



ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการ
ดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

**The Effect of a Psychological Crisis Management Program from Flooding on Knowledge
and Self-Care Capability of Village Health Volunteers,**

Hat Yai District, Songkhla Province

วิลาวรรณ คริสต์รักษา

Wilawan Christraksa

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)**

Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้
 และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
 หมู่บ้านอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ผู้เขียน นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....
(ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
(ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรัมย์)

.....กรรมการ
(ดร.ศรีสุดา วนาลีสิน)

.....กรรมการ
(อาจารย์นิมิตศุตรา แว)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วน
 หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและ
 สุขภาพจิต)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)
 คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณ
บุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา
ผู้เขียน	นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2556

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย จำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรม จำนวน 26 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง และโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วยคู่มือ และแผนการสนับสนุนและให้ความรู้พัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลร่า และการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน การดำเนินการวิจัยทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ทดสอบความเที่ยงของแบบวัดความรู้โดยใช้ค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .85 และทดสอบแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .93 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสถิติไคสแควร์ รวมทั้งเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และทีอิสระ (independent t-test) ผลการวิจัยพบว่า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความรู้หลังได้รับโปรแกรม ($M = 76.83, SD = 10.03$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 64.36, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมี

(6)

ความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรม ($M = 120.08, SD = 9.87$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 81.46, SD = 8.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 23.27, p < .001$) และมีความสามารถในการดูแลตนเอง ($M = 120.08, SD = 9.87$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 106.19, SD = 16.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สามารถเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย บุคลากรทางสุขภาพจึงควรนำไปใช้เพิ่มความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองในภาวะวิกฤตแก่ประชาชนทั่วไป

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

Author Miss Wilawan Christraksa

Major Program Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Academic Year 2013

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to examine the effect 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 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 for flooding. The instruments used in this study were: 1) questionnaire for data collection, which included a demographic, knowledge questionnaire and self-care capability of a psychological crisis management questionnaire; and 2) the psychological crisis management program which 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 .85, and the reliability of the self-care capability questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .93. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi-squared, 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 the mean score before attending the program ($M = 64.36$, $SD = 11.31$) ($p < .001$) and the mean score of the self-care capability after

attending the program ($M = 120.08$, $SD = 9.87$) was also significantly higher than mean score of self-care capability before attending the program ($M = 81.46$, $SD = 8.45$) at the level .001.

2. VHVs who received the program had a mean score of knowledge significantly higher than VHVs who did not receive the program ($F = 23.27$, $p < .001$) and VHVs who received the program had mean score of the self-care capability ($M = 120.08$, $SD = 9.87$) significantly higher than those who did not received the program ($M = 106.19$, $SD = 16.24$) ($p < .05$).

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 the program to promote knowledge and self-care capability among the general people.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับอุทกภัย.....	12
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ.....	20
แนวคิดการดูแลตนเอง.....	40
โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย.....	49
สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	61
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	64
ผลการวิจัย.....	64
การอภิปรายผลการวิจัย.....	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	80
สรุปผลการวิจัย.....	81
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะ.....	81
เอกสารอ้างอิง.....	83
ภาคผนวก.....	93
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	94
ข ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง).....	95
ค ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม).....	96
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	97
จ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	103
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	131
ประวัติผู้เขียน.....	132

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	66
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test).....	69
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	70
4	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ จำแนกตามหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง.....	71
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	72

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภัยพิบัติเป็นภัยที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรง ส่งผลกระทบต่อบุคคลและสังคมในวงกว้าง โดยลักษณะของภัยพิบัติจะเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ (natural disaster) เช่น อุทกภัย ดินโคลนถล่ม แผ่นดินไหว ภัยแล้ง ภูเขาไฟระเบิด เป็นต้น และเกิดจากการกระทำของมนุษย์ (man-made disaster) เช่น สงคราม การก่อการร้าย เป็นต้น เหตุการณ์ภัยพิบัติเหล่านี้ เป็นสาเหตุให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างเฉียบพลันและรุนแรงทั้งชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่เกินกำลังความสามารถของชุมชนหรือเกินกว่าสังคมที่ได้รับความกระทบจะจัดการเพียงลำพังได้โดยใช้ทรัพยากรของตนเอง ที่มีอยู่ (ทิวดา, 2554; เรวดี, 2554; Ursano, Fullerton, Weisaeth & Raphael, 2007)

ในปัจจุบันพบว่าภัยพิบัติทางธรรมชาติได้เกิดขึ้นบ่อยครั้งทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จากหลายสาเหตุ เช่น สภาวะโลกร้อน การเกิดความแปรปรวนของอากาศ ส่งผลให้หลายๆ ประเทศต้องประสบกับปรากฏการณ์ทางธรรมชาติต่างๆ ที่รุนแรง มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเรื่อยๆ และทวีความรุนแรงขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะอุทกภัยมีความถี่เกิดขึ้นมากที่สุด ดังจะเห็นได้จากสถิติการเกิดอุทกภัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ถึง พ.ศ. 2551 ที่พบว่ามีจำนวนความถี่ของการเกิดอุทกภัยน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2552 เพียงปีเดียว (Vos, Rodriguez, Below, & Guhasapir, 2012) จะเห็นได้ว่าการเกิดอุทกภัยมีความรุนแรงขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเกิดอุทกภัยฉับพลันจากฝนตกหนักในประเทศรัสเซีย ประเทศบราซิล ประเทศแซมเบีย ประเทศฟิจิและประเทศอื่นๆ ในขณะเดียวกันทวีปเอเชียก็ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น ได้แก่ อุทกภัยจากฝนตกหนักใน 12 จังหวัดของประเทศจีน อุทกภัยจากพายุฝนพัดเข้าพื้นที่ทางตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศอินเดีย ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตและสูญหายจำนวนมาก

สำหรับประเทศไทยได้มีอุทกภัยเกิดขึ้นในระยะเวลาไล่เลี่ยกันทั่วทุกภาค ส่งผลเสียหายไม่ต่ำกว่า 1 ล้านล้านบาทในระยะเวลา 1 ปี โดยเฉพาะภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตรัง พัทลุง สตูล สุราษฎร์ธานี และจังหวัดสงขลา ซึ่งจะเห็นได้ว่าภัยธรรมชาติที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบันนั้นส่วนใหญ่เป็นอุทกภัย (Musulin, Krovvidi, Bowen, Attard, & Dhara, 2012) จากเหตุการณ์ของภัยพิบัติจากอุทกภัย สามารถส่งผลกระทบต่อความเสียหายทางกายภาพที่เห็นได้

ชัดเจน เช่น เสียชีวิต บาดเจ็บ ไร้ที่อยู่ ขาดที่ทำกิน พิกار อุปกรณ์ประกอบการทำงาน สูญหาย กระทบต่อสภาพสังคม วัฒนธรรม การดำเนินชีวิต รวมทั้งมีผลกระทบต่อสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ประสบภัย

พื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นอีกพื้นที่หนึ่งที่ต้องประสบกับอุทกภัยอย่างรุนแรงมาโดยตลอด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยเฉพาะช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ.2543-2553) ได้เกิดความรุนแรงมากกว่าทุกครั้ง อุทกภัยที่เกิดขึ้นนี้เกิดจากปริมาณน้ำฝนที่ตกลงมามากกว่า 300 มิลลิเมตรต่อวัน รวมไปถึงการสร้างถนนหลายสายกีดขวางการระบายน้ำลงสู่คลองอู่ตะเภาและทะเลสาบสงขลา อุทกภัยที่เกิดขึ้นจึงเป็นเหตุการณ์ที่ค่อนข้างรุนแรง เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันและไม่สามารถคิด และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้อีก เนื่องจากลักษณะพื้นที่ตั้งอำเภอหาดใหญ่เป็นที่ลุ่มแอ่งกระทะ และทุกครั้งที่เกิดอุทกภัย จึงเกิดความเสียหายและความสูญเสียที่มีความถี่และความรุนแรงที่เพิ่มมากขึ้น มีประชาชนที่ได้รับความเดือดร้อนเป็นจำนวนมาก (สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2554) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลให้บุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งเป็นผลกระทบของสถานการณ์ ทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรง และไม่สามารถแก้ไขปัญหาหรือลดความตึงเครียดนั้นได้โดยวิธีการแก้ปัญหาแบบเดิมที่บุคคลใช้ ก่อให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2553ก; Aguilera, 1994; Benter, 2005) ส่งผลให้เกิดการรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่อาจนำไปสู่การสูญเสียหน้าที่และไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดภาวะเครียดนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้

จากการศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัยของกรมสุขภาพจิต (2554ก) พบว่าบุคคลที่ประสบอุทกภัยจะเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล เศร้าโศก เสียใจ ท้อแท้ เบื่อหน่าย สับสน และโดดเดี่ยว ซึ่งถือได้ว่าเป็นปฏิกิริยาปกติของบุคคลเมื่อต้องเผชิญกับการสูญเสีย แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป อาการเหล่านี้อาจยังคงอยู่หากไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาหรือการช่วยเหลือที่เหมาะสม จนกลายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะความเครียดที่อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสมอง ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของภาวะอ่อนตัวทางประสาท (neural plasticity) ซึ่งนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้และอาจส่งผลให้เกิดอาการทางกายได้ด้วยเช่นกัน (จำลองและพริ้มเพรา, 2547) จากสถานการณ์น้ำท่วมจังหวัดสงขลาที่ผ่านมาพบว่า ประชาชนประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2554ข) สอดคล้องกับผลจากการศึกษาต่างๆ ในผู้ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติที่พบว่า มีการเพิ่มขึ้นของอัตราความผิดปกติทางสุขภาพจิตหลังเกิดภัยพิบัติ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสังคมในระยะยาว ได้แก่ ความเครียดในการทำงาน (World Health Organization [WHO], 2002) เนื่องจากเมื่อผู้ประสบอุทกภัยมีความเครียดสูง และหากไม่สามารถปรับตัวได้ ก็จะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือไม่ นั้นจะขึ้นอยู่กับ

3 องค์ประกอบที่สำคัญ (Aguilera, 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) และวิธีการเผชิญปัญหา (coping mechanism) เมื่อบุคคลเสียดุลใน 3 องค์ประกอบ หรือเสียดุลในองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งจะก่อให้เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตและความเจ็บป่วยทางจิตเวชตามมา และความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นผลโดยตรงจากการเกิดเหตุการณ์รุนแรงที่ประสบโดยตรงของผู้ประสบอุทกภัย คือ ภาวะเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorder) และภาวะเครียดภายหลังได้รับเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post traumatic stress disorder) ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นได้เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ และอาจกระตุ้นให้บุคคลคิดถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วอีกได้ ถึงแม้ว่าภัยพิบัตินั้นๆ จะจบสิ้นแล้วก็ตาม (กรมสุขภาพจิต, 2553ข; Daminga & Margaret, 2011)

สำหรับอุทกภัยที่เกิดขึ้นในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ทำให้ได้รับผลกระทบอย่างกว้างขวางส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต ส่งผลให้ประชาชนเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล กลัว และเบื่อหน่ายเมื่อต้องเผชิญกับอุทกภัย จากการศึกษาของวินิภาญจน์และคณะ (2556) พบว่าประชาชนในชุมชนร้อยละ 96.40 มีการรับรู้ความรุนแรงของเหตุการณ์อยู่ในระดับมากถึงปานกลาง และสามารถจัดการกับภาวะเครียดของตนเองได้ในระดับปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 90.80 มีประสบการณ์เกี่ยวกับอุทกภัย ซึ่งประชาชนในชุมชนยังมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือทางด้านจิตใจก่อนเป็นอันดับแรกจึงจะสามารถช่วยเหลือผู้อื่นที่ประสบภัยเช่นเดียวกันต่อไปได้ นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนในชุมชนได้มีการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยวิธีการเตรียมตัวเองของบุคคลในชุมชน ได้แก่ การจัดหาสิ่งของไว้ใช้ก่อนเกิดน้ำท่วม และการเตรียมพร้อมทางด้านจิตใจ โดยการตั้งสติ ยึดหลักศาสนาเป็นที่พึ่ง อ่านหนังสือธรรมะ พูดคุยสนทนากับเพื่อนผู้ประสบภัย รวมไปถึงการมีแหล่งสนับสนุนที่ดี มีลักษณะของชุมชนช่วยเหลือและพึ่งพากันเองส่งผลให้ประชาชนในชุมชนผ่านพ้นเหตุการณ์วิกฤตไปได้

ส่วนหนึ่งของบุคลากรทางสุขภาพที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ประสบอุทกภัย คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนให้มีบทบาทในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีในด้านการดูแลสุขภาพ (รุจยา, 2553) เป็นกลุ่มบุคคลหลักในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนและถือเป็นทรัพยากรกำลังคนที่สำคัญในการพัฒนาด้านสาธารณสุข (โกมาตรและปารณัฐ, 2550) การมีบทบาทในด้านดังกล่าว ตลอดจนการเป็นแบบอย่างและช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ดำเนินบทบาทไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน และจากการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวอาจทำให้เกิดบาดแผลทางจิตใจระดับที่สอง (secondary trauma) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือระยะยาวได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

จากการสำรวจข้อมูลของฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ เทศบาลนครหาดใหญ่ พบว่า อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำปีพุทธศักราช 2555 จำนวน 381 คน และเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสามารถและทำหน้าที่อย่างเข้มแข็งในยามเกิดอุทกภัย ซึ่งจากการสำรวจในโครงการการพัฒนารูปแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาของวิณีกาญจน์และคณะ (2556) พบว่ากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความเครียด วิตกกังวลจากอุทกภัยที่เกิดขึ้นและมีความต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ และต้องการพัฒนาตนเองด้านการผ่อนคลายความเครียด เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง และช่วยเหลือประชาชนในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยโดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองทางด้านจิตใจยังมีน้อย และมีการนำคู่มือหรือเอกสารต่างๆ มาใช้ในการจัดการอุทกภัยโดยคำนึงถึงการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ช่วยเหลือน้อย เช่น คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยของเพ็ญพักตร์, ชมพูนุช, พวงทิพย์, สุชาดา, และวิณา (2549) แนวทางการจัดการภัยพิบัติตามมุมมองมิติชายหญิง (เรวดี, 2554) แนวทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ ประกอบด้วยการปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางจิตใจ (2553ข) แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ แนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูจิตใจหลังน้ำลดสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข (2549) คู่มือฝึกกำลังร่วมใจ สู้ภัยน้ำท่วม "การฟื้นฟูจิตใจหลังภัยน้ำท่วม ฉบับประชาชน" (2554ข) และผู้ช่วยเหลือ (2554ค) เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่ามี การวิจัยและการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทต่างๆ ของโรงพยาบาลในเครือข่ายโรงพยาบาลศรีนครินทร์ (จินตนา, ศิริพร, เพชรรัตน์, จงกล, และรัชณี, 2555) การศึกษาประสบการณ์ของพยาบาลเมื่อเกิดกรณีพิบัติภัย (สุนันทา และอุไร, 2550; สุนันทา, อุไร, และจิรพรรณ, 2551) ซึ่งแนวทางและการศึกษาเหล่านี้เป็นแนวทางที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในกรณีฉุกเฉินเร่งด่วนและใช้ในการดูแลทั่วไปขณะเกิดภัยพิบัติ จึงทำให้มีความหลากหลายในการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ โดยยังไม่ได้ตระหนักถึงการดูแลทางด้านจิตใจยามเกิดอุทกภัย

การพัฒนาแนวทางการช่วยเหลือโดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่อาจช่วยส่งเสริมและสนับสนุนบุคคลให้ปฏิบัติการดูแลตนเองตามศักยภาพผ่านการให้ความช่วยเหลือ (helping method) 4 วิธี คือ การชี้แนะ การส่งเสริม การจัดสิ่งแวดล้อม และการสอน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น โดยมีผู้นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้งานวิจัยหลายเรื่อง เช่น ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว (อมรรัตน์, ชมนาด, และสุชาตินี,

2554) การศึกษาการรับรู้ภาวะการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง (จันทร์พรและชนกพร, 2550) การศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของพัชริน (2554) และการศึกษาในกลุ่มมารดาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ (สมฤดี, ไข่มุกข์, และอาภาวรรณ, 2554) เป็นต้น ซึ่งจากผลการวิจัยในงานวิจัยดังกล่าว ทำให้เห็นได้ว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้เกิดความรู้และการดูแลตนเองได้ดีบนคลินิก อีกทั้งยังพบว่างานวิจัยที่ทำการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้กับบุคคลในชุมชนยังมีอยู่น้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจโดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งโปรแกรมห้ดังกล่าวจะเป็นการฝึกให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการรับรู้ปัญหา มีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม เพื่อการเป็นแบบอย่างที่ดีให้ชุมชนเกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ นำมาสู่ภาวะสุขภาพจิตที่ดียามเกิดอุทกภัย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

2. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) แนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ (กรมสุขภาพจิต, 2553ก, 2553ข, 2554ข, 2554ค, 2554ง, 2554จ; พิไลรัตน์, ขวัญตา, และนิดา, 2544; เพ็ญพัทธ์และคณะ, 2549; วินีกาญจน์และคณะ, 2556)

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม มีเป้าหมายคือ การให้บุคคลสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพออย่างต่อเนื่องด้วยความตั้งใจและจงใจ (deliberate action) และเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (self-care capability) (Orem, 2001) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง (therapeutic self-care demand)

ความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) เป็นความสามารถของบุคคลในการรู้และประสพกับความต้องการการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยของการดำเนินชีวิตและเกิดการพัฒนา ประกอบด้วย 3 ระดับ คือ 1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถที่กระทำอย่างจงใจในการดูแลตนเอง ได้แก่ ความสามารถที่จะรู้ ความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติที่มีผลต่อการกระทำการดูแลตนเอง 2) พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนการดูแลตนเองอย่างจงใจในกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่ประกอบด้วยระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง หรือกล่าวได้ว่าเป็นระบบการกระทำอย่างมีเป้าหมายและกระทำอย่างจงใจ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองจะต้องมีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน และพลังความสามารถ 10 ประการเป็นพื้นฐาน

การส่งเสริมระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ในแต่ละระยะดังที่ได้กล่าวมา เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งสะท้อนถึงผลรวมของความสามารถในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด ผ่านปัจจัยการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจที่ประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก (Aguilera, 1994) ได้แก่ 1) การรับรู้เหตุการณ์ (perception of

events) ซึ่งเป็นการเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรับรู้ได้ ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับความรู้สึกรู้สึกถึงเครียดของตนเอง ก็จะสามารถแก้ปัญหาคือตรงกับความต้องการ และสามารถจัดการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational support) เนื่องจากการได้รับรู้แหล่งสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้สามารถใช้แหล่งสนับสนุนได้อย่างเหมาะสม และส่งเสริมให้สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 3) การเผชิญปัญหา (coping mechanism) ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยให้บุคคลมองเห็นแนวทางการใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ถูกต้อง เหมาะสม ก่อให้เกิดวิธีการจัดการภาวะวิกฤต เช่น ความเครียด ความเศร้าโศกเสียใจ ก่อให้เกิดการปรับตัว และกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลต่อไป

ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองในการวิจัยครั้งนี้ เป็นความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง (estimative operation) ระยะการเปลี่ยนแปลง (transitive operation) และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง (productive operation) โดยอธิบายได้ ดังนี้

1. ระยะการประเมินการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการพิจารณาปัจจัยพื้นฐานของตนเอง การทำความเข้าใจความสามารถในการดูแลตนเองที่ผ่านมา ปัจจัยพื้นฐานและความจำเป็นของการดูแลตนเองในภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอหุทกภัย โดยการประเมินการรับรู้การเกิดอหุทกภัย ลักษณะอารมณ์ หรือความตึงเครียดที่เกิดขึ้นจากอหุทกภัย การประเมินการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือ และการดูแลทางด้านจิตใจของตนเองและชุมชน รวมไปถึงการประเมินวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอหุทกภัยจากประสบการณ์เดิม เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองและนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเกิดอหุทกภัยและผลกระทบด้านสุขภาพจิต แหล่งช่วยเหลือต่างๆ ที่ช่วยสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมไปถึงการให้ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยให้เข้าใจถึงองค์ประกอบของการกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้ง 3 องค์ประกอบในเรื่อง การรับรู้เหตุการณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา

2. ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง เป็นระยะที่บุคคลมีการกำหนดเป้าหมายเพื่อพัฒนาตนเองไปสู่การเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจในการใช้แนวทางการดูแลตนเอง มีความสามารถในการสะท้อนการตัดสินใจดูแลตนเองในทิศทางที่เหมาะสม และยืนยันสิ่งที่สมควรปฏิบัติ

3. ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นการนำสิ่งที่ได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากที่ได้ปฏิบัติการดูแลตนเองจากสถานการณ์จริง

และสถานการณ์ตัวอย่าง เพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเองว่าปฏิบัติได้เหมาะสมกับตัวเองหรือไม่ อย่างไร และบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้หรือไม่

สำหรับการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาลโดยพยาบาลสามารถออกแบบการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ เนื่องจากเป็นบุคคลหลักที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญ เป็นผู้นำชุมชนที่เป็นแบบอย่างในการดูแลตนเองก่อนให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น โดยมีวิธีการช่วยเหลือ ซึ่งประกอบด้วย 1) การชี้แนะ เป็นการบอกแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ 2) การสนับสนุน เป็นวิธีที่ใช้เพื่อให้คงไว้ซึ่งความพยายามที่จะดูแลตนเอง เป็นวิธีการสร้างกำลังใจ หรือแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 3) การเตรียมสิ่งแวดล้อม เป็นการออกแบบสิ่งแวดล้อม เพื่อกระตุ้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถกำหนดเป้าหมายและปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้และ 4) การสอน เป็นการดำเนินการถ่ายทอดความรู้สู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดความรู้ และมีความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นแบบอย่างในการดูแลตนเองแก่ประชาชนในชุมชน อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและความผาสุกของประชาชนในชุมชนต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย หมายถึง รูปแบบของการดำเนินกิจกรรมให้เกิดความรู้ และความสามารถการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พัฒนาจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ผ่านวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม และการสอน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Aguilera, 1994) ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่สนับสนุนให้เกิดการรับรู้เหตุการณ์ การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ เพื่อพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที

ความรู้ หมายถึง คะแนนของความสามารถในการจดจำ เข้าใจและนำไปใช้ ซึ่งเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอุทกภัย ได้แก่ ความหมายของอุทกภัย ประเภทของอุทกภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้น รวมทั้งความรู้ในการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยมีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความรู้มาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความรู้น้อย

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง คะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง หรือระดับที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองในด้านการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งวัดได้จากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองที่ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (self-As-Carer Inventory Thai Version-SCIT) ของอิสระมาลัย (Isramalai, 2002) โดยพัฒนาให้ครอบคลุมองค์ประกอบของความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง 3 ระยะ คือ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ (Aguilera, 1994) โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความสามารถในการดูแลตนเองมาก คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two-group design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาที่เคยผ่านประสบการณ์อุทกภัยเมื่อปี พ.ศ. 2553 มาแล้ว ทำการศึกษาช่วงเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองจากภาวะวิกฤตอุทกภัย
2. ใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ และความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยแก่บุคคลทั่วไปหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจาก อุทกภัย ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจาก อุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิดทฤษฎี เอกสารต่างๆ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัยใน ประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอุทกภัย
 - 1.1 ความหมายของอุทกภัย
 - 1.2 ประเภทของอุทกภัย
 - 1.3 ผลกระทบที่เกิดจากอุทกภัย
 - 1.4 สถานการณ์อุทกภัยในภาคใต้
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.1 ความหมายของภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.2 องค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.3 ระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.4 ปฏิกริยาทางด้านจิตใจของภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.5 การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ
 - 2.6 บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมายของการดูแลตนเอง
 - 3.2 ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้
 - 3.4 การดูแลตนเองของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาเมื่อเกิดอุทกภัย
4. โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
5. สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดเกี่ยวกับอุทกภัย

ความหมายของอุทกภัย

อุทกภัย (flood) เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่เกิดจากน้ำจำนวนมากไหลบ่าหรือไหลผ่านเหนือพื้นดิน ไม่สามารถป้องกันและคาดเดาความรุนแรงได้ เกิดการทำลายล้างมหาศาล ส่งผลให้เกิดอันตรายต่อชีวิต ทรัพย์สิน และสิ่งแวดล้อม จะขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอุทกภัย ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ อาจเกิดจากฝนตกหนักติดต่อกันเป็นระยะเวลายาวนานหรือเกิดขึ้นตามธรรมชาติและฤดูกาล ที่ทำให้เกินความสามารถของแหล่งกักเก็บน้ำในบริเวณนั้น จึงทำให้เกิดการเอ่อล้นและไหลบ่าเข้าท่วมบริเวณต่างๆ และอาจทำให้เกิดภัยพิบัติอย่างอื่นตามมาได้ เช่น ดินโคลนถล่ม เป็นต้น (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2553; Geoscience Australia, 2013; Jha, Bloch, & Lemond, 2012; National Oceanic and Atmospheric Administration [NOAA], 2010; WHO, 2002)

ประเภทของอุทกภัย

การเกิดอุทกภัยในประเทศไทย มีหลายประเภทไม่ว่าจะเป็นการเกิดอุทกภัยฉับพลัน อุทกภัยชายฝั่ง อุทกภัยในเมือง ซึ่งล้วนก่อให้เกิดผลกระทบและส่งผลเสียหายต่อมนุษย์ อุทกภัยสามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ แบ่งตามสาเหตุการเกิด และปรากฏการณ์ที่เกิด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ประเภทของอุทกภัย แบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้แก่ สาเหตุการเกิดจากธรรมชาติ และสาเหตุการเกิดจากน้ำมือมนุษย์ มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 สาเหตุการเกิดจากธรรมชาติ

การเกิดอุทกภัยส่วนใหญ่ มีสาเหตุมาจากธรรมชาติ ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดอุทกภัย ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพภูมิอากาศ (ทองเปลว, 2555; WHO, 2002) ซึ่งเกิดจากการได้รับอิทธิพลจากพายุหมุนเขตร้อน ร่องมรสุม ส่งผลให้เกิดพายุฝนฟ้าคะนองที่มีผลต่อระดับความรุนแรงของการเกิดอุทกภัย (ทวิดา, 2554) หากสาเหตุการเกิดจากธรรมชาติมีระดับรุนแรงย่อมส่งผลให้เกิดอุทกภัยในระดับที่รุนแรงด้วยเช่นกัน อธิบายดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ตำนาน, 2554; ทวิดา, 2554; เทพพรณี, 2541; สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดยะลา, 2551; Jha et al., 2012)

1.1.1 พายุหมุนเขตร้อน (tropical cyclones) เป็นปรากฏการณ์ทางธรรมชาติที่ทำความเสียหายอย่างรุนแรง พายุหมุนเขตร้อนก่อให้เกิดฝนตกหนัก พายุลมแรงและมีพายุฝนฟ้าคะนอง ลมกระโชกแรง และอาจเปลี่ยนแปลงเป็นพายุไต้ฝุ่น พายุโซนร้อน และเพิ่มความรุนแรงได้ตามลำดับ เกิดเป็นความเสียหาย 3 ประการ คือ น้ำท่วมจากลมพัดแรง น้ำท่วมเนื่องจากฝนตกหนักมาก และน้ำท่วมจากคลื่นใหญ่ซัดชายฝั่ง ซึ่งอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อชายฝั่ง โดยเฉพาะอาชีพประมงและการดำเนินวิถีชีวิตของผู้ประกอบอาชีพริมฝั่งทะเล

1.1.2 ร่องมรสุม (inter-tropical convergence zone) เกิดจากแนวกดอากาศต่ำ มีการเปลี่ยนแปลงตามตำแหน่งการเคลื่อนที่ของดวงอาทิตย์ ทำให้อากาศบริเวณดังกล่าวยกตัวลอยสูงขึ้น ขยายตัวกลายเป็นเมฆฝน เกิดฝนตกหนัก สำหรับประเทศไทยมีร่องมรสุมที่เกิดจากการปะทะกันของลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้และลมมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ จึงส่งผลให้เกิดฝนตกหนักเป็นเวลานาน และเกิดน้ำท่วมได้เช่นกัน เช่นเดียวกับลมมรสุมมีกำลังแรง จะก่อให้เกิดอุทกภัยได้ เนื่องจากเมื่อเกิดการปะทะระหว่างลมตะวันตกและตะวันออกของภาคใต้ ก็จะทำให้ระดับน้ำทะเลในทะเลและแม่น้ำสูงขึ้น หรือที่เรียกว่า น้ำทะเลหนุน ทำให้เกิดน้ำเอ่อล้นชายฝั่งและท่วมได้ และจากการศึกษาของสุภัทท์ (2554) พบว่าเนื่องจากอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีลักษณะพื้นที่เป็นแอ่งกระทะ และมักมีฝนตกหนักในช่วงต้นฤดูมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือในเดือนพฤศจิกายน และต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสั้นๆ จึงทำให้เกิดน้ำท่วมขนาดใหญ่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณลุ่มแม่น้ำอู่ตะเภา

1.1.3 พายุฝนฟ้าคะนอง (electrical storm) เป็นผลเนื่องมาจากเขตร้อนมีอากาศชื้น และอุณหภูมิในอากาศไม่คงที่ ก่อเป็นเมฆพายุฟ้าคะนอง ในปี พ.ศ. 2553 ที่ผ่านมากรมอุตุนิยมวิทยาได้ประกาศเตือนว่า มีพายุดีเปรสชันบริเวณทะเลจีนใต้ตอนล่าง ทางตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดสงขลา และเคลื่อนตัวด้วยความเร็วสูง จึงทำให้ฝนตกสะสม และเกิดน้ำท่วมขัง โดยเฉพาะบริเวณภูเขาหรือป่า น้ำฝนที่มีปริมาณมากที่ตกในป่าและบนภูเขาไหลอย่างรุนแรงลงสู่ที่ราบเชิงเขา ทำให้เกิดน้ำท่วมขึ้นในระยะเวลาสั้นๆ น้ำป่าและน้ำจากภูเขาที่ไหลลงสู่ที่ต่ำอย่างรวดเร็วจนทำให้เกิดน้ำท่วมในระยะเวลากะทันหัน เรียกว่า น้ำท่วมฉับพลัน

1.1.4 แผ่นดินไหวและภูเขาไฟระเบิด (earthquake and volcano) การเกิดแผ่นดินไหวหรือภูเขาไฟบนบกและภูเขาไฟใต้น้ำระเบิด ทำให้เปลือกของผิวโลกบางส่วนได้รับความกระทบกระเทือนอย่างต่อเนื่องกัน บางส่วนของผิวโลกจะสูงขึ้น บางส่วนจะยุบลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อภูเขาไฟใต้น้ำระเบิดจะทำให้เกิดคลื่นใหญ่ในมหาสมุทร และเกิดน้ำท่วมตามเกาะและเมืองตามชายฝั่งทะเล เรียกว่า น้ำท่วมชายฝั่ง ยกตัวอย่างเช่น เหตุการณ์คลื่นที่เกิดจากแผ่นดินไหวในทะเลที่มีศูนย์กลางอยู่ที่เกาะสุมาตรา เรียกว่า สึนามิ (tsunami) และเดินทางด้วย

ความเร็วสูง ส่งผลเสียหายอย่างหนักต่อชายฝั่งทะเลอันดามันของประเทศไทย และอีกหลายๆ ประเทศ และคลื่นสึนามิที่เกิดบ่อยในประเทศญี่ปุ่น

1.1.5 สภาวะโลกร้อน (global warming) ในปัจจุบันสภาวะโลกร้อนเป็นที่กล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางทั้งในและต่างประเทศ หมายถึง โลกมีอุณหภูมิเฉลี่ยบนอากาศสูงขึ้น ซึ่งเกิดจากก๊าซเรือนกระจกที่เกิดจากกิจกรรมต่างๆ ของมนุษย์ (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2552; Bovornkitti & Menasveta, 2007) สำหรับการเกิดสภาวะโลกร้อนจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านภูมิอากาศและก่อให้เกิดอุทกภัยได้ เนื่องจากสภาพภูมิอากาศเปลี่ยนแปลง (ค่านาย, 2554) แต่อย่างไรก็ตามสภาวะโลกร้อน ก็ยังเป็นสาเหตุการเปลี่ยนแปลงหลายๆ อย่าง เช่น การเพิ่มระดับของน้ำทะเล การเกิดเหตุการณ์สภาพอากาศเปลี่ยนแปลงบ่อยขึ้น รวมทั้งปัจจัยทางด้านสุขภาพ และทางด้านความผิดปกติทางจิตใจด้วย (Bovornkitti & Menasveta, 2007) แต่จากการศึกษาของเพียลค์ (Pielke, 1999) พบว่า ยังมีการโต้แย้งและถกเถียงกันเกี่ยวกับสภาวะโลกร้อนว่าไม่สามารถอธิบายได้ว่าอุทกภัยรุนแรงที่เกิดขึ้นจะเพิ่มขึ้นตามความรุนแรงของสภาวะโลกร้อน กล่าวคือ ไม่มีหลักฐานใดๆ ที่พบว่าเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้น เกี่ยวเนื่องกับสภาวะโลกร้อน ถึงแม้ว่าการวิเคราะห์เนื้อหาและข้อมูลจากงานวิจัยต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมเนื้อหาด้านการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิโลกและการหมุนเวียนของน้ำก็ตาม

