ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

The effect of counselling program to resilience enhancement and decrease stress in care givers of chronic schizophrenia patients at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province.

(Received: December 10,2025 ; Revised: December 19,2025 ; Accepted: December 22,2025)

กมลพร คำประชา[1]
Kamonporn Chompracha[1]

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่รับยาในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลวานรนิวาส เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 30 คน ดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2568 เครื่องมือในการทดลองคือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เครื่องมือในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินพลังสุขภาพจิต และแบบประเมินความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเปรียบเทียบใช้ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการให้คำปรึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-12.731$, $p<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=-9.256$, $p<0.001$; $t=-7.569$, $p<0.001$; $t=-6.338$, $p<0.001$ ตามลำดับ) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($t=4.687$, $p<0.001$)
คำสำคัญ: การให้คำปรึกษา, พลังสุขภาพจิต, ความเครียด, โรคจิตเภทเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of counselling program to resilience enhancement and decrease stress in care givers of chronic schizophrenia patients at Wanonniwat Hospital, Sakon Nakhon Province. The samples were care givers of chronic schizophrenia patients who receiving medication at the psychiatric clinic at Wanornniwat Hospital, purposive sampling of 30 samples. The study was conducted between August 1st to October 31st, 2025. The experimental instrument was the counselling program to resilience enhancement and decrease stress for care givers of chronic schizophrenia patients. The instrument of data collection include; the questionnaires of general characteristics, resilience quotient, and stress test. The quantitative data were analyzed using descriptive statistics, frequency, percentage, mean and standard deviation. The comparative parametric statistics used paired t-test.

The study showed that; after receiving the counselling program, the sample had a significantly higher mean score of resilience enhancement than before at the statistical level of 0.01 ($t=-12.731$, $p<0.001$). When compared each aspect, found the mean scores of mental health power in emotional resilience, morale, and problem-solving after receiving the program were significantly higher than before at the statistical level of 0.01 ($t=-9.256$, $p<0.001$; $t=-7.569$, $p<0.001$; $t=-6.338$, $p<0.001$ respectively). And mean score of stress test after receiving the program was significantly lower than before at the statistical level of 0.01 ($t=4.687$, $p<0.001$)
Keyword: counselling, resilience enhancement, stress, chronic schizophrenia.

[1] โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยทางจิต เป็นความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ สติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตัวเอง การแสดงออกทางอารมณ์ และการสื่อสาร เป็นโรคเรื้อรังที่มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ และอาจมีอาการหลงเหลือ ในช่วงกำเริบจะมีอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดจาสับสน พฤติกรรมวุ่นวาย เป็นต้น ส่วนอาการแสดงทางลบได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจการงานหรือกิจกรรมทางสังคม ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน[1] โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด อุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.1 - 0.5 ต่อพันประชากร ความชุกของโรคเท่ากับ 2.5 - 5.3 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0 - 9.0 ต่อพันประชากร พบได้ในเพศหญิงและชายใกล้เคียงกัน ช่วงอายุที่พบคือ 15 - 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่ตอนต้น[2] และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 70 หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ไม่เกิน 6 เดือนและมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล[3,4,5] ทำให้เพิ่มโอกาสของการมีพยาธิสภาพของโรคอย่างถาวร[6] กลายเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมีอาการทางจิตรุนแรงและทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพเป็นภาระหนักต่อผู้ดูแล[7]

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต[8] ผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้แก่ ความรู้สึกถึงความยากลำบาก ความกดดัน ความหนักใจและความเดือดร้อน รบกวนความผาสุกของผู้ดูแล จากเหตุการณ์ตึงเครียดที่ต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากพฤติกรรมทางจิตที่ผิดปกติไม่สามารถคาดเดาได้ จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความเดือดร้อนหรือรู้สึกลำบากใจในการแก้ไขปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ประเด็นเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งรบกวนที่ส่งผลต่อผู้ดูแลมากที่สุด[9] ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด[10] หากความเครียดนั้น อยู่ในระดับสูงและคงอยู่เป็นเวลานาน ไม่สามารถจัดการอย่างเหมาะสมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่างๆของร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง[11] นอกจากนี้ยังพบว่าหากบุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะทำให้ไม่สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการสูญเสียความรู้สึกในคุณค่าของตนเอง ส่งผลให้การทำงานถดถอย ด้อยประสิทธิภาพและใช้ความรุนแรงทั้งต่อตนเองและสมาชิกในครอบครัวได้[12] และหากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ความเครียดจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าหรือการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น[13] ทำให้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทลดลง การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น[14]

