



ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจในสตรีหม้าย จากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

The Effect of Psychoeducational Program on Knowledge and Psychological Self - Care of Widows from the Unrest Situation in the Southernmost Provinces

กรวิกา บวชม พย.บ. (Kornwika Buatchum, B.N.S.)¹

วีณาญจน์ คงสุวรรณ Ph.D. (Vineekarn Kongsuwan, Ph.D.)²

วันดี สุทธิรังษี Ph.D. (Wandee Suttharangsee, Ph.D.)³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ และโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ โดยการหาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .93 และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์พิชเชอร์เอกซก สถิติทีคู่และสถิติทีอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลองมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นพยาบาลจึงควรนำไปใช้ในการเพิ่มความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

คำสำคัญ: การดูแลตนเองด้านจิตใจ ความรู้สุขภาพจิตศึกษา สตรีหม้าย สถานการณ์ความไม่สงบ

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effect of psychoeducational program on knowledge and psychological self-care of widows from the unrest situation in the southernmost provinces. The sample consisted of 50 widows who have lived in Pattani Province, selected using purposive sampling. There were 25 persons in the experimental group and 25 persons in control group. The research instruments included the general information questionnaire, knowledge questionnaire, psychological self-care questionnaire and the psycho educational program. The instruments used in this study were content validated by 3 experts. The reliability of the knowledge questionnaire was tested using Kuder-Richardson (KR-20), yielding a value of .93,

¹ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

² อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

³ รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา



and the reliability of psychological self-care questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding a value of .90. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi-square test Fisher's exact test, paired t-test and independent t-test.

The results showed that: 1) the experimental group had a mean score of knowledge and psychological self-care after attending the program significantly higher than the mean score before attending the program at the .05 level of statistical significance and 2) the experimental group had a mean score of knowledge and psychological self-care significantly higher than the control group who did not receive the psycho educational program at the .05 level of statistical significance. Therefore, nurses should use the program for increasing knowledge and psychological self-care among widows from the unrest situation.

Keywords: Psychological Self-Care, Knowledge, Psychoeducational, Widows, Unrest Situation

บทนำ

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งยังคงความยืดเยื้อมาจนถึงปัจจุบันและมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้น (ศรีสมภพจิตร ภิรมย์ศรี, 2555) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้มีผู้เสียชีวิตและผู้ทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาสังคมเนื่องจากมีสตรีหม้ายจากเหตุการณ์เกิดขึ้นอีกจำนวนไม่น้อย การสูญเสียหัวหน้าครอบครัวทำให้ผู้หญิงต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นหัวหน้าครอบครัว ต้องรับภาระในครอบครัวทั้งการอบรมเลี้ยงดูบุตรพร้อมกับประกอบอาชีพ เห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้มีผลต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตใจ จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ. 2554 มีสตรีหม้ายจากสถานการณ์ทั้งสิ้น 2,480 คน จังหวัดปัตตานีมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 36.94 รองลงมาได้แก่ นครราชสีมา ยะลาและสงขลา ร้อยละ 31.98, 28.02 และ 3.06 ตามลำดับ (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) กลุ่มคนที่มีการสูญเสีย เช่น ผู้ที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ผู้ที่สูญเสียบุตรหรือผู้ที่เป็นที่รัก จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิต (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทรสุข, และศุภกิจ เจริญสุข, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบ ร้อยละ 100 จะมีปัญหาด้านจิตใจ และมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (มารีนี สแลม, 2551) และยังพบว่าสตรีหม้ายจะมีความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (พรทิพย์ พันธนา, 2549) และจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (วิภาญจน์ คงสุวรรณ และคณะ, 2557) ซึ่งได้สัมภาษณ์สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่ายังมีความเครียด กลัว และวิตกกังวล โดยเฉพาะเวลาที่ได้พบเห็นหรือได้ยินข่าวเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบก็จะทำให้นึกถึงสามีที่สูญเสียชีวิตไปแล้ว เนื่องจากยังคงต้องดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ที่เกิดสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่ต้องเสียสละไปจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้จนอาจนำไปสู่การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งพบว่ามีร้อยละ 20 ของผู้ที่ประสบภัยพิบัติจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2548) นอกจากนั้นยังพบอีกว่าผู้หญิงมีโอกาสเกิดโรคนี้มากกว่าผู้ชาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงฉญา โคตนา, 2556) โดยมีอาการสำคัญ คือ รู้สึกว่าเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นเกิดขึ้น จึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น และมีอาการวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งจะแสดงออกมากด้วยอาการต่างๆ คือ นอนไม่ค่อยหลับ มีสมาธิลดลง หงุดหงิดง่าย โดยอาการดังกล่าวจะเป็นมากขึ้นจนทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