1.2 สาเหตุการเกิดจากน้ำมือมนุษย์

สาเหตุการเกิดอุทกภัยจากน้ำมือมนุษย์ เป็นการกระทำของมนุษย์ในการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม เนื่องจากปัจจุบันพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของประชากรในประเทศไทยเช่นเดียวกับประชากรโลก และมีแนวโน้มในทิศทางที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความต้องการทางด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตเพิ่มมากขึ้น และมีสิ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานต่างๆ เพิ่มขึ้น ได้แก่ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี ส่งผลให้เกิดการสูญเสียทรัพยากรและระบบนิเวศถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2552) และยังเป็นการทำลายความสมดุลของสภาพพื้นที่ต่างๆ ทำให้น้ำเอ่อล้นเข้าท่วมพื้นที่นั้น เกิดผลกระทบและความเสียหายเช่นเดียวกับสาเหตุการเกิดอุทกภัยจากธรรมชาติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย, 2555; ทองเปลว, 2555)

1.2.1 การตัดไม้ทำลายป่า เป็นสภาวะของป่าตามธรรมชาติที่ถูกทำลายโดยการตัดไม้และการเผาป่าเพื่อผลประโยชน์ เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น การนำดินไม้และถ่านไม้มาใช้หรือจำหน่าย นำมาใช้ทางการค้า เช่น การเกิดโรงงานอุตสาหกรรม (ค่านาย, 2554) การตั้งถิ่นฐาน ก่อให้เกิดความเสียหายต่อที่อยู่อาศัย และความหลากหลายของระบบนิเวศ ได้แก่ สัตว์ป่าอพยพ และเกิดปัญหาความแห้งแล้ง นอกจากนี้เมื่อฝนตกหนักยังทำให้น้ำไหลเร็วมากขึ้น เพราะไม่มีรากของต้นไม้ช่วยยึดหน้าดินเอาไว้ อันจะเป็นการเพิ่มความรุนแรงของน้ำในการทำลาย

ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของดินโคลนถล่มอีกด้วย ยกตัวอย่าง จากข้อมูลของสำนักงานบรรเทาทุกข์และ
 ประชานามัยพิทักษ์ (2552) พบกรณีการเกิดอุทกภัยที่บ้านน้ำก้อ จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีสาเหตุจาก
 การตัดไม้ทำลายป่า บุกรุกสภาพป่าไม้เชิงเขา ทำให้น้ำมาเร็วมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดความเสียหาย มี
 ผู้เสียชีวิต ผู้บาดเจ็บและมีผู้ได้รับความเดือดร้อนจำนวนมาก คิดเป็นเงินมูลค่ากว่าร้อยล้านบาท

1.2.2 การขยายเขตเมืองหรือตั้งรกรากของชุมชนในบริเวณที่ราบ
 เป็นผลอันเนื่องมาจากการตัดไม้ทำลายป่าเพื่อขยายถิ่นอาศัย หรือกล่าวอีกอย่างหนึ่งว่ามนุษย์มีการ
 รุกป่าเข้าไปในเขตที่ราบที่เป็นแหล่งเก็บน้ำตามธรรมชาติ ได้แก่ การสร้างหมู่บ้านขวางทางน้ำ ทำ
 ให้น้ำไม่มีทางระบาย หรือเมื่อน้ำล้นตลิ่งก็จะเข้าไปท่วมบริเวณที่เป็นชุมชนที่ราบก่อน การรุกป่าเข้า
 ไปในเขตที่ราบรวมไปถึงการออกแบบทางระบายน้ำที่ไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้น้ำเอ่อล้นเข้าไปใน
 เขตเมืองทำความเสียหายให้แก่ชุมชนในเมืองใหญ่เมืองน้อย เนื่องจากน้ำระบายได้ช้ามาก เรียกว่า
 น้ำท่วมเมือง

1.2.3 การบริหารจัดการแหล่งน้ำ โดยเฉพาะสถานที่กักเก็บน้ำ
 ในช่วงน้ำหลากไม่เพียงพอ และไม่สามารถรองรับน้ำในปริมาณที่มากได้ รวมทั้งเครื่องมือต่างๆ
 เช่น เครื่องสูบน้ำ ประตูระบายน้ำ ที่ใช้ในการระบายน้ำไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้เกิด
 อุทกภัย และในขณะเดียวกันการใช้เครื่องสูบน้ำอาจทำให้ปริมาณน้ำลดในพื้นที่ส่วนตัว แต่ทำให้
 เพิ่มปริมาณในพื้นที่อื่น ส่งผลให้น้ำระบายได้ช้าในพื้นที่นั้นๆ

2. ประเภทของอุทกภัยแบ่งตามปรากฏการณ์หรือเวลาที่เกิด (Ward อ้างตาม
 รัชชัย, เสรี, วรากร, และเลอศักดิ์, 2546) มีดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 น้ำท่วมตามฤดูกาล (seasonal floods) เป็นปรากฏการณ์น้ำท่วมที่
 เกิดขึ้นตามปกติเป็นประจำทุกปีในช่วงใดช่วงหนึ่งของฤดูกาล ขึ้นอยู่กับสภาพภูมิประเทศและ
 ภูมิอากาศเป็นสาเหตุสำคัญ เช่น ในภูมิภาคมรสุมร้อนชื้นจะประสบน้ำท่วมในฤดูฝน น้ำท่วมใน
 ลักษณะนี้จึงมักครอบคลุมพื้นที่ตามลุ่มน้ำและมีระยะเวลาอันยาวนานนับเดือน ดังนั้นการตั้งถิ่นฐานของ
 มนุษย์จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพการณ์

2.2 น้ำท่วมฉับพลัน (flash floods) เป็นการเกิดน้ำไหลบ่าท่วมพื้นที่ใด
 พื้นที่หนึ่งอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาอันสั้น ซึ่งอาจไม่ถึงชั่วโมง หากเกิดในป่าหรือบริเวณน้ำตก
 เรียกว่า น้ำป่า

2.3 น้ำท่วมครั้งคราว (single event floods) เป็นการเกิดน้ำท่วมอันมีสาเหตุ
 จากปริมาณน้ำมากในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยส่วนใหญ่เกิดจากฝนตกติดต่อกันหลายวัน

2.4 น้ำท่วมใหญ่ (multiple event floods) เป็นการเกิดน้ำท่วม โดยมีสาเหตุ
 มาจากความแปรปรวนของสภาพอากาศ เช่น การเกิดพายุไซโคลน และพายุประเภทต่างๆ ทำให้มี
 กระแสลมแรง ส่งผลเกิดดินโคลนถล่ม ก่อให้เกิดความเสียหายแก่สิ่งปลูกสร้างอาคาร ซึ่งไม่สามารถ

ควบคุมเหตุการณ์ส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นได้ ทำได้แค่เพียงเฝ้าระวัง ติดตามและแจ้งข่าวเตือนภัยล่วงหน้าเท่านั้น ซึ่งปัจจุบันมีนวัตกรรมในการเฝ้าระวังอุทกภัยมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นอุปกรณ์และเทคโนโลยี หรือการสร้างความรู้ความเข้าใจในเจ้าหน้าที่เพื่อเตือนภัย

จากการศึกษาสรุปได้ว่า ประเภทของอุทกภัยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ แบ่งตามสาเหตุการเกิด ได้แก่ อุทกภัยที่เกิดจากธรรมชาติ เช่น พายุหมุนเขตร้อน ร่องมรสุม ฝนฟ้าคะนอง แผ่นดินไหวและภูเขาไฟระเบิด สภาวะโลกร้อน และอุทกภัยที่เกิดจากน้ำมีมนุษย์ ได้แก่ การตัดไม้ทำลายป่า การขยายชุมชนเมือง และจากการบริหารจัดการระบบการระบายน้ำ สำหรับอีกประเภทหนึ่งคือ อุทกภัยที่แบ่งตามปรากฏการณ์หรือเวลาที่เกิด ได้แก่ น้ำท่วมตามฤดูกาล น้ำท่วมฉับพลัน น้ำท่วมครั้งคราว และน้ำท่วมใหญ่ หากแบ่งอุทกภัยตามสาเหตุการเกิด ก็จะเกิดอุทกภัยตามระดับความรุนแรงของสาเหตุ และหากแบ่งตามปรากฏการณ์หรือเวลาที่เกิดก็จะได้ประเภทของอุทกภัยที่สามารถเตรียมตัวและเฝ้าระวังได้ อย่างไรก็ตามการเกิดอุทกภัยอาจเกิดจากหลายๆ สาเหตุ ร่วมกันช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ซึ่งแต่ละประเภทล้วนส่งผลเสียหายรุนแรงทั้งชีวิตและทรัพย์สินทั้งสิ้น

ผลกระทบที่เกิดจากอุทกภัย

การเกิดภัยพิบัติ ไม่ว่าจะเป็นภัยพิบัติทางธรรมชาติหรือภัยพิบัติน้ำมีมนุษย์ ย่อมมีความต้องการการดูแลสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจจากหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ รัฐบาล เอกชน ชุมชน และสถานที่ทำงาน (Ursano et al., 2007) โดยเฉพาะความเสียหายของการเกิดอุทกภัย ยิ่งเมื่อระดับน้ำทะเลหนุนสูง และไหลบ่าเข้าท่วมพื้นที่ด้วยความแรง ประกอบกับกระแสน้ำ ยิ่งทำให้ไม่สามารถประเมินคุณค่าของความเสียหายได้ โดยเฉพาะในพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งเป็นเขตเศรษฐกิจของ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนล่างที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัยในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งถือเป็นครั้งที่รุนแรงมากที่สุดในรอบ 100 ปี (กรมชลประทาน, 2553) อุทกภัยดังกล่าวสร้างความเสียหายให้กับทรัพย์สิน รวมทั้งชีวิตของชาวหาดใหญ่ มีผู้ได้รับความเดือดร้อน และรับผลกระทบโดยรอบ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย

การเกิดอุทกภัยส่งผลให้เกิดความเสียหายโดยตรงต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน ซึ่งขณะเกิดอุทกภัย ทำให้ประชาชนขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ ขาดความสะดวกด้านสุขอนามัย ห้องน้ำห้องส้วม (กรมสุขภาพจิต, 2554ก; กรมอนามัย, 2555) ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง และโรคต่างๆ ตามมาได้ แบ่งผลกระทบทางด้านร่างกายออกเป็นผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง และผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อม (WHO, 2002) ดังต่อไปนี้

1.1 ผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรง (direct effect) สำหรับผู้ประสบอุทกภัย ในบริเวณพื้นที่ที่มีน้ำทะเลลึก น้ำไหลเชี่ยว อาจส่งผลให้เกิดการจมน้ำหรือการได้รับบาดเจ็บ นำไปสู่โรคทางเดินหายใจ ช็อก อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือหัวใจหยุดเต้น น้ำสกปรกปะปนมากับเศษขยะและซากพืชสัตว์ สำหรับบุคคลที่มีแผลอยู่แล้วจะทำให้แผลเกิดติดเชื้อ ผิวหนังอักเสบ เยื่อบุตาอักเสบ ติดเชื้อทางหู คอ จมูก มีอุบัติการณ์ทางระบบไหลเวียนเลือด อีกทั้งยังเพิ่มความเครียดทางด้านร่างกายและอารมณ์ เพิ่มความอ่อนแอทางด้านสังคมและจิตใจ ไม่เว้นแม้แต่ภาวะโภชนาการของเด็กเล็กที่อาจขาดแคลนอาหารในช่วงเกิดอุทกภัย

1.2 ผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อม (indirect effects)

นอกจากผลกระทบต่อสุขภาพโดยตรงแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทางอ้อมได้อีกด้วย เช่น การเกิดโรคจากกระแสน้ำพัดพาทำให้ผิวหนัง เยื่อบุตาอักเสบ อันเนื่องมาจากการขาดแคลนน้ำในการล้างทำความสะอาด ขาดแคลนน้ำดื่ม การขนส่งอาหาร และการที่ฝนตกหนัก หรือท่วมบริเวณท่อระบายน้ำ ทำให้เกิดการอพยพของหนูซึ่งเป็นพาหะนำโรคต่างๆ

2. ผลกระทบทางด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดเจนในระยะสั้นและระยะยาว เช่น ความวิตกกังวล ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในทุกๆ วัน (Desalvo et al., Heo et al., & Norris et al. as cited in Alderman, Turner, & Tong, 2012) ประชาชนส่วนใหญ่ให้การเปิดเผยต่อภัยพิบัติในทิศทางที่ดี อย่างไรก็ตามสำหรับบางคนอาจพัฒนาไปเป็นโรคทางจิตเวช ความทุกข์ หรือพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพจิตได้ เช่น การเพิ่มขึ้นของการใช้แอลกอฮอล์ เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2554ข) และนอกจากนี้ยังพบว่า มีการเพิ่มของความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆ และมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาทางสังคม และด้านสุขภาพจิตอย่างสูง (Inter-Agency Standing Committee [IASC], 2007) เช่นเดียวกับการศึกษาผลกระทบทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัยจากพายุไต้ฝุ่นพบว่า ผู้ประสบอุทกภัยมีระดับความเครียด กังวล ซึมเศร้าและ PTSD สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับผลกระทบ ยิ่งไปกว่านั้นยังเพิ่มความต้องการทางด้านสุขภาพสวัสดิการในกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบภัยอีกด้วย (Chae, Kim, Rhee, & Henderson, 2005) และจากการศึกษาของอดัมส์ (Adams, 2007) ซึ่งศึกษาความต้องการทางด้านสุขภาพจิตของอาสาสมัครยามเกิดภัยพิบัติพบว่า อาสาสมัครภัยพิบัติควรได้รับความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตอีกด้วย จึงเห็นได้ว่า ผลกระทบทางด้านจิตใจเกิดขึ้นได้กับบุคคลทุกคนและทุกกลุ่มอาชีพ

3. ผลกระทบทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ

ผลกระทบทางด้านสังคม ได้แก่ การเกิดความยุ่งยากในการทำงาน เนื่องจากอุทกภัยส่งผลกระทบต่องาน ทำให้ผู้ประกอบการอาชีพไม่สามารถไปยังสถานที่ทำงานได้ เกิดความเข้าใจผิดระหว่างเพื่อนร่วมงาน และมีปัญหากับงาน เนื่องจากงานไม่เสร็จตามกำหนดเวลา

นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความยุ่งยากทางการศึกษา ส่งผลให้การศึกษาหยุดชะงัก เด็กนักเรียนไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ขาดการติดต่อและเข้าสังคมกับเพื่อนฝูง

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อธุรกิจและเศรษฐกิจ ซึ่งอุทกภัยได้ทำให้ธุรกิจต่างๆ หยุดชะงัก การขนส่งหรือการติดต่อธุรกิจต่างๆ ชะงักลง และเมื่อพ้นจากอุทกภัยแล้วยังต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการขนส่งและการติดต่อสื่อสารต่างๆ ทำให้กำไรลดน้อยลง ส่งผลกระทบต่อประเทศชาติโดยรวม รายได้ของประเทศลดต่ำลง นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางด้านปศุสัตว์ และด้านการประมงอีกด้วย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) ผลกระทบที่เกิดขึ้นยังคงอยู่ระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของเกษตรกร ซึ่งได้รับผลกระทบในด้านการเก็บเกี่ยวผลผลิต ทำให้ตัวเลขผลผลิตลดลงอย่างต่อเนื่อง (Asia Pulse, 2012) โดยเฉพาะในภาคใต้ของประเทศไทย ซึ่งมีแหล่งพืชเศรษฐกิจที่สำคัญ คือ ยางพารา เมื่อเกิดอุทกภัยเป็นเวลานาน ทำให้ยางพาราขึ้นต้นตาย สำหรับต้นยางที่เพิ่งปลูก ซึ่งมีความอ่อนไหว ทำให้ตายง่ายกว่าปกติ ตลอดจนพืชผักต่างๆ ก็จะจมน้ำตายไปในที่สุด แม้แต่การเดินทางทางอากาศก็เกิดการกระทบกระเทือน เนื่องจากหอบ่อส่งสัญญาณ และสนามบินถูกน้ำท่วม ทำให้เครื่องบินไม่สามารถลงจอดได้ ส่งผลกระทบต่อการบินทางธุรกิจ และการท่องเที่ยวได้ รวมถึงผลกระทบต่ออุปกรณ์เครื่องจักร ระบบไฟฟ้า ในโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งน้ำอาจทำให้อุปกรณ์เกิดสนิมและเสียหาย ลดการผลิต หรือชะลอการผลิตในงานอุตสาหกรรมลง จากสถิติการประเมินผลกระทบจากอุทกภัยในอำเภอลำปางในปี พ.ศ. 2543 และ 2553 พบความเสียหายทั้งสิ้นมูลค่า 6,000 ล้านบาท และ 20,000 ล้านบาท ตามลำดับ (คู่มือสัมมนาการจัดการภัยพิบัติจากน้ำ อำเภอลำปาง, 2555; อำพร, เกิดศิริ, ชนกร, และวิวัฒน์, 2544) จากข้อมูลดังกล่าว บ่งบอกได้ว่าทุกครั้งที่เกิดอุทกภัยได้ก่อให้เกิดความเสียหายทางเศรษฐกิจจำนวนมาก และการสูญเสียทรัพย์สินเหล่านี้โดยเฉพาะรายได้ พบว่า มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้า และโรคย้ำทำในการซื้อของ (compulsive buying) และทรัพย์สินที่หายไปยังบ่งบอกถึงระดับความเครียดได้ (Kennett-Hensel, Snealth, & Lacey, 2012)

4. ผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ

จิตวิญญาณ ที่มีอยู่ในตัวทุกคน เป็นธรรมชาติของความรู้สึก และการนึกคิด ในภาวะที่บุคคลมีความคิดหรือความรู้สึกต่างๆ เช่น เกิดความกังวล ขาดเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ หรือขาดศรัทธาต่อศาสนา ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตวิญญาณ (spiritual illness or spiritual distress) จะแสดงออกโดยการปรับตัวไม่ได้ มีอาการเจ็บป่วยทางจิต ไม่เชื่อว่ากรรมมีจริง (ทัศนีย์, 2552) ซึ่งจากการศึกษาการปรับตัวในผู้ประสบอุทกภัย อำเภอลำปาง จังหวัดสงขลาที่ผ่านมา พบว่าผู้ประสบอุทกภัยบางรายหมดศรัทธาในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ เมื่อผิดหวังจากสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ไม่สามารถช่วยเหลือให้พ้นทุกข์จากอุทกภัยได้ และมีการ โกรธแค้นฝ่ายปกครองบ้านเมือง และบางรายมี

ความคิดลบต่อฝ่ายรัฐบาลที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง (ฟิลิปปินส์และคณะ, 2544; นันทริยา และคณะ, 2550) จะเห็นได้ว่าผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณจะส่งผลต่อการปรับตัว ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพจิตใจของแต่ละบุคคลด้วย

สรุปได้ว่า การเกิดอุทกภัยส่งผลกระทบโดยรอบแบบเป็นองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งแต่ละด้านจะส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน ดังนั้นผู้ประสบอุทกภัยควรได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันการนำไปสู่การเกิดปัญหาทางด้านจิตใจ อันจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไป

สถานการณ์อุทกภัยในภาคใต้

การเกิดอุทกภัยในประเทศไทยภายใน 5 ศตวรรษที่ผ่านมา พบว่ามีอุทกภัยนับครั้งไม่ถ้วน ก่อให้เกิดการทำลายล้างอย่างใหญ่หลวง ส่งผลกระทบต่อชีวิตมากกว่าแปดร้อยคน (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2552) และที่อยู่อาศัยเสียหายนับล้านครัวเรือน เศรษฐกิจถูกทำลาย และอุทกภัยเป็น 1 ใน 5 ของภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด (Musulin et al., 2012)

อุทกภัยในประเทศไทยเกิดจากลมมรสุม ร่วมกับการเกิดพายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะเริ่มต้นขึ้นหลังจากเดือนกรกฎาคม จนถึงเดือนตุลาคม โดยลมมรสุมจะเป็นตัวกำหนดการเกิดขึ้นของลมในแต่ละทิศทางผ่านมหาสมุทร ซึ่งในบางกรณีอาจทำให้ฝนตกหนักได้

การเกิดอุทกภัยในปี พ.ศ. 2554 ในทุกภาคของประเทศไทย เริ่มต้นระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม ปริมาณฝนที่ตกมากเกินการกักเก็บน้ำ และมีปริมาณน้ำฝนมากคิดเป็น 334%, 305%, 113%, 1,005% และ 502% ในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก ภาคใต้ฝั่งตะวันออก และภาคใต้ฝั่งตะวันตก ตามลำดับ (Thai Meteorological Department as cited in Musulin et al., 2012) จะเห็นได้ว่า ภาคใต้มีปริมาณน้ำฝนจำนวนมากกว่าภาคอื่นๆ ส่งผลให้เกิดน้ำเข้าท่วมอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะจังหวัดนครศรีธรรมราช พัทลุง สุราษฎร์ธานี ตรัง ชุมพร สงขลา กระบี่และพังงา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เกิดอุทกภัยบ่อยครั้ง

จากรายงานของกรมอุตุนิยมวิทยา (2555) พบว่าภัยพิบัติทางธรรมชาติที่เคยเกิดขึ้นในประเทศไทยที่มีความรุนแรง ได้แก่ การพัดถล่มของพายุโซนร้อน บริเวณแหลมตะลุมพุก จังหวัดนครศรีธรรมราช ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2505 ทำให้มีประชาชนเสียชีวิตจำนวนมาก คิดมูลค่าความเสียหายประมาณ 377 ล้านบาท นอกจากนี้ยังพบการเคลื่อนตัวของพายุไต้ฝุ่นเกย์ถล่มจังหวัดชุมพร เมื่อพ.ศ. 2532 ทำให้มีผู้สูญเสียชีวิตกว่า 400 คน มูลค่าความเสียหายมากกว่า 10,000 ล้านบาท การเกิดคลื่นยักษ์สึนามิถล่มชายฝั่งจังหวัดภาคใต้ที่อยู่ฝั่งทะเลอันดามัน นอกจากนี้ยังมีอุทกภัยฉับพลัน

น้ำป่าไหลหลาก และดินโคลนถล่ม สร้างความเสียหายบริเวณกว้างได้เช่นเดียวกัน ตัวอย่างเช่น อุทกภัยทั่วประเทศ เมื่อปี พ.ศ.2545 และปี พ.ศ. 2553 หรือแม้แต่กรณีมหาอุทกภัยของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554 เป็นต้น ซึ่งภัยธรรมชาติที่เกิดขึ้นทุกครั้งได้สร้างความเสียหายแก่ทรัพย์สินและชีวิตของประชาชนเป็นอย่างมาก รัฐบาลต้องใช้เงินงบประมาณเพื่อช่วยเหลือประชาชนและบูรณะพื้นที่ที่เสียหาย

อุทกภัยในภาคใต้มีความแตกต่างจากบริเวณอื่นๆ ของประเทศไทย ด้วยลักษณะทางกายภาพของภูมิประเทศที่เป็นคาบสมุทรที่ยื่นลงมาในทะเล และมีแนวเทือกเขาอยู่กลางคาบสมุทร ทำให้เกิดอุทกภัยได้หลายลักษณะในเวลาอันรวดเร็ว แต่ก็จะลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน เมื่อฝนหยุดตก เนื่องจากสามารถระบายลงทะเลได้อย่างสะดวก ยกเว้นบริเวณที่เป็นแอ่งที่ลุ่มริมทะเล ซึ่งในอดีตประชาชนจะทราบและสามารถปรับตัว ปรับวิถีชีวิตให้สามารถอยู่ร่วมกับธรรมชาติบริเวณนั้นๆ ได้อย่างลงตัว

สำหรับการเกิดอุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ได้ทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และส่งผลกระทบต่อขว้างแก่ชีวิต ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อม เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2509 ถึง พ.ศ. 2553 ที่มีระดับน้ำในเมืองสูงกว่า 1 เมตรขึ้นไป ซึ่งล้วนเกิดจากปัจจัยทางด้านภูมิอากาศ คือ ฝนตกหนักอันเป็นผลมาจากพายุและลมมรสุมดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น และปัจจัยทางด้านลักษณะภูมิประเทศที่เป็นชุมชนเมือง มีการระบายน้ำและการจัดระบบน้ำที่ไม่ดี ลักษณะพื้นที่ที่มีความลาดชันน้อย น้ำจึงระบายออกสู่ทะเลได้ช้า และท่วมสูง รวมไปถึงการมีระบบการเตือนภัยที่ล่าช้า ไม่น่าเชื่อถือ (สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2554) ทำให้อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่แต่ละครั้ง จึงค่อนข้างที่จะรุนแรงและมีโอกาสนำไปสู่ภาวะวิกฤตทางจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากอุทกภัย

แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ความหมายของภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นภาวะที่มีเหตุการณ์ชักนำ ทำให้บุคคลมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่นำไปสู่ความทุกข์ทรมาน และมีการเผชิญปัญหาที่ล้มเหลว ส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง (Kanel, 2003)

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นภาวะที่บุคคลไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ ซึ่งปกติบุคคลจะดำรงภาวะสมดุลอยู่ได้ เมื่อเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้เกิดภาวะสมดุลเสีย เช่น การ

เปลี่ยนแปลง การสูญเสีย จะทำให้เกิดการสูญเสียสมดุลขึ้น ซึ่งจะอยู่ที่จุดเปลี่ยนที่บุคคลที่อยู่ในสถานการณ์ต้องการความช่วยเหลือ (Aguilera, 1994)

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างไม่คาดคิด และก่อให้เกิดความทุกข์อย่างฉับพลัน บุคคลไม่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างปกติ การเรียงลำดับในการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นล้มเหลว เป็นการรับรู้ที่อยู่ในอันตรายที่อาจนำไปสู่การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง (Khouzam, Tan, & Gill, 2007)

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นเหตุการณ์หนึ่งของชีวิตที่สามารถป้องกันได้ โดยการช่วยเหลือในระยะสั้นอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งเป็นการช่วยให้ประชาชนปรับตัวต่อเหตุการณ์ดังกล่าวได้ (Benter, 2005)

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นระยะเวลาสั้นๆ ที่เปลี่ยนผ่านระดับบุคคลที่มีวุฒิภาวะที่สูงขึ้น และเกิดจากการเจริญหรือเสื่อมสภาพหรืออ่อนแอ นำไปสู่ความเครียดในอนาคตได้ (Caplan as cited in France, 1982)

กล่าวโดยสรุปว่า ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง เมื่อบุคคลเผชิญกับเหตุการณ์หรือปัญหาที่ทำให้เกิดความเครียด มีการเผชิญปัญหาที่ล้มเหลวไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยวิธีการต่างๆ ที่เคยใช้ได้ผล ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง กระทบต่อชีวิตประจำวัน

องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบสำคัญ (Aguilera, 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหาของบุคคล หากเสียองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไปอาจทำให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตใจได้ มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การรับรู้เหตุการณ์ คือ ความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น เมื่อมีปัญหากเกิดขึ้น บุคคลจะเกิดการรับรู้ หากบุคคลรับรู้ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ ความรู้สึกตึงเครียดของตนเอง ซึ่งหากมีการแก้ปัญหาได้เหมาะสม การรับรู้ปัญหาที่ผิดๆ ก็ จะได้รับการแก้ไข แต่หากรับรู้เหตุการณ์ผิด เข้าใจปัญหาผิด การแก้ปัญหาขาดประสิทธิภาพ ความเครียดนั้นจะยังคงอยู่ต่อไป

2. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อบุคคลต้องเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา บุคคลได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่นที่มีความเข้าใจ ช่วยให้บุคคลที่เผชิญเหตุการณ์เข้าใจปัญหา และแก้ปัญหาได้เหมาะสม แต่หากบุคคลไม่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน อาจรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวังไร้ที่พึ่งพิงได้ ความเครียดก็จะเพิ่มมากขึ้น จนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

3. การเผชิญปัญหา เป็นกลไกการปรับตัวจากประสบการณ์ของชีวิต หากบุคคลมีการพัฒนาการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาขึ้น บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ รอดพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งว่า การเผชิญปัญหาเป็นแนวทางหนึ่งในการปรับตัวต่อตัวกระตุ้นทางด้านจิตใจ ทางกายและพฤติกรรม เป็นความสามารถในการพัฒนาความรู้สึกรู้สึกต่อปัญหาและความเครียด (Neeb, 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมของโรมาโนวสกี (Romanowski, 2010) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการรับรู้ปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาของการเกิดอุทกภัยมีอยู่ด้วยกัน 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) การช่วยเหลือของรัฐบาล 2) ครอบครัว 3) เพื่อนและเพื่อนบ้าน 4) ประโยชน์จากการดำรงชีวิต 5) ประสบการณ์ และ 6) การสนับสนุนเรื่องการเงิน ดังนั้นเมื่อมีวิธีการรับรู้และวิธีการเผชิญปัญหาในเรื่องปัจจัยทั้ง 6 อย่างเหมาะสมก็จะทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ซึ่งสามารถส่งเสริมได้โดยการมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายของอุทกภัย อันจะนำไปสู่การวางแผนและตอบสนองต่ออุทกภัยได้

ระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2553ก; Aguilera, 1994; Benter, 2005; Frisch & Frisch, 2002) พบว่าระยะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจมีทั้ง 3 และ 4 ระยะ ซึ่งสามารถสรุประยะของภาวะวิกฤตทางจิตใจได้เป็น 3 ระยะหลัก ดังต่อไปนี้

1. ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต (pre-crisis stage)

ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต เป็นระยะที่บุคคลสามารถดำรงภาวะสมดุลและอยู่ร่วมกับสิ่งแวดล้อมได้ในภาวะปกติ เมื่อเกิดปัญหา บุคคลจะใช้วิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้และทราบได้ที่ยังสามารถแก้ปัญหาด้วยวิธีนั้นๆ ได้ผล ภาวะวิกฤตทางจิตใจก็จะไม่เกิดขึ้น

2. ระยะวิกฤต (crisis stage)

ระยะวิกฤต เกิดขึ้นหลังจากเกิดเหตุการณ์ชักนำ บุคคลจะมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งระยะวิกฤตจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตในระดับมาก แบ่งย่อยเป็น 4 ระยะ (Burgess & Baldwin, 1981; Benter, 2005; Caplan as cited in France, 1982; Frisch & Frisch, 2002) กล่าวได้ว่า ดังต่อไปนี้

2.1 ระยะอันตรายทางอารมณ์ (emotionally hazardous) เป็นระยะที่บุคคลเกิดความไม่สบายใจ อันเป็นสัญญาณหรือจุดเริ่มต้นของการเสียสมดุล สาเหตุเกิดจากแรงจูงใจลดลง และบุคคลพยายามจะใช้วิธีการเผชิญปัญหา และเรียนรู้ที่จะเผชิญปัญหาหรือมีวิธีการเผชิญปัญหาให้สำเร็จในระยะเวลาอันสั้นเมื่อมีเหตุการณ์คุกคามหรือปัญหาเกิดขึ้น โดยบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามต่อตัวเขา และต่อเป้าหมายในชีวิต

2.2 ระยะวิกฤตทางอารมณ์ (emotional crisis) บุคคลพยายามใช้วิธีการเผชิญปัญหาเดิมๆ แต่ไม่มีประสิทธิภาพ เริ่มมีความคิดและการรับรู้ที่ไม่เป็นระเบียบ

2.3 บุคคลพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหาใหม่ และพยายามที่จะกำหนดวิธีการใหม่ๆ เพื่อใช้แก้ปัญหา แต่ใช้ไม่ได้ผล ก่อให้เกิดความเครียดที่มากขึ้น และพยายามค้นหาวิธีการอื่นๆ แต่ไม่สำเร็จ ทำให้บุคคลนั้นเข้าสู่ภาวะที่อ่อนไหว

2.4 ระยะสิ้นสุดภาวะวิกฤต (crisis resolution) ระยะนี้มีปัจจัยกระตุ้น ทำให้บุคคลซึ่งอยู่ในภาวะอ่อนไหวแล้วนั้นเข้าสู่ภาวะวิกฤตซึ่งเป็นระยะที่ 4 ปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวนี้มักเป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

3. ระยะหลังเกิดภาวะวิกฤต (post-crisis stage)

ผู้ประสบภัยสามารถปรับตัวได้เองภายใน 6-8 สัปดาห์ หรือมากกว่านั้น (Benter, 2005) และอาจจะไปพบผู้บำบัดรักษา ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา เพื่อขอความช่วยเหลือ อาจจัดการกับปัญหาด้วยตนเองต่อไปไม่ได้ บุคคลจะได้รับความช่วยเหลือให้มีความสามารถในการจัดการปัญหาได้ดีขึ้นหรือเท่ากับช่วงก่อนที่จะเกิดภาวะวิกฤต สอดคล้องกับที่เบอร์เกสและบาลด์วิน (Burgess & Baldwin, 1981) กล่าวว่าไว้ว่าเป็นระยะของการปรับตัวหลังเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งมีความตึงเครียดมากขึ้นจนถึงระดับที่รับต่อไปไม่ได้ นับเป็นจุดแตกหัก ทำให้บุคคลนั้นสูญเสียความสามารถในการกำหนดตัวปัญหา ไม่สามารถประเมินและแยกแยะปัญหาบนพื้นฐานของความเป็นจริงได้ จึงเกิดการสูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาไป แบ่งได้อีก 2 ลักษณะ คือ