การให้คำปรึกษาเป็นแนวทางส่งเสริมให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหาและจัดการความเครียดของตนเองได้หากได้รับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมองต่างมุมและปรับตัวต่อปัญหาสามารถลดความเครียดจากตัวกระตุ้นได้[15] แนวคิดการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเป็นการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจที่จะช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความรู้ความเข้าใจปัญหาและความต้องการของตนเอง ตลอดจนตระหนักในพลังสุขภาพจิตที่มีในตนเอง สามารถพัฒนาและนำมาใช้ในการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ[16] การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้ผู้รับบริการเกิดพลังอึด ฮึด สู้ กับปัญหาที่ต้องเผชิญในชีวิตจากสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแบบยาวนานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดท้อแท้ เบื่อหน่าย แต่ไม่สามารถทอดทิ้งผู้ป่วยได้เนื่องจากเป็นบุคคลในครอบครัว การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตจึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพลังภายใน สามารถเผชิญ

ปัญหาอย่างมีสติ เข้าใจสถานการณ์และสามารถดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น[17] การให้คำปรึกษาทำให้ผู้รับบริการสามารถลดความเครียดจากเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18]

โรงพยาบาลวานรนิวาสเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กที่เปิดให้บริการคลินิกจิตเวชทุกวันจันทร์ ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาระหว่างปี 2565-2567 มีจำนวน 3,348, 3,203, 1,715 คน ตามลำดับ ปัจจุบันมีผู้ป่วยจิตเวชสะสม จำนวน 8,266 คน ผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวน 3,328 คน เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 70 คน และมีอาการทางจิตรุนแรงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากครอบครัวหรือต้องมีผู้ดูแลจำนวน 70 คน จากการสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 5 คน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีหน้าที่ในการดูแลเรื่องการกินยา จัดหาอาหาร บางครั้งก็ต้องจัดการกับอาการเอะอะ โวยวาย ก้าวร้าว พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานทำให้เกิดความเครียด เบื่อหน่าย แต่ไม่สามารถผลักภาระออกไปได้เพราะเป็นสมาชิกในครอบครัว จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาทางด้านจิตใจหากไม่ได้รับการจัดการดูแลอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาสุขภาพกายและจิตตามมาได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวทางการให้คำปรึกษามาใช้ในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตอันจะส่งผลต่อความผาสุกในชีวิตของตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษา

สมมติฐานการศึกษา

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง (The one group pretest-posttest only design) การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากแนวทางการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[16] เพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ให้สามารถเข้าใจความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในตัวของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นได้ และเกิดพลัง อึด ฮึด สู้ สามารถปรับตัว ปรับใจ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหา และลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะทำให้มีกำลังใจดำเนินชีวิตต่อไปได้ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังอย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

วานรนิวาสและอาศัยอยู่ในพื้นที่เขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 70 คน

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวานรนิวาส และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีดังนี้ 1) มีอายุ 30 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป 2) เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักโดยไม่มีค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง 3) ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังไม่น้อยกว่า 1 ปี 4) พูดคุยสื่อสารได้ อ่านหนังสือได้ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมจนเสร็จสิ้นกระบวนการให้คำปรึกษา อาจเกิดจากความเจ็บป่วยหรือมีภารกิจอื่นที่ต้องเปลี่ยนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง หรือเสียชีวิต หรือกลุ่มตัวอย่างถอนตัวออกจากการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรม G* powerเลือก means: difference between two dependent means (matched pairs) เลือกการทดสอบทางเดียว วิเคราะห์อำนาจการทดสอบของ Polit & Hungler[20] (1999) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power) 1-β เท่ากับ 0.80 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (alpha) α เท่ากับ 0.05 ขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน[21] เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้น (Dropped out) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ตามสูตรของอรุณ จิรวัฒน์กุล[22] ได้กลุ่มตัวอย่างที่เพิ่ม dropout rate 10% เป็นจำนวน 30 ราย ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยคัดเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่ เครื่องมือในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง และบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต เป็นแบบสอบถามของกรมสุขภาพจิต[16] มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามเกี่ยวกับการประเมินด้านความทนทานทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ด้านกำลังใจ 5 ข้อ ด้านการจัดการกับปัญหา 5 ข้อ การให้คะแนนข้อความเชิงบวก ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,9,10,11,12,13,17,18,19,20 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้คือ ไม่จริง 1 คะแนน จริงบางครั้ง 2 คะแนน ค่อนข้างจริง 3 คะแนน จริงมาก 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ได้แก่ ข้อ 1,5,14,15,16 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้คือ ไม่จริงให้ 4 คะแนน จริงบางครั้ง 3 คะแนน ค่อนข้างจริง 2 คะแนน จริงมาก 1 คะแนน เกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิต รวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้านนำมาเทียบค่ากับเกณฑ์ปกติในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต

องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความทนทานทางอารมณ์ (ข้อ 1-10)	<27	27-34	>34
ด้านกำลังใจ (ข้อ 11-15)	<14	14-19	>19
ด้านการจัดการกับปัญหา (ข้อ 16-20)	<13	13-18	>18
ผลรวม (ข้อ 1-20) คะแนนรวม 80 คะแนน	<55	55-69	>69

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยนำมาจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) ของกรมสุขภาพจิต[19] มีข้อคำถาม 5 ข้อ เป็นการสอบถามอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2-4 สัปดาห์ การให้คะแนน 0 คือ เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี คะแนน 3 คือ เป็นประจำ คะแนนรวม 15 คะแนน การแปลผลเป็นดังนี้

คะแนน 0-4 แปลผล เครียดน้อย

คะแนน 5-7 แปลผล เครียดปานกลาง

คะแนน 8-9 แปลผล เครียดมาก

คะแนน 10-15 แปลผล เครียดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยประยุกต์จากคู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต[16]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง นำมาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ซึ่งทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษา 1 ท่าน และนักจิตวิทยา 1 ท่าน และแก้ไขเนื้อหาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปทดลองใช้ในการศึกษา การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตและแบบประเมินความเครียดไปทดสอบ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่มีขนาดและบริบทใกล้เคียงกับโรงพยาบาลวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 ชุด เพื่อนำมาหาค่าความเชื่อถือได้ของเครื่องมือ และนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค พบว่าแบบประเมินพลังสุขภาพจิตได้ค่าเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินความเครียดได้ค่าเท่ากับ 0.95 ยอมรับได้

ขั้นตอนการศึกษา

ขั้นเตรียมการ

1. ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทเรื้อรัง ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ดูแล

2. เขียนเค้าโครงการวิจัยเพื่อขอรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

3. หลังได้รับการอนุมัติผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จึงเริ่มดำเนินการศึกษา โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากประวัติเวชระเบียนของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีผู้ดูแลพามารับบริการที่คลินิกจิตเวชทุกวันจันทร์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสอบถามวันนัดของโรงพยาบาลวานรนิวาส และขอความร่วมมือเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยชี้แจงเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยจึงนัดหมายวันเวลา และสถานที่ในการเข้าร่วมโปรแกรมให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างได้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยในวันที่นัดหมาย

ขั้นดำเนินการ

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียด ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ดำเนินการโดยผู้วิจัย กิจกรมของโปรแกรมมีดังนี้

1. สร้างสัมพันธภาพและตกลงบริการระหว่างผู้ให้คำปรึกษาคือผู้วิจัยและผู้รับบริการซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

2. สำรวจปัญหาและพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตและแบบ

ประเมินความเครียดก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 5 นาที และสะท้อนผลการประเมินให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมิน

3. ทำความเข้าใจปัญหาและพลังสุขภาพจิตหลังจากผู้วิจัยสรุปสาเหตุของปัญหาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ

4. วางแผนแก้ไขปัญหาและเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต จำนวน 2 ครั้งห่างกัน 1 เดือน รายละเอียดของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (อึด ฮึด สู้) มีดังนี้

4.1 การให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังอึด

4.2 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมพลังฮึด

4.3 การให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสู้

5. ประเมินพลังสุขภาพจิตและประเมินความเครียด และยุติการให้บริการให้คำปรึกษา หลังดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดครบทั้ง 2 ครั้ง

หลังดำเนินกระบวนการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 31 ตุลาคม 2568 ใช้ระยะเวลาดำเนินการประมาณ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติทดสอบ Kolmogorov Smirnov test (KS test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวแบบปกติจึงใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล ด้วยสถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ 2) ใช้สถิติอนุมาน Paired T-Test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จริยธรรมการวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2568 เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2025-061