จากปัญหาทางด้านจิตใจที่กล่าวมาข้างต้นอาจเกิดขึ้นได้ในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการดูแลตนเองด้านจิตใจ ซึ่งตามแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Hill & Smith, 1990) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม และ 6) การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ซึ่งเมื่อบุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้บุคคลสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านจิตใจ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ และการจัดการที่เหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้

สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในวงการสุขภาพจิต โดยเป็นกระบวนการการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและเรื่องราวที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม รวมถึงเจตคติและทักษะของบุคคลในการจัดการกับปัญหาอันนำไปสู่การจัดการกับภาวะสุขภาพจิตที่ดีและเหมาะสม (อรรถพรณ ลือบุญรัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย, 2553) ซึ่งจากการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้น (Bernhard et al., 2006; Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007) และเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ได้รับการสอนมาเพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบยังพบน้อย ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นมาเพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้ จนนำไปสู่การดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตลอดเวลาได้อย่างปกติต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตศึกษา (Daele, Hermans, Audenhove, & Van der Bergh, 2012; Lukens & McFarlane, 2004; Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014) และการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Hill & Smith, 1985; 1990) สรุปได้ว่าสุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น ใช้วิธีการบรรยายและการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดและการช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุปองค์ประกอบของสุขภาพจิตศึกษาได้ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดงสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอันนำไปสู่การดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย จะช่วยลดความกังวลและความเครียดในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และ 4) สนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาและใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่



ในชุมชนในการดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพทั้งในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Daele et al., 2012; Shah et al., 2014) ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับสุขภาพจิต ศึกษา ก็จะมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับเรื่องที่ได้รับการสอนมา ดังนั้นการได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านจิตใจก็จะทำให้ บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การดูแลตนเองด้านจิตใจ เป็นการกระทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเองให้มีสภาพจิตใจที่ดีและ สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แบ่งองค์ประกอบออกเป็น 6 ด้าน (Hill & Smith, 1985; 1990) ดังต่อไปนี้ 1) การพัฒนาการ รู้จักตนเอง เพื่อให้บุคคลตระหนักรู้เกี่ยวกับการให้คุณค่า รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและการกระทำ 2) การติดต่อสื่อสาร ที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจความต้องการของผู้อื่น 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การทำงานทุกคน ต่างต้องการการบริหารจัดการเวลาที่ดีเพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด 4) การเผชิญปัญหา ภาวะวิกฤติเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลรับรู้ ถึงความเครียด โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์นั้นๆ แหล่งสนับสนุน และบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือ ดังนั้นการปรับตัวและการเผชิญปัญหาจึงมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองด้านจิตใจ 5) การ พัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย ทำให้บุคคลมี การติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอก และ 6) การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงก็จะมีอารมณ์ในการจัดการกับความเครียดได้ ประกอบด้วย การผ่อนคลาย อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและการเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ของตนเองทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจนนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือ ที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้บุคคลนั้นๆ มีความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นมาเพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดน ภาคใต้เกิดความรู้นำไปสู่การดูแลตนเองภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสมต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ประเภทวัดสองกลุ่มก่อนและ หลังการทดลอง (pretest posttest two group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรี หม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งผู้วิจัยจะทำการจับฉลากเลือก 2 อำเภอจาก 12 อำเภอ เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) สตรีหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดปัตตานีและอยู่ใน ระยะหลังเกิดสถานการณ์ 3 เดือนขึ้นไป 2) สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ 3) คະเนนการดูแลตนเองด้าน จิตใจอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.01-3.00 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ตามแบบประเมินการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ (มารีนิ สแลม, 2551) 4) คະเนนแบบประเมินความรู้อยู่ในระดับน้อย คือมีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (เชิดศักดิ์ ไอรณศิริรัตน์, 2551) และ 5) สามารถเข้าร่วมวิจัยครบ 3 สัปดาห์ ทำให้ในการศึกษาครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ประเภท ดังนี้ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาใช้ระยะเวลาในการดำเนินการตามกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และระยะเวลาที่สูญเสียสมาชิกจากสถานการณ์ความไม่สงบนับจากปัจจุบัน ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อประเมินความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ ลักษณะถูกผิด หากค่าความเที่ยงโดยใช้คูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) พบว่ามีค่าเท่ากับ .93 และส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ (มารีนี สแลม, 2551) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1985) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่มีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 36 ข้อ ซึ่งค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.90 และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และภายหลังจากการปรับปรุงได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนการทดลอง หลังจากนั้นนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามาใช้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 60-90 นาที เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองทันทีและสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อครบ 3 สัปดาห์ แต่เมื่อเสร็จสิ้นโปรแกรม กลุ่มควบคุมมีสิทธิที่จะได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง สำหรับการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลข ศร 0521.1.05/687 ผู้วิจัยได้จัดทำใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างซึ่งจะเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดและขั้นตอนต่างๆ ของการทําวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ และการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกคับข้องใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือด้านจิตใจโดยการรับฟังและให้การปรึกษา และหากต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการคำนวณหา ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และการดูแลตนเองด้านจิตใจ ดังนี้ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ และการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง 2) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ



(independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และระยะเวลาที่สูญเสียสามี ยกเว้นเรื่องศาสนาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 48) มีอายุเฉลี่ย 46.48 ปี (S.D. = 8.37) ส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลามร้อยละ 84 จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 68 ประกอบอาชีพร้อยละ 68 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 88) โดยมีรายได้เฉลี่ย 4,896 บาท (S.D. = 1,928) มีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 64 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาสูญเสียสามีมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 92) สำหรับกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 36) อายุเฉลี่ย 50 ปี (S.D. = 10.15) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 72) จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 60 ประกอบอาชีพร้อยละ 64 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 68) โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,914 บาท (S.D. = 2,438) ร้อยละ 60 มีรายได้ไม่เพียงพอ และส่วนใหญ่มีระยะเวลาสูญเสียสามีมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 88) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	χ^2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)	M = 46.48, S.D. = 8.37	M = 50.00, S.D. = 10.15	3.02 ^b	0.38
31-40	7(28.0)	5(20.0)		
41-50	12(48.0)	9(36.0)		
51-60	5(20.0)	7(28.0)		
>60	1(4.0)	4(16.0)		
ศาสนา			15.90 ^a	0.00
อิสลาม	21(84.0)	7(28.0)		
พุทธ	4(16.0)	18(72.0)		
ระดับการศึกษา			3.19 ^b	0.36
ประถมศึกษา	17(68.0)	15(60.0)		
มัธยมศึกษา	6(24.0)	5(20.0)		
อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)	2(8.0)	3(12.0)		
ปริญญาตรี	0(0.0)	2(8.0)		

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์จำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 50)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=25)	กลุ่มควบคุม (n=25)	χ^2	p
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อาชีพ				
ว่างงาน	0(0.0)	1(4.0)	6.59 ^b	0.36
เกษตรกรรม	6(24.0)	3(12.0)		
ค้าขาย	2(8.0)	2(8.0)		
รับจ้าง	17(68.0)	16(64.0)		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0(0.0)	3(12.0)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน(บาท)	M = 4,896, S.D. = 1,928	M = 5,914, S.D. = 2,438	3.67 ^b	0.15
<5,000	22(88.0)	17(68.0)		
5,001-10,000	3(12.0)	7(28.0)		
>10,000	0(0.0)	1(4.0)		
ความเพียงพอของรายได้			0.85 ^a	0.77
เพียงพอ	9(36.0)	10(40.0)		
ไม่เพียงพอ	16(64.0)	15(60.0)		
ระยะเวลาที่สูญเสียสามี			0.22 ^c	1.00
> 1 ปี -3 ปี	2(8.0)	3(12.0)		
> 3 ปี	23(92.0)	22(88.0)		