3.1 ปรับตัวได้หลังเกิดภาวะวิกฤต (adaptive) คือการที่บุคคลมีการเรียนรู้ทักษะต่างๆ เพื่อใช้ในการปรับตัวหลังเกิดภาวะวิกฤต บุคคลมีความเสี่ยงน้อยในการเกิดปัญหา เพราะปัญหาเดิมถูกแยกออก และจะไม่มีสิ่งใดมาโต้ตอบในสถานการณ์ อีกทั้งบุคคลยังมีการเรียนรู้ใหม่ๆ เกิดขึ้น มีการปรับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาหรือใช้ทักษะการแก้ไขปัญหาได้ และมีความเป็นไปได้ว่าในอนาคตสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะอันตรายทางอารมณ์ที่มีส่วนในการพัฒนาไปเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์จะลดลง จากการศึกษางานวิจัยของชาญชัย และกาญจนา (2555) ที่ศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยน้ำท่วมและการปรับตัวของประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ประชาชนมีการปรับตัวและมีการวางแผนระดับครัวเรือน และจากการศึกษาของเมตตา (2549) ซึ่งทำการศึกษาเรื่องการปรับตัวของผู้ประสบอุทกภัยในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีพบว่าประชาชนในชุมชนมีแนวทางการปรับตัวหลังจากเกิดอุทกภัย โดยปรับโครงสร้างบ้านใหม่และย้ายที่อยู่ จะเห็นได้ว่าประชาชนสามารถปรับตัว และเรียนรู้การปรับตัวเพื่อให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นได้

3.2 การพองการปรับตัว (maladaptive) หมายถึง การที่บุคคลยังคงมีความเสี่ยงในสถานการณ์นั้นๆ เพราะปัญหาเดิมที่มีความขัดแย้งยังไม่สิ้นสุด มีการเรียนรู้การ

ปรับตัวอย่างบกพร่อง พ่ายแพ้ตนเอง หรือมีการใช้กลไกทางระบบประสาทในการเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเครียด เป็นการทำหน้าที่ทางสังคมของบุคคลทั่วไปอาจต่ำกว่าก่อนเกิดภาวะวิกฤต

สรุปได้ว่า การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต ระยะวิกฤต และระยะหลังเกิดภาวะวิกฤต ซึ่งความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับแต่ละระยะของแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการช่วยเหลือในแต่ละระยะจึงแตกต่างกันตามสภาพของบุคคล และความต้องการของแต่ละคนด้วย

อย่างไรก็ตามแต่ละบุคคลมีความทนทานต่อความเครียดตามอัตภาพและมีขีดจำกัด การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจึงอาจไม่มีความสัมพันธ์กับพยาธิวิทยาทางจิตใจและอาจเกิดขึ้นท่ามกลางการปรับเปลี่ยนที่ดีหรือไม่ดีก็ได้

ปฏิริยาทางด้านจิตใจของภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ปฏิริยาทางด้านจิตใจของผู้ประสบภาวะวิกฤตบางราย เกิดหลังจากมีเหตุการณ์ชักนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น มีการตอบสนองทางจิตใจในลักษณะต่างๆ และอาจตอบสนองจากรูปแบบหนึ่งไปสู่อีกรูปแบบหนึ่ง ในขณะที่บางรายอาจไม่แสดงอาการใดๆ เลย สามารถแบ่งกลุ่มอาการต่างๆ ตามที่พบในผู้ประสบอุทกภัย ได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2553; เพ็ญพักตร์และคณะ, 2549; พนม, 2555)

1. อารมณ์เฉยเมย (psychic numbing, extreme emotional numbing)

ผู้ประสบภาวะวิกฤตอาจรู้สึกเฉยชา มึนงง สับสน หรือเกิดอาการแยกส่วนอย่างรุนแรง หรือไม่แสดงความรู้สึกใดๆ ซึ่งจัดอยู่ในช่วงของระยะปฏิเสธสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงความรู้สึกให้เห็นว่าสิ่งที่เกิดขึ้นไม่ใช่ความจริง บางรายอาจตอบสนองต่อผู้ให้การช่วยเหลือในลักษณะของการไม่กระตือรือร้น ไม่ตอบสนอง บางรายจะแสดงอาการต่อต้านไม่เป็นมิตร อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวเท่านั้น เช่น การคิดว่าน้ำท่วมไม่ได้เกิดขึ้นจริง

2. อาการถูกกระตุ้นอย่างรุนแรง (heightened arousal, hyper-arousal)

เป็นอาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง โดยไร้เหตุผล ร่วมกับการมีอาการทางกายต่างๆ จากการถูกกระตุ้น เช่น หัวใจเต้นแรง กล้ามเนื้อปวดเกร็ง สั่น การตอบสนองเหล่านี้จะเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวเท่านั้น และเปลี่ยนเป็นความคิดฟุ้งซ่านแทน หรืออาจมีอาการตื่นกลัวจนเกิดเหตุ ผันร้าย

3. ความวิตกกังวลที่ฟุ้งซ่าน (diffuse anxiety)

เป็นอาการที่ไม่สามารถผ่อนคลายได้ บางรายอาจแสดงความรู้สึกเพิกเฉยต่อเหตุการณ์ หรือบางรายอาจกลัวการแยกจากบุคคลอันเป็นที่รัก และร้องขอความช่วยเหลือ ได้แก่ ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (severe anxiety) ที่จัดเป็นภาวะเครียดอย่างรุนแรง วิตกกังวลอย่างมาก รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ มีอาการย้ำคิดย้ำทำ ขาดความมั่นใจ การรับรู้สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป บางรายวิตกกังวลมากจนทำอะไรไม่ได้

4. ความรู้สึกผิด (survivor guilt)

ผู้ประสบภาวะวิกฤตอาจตำหนิตนเองที่สามารถเอาตัวรอดมาได้ในขณะที่คนอื่นไม่รอด และต้องพบกับความสูญเสีย ซึ่งความคิดเช่นนี้ยังคงวนเวียนอยู่เป็นประจำ ทำให้รู้สึกผิดและโทษตัวเองมากขึ้น รวมถึงความรู้สึกว่าต้องรับผิดชอบต่อความโชคร้ายของผู้คนที่เสียชีวิตหรือสูญเสียสิ่งนั้นไป ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

5. ความรู้สึกขัดแย้งจากการได้รับความช่วยเหลือ (conflict over nurturance)

ผู้ประสบภัยอาจต้องการพึ่งพาผู้อื่น แต่รู้สึกที่ไม่มีใครเข้าใจในสิ่งที่ตนได้ประสบมา จึงไม่พยายามขอความช่วยเหลือจากคนอื่น ทั้งๆ ที่มีความต้องการให้คนอื่นช่วยเหลือ

6. ความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย (ambivalence)

เป็นความรู้สึกสับสน ขัดแย้งเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ทรัพย์สิน หรือของที่ตนเองให้คุณค่าว่ารู้สึกเสียดายหรือยอมรับความจริง

7. ภาวะสับสนฉุกฉิน (acutely confusional state)

ผู้ประสบภัยอาจแสดงอาการตื่นตระหนกมาก (hysterical reaction) และมีอาการทางจิตแสดงออกมา เช่น หลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ปะติดปะต่อ มีพฤติกรรมแปลกๆ อาการเหล่านี้อาจเป็นอยู่ชั่วคราว ซึ่งหากปล่อยไว้ อาจพัฒนาเป็นความผิดปกติทางจิตได้

8. อาการหวนระลึกถึงเหตุการณ์ (intrusive re-experiencing)

มีอาการหวนระลึกถึงความทรงจำที่น่ากลัวและเจ็บปวด มีอาการฝันร้ายบ่อย ๆ มีความรู้สึกเหมือนกำลังประสบเหตุร้ายซ้ำอีก

9. การหลีกเลี่ยงความทรงจำต่อเหตุการณ์

ผู้ประสบภัยพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญกับความทรงจำอันปวดร้าว บางคนอาจหันไปใช้ยาหรือยาเสพติดแทน และอาจเกิดปัญหาในการดื่มสุรา และใช้ยาเสพติด

10. โรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นหลังประสบสถานการณ์ภัยพิบัติ (mental disorders after disaster) อาจมีอาการแสดงต่างๆ ของกลุ่มอาการบาดเจ็บทางจิตใจหลังเกิดภัยพิบัติ (post-traumatic symptoms) โดยอาจมีอาการแต่ละอาการเกิดขึ้นร่วมกัน พร้อมกัน หรือแยกกัน ซึ่งกลุ่มอาการบาดเจ็บทางจิตใจหลังภัยพิบัติ ได้แก่ โศกเศร้า เสียใจ สิ้นหวัง หมดหวัง วิตกกังวล

กระวนกระวาย ตื่นเต้น ตกใจง่าย กลุ้มใจ กระสับกระส่าย รวมถึงอาการไม่สุขสบายทางกาย เช่น ปวดศีรษะ อาการระบบทางเดินอาหาร เหงื่อออก มือสั่น เหนื่อยง่าย ผม่วรง มีสิ่งรบกวนความคิด เช่น นึกถึงภาพเก่าๆ หลีกเลี่ยงที่จะนึกถึงเรื่องภัยพิบัติ บางรายอาจเกิดความขัดแย้งในชีวิตสมรส

จากการศึกษาปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ประสบอุทกภัย จังหวัดอุตรดิตถ์ในระยะยาวปี 2549 ของพิทักษ์พล, สุพัฒนา, และศิริลักษณ์ (2555) พบว่าถึงแม้ว่ามีความชุกของอาการทางจิต และโรคทางจิตเวชลดลงหลังจากให้การช่วยเหลือในระยะเวลา 1 ปี แต่ก็ยังมีอัตราของโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การฆ่าตัวตาย การแก้ปัญหาโดยการดื่มสุราแบบผิดปกติดำเนินอยู่ สำหรับกลุ่มอาการที่พบได้ภายหลังจากการเผชิญอุทกภัย สามารถแบ่งออกเป็นกลุ่มอาการต่างๆ ได้ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2553ก; เพ็ญพัทธ์, 2549; มาโนช, 2553; Burgess & Baldwin, 1981; National Institute of Mental Health [NIMH], 2012)

1. กลุ่มอาการเครียดผิดปกติหลังภัยพิบัติ (post-traumatic stress disorder: PTSD)

เป็นกลุ่มอาการที่ยังคงรู้สึกเหมือนตกอยู่ในเหตุการณ์ภัยพิบัติซ้ำแล้วซ้ำอีก (persistent re-experiencing of the traumatic events) โดยมีอาการและอาการแสดงต่างๆ เกิดขึ้นสำหรับผู้ประสบภัยบางราย หรือบางรายอาจเกิดฝันร้ายเกี่ยวกับภัยพิบัติซ้ำแล้วซ้ำอีก เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจอย่างรุนแรง มีการตอบสนองทางกาย เมื่อต้องสัมผัสกับสิ่งเร้าทั้งภายในหรือภายนอกที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์ที่เกิดภัยพิบัตินั้น

กลุ่มผู้ประสบภัยดังกล่าวยังคงหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่สัมพันธ์กับการเกิดบาดแผลทางใจ และเพิกเฉย ไม่รับรู้ต่อการตอบสนองโดยทั่วไป ซึ่งอาจหลีกเลี่ยงความคิดความรู้สึกนั้น หลีกเลี่ยงการพูดถึงเหตุการณ์นั้น หลีกเลี่ยงกิจกรรม สถานที่ หรือบุคคลที่ทำให้หวนนึกถึงความรู้สึกเจ็บปวดที่เคยเกิดขึ้น ไม่สามารถจดจำประสบการณ์ต่อภัยพิบัตินั้นๆ ได้ และมีอาการไวต่อสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นมากขึ้น ได้แก่ อาการนอนหลับยาก มีความโกรธฉุนเฉียวง่าย ตื่นตระหนก หรือฉุนเฉียวมากกว่าปกติ สำหรับผู้ปฏิบัติงานช่วยเหลือผู้ประสบภัยอาจเกิดความเครียดจากการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวได้ ส่งผลให้เกิดบาดแผลทางจิตใจระดับที่สอง (secondary trauma) ซึ่งเป็นปฏิกิริยาจากความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ปฏิบัติงานหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือระยะยาวได้ (กรมสุขภาพจิต, 2548)

2. กลุ่มอาการวิตกกังวลที่ผิดปกติ (generalized anxiety disorders)

เป็นกลุ่มอาการที่วิตกกังวลอย่างมากและยาวนานเกี่ยวกับเหตุการณ์หลายๆ เหตุการณ์ที่เกิดในภัยพิบัตินั้น เป็นความวิตกกังวลที่ไม่สามารถหยุดคิดได้ และแสดงอาการทางกายต่างๆ เช่น กระสับกระส่าย เหนื่อยง่าย มีความยากลำบากในการใช้สมาธิ หรือนอนหลับๆ ตื่นๆ (NIMH, 2010) ซึ่งเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ปัญหาทางสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวชที่ค่อยๆ ลดลงอาจกลับมามีอาการอีก (พิทักษ์พลและคณะ, 2549) จากการศึกษาของวินด์, โจซี่, เคลือบเบอร์

และคอม โพร (Wind, Joshi, Kleber, & Komproe, 2013) พบว่ากลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากน้ำท่วม มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับผลกระทบ และพบว่ากลุ่มที่ได้รับผลกระทบไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพจิตและการทำหน้าที่หลักในกลุ่มที่ได้รับผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม บริบทของน้ำท่วมซ้ำซากไม่สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้

3. กลุ่มอาการซึมเศร้าหลังภัยพิบัติ (post-traumatic depression)

เป็นอาการซึมเศร้าอย่างเรื้อรังที่สามารถพบได้บ่อยในบุคคลที่ประสบเหตุการณ์อย่างเฉียบพลัน ทำให้เกิดบาดแผลทางใจ หรือเรื้อรังเกิดขึ้น ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า ส่งผลให้เกิดอาการทางกาย เช่น อาการนอนไม่หลับ หรือนอนหลับมากกว่าปกติ เหนื่อยล้าง่าย สูญเสียพลังงาน ความอยากอาหารลดลงหรือมากขึ้นกว่าปกติ สมาธิสั้น รู้สึกผิดหวัง สิ้นหวัง หมกมุ่นและฉุนเฉียวง่าย อุทกภัยที่เกิดขึ้นอาจทำให้เกิดอาการเศร้าโศก (grief) นอกจากนี้ยังพบว่า อุทกภัยจะส่งผลต่อโรคทางจิตเวชและโรคร่วมต่างๆ และระยะเริ่มต้นของอาการซึมเศร้าจะยาวนานกว่าบุคคลโดยทั่วไป อีกทั้งอธิบายได้ว่าอุทกภัย เป็นผลทำให้เกิดอาการเฉียบพลันและมีระยะเริ่มต้นของการเกิด PTSD แตกต่างกันระหว่างผู้ได้รับผลกระทบในระยะสั้น และระยะยาว (Vachiramom cited in as Alderman et al., 2012) โดยเฉพาะเมื่อผู้ประสบอุทกภัยพบกับการสูญเสีย ซึ่งอาจเป็นประสบการณ์เจ็บปวดที่เกิดขึ้นกับชีวิตในการตอบสนองต่อความจริงและ และการยอมรับการสูญเสีย ถือเป็นปฏิกิริยาที่ปกติในการสูญเสีย แบ่งเป็นระยะการสูญเสีย เป็น 5 ระยะ (เกียรติกูมิ, 2554) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ระยะปฏิเสธ (denial) ระยะนี้ผู้ประสบภัยจะเงิบหรืออาจจะแยกตัว ขาดการติดต่อกับโลกภายนอก อาจค้นหาความหมายของชีวิต และบุคคลมักมีความคิดว่าเหตุการณ์ไม่น่าจะเกิดขึ้นกับตัวเอง

3.2 ระยะโกรธ (anger) ระยะนี้เป็นระยะที่มีความรุนแรงของอาการเศร้าโศก ผู้ประสบอุทกภัยอาจมีความทุกข์ทรมานและไม่สงบ มักมีอาการปวดศีรษะ และพักผ่อนน้อยหรืออยู่ไม่นิ่งเกิดขึ้น รวมไปถึงการรู้สึกโกรธ และไม่เข้าใจเหตุการณ์ว่าทำไมจะต้องเกิดขึ้น

3.3 ระยะต่อรอง (bargaining) ระยะนี้ผู้ประสบอุทกภัยค้นหาและพยายามหลีกเลี่ยงการสูญเสีย แล้วต่อรองกับสิ่งที่เป็นไปได้ เช่น การต่อรองกับพระเจ้า การบนบานศาลกล่าวเทวดา และมีความรู้สึกผิด สำนึกผิดชอบชั่วดี

3.4 ระยะซึมเศร้า (depression) ระยะนี้ผู้ประสบอุทกภัยมีอาการเศร้าโศกเสียใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและพยายามกระทำบางอย่างให้ผ่านพ้น ซึ่งผู้ประสบภัยมักบรรยายความคิดและความรู้สึกของตัวเองได้ รวมไปถึงการโทษตัวเอง

3.5 ระยะการยอมรับ (acceptance) ระยะนี้ผู้ประสบอุทกภัยสามารถทำใจยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ และใช้ความสูญเสียเป็นประสบการณ์

ผู้ประสบอุทกภัยบางรายอาจเกิดความรู้สึกเฉยชา บางรายอาจเริ่มยอมรับถึงความ เป็นจริง มีความทุกข์ทรมานทางจิตใจ โหยหาผู้ที่จากไปหรือสิ่งที่สูญเสีย จากการศึกษ ของอาหมัด, บุกฮารี, และมูเนียร์ (Ahmad, Bukhari, & Munir, 2011) พบการกระทบกระเทือนหลังเกิดเหตุการณ์ ในเด็กผู้หญิงมากกว่าเด็กชาย ซึ่งจะนำไปสู่การศึกษาความแตกต่างในการตอบสนองในแต่ละเพศ ได้

กลุ่มอาการทางจิตเวชดังกล่าวอาจเกิดจากการประสบสถานการณ์วิกฤตโดยตรง เช่น การสูญเสีย อาจเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือ ความอ่อนแอทางจิตใจอยู่เดิม ทั้งนี้ผลกระทบที่ผู้ประสบภัยแต่ละรายได้รับจะมีความแตกต่างกัน ออกไป กล่าวคือภัยพิบัติที่เกิดขึ้นสร้างความเสียหายแก่ผู้ประสบภัยไม่เท่ากัน และขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายๆ อย่าง ผู้ประสบภัยบางรายอาจมองเป็นเรื่องธรรมดา เพราะตนเองเคยเผชิญกับเหตุการณ์ เหล่านี้มาแล้ว ในขณะที่เดียวกันผู้ประสบภัยบางรายอาจตระหนัก ตกใจเนื่องจากยังไม่มี ประสบการณ์ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้การรับรู้ต่างกัน และส่งผลกระทบต่อจิตใจ ที่ต่างกันออกไป ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ ความรุนแรงของภัยพิบัติ ประเภทภัยพิบัติ กลุ่ม ผู้ประสบภัย ประสบการณ์ในอดีต การสูญเสีย การรับรู้ตราบป การขาดการสนับสนุนจากเครือข่าย ทางสังคม (เพ็ญพักตร์และคณะ, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เกสและบาลด์วิน (Burgess & Baldwin, 1981) ที่พบว่า โรคทางจิตเวชมักมีความสัมพันธ์กับภัยพิบัติทางธรรมชาติ และมีความ เสี่ยงในการเป็นโรคสูงเมื่อมีการรับรู้ต่อสิ่งคุกคามที่สูง มีความสามารถในการควบคุมตนเองลดลง การไม่มีความสามารถในการคาดการณ์เหตุการณ์ การได้รับการสูญเสีย การบาดเจ็บที่รุนแรง

สรุปได้ว่าผลกระทบหลังจากเกิดภัยพิบัติบางอย่างอาจไม่ได้เกิดขึ้นทันทีหรือใน ระยะแรกหลังเกิดภัยพิบัติ และผู้ประสบอุทกภัยบางรายอาจมีการตอบสนองทางด้านจิตใจที่ล่าช้า กว่าคน แต่เมื่อผ่านไประยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจนานเป็นเดือนหรือเป็นปีกว่าที่ผู้ประสบภัยจะต้องเผชิญ และยอมรับความเป็นจริงว่าการสูญเสียนั้นอาจไม่มีทางกลับคืน ทำให้บางรายรู้สึกกดดันมากจนเกิด การเจ็บป่วยทางจิตและต้องพบจิตแพทย์

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ (crisis management) เป็นวิธีการกระทำการ ช่วยเหลือ โดยการอำนวยความสะดวก การมีกิจกรรมการตอบสนอง การฟื้นฟู การบรรเทา ผลกระทบของบุคคล โดยค้นหาแนวทางการกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้จากองค์ประกอบที่สำคัญ คือ การรับรู้เหตุการณ์ที่เหมาะสมกับความเป็นจริง การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และการเผชิญ ปัญหาที่เหมาะสม (Aguilera, 1994) นอกจากนั้นอาจจะใช้ความร่วมมือขององค์กร (Unlu, Kapucu,

& Sahin, 2010) ซึ่งมีหลายประเทศที่ใช้หน่วยงานและนโยบายต่างๆ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการอุทกภัย เช่น อุทกภัยในปากีสถาน (Tariq & Van de Giesen, 2012) ในภาวะวิกฤตมักเน้นการปฏิบัติตามความเป็นจริง ผสมผสานการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตกับบริการอื่นๆ ทำให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และเป็นการให้การช่วยเหลือที่ถือว่าชุมชนเป็นผู้ได้รับผลกระทบ จึงเป็นการเสริมสร้างกลไกให้ชุมชนเข้มแข็ง ร่วมกับการแก้ปัญหาของชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2549) สำหรับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจเมื่อเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจไม่ได้เป็นการช่วยเหลือด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง แต่เป็นการช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับภาวะวิกฤต ความรู้สึก หรือให้ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้

ปัจจุบันได้มีหลายแนวทางหรือแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต โดยเน้นการช่วยเหลือในแต่ละระยะ ซึ่งล้วนมีความสำคัญต่อการปรับตัวและความอยู่รอดของผู้ประสบอุทกภัยทั้งสิ้น การช่วยเหลือแต่ละระยะจึงมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2554ง, 2554จ, 2554ฉ; เกียรติภูมิ, 2554; เพ็ญพิภคร์และคณะ, 2549; Burgess & Baldwin, 1981; France, 1982)

1. ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต

การช่วยเหลือระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่จะเป็นการปฏิบัติเพื่อรองรับสถานการณ์หรืออุทกภัยที่เกิดขึ้น หรือกล่าวได้ว่าเป็นการวางแผนเพื่อเตรียมความพร้อม ซึ่งจะแตกต่างกันในแต่ละชุมชน มักเป็นการเตรียมการด้านบุคลากรในการพัฒนาความรู้และทักษะเกี่ยวกับการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตผู้ประสบภัยพิบัติ รวมทั้งความรู้เรื่องการใช้แบบประเมินสุขภาพจิตต่างๆ ความรู้เรื่องวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี มีผู้นำเสนอแนวทางการจัดการดูแลทางด้านจิตใจ โดยใช้หลัก 2P 2R (เกียรติภูมิ, 2554) ได้แก่

1.1 การป้องกัน (prevent) เป็นการเตรียมตัวป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาจากภาวะวิกฤต ซึ่งการเตรียมตัวในมักเป็นการวางแผนป้องกันปัญหาเรื่องนั้นๆ ซึ่งได้รับบทเรียนมาแล้ว

1.2 การเตรียมตัว (prepare) เป็นการเตรียมการรับมือภาวะวิกฤต โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลข่าวสารในด้านต่างๆ นอกจากนี้ยังต้องจัดเตรียมงบประมาณ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ และด้านเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ เช่น คอมพิวเตอร์ เป็นต้น รวมไปถึงการจัดเตรียมเครื่องมือคัดกรองภาวะสุขภาพจิตตามแนวปฏิบัติของหน่วยงานด้วย

1.3 การวางแผนสำหรับผลกระทบที่ได้รับ (response) เป็นการวางแผนจัดการผลกระทบที่ได้รับ โดยเข้าไปดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันอย่างเป็นระบบ รวมถึงการดูแลทางด้านสุขภาพจิต การคลายเครียด และการส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน

1.4 การวางแผนการฟื้นฟู (recovery) เป็นการวางแผนจัดระบบการฟื้นฟู โดยเน้นให้บุคคลและชุมชนฟื้นคืนกำลังใจ และกลับสู่ภาวะปกติ

2. ระยะวิกฤต

การช่วยเหลือในระยะนี้เน้นการป้องกันอันตรายจากสิ่งคุกคาม จัดหาความต้องการพื้นฐานของประชาชน (Ursano et al., 2007) ผู้ช่วยเหลือต้องเข้าใจปฏิกิริยาด้านจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย ในช่วงแรกๆ สามารถให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้นได้ โดยมีรายละเอียดแต่ละวิธีการ ดังต่อไปนี้

2.1 การปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางจิตใจ (psychological first aids: PFA)

เป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างทันทีทันใดแก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบหรือภัยพิบัติโดยใช้หลัก EASE เช่น ผู้สูญเสีย ผู้ได้รับบาดเจ็บและผู้ที่รอดชีวิต โดยการเข้าไปให้ความช่วยเหลืออย่างรวดเร็วที่สุด เพื่อลดและบรรเทาอาการเจ็บปวดทางจิตใจ ซึ่งผู้ให้ช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น จะต้องทำตัวให้สงบ แสดงความอบอุ่น แสดงการตระหนักรู้ถึงปัญหา แสดงความเข้าใจ แสดงความจริงใจในการเข้าช่วยเหลือ และเสริมอำนาจในการควบคุมตนเองและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ประสบภัยรู้สึกมั่นคงทางจิตใจและปลอดภัยมากขึ้น โดยรับรู้ถึงมุมมองของผู้ประสบภัย เพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างแท้จริง มี 4 วิธีการ (กรมสุขภาพจิต, 2553ข) ได้แก่ การเข้าถึงผู้ประสบภัย (engagement) การประเมิน (assessment) ทักษะ (skills) และการให้ความรู้ (education) ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.1 การเข้าถึงผู้ประสบภัย

การเข้าถึงผู้ประสบภัยเป็นการให้การช่วยเหลือ สามารถทำได้โดยสร้างสัมพันธภาพจนได้รับความไว้วางใจจากผู้ประสบภัยได้ อาจใช้คำพูดที่ไม่ใช่ศัพท์ทางสุขภาพจิตในการอธิบายเกี่ยวกับบริการต่างๆ ที่ให้แก่ผู้ประสบภัย (เพ็ญพักตร์ และคณะ, 2549) ซึ่งวิธีการเข้าถึงและการสร้างสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 3 วิธี ได้แก่

(1) สังเกตสีหน้าท่าทาง พฤติกรรมและอารมณ์โดยรวมของผู้ประสบภัย สามารถใช้การสังเกตช่วยในการจับประเด็นปัญหาแท้จริงของผู้ประสบอุทกภัย โดยสิ่งที่ต้องสังเกตมี 2 ประเภท คือ 1) ภาษากาย (nonverbal) ได้แก่ สีหน้า ท่าทาง การเคลื่อนไหวของร่างกาย เช่น กำมือ มือไขว่คว้า สูดลูกมุดนั่ง ลูกลี้ลูกกลน ตะโกน แผ่วเบา ละล่ำละลักจับใจความไม่ได้ เอามือกุมศีรษะหรือปิดหน้า เดินไปเดินมา 2) ภาษาพูด (verbal) ได้แก่ คำทอ พูดซ้ำไปซ้ำมา พูดวาทวน

(2) สร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวเอง ผู้ให้การช่วยเหลือควรสงบนิ่ง และเข้ากันได้กับผู้ประสบภัยอย่างกลมกลืน เป็นมิตร ประสานสายตากับ

ผู้ป่วย ดำเนินการสนทนาอย่างเป็นกันเอง สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย เพื่อสร้างความไว้วางใจ ซึ่งเป็นความรู้สึกเชื่อมั่น

(3) สื่อสาร เป็นการพูดคุยเบื้องต้น โดยอาจใช้คำถาม ปลายเปิด เช่น การถามถึงความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ซึ่งการสื่อสารที่ได้ผลอีกอย่างหนึ่ง นอกจากการเผชิญหน้าแล้ว อาจใช้ได้อีกหลายวิธี เช่น การสื่อสารทางโทรศัพท์ เป็นต้น ซึ่งเทคโนโลยีการสื่อสารในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น ส่งผลให้เกิดความสะดวกในการสื่อสาร โดยอาจไม่ต้องเผชิญหน้ากันระหว่างผู้ให้การรักษาและผู้มาขอรับการรักษา ประหยัดค่าใช้จ่าย ของประชาชนในการเดินทาง มีความเป็นส่วนตัว ผู้ใช้บริการระบายความรู้สึกได้มากกว่าการเผชิญหน้า จึงเกิดการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งช่วยให้สะดวกขึ้นในการปรึกษาปัญหาทางสุขภาพจิต

2.1.2 การประเมิน

การประเมิน เป็นการให้การช่วยเหลือทำการตรวจสภาพจิตใจ เข้าถึงอารมณ์ ความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้ประสบภัย โดยเฉพาะสภาพจิตใจ ผู้ให้การช่วยเหลือควรทราบว่าผู้ประสบภัยอยู่ในภาวะช็อก ปฏิเสธ ต่อรอง หรือซึมเศร้า โดยการสังเกตอาการทางกาย นอกจากนี้ควรประเมินผู้ประสบอุทกภัยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 3 ป. ได้แก่

(1) ประเมินและตอบสนองความต้องการอย่างเร่งด่วนทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ ปัจจัยพื้นฐานสี่ (ยา อาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค ที่อยู่อาศัย) รวมถึงความปลอดภัย และบริการทางการแพทย์

(2) ประเมินสภาพจิตใจ ผู้ช่วยเหลือต้องประเมินว่าผู้ประสบภาวะวิกฤตกำลังอยู่ในระยะอารมณ์อย่างไรตามเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจ เช่น ช็อก ปฏิเสธ โกรธ ต่อรอง เศร้าเสียใจ

(3) ประเมินความต้องการทางสังคม โดยเฉพาะการติดต่อประสานญาติ ผู้ใกล้ชิด แหล่งช่วยเหลือทางสังคม

ดังนั้นการประเมิน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลที่เหมาะสม ซึ่งผู้ช่วยเหลือต้องประเมินให้ได้ว่าผู้ประสบภัยอยู่ในระยะใด ยกตัวอย่างเช่น เมื่อบุคคลอยู่ในระยะต่อรอง สังเกตได้จากการพูดซ้ำ ไม่ยอมรับความจริง ผู้ช่วยเหลือควรประเมินอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และรับฟังเมื่อผู้ประสบภัยระบายความใจใน และการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง หรือเมื่อผู้ประสบอุทกภัยร้องไห้ เสียใจคร่ำครวญ สามารถให้การช่วยเหลือได้โดยวิธีการนั่งเป็นเพื่อน หรืออาจใช้การสัมผัสได้

2.1.3 ทักษะ

ทักษะ เป็นความสามารถในการปฏิบัติการช่วยเหลือ เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ เพื่อลดความแปรปรวนทางอารมณ์ และสร้างศักยภาพในการจัดการปัญหาประกอบด้วยหลักการ “เรียกขวัญคืนสติ ลดความเจ็บปวดทางใจ เสริมสร้างทักษะ” ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.1.3.1 การเรียกขวัญคืนสติ เป็นวิธีการดึงให้ผู้ประสบ อุทกภัยมาอยู่กับความเป็นจริงสอดคล้องกับหลักการตั้งหลัก (grounding) ที่เป็นการช่วยให้ ผู้ประสบภัยที่มีอารมณ์ท่วมท้นกลับมาอยู่กับความเป็นจริง โดยการเพิ่มปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (สุชาติ, 2554) เนื่องจากผู้ประสบภัยอาจมีอาการของภาวะเครียดหลังประสบภัยพิบัติที่มักมีความคิด หรือความทรงจำวนเวียนถึงเหตุการณ์ร้ายเหล่านั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้ไม่สามารถอยู่นิ่ง กระสับกระส่าย การตั้งหลักจะช่วยให้ผู้ประสบภัยได้ผ่อนคลาย และหันกลับมาอยู่กับความเป็นจริง รับรู้ตัวเองอีกครั้งหนึ่ง เช่น ใช้เทคนิคฝึกกำหนดลมหายใจ การสัมผัส การกลับมาอยู่กับความเป็นจริง และการนวดสัมผัส ทักษะการเรียกขวัญคืนสติ ประกอบด้วย

(1) การฝึกกำหนดลมหายใจ (breathing exercise) เป็นวิธี ที่ก่อให้เกิดความผ่อนคลายทางอารมณ์ ลดอาการใจสั่น หายใจถี่แรง โดยการบอกให้หายใจเข้าออก ตามปกติแต่ช้าๆ จะช่วยลดอาการดังกล่าว สามารถทำได้ในทุกศาสนา การสัมผัส (touching) เช่น ตะบ่า ตะมือ บีบนวดเบาๆ โดยคำนึงถึงความเหมาะสม เช่น เพศ วัย สังคมและวัฒนธรรม

