับรู้ต่อสถานการณ์อุทกภัย ความรุนแรง การเผชิญปัญหา และการมีการสนับสนุนที่เหมาะสมในการผ่านพ้นวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยได้ การดำเนินการได้กำหนดกิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ซึ่งพบว่า โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกของชุมชนเพื่อเป็นต้นแบบในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะวิกฤตจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่อไป

**ข้อเสนอแนะและการนำวิจัยไปใช้**

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการนำไปใช้จัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และพบประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหารพยาบาล ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการนำโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้ในการฝึกอบรมให้ความรู้ หรือบรรจุในหลักสูตรของการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตลอดจน มีการนัดหมายเพื่อติดตามความรู้ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการนำแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ในชุมชน โดยการนำไปใช้กับประชาชนในชุมชนซึ่งเป็นผู้ประสบอุทกภัย เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ประสบอุทกภัย

3. ด้านการศึกษา ควรมีการจัดทำแนวทางรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

จากอุทกภัยให้เหมาะสมกับระยะของภาวะวิกฤตทางจิตใจ และมีการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการนำโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้ในการเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสียหายและปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

**ข้อจำกัดการวิจัย**

1. การวิจัยครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง จึงอาจมีข้อจำกัดด้านการนำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชาย

2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ จึงอาจมีข้อจำกัดในด้านการนำไปใช้กับศาสนาอื่นๆ เช่น ศาสนาอิสลาม เป็นต้น

**บรรณานุกรม**

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติ และบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *การจัดการความรู้ในการให้บริการคำปรึกษาทางโทรศัพท์.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553ก). *คู่มือการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจประชาชนภาวะวิกฤต* (ฉบับปรับปรุง). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553ข). *คู่มือความรู้การปฐมพยาบาลทางจิตใจตามหลัก EASE* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ก). *การช่วยเหลือและฟื้นฟูทางจิตใจแก่ผู้ประสบภัยพิบัติ ปีงบประมาณ 2554 แยกตามการตรวจพบปัญหาสุขภาพจิต.* ค้นจาก http://www.dmh.go.th/dmhflood54/

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ข). *ผนึกกำลัง ร่วมใจ สู้กับภัยน้ำท่วม-การเตรียมตัวเตรียมใจก่อนภัยน้ำท่วม ฉบับประชาชน.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ค). *ผนึกกำลัง ร่วมใจ สู้กับภัยน้ำท่วม ฉบับผู้ช่วยเหลือ.* นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ง). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554จ). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ระยะเตรียมการ: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต* (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ พับลิสชิ่ง.

จันทพร ธีรทองดี, และชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ต่อการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 19*(1), 121-133.

จุติมา ชูเผือก. (2549). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษาตำบลพนมวังก์ อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.* กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.

เชิดศักดิ์ ไอรมณีรัตน์. (2551). *การตัดเกรด.* เวชบันทึกศิริราช, 1(2), 107-113.

นมัสมัน เจะโนะ. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

พัชริน แน่นหนา. (2554). โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 19*(3), 10-22.

พิไลรัตน์ ทองอุไร, ขวัญตา บาลทิพย์, และนิดา วุฒิวัย. (2544). *รายงานการวิจัยปรากฏการณ์การปรับตัวของผู้ประสบภัยน้ำท่วม ณ อำเภอหาดใหญ่ 2543.* สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช โสภาจารีย์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์, สุชาดา รัชชุกูล, และวีณา จีระแพทย์. (2549). *การเผชิญกับภัยพิบัติ: คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัย.* กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, ศรีสุดา วนาลีสิน, วันดี สุทธรังษี, วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช, สุพร ด่านวรนันท์, และแสงจันทร์ รุ่งเรืองกลกิจ. (2556). *รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.* โครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่จังหวัดสงขลาแบบสร้างสรรค์ สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. (2554). *คู่มือเอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลจิตเวช.* สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, และอาภาวรรณ หนูคง. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 29*(4), 54-60.

สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2554). *หาดใหญ่เข้มแข็ง สู่ภัยน้ำท่วม.* ค้นจาก http://rdo.psu.ac.th/hy-flood/index.php/-1/24

อมรรัตน์ สมมิตร, ชมนาด วรรณพรศิริ, และสุธาสินี ธรรมอารี. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย

ภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 5*(2), 55-66.

Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Isaramalai, S. (2002). *Development a cross-cultural measure of the self-as-carer inventory questionnaire for the Thai population.* (Unpublished doctoral dissertation). University of Missouri-Columbia, USA.

Polit, D. F., & Beck, C. F. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.

Orem, D. E. (2001). N*ursing: Concepts of practice* (6th ed.) St. Louis, MO: Mosby Year book.

# The Effects of a Psychological Crisis Management Program from Flooding on Knowledge and Self-Care Capability of Village Health Volunteers, Hat Yai District, Songkhla Province*

Wilawan Christraksa** Vineekarn Kongsuwan*** Wandee Suttharangsee****

## Abstract

*This quasi-experimental study aimed to examine the effects of a psychological crisis management program from flooding on knowledge and self-care capability of village health volunteers, Hat Yai District, Songkhla Province. The sample consisted of 52 village health volunteers (VHVs), selected using a purposive sampling. There were 26 persons in the experimental group, who received the psychological crisis management program from flooding; and 26 persons in control group, who did not receive the psychological crisis management program from flooding. The instruments used in this study were: 1) questionnaires for data collection included demographic data, knowledge, and self-care capability of a psychological crisis management questionnaires; and 2) the psychological crisis management program included a manual and the supportive-educative program for psychological crisis management as the intervention tool. The program was conducted 5 times, each time lasting 90-120 minutes. All instruments in this study were content validated by three experts. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using Kuder-Richardson (KR-20), yielding a value of 0.85, and the reliability of the self-care capability questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value*

* This research was support by Prince of Songkla University, Songkla Province, and The Thailand Research Fund (TRF).

** Master Degree student (Psychiatric and Mental Health), Prince of Songkla University, Songkhla Province.

*** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Province.

**** Assoc. Prof., Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla Province.

*of 0.93. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi-square test, paired t-test, ANCOVA, and independent t-test.*

*The results showed that:*

*1. VHVs who received the program had a mean score of knowledge after attending the program (M = 76.83, SD = 10.03) significantly higher than that of before attending the program (M = 64.36, SD = 11.31) (p < 0.001) and the mean score of the self-care capability after attending the program (M = 120.08, SD = 9.87) was also significantly higher than that of before attending the program (M = 81.46, SD = 8.45) at the level 0.001.*

*2. After controlling for the pre-test of knowledge, VHVs who received the program had a mean score of knowledge significantly higher than that of those who did not receive the program (F = 23.27, p < 0.001). VHVs who received the program had mean score of the self-care capability (M = 120.08, SD = 9.87) significantly higher than that of those who did not receive the program (M = 106.19, SD = 16.24) (p < 0.05).*

*Results of the study showed that the psychological crisis management program could promote knowledge and self-care capability among VHVs. Therefore, health care providers should use this program to promote knowledge and self-care capability among the general crisis people.*

**Keywords**: psychological crisis management program from flooding; knowledge; self-care capability; village health volunteers (VHVs).