^a = Pearson chi-square ^b = Likelihood ratio ^c = Fisher's exact - test

2. ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 8.32, S.D. = .74; M = 4.68, S.D. = .85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -14.51, p = .00) และมีการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม (M = 3.46, S.D. = .13; M = 2.80, S.D. = .13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -19.12, p = .00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t (N=50)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง (n=25)		หลังทดลอง (n=25)		t	p	95%CI of the Difference
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้	4.68	.85	8.32	.74	-14.51	.00	-0.73-(-0.58)
การดูแลตนเองด้านจิตใจ	2.80	.13	3.46	.13	-19.12	.00	-4.15-(-3.12)



ระยะหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 8.32, S.D. = .74$; $M = 4.64, S.D. = .63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -18.71, p = .00$) และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.46, S.D. = .12$; $M = 2.90, S.D. = .13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -14.88, p = .00$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ ($n=50$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง ($n=25$)		หลังทดลอง ($n=25$)		t	p	95%CI of the Difference
	M	S.D.	M	S.D.			
ความรู้	8.32	.74	4.64	.63	-18.71	.00	-4.07-(-3.28)
การดูแลตนเองด้านจิตใจ	3.46	.12	2.90	.13	-14.88	.00	-0.63-(-0.48)

อภิปรายผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเรื่องศาสนา ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 84) ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 64 นับถือศาสนาพุทธ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านจิตใจ แต่เนื่องจากการมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจไม่ว่าจะเป็นศาสนาพุทธหรืออิสลามซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีการดูแลจิตใจได้ดียิ่งขึ้น (เพชรดาว โต๊ะมีนา, อมรากุล อินโอชานนท์, และผ่องพรรณ อินเล็ก, 2552) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศชาย (Wymer, 2012) และพบว่ามีอายุอยู่ในวัย 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม (มรรยาท รุจิวิทย์, 2548) สำหรับระยะเวลาของการสูญเสียพบว่าส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการสูญเสียมากกว่า 3 ปี จากข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี (2555) พบว่าจังหวัดปัตตานียังคงมีเหตุการณ์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มผู้ได้รับผลกระทบทั้งเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการเพิ่มสูงขึ้น

จากการเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ผลการวิจัยพบว่าคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมอาจเกิดขึ้นจากเหตุผลดังนี้

1. การประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษา ดังนี้ 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม เนื่องจากทักษะทางสังคมมีความสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นกิจกรรมชื่อ “ฉันบอกเธอ เธอบอกฉัน” ซึ่งจะส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความไว้วางใจ (ขวัญฤทัย โลสกุล, 2557; จิราพร รักการ, 2549; ปรียาร์ตน์ แชมคำ, 2554) และกิจกรรมชื่อ “สื่อสารตรงใจ” เพื่อเพิ่มความรู้และความสามารถในการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสารและการมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสมจะช่วยให้สตรีหม้ายเกิดการเรียนรู้และเข้าใจความต้องการของผู้อื่น จนนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น (Hill & Smith, 1985; 1990)
- 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้สตรีหม้ายต้องประสบภาวะวิกฤตอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (กรมสุขภาพจิต, 2553) ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าเมื่อต้องเผชิญกับภัยพิบัติผู้หญิงจะป่วยเป็นโรคเครียดหลังภัยหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญมากกว่าผู้ชาย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงกญา โคตนารา, 2556) ผู้วิจัยได้พัฒนากิจกรรมชื่อ



“ความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นคืออะไร” ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การสังเกตอาการ รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ด้วยตนเองดังในกิจกรรมชื่อ “ทำอะไรให้ดีขึ้น” จะช่วยให้มีความรู้และสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิต (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และพีรพันธ์ ลือบุญธวัชชัย, 2553) อันนำไปสู่การดูแลตนเองและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย จะช่วยลดความกังวลและความเครียดในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (ขวัญฤทัย โล่สกุล, 2557; จิราพร รักการ, 2549; ปรียารัตน์ แซ่มคำ, 2554; วิริญจน์ ไชยจันทร์, 2552; Ofiaz, Hatipoglu, & Aydin, 2008) ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อปรับตัวเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น ดังที่ ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1985; 1990) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้นได้ และ 4) สนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาและใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในการดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น และเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ (Aguilera, 1994) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Hill & Smith, 1985; 1990) พบว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะส่งผลให้บุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น

2. รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม เป็นแบบรายกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกัน ภายในกลุ่ม ดำเนินกิจกรรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สอดคล้องกับงานวิจัยที่สร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (จิราพร รักการ, 2549; ชลารัตน์ ดอนเกิด, 2554; ญาดา จินประชา, มรยาท รุจิวิชัย, และพิทักษ์พล บุญยมาลิก, 2551; ปารารณา คำมีสินธ์, 2550; ปรียารัตน์ แซ่มคำ, 2554; วิภาญจน์ คงสุวรรณ และคณะ, 2557; วิริญจน์ ไชยจันทร์, 2552; Powell & Leytham, 2014; Ofiaz et al., 2008) ที่ได้มีการดำเนินโปรแกรมระหว่าง 3-6 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ถึง 3 ชั่วโมง เห็นได้ว่าจำนวนครั้งและระยะเวลาของกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบททำให้สตรีหม้ายมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสตรีหม้ายเมื่อเกิดการสูญเสียสามีทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงเนื่องจากมีปัญหาทางด้านรายได้ของครอบครัว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2553) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ สังคมประสบการณ์ และปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; Orem, 1991) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง และความแตกต่างในด้านบทบาทหน้าที่ของเพศหญิงที่ต้องทำงานนอกบ้านอีกทั้งยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวและทำงานบ้าน ทำให้หญิงและชายมีการเรียนรู้และการดูแลตนเองทางด้านจิตใจที่แตกต่างกัน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงกญา โคตนาธา, 2556) ดังเช่นการศึกษาที่ พบว่า วัยรุ่นเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย (บุญวดี เพชรรัตน์, 2547)

คณะความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) และเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องจากส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาได้มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้ (วิภาญจน์ คงสุวรรณ และคณะ, 2557) ซึ่งเป็นการประชุมที่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ที่ทำงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบรวมถึงสตรีหม้าย ทำให้ได้โปรแกรมที่มีความสอดคล้องกับบริบทของสตรีหม้าย และจากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษา (ชลารัตน์ ดอนเกิด, 2554) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และ



พฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง เช่นเดียวกับผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้รอดชีวิตจากแผ่นดินไหวซึ่งได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีอาการแสดงของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Ofiaz et al., 2008)

สรุป

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นโปรแกรมที่ได้มีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยโดยใช้วิธีการบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ช่วยให้ผู้สตรีย้ายที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ด้านการพยาบาล ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในการให้ความรู้และมีการดูแลตนเองด้านจิตใจในกลุ่มสตรีที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบและควรส่งเสริมการนำโปรแกรมไปใช้และเผยแพร่แก่บุคลากรทางสุขภาพและกลุ่มสตรีจิตอาสาในชุมชน เพื่อได้มีแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่สตรีหายากจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

ด้านการวิจัย ควรมีการศึกษาการติดตามวัดผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในระยะเวลาหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจ

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). **คู่มือการช่วยเหลือจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ: ระยะฟื้นฟู (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข)**. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). **คู่มือการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจประชาชนในภาวะวิกฤต (ฉบับปรับปรุง)**. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). **สถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 มีนาคม 2558, จาก http://www.society.go.th/document/statistic/statistic_7996.pdf.
- ขวัญฤทัย ไล่สกุล. (2557). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). **ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนไทยภาคกลาง**. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ ลัตถธรรม, แฝ จันทร์สุข, และศุภกิจ เจริญสุข. (บรรณาธิการ). (2556). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)**. กรุงเทพฯ: ธนาพรส.