(2) การนวดสัมผัสและการนวดกดจุดคลายเครียด (massage) เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถทำด้วยตัวเองได้และไม่จำกัดเวลา ได้แก่ การนวดสัมผัส ซึ่ง อาจทำได้ด้วยตัวเองหรือให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งนอกจากจะเป็นการลดความเครียด ผ่อนคลาย กล้ามเนื้อแล้ว การสัมผัสยังช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรอบอุ่มใจ มั่นคงปลอดภัย และคลายความต้องการทางใจของผู้ถูกนวดได้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การนวดด้วยตัวเอง สามารถลดระดับความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 (จุไรรัตน์, 2548) และนวดด้วยตนเองเกิดการผ่อนคลาย จิตใจเบิกบานแจ่มใส เลือดเลี้ยงสมองได้ดีขึ้น ทำให้จิตใจปลอดโปร่ง (กรมสุขภาพจิต, 2554ข)

2.1.3.2 การลดความเจ็บปวดทางใจ เป็นการให้ระบาย ความรู้สึก ช่วยให้มีความเข้าใจความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น โดยใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) การเงียบ การสะท้อนความรู้สึก และการทวนซ้ำ ผู้ช่วยเหลืออาจใช้ทักษะการให้ การปรึกษา ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบภัยสามารถแก้ไขปัญหาและปรับตัวได้ โดยเฉพาะในภาวะวิกฤต ซึ่ง เป็นการช่วยเหลือในผู้ประสบภัยเผชิญกับความคับข้องใจอย่างรุนแรงในชีวิต เช่น การสูญเสีย ทรัพย์สิน การสูญเสียคนที่ตนรัก ไม่สามารถจัดการกับตนเองหรือมีการปรับตัวไม่เหมาะสม ซึ่ง

ผู้ประสบภัยที่ได้รับผลกระทบจะเกิดความเชื่อมั่นว่าสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ มองเห็นทางออกและได้ระบายความรู้สึก จะช่วยลดความวิตกกังวลได้

การให้การศึกษา เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคคลให้เกิดความงอกงามในชีวิต มีความสุข มีความสามารถในการเข้าใจโลกและชีวิตได้โดยอยู่บนพื้นฐานของความเข้าใจตนเอง มีความสามารถคิดและตัดสินใจ เลือกแนวทางในการแก้ปัญหาต่างๆ ตามศักยภาพของตนเอง เปิดกว้างต่อประสบการณ์ สามารถอยู่กับความเป็นจริงมากขึ้น และมีความเชื่อมั่นในประสบการณ์ที่เข้ามา โดยเข้าใจข้อจำกัด เงื่อนไข และแหล่งสนับสนุน และสามารถเลือกทางออกของปัญหาได้หลายวิธี มีความรู้สึกที่สามารถทำในสิ่งที่เหมาะสมได้อย่างพึงพอใจ (Roger, 1961) ดังนั้นการให้การศึกษาจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลตนเองและดูแลสภาวะของจิตใจแบบองค์รวม ที่ถือเป็นการถ่ายทอดความรู้และความรักจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่งเพื่อปรับปรุงตนเอง ซึ่งผู้ดูแลสุขภาพจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในธรรมชาติของบุคคลโดยรวม เข้าใจมิติทางสังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักของการให้การศึกษาแบบองค์รวม ได้แก่ การเข้าใจธรรมชาติของจิตใจ ความคิดความรู้สึกซึ่งเชื่อมโยงให้เห็นมิติของความจริง และความคาดหวังที่เป็นสาเหตุความทุกข์ของบุคคลได้ (วัชร, 2551)

2.1.3.3 การเสริมสร้างทักษะ เป็นการเสริมสร้างทักษะการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นความสามารถของบุคคลในการเผชิญหน้ากับความเครียดและปัญหาต่างๆ โดยใช้วิธีหรือรูปแบบต่างๆ ในการตอบสนองต่อภาวะกดดัน ความเครียดหรือปัญหาที่เกิดขึ้น อะกิเลรา (Aguilera, 1994) กล่าวว่า บุคคลจะสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตทางจิตใจไปได้ ก็ต่อเมื่อมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ดังนั้นบุคคลจึงจำเป็นต้องผ่านกระบวนการทางความคิดหรือพฤติกรรมเพื่อรักษาสสมดุลทางจิตใจไว้ และจำเป็นต้องมีการจัดการกับภาวะที่กดดันนั้นให้ลดลงหรือหมดไป ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหา เป็นวิธีการที่ใช้เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น บางคนอาจจะแสดงออกโดยวิธีการร้องไห้ บางคนโยกเก้าอี้ หรือแสดงออกอย่างอื่น เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ความเครียด ความเศร้าโศก เสียใจลดลง การเสริมสร้างทักษะทางด้านนี้ ประกอบด้วยหลายวิธี เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ ให้กำลังใจตัวเอง พยายามทำกิจกรรมที่มีความสุข จัดตารางทำกิจกรรม ซึ่งขึ้นอยู่กับวิธีการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคลด้วย

2.1.4 การให้ความรู้ (education)

การให้ความรู้ เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาและข้อมูลที่จำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ประสบภัยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติโดยเร็ว ประกอบด้วย 3 ต. ได้แก่

(1) ตรวจสอบความต้องการ เป็นการถามถึงข้อมูลและตรวจสอบความต้องการช่วยเหลือที่จำเป็นและเร่งด่วน โดยใช้วิธีสอบถาม เพื่อสำรวจในเรื่องความ

ต้องการการสนับสนุนในด้านเศรษฐกิจ การเงิน อาชีพ ปัญหาภายในครอบครัวที่ต้องการการช่วยเหลือ

(2) เติมเต็มความรู้ เป็นให้ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้น ซึ่งผู้ประสบภัยอาจมีผลกระทบทางจิตใจ พร้อมทั้งบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดความเครียด และแหล่งช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน เช่น เงินทุน สิทธิประโยชน์ที่ควรได้รับ ผู้ให้การช่วยเหลืออาจให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ประสบภัยเรื่องต่อไปนี้ 1) ความเครียดและปฏิกิริยาที่อาจเกิดขึ้นพร้อมวิธีการปฏิบัติตัว ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลสามารถพบได้บ่อยหลังเหตุการณ์วิกฤต หรือแม้แต่ในชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับผลกระทบอย่างมากมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับการยอมรับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล บางรายไม่สามารถยอมรับได้ มีวิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง ทำให้การฟื้นตัวช้าลง ซึ่งอาจใช้วิธีการผ่อนคลายเบื้องต้น โดยการฝึกผ่อนคลายระหว่างวัน จะช่วยให้หลับง่ายขึ้น มีสมาธิ มีพลังมากขึ้น 2) แหล่งช่วยเหลือในด้านต่างๆ ทั้งหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน ควรให้ความช่วยเหลือ ดูแลผู้ประสบภัย หรืออาจให้ชื่อและข้อมูลในการประสานงานติดต่อกับหน่วยงานสาธารณสุขและสุขภาพจิตชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุข หรือองค์กรอื่นที่ให้การดูแลหลังเหตุการณ์วิกฤตในชุมชน

(3) ติดตามต่อเนื่อง เป็นการนัดหมายมาพบที่สถานบริการสาธารณสุข การโทรศัพท์ติดตามผล หรือการเยี่ยมบ้าน ซึ่งวิธีนี้เป็นวิธีที่ใช้ติดตามดูแลผู้ประสบภัยอย่างเป็นระบบ รูปแบบและกระบวนการ เพื่อให้เกิดการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ซึ่งช่วยให้ผู้ประสบภัยได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสม

3. ระยะหลังเกิดภาวะวิกฤต

ระยะนี้จะปรากฏปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเด่นชัด เนื่องจากเป็นระยะที่ผู้ประสบภัยเริ่มเผชิญกับความจริงมากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2554) ดังนั้นการช่วยเหลือจึงเป็นการสร้างเครือข่าย และฟื้นฟูสภาพทางกายภาพของชุมชนเดิม หลักการให้ความช่วยเหลือในระยะนี้ คือ การสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัวและชุมชน เกิดการเยียวยาตนเองได้ (เพ็ญพักตร์และคณะ, 2549) โดยเจ้าหน้าที่มีหน้าที่รับทราบข้อมูล คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต แยกประเภทการให้การช่วยเหลือ โดยการให้ความรู้ และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการประเมินผลลงบนฐานข้อมูล เพื่อให้ติดตามต่อไปได้ เพ็ญพักตร์และคณะ (2549) กล่าวว่า เทคนิคที่ใช้ในการบรรเทาความทุกข์ของบุคคล สามารถแบ่งตามระยะหลังเกิดภัยพิบัติ ได้ดังต่อไปนี้

3.1 ระยะกู้ชีพ (the rescue stage)

ระยะนี้เป็นการให้บริการที่ทำให้จิตใจสงบลง (defusion) และให้การบำบัดในระยะวิกฤตแก่ผู้ปฏิบัติงาน ช่วยให้ผู้ประสบภัยรู้สึกมั่นใจว่าตนเองปลอดภัย และได้รับ

การตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เป็นการให้ข้อมูล ความอบอุ่นใจ การช่วยเหลือต่างๆ รวมทั้งการช่วยเหลือดูแลจิตใจเบื้องต้น

3.2 การช่วยเหลือระยะแรกหลังเหตุการณ์สงบ (the early inventory stage) เป็นการดำเนินกิจกรรมต่อจากระยะกู้ชีพ โดยให้ความรู้แก่นักวิชาการวิชาชีพทางสุขภาพ อาสาสมัคร และคนในชุมชนเกี่ยวกับผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติที่เกิดขึ้น โดยการฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่ ผู้ช่วยผู้ให้บริการ ให้ความช่วยเหลือในระยะสั้นที่เป็นรูปธรรม และการสนับสนุนแก่ผู้ประสบภัย ค้นหาผู้ประสบภัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจมากที่สุด เพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะวิกฤต เช่น การใช้เทคนิคคลายเครียด การบำบัดทางจิตใจ เป็นต้น

3.3 การช่วยเหลือระยะต่อมาหลังเหตุการณ์สงบ (the late inventory stage) ส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่ชุมชน ให้บริการความรู้ในเชิงรุก เพื่อค้นหาผู้ที่มีความต้องการการดูแลด้านจิตใจ โดยให้การบำบัดด้วยเทคนิคต่างๆ และพัฒนารูปแบบบริการที่ใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนเป็นฐาน เช่น โรงเรียน โรงพยาบาลชุมชน เป็นต้น

3.4 ระยะเวลาฟื้นฟู (the reconstruct phase) ในระยะนี้เป็นระยะติดตามเยี่ยมผู้ประสบภัยที่เคยได้รับการบำบัดทางจิตใจมาก่อน และเกิดการให้บริการโทรศัพท์สายด่วนหรือช่องทางอื่นๆ

สรุปได้ว่า การเกิดอุทกภัยย่อมส่งผลให้ผู้ประสบภัยเกิดความเครียดขึ้น อากาตอบสนองด้านจิตใจต่างๆ นั้นถือเป็นกลไกการปรับตัว ดังนั้นการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจึงเป็นวิธีการในการช่วยให้ผู้ประสบภัยมองเห็นปัญหา โดยประชาชนในชุมชนที่ได้รับผลกระทบ ได้แก่ ผู้นำทางศาสนา ครู อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อภัยพิบัติทางจิตใจโดยตรง และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับระยะของภัยพิบัติ

สำหรับอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นลักษณะของการได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานเทศบาล ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสตรีจิตอาสา ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนน้ำท่วม จะเป็นการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่มุ่งเน้นในเรื่องการเตรียมตัวรับมืออุทกภัย การเตรียมความพร้อมด้านปัจจัยพื้นฐานสี่ ได้แก่ อาหาร เครื่องใช้ เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย และการเตรียมทางด้านจิตใจ ได้แก่ การปรับความคิด การสนทนาและการผ่อนคลาย 2) ขณะน้ำท่วม จะเป็นการดูแลตนเอง ได้แก่ การคิดบวก และการได้ทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น การอ่านหนังสือธรรมะ การพูดคุยนั่งปรึกษากันในหมู่บ้าน การบอกเล่าประสบการณ์ 3) หลังน้ำท่วม การเยียวยาด้านงบประมาณ ถือเป็น การเยียวยาจิตใจส่วนหนึ่ง ร่วมด้วยวิธีการผ่อนคลายความเครียด กังวลหลังจากเหน็ดเหนื่อย หลังจัดการกับสิ่งของและทรัพย์สินหลังน้ำท่วม (วินิถกาญจน์และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่าการจัดการภาวะวิกฤต

ทางจิตใจและการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับการรับรู้เหตุการณ์ ประสบการณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญปัญหาที่ชุมชนได้รับด้วย

บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือ อสม. เป็นบุคคลที่มีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นตัวแทนของหมู่บ้านหรือชุมชนที่ถูกกลั่นกรองและได้รับการยอมรับจากพื้นฐานของคนเห็นแก่ส่วนรวม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้มีจิตอาสาในการดำเนินการพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน มีบทบาทในการเป็นทั้งผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ผู้ให้บริการแก่ประชาชน ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมไปถึงการเป็นผู้ให้คำแนะนำและถ่ายทอดความรู้สู่สมาชิกในชุมชนด้วยความเข้าใจชุมชน (กองสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2556)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและมีส่วนร่วมโดดเด่นที่สุดในการพัฒนาสาธารณสุขของไทย (โกมาตรและปารณัฐ, 2550) และเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตที่ทำงานอยู่บนเป้าหมายและทัศนคติเดียวกัน ถึงแม้ว่าจะเข้ามารับหน้าที่หรือเป็นส่วนหนึ่งของอาสาสมัครด้วยแรงจูงใจหรือเหตุผลใดก็ตาม แต่ก็เป็นที่ทราบกันดีว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นเสมือนผู้เชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างระบบสาธารณสุขของรัฐกับชุมชนให้ได้อยู่เสมอ นอกจากนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังเป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพ (รุจยา, 2553) ซึ่งการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน จะก่อให้เกิดศักยภาพและพลังของชุมชนในการเตรียมพร้อมรับมือ แก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งคุณสมบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) มีดังต่อไปนี้

1. อายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์
2. มีชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่าหกเดือน
3. มีความรู้สามารถอ่านออกเขียนได้
4. สมักใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
5. ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
6. มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
7. มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่าง

8. มีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กระทรวงสาธารณสุข,
2554) มีดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข
2. เผยแพร่ประชาสัมพันธ์ หรือจัดการรณรงค์ และให้ความรู้ทางด้านสาธารณสุข
มูลฐาน
3. ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข หรือ
บทบัญญัติของกฎหมายอื่นๆ
4. จัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสภาวะ
สุขภาพของท้องถิ่น
5. เป็นแกนนำในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
ของชุมชน โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน และประสานแผนการสนับสนุนจากองค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นและแหล่งอื่น ๆ
6. ให้ความรู้ด้านการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการ
สาธารณสุขของประชาชน และการมีส่วนร่วมในการเสนอความเห็นของชุมชนเกี่ยวกับนโยบาย
สาธารณะด้านสุขภาพ
7. ศึกษา พัฒนาตนเอง และเข้าร่วมประชุม ตลอดจนปฏิบัติงานตามที่หน่วยงาน
อื่นร้องขอ
8. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องดำเนินการตามมาตรฐาน
สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
9. ประสานการดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนและปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่
สรุปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทหน้าที่ในการเป็น
ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน นัดหมายเพื่อนบ้านมารับ
บริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ ตลอดจนข่าวความ
เคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข และเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำ
สุขภาพประจำครอบครัว ในเรื่องต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา
การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น
อนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ซึ่งหมายถึงการเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่
ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ
การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ และดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนใน
หมู่บ้านต่อไป

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

ในขณะที่เกิดอุทกภัยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข และเป็นตัวแทนของสมาชิกในชุมชนที่เป็นผู้เข้าถึงชุมชนเป็นลำดับแรก ก่อนหน่วยงานอื่นเข้ามาให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญเมื่อเกิดอุทกภัยขึ้น ซึ่งการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะต้องปฏิบัติหน้าที่ให้ประชาชนในชุมชนรู้สึกอยู่บนความปลอดภัย สงบ โดยตระหนักถึงศักยภาพของตนเองและชุมชน ประสานงานชุมชน และมีความหวัง (กรมสุขภาพจิต, 2549) โดยแบ่งการช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่เป็น 3 ระยะ (กองสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2555) ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะก่อนเกิดภาวะวิกฤต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีหน้าที่วิเคราะห์ความเสี่ยงของชุมชน ติดตามเฝ้าระวังข้อมูลข่าวสารร่วมกับภาคีเครือข่ายในตำบล แจ้งข่าวเตือน เตรียมปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตให้พร้อมรับวิกฤต (อาหาร น้ำ ยาของผู้ป่วยเรื้อรัง) ข้อมูลกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยเรื้อรังติดเตียง ผู้สูงอายุ เด็กเล็ก หญิงมีครรภ์และผู้พิการ มีบทบาทแนะนำย้ายอุปกรณ์ไฟฟ้า เพื่อการป้องกันไฟดูด จัดทำแผนเตรียมรองรับภัยพิบัติ ร่วมกับกองทุนสุขภาพตำบล จากการศึกษาของวินิญาญจน์และคณะ (2556) ซึ่งศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการอบรม และเตรียมพร้อมเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการอุทกภัยไว้ตั้งแต่ต้นในเรื่อง การปฐมพยาบาล การรักษาโรคต่างๆ เพื่อเตรียมพร้อมรับอุทกภัยที่อาจเกิดขึ้นได้

2. ระยะที่ 2 ระยะวิกฤต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทชี้เป้ากลุ่มที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ บทบาทการรักษา ส่งต่อ เข็มบ้าน ดูแลเบื้องต้น ได้แก่ น้ำกัดเท้า สัตว์มีพิษกัดต่อย อุบัติเหตุ และการช่วยเหลือชีวิต หรือความรู้สาเหตุการตาย ในภavnน้ำท่วม ไฟฟ้าดูด ได้แก่ การปฐมพยาบาลคนที่ถูกไฟดูด ไฟรั่ว สัตว์มีพิษกัดต่อย ได้แก่ การปฐมพยาบาลงูพิษกัด กำเนนนำการดูแลตนเองให้ปลอดภัยจากโรคที่มากับน้ำท่วม ตัวอย่างเช่น การใช้สารส้ม เพื่อทำน้ำสะอาด การป้องกันไฟฟ้าช็อตช่วงน้ำท่วม และข้อควรปฏิบัติการใช้ไฟฟ้าก่อนและหลังน้ำท่วม บทบาทการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ความรู้โรคร้ายที่มากับน้ำท่วม ได้แก่ โรคตาแดง น้ำกัดเท้า อาหารเป็นพิษ อุจจาระร่วง ไข้เลือดออก ไข้มาเลเรีย หัด เป็นต้น การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องความปลอดภัยเกี่ยวกับอาหาร และน้ำดื่มและดูแลสุขภาพแวดล้อม เช่น ขยะ ความรู้

เรื่องอนามัยส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน บทบาทการจัดการเรื่องอาหารและน้ำดื่มที่ปลอดภัย บทบาทรักษาสิ่งแวดล้อม ป้องกันการระบาดของโรค บทบาทการเฝ้าระวังสุขภาพจิต และความเครียด คนในชุมชน บทบาทเสริมสร้างพลังใจ พัฒนาคุณภาพชีวิต บทบาทการจัดการอาหาร น้ำสะอาด และการกำจัดสิ่งปฏิกูล นอกจากนั้นเมื่อเกิดอุทกภัยในชุมชนแต่ละชุมชนของอำเภอหาดใหญ่ อสม. มีการเตรียมการประสานงานจากหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขไปยังประชาชนในหมู่บ้านเท่าที่ทำได้ โดยมีวิทยุสื่อสารคนละ 1 เครื่อง มีการเสียดยา และอาหารให้แก่ประชาชนก่อน หลังจากนั้นจะเป็นดูแลตนเองของแต่ละคน (วินิกานูจน์และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านล้วนมีหน้าที่หลักในการประสานงานยามเกิดภาวะวิกฤต และที่สำคัญคือต้องใช้ความรู้ในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นของประชาชนในชุมชน

3. ระยะที่ 3 ระยะฟื้นฟู

ในระยะฟื้นฟูโดยทั่วไป อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเฝ้าระวังสุขภาพจิตหลังน้ำลด เทคนิคการจัดกิจกรรมออกกำลังกายอย่างง่ายเพื่อฟื้นฟูร่างกาย การตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าอย่างง่าย โดยใช้แบบสอบถาม เทคนิคสร้างพลังใจ หรือให้กำลังใจกับผู้ที่มีความเครียด เทคนิคจัดกิจกรรมคลายเครียดตามวิถีชุมชนหรือจัดกิจกรรมทางศาสนาเพื่อสร้างความสงบทางใจ หรืออาจจัดพิธีกรรมท้องถิ่น เช่น พิธีสะเดาะเคราะห์ ซึ่งการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ การช่วยเหลือทางทรัพยากร และสภาพชีวิตความเป็นอยู่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต (พิทักษ์พลและคณะ, 2555) จากการศึกษาในโครงการการพัฒนาแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิตและการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย อำเภอหาดใหญ่ (วินิกานูจน์และคณะ, 2556) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทการทำงานในระยะฟื้นฟูค่อนข้างชัดเจนในเรื่องของการคัดกรองโรคระบาดต่างๆ หลังน้ำท่วม ซึ่งส่งผลดีต่อระบบการทำงานสาธารณสุข ช่วยให้สามารถคัดกรองบุคคลที่เป็นโรคมาร์กาได้ดียิ่งขึ้น

จากการศึกษาบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สรุปได้ว่าการแบ่งบทบาทหน้าที่ตามระยะของการเกิดภาวะวิกฤต ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างชัดเจน โดยการทำงานอยู่บนความรู้สึกลปลอดภัย สงบ การตระหนักรู้ถึงศักยภาพของตนเองและชุมชน เป็นการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของประชาชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรกระทำ เพื่อให้รู้สึกประชาชนในชุมชนรู้สึกปลอดภัย การกระทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากจะช่วยลดปัญหาทางสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแล้ว ยังก่อให้เกิดความรักใคร่ในชุมชน เกิดความศรัทธาต่อประชาชนในชุมชน และเป็นการประสานรวมพลังของชุมชนสร้างความร่วมมือในชุมชนอีกด้วย

แนวคิดการดูแลตนเอง

ความหมายของการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นเรื่องที่สำคัญ ใกล้เคียงตัวและจำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตประจำวันอย่างยิ่ง เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำโดยเจตนา เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ปัจจุบันการดูแลตนเองได้รับความสนใจจากวิชาชีพพยาบาลเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลสามารถนำมาใช้ได้กับแต่ละบุคคล ซึ่งมีผู้เกี่ยวข้องได้ให้ความหมายการดูแลตนเอง ต่อไปนี้

การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมเฉพาะบุคคล ครอบครัวและชุมชน ที่มีหน้าที่ในการยกระดับสุขภาพอย่างตั้งใจ เป็นการป้องกันโรค จำกัดการเจ็บป่วย และฟื้นฟูสุขภาพ กิจกรรมเหล่านี้มาจากความรู้และทักษะการประกอบอาชีพ และประสบการณ์ โดยถูกวางให้เป็นตัวแทนการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมเหล่านั้น (WHO as cited in Australian Self Medication Industry [ASMI], 2008)

การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกโดยใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่ตั้งใจ เพื่อควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล (สมจิต, 2543)

การดูแลตนเอง หมายถึงการปฏิบัติของบุคคลที่ริเริ่มและกระทำเพื่อรักษาสุขภาพชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งการดูแลต้องมีระเบียบแบบแผน และเป้าหมายด้วย และเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องกันไป และเมื่อทำอย่างครบถ้วนก็จะมีประสิทธิภาพในการดูแลตัวเองมากขึ้น (Pender, 1982)

การดูแลตนเอง เป็นการทำกิจกรรมพื้นฐานของการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการพัฒนาและการรวมเป็นหนึ่งในความสมดุลทางด้านพฤติกรรม (Hill & Smith, 1990)

การดูแลตนเองเป็นกระบวนการกระทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย และเป็นการกระทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตที่ดี เป็นพฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับสุขภาพ และเรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละกลุ่มที่อยู่ภายใต้สิ่งแวดล้อม หน่วยบริการสุขภาพ และบุคลากรอำนวยความสะดวกให้ได้พัฒนาความสามารถของตนเอง ซึ่งทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ได้อธิบายการดูแลตนเองไว้ดังนี้

การดูแลตนเอง เป็นการกระทำของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยบุคคลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตามสถานการณ์สิ่งแวดล้อมของตนเอง บุคคลที่กระทำการดูแลเป็นผู้ที่มีความสามารถในการกระทำความต้องการ โดยใช้ความสามารถหรือพลังในการ

กระทำที่จิตใจ เพื่อควบคุมปัจจัยที่กระทบต่อหน้าที่และการพัฒนาการของบุคคล ตามโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง โอเร็มได้แบ่งความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้ 3 ระยะ (Orem, 2001) ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

1. ระยะการประเมินการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการพิจารณาการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดการรู้และเข้าใจว่าการดูแลตนเองคืออะไร อะไรเป็นความจำเป็นของการกระทำ การดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

2. ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง เป็นการตัดสินใจดูแลตนเอง มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้การเกิดความตระหนักในภาวะที่เกิดขึ้นและแสวงหาแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤต ทำให้เข้าใจถึงสาเหตุและสามารถคาดคะเนได้ว่าผลลัพธ์ใดที่อาจเกิดขึ้น แล้วนำไปสู่การเตรียมหาแนวทางในการป้องกันการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจได้

3. ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือกล่าวได้ว่าเป็นกระบวนการคิดและการตัดสินใจว่าวิธีที่เลือกปฏิบัติมีความเหมาะสมหรือไม่ โดยการเตรียมตัวเองและลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองตามเป้าหมายที่วางไว้ โดยวิธีการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ มีการประเมินผลการปฏิบัติว่าสิ่งที่ปฏิบัติเหมาะสมหรือไม่เหมาะสมกับตัวเองอย่างไร โดยการสะท้อนความคิดจากการปฏิบัติที่ผ่านมา

บุคคลจำเป็นจะต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตามความจำเป็นที่เกิดขึ้น 3 ประการ ดังต่อไปนี้

1. ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (universal self-care requisites: USCR)

ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนที่เป็นไปตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ เป็นคงไว้ซึ่งรูปร่างและหน้าที่ของบุคคลและความผาสุกทุกๆ ไป ความต้องการนี้มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ทั้งด้านคุณภาพ (ชนิด) หรือปริมาณซึ่งเป็นไปตามความแตกต่างของอายุ เพศ ระยะ พัฒนาการ ภาวะสุขภาพ ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย 8 ด้าน ดังนี้

- 1.1 คงไว้ซึ่งการได้รับอากาศอย่างเพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
- 1.3 คงไว้ซึ่งการได้รับอาหารอย่างเพียงพอ
- 1.4 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการขับถ่ายและการขับของเสียให้เป็นปกติ
- 1.5 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อน

พัทธ์ทางสังคม

1.6 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์

1.7 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่และความผาสุก

1.8 ส่งเสริมภาวะปกติของการทำหน้าที่และการพัฒนาการตามปกติของตนให้ถึงขีดสุด

2. ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites: DSCR)

ความต้องการการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สอดคล้องกับสถานการณ์และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิตอยู่ภายใต้ความต้องการตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย 2 ข้อ

2.1 พัฒนาการและคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะตามระยะพัฒนาการ

2.2 เป็นกิจกรรมที่สัมพันธ์กับเงื่อนไข และหรือเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละช่วงชีวิตของบุคคล ซึ่งบุคคลต้องดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียของเงื่อนไข หรือเหตุการณ์ที่มีต่อพัฒนาการ ความต้องการนี้มีความสัมพันธ์ กับความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปที่เป็นไปตามลักษณะของเงื่อนไข หรือเหตุการณ์ หรือเป็นความต้องการที่เกิดขึ้นใหม่ บุคคลต้องมีการจัดการเพื่อลดอารมณ์ความเครียด หรือชนะต่อผลที่เกิดจากความพร่องในการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติ สูญเสียเพื่อน ทรัพย์สินสมบัติ ความมั่นคงในอาชีพ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต การย้ายที่อยู่อาศัยไปอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ความเจ็บป่วยและความพิการ การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและการตาย เหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตของบุคคลจะเกิดขึ้น และแปรเปลี่ยนตามระยะพัฒนาการ ซึ่งบุคคลจะเผชิญในสิ่งที่แตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน

3. ความต้องการการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites; HDSCR)

สิ่งที่คุณประสบทุกข์จะต้องดูแลตนเองเมื่อได้รับการเจ็บป่วย บาดเจ็บ หรือได้รับอันตรายจนถึงความพิการ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การต้องพึ่งพาความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้าน การใช้บริการทางสุขภาพ การตรวจรักษา การปฏิบัติตัวตามสิ่งที่แพทย์ได้วินิจฉัย ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลและองค์ความรู้ต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยประสบทุกข์ดูแลตนเองได้มากขึ้น และสามารถปรับตัวได้ ดังนั้น ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นจึงเป็น

เป้าหมายการดูแลตนเองเพื่อบุคคล อันจะนำไปสู่กิจกรรมการดูแลตนเอง เพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด

ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็น และต้องใช้ดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ประกอบด้วยความสามารถในการดูแลตนเองในระยะต่างๆ ดังกล่าวไว้ข้างต้น ได้แก่ 1) ระดับการประเมินการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อม 2) ระดับการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการตัดสินใจ เพื่อการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง และ 3) ระดับการปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นว่าความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่จะอยู่ในระยะต่างๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components)

- 2.1 ความสนใจเอาใจใส่ตนเอง เป็นผู้สนใจและเอาใจใส่สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยสำคัญสำหรับการดูแลตนเอง
- 2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้สำเร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง
- 2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง
- 2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพ
- 2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ
- 2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ได้
- 2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้

การกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และ
สอดคล้องการดูแลตนเอง เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคล

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นต้องทำอย่างจงใจ (deliberate action) โดยทั่วไป มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับ รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และใช้เหตุผล

3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

3.5 นิสัย

3.6 ความตั้งใจ

3.7 ความเข้าใจตนเอง

3.8 ความหวังใจตนเอง

3.9 การยอมรับตนเอง

3.10 ระบบจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรม

3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าหากบุคคลขาดความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานเหล่านี้ เช่น การขาดความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ อาจส่งผลให้บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้ ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง มีปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด อธิบายได้ว่าการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน ดังต่อไปนี้ (Orem, 2001)

1. อายุ เพศและระยะพัฒนาการ การประเมินปัจจัยทั้ง 3 อย่างนี้ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือทราบถึง 1) ความต้องการการดูแลตนเองทั่วไป และตามระยะพัฒนาการ 2) ระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง 3) ศักยภาพในการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2. สถานที่อยู่อาศัย เป็นข้อมูลที่ช่วยให้ผู้ช่วยเหลือปรับวิธีการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

3. ระบบครอบครัว สังคม ประเพณี และแบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยเหล่านี้ บ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ อาจใช้เป็นข้อมูลในการ เลือกรูปแบบการช่วยเหลือและจัดระบบการพยาบาล

4. ภาวะสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย บุคคลย่อมได้รับการดูแลส่งต่อสถานบริการทางด้านสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงเป็น ปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตนเองได้

5. ประสบการณ์สำคัญในชีวิต ประสบการณ์ในอดีตอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง เช่น ความเชื่อและประเพณีที่สืบทอดกันมา เหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถรู้คิดตัดสินใจ และปฏิบัติการ ดูแลตนเองต่อไปได้

สรุปได้ว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล มีความสามารถและ คุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นพื้นฐานที่นำไปสู่ความสามารถในการ ปฏิบัติการดูแลตนเองของบุคคลต่อไป ซึ่งต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณา ความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจึงต้องอยู่บนพื้นฐาน องค์กรประกอบความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบนี้ด้วย

ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้

ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นระบบการพยาบาล ซึ่งเป็น 1 ใน 3 ระบบ ตามทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็มที่ได้อธิบายเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และ ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้น ได้รับการพัฒนา กล่าวได้ว่าทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นหัวใจหลักของการดูแลตนเอง คือ จะต้องดูแลตนเองได้โดยเจตนาในการดูแลตนเองอย่าง แท้จริง และตระหนักว่าเพราะเหตุใดจึงต้องดูแลตนเอง

ระบบการพยาบาลตามแนวคิดของ โอเร็ม (Orem, 2001) อธิบายว่าการปฏิบัติการ พยาบาลแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบ คือ ระบบทดแทนทั้งหมด (wholly compensatory nursing system) ระบบทดแทนบางส่วน (partly compensatory nursing system) และระบบการสนับสนุนและให้ ความรู้ (supportive-educative system) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระบบทดแทนทั้งหมด ใช้เมื่อบุคคลไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองที่ต้อง อาศัยตนเองเป็นผู้ชี้นำได้ทั้งหมด ซึ่งได้แก่ 1) ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างจง

ใจได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่หมดสติ 2) เป็นผู้ที่ยังรับรู้และสังเกต ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ แต่ไม่ควรเคลื่อนไหว หรือเป็นบุคคลที่ได้รับข้อจำกัด 3) ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ตัวเอง ไม่สามารถตัดสินใจได้อย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะเคลื่อนไหวไปไหนมาไหนได้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ช่วยเหลือมีบทบาทในการสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองปกป้องบุคคลนั้น

2. ระบบทดแทนบางส่วน ระบบนี้มีการช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของบุคคล ที่ผู้ช่วยเหลืออาจจะช่วยตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็น ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาสุขภาพ

3. ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ บุคคลเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลจะได้รับการสอนและแนะนำจากผู้ช่วยเหลือ ผ่านวิธีการให้ความช่วยเหลือทั้งหมด 4 วิธี คือ การชี้แนะ (guiding) การสนับสนุน (supporting) การเตรียมสิ่งแวดล้อม (providing of development environment) และการสอน (teaching) อธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การชี้แนะ เป็นการบอกแนวทาง ให้ข้อมูลในสิ่งที่บุคคลแต่ละคนต้องการที่จะถามหรือเกิดความสงสัย

2. การสนับสนุน เป็นการสนับสนุนโดยการให้กำลังใจ เพื่อให้บุคคลสามารถปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเต็มความสามารถ รวมทั้งกล่าวชมเชย และรับฟังสิ่งที่บุคคลสะท้อนกลับด้วยการยอมรับและจริงใจ

3. การเตรียมสิ่งแวดล้อม เป็นการออกแบบสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังเป็นวิธีการช่วยเพิ่มแรงจูงใจของบุคคลในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม อันนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่วางไว้

4. การสอน เป็นวิธีการดำเนินการถ่ายทอดความรู้และสอนให้บุคคลเข้าใจในธรรมชาติและลักษณะของบุคคล ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการสอน ได้แก่ การสอนในสิ่งที่บุคคลต้องการเรียนรู้ เนื้อหาที่สอนจะสอนเสริมจากความรู้เดิม ความพร้อมของบุคคลเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการเรียนรู้ ดังนั้นจึงควรประสานงานกิจกรรมต่างๆ ให้ได้มีเวลาพัก การเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นจากการมีส่วนร่วมและฝึกปฏิบัติ เนื้อหาและวิธีการสอนต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ รวมทั้งการมีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ช่วยเหลือและบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนด้วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าพยาบาลสามารถใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ได้ โดยใช้วิธีการให้การช่วยเหลือทั้ง 4 วิธี คือ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียม สิ่งแวดล้อม และการสอน ทั้งนี้การนำระบบการพยาบาลดังกล่าวมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในการ พัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ความสามารถของตนเองในการป้องกันภาวะวิกฤตที่อาจจะเพิ่มขึ้นได้ดีขึ้น

การดูแลตนเองของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาเมื่อเกิดอุทกภัย

การดูแลตนเองของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาในยามเกิดอุทกภัย มีลักษณะที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบททางด้านวัฒนธรรมการดำเนินชีวิต ตลอดจนการใช้แหล่ง ประโยชน์ และประสบการณ์ที่ผ่านมา (Orem, 2001) ซึ่งพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็น พื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเกิดอุทกภัยเป็นประจำทุกปี เนื่องด้วยลักษณะของที่ตั้งและภูมิประเทศที่เป็นแอ่ง กระจะทะ และเป็นชุมชนเมืองที่มีความเจริญ มีการขยายขอบเขตของชุมชนมากขึ้น ทำให้เอื้อต่อการ เกิดอุทกภัย ซึ่งในแต่ละครั้งจะเห็นได้ว่าส่งผลเสียหายและรุนแรงอย่างมาก และหลายคนล้วนเคย ประสบอุทกภัย จึงทำให้การดำเนินชีวิตในช่วงการเกิดอุทกภัย ค่อนข้างเป็นไปได้ตามความสามารถ และประสบการณ์ของแต่ละบุคคล จากการศึกษาพบว่าประชาชนร่วมกันระดมสมอง วางแผนและมี ส่วนร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในการเตรียมพร้อมรับมือกับอุทกภัยครั้งต่อไป โดยเน้นความ เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและประชาชนในแต่ละชุมชนทั้งก่อนเกิด ขณะเกิดและหลังเกิด อุทกภัย มีโครงการบ้านที่เสี่ยงเกิดขึ้นในแต่ละชุมชน เพื่อให้ผู้ประสบภัยได้อยู่อาศัยขณะเกิดอุทกภัย และมีการประสานงานระหว่างกลุ่มบุคคลในชุมชน ได้แก่ ประธานชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ และประชาชน รวมไปถึงร้านค้าและหน่วยบริการต่างๆ ที่เป็นแหล่งยังชีพ (เครือข่ายเมืองในเอเชียเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ, 2554ก, 2554ข, 2554ค; เทศบาลนครหาดใหญ่, 2554) ซึ่งการประสานงานและการมีความร่วมมือร่วมใจกัน ในการคิดวางแผนจะนำไปสู่การรับมืออุทกภัยที่เกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที เป็นความพร้อมของ ประชาชนในการเตรียมตัว เพื่อให้เกิดความเสียหายและผลกระทบน้อยที่สุด

การดูแลตนเองเมื่อเกิดอุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา แบ่งเป็นการ เตรียมตัวรับมือก่อนน้ำมา เพื่อให้มีสิ่งของใช้ยามน้ำท่วม และเป็นการจัดการกับที่อยู่อาศัยเพื่อ ป้องกันความเสียหายรุนแรง ในบางชุมชนที่เกิดน้ำท่วมบ่อยครั้ง การปรับตัวจึงแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) เตรียมตัว เป็นการเตรียมหรือจัดหาสิ่งของไว้ใช้และเป็นสิ่งจำเป็นยามน้ำท่วม ได้แก่ ข้าวสาร อาหารแห้ง เสบียงอาหาร ยารักษาโรค เทียนไข และ 2) การเตรียมใจ เป็นการเตรียมพร้อม

ทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดสติ ช่วยเหลือกันยามเกิดอุทกภัย ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน สามารถจัดการทุกอย่างและยอมรับผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และลักษณะการเยียวยาจิตใจที่ชุมชนมีเกิดจากการให้กำลังใจกันเองระหว่างเพื่อนบ้าน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือกัน หัวเราะร่วมกัน นวดให้กันและกัน เกื้อกูลที่อยู่อาศัยแก่กันและกัน (วินิภาญจน์และคณะ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของพิไลรัตน์และคณะ (2544) ที่ทำการศึกษากการปรับตัวเมื่อเกิดอุทกภัยของประชาชนในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าประชาชนในชุมชนยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง มีการสวดมนต์ ไหว้พระเพื่อลดความกังวลและความกลัวที่เกิดขึ้น ก่อนการเกิดน้ำท่วมและขณะน้ำท่วม ทำให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ไปได้

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีแนวทางสำคัญในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของกรมสุขภาพจิต ได้แก่ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นทางจิตใจ (2553ข) ได้แก่ การเข้าถึงผู้ประสบภัย การประเมิน ทักษะ และการให้ความรู้ และยังมีแนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติในแต่ละระยะ ตั้งแต่ระยะเตรียมการที่เน้นการเตรียมพร้อมพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การช่วยเหลือทางจิตใจและสังคมในภาวะวิกฤต การให้ความช่วยเหลือตามแบบซาเทียร์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ในระยะวิกฤตเน้นสำรวจความต้องการพื้นฐานด้านปัจจัย 4 การประเมินสภาพร่างกายและจิตใจโดยการพูดคุยรับฟังเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกรณีมีปัญหาทางด้านร่างกาย ระยะฟื้นฟู เน้นค้นหา คัดกรองและประเมินสภาวะจิตใจของผู้ประสบภัยพิบัติ และเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ เช่นเดียวกับคู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสบภัยของแพทย์พัศตร์และคณะ (2549) ที่แบ่งเป็นการช่วยเหลือดูแลจิตใจในแต่ละระยะ เพื่อให้ตอบสนองทางด้านจิตใจในทางที่เหมาะสมและปรับตัวได้ดี โดยต้องอาศัยคนในชุมชนเป็นแกนนำ สอดคล้องกับคู่มือการจัดการภัยพิบัติตามมุมมองมิติหญิงชาย (เรวดี, 2554) มองเห็นว่าการใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการภัยพิบัติ โดยการเน้นการป้องกันและลดผลกระทบแทนหลักการบริหารจัดการภัยพิบัติแบบเชิงรับ ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องตระหนัก และจะต้องเกิดจากความร่วมมือของทุกฝ่าย ดังนั้นการดำเนินโปรแกรม โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงเป็นการป้องกันและลดผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น อันเป็นการแสดงให้เห็นถึงการเตรียมความพร้อม และการรับมือต่อการเกิดอุทกภัยครั้งต่อไป

สำหรับแนวทางการดำเนินงานฟื้นฟูจิตใจหลังน้ำลดสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต, 2549) มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างกำลังใจและความ

เข้มแข็งของบุคลากร ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ โดยการปรับตัว มีกำลังใจ สามารถแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ และกลับมาใช้ชีวิตอยู่อย่างปกติสุข โดยใช้หลักการเสริมสร้างพลัง ใช้ศักยภาพตนเอง ไม่เป็นการระบาย และมีสมดุลระหว่างอารมณ์และการปรับตัวที่ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเสริมกำลังใจโดยการให้กำลังใจถึงแต่สิ่งดีๆ การเอาชนะอุปสรรค และความช่วยเหลือ โดยใช้การสนทนากลุ่ม 1 ชั่วโมง 30 นาที กลุ่มละ 8-12 คน และยังมีหลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2555 ในการจัดการสุขภาพในภาวะวิกฤต กรณีน้ำท่วม (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2554) ที่ได้แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ช่วงวางแผนและเตรียมป้องกันภัยพิบัติในชุมชน ช่วงจัดการระหว่างเกิดภัยพิบัติ และช่วงฟื้นฟู โดยการให้ความรู้ในการดูแลช่วยเหลือประชาชนในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 2 วัน โดยให้อาสาสมัครทราบถึงความหมายและนิยาม การจัดการสุขภาพชุมชนและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาวะน้ำท่วม และความรู้พื้นฐานในการช่วยเหลือประชาชนเพื่อแก้ไขปัญหา โดยใช้การเรียนรู้แบ่งเป็น 6 ฐานสำคัญ

จากรายงานการวิจัยของวินิกาญจน์และคณะ (2556) ที่ได้ทำการศึกษาการปรับตัวในการเผชิญภาวะวิกฤตจากอุทกภัย และการเยียวยาของประชาชนในพื้นที่ของชุมชนวัด โลกสมานคุณ อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดสงขลา โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้ประสบอุทกภัย แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าอุทกภัยทำให้ประชาชนทั้งที่เป็นชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำชุมชนในพื้นที่เกิดความเครียด ตกใจ กลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับทรัพย์สินเงินทองและชีวิต ซึ่งเมื่อเกิดอุทกภัยขึ้นในพื้นที่หลายๆ ครั้ง ทำให้ประชาชนรู้สึกเบื่อหน่ายและชิน และพบว่าประชาชนมีการเผชิญปัญหา รับรู้ปัญหา โดยการเตรียมพร้อมรับมือกับเหตุการณ์อุทกภัย มีการเตรียมพร้อมของบุคคลโดยเตรียมตัวและเตรียมใจ ซึ่งมีการตั้งสติ ทำใจยอมรับว่าภัยพิบัติที่เกิดขึ้นเป็นธรรมชาติ ไม่สามารถแก้ไขได้ และการดำรงชีวิตประจำวันขณะน้ำท่วม และเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ ได้แก่ การกักตุนสิ่งของเครื่องใช้ไว้ เตรียมขนของที่จำเป็นขึ้นไปไว้ด้านบนหรือที่ปลอดภัย การช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างเพื่อนบ้าน ขณะน้ำท่วมสิ่งที่ต้องการมากที่สุดคือน้ำดื่ม อาหาร อุปกรณ์ดำรงชีพ ได้แก่ ยา รักษาโรค อุปกรณ์ทำแผล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมต่างๆ ช่วยเหลือ การดูแลทางด้านจิตใจ การให้กำลังใจระหว่างผู้ประสบภัย การดูแลและเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ในการสอบถามทุกข์ สุขและความต้องการการช่วยเหลือ การส่งข่าวระหว่างโลกภายนอกกับชุมชนถูกตัดขาดขณะน้ำท่วม การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การยึดศาสนาเป็นที่พึ่ง โดยเฉพาะผู้นำชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการความรู้เพื่อดูแลตนเองในการผ่อนคลายความเครียด

การใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 2001) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะ

วิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่เกิดขึ้น ได้มีผู้นำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในงานวิจัยหลายเรื่อง เช่น ศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (อมรรัตน์และคณะ, 2554) จันทพรและชนกพร (2550) ทำการศึกษาการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่สมอง โดยการศึกษาการรับรู้การดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของพัชริน (2554) พบว่า ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และศึกษาในกลุ่มมารดาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลบุตรในกลุ่มทดลองสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (สมฤดีและคณะ, 2554) และการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในชุมชนของจตุมา (2549) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 รวมทั้งการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับโยคะในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ณ ศูนย์มะเร็งแห่งหนึ่งพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความเหนื่อยล้าพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม (จิราภรณ์, 2551) เป็นต้น

สำหรับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ผู้วิจัยออกแบบลักษณะและเนื้อหา โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมา ตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 2001) แนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้เหตุการณ์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ในการให้ข้อมูลและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและติดตามผลทันทีหลังจากให้โปรแกรม ผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมทั้งหมด 3 ระยะ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 ระยะประเมินการดูแลตนเอง เป็นการทำกิจกรรมการประเมินตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินความสามารถในการดูแลตนเองยามเกิดอุทกภัย รู้จักกับความรู้สึก อารมณ์ และการจัดการอารมณ์ของตนเอง ร่วมกับการให้ความรู้ในเรื่องอุทกภัย ได้แก่ ความหมาย ประเภท ผลกระทบที่เกิดขึ้น และบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้เรื่องการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ซึ่งมี 2 วิธี ได้แก่ การนวดคลายเครียดด้วยตนเองและการฝึกการหายใจ ซึ่งเป็นสิ่งที่ประชาชนได้กระทำอยู่เดิม

อันจะนำมาพัฒนาการดูแล ซึ่งเป็นการประเมินการรับรู้ทุกภัย การประเมินการได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา

2. ระยะที่ 2 ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ในระยะนี้จะเป็นการนำสิ่งที่ได้รับความรู้ไปปฏิบัติ และสะท้อนคิดต่อสิ่งที่ได้ปฏิบัติมา นำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. ระยะที่ 3 ระยะการปฏิบัติดูแลตนเอง เป็นการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลงมือปฏิบัติดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายอย่างแท้จริง แล้วนำมาร่วมสะท้อนคิด ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ที่เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจอันจะนำไปสู่การปฏิบัติดูแลตนเองอย่างยั่งยืน

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย จะผ่านวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธีการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การชี้แนะ ผู้วิจัยให้การชี้แนะ โดยการบอกแนวทาง ให้ข้อมูลในสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนต้องการที่จะถามหรือเกิดความสงสัย

2. การสนับสนุน เป็นให้การสนับสนุน โดยการให้กำลังใจ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถ กล่าวชมเชย และรับฟังสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสะท้อนกลับมาด้วยการยอมรับและจริงใจ

3. การเตรียมสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อเสริมสร้างความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยการสร้างความคุ้นเคย สร้างบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีการแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น และร่วมกันค้นหาคำตอบ วิเคราะห์ถึงความเป็นไปได้ของสถานการณ์

4. การสอน ผู้วิจัยจะดำเนินการถ่ายทอดความรู้และสอนเกี่ยวกับอุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยวิธีการผ่อนคลายนความเครียดด้วยตนเอง โดยการบรรยายและแจกคู่มือ ใบความรู้ต่างๆ ที่ผู้ประสบภัยควรได้รับ นอกจากนี้ยังให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อนำไปใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจได้จริง

จากการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเชื่อว่าการสนับสนุนและให้ความรู้สามารถนำมาใช้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยทั้ง 4 กระบวนการนี้โดยใช้ระยะเวลาทั้งหมด 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาทีเหมาะแก่การนำไปใช้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้พัฒนาความสามารถในการเรียนรู้และจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจแก่ตนเองและประชาชนในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การเกิดอุทกภัยส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย สังคม เศรษฐกิจ อารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ประสบอุทกภัยเป็นสำคัญ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เกิดความเครียด ความวิตกกังวลในการทำหน้าที่ ต้องเผชิญกับความเดือดร้อนที่อาจก่อให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การสูญเสียสมดุลทางด้านจิตใจ อันเนื่องมาจากการรับรู้ปัญหาที่ไม่ถูกต้องขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต การดูแลตนเองยามเกิดอุทกภัย จึงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ โดยบุคคลสามารถกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุกโดยใช้ความสามารถหรือพลังในการกระทำที่จิตใจในการดำเนินชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ซึ่งสามารถใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ครอบคลุมวิธีการให้ความช่วยเหลือทั้ง 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้และจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เกิดขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นคนในพื้นที่ เป็นผู้นำชุมชน เป็นแบบอย่างให้แก่คนในชุมชนในการดูแลสุขภาพ สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุขต่อไปได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two-group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งมีทั้งหมด 381 คน จาก 4 เขตการปกครอง คัดเลือกโดยการสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อดำเนินการวิจัยมา 2 เขต เป็นเขตที่ประสบอุทกภัย และอาณาเขตไม่ติดต่อกัน เพื่อควบคุมการแพร่ของโปรแกรมการทดลอง (diffusion of treatment) และทำการจับฉลากเขต 1 เป็นกลุ่มควบคุมและเขต 4 เป็นกลุ่มทดลอง แต่ละเขตมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนเขตละ 90 คน เมื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว ได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านคุณสมบัติตามเกณฑ์ในกลุ่มทดลองจำนวน 32 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน แต่สามารถเข้าร่วมการวิจัยจำนวนกลุ่มละ 26 คน โดยคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด มีดังนี้

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ประสบอุทกภัยปี พ.ศ. 2553
2. เป็นผู้ที่ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย
3. สามารถอ่านออก เขียนได้
4. เป็นผู้ที่สมัครใจยอมรับเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้ และสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ 5 สัปดาห์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) จากงานวิจัยที่ผ่านมาของจุติมา (2549) เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กรณีศึกษา ตำบลพนมวัง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง กำหนดได้ขนาดอิทธิพลเท่ากับ 1.07 (ภาคผนวก ก) แต่เนื่องจากเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญหรือค่าแอลฟาเท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ .80 จากนั้นกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน (Polit & Beck, 2012) และป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ 5 คน คิดเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน แต่ในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมวิจัยได้เพียง 26 คน เนื่องจากมีอุปสรรคไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบ 5 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสอบถามวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ศาสนา ระยะเวลาของการดำรงตำแหน่ง การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย การมีประสบการณ์เป็นผู้ประสบอุทกภัย และการรับรู้ความรุนแรงของผู้ได้รับผลกระทบ

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย ได้แก่ ความหมายของอุทกภัย ประเภทของอุทกภัย และผลกระทบที่เกิดขึ้น ความรู้ในการจัดการ

ภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ได้แก่ ความหมายภาวะวิกฤตทางจิตใจ การดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อถูกและผิด ข้อละ 1 คะแนน มีค่าคะแนนระหว่าง 0-15 คะแนน เป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แนวทางการประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ (เชิดศักดิ์, 2551) ดังนี้

การแปลผล

80% ขึ้นไป	หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
50 - 79%	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
20 - 49%	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย
< 20%	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผู้วิจัยพัฒนาจากเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-As-Carer Inventory Thai Version-SCIT) โดย Isramalai (2002) ที่พัฒนามาจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ (Self-As-Carer Inventory-SCI) ของเกเดนและเทเลอร์ (Geden & Taylor, 1991) โดยพัฒนาให้ครอบคลุมโครงสร้างความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) ได้แก่ การรับรู้ปัญหา การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา ซึ่งมีข้อคำถามทั้งสิ้น 26 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 6 อันดับ กำหนดให้เลือกเพียงคำตอบเดียว มีความหมายของค่าคะแนน ดังนี้

6	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด
5	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงมาก
4	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงปานกลาง
3	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงน้อย
2	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงน้อยมาก
1	หมายถึง	ผู้ตอบเห็นว่าตรงกับความเป็นจริงน้อยที่สุด

การแปลผล

ค่าคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบสอบถามซึ่งกำหนดค่าคะแนนเป็น 6 ระดับ ด้วยวิธีการกำหนดอันตรายภาคขึ้น นำคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดหารด้วยจำนวนชั้นที่ต้องการ (ชูศรี, 2553) สำหรับการศึกษาครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ชั้น ดังนี้

26-69 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับน้อย

70-113 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง

114-156 คะแนน หมายถึง ความสามารถในการดูแลตนเอง อยู่ในระดับมาก

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) โดยใช้ระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ผ่านวิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเระ (Aguilera, 1994) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โปรแกรมแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย 1) คู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 2) แผนการสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งสิ้น 5 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ถึง 120 นาที โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. ระยะที่ 1 เป็นระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประเมินความสามารถในการดูแลตนเองยามเกิดอุทกภัย และรู้จักกับความรู้สึก อารมณ์ การจัดการอารมณ์ของตนเอง ซึ่งแบ่งระยะการดำเนินการในระยะนี้ออกเป็น 3 ครั้ง ดังรายละเอียด ต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กลุ่มทดลองจะได้รับกิจกรรมในระยะการประเมินการดูแลตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรม "ดูแลเขา ดูแลเรา เพราะเรารู้จักกัน" มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย และกิจกรรมรู้จักตนเองเมื่ออุทกภัยมาเยือน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ประเมินอารมณ์ ความรู้สึก และการดูแลตนเองทางด้านจิตใจในช่วงอุทกภัยที่ผ่านมา

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่จะนำไปสู่ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ระยะนี้เป็นการให้ความรู้เรื่อง อุทกภัย ครอบคลุมเนื้อหาเรื่อง ความหมายของอุทกภัย ประเภทของอุทกภัย ผลกระทบที่เกิดขึ้น และบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความรู้ในการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย รวมไปถึงความรู้ในการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง ภายใต้ชื่อกิจกรรม "รู้ไว้ใช้ว่า"

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถนำไปใช้ดูแลตนเองได้ ระยะเวลาเป็นกิจกรรมการฝึกการผ่อนคลายความเครียด 2 วิธี ได้แก่ การนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และการฝึกการหายใจ ในชื่อกิจกรรม "นวดนั้นสำคัญไฉน" และ "หายใจอย่างไรจึงคลายเครียด" อันจะนำมาดูแลตนเองทางด้านจิตใจ

2. ระยะเวลาที่ 2 ระยะเวลาการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง (สัปดาห์ที่ 4) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติดูแลตนเอง โดยการนำสิ่งที่ได้รับจากระยะที่ 1 ไปปฏิบัติดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน โดยใช้วิธีการทบทวนความรู้ และแจกแบบติดตามผลเพื่อนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ภายใต้ชื่อกิจกรรม "รู้จักดูแลตนเองดีที่สุด"

3. ระยะเวลาที่ 3 ระยะเวลาการปฏิบัติดูแลตนเอง (สัปดาห์ที่ 5) เป็นการสะท้อนสิ่งที่ได้รับความรู้ไปปฏิบัติ โดยการร่วมสะท้อนคิด และทำกิจกรรมโดยใช้สถานการณ์ตัวอย่างเกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ เพื่อให้เห็นมุมมองของความเข้าใจองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ตลอดจนมีความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีแนวทางในการปฏิบัติดูแลตนเองเมื่อเผชิญกับอุทกภัย

ทั้งนี้ในแต่ละระยะผู้วิจัยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ 1) การชี้แนะ ซึ่งเป็นการบอกแนวทางในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจเมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดความสงสัย นอกจากนี้ยังมี 2) การสนับสนุนโดยการให้กำลังใจ กล่าวชมเชย รับฟังความคิดเห็น วางเป้าหมายร่วมกันและกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองทางด้านจิตใจยามเผชิญภาวะวิกฤตรวมทั้ง 3) การเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เอื้อต่อการสนับสนุนและให้ความรู้ และ 4) การสอน เพื่อให้เข้าใจในธรรมชาติของอุทกภัยและลักษณะของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ รวมทั้งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีตลอดการวิจัย ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดจนครบระยะเวลา 5 ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วย แผนการสนับสนุนและให้ความรู้ เรื่องการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และคู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน

3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานงานวิจัยทางด้านภัยพิบัติ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ 1 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความชำนาญเกี่ยวกับภัยพิบัติ 1 ท่าน เพื่อดูความเป็นไปได้และความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และภาพประกอบ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของการใช้โปรแกรม พร้อมทั้งสังเกตและสอบถามความเข้าใจในเนื้อหา หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงเนื้อหาและนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลอง โดยมีกรแก้ไข ดังนี้

1. คู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านฯ ปรับปรุงตัวอักษรให้มีขนาดใหญ่ และชัดเจนมากขึ้น ปรับภาษาให้อ่านง่าย ไม่ซ้ำซ้อน
2. โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบอุปสรรคในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง จึงปรับปรุงโดยการทำบัตรนัดเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในการนัดหมาย และแบ่งเป็นการจัดกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ออกเป็นกลุ่มย่อย
3. แบบวัดความรู้ และความสามารถในตนเอง นำมาปรับภาษาให้ง่ายต่อการอ่าน และทำความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ดังต่อไปนี้

1. แบบวัดความรู้ นำไปหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้การหาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 และเมื่อนำไปหาค่าความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 52 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 วิเคราะห์ค่าความยากง่าย และค่าอำนาจจำแนกได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบค่าความยากง่าย (difficulty index) ซึ่งเกณฑ์ของแบบวัดความรู้ที่มีคุณภาพและเหมาะสมแก่การนำไปใช้จะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง .40-.60 และจะต้องมีความยากง่ายพอเหมาะในระดับปานกลาง ระดับยาก และระดับง่ายกระจายกันไป (เขาวดี, 2554) และพบว่าแบบวัดความรู้ทั้ง 15 ข้อ มีค่าอยู่ระหว่าง .40 – .80

1.2 ค่าอำนาจจำแนก (discrimination index) เป็นคุณสมบัติที่บ่งบอกถึงความสามารถของแบบวัดที่จำแนกคนเก่ง – อ่อน พบว่าค่าอำนาจจำแนกของแบบวัดความรู้ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 -0.60 (เขาวดี, 2554) ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ถึงสูงมาก โดยข้อที่มีอำนาจจำแนกสูงก็จะ เป็นข้อสอบที่ดี

2. แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจาก อุทกภัย นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .93 และ นำไปหาความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 52 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ซึ่งดำเนินการ 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผลการทดลอง โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยศึกษาการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม (Orem, 2001) ร่วมกับแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) รวมทั้งดำเนินการทบทวนวรรณกรรม ระเบียบวิธีวิจัย และความเป็นไปได้ของการวิจัยเพื่อนำไปสู่การวิจัยที่ถูกต้อง

1.2 สอบหัวข้อและโครงร่างวิทยานิพนธ์ โดยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และกรรมการประเมินด้านจริยธรรมของงานวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำหนังสือราชการผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลนครหาดใหญ่ และหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขในเขต 1 เทศบาลนครหาดใหญ่ ได้แก่ 1) ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 1 (โรงเรียนเอ็งเสียงสามัคคี) 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 3 (โรงเรียนโสภณพิทยาคณา นุสรณ์) 3) ศูนย์บริการสาธารณสุขโพธิพงษ์า บุญมณี อินทร์สมิ 4) ศูนย์บริการสาธารณสุขนพ สุวรรณ (ชุมชนอู่ท.ส.) 5) ศูนย์บริการสาธารณสุขสวนสาธารณะ และเขต 4 เทศบาลนครหาดใหญ่ ได้แก่ 1) ศูนย์บริการสาธารณสุขเพชรเกษม 2) ศูนย์บริการสาธารณสุขโรงเรียนเทศบาล 5 (โรงเรียน

วัดหาใหญ่ใน) และ 3) ศูนย์บริการสาธารณสุขรักษากัญชุกัญธิศ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขแต่ละศูนย์บริการ ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การดำเนินการทดลอง และขอความร่วมมือในการแจกแบบสอบถามแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละชุมชน เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามจำนวน รวมทั้งสอบถามความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้

1.5 หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละเขตแล้ว ผู้วิจัยได้นัดวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละเขต

1.6 การเตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 คนในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันอคติ (bias) ที่อาจมีผลเบี่ยงเบนผลการวิจัย (blindness) จากการที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ทั้งนี้ผู้ช่วยวิจัยมีคุณสมบัติ คือ ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล การชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจรายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง ซึ่งในทุกขั้นตอนของการดำเนินโปรแกรมผู้ช่วยวิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในการให้โปรแกรม

2. ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละกลุ่ม ดังรายละเอียดต่อไป

2.1 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ชี้แจงรายละเอียด รวมถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในการทำวิจัย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นจึงแจกแบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองแก่กลุ่มตัวอย่างก่อนการเริ่มโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยครั้งที่ 1 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ตามแผนการสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 4 จัดโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยครั้งที่ 2 ถึงครั้งที่ 4 ดำเนินการวิจัยโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการดูแลตนเอง และสร้างทัศนคติในการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ตามแผนการสนับสนุนและให้ความรู้สัปดาห์ที่ 2 ถึง สัปดาห์ที่ 4

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง พร้อมทั้งเฉลยแบบวัดความรู้ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและข้อคิดเห็น ความรู้สึกที่มีต่อการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

2.2 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากแบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 ก่อนกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดการทำวิจัย วัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการทำวิจัย หลังจากนั้นขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยผู้วิจัยไม่ได้แจ้งว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง และแจ้งสิ้นสุดการเก็บข้อมูล หลังจากนั้นจึงกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล รวมทั้งแจก และอธิบายการใช้คู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

3. ขั้นสรุปผลการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคำนึงถึงจริยธรรมในการวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำชื่อ นามสกุลตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย และวิธีการวิจัย หากมีข้อสงสัยเปิดโอกาสให้ซักถามได้
2. อธิบายให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ และหากอยู่ในการวิจัยแล้วก็สามารถออกจากการวิจัยนี้ได้ จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ ต่อตัวบุคคล
3. ระหว่างการวิจัย หากมีกิจธุระใด ได้แก่ ธุระส่วนตัว งานด่วน ผู้ร่วมวิจัยสามารถหยุดการเข้าร่วม โปรแกรมนั้น

4. ปกปิดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับ และขออนุญาตก่อนการบันทึกเสียง บันทึกภาพ หรือจดบันทึกทุกครั้ง
5. ในการเก็บข้อมูล ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีความไม่สบายใจ สะเทือนใจ หรือรู้สึกคับข้องใจระหว่างการให้ข้อมูล ผู้วิจัยหยุดการสอบถาม และเปิดโอกาสให้ระบายหรือแสดงออกถึงความรู้สึกได้
6. ตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อมูลใดๆ จากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา
7. ผู้วิจัยนำผลที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์และเป็นแนวทางในการทำการวิจัยในครั้งต่อไป
8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมที่มีความสนใจ สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ภายหลังจากการดำเนินการวิจัยแล้วเสร็จ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ ความพึงพอใจของรายได้ โรคประจำตัว ศาสนา ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเมื่อเกิดอุทกภัย การมีประสบการณ์เป็นผู้ประสบอุทกภัย ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (pair t-test)
 - 2.2 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)
 - 2.3 เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่า คะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากทดลองจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

3. ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.1 ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบว่าค่า p values ก่อนและหลังของแบบวัดความรู้และความสามารถในการดูแลตนเอง เท่ากับ .100, .070, .200, และ .200 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย พบว่าค่า p -values เท่ากับ .133, .200, .200, และ .198 ตามลำดับ ซึ่งทั้งหมดมีค่า $p > .05$ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้นคะแนนความรู้และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างจึงมีการกระจายของข้อมูลปกติ

3.2 ทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) ของข้อมูลทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติ Levene's test พบว่าค่า $F = .113, .035, .746$, และ $.327$ ตามลำดับ และค่า p values เท่ากับ $.143, .853, .392$ และ $.570$ ตามลำดับ ดังนั้นความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอุทกภัยมาแล้วเมื่อปี พ.ศ. 2553 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจจากอุทกภัย และเป็นผู้มีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจำนวน 26 คน ระยะเวลาที่ศึกษา ตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติพบว่าสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) ทีอิสระ (independent t-test) และวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 52 คน ที่ประสบอุทกภัยเมื่อปี พ.ศ. 2553 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน

และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน ได้นำมาทดสอบสถิติไคแอสควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความคล้ายคลึงกันเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ศาสนา ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประสบการณ์ในการเกิดอุทกภัย และการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่ได้รับจากการเกิดอุทกภัย ยกเว้นศาสนาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตาราง 1) กล่าวคือ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.2) มีอายุระหว่าง 45-56 ปี (ร้อยละ 50.0) โดยมีอายุเฉลี่ย 53 ปี ($SD = 8.62$) จบการศึกษาระดับอาชีวศึกษา (ร้อยละ 34.6) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 42.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 61.5) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 53.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 69.2) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 100) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 87.5) เฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี ($SD = 6.63$) มีประสบการณ์อุทกภัยมาแล้ว 1-3 ครั้ง เฉลี่ย 3 ครั้ง (ร้อยละ 72.0) และมีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับว่ารุนแรง (ร้อยละ 92.3)

สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 100.0) มีอายุระหว่าง 45-56 ปี (ร้อยละ 57.7) โดยมีอายุเฉลี่ย 52 ปี ($SD = 8.83$) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 38.5) รองลงมาคือระดับอาชีวศึกษา (ร้อยละ 30.8) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 34.6) และอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 34.6) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 65.4) และมีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 65.4) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.4) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 84.6) ระยะเวลาการดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 69.2) เฉลี่ยอยู่ที่ 9 ปี ($SD = 6.49$) มีประสบการณ์การเกิดอุทกภัยอยู่ระหว่าง 1-3 ครั้ง (ร้อยละ 80.8) เฉลี่ย 3 ครั้ง ($SD = 1.24$) และมีการรับรู้ผลกระทบจากอุทกภัยว่ามีความรุนแรง (ร้อยละ 50) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ เมื่อเกิดอุทกภัย ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($N = 52$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	p
	($n = 26$)	($n = 26$)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			1.02	.313
ชาย	1(3.8)	0(0.0)		
หญิง	25(96.2)	26(100.0)		
อายุ (ปี)			1.12	.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	.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	.950
เกษตรกรรวม	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	.891
< 10,000	16(61.6)	17(65.4)		
10,001 – 20,000	7(26.9)	7(26.9)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	p
	(n=26)	(n=26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
> 20,000	3(11.5)	2(7.7)		
	$M = 14,191, SD = 10,520$		$M = 13,409, SD = 11,030$	
ความเพียงพอของรายได้			0.72	.397
เพียงพอ	14(53.8)	17(65.4)		
ไม่เพียงพอ	12(46.2)	9(34.6)		
โรคประจำตัว			0.09	.768
มี	8(30.8)	9(34.6)		
ไม่มี	18(69.2)	17(65.4)		
ศาสนา			4.33	.037
พุทธ	26(100.0)	22(84.6)		
อิสลาม	0(0.00)	4(15.4)		
ดำรงตำแหน่ง (ปี)			1.23	.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)		
	$M = 6.97, SD = 6.63$		$M = 8.59, SD = 6.49$	
ประสบการณ์อุทกภัย (ครั้ง)			1.34	.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)		
	$M = 3.08, SD = 2.50$		$M = 2.96, SD = 1.24$	

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	p
	(n=26)	(n=26)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
การรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับ			11.34	.100
รุนแรง	24(92.3)	13(50.0)		
ไม่รุนแรง	2(7.7)	13(50.0)		

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

ก่อนทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยเฉพาะการแจกแจงแบบปกติ (normality) โดยพิจารณาจากค่า Komokorov-smimov test ซึ่งจะต้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity of variance) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลทุกชุดมีการแจกแจงแบบปกติ

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ($M = 76.83, SD = 9.60; M = 64.36, SD = 11.31$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -14.91, p < .001$) และมีความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ($M = 120.08, SD = 9.87; M = 81.46, SD = 8.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -4.84, p < .001$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test) ($N = 52$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI of the Difference
	(n = 26)		(n = 26)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ความรู้	64.36	11.31	76.83	9.60	-14.91	.000	-43.95 - (-33.28)
ความสามารถในการดูแลตนเอง	81.46	8.45	120.08	9.87	-4.84	.000	-16.09 - (-6.48)

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 64.36, SD = 11.30; M = 56.92, SD = 10.20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.49, p < .05$) และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ($M = 81.46, SD = 8.45; M = 85.15, SD = 8.94$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -1.53, p > .05$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N = 52$)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI of the Difference
	กลุ่มทดลอง (<i>n</i> = 26)		กลุ่มควบคุม (<i>n</i> = 26)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ความรู้	64.36	11.30	56.92	10.20	-2.49	.01	-13.43 - (-1.44)
ความสามารถในการดูแลตนเอง	81.46	8.45	85.15	8.94	-1.53	.660	-1.15 - 8.50

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้ภายหลังการทดลอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 23.27, p < .001$) ดังตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ จำแนกตามหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
ตัวแปรร่วม					
- คะแนนความรู้ก่อนการทดลอง	228.46	1	228.46	2.88	.096
ระหว่างกลุ่ม	1843.63	1	1843.63	23.27	.000
ภายในกลุ่ม	3882.66	49	79.24		
รวม	251333.33				

หลังการทดลองพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 120.08, SD = 9.87; M = 106.19, SD = 16.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -1.96, p < 0.05$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test) ($N = 52$)

ตัวแปร	หลังการทดลอง				<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI of the Difference
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
ความสามารถในการดูแลตนเอง	120.08	9.87	106.19	16.24	-1.96	.03	-16.49 - 0.21

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งที่เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนของข้อมูลทั่วไป ยกเว้นเรื่องศาสนา จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อธิบายได้ว่า เพศหญิงเป็นเพศที่ให้ความสนใจ และมีจิตอาสาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ มากกว่าเพศชาย (Wymer, 2012) สอดคล้องกับจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั่วประเทศที่มีเพศหญิงเป็นองค์ประกอบหลัก และมีแนวโน้มของเพศหญิงในอัตราส่วนการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพิ่มขึ้นทุกปี (โกมาตรและปารณัฐ, 2550) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 41-60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคน และวัยทำงานสอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตรและปารณัฐ (2550) สุดารัตน์ (2552) และ

ณัฐกฤตา (2552) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะอยู่ในวัยกลางคนและวัยทำงาน ทั้งสิ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการศึกษาที่หลากหลาย เห็นได้จากกลุ่มทดลองซึ่งจบการศึกษาชั้นอาชีวศึกษามากที่สุด รองลงมาคือชั้นประถมศึกษา ในขณะที่เดียวกันกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษามากที่สุด รองลงมาคืออาชีวศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโกมาตรและปารณัฐ (2550) ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแตกต่างกันของระดับการศึกษา ที่อาจส่งผลต่อการเรียนรู้ สำหรับประสบการณ์เกี่ยวกับอุทกภัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับประสบการณ์อุทกภัยอยู่ที่เฉลี่ย 1-3 ครั้ง สอดคล้องกับการเกิดอุทกภัยในพื้นที่ โดยเฉพาะอุทกภัยครั้งใหญ่ในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาเกิดขึ้น 3 ครั้ง ในพ.ศ. 2531, 2543, และ 2553 จากฝนตกหนักในช่วงเดือนพฤศจิกายน ซึ่งส่งผลกระทบต่อและเกิดความเสียหายจำนวนมาก (สุภัทธ์, 2554) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้เกี่ยวกับผลกระทบจากอุทกภัยว่ามีความรุนแรง สอดคล้องกับการศึกษาของวินิกานูจน์และคณะ (2556) ในเรื่องผลกระทบจากอุทกภัยที่มีผลต่อด้านร่างกาย จิตใจ และสร้างความเสียหายทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ เช่น การเกิดโรคที่สัมพันธ์กับการมีน้ำท่วมขัง และการบาดเจ็บจากการเคลื่อนย้ายสิ่งของ ตลอดจนความวิตกกังวล และความเครียดจากระดับน้ำที่ท่วมสูง และการสื่อสารในขณะที่เกิดอุทกภัยกับคนใกล้ชิดและครอบครัว ตลอดจนการประกอบอาชีพและการมีหนี้สินเพิ่มมากขึ้น สำหรับด้านศาสนา ซึ่งพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาพุทธ จึงอาจทำให้ความแตกต่างด้านศาสนามีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองไม่มากนัก

2. เปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) (ตาราง 2) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม (Orem, 2001) และแนวคิดองค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจของอะกิเลรา (Aguilera, 1994) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะวิกฤตทางจิตใจและภัยพิบัติจากอุทกภัย (กรมสุขภาพจิต, 2553ก, 2553ข, 2554ข, 2554ค, 2554ง, 2554จ; พิไลรัตน์และคณะ, 2544; เพ็ญพัทธ์และคณะ, 2549; วินิกานูจน์และคณะ, 2556) โดยโปรแกรมได้มุ่งเน้นการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย โดยการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานในการดูแลตนเองและสนับสนุนการปฏิบัติการดูแลตนเองใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง ส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

ภายใต้การออกแบบ โปรแกรมและกิจกรรมที่ใช้แนวทางการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน (Orem, 2001) ผู้วิจัยได้กำหนดการดำเนินโปรแกรม จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจและตั้งใจทำกิจกรรม สามารถเรียนรู้ และเข้าใจในการประเมินการรับรู้ การเปลี่ยนแปลงความคิดในการเผชิญปัญหาจากอุทกภัย ได้อย่างมีแบบแผนและเป้าหมาย รวมทั้งมีวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจโดยการลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองในเรื่องที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเอง ได้แก่ การได้รับความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย การผ่อนคลายความรู้สึกเมื่อเผชิญภาวะวิกฤตได้ด้วยวิธีการดูแลตนเอง โดยการนวดผ่อนคลายด้วยตนเองและการฝึกการหายใจ

การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง (estimative operation) ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง (transitive operation) และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง (productive operation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และมีส่วนร่วมในการประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอุทกภัยที่เกิดขึ้น และผลกระทบที่มีต่อตนเอง และการรับรู้โดยภาพรวมของความรุนแรงที่เกิดขึ้นของบุคคลรอบข้างในด้านอารมณ์ และความรู้สึก จากกิจกรรมที่ 1 (ภาคผนวก ง) มีเป้าหมายสำคัญที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ที่จะเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับอุทกภัยและการเผชิญภาวะวิกฤตจากประสบการณ์ที่ผ่านมา โดยการสนับสนุนบรรยากาศที่เป็นการส่งเสริมให้มีการสำรวจตนเอง เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ภายใต้กระบวนการสอนและการชี้แนะ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามในประเด็นที่ยังไม่เข้าใจได้อย่างอิสระ ผ่านการเล่าเรื่องหรือประสบการณ์อุทกภัยที่เคยประสบ ยกตัวอย่างเช่น “หนี้สินของพี่เป็นล้านเลย เครียด ข้าวของในบ้านนี่แบบว่าอธิบายไม่ถูกเลยน้อง แต่รู้แล้วว่าหนี้มันต้องตามมาแน่นอน บ้านพี่ขายของ มันก็ต้องทิ้งหมดเลย” หรือ “ป้าเครียดจนไม่อยากร้องไห้ แต่ว่าเรามันอยู่คนเดียว ร้องไว้ก่อน กลัว ถ้ามีอันตรายขึ้น เราก็ไม่สามารถที่จะให้ใครช่วยเหลือเราได้นะ” รวมทั้งประเมินการได้รับความช่วยเหลือ และการดูแลทางด้านจิตใจของตนเอง การประเมินวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอุทกภัย ทำให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเอง โดยเฉพาะทางด้านจิตเจียมเกิดอุทกภัย และศักยภาพในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งนอกจากจะเป็นการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงปัญหายามเกิดอุทกภัย เข้าใจความตึงเครียด และอารมณ์ของตนเอง และช่วยให้เกิดการรับรู้การเกิดอุทกภัยตามความเป็นจริงแล้ว ยังเห็นถึงมุมมองการแก้ไขปัญหาตามแนวทางของแต่ละบุคคลด้วย ยกตัวอย่าง เช่น “อุทกภัยมันรุนแรงแต่แป็บเดียว ก็ดีไปอย่าง พี่ก็เครียด เพราะตอนแรกบ้านพี่มันต่ำ พอปีต่อมาพี่ก็เลยยกบ้านสูงเลย ก็ลดความกังวลลงได้บ้าง” หรือ “พี่รีบย้ายของเลย เพราะน้ำไหลแรงและขึ้นเร็วมาก พอรู้ว่ามันจะมา แล้วก็ชาร์จ

แบบมือถือไว้ให้เต็มเลย เอาไว้ติดต่อดอนน้ำท่วมสูง” นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนข้อมูลในเรื่องต่างๆ และการทราบถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ส่งผลต่อทัศนคติและมุมมองการแก้ไขปัญหา ตลอดจนการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เป็นปัจจัยที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจและมีการรับรู้ที่ถูกต้องตามความเป็นจริงและสอดคล้องกับปัญหาที่ประสบจะช่วยให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลได้ ดังที่อะกิเเลร์ (Aguilera, 1994) กล่าวว่า บุคคลจะไม่เกิดการสูญเสียสมดุลทางจิตใจหากบุคคลมีการรับรู้ตามความเป็นจริง มีแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสม และมีวิธีการเผชิญปัญหาที่ดี และการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอุทกภัย ผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต การเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ แหล่งช่วยเหลือต่างๆ และวิธีการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่เหมาะสมนั้น ช่วยให้เกิดการตรวจสอบสถานการณ์อุทกภัยที่เผชิญและองค์ประกอบที่สำคัญ รวมถึงความต้องการการปรับเปลี่ยนการดูแลตนเอง (วินิกายจน์และคณะ, 2556) จะเห็นได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างมีการประเมินการรับรู้ตนเองจะนำไปสู่ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองและพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองที่เหมาะสมต่อไป

ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อหาแนวทางการดูแลตนเอง โดยการเปลี่ยนแปลงตนเองจากการเรียนรู้และการเข้าใจการรับรู้อารมณ์ ความรู้สึกในการเผชิญภาวะวิกฤตจากอุทกภัย รวมทั้งการได้รับความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ในระยะการประเมินการดูแลตนเอง ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ ในระยะการเปลี่ยนแปลงผู้วิจัยได้ติดตามการนำความรู้เรื่องอุทกภัย และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยตามแนวทางที่กำหนดให้ไปใช้ โดยสนับสนุนให้เกิดการทบทวนความรู้ และสร้างบรรยากาศในการสะท้อนคิด ด้วยวิธีการจดบันทึกอารมณ์และความรู้สึก การสะท้อนให้เห็นถึงการนำความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจโดยใช้แนวทางการผ่อนคลายความเครียดที่กำหนด ได้แก่ การนวดผ่อนคลายด้วยตนเอง และการฝึกการหายใจ โดยใช้วิธีการสอน ในระยะนี้มีทั้งการสาธิตและการให้กลุ่มตัวอย่างได้สาธิตย้อนกลับ ซึ่งพบว่าเป็นการสอนเทคนิคการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างง่าย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ ฝึกฝนได้อย่างถูกต้อง และสามารถพิจารณาผลลัพธ์ด้วยตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะ และมีความสามารถในการนำไปใช้จริงของบุคคลได้มากขึ้น (วรวรรณ, 2553) เหล่านี้เป็นวิธีการส่งเสริมกลไกการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหา ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาการปรับตัวในการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอุทกภัยด้วยวิธีง่ายๆ แต่ได้ผลดี มีความพร้อมในการป้องกันภาวะวิกฤตทางจิตใจที่จะเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติดูแลตนเอง เห็นได้จากการแลกเปลี่ยนความรู้สึกของกลุ่มตัวอย่างซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างรู้สึกผ่อนคลาย และมีแนวทางในการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อมีความรู้ดีกว่าตนเองอยู่ในภาวะคับขันจากสถานการณ์ที่วิกฤต เช่น “ที่ฝึกหายใจด้วยตัวเองก่อนนอน รู้สึกดีและผ่อนคลายมาก และคิดว่าจะทำต่อไป” และ “จริงๆ การหายใจที่สอนมา พวกเราก็ทำอยู่แล้ว

แต่มีหลักการมากขึ้น ช่วยให้เห็นประโยชน์ของมัน พอเราหายใจแบบมีสติ เราก็รู้สึกสดชื่น และบางทีก็ทำให้หลุดออกจากเรื่องเครียดๆ ได้” เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเสนอแนะวิธีการอื่นๆ เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติการดูแลตนเองมากขึ้น เช่น “ที่ว่าควรมีอุปกรณ์เสริมมาเยอะๆ นะ เราอาจใช้อุปกรณ์การนวดร่วมด้วยก็ได้” เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาของสุปรียา (2550) มองว่าบุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงตนเองและปรับพฤติกรรมของตนเองได้นั้นต้องมีแรงจูงใจ จากการวิจัยสังเกตได้ว่า กลุ่มตัวอย่างให้ความสนใจในการเข้าร่วม โปรแกรมเป็นอย่างมาก ทั้งนี้อาจเกิดจากการวางเป้าหมายร่วมกันในแต่ละครั้ง เช่น “วันนี้พี่ได้ทวนความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีมาก และคิดว่าสม. ท่านอื่นก็คงชอบ เป้าหมายของแต่ละคนอาจไม่เหมือนกัน แต่เป้าหมายตอนนี้คือ พี่รู้แล้วว่าความรู้มันสำคัญ และทำให้พี่เอาไปใช้ได้” เป็นต้น จากการวางเป้าหมายดังกล่าวร่วมกัน ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง สอดคล้องกับพลังอำนาจของโอเร็มที่กล่าวถึงแรงจูงใจว่า การปฏิบัติการดูแลตนเองของบุคคลต้องอาศัยแรงจูงใจสำหรับนำเข้าสู่การดูแลตนเองอย่างเป็นทางการ (Orem, 2001) ตระหนักเห็นความสำคัญของการดูแลจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากการส่งเสริมการทำกิจกรรม ชื่นชม และให้กำลังใจ ตลอดจนสนับสนุนให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็น และเข้าร่วม โปรแกรมจนครบ 5 ครั้ง มีข้อเสนอแนะ ความคิดเห็นที่ดีเกี่ยวกับการดำเนิน โปรแกรม และส่งเสริมให้มีแนวทางการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลของจิตใจได้ (Aguilera, 1994) ซึ่งในขณะนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถสะท้อนและตัดสินใจดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง โดยมีปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่สนับสนุนให้สามารถเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองได้ (Orem, 2001) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ซึ่งมีอายุระหว่าง 41-60 ปี และอยู่ในวัยที่สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองจากการเรียนรู้ และสั่งสมประสบการณ์การดูแลตนเองในอดีต ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการเผชิญปัญหาหลายวิธี และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมเข้าสู่ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง เช่น “อุทกภัยนี้มันเป็นเรื่องใกล้ตัวที่เหมือนกับจะรู้อยู่แล้ว พี่อาจจะมองว่าทำไมต้องมาพูดกันอีก แต่ถ้าพอเอาเข้าพอมันมาจริงๆ ก็พูดไม่ออก จากเรื่องที่รู้อยู่แล้วก็กลายเป็นไม่รู้เหมือนเดิม การได้มาอบรมครั้งนี้ถือว่าเป็นการเตรียมพร้อมที่ดีมาก พี่จะนำสิ่งที่ได้รับไปใช้ และเผยแพร่ด้วย” และ “พี่คิดว่าทั้งความรู้ หรืออะไรก็แล้วแต่ทำให้พี่ได้เห็นความสำคัญ จากที่พี่ไปปฏิบัติมา ไปอ่านคู่มือมา ทำให้รู้ว่าพี่ต้องให้ความสำคัญที่จิตใจของตนเองด้วย”

ระยะปฏิบัติการดูแลตนเอง เป็นระยะที่ต่อเนื่องจากระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ระยะนี้จะเป็นการนำความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย ความรู้ในการดูแลจิตใจตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองมาประเมินความสามารถในการดูแลตนเองว่าสิ่งที่ปฏิบัติ เหมาะสมกับตัวเองหรือไม่ หรือบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างไร ภายใต้กิจกรรมการสนับสนุนให้เกิดการร่วมสะท้อนคิด และใช้สถานการณ์ตัวอย่างเพื่อให้เห็น

มุมมองของความเข้าใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง (ภาคผนวก ง) พบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ และปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม เช่น “พี่คิดว่าถ้าพี่เป็นนางสาวคน นี้พี่จะต้องตั้งสติก่อน แล้วค่อยๆ คิดว่าเหตุที่ขยายตายเกิดจากอะไรกันแน่ ไม่ใช่มีวแต่โทษคนอื่น” และ “ถ้าพี่เป็นนาย ก. ด้วยความที่เรามีประสบการณ์อยู่แล้ว พี่อาจจะต้องยกบ้านให้สูงขึ้น เพราะเรา รู้อยู่แล้วว่ามันท่วมสองสามครั้ง เครียดก็จริง แต่สามารถจัดการ ได้ ลูกเมียก็ยังอยู่ก็ช่วยๆ กัน” เป็นต้น ซึ่งการสร้างสถานการณ์ในใบกิจกรรมที่ 5 เป็นการเตรียมสิ่งแวดล้อมให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ได้ โดยนำความรู้ที่ได้รับและการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองใน ระยะเวลาประเมินการดูแลตนเอง และระยะเวลาเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเองมาสู่การปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมจากกระบวนการเรียนรู้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พบว่าปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญคือประสบการณ์ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับประสบการณ์ที่เกี่ยวกับอุทกภัยเฉลี่ย 1-3 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของสุภัทธ์ (2554) ซึ่งกล่าวไว้ว่า อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัด สงขลาเกิดขึ้นทั้งหมด 3 ครั้ง ส่งผลกระทบต่อและเกิดความเสียหายจำนวนมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับว่ารุนแรง จึงเป็นไปได้ว่า ประสบการณ์ที่ได้รับเป็นการสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแล สุขภาพ และลงมือปฏิบัติการดูแลตนเองได้ (Orem, 2001)

จากการดำเนิน โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ทั้ง 3 ระยะ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงคุณค่าของการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น กิจกรรมดังกล่าวเป็นการ ส่งเสริมให้เกิดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง (Taylor & Renpenning, 2011) ได้แก่ ความเอาใจใส่ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตนเอง การมีแรงจูงใจและการมีเป้าหมายในการดูแลตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถกระทำการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีการแลกเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจของแต่ละคนผ่านประสบการณ์เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ รวมทั้งความต้องการความรู้ทางการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น แสดงถึงการรับรู้การดูแลตนเอง ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย และเข้าใจที่จะเรียนรู้ร่วมกันสอดคล้องกับที่โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การกระทำที่ก่อให้เกิดการรับรู้การดูแลตนเองส่งผลให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังสามารถอธิบายเหตุผลของการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง ผ่านการทำแบบฝึกหัดและการแสดงความคิดเห็น รวมทั้งมีความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวทางที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งได้รับการยอมรับอย่างเต็มปากเต็มคำว่ามี ความเหมาะสม และสามารถจดจำนำไปใช้ได้ในช่วงเวลาปกติ ขณะเกิดอุทกภัย หลังเกิดอุทกภัย ซึ่งแนวทางการชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ช่วยให้เกิดการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ยังประกอบด้วยคู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโปรแกรม เครื่องมือดังกล่าวมีส่วนช่วยเพิ่มความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี เนื่องจากจัดเป็นการให้ความรู้ที่มีแบบแผนต่อเนื่อง การมีแผนการสอน หรือแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม เช่นเดียวกับงานวิจัยของขวัญใจ (2549) คุณัสปรกรณ์ พรชัย และวาริ (2555), จันทพรและชนกพร (2550), พัทธริน (2551), อมรรัตน์ และคณะ (2554) พบว่าการมีแผนการสอน หรือแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ที่ทำให้ผลของโปรแกรมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเปิดอ่าน ทบทวน หรือทำความเข้าใจได้ตลอดเวลา สอดคล้องกับงานวิจัยซึ่งนำคู่มือมาใช้ในโปรแกรม ได้แก่ คู่มือการดูแลตนเองเพื่อบรรเทาความเหนื่อยล้าสำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว คู่มือการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองสำหรับผู้ดูแล เป็นต้น (จิราภรณ์, 2551; พัทธริน, 2554; สมฤดี, ไช้มุกด์, และอาภาวรรณ, 2554; อมรรัตน์ และคณะ, 2554) ซึ่งผลที่ได้มีส่วนช่วยให้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น

นอกจากนี้การดำเนินโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยซึ่งใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 5 สัปดาห์นั้น ยังเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินโปรแกรมสอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวกับระบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่ดำเนินโปรแกรมในระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ (พัทธริน, 2554; มนัสมัน, 2555; สมฤดี, ไช้มุกด์, และอาภาวรรณ, 2554; อมรรัตน์ และคณะ, 2554) ซึ่งจากการสอบถามกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมักมีภารกิจ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้วันละหลายชั่วโมง ดังนั้นการออกแบบโปรแกรมจึงเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม เหมาะแก่การเรียนรู้ ซึ่งส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. เปรียบเทียบความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมภายหลังการทดลองโดยใช้คะแนนความรู้ก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p < .001$) (ตาราง 4) และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .05$) (ตาราง 5) สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง เป็นการยืนยันให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ผู้วิจัยจัดขึ้นสามารถเพิ่มความรู้และ

ความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าจะแนบความรู้ก่อนการทดลองจะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก็ตาม แต่ก็ได้แสดงให้เห็นถึงความน่าเชื่อถือของประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยว่าสามารถเพิ่มความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองได้ และแม้ว่าในกลุ่มควบคุมจะมีคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นด้วยก็ตาม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการหว่างการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง กลุ่มควบคุมอาจได้รับการอบรมหรือความรู้ที่ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมได้ และจากการสอบถามหัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุขพบว่า กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการพบปะกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งเพื่อรับค่าตอบแทนและพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนประเด็นปัญหาจากการทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลนครหาดใหญ่ จึงอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองมีการแลกเปลี่ยน พูดคุยซึ่งกันและกัน จึงทำให้คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามพบว่าคะแนนความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้มีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เช่น หลังการทดลอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (อมรรัตน์ และคณะ, 2554) เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังของพัชริน (2554) ที่พบว่า ความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การศึกษาในกลุ่มมารดาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ พบว่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (สมฤดีและคณะ, 2554) นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของจตุมา (2549) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของมนัสมัน (2555) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์มุสลิมภาวะโลหิตจางหลังได้รับ โปรแกรมสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังนั้นจึงเป็นที่ยอมรับได้ว่าการใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ดังกล่าวข้างต้นจึงช่วยให้เกิดความรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย เป็นโปรแกรมที่ใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายที่เฉพาะเจาะจงใน

การใช้วิธีการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเอง 3 ระยะคือ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และระยะการปฏิบัติการดูแลตนเองภายใต้การพิจารณาองค์ประกอบสำคัญของภาวะวิกฤตทางจิตใจในการรับรู้ต่อสถานการณ์อุทกภัย ความรุนแรง การเผชิญปัญหา โดยใช้วิธีการช่วยเหลือ 4 วิธี ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอนที่เหมาะสมในการผ่านพ้นวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยได้ การดำเนินการได้กำหนดกิจกรรมจำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 90-120 นาที ซึ่งพบว่าโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถนำไปส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิกของชุมชนเพื่อเป็นต้นแบบในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันภาวะวิกฤตจากปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่อไป

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนหลัง (pretest- postest two groups design) มีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาที่มีประสบการณ์การเกิดอุทกภัยเมื่อพ.ศ. 2553 และยังไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางจิตวิทยามเกิดอุทกภัย จำนวน 52 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน โดยคัดเลือกคุณสมบัติตามกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 เป็นระยะเวลา 5 ครั้ง ครั้งละ 1 วัน วันละ 90-120 นาที

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ซึ่งประกอบด้วยแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ และคู่มือการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบวัดความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย 2) แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง เครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงจากแบบวัดความรู้ โดยใช้วิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และหาความเที่ยงจากแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบไคสแควร์ ทดสอบสถิติทีคู่เพื่อเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และทดสอบสถิติทีอิสระเพื่อเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังการได้รับ โปรแกรมของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่า คะแนนความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยหลังได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ($M = 76.83, SD = 10.03$; $M = 120.08, SD = 9.87$) สูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม ($M = 64.36, SD = 11.31$; $M = 81.46, SD = 8.45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001 (p < .001)$

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมพบว่า เมื่อนำคะแนนความรู้ก่อนการทดลองมาเป็นตัวแปรร่วมแล้ววิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า หลังการทดลองอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.001 (F = 23.27, p < .001)$ และความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม ($M = 120.08, SD = 9.87$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 106.19, SD = 16.24$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05 (p < .05)$

ข้อจำกัดการวิจัย

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ พบกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชาย

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการใช้โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยใช้ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา การวิจัยในครั้งนี้มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะการนำงานวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยในครั้งนี้ทำให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการนำไปใช้จัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย และพบประโยชน์ในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการบริหารพยาบาล

ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการนำโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้ในการฝึกอบรม ให้ความรู้ หรือบรรยายในหลักสูตรของกรอบมอศาสัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนมีการนัดหมายเพื่อติดตามความรู้ และระดับความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ

2. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

ควรมีการนำแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปเผยแพร่ให้เกิดประโยชน์ในชุมชน โดยการนำไปใช้กับประชาชนในชุมชนซึ่งเป็นผู้ประสบอุทกภัย เป็นการส่งเสริมให้เกิดความรู้ และเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ประสบอุทกภัย

3. ด้านการศึกษา

ควรมีการจัดทำแนวทางหรือรูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยให้เหมาะสมกับระยะของภาวะวิกฤตทางจิตใจ และมีการให้ความรู้แก่บุคลากรทางด้านสาธารณสุขเกี่ยวกับการนำโปรแกรมจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้ในการเพิ่มความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดความเสียหายและปัญหาทางสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยในผู้ประสบอุทกภัยทั่วไป และติดตามวัดผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยในระยะเวลาหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน

2. ควรมีการศึกษาติดตามผลการนำโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยไปใช้เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเผชิญอุทกภัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *ผลกระทบทางสุขภาพจิตจากภัยพิบัติ และบาดแผลทางจิตใจที่มีต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). *คู่มือการดูแลจิตใจในภาวะภัยพิบัติจากธรรมชาติสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. 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*. จากเว็บไซต์ <http://www.dmh.go.th/dmh/flood54/>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ข). *ผืนใจกำลัง ร่วมใจ สู้กับภัยน้ำท่วม-การเตรียมตัวเตรียมใจก่อนภัยน้ำท่วม ฉบับประชาชน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ค). *ผืนใจกำลัง ร่วมใจ สู้กับภัยน้ำท่วม ฉบับผู้ช่วยเหลือ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ง). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชซิ่ง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554จ). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ระยะเตรียมการ: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชซิ่ง.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554ฉ). *แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต ระยะฟื้นฟู: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ สำหรับหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ พับลิชชิ่ง.
- กองสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือ อสม. มีอาชีพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พระพุทธรักษาแห่งชาติ.
- กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย. (2555). *งานป้องกันน้ำท่วม*. จากเว็บไซต์ http://www.dpt.go.th/km_flood/index.files/Page288.htm
- กรมอนามัย. (2555). *คู่มือการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการและน้ำในภาวะฉุกเฉินหรือสาธารณภัย*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมอุตุนิยมหาวิทยาลัย. (2550). *หนังสืออุตุนิยมหาวิทยาลัย*. จากเว็บไซต์ <http://www.tmd.go.th/info/info.php?FileID=70>
- กรมอุตุนิยมหาวิทยาลัย. (2555). *อุทกภัยในภาคใต้*. *วารสารกรมอุตุนิยมหาวิทยาลัย*, 12(2), 36-41.
- กรมชลประทาน. (2010). *สรุปเหตุการณ์น้ำท่วมปี 2553*. จากเว็บไซต์ <http://portal.in.th/hatyai/flood/pages/13632>.
- กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย. (2553). *ส่วนที่ 2 กระบวนการป้องกันและบรรเทาภัย ด้านสาธารณภัย*. จากเว็บไซต์ <http://www.disaster.go.th/dpm/users/files/plan/plan003.pdf>.
- กลุ่มงานสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2554). *อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)*. จากเว็บไซต์ http://www.udo.moph.go.th/sw5/viewpage.php?page_id=1
- เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. (2554). *สุขภาพจิตกับภาวะวิกฤต*. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(3), 247-249.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, และปารณัฐ สุขสุทธิ. (2550). *อาสาสมัครสาธารณสุข: ศักยภาพและบทบาทในบริบทสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป*. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 1, 268-279.
- ขวัญใจ ลือเมือง. (2556). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย*, วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- คุณสปรกรณ์ มัคคัปลานนท์, พรชัย จูเมตต์, และวาริ กังใจ. (2555). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการปฏิบัติตนต่อความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุหลังผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม*. *วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาแห่งประเทศไทย*, 18(1), 129-144.

- เครือข่ายเมืองในเอเชียเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. (2554ก). *คู่มือชุมชนวัด
ภาคใหญ่ในรับมืออุทกภัย*. สงขลา: เทศบาลนครหาดใหญ่.
- เครือข่ายเมืองในเอเชียเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. (2554ข). *คู่มือชุมชนบ้านต้น
ลุงรับมืออุทกภัย*. สงขลา: เทศบาลนครหาดใหญ่.
- เครือข่ายเมืองในเอเชียเพื่อรับมือกับการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ. (2554ค). *คู่มือชุมชนประธาน
ศิริวัฒน์รับมืออุทกภัย*. สงขลา: เทศบาลนครหาดใหญ่.
- คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2552). *แผนการป้องกันและบรรเทาสา
ธารณภัย พ.ศ. ๒๕๕๓-๒๕๕๗*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายป้องกันและบรรเทาสา
ธารณภัย กรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
- คำนาย อภิปรัชญาสกุล. (2554). *วิกฤตการณ์น้ำท่วมประเทศไทยปี ๒๕๕๔ วิเคราะห์สาเหตุ
แนวทางป้องกัน และลดความเสียหายจากน้ำท่วม*. กรุงเทพมหานคร: โฟกัสมีเดีย แอนด์
พับลิชชิง.
- จันทพร ชีรทองดี, และชนกพร จิตปัญญา. (2550). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนความรู้ต่อการ
รับรู้การดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *วารสารพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 19(1), 121-133.
- จินตนา บุญจันทร์, ศิริพร มงคลถาวรชัย, เพชรรัตน์ บุตะเจียว, จงกล พลตรี, และรัชนี ศรีวิชัย.
(2555). *โรงพยาบาลเครือข่ายช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากภัยน้ำท่วม: กรณี
โรงพยาบาลศรีนครินทร์*. *วารสารสภาการพยาบาล*, 27, 44-51.
- จิราภรณ์ บุตรทอง. (2551). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าร่วมกับ โยคะต่อความ
เหนื่อยล้าในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จูไรรัตน์ สวัสดิ์. (2547). *ระดับความเครียดของผู้รับบริการที่ได้รับการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
และการฝึกนวดด้วยตนเองในคลินิกคลายเครียด โรงพยาบาลสงขลา*. สารนิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จตุมา ชูเผือก. (2549). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกาย
ด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง
และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลพนมวัง อำเภอกวน
ขนุน จังหวัดพัทลุง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จำลอง ดิษยวันิช, และพริ้มเพรา ดิษยวันิช. (2547). *ความเครียดและสรีรวิทยาของความเครียด.
วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 47(3), s1-s4.