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 36.6 อายุเฉลี่ย 53.3 ปี (S.D.=11.7 ปี) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 60.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.7 รายได้ครอบครัวต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 76.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 80.0 เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 36.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง 1 - 5 ปี ร้อยละ 83.3 บทบาทการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นการดูแลเรื่องอาหารและยา ร้อยละ 53.3

ด้านการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

ก่อนได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตภาพรวมอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 86.7 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 10.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 16.7 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความทนทานทางอารมณ์พบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 83.3 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 13.3 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 66.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 30.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ด้านกำลังใจพบว่าพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์

ปกติ ร้อยละ 53.3 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 43.3 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 86.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 10.0 และสูงกว่าปกติ ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ด้านการจัดการกับปัญหาพบว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 80.0 อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 20.0 หลังได้รับโปรแกรมพบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 76.7 อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 23.3 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนพลังสุขภาพจิต	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความทนทานทางอารมณ์				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	25	83.3	9	30.0
เกณฑ์ปกติ	4	13.3	20	66.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3
ด้านกำลังใจ				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	13	43.3	3	10.0
เกณฑ์ปกติ	16	53.3	26	86.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3
ด้านการจัดการกับปัญหา				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	24	80.0	7	23.3
เกณฑ์ปกติ	6	20.0	23	76.7
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	0		0	
ภาพรวมคะแนนพลังสุขภาพจิต				
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	26	86.7	5	16.7
เกณฑ์ปกติ	3	10.0	24	80.0
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	1	3.3	1	3.3

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired t - test พบว่าหลังได้รับโปรแกรมคะแนนพลังสุขภาพจิตภาพรวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-12.731, p<0.001) และเมื่อเปรียบเทียบรายด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t=-9.256, p<0.001; t=-7.569, p<0.001; t=-6.338, p<0.001 ตามลำดับ) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

คะแนนพลังสุขภาพจิต	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	23.80	4.54	28.13	3.31	29	-9.256	<0.001*
ด้านกำลังใจ	13.77	2.34	16.30	2.05	29	-7.569	<0.001*
ด้านการจัดการกับปัญหา	12.00	1.70	13.87	1.57	29	-6.338	<0.001*
ภาพรวมคะแนนพลังสุขภาพจิต	49.60	7.61	58.30	5.36	29	-12.731	<0.001*

* p<.01

ด้านความเครียด

ก่อนได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับเครียดปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือเครียดน้อย ร้อยละ 33.3 เครียดมาก ร้อยละ 10.0 และเครียดมากที่สุด ร้อยละ 6.7 ตามลำดับ หลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับเครียดน้อย ร้อยละ 60.0 เครียดปานกลาง ร้อยละ 36.7 และเครียดมาก ร้อยละ 3.3 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

คะแนนความเครียด	ก่อนได้รับโปรแกรม (n=30)		หลังได้รับโปรแกรม (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เครียดน้อย	10	33.3	18	60.0
เครียดปานกลาง	15	50.0	11	36.7
เครียดมาก	3	10.0	1	3.3
เครียดมากที่สุด	2	6.7	0	0.0

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t - test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (t= 4.687, p<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		df	t-test	p
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความเครียด	5.07	2.57	3.63	1.88	29	4.687	<0.001*

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต้องให้การดูแลเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต [23] มักเกิดความเครียดจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีอาการกำเริบเป็นพักๆหรือแบบต่อเนื่อง มีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้เช่น มีพฤติกรรมวุ่นวาย เดินไปเดินมา นอนไม่หลับ เป็นต้น[24] ทำให้ผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวัน เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ต้องอดทนกับพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติหลงเหลืออยู่ ดังนั้นการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีสุขภาวะทางจิตใจที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ[14] การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านความอดทนทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกริณี สังข์ประคอง[17] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงที่เป็นกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใกล้เคียงกับการศึกษาของสุดสาคร จำมั่น และคณะ[25] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดทำให้กลุ่มทดลองที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตลอดจนการศึกษาของคณิติน จรโคก

กรวด[18] ที่พบว่าหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่จัดทำขึ้นตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต[16] เป็นการสนับสนุนให้ผู้รับบริการรู้สึกเต็มใจที่จะแก้ปัญหา วางแผนแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล และช่วยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือเผชิญปัญหา ทำให้ผู้รับบริการเกิดพลังอึดฮึด สู้ ให้มีความเข้มแข็ง มีกำลังใจในการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่ร้ายแรง และสามารถนำประสบการณ์ในอดีตมาเป็นแนวทางในการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพมากขึ้น[16]