- ชลารัตน์ ดอนเกิด. (2554). **การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาคนุ.** รายงานการศึกษานิสรประริญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เชิดศักดิ์ ไอรณรัตน์. (2551). การตัดเกรด. **เวชบันทึกศิริราช, 1(2)**, 107-113.
- ญาติา จินประชา, มรยาท รุจิวิทย์, และพิทักษ์พล บุญยมาลิก. (2551). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรม การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 53(4)**, 405-416.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 11(1)**, 21-30.
- ปารณาคา คำมีสินนท์. (2550). **การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน.** รายงานการศึกษานิสรประริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรียารัตน์ แซ่มคำ. (2554). **โปรแกรมในการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เพชรดาว โต๊ะมีนา, อมรากุล อินโชนนท์, และผ่องพรรณ อินเล็ก. (2552). **คู่มือหญิงหม้าย.** กรุงเทพฯ: ม.ป.พ.
- พรทิพย์ พันธนา. (2549). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจากเหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้:กรณีหญิงหม้ายที่อยู่ในศูนย์รอตันบาตู จังหวัดนราธิวาส.** สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มารีนี สแลม. (2551). **ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี.** สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- มรยาท รุจิวิทย์. (2548). **การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วินัยกาญจน์ คงสุวรรณ, กรวิภา บวชชุม, จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, ประกอบ ชุนทอง, ภัชรินทร์ เกลิมบุญ, และมาลี เกตแก้ว. (2557). **เอกสารการประชุมวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่องการพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้.** สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.
- วิริญจน์ ไชยจันทร์. (2552). **ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี. (2555). **แผนพัฒนาสตรีจังหวัดปัตตานี (พ.ศ.2555-2559).** ปัตตานี: ปัตตานีการช่าง.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). **เพศภาวะกับสุขภาพจิต. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 55(1)**, 109-118.



- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงคณา โคตนาธา. (2556). บทความวิชาการ: พยาบาลกับการบูรณาการเพศภาวะในการจัดการกับภัยพิบัติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 1-12.
- ศรีสมภาพ จิตรภักดิ์ศรี. (2555). บทวิเคราะห์ : 9 เดือนของปีที่ 9:ในสถานการณ์ความรุนแรงอันยอกย้อนกระบวนการสันติภาพปาตานียังคงก้าวเดินไปข้างหน้า. สืบค้นเมื่อวันที่ 23 เมษายน 2558, จาก http://www.deepsouthwatch.org/sites/default/files/dsw_analysis_-_9_months_of_9_years_0.pdf.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (บรรณาธิการ). (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- Aguilera, D. C. (1994). **Crisis intervention: Theory and methodology**. (7th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kummler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemuller, F., Born, C., Forsthoff, A., Licht, R. W., & Grunze, H. (2006). Impact of cognitive – psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European Psychiatry*, 21, 81-86.
- Daele, T. V., Hermans, D., Audenhove, C. V., & Van der Bergh, O. (2012). Stress reduction through psychoeducation: A meta-analytic review. *Health Education & Behavior*, 39(4), 474-485.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). **Self-care: Nursing promotion of health**. New jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Hill, L. & Smith, N. (1990). **Self-care: Nursing promotion of health**. (2nd ed). Norwalk, CA: Appleton & Lange.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducational for relapse, symptom, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorder: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- Oflaz, F., Hatipoglu, S., & Aydin, H. (2008). Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 677-687.
- Orem, D.E. (1991). **Nursing: Concepts of practice**. (4th ed). St. Louis, MO: Mosby-Year book.
- Powell, T., & Leytham, S. (2014). Building resilience after a natural disaster: An evaluation of a parental psycho-educational curriculum. *Australian Social Work*, 67(2), 285-296.
- Shah, L. B. T., Klainin-Yobas, P., Toress, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: A literature review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 94-101.
- 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.