- ชาญชัย เจริญสุข, และกาญจนา นาถะพินธุ. (2555). ผลกระทบต่อสุขภาพจากภัยน้ำท่วมและการปรับตัวของประชาชนในพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 5(3), 1-9.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2553). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2551). การตัดเกรด. *เวชบันทึกศิริราช*, 1(2), 107-113.
- ทองเปลว กองจันทร์. (2555). *การเสวนาหัวข้อเรื่องการสรุปบทเรียนมหาอุทกภัย 2554*. จากเว็บไซต์ <http://www.eric.chula.ac.th/activities/>.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณ มิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวิดา กมลเวช. (2554). *คู่มือการจัดการภัยพิบัติท้องถิ่น*. กรุงเทพมหานคร: ชรรมดาเพรส.
- เทพพรณี เสตสุบรรณ. (2541). *ภัยพิบัติจากธรรมชาติในเขตร้อน*. กรุงเทพมหานคร: โอ.เอส.พรีนติ้ง. เฮ้าส์.
- เทศบาลนครหาดใหญ่. (2554). *คู่มือพร้อมรับสถานการณ์อุทกภัย*. สงขลา: เทศบาลนครหาดใหญ่.
- เทศบาลนครหาดใหญ่. (2555). *ต้นแบบการพัฒนาคุณภาพการให้บริการประชาชน Best Practice รางวัลบริการภาครัฐแห่งชาติ ประจำปี 2555*. จากเว็บไซต์ <http://hatyaicityclimate.org/upload/forum/55.pdf>
- ธวัชชัย ดิงสัญชติ, เสรี ศุภราทิตย์, วรากรณ์ ไม้เรียง, และเลิศศักดิ์ รั้วตระกูลไพบูลย์. (2546). *รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาแผนหลักการจัดการภัยธรรมชาติที่เกี่ยวข้องกับน้ำ: น้ำท่วม น้ำแล้ง และแผ่นดินถล่ม*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- นันทิรยา โลหะไพบูลกุลย์, สะอาด มุ่งสิน, เขียวเรศ ประภาษานนท์, วรางคณา บุตรศรี, มนต์ภรณ์ พลสมักร, บุญชัย ภาละกาล และวสันต์ วงษ์อนันต์. (2550). *ศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนในภาวะน้ำท่วม “กรณีศึกษา: น้ำท่วมจังหวัดชัยนาท”*. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์.
- นมัสมัน เจาะโนะ. (2555). *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้เพื่อลดภาวะโลหิตจางต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์มุสลิม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- พัชริน แน่นหนา. (2554). *โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม*. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(3), 10-22.

- พิไลรัตน์ ทองอุไร, ขวัญตา บาลทิพย์, และนิดา วุฒิวัย. (2544). รายงานการวิจัย ปรากฏการณ์การปรับตัวของผู้ประสพภัยน้ำท่วม ณ อำเภอหาดใหญ่ 2543. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พนม เกตุมาน. (2555). ปัญหาทางจิตใจหลังภัยอันตราย. ใน ญัญญา สายเสวย และคณะ (บรรณาธิการ). *คู่มือช่วยเหลือจิตใจผู้ประสพภัยน้ำท่วม* (หน้า 61-71). กรุงเทพมหานคร: มีเดีย เพรส.
- พิทักษ์พล บุญยามาลิก, สุพัฒนา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2555). ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ประสพอุทกภัย จังหวัดอุดรดิศดปี 2549: การติดตามดูแลระยะยาว 1 ปี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 165-174.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ, ชมพูนุช โสภจารย์, พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤศ, สุชาดา รัชชกุล, และวิณา จีระแพทย์. (2549). *การเผชิญกับภัยพิบัติ: คู่มือปฏิบัติการช่วยเหลือดูแลด้านจิตใจแก่ผู้ประสพภัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เมตตา ผิวขำ. (2549). *การปรับตัวของผู้ที่ประสพปัญหาอุทกภัยซ้ำซาก: กรณีศึกษาชุมชน บ้านหาดสวนยา อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- เขาวดี รางชัยกุล วิบูลย์ศรี. (บรรณาธิการ). (2554). *การวัดผลและการสร้างแบบสอบผลสัมฤทธิ์ (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รจยา ชัชวางกูร. (2553). *หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปีพุทธศักราช 2553*. กรุงเทพมหานคร: องค์การทหารผ่านศึก.
- เรวดี ประเสริฐเจริญสุข. (บรรณาธิการ). (2554). *คู่มือการจัดการภัยพิบัติ: มุมมองมติหญิงชาย*. กรุงเทพมหานคร: ม.ป.ท.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา, และปิยะนุช จิตตะนนท์. (2551). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสริมสร้างสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 150-162.
- วันทนีย์ ดวงแก้ว, วรจันทร์ เพชรพิเชษฐเชียร, และวิภา แซ่เซี่ย. (2554). ผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่ออาการปากแห้งและเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(3), 1-16.
- วัชร ทรัพย์มี. (2551). *ทฤษฎีให้บริการปรึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- วินิภาญจน์ คงสุวรรณ, ศรีสุดา วานาลีสิน, วันดี สุทธิรัมย์, วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช, สุพร
 ดำนวนรัตน์, และแสงจันทร์ รุ่งเรืองกลกิจ. (2556). รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนา
 รูปแบบการป้องกันภาวะวิกฤตสุขภาพจิต และการเยียวยาทางจิตใจของผู้ประสบอุทกภัย
 อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. โครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่จังหวัด
 สงขลาแบบสร้างสรรค์ สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
 วรวรรณ วานิชย์เจริญชัย. (2553). การเรียนรู้การปฏิบัติ: การประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน.
 วารสารพยาบาลศาสตร์, 28(4), 36-44.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2553). เทคนิคในการทำให้จิตใจของผู้ป่วยที่เคยได้รับความกระทบกระเทือน
 ทางด้านจิตใจมั่นคงขึ้น. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- สุภัทท์ วงศ์วิเศษสมใจ. (2554). ภัยพิบัติจากน้ำท่วมบริเวณภาคใต้ของประเทศไทย กทม. และลุ่ม
 แม่น้ำเจ้าพระยา [บทคัดย่อ]. วารสารสงขลานครินทร์, 31(2), 213-227.
- สุปรียา ตันสกุล. (2550). ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์: แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและ
 ส่งเสริมสุขภาพ. วารสารสุขศึกษา, 30(105), 1-5.
- สุนันทา ลักษ์ธิดิกุล และอุไร หัตถกิจ. (2550). การดูแลบาดแผลผู้ประสบกรณีพิบัติภัยของพยาบาล
 ในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(5), 389-400.
- สุนันทา ลักษ์ธิดิกุล, อุไร หัตถกิจ, และจิรพรรณ พิรุฒติ. (2551). ประสบการณ์ของพยาบาลในการ
 ปฏิบัติงานกรณีกรณีพิบัติภัยในโรงพยาบาลของจังหวัดพังงา. สงขลานครินทร์เวชสาร,
 26(4), 349-360.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
 วี.เจ. ฟรินดิง.
- สมฤดี เลิศงามมงคลกุล, ไช้มุกข์ วิเชียรเจริญ, และอาภาวรรณ หนูคง. (2554). ผลของโปรแกรมการ
 พยาบาลที่เน้นระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่
 ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 29(4), 54-60.
- สำนักสุขาภิบาลและน้ำ กรมอนามัย. (2555). คู่มือการดำเนินงานในสุขาภิบาลอาหารและน้ำใน
 ภาวะฉุกเฉินหรือสาธารณะ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). รายงานการศึกษาเบื้องต้น:
 การจัดการภัยพิบัติและฟื้นฟูบูรณาการหลังการเกิดภัย กรณีศึกษาไทยและต่างประเทศ.
 กรุงเทพมหานคร: เพชรรุ่ง.
- สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณสุข จังหวัดยะลา. (2551). ภัยพิบัติ. จากเว็บไซต์ <http://www.yaladpmd.com/user/index.php>

- สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์. (2552). *อุทกภัยบ้านน้ำก้อ: เพชรบูรณ์*. จากเว็บไซต์ http://www.rtrc.in.th/ewt_news.php?nid=296&filename=index
- สำนักวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. (2554). *หาคใหญ่เข้มแข็ง ผู้ภัยน้ำท่วม*. จากเว็บไซต์ <http://rdo.psu.ac.th/hy-flood/index.php/-1/24>
- อมรรัตน์ สมมิตร, ชมนาด วรรณพรศิริ, และสุชาติณี ธรรมอารี. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 55-66.
- อำพร วิริยะ โกศล, เกิดศิริ เจริญวิศาล, ธนกร วุฒิไกรวิบูลย์, และวิวัฒน์ แซ่หลี่. (2544). *การประเมินเบื้องต้นของความเสียหายทางเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากอุทกภัยเมืองหาดใหญ่ในปี พ.ศ. 2543*. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- Adams, L. (2007). Mental health needs of disaster volunteers: A plea for awareness. *Perspectives In Psychiatric Care*, 43(1), 52-54.
- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Ahmad, N., Ahmad, N., Bukhari, T. A., & Munir, N., T. A., & Munir, N. (2011). The prevalence of post traumatic stress disorder (PTSD) among flood affected school children in Pakistan. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3, 445-451. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/878743709?accountid=28431>
- Alderman, K., Turner, L. R., & Tong, S. (2012). Floods and human health: A systematic review. *Environment International*, 47, 34-47. doi: 10.1016/j.envint.2012.06.003.
- Asia Pulse. (2012, Jan 03). *Flood crisis effect on Thai economy highest in november: BOT*. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/913311462?accountid=28431>
- Australian Self Medication Industry[ASMI]. (2008). *What is self-care?*. Retrieved from <http://www.asmi.com.au/self-care/What-Is-Self-Care.aspx>
- Benter, S. E. (2005). Crisis intervention. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing*(8th ed., pp.221-238). Missouri, MO: Mosby.
- Bovornkitty, S. & Menasveta, P. (2007). Global warming and human health. *Journal of Health Systems Research*, 1, 202-203.
- Burgess, A. W.,& Baldwin, B. A. (1981). *Crisis intervention theory and practice: A clinical handbook*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Daminga, G. B., & Margaret, T. D. (2011). *Anxiety and anxiety disorders: Psychiatric nursing*. New York, NY: Mc Graw-Hill.
- Eun-Hee Chae, Kim, T. W., Rhee, S., & Henderson, T. D. (2005). The impact of flooding on the mental health of affected people in south Korea. *Community Mental Health Journal, 41*, 633-645. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-005-8845-6>.
- France, K. (1982). *Crisis intervention: A handbook of immediate person-to-person help*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Frisch, N. C., & Frisch, L. E. (Ed.). (2006). *Psychiatric mental health nursing* (3rd ed.). Canada: Thomson.
- Geoscience Australia. (2013, August 19). *What is a flood?*. In Hazard. Retrieved from <http://www.ga.gov.au/hazards/flood/flood-basics/what.html>
- Hill, L. & Smith, N. (1990). *Self-care: Nursing promotion of health*. (2nd ed). Norwalk, CA: Appleton & Lange.
- Inter-Agency Standing Committee[IASC]. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.
- Jha, K.A., Bloch, R., & Lamond, J. (2012). *Citizens and flooding: A guide to integrated urban flood risk management for the 21st century*. Washington, D. C.: The World Bank.
- Kanel, K. (2003). *A guide to crisis intervention* (2nd ed.). Fullerton, CA: California State University.
- Kennett-Hensel, P., Sneath, J. Z., & Lacey, R. (2012). Liminality and consumption in the aftermath of a natural disaster. *The Journal of Consumer Marketing, 29*, 52-63. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/07363761211193046>
- Khousam, H. R., Tan T. D., & Gill T. S. (2007). *Handbook of emergency psychiatry*. Philadelphia, PA: 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.
- Musulin, R., Krovvidi, A., Bowen, S., Attard, G., & Dhara, S. (2012). *2011 Thailand floods events recap report-impact forecasting-March 2012*. Chicaco, IL: Impact Forecasting LLC.

- National Institute of Mental Health. (2012). *Post-traumatic stress disorder (PTSD)*. Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.html>
- National Oceanic and Atmospheric Administration [NOAA]. (2010). *Definitions of flood and flash flood*. Retrieved from <http://www.srh.noaa.gov/mrx/hydro/flooddef.php>
- Neeb, K. (2001). *Fundamentals of mental health nursing* (2nd ed.). Philadelphia, PA: F. A. Davis.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby Year book.
- Pender, N. L. (1982). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Appleton-century crofts.
- Pielke, A. Jr. (1999). Nine fallacies of floods. *Climatic Change*, 42, 413-438. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1005457318876>
- Polit, D. F. & Beck, C. F. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.
- Roger, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Romanowski, S. A. (2010). *Storm surge flooding: Risk perception and coping strategies of residents in Tsawwassen, British Columbia*. (Order No. MR60551, University of Alberta (Canada)). *ProQuest Dissertations and Theses*, 125. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/288229748?accountid=28431>. (288229748).
- Tariq, M. A. U. R. & Van de Giesen, N. (2012). Floods and flood management in Pakistan, *Physics and Chemistry of Earth*, 47-48, 11-20. doi: 10.1016/j.pce.2011.08.014.
- Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care science, nursing theory, and evidence based practice*. New York, NY: Springer.
- Unlu, A., Kapucu, N., & Sahin, B. (2010). Disaster and crisis management in turkey: A need for a unified crisis management system. *Disaster Prevention and Management*, 19(2), 155-174. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/09653561011037977>
- Ursano, R. J., Fullerton, C. S., Weisaeth, L., & Raphael, B. (2007). *Textbook of disaster psychiatry*. New York: Cambridge University Press.
- Vos, F., Rodriguez, J., Below, R., & Guhasapir, D. (2012). *Annual disaster statistic review 2009-The number and trends*. Belgium: Ciaco Imprimerie.

- Wind, T. R., Joshi, P. C., Kleber, R. J., & Komproe, I. H. (2013). The impact of recurrent disasters on mental health: A study on seasonal floods in northern India. *Prehospital and Disaster Medicine, 28*(3), 279-85. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1049023X13000290>
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Floods: Climate change and adaptation strategies for human health*. London: United Kingdom.
- Wymer, W. (2012). Gender differences in social support in the decision to volunteer. *International Review on Public and Non - Profit Marketing, 9*(1), 19-26. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s12208-011-0072-y>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณของ โคเฮน (Cohen as cited in Polit & Beck, 2012) ดังนี้

กำหนดให้

μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

μ_2 คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

σ_1 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

σ_2 คือ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

โดยใช้สูตร

$$ES = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

$$\sigma = \sqrt{\sigma_1^2 + \sigma_2^2 / 2}$$

จากงานวิจัยของจตุมา (2549) เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุน และให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมการออกกำลังกายด้วยการเดินแบบภูมิปัญญาไทยต่อสมรรถภาพทางกาย ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน: กรณีศึกษา ตำบลพนมวัง อำเภอกวนขนุน จังหวัดพัทลุง

แทนค่าได้ ดังนี้

$$\mu_1 = 215.51$$

$$\mu_2 = 195.00$$

$$\sigma_1 = 17.77$$

$$\sigma_2 = 20.36$$

$$ES = \frac{215.51 - 195.00}{\sqrt{17.77^2 + 20.36^2 / 2}} = 1.07$$

จากนั้นเปิดตารางอำนาจการทดสอบของ Polit & Beck (2012) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ .80 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 25 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 รวมได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจในการทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ซึ่งท่านสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้โดยความสมัครใจของท่าน หากท่านเข้าร่วมวิจัยจะได้รับความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ คู่มือ แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งจะใช้เวลาในการเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 5 สัปดาห์ๆ ละ 90-120 นาที การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ การรักษาในสถานบริการสุขภาพและจะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของท่าน ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลงานวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และหากท่านมีข้อสงสัยใดให้ซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

ท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการให้ข้อมูลของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติงานการบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยต่อไป จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยให้ติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-471-2440

วิลาวรรณ คริสต์รักษา

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น และมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

ภาคผนวก ค

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (สำหรับกลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจในการทำวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ ท่านจะได้รับความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ คู่มือ แบบวัดความรู้ และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 2 ครั้ง คือในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 5 การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการ การรักษาในสถานบริการสุขภาพและจะไม่เกิดอันตรายต่อสุขภาพของท่าน ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลงานวิจัย และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือขอลอนตัวออกจากงานวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และหากท่านมีข้อสงสัยใดให้ซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง

ท่านเป็นบุคคลสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้การวิจัยครั้งนี้เกิดประโยชน์สูงสุดจากการให้ข้อมูลของท่าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการปฏิบัติงานการบริการทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของประเทศไทยต่อไป จึงขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยให้ติดต่อสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ 089-471-2440

วิลาวรรณ คริสต์รักษา

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น และมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

4. สถานภาพ 1 โสด 2 หย่าร้าง
 3 แยกกันอยู่ 4 เสียชีวิต 5 อื่นๆ
5. อาชีพ 1 เกษตรกรรม 2 รับจ้าง
 3 ค้าขาย 4 รับราชการ
 5 อื่นๆ
6. รายได้.....บาท 1 เพียงพอ 2 ไม่เพียงพอ
7. โรคประจำตัว 1 ไม่มี 2 มี.....
8. นับถือศาสนา 1 พุทธ 2 อิสลาม 3 คริสต์
9. ดำรงตำแหน่งเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....ปี
10. การฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลตนเองทางด้านจิตใจในภาวะวิกฤต
 1 เคย การอบรมครั้งสุดท้ายวันที่.....
 2 ไม่เคย
11. ท่านเคยมีประสบการณ์ในการเกิดอุทกภัยครั้ง
12. ความรุนแรงของผลกระทบจากอุทกภัยที่เคยได้รับ
 1 รุนแรง
 2 ไม่รุนแรง
-

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

คำชี้แจง

แบบวัดความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยชุดนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เพื่อต้องการวัดความรู้ของท่านในเรื่องความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

ถ้าท่านมีความรู้ว่า ข้อความในประโยคนั้นถูกต้องให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตอบว่า "ใช่"

ถ้าท่านมีความรู้ว่า ข้อความในประโยคนั้นไม่ถูกต้องให้ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตอบว่า "ไม่ใช่"

คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อตัวท่านแต่อย่างใด แต่จะเป็นประโยชน์ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาความรู้ในครั้งต่อไป

ข้อ	คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1	อุทกภัย เป็นภัยธรรมชาติที่อันตราย เกิดจากน้ำที่ไหลล้นฝั่งแม่น้ำหรือทางน้ำเข้าท่วมพื้นที่ ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน		
2	อุทกภัยในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลาจัดเป็นอุทกภัยที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว		
3	อุทกภัยส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายทั้งโดยตรงและทางอ้อมเท่านั้น เช่น โรคเชื้อบาดทะยัก โรคตาแดง โรคฉี่หนู เป็นต้น		
4	นาง ข. เป็นโรคหอบหืดกำเริบหลังจากไม่ได้รับยาเพราะน้ำท่วมโรงพยาบาล เป็นผลกระทบจากอุทกภัย		
5	ภาวะวิกฤตทางจิตใจ หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ เมื่อต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ทำให้เกิดเสียสมดุลทางด้านจิตใจ เกิดความตึงเครียดส่งผลกระทบต่อรอบด้าน		
6	หลังน้ำลด 1 สัปดาห์ นาง อ. จัดข้าวของในบ้าน ไม่ยอมพูดจากับใคร แสดงว่านางอ.เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย		
7	นาง ม. อยู่บ้านคนเดียว ขณะน้ำเพิ่มระดับ นางม. ตัดสินใจขนทรัพย์สินขึ้นที่สูง แสดงว่านาง ม. มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม		
8	ระยะหลังการเกิดภาวะวิกฤต หากผู้ประสบอุทกภัยเกิดอาการเครียดอย่างรุนแรงควรปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือจิตแพทย์ทันที		
9	หลังจากน้ำลด 6 เดือน ท่านมีอาการมึนศีรษะ เนื่องจากนอนไม่หลับ ทานข้าวไม่ได้และน้ำหนักลด เพราะความวิตกกังวลเรื่องเพื่อนบ้านเสียชีวิต ท่านควรทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้เพื่อนบ้านทุกวัน		
10	เมื่อท่านเกิดความเครียดขณะน้ำกำลังมา ท่านสามารถดูแลจิตใจตนเองโดยวิธีที่เหมาะสมคือ การสวดมนต์		
11	ก่อนเกิดน้ำท่วม ท่านควรเตรียมจิตใจของท่านด้วยวิธีการเตรียมวิธีคลายเครียดไว้ตั้งแต่ก่อนน้ำท่วม		
12	การนวด ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้โดยการช่วยให้สารแห่งความสุขหลั่ง		
13	ผู้ประสบอุทกภัยที่มีแผลอักเสบตามผิวหนังสามารถทำการนวดด้วยตนเองได้		
14	การสูดลมหายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ ค้างไว้ แล้วหายใจออก ทำให้หัวใจเต้นถี่และเร็ว สมองแจ่มใสมากขึ้น		
15	การฝึกหายใจช่วยทำให้เกิดสมาธิ แต่ไม่สามารถผ่อนคลายความเครียดได้		

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำชี้แจง คำถามในข้อต่อไปนี้จะใช้ในการวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ข้อคำถามมีค่าคะแนน 1 ถึง 6 ระดับ ซึ่ง 1 หมายถึง น้อยที่สุด, 2 หมายถึง น้อยมาก, 3 หมายถึง น้อย, 4 หมายถึง ปานกลาง, 5 หมายถึง มาก, 6 หมายถึง มากที่สุด ขอให้ท่านทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงบนตัวเลขที่ท่านเห็นว่าตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	น้อยที่สุด						มากที่สุด
ระยะประเมินการดูแลตนเอง							
1. ท่านมีการรับรู้ความรุนแรงของอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
2. ท่านมีความตื่นเครียดจากอุทกภัยที่เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
3. ท่านได้รับข้อมูลการเกิดอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
4. ท่านได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากการเกิดอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
5. ท่านสามารถควบคุมตนเองเมื่อเกิดอุทกภัยได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
6. ท่านได้มีการทบทวนปัญหา/อุปสรรคในการเผชิญกับอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
7. ท่านได้รับการช่วยเหลือทางด้านปัจจัยพื้นฐานจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
8. ท่านได้รับการช่วยเหลือดูแลทางด้านจิตใจจากองค์กรหรือหน่วยงานต่างๆ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
9. ท่านมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือต่างๆ มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
10. ท่านมีวิธีการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นจากอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	

ข้อความ	น้อยที่สุด						มากที่สุด
11. ท่านได้รับข้อมูลการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
ระยะการเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง							
12. ท่านบอกกับตนเองได้ว่าต้องการการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
13. ท่านตัดสินใจที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
14. ท่านยอมรับได้ เมื่อจำเป็นต้องควบคุมหรือจำกัดการปฏิบัติการดูแลตนเองมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
15. ท่านสามารถให้เหตุผลในสิ่งที่กระทำหรือไม่กระทำได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
16. ท่านสามารถบอกผลดีและผลเสียของการตัดสินใจดูแลตนเองเมื่อเกิดอุทกภัยได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
17. ท่านสามารถเลือกใช้การเผชิญปัญหาเมื่อเกิดอุทกภัยได้อย่างเหมาะสมมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
18. ท่านมีวิธีการดูแลตนเองโดยคำนึงถึงการผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
ระยะการปฏิบัติการดูแลตนเอง							
19. ท่านเตรียมตนเองก่อนเกิดอุทกภัยในเรื่องต่างๆ ได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
20. ท่านสามารถบอกได้ว่าเมื่อปฏิบัติการดูแลตนเองแล้วท่านรู้สึกดีขึ้นมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
21. ท่านระบุประโยชน์ของการดูแลตนเองได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	

ข้อความ	น้อยที่สุด						มากที่สุด
22. ท่านสามารถเตรียมตัวในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเมื่อเกิดอุทกภัยได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
23. ท่านเชื่อมั่นว่าสิ่งที่ท่านได้ปฏิบัติดูแลตนเองเมื่อเกิดอุทกภัย มีความเหมาะสมมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
24. ท่านเอาใจใส่ดูแลตนเองตามที่ท่านตั้งเป้าหมายมากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
25. ท่านสามารถตัดสินใจเลือกใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	
26. ท่านใช้ข้อมูลที่ได้รับในการเผชิญภาวะวิกฤตได้มากน้อยเพียงใด	1	2	3	4	5	6	

ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

ระยะที่ 1 **ระยะประเมินการดูแลตนเอง (estimative operations)**

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม "ดูแลเขา ดูแลเรา เพราะเรารู้จักกัน"

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ เอื้อเพื่อซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย รวมทั้งระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยกัน
2. เพื่อสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัย
3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบ เข้าใจวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการ ช่วงเวลาและจำนวนครั้งในการเข้าร่วมวิจัย

อุปกรณ์

1. กระดาษ
2. ปากกา
3. เครื่องบันทึกภาพ
4. ใบชี้แจง และ ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
5. ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

วิธีการดำเนินการ

1. ให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยแนะนำตนเองจากกิจกรรมที่จัดให้ โดยใช้วิธีการตอบคำถามตามลำดับข้อ ต่อไปนี้
 - 1.1 ให้ท่านเขียนทักทายเพื่อนๆ เช่น สวัสดีค่ะ
 - 1.2 บอกคำนำหน้าชื่อของทุกท่าน เช่น นาง นางสาว
 - 1.3 ให้เขียนสิ่งที่ท่านกลัวมากที่สุด
 - 1.4 เขียนคำว่า "ชอบ" และตามด้วยสิ่งที่ท่านชอบมากที่สุด
 - 1.5 ให้เขียนสิ่งที่อยากจะบอกทุกคนในที่นี้

หลังจากนั้นให้แต่ละคนลุกขึ้นอ่านสิ่งที่เขียนลงไปในกระดาษ โดยขออาสาสมัครจำนวน 6-8 คน สำหรับผู้เข้าร่วมที่เหลือให้ลุกขึ้นแนะนำตัวเองทีละคน

1.6 เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัย บอกสิ่งที่คาดหวัง เป้าหมายที่ต้องการได้รับและสิ่งที่ยากบอกผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด จำนวนครั้งของการทำวิจัย วิธีการ รวมถึงสถานที่ในการจัดทำวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม "รู้จักตนเองเมื่ออุทกภัยมาเยือน"

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินการดูแลตนเองทางด้านจิตใจในยามเกิดอุทกภัย ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับอุทกภัย การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา
2. เพื่อให้รู้จักกับความรู้สึก อารมณ์และการจัดการอารมณ์ของตนเองก่อน ขณะ และหลังเกิดอุทกภัย

อุปกรณ์

1. แผ่นภาพผลกระทบจากการเกิดอุทกภัยจำนวน 3 ภาพ
2. วิดีโอเพลงดั่งดอกไม้บาน จำนวน 1 เพลง
3. กระดาษสีน้ำตาลแผ่นใหญ่จำนวน 2-3 แผ่น
4. ปากกาเคมี
5. โบงานที่ 1
6. คุกกี้

วิธีการดำเนินการ

1. นำเข้าสู่โปรแกรมโดยฝึกการกำหนดลมหายใจและทำท่าทางประกอบเพลง ดั่งดอกไม้บาน กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกกำหนดลมหายใจและทำท่าทางประกอบ

2. แสดงแผ่นภาพผลกระทบจากการเกิดอุทกภัย และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็น และความรู้สึกจากภาพดังกล่าว เพื่อสร้างความตระหนักในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

3. แบ่งสมาชิกกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม โดยการนับเลข 1-3 แล้วแบ่งกลุ่มเพื่อร่วมทำกิจกรรม โดยบอกผลกระทบและความเสียหายที่ได้รับ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดอุทกภัย แล้วให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็น และระบุวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิด

อุทกภัย โดยผู้วิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ (ใบงานที่ 1)

4. สิ้นสุดกิจกรรมและนัดหมายการเข้าร่วมวิจัยครั้งต่อไป

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ชื่อกิจกรรม "รู้ไว้ใช้ว่า"

ระยะเวลา 120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความตระหนักถึงการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อให้เกิดความรู้เรื่องอุทกภัย และภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยโดยใช้แนวทางการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1 เรื่อง การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ
2. งานนำเสนอ
3. คู่มือ

วิธีการดำเนินการ

1. เปิดเพลง “ตั้งดอกไม้บาน” เป็นการเตรียมความพร้อม และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ก่อนเข้าสู่กิจกรรม
2. ทบทวนกิจกรรมครั้งที่แล้ว โดยวิธีการสอบถามถึงกิจกรรม ความรู้ ประโยชน์ และสิ่งที่ได้รับ หลังจากนั้นจึงนำผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมการให้ความรู้เรื่องอุทกภัย และภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
3. สร้างความตระหนักในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยการให้ความรู้ ในหัวข้อ ดังหัวข้อต่อไปนี้
 - 3.1 ความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย ได้แก่ ความหมาย ประเภท และผลกระทบที่ได้รับ
 - 3.2 ความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้แก่ ความหมายของภาวะวิกฤตทางจิตใจ องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ การดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
 - 3.3 บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
4. สรุปกิจกรรมและความรู้ที่ได้รับ นัดหมายครั้งต่อไป และบอกถึงความสำคัญที่ต้องเข้าร่วมวิจัยให้ครบจำนวนครั้ง และแจ้งการเตรียมตัวเข้าร่วมกิจกรรมในสัปดาห์หน้า

ใบงานที่ 1

"สำรวจความรู้สึก ยามเกิดอุทกภัย"

1. บอกผลกระทบหรือความเสียหายที่ท่านได้รับเมื่อเกิดอุทกภัย

.....

.....

2. บอกความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดอุทกภัย

ก่อนเกิด.....

ขณะเกิด.....

หลังเกิด.....

3. เพราะเหตุใดท่านจึงผ่านพ้น อารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดอุทกภัยได้ (ระบุวิธีการจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ท่านได้รับแหล่งสนับสนุนหรือแหล่งช่วยเหลือจากที่ใดบ้าง)

.....

.....

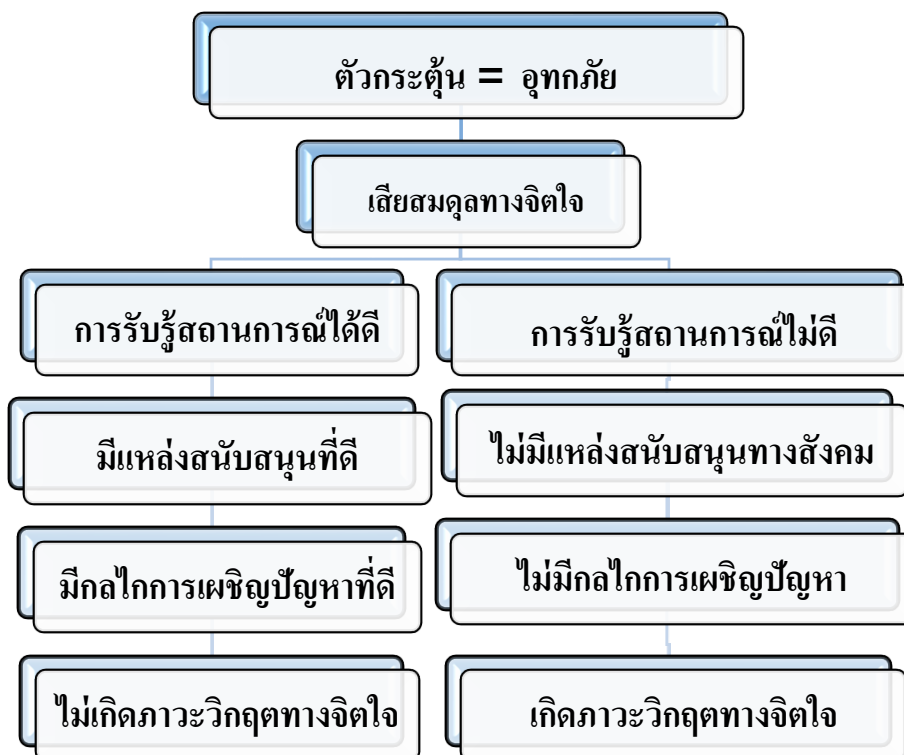
.....