การศึกษานี้ยังพบว่าหลังดำเนินโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดครบ 2 ครั้ง ยังคงพบผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังคงมีคะแนนความเครียดอยู่ในระดับเครียดมาก จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.3 สาเหตุเนื่องจากภาระที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้มาเป็นเวลานาน เกิดความกดดัน อึดอัด และรู้สึกเหนื่อยล้า จึงได้ส่งพบผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษาที่ใช้ระยะเวลาเพียง 3 เดือน และดำเนินโปรแกรมการศึกษา 2 ครั้ง จึงควรมีการศึกษาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในระยะยาวต่อไป

ข้อสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดไปขยายผลโดยนำไปใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องเผชิญปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเหล่านั้นได้มีความเข้มแข็ง กล้าเผชิญปัญหา วางแผนและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. ควรทำการศึกษาวิจัยโปรแกรมการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและลดความเครียดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังแบบระยะยาวโดยออกแบบการศึกษาแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันผลการวิจัยให้เด่นชัดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association 2013,87-122.
2. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์.(2558). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มวิทยาลัยมหิดล.
3. Ayuso-Gutiérrez JL, & de Río Vega JM.(1977). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. Schizophrenia Research 1977,199-206.
4. Malla AK & Norman RM.(1994). Prodromal symptoms in schizophrenia. British Journal of Psychiatry 1994, 164,487-493.
5. Meijel BV, Gagg MVD, Kahn RS, Grypdonck MHF.(2003). Relapse prevention in patients with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2003,17(3),117-125.
6. Mueser KT & McGurk S.(2004). Schizophrenia. The Lancet 2004, 363, 2063-2072.
7. Kapur RL.(1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. Br J Psychiatry 1981,138,332-335.
8. Awad AG, & Voruganti LN.(2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. Pharmacoeconomic 2008, 26(2), 149 -162.
9. มาโนช หล่อตระกูล.(2544). คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับแพทย์. กรุงเทพฯ: บริษัทเรดิเอชั่น;2544.

10. Hulya Y, Cenk A, & Suleyman G.(2014). Depression, Anxiety and Quality of life in Caregivers of Long-Term Home Care Patients. Archives of Psychiatric Nursing 2014,28(3),193-196.
11. กรมสุขภาพจิต.(2555). คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
12. อังศินันท์ อินทรกำแหง.(2551). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของคนไทย. วารสารพฤติกรรมศาสตร์ 2551,14(1),135-150.
13. กีรติญา ไทยอู่.(2558). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
14. Gupta A, Solanki RK, Koolwal GD, Gehlot S.(2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Medical Science and Public Health 2015,4(1),70-76.
15. มาโนช หล่อตระกูล, ธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์, และนิดา ลิ้มสุวรรณ.(2559). ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
16. กรมสุขภาพจิต.(2552). คู่มือการให้การปรึกษาเพื่อเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
17. กริณี สังข์ประคอง.(2562). โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ 2562,2(2),1-20.
18. คณิติน จรโคกกรวด.(2564). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลแบบออนไลน์ตามทฤษฎีการปรับความคิดและพฤติกรรมเพื่อลดความเครียด. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิตสาขาวิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
19. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2568). แบบประเมินความเครียด (ST-5) [อินเตอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568. แหล่งข้อมูล https://dmh.go.th/test/Download/view.asp?id=18
20. Polit DF, & Hunger BP.(1999). Nursing Research: Principle and Methods. (6th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
21. นิพิฐพนธ์ สนิทเหลือ, วัชรีพร สาตร์เพชร์ และญาดา นภาอารักษ์.(2568). การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power[อินเตอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2568]. แหล่งข้อมูล file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/181958-Article%20Text-595652-1-10-20190623%20(5).pdf
22. อรุณ จิรวัฒน์กุล.(2556). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์;2556.
23. สมภพ เรืองตระกูล.(2542). โรคจิตเภท: ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
24. มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์.(2542). โรคจิตเภท. โครงการตำราและเอกสารวิชาการภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เมดอินโฟ.
25. สุดสาคร จำมั่น, นพพร ว่องสิริมาศ, และ วารีรัตน์ ถาน้อย.(2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อสุขภาวะทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2563,34(3),62-76.