ใบความรู้ที่ 1

"เรียนรู้เรื่อง ภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย"

ภาวะวิกฤตทางจิตใจ เป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราว เมื่อบุคคลเผชิญหน้ากับเหตุการณ์หรือปัญหาที่ทำให้เกิดความตึงเครียด มีการแก้ไขปัญหาล้มเหลว ไม่สามารถแก้ไขปัญหาวัยวิธีเดิมที่เคยใช้ได้ผล ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน และการดำรงชีวิตประจำวัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งบุคคลจะใช้เวลาในการปรับตัวเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤต 4-6 สัปดาห์ หากสามารถปรับตัวได้ บุคคลอาจคืนสู่สภาพปกติและเข้มแข็งมากกว่าเดิม แต่หากไม่สามารถปรับตัวได้ อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

ภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย เป็นภาวะที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลเผชิญหน้ากับอุทกภัย ทำให้เกิดความตึงเครียด และมีการแก้ไขปัญหาล้มเหลว ไม่สามารถยอมรับอุทกภัยที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้บุคคลเกิดความบกพร่องในการปรับตัว ทำให้เกิดผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การที่บุคคลเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจหรือไม่ขึ้น ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบ คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of events) กลไกการเผชิญปัญหาของบุคคล (coping mechanism) และการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational supports) เกิดขึ้นได้ ดังแผนภาพ



ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “นวนิยายสำคัญไฉน”

ระยะเวลา 50 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้เกิดความรู้ และความสามารถในการนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองตามแนวทางที่กำหนดให้

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ เรื่องการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 2 “นวนิยายสำคัญไฉน”
3. คู่มือ

วิธีการดำเนินการ

1. เปิดเพลง “ดั่งดอกไม้บาน” เป็นการเตรียมความพร้อมและสร้างสิ่งแวดล้อมให้เกิดบรรยากาศที่เอื้อต่อการเรียนรู้
2. ผู้วิจัยทบทวนความรู้ โดยการตั้งคำถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับจากกิจกรรมครั้งที่แล้ว กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถาม
3. นำเข้าสู่การนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง พร้อมแจกใบความรู้เรื่องการนวดคลายเครียดด้วยตนเอง
4. ฝึกทักษะการนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองโดยผู้วิจัย จำนวน 2 รอบ
5. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจับคู่กัน แล้วสลับกันประเมินเพื่อนว่า ทำถูกต้องหรือไม่ (ใบงานที่ 2)
6. ผู้วิจัยทบทวนการนวดผ่อนคลายด้วยตนเองให้ผู้เข้าร่วมฟังอีกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “หายใจอย่างไร จึงคลายเครียด”

ระยะเวลา 40 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความรู้ และความสามารถในการฝึกการหายใจคลายเครียด

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3 และใบงานที่ 3 “การฝึกการหายใจ”
2. คู่มือ

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยสาธิตวิธีการฝึกการหายใจตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต จำนวน 2 รอบ
2. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกการหายใจตามแนวทางที่กำหนด

3. ผู้เข้าร่วมวิจัยจับคู่ แล้วประเมินการฝึกการหายใจตามแนวทางที่กำหนด
4. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ฟังข้อเสนอแนะ และนัดหมายครั้งต่อไป

ใบความรู้ที่ 2

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ โดยการผ่อนคลายความเครียด

การดูแลตนเองด้านจิตใจเป็นสิ่งที่จำเป็นทั้งก่อน ขณะและหลังเกิดอุทกภัย จิตใจสำคัญกับร่างกาย เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงด้วยกันได้อย่างเป็นองค์รวม ผลกระทบด้านหนึ่งมักส่งผลกระทบต่ออีกด้านหนึ่งเสมอ เมื่อจิตใจป่วย เช่น เครียด วิตกกังวล อาจส่งผลให้เกิดอาการทางกายได้ เช่น อาการปวดท้อง นอนไม่หลับ ท้องผูก เป็นต้น ดังนั้นการดูแลจิตใจจึงเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ประสบอุทกภัยฟื้นตัวเป็นปกติได้อย่างรวดเร็ว ไม่เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ การผ่อนคลายความเครียดซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ มีดังต่อไปนี้

1. การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่วไป ได้แก่ วิธีการออกกำลังกาย พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้สุราและสารเสพติด ไม่ปล่อยให้ตนเองว่าง พยายามหากิจกรรมที่ทำให้เกิดความเพลิดเพลิน พยายามดำเนินชีวิตประจำวันให้เป็นปกติ เช่น การประกอบอาชีพให้ใกล้เคียงกับก่อนประสบภัยมากที่สุด การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุข ทำบุญ สวดมนต์ การคิดในแง่บวก

2. การผ่อนคลายความเครียดที่ใช้เทคนิคเฉพาะ ได้แก่ เทคนิคการคลายเครียดด้วยตนเอง เช่น การฝึกการหายใจ การนวดด้วยตนเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจินตนาการ การทำสมาธิ เป็นต้น

การใช้เทคนิคผ่อนคลายความเครียดดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้จิตใจสงบถ้ามีการฝึกฝนบ่อยครั้ง ทำให้เกิดสติปัญญาในการแก้ปัญหาได้มากยิ่งขึ้น นำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาและการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อไป

ใบความรู้ที่ 3

เรียนรู้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด

การนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

ความเครียด เป็นกลุ่มอาการหนึ่งที่ร่างกายแสดงออกมาตอบสนองต่อสิ่งที่คุกคาม มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกาย เพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น บุคคลที่มีความเครียดมาก อธิบายทางสรีรพยาธิวิทยาได้ว่า ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อระบบประสาทส่วนกลาง และระบบประสาทส่วนปลาย ทำให้ระบบของร่างกายทำงานสับสน กล้ามเนื้อตึงตัว เกิดอาการปวดศีรษะ ปวดต้นคอ นอนไม่หลับ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท้องผูก การนวดจะทำให้กล้ามเนื้อที่ตึงตัวคลายลง ระบบไหลเวียนเลือดดีขึ้น รู้สึกผ่อนคลาย และลดความเครียดได้

หลักการนวดที่ถูกต้อง

1. กดใช้นิ้วที่ถนัด ได้แก่ หัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง
2. การนวดจะใช้การกดและการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และปล่อยนานกว่าเวลากด
3. กดและค่อยๆ ปล่อยเพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยค่อยๆ ปล่อย
4. แต่ละจุดควรนวดซ้ำ 3-5 ครั้ง

การนวดคลายเครียดสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้ เป็นการนวดแบบง่ายๆ และเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความเครียด หรือความวิตกกังวล

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง
2. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง
3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด 3 - 5 ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดจุดสองจุดพร้อมๆ กัน 3 - 5 ครั้ง
4. บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า ครั้ง 3 - 5 ครั้ง
5. บริเวณบ่า ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายบีบไหล่ขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง
6. บริเวณบ่าด้านหน้า ใช้นิ้วหัวแม่มือขวากดจุดใต้กระดูกไหปลาร้า จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้ายกดจุดเดียวกัน ที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง

7. บริเวณบ่าด้านหลัง ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวาอ้อมไปกดจุดบนและจุดกลางของกระดูกสะบัก และจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้ายกดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง
8. บริเวณฝ่ามือและนิ้ว โดยนวดฝ่ามือให้ทั่วทั้งฝ่ามือ หลังจากนั้นจะเป็นการกดนิ้วทุกนิ้ว
9. บริเวณสะเอว เอามือวางที่เอว (เหมือนเท้าสะเอว) ให้สะเอวอยู่ระหว่างนิ้วหัวแม่มือกับนิ้วที่เหลือ หลังจากนั้นหายใจเข้ายึดตัวขึ้น แล้วหายใจออก
10. บริเวณฝ่าเท้าและนิ้วเท้า นวดฝ่าเท้า ใช้นิ้วหัวแม่มือกดให้ทั่วฝ่าเท้า และนวดนิ้วเท้าทุกนิ้ว หลังจากนั้นทำมือขวาเป็นอุ้งมือตบลงบนฝ่าเท้าซ้าย

ข้อควรระวัง ห้ามนวดผู้ที่กระดูกหัก ข้อเคลื่อน ข้อหลุด เป็นไข้สูง มีบาดแผลภายนอก และภายในบริเวณนั้น เป็นโรคผิวหนัง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น

การฝึกการหายใจ

การหายใจ เป็นการช่วยให้ร่างกายสามารถรับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย เพื่อนำไปฟอกเลือดได้เต็มที่ ร่างกายจะรู้สึกผ่อนคลายมาก **การฝึกหายใจจึงเหมาะกับคนที่รู้ตัวว่าเครียดแล้ว มักมีอาการตื่นเต้น ใจเต้นแรง ใจสั่น หายใจเร็ว หายใจสั้น ถึ หอบ ถอนหายใจบ่อยๆ**

การหายใจที่ถูกต้องคือ การหายใจด้วยการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องหายใจเข้าออก ซ้ำๆ ลึกๆ จะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด การหายใจที่ถูกต้องจะช่วยให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส

วิธีการฝึก

1. ให้ผู้ฝึก นั่งในท่าที่สบาย หลังตรง เอามือวางที่หน้าท้องบริเวณสะดือ หายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ นับในใจ 1-2-3-4 จนรู้สึกท้องพองออก สังเกตจากมือขยับขึ้น
2. หายใจออกยาวๆ สังเกตว่าหน้าท้องยุบลง นับในใจ 1-2-3-4-5-6-7-8
3. ทำซ้ำอีกประมาณ 3 - 4 ครั้ง ขณะฝึกอาจมีเพลงบรรเลงเบาๆ ประกอบสามารถทำได้ทั้งทำนอนและทำนั่ง

ใบงานที่ 2
“นวนิยายสำคัญไฉน”

1. การผ่อนคลายความเครียดด้วยการนวดด้วยตนเอง

คำชี้แจง ให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย / ในตาราง ให้ตรงกับความเป็นจริง

ชื่อ- สกุลผู้ปฏิบัติ

จุดนวด	กิจกรรม	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง
ขั้นเตรียม			
- บอกวัตถุประสงค์			
- บอกความสำคัญของการนวดด้วยตัวเอง			
- บอกวิธีการนวด และข้อควรระวัง			
ขั้นดำเนินการ			
1. จุดกลางระหว่างคิ้ว			
- ใช้ปลายนิ้วชี้หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง			
2. จุดใต้หัวคิ้ว			
- ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง กด 3-5 ครั้ง			
3. จุดกระดูกท้ายทอย			
- จุดกลางใช้นิ้วหัวแม่มือกด 3-5 ครั้ง			
- จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย			
แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุดพร้อมๆกัน 3-5 ครั้ง			
4. บริเวณต้นคอ			
- ประสานมือบริเวณท้ายทอย ให้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกด			
ตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลง			
มาถึงบริเวณบ่า 3-5 ครั้ง			
5. บริเวณบ่า			
- ใช้ปลายนิ้วมือขวาบีบไหล่ซ้ายไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ			

จุดนวด	กิจกรรม	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง
<p>ขั้นตอนการ (ต่อ)</p> <p>-ใช้ปลายนิ้วมือซ้ายบีบไหล่ขวาไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอทำซ้ำ 3-5 ครั้ง</p> <p>6. บริเวณบ่าด้านหน้า</p> <p>ใช้นิ้วหัวแม่มือขวา กดจุดใต้กระดูกไหปลาร้า จุดต้นแขน และจุดเหนือรักแร้ของบ่าซ้าย ใช้นิ้วหัวแม่มือซ้าย กดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง</p> <p>7. บริเวณบ่าด้านหลัง</p> <p>-ใช้นิ้วที่ถนัดของมือขวา อ้อมไปกดจุดบนและจุดกลางของกระดูกสะบัก และจุดรักแร้ด้านหลังของบ่าซ้าย ใช้นิ้วที่ถนัดของมือซ้าย กดจุดเดียวกันที่บ่าขวา ทำซ้ำ 3 - 5 ครั้ง</p> <p>8. บริเวณฝ่ามือและนิ้ว</p> <p>-นวดฝ่ามือให้ทั่วทั้งฝ่ามือ</p> <p>-นวดทุกนิ้ว</p> <p>9. บริเวณสะเอว</p> <p>-เอามือวางที่เอว (เหมือนเท้าสะเอว) ให้สะเอวอยู่ระหว่าง นิ้วหัวแม่มือกับนิ้วที่เหลือ</p> <p>-หายใจเข้ายึดตัวขึ้น</p> <p>-หายใจออก</p> <p>10. บริเวณฝ่าเท้าและนิ้วเท้า</p> <p>-นวดฝ่าเท้า ใช้นิ้วหัวแม่มือกดให้ทั่วฝ่าเท้า</p> <p>-นวดนิ้วเท้าทุกนิ้ว</p> <p>-ทำมือขวาเป็นอุ้งมือตบลงบนฝ่าเท้าซ้าย</p>			
<p>ขั้นสรุปผล</p> <p>- ให้สมาชิกบอกประโยชน์จากการนวด</p>			
	รวม		

ชื่อผู้ประเมิน.....

ใบงานที่ 3
“การฝึกการหายใจ”

ชื่อ- สกุลผู้ปฏิบัติ.....

การฝึกหายใจ

กิจกรรม การฝึกการหายใจ	ถูกต้อง	ไม่ ถูกต้อง
ขั้นเตรียม 1.บอกวัตถุประสงค์ 2.บอกความสำคัญของการฝึกการหายใจ 3.บอกวิธีการฝึกการหายใจ ความถี่ ระยะเวลา		
ขั้นดำเนินการ 1. นั่งในท่าสบาย หลังตรง เอามือวางที่หน้าท้องบริเวณสะดือ หายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ นับในใจ 1-2-3-4 จนท้องพองออก สังเกตจากมือขยับขึ้น 2. หายใจออกยาวๆ สังเกตว่าหน้าท้องยุบลง นับในใจ 1-2-3-4-5-6-7-8 3. ทำซ้ำอีกประมาณ 3 - 4 ครั้ง		
ขั้นสรุปผล 1.บอกประโยชน์ของการฝึกหายใจ		
รวม		

ชื่อผู้ประเมิน.....

ระยะที่ 2 ระยะเวลาเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง (transitional operations)

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ชื่อกิจกรรม "รู้จักดูแลตนเองดีที่สุด"

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลตนเอง

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4 "รู้จักดูแลตนเองดีที่สุด"
2. คู่มือ

วิธีการดำเนินการ

1. เปิดเพลงคังคอกไม้บาน เพื่อเข้าสู่กิจกรรมในครั้งนี้
2. ทบทวนความรู้ทั้งหมดที่ผ่านมา โดยการสอบถามความรู้ที่ได้รับ ทำทางการ

นวดด้วยตนเอง และการฝึกการหายใจ

3. แจกใบงานที่ 4 เพื่อติดตามการปฏิบัติการดูแลตนเอง
4. เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และข้อข้องใจ
5. ฟังข้อเสนอแนะ และนัดหมายครั้งต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะเวลาปฏิบัติการดูแลตนเอง (operative operations)

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 5) ชื่อกิจกรรม "สะท้อนคิด"

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทบทวนความรู้ที่ได้รับ
2. เพื่อสะท้อนการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติการดูแลตนเอง
3. เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองในทิศทางที่เหมาะสม

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5 และใบงานที่ 6
2. กุ่มือ

วิธีการดำเนินการ

1. เปิดเพลงคังคอกไม้บาน เพื่อนำเข้าสู่กิจกรรม
2. ทบทวนความรู้ทั้งหมดที่ผ่านมา โดยการซักถามถึงกิจกรรมที่ได้รับ และการปฏิบัติการดูแลตนเองตามแนวทางที่กำหนด
3. แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 3 กลุ่ม โดยให้นับเลข 1-3 แล้วแบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่มๆ ละ 10-15 คน และแจกใบงานที่ 5 ให้ทุกคนช่วยกันคิดและร่วมกันเฉลย
4. สะท้อนคิดการนำสิ่งที่ได้มอบหมายไปปฏิบัติ (ใบงานที่ 6)
5. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบอกความรู้สึกที่มีต่อการวิจัย
6. รับฟังข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นที่มีต่อโครงการ
7. กล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย และมอบของที่ระลึก
8. ทำแบบวัดความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤต

ทางจิตใจ

9. ยุติการวิจัย

ใบงานที่ 5

“วิเคราะห์สถานการณ์”

ให้ทุกท่านตอบคำถามจากตัวอย่างสถานการณ์

สถานการณ์ที่ 1

"นาย ก."

นาย ก. อายุ 54 ปี เป็นชาวจังหวัดพิจิตร อาชีพค้าขาย ย้ายที่อยู่มาอาศัยอยู่ในชุมชนหนึ่งในอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มาได้ 23 ปี มีประสบการณ์บ้านเรือนเสียหายจากอุทกภัยมาแล้วนับครั้งไม่ถ้วน นาย ก. พุดอยู่เสมอว่า โชคชะดาคงแล้งเขา แต่เขาก็เข้าใจ และมักบ่นอยู่เสมอว่าชาติที่แล้วคงทำกรรมอะไรไว้ ชาตินี้น้ำถึงได้ท่วมบ้านทุกครั้งที่มีฝนตกหนักประมาณ 2-3 วัน และรู้ว่าตนเองไม่สามารถย้ายที่อยู่ได้อีกแล้ว เพราะรักบ้านหลังนี้มาก ไม่อยากทุบออกแล้วสร้างใหม่ หรือเปลี่ยนแปลงมัน ทุกครั้งที่ถูกน้ำท่วมนาย ก. กับภรรยาและลูกๆ ช่วยกันขนของไว้ที่สูง ทันบัง ไม่ทันบ้าง ขอมรับว่าตนเองมีความเครียดมากเมื่อน้ำมา แต่หลังจากนั้นก็หายเครียดเมื่อน้ำลด นาย ก. บอกว่าทั้งหมดทั้งสิ้นต้องโทษฟ้าดินและโชคชะตา และยังบอกว่าตนเองสวดมนต์ทุกคืนหวังให้รอดพ้นจากน้ำท่วมต่างๆ ที่เป็นไปไม่ได้ บอกว่าการสวดมนต์ทำให้จิตใจสงบและมีสติ ช่วยให้คิดอะไรออกเวลาน้ำมา ขณะน้ำมาภรรยากับลูกๆ ก็ช่วยกัน มีเพื่อนบ้านมาช่วยด้วยบางครั้ง ทำให้รู้สึกอุ่นใจ หลังน้ำลดรู้สึกวิตกกังวลและมีความเครียดแต่ก็ได้ภรรยาและลูกๆ ช่วยกันนวด และให้กำลังใจ

จากสถานการณ์

1. นาย ก. เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. วิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้เหตุการณ์
 - 2.2 การเผชิญปัญหา
 - 2.3 การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. นาย ก. มองการเกิดอุทกภัยว่าเป็นอย่างไร
4. ถ้าท่านเป็นนาย ก. ท่านจะทำอย่างไรได้บ้าง

สถานการณ์ที่ 2

"นางสาว อ."

นางสาว อ. เป็นดาวมหาวิทยาลัย อายุ 21 ปี เป็นเด็กเรียนดี มีความฉลาดเฉลียว ได้รับโทรศัพท์จากทางบ้านว่า ขณะนี้น้ำท่วมไหลป่าเข้าท่วมบ้านสูงราว 2 เมตร และย่ำซึ่งสุขภาพแข็งแรงดีติดอยู่ในบ้าน นางสาว อ. ตัดสินใจโทรศัพท์หาหน่วยกู้ภัยให้เข้าไปช่วยทันที แต่เนื่องด้วยสภาพดินฟ้าอากาศและระดับน้ำที่ท่วมสูง ทำให้หน่วยกู้ภัยไม่สามารถเข้าไปช่วยชีวิตยายของเธอไว้ได้ ทำให้ยายเสียชีวิต นางสาว อ. เสียใจมาก หลังจากจัดงานศพยาย เธอเข้าไปต่อว่าหน่วยกู้ภัยทั้งน้ำตา ถึงแม้ผู้เป็นแม่จะห้าม และบอกว่าเป็นอุบัติเหตุ แต่เธอก็ไม่ฟังและอาละวาดจนเป็นลมไป หลังจากนั้นผ่านไป 2 สัปดาห์ นางสาว อ. อยู่ในภาวะซึมเศร้า ไม่ยอมพูดจา ไม่ยอมกิน และหลับอย่างเฉิว ถึงแม้ว่าผู้เป็นแม่จะให้กำลังใจ บอกให้เธอยอมรับแล้วก็ตาม และไม่ยอมให้เธอถือโทษโกรธหน่วยงาน เพราะเขาเองก็ทำสุดความสามารถแล้ว นางสาว อ. ต่อว่าแม่ และบอกว่าเสียใจมากที่แม่พูดอย่างนี้ แม่ไม่รักยายไม่เป็นไร แต่เธอรักยาย เธอไม่อยากให้ยายเสียชีวิต ถ้าหน่วยกู้ภัยเข้าไปช่วยไว้ทัน ยายก็ไม่ตาย

จากเหตุการณ์ดังกล่าว

1. นางสาว อ. เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. วิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้เหตุการณ์
 - 2.2 การเผชิญปัญหา
 - 2.3 การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. นางสาว อ. มองการเกิดอุทกภัยว่าเป็นอย่างไร
4. ถ้าท่านเป็นนางสาว อ. ท่านจะอย่างไรได้บ้าง

สถานการณ์ที่ 3

"เด็กชาย ข."

เด็กชาย ข. อายุ 14 ปี เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 เป็นนักเรียนหัวรุนแรง ตั้งแต่แม่เสียชีวิต จากเหตุการณ์น้ำท่วม เมื่อ 6 เดือนที่แล้ว เด็กชาย ข. ชอบเตะเก้าอี้ เวลาที่คนอื่นทำให้เขาโกรธ และ ชาวบ้านกล่าวหาว่าเขากลายเป็นเด็กมีปัญหา นับตั้งแต่แม่เสียชีวิตครั้งนั้น แต่ไม่มีใครรู้เลยว่า เด็กชาย ข. เสียใจทุกครั้งที่ทุกคนพูดเช่นนี้ ทำให้เขาหันไปเสพสุราและติดยาบ้ามากขึ้น จนร่างกาย เสื่อมโทรม และโทษตัวเองว่าเพราะเขาไปทัศนศึกษาในวันนั้น ทำให้ไม่สามารถกลับมาช่วยแม่ได้ ทัน เพราะแม่ต้องขนของคนเดียว ทำให้แม่ตกน้ำ ประกอบกับว่าน้ำไม่เป็นจิงเสียชีวิต เด็กชาย ข. กลายเป็นเด็กมีปัญหา และไม่มีใครให้ปรึกษา เพราะอยู่กับแม่สองคน จะมีก็แต่หลวงตาที่เป็นลุง ของเขาที่พอจะสั่งสอนได้ และให้เงินค่าขนมเล็กๆ น้อยๆ เด็กชาย ข. กลายเป็นเด็กวัดที่มีปัญหา และไม่มีเงินพอที่จะส่งเสียตัวเองเรียน และไม่ได้รับทุนการศึกษา เพราะทางโรงเรียนถือว่าเด็กชาย ข. เป็นเด็กเกเร เขาจึงต้องออกมาหางานทำ มีบ้างบางครั้งที่เขาคิดฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่เคยลงมือทำ จากเหตุการณ์ดังกล่าว

1. เด็กชาย ข. เกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยหรือไม่ เพราะเหตุใด
2. วิเคราะห์องค์ประกอบการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตใจ ทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่
 - 2.1 การรับรู้เหตุการณ์
 - 2.2 การเผชิญปัญหา
 - 2.3 การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม
3. เด็กชาย ข. มองการเกิดอุทกภัยว่าเป็นอย่างไร
4. ถ้าท่านเป็นเด็กชาย ข. ท่านจะทำอย่างไรได้บ้าง

ใบงานที่ 6
"สะท้อนคิด"

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อสะท้อนการนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติการดูแลตนเอง
2. เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองที่เหมาะสม

1. ท่านคิดว่า ท่านสามารถนำวิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจที่ได้รับไปใช้ให้เกิดประโยชน์เมื่อเกิดอุทกภัยได้อย่างไร

.....

.....

2. มีอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคที่ทำให้ท่านไม่สามารถจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจได้

.....

.....

3. เกิดการเปลี่ยนแปลงใดบ้างเมื่อท่านได้ปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียดด้วยตัวเอง

.....

.....

ตัวอย่างแผนการสนับสนุนและให้ความรู้ โปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

ระยะที่ 1 ระยะประเมินการดูแลตนเอง (estimative operation)

ครั้งที่ 1

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย
 2. เพื่อให้สร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัย
 3. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทราบและเข้าใจวัตถุประสงค์ รายละเอียด วิธีการ ช่วงเวลาและจำนวนครั้งในการเข้าร่วมวิจัย

ระยะเวลา 90 นาที

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน/ ระยะเวลา	การ ประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้าร่วม โครงการมีส่วนร่วม ในการสร้าง สัมพันธภาพ โดย การแนะนำตัว	บทนำ ระยะการประเมินการดูแลตนเอง (estimative operation) เป็นความสามารถใน การรู้จักใจตนเอง เข้าใจว่าสิ่งนั้นคืออะไร และความจำเป็นของการกระทำการดูแล ตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจาก อุทกภัย ซึ่งอสม. สามารถประเมิน				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน/ ระยะเวลา	การ ประเมินผล
	<p>ความสามารถในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจได้</p> <p>วิธีดำเนินการ</p> <p>1.สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมโครงการ</p>	<p>1.ผู้วิจัยแนะนำตัวเองด้วยท่าที่เป็นกันเอง น้ำเสียงอ่อนโยนและแสดงความเป็นมิตร เกริ่นนำ และพูดคุยเรื่องทั่วไป เพื่อโยงเข้าสู่วัตถุประสงค์ของการทำกิจกรรมในครั้งนี้ รวมถึงกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการเกิดความสนใจและตอบคำถามเป็นระยะๆ</p>	<p>-แนะนำตัวเอง</p>	<p>5 นาที/ - เครื่องบันทึกภาพ - ใบชี้แจง และใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการ - ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ</p>	<p>-สังเกตจาก กิริยา ท่าทาง ความสนใจ และ กระตือรือร้น ในการแนะนำตัว</p>

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ชื่อกิจกรรม "รู้ไว้ใช้ว่า"

ระยะเวลา 120 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความตระหนักในเรื่องการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยชี้ให้เห็นผลเสียหายจากอุทกภัยที่เกิดขึ้นในแต่ละชุมชน
2. เพื่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และความรู้เกี่ยวกับภาวะวิกฤตทางจิตใจ และการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ
3. เพื่อให้ทราบบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน/ ระยะเวลา	การประเมินผล
	บทนำ การเกิดอุทกภัย ส่งผลกระทบต่อในหลายๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันนำไปสู่การแก้ไขปัญหา ที่ไม่เหมาะสม				

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน/ ระยะเวลา	การประเมินผล
เพื่อเตรียมผู้เข้าร่วม โครงการ	<p>วิธีการดำเนินการ</p> <p>1. เปิดเพลง ดั่งดอกไม้บาน เป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านความรู้สึกก่อนเข้าสู่กิจกรรม</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>...</p> <p>5. สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป และบอกถึงความสำคัญที่ต้องมาเข้าร่วมโครงการให้ครบจำนวนครั้ง</p>	<p>-สอนทำท่าทางประกอบ</p> <p>-กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมทำท่าทางประกอบ</p> <p>-ให้ความรู้ และอธิบาย</p> <p>-กระตุ้นถาม</p>			<p>-ผู้เข้าร่วมฯ ทำท่าทางประกอบทุกคน และให้ความสนใจในกิจกรรม</p> <p>-ผู้เข้าร่วมฯ ทุกคนให้ความสนใจและรับฟังสิ่งที่ผู้วิจัยอธิบาย และร่วมกันตอบคำถาม</p>

ตัวอย่างคู่มือ การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



คู่มือ

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ

จากอุทกภัย สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



โดย

นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา

นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา: ดร.วินีกาญจน์ คงสุวรรณ

รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธิรังษี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คู่มือ

การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย
สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

บทนำ

อุทกภัย เป็นเหตุการณ์ทางธรรมชาติที่ส่งผลเสียหายและสร้างความกระทบกระเทือนต่อผู้คนและชุมชน ทั้งทางด้านชีวิต ทรัพย์สิน เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ในปัจจุบันพบว่าอุทกภัยได้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง โดยเฉพาะในประเทศไทย ซึ่งมีสาเหตุจากสภาวะโลกร้อน และมีแนวโน้มเกิดขึ้นเรื่อยๆ และมีความรุนแรงมากขึ้น

สำหรับพื้นที่อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องประสบกับอุทกภัยและได้รับความเสียหายอย่างรุนแรงมาโดยตลอด ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจของผู้ประสบอุทกภัยที่มีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันไม่เป็นไปตามปกติ ดังนั้นการให้ความรู้ในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถนำความรู้ และความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยที่ได้ไปใช้ในการดูแลตนเอง ผ่านการประเมินการดูแลตนเอง การเปลี่ยนแปลงการดูแลตนเอง และการปฏิบัติการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพกายและใจดีมีวิถีชีวิตที่ดี มีวิธีการ

ดูแลตนเองโดยจัดการกับภาวะวิกฤตทางจิตใจตามแนวทางที่เหมาะสม

เนื้อหาในคู่มือเล่มนี้ เป็นแนวทางในการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้เกี่ยวกับอุทกภัย และความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย ท้ายเล่มมีแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิตเพิ่มเติม คู่มือจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจที่มีพื้นฐานจากการจัดการภาวะวิกฤตเดิมที่มีอยู่ในชุมชน นอกเหนือจากการจดจำในวันเวลาที่อบรมผ่านมา ขอขอบคุณศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในโครงการวิจัย และหวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือเล่มนี้สามารถทำประโยชน์แก่ชุมชน สังคม และประเทศชาติสืบไป

วิลาวรรณ คริสต์รักษา

ผู้จัดทำ

สารบัญ

	หน้า
วัตถุประสงค์หลักของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ	1
บทที่ 1 รู้จักกับอุทกภัย	2
บทที่ 2 ปัญหาทางจิตใจหลังเกิดน้ำท่วม	10
บทที่ 3 รู้จักกับภาวะวิกฤตทางจิตใจกันเถอะ!!	16
บทที่ 4 การจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจโดยการ ผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง	24
สรุป	56
บรรณานุกรม	57
ภาคผนวก	61



วัตถุประสงค์หลักของการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย

เพื่อมุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ และมีความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัย โดยมีแนวทางในการปฏิบัติการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจได้
2. สามารถใช้วิธีการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจตามแนวทางที่กำหนด
3. ปฏิบัติการดูแลตนเองในการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจได้อย่างเหมาะสม

การนวดผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง

การนวดคลายเครียดสามารถฝึกปฏิบัติได้ด้วยตนเองได้ เป็นการนวดแบบง่ายๆ และเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความเครียด หรือความวิตกกังวล

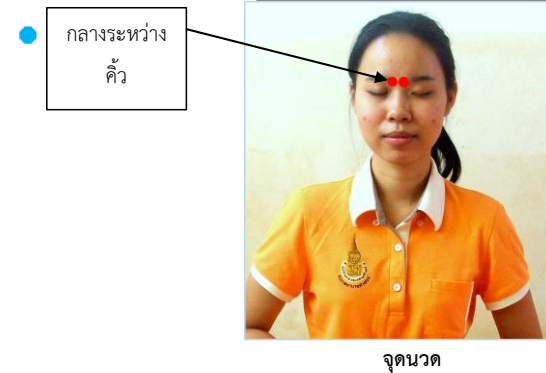
หลักการนวดที่ถูกต้อง

1. กดใช้นิ้วที่ถนัด ได้แก่ หัวแม่มือ นิ้วชี้ นิ้วกลาง
2. การนวดจะใช้นิ้วกดและการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และปล่อยนานกว่าเวลากด
3. กดและค่อยๆ ปล่อยเพิ่มแรงทีละน้อย และเวลาปล่อยค่อยๆ ปล่อย
4. แต่ละจุดควรนวดซ้ำ 3-5 ครั้ง



วิธีการนวดมีดังนี้

1. จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง



2. จุดใต้หัวคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง

ใต้หัวคิ้ว



จุดนวด



3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้นิ้วหัวแม่มือกด 3 - 5 ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดจุดสองจุดพร้อมๆ กัน 3 - 5 ครั้ง

บริเวณท้ายทอย



จุดนวด



ภาคผนวก ฉ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	สังกัด
1. รองศาสตราจารย์ ดร.ประณีต ส่องวัฒนา	ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. คุณดารา การะเกษร	โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
3. คุณวัลภา ฐาน์กาญจน์	สถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพภาคใต้ (วพส.) ชั้น 6 อาคารบริหารคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อสกุล นางสาววิลาวรรณ คริสต์รักษา

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421070

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2555

ทุนการศึกษา

ทุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ทุนอุดหนุนเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ภายใต้ความร่วมมือของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (มอ.-สกว.)

ทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2557 บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

Christraksa, W., Kongsuwan, V., & Suttharungsee, W. (2014). *Facing with flood crisis and self-care in village health volunteers, Hat Yai District, Songkhla Province: A preliminary study*. Oral presented at the First Red Cross/Crescent International Nursing Conference (The 1st RCINC 2014): Disaster Nursing, Humanitarian Emergency Response, And Nursing Trends on The Grand FourWings Convention Hotel, Bangkok, Thailand.

วิลาวรรณ คริสต์รักษา, วินีภาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธรังษี. (กำลังรอตีพิมพ์). ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะวิกฤตทางจิตใจจากอุทกภัยต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*.