



ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ
ในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
**The Effect of Psychoeducation Program on Knowledge and Psychological Self-Care
of Widows from the Unrest Situation in the Southernmost Provinces**

กรวิกา บวชชุม
Kornwika Buatchum

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

2558

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเอง
ด้านจิตใจในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดน
ภาคใต้

ผู้เขียน นางสาวกรวิกา บวชชุม

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก**คณะกรรมการสอบ**

.....
(ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแสง)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

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

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

.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์)

.....กรรมการ
(ดร. นายแพทย์ นพพร ตันติรังสี)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ดร. วินีกาญจน์ กงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวกรวิกา บวชชุม)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวกรวิกา บวชชุม)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเอง ด้านจิตใจในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดน ภาคใต้
ผู้เขียน	นางสาวกรวิกา บวชชุม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลังได้รับโปรแกรม เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา จำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้รับ โปรแกรมจำนวน 25 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ และโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งมีการดำเนินการทั้งหมด 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เครื่องมือวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินความรู้ โดยการหาค่าคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ .93 และทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสถิติไคสแควร์ (chi-square) ฟิชเชอร์เอกแซก (Fisher's exact) สถิติทีคู่ (paired t-test) สถิติทีอิสระ (independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่า

ก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) กลุ่มทดลองมีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา สามารถเพิ่มความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ บุคลากรทางสุขภาพจึงควรนำไปใช้ในการเพิ่มความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

Thesis Title	The Effect of Psychoeducation Program on Knowledge and Psychological Self-Care of Widows from the Unrest Situation in the Southernmost Provinces
Author	Miss Kornwika Buatchum
Major Program	Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

This quasi-experimental study, pretest posttest two group design, aimed to examine the effect of psychoeducation 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. There were 25 persons in the experimental group, who received the psychoeducation program and 25 persons in control group, who did not receive the psychoeducation program. The research instruments included the general information questionnaire, knowledge questionnaire, psychological self-care questionnaire and the psychoeducation program. The program was conducted 3 times, 1 time per week and each time lasted 60-90 minutes. All instruments 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, 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, independent t-test and ANCOVA.

The results showed that: 1) the experimental group had a mean score of knowledge after attending the program significantly higher than the mean score before attending the program at the .05 level, and the mean score of the psychological self-care after attending the program was also significantly higher than mean score of psychological self-care before attending the program

at the .05 level. 2) the experimental group had a mean score of knowledge significantly higher than the control group at the .05 level, and the experimental group had a mean score of the psychological self-care significantly higher than the control group at the .05 level.

The results of the study showed that the psychoeducation program could promote knowledge and psychological self-care among widows from the unrest situation in the southernmost provinces. Therefore, health care providers should use the program to increase knowledge and psychological self-care among widows from the unrest situation in the southernmost provinces.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีจาก ความช่วยเหลือและกำลังใจอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม รองศาสตราจารย์ ดร. วันดี สุทธิรัมย์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทาง ตลอดกระบวนการ ทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้ความห่วงใยและกำลังใจ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบ คุณภาพของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการปรับปรุงเครื่องมือวิจัยที่ เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบ โครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ได้ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ที่ได้ให้ความรู้ อบรมสั่งสอน ให้ข้อเสนอแนะและให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้กรุณา มอบทุนการศึกษาในระดับปริญญาโท และบัณฑิตวิทยาลัยที่กรุณา มอบทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานีที่ได้ กรุณาให้ข้อมูลสตรีหม้าย และขอกราบขอบพระคุณที่ว่าการอำเภอยะหริ่ง ที่ว่าการอำเภอหนองจิก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบานา และสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัด ชายแดนภาคใต้ที่เสียสละเวลาเพื่อการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ที่คอยเป็นกำลังใจ และ ให้ความห่วงใยเสมอมา จนสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี คุณประโยชน์อัน ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบแต่บุพการี คณาจารย์ บุคคลอันเป็นที่รักและผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษานี้ทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	7
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้.....	10
ภาวะสุขภาพจิตและการช่วยเหลือด้านจิตใจ.....	15
แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา.....	23
ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ.....	28
โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	34
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	41
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	48
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	52
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	55
ผลการวิจัย.....	55
อภิปรายผลการวิจัย.....	63
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	70
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	70
ข้อเสนอแนะ.....	70
เอกสารอ้างอิง.....	72
ภาคผนวก.....	83
ก การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	84
ข ไบพิทักซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มทดลอง).....	85
ค ไบพิทักซ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง (กลุ่มควบคุม).....	86
ง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	87
จ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	94
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ประวัติผู้เขียน.....	118

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์เอกซเซกจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป.....	57
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test).....	59
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	60
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test).....	60
5	เปรียบเทียบคะแนนความรู้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ศาสนา.....	61
6	เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ศาสนา.....	61
7	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนความรู้ จำแนกความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50).....	62
8	เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ จำแนกความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50).....	62

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นความรุนแรงที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่ จังหวัดปัตตานี ยะลา นราธิวาสและ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลาซึ่งประกอบด้วย อำเภोजะนะ เทพานาวิ และสะบ้าย้อย เริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ.2547 จากเหตุการณ์ปล้นอาวุธปืนจำนวน 413 กระบอกจากกองพันพัฒนาที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อ.เจาะไอร้อง จ.นราธิวาส โดยยังคงความยืดเยื้อเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะมีความรุนแรงมากขึ้น แม้ความถี่และความรุนแรงยังอยู่ในระดับคงที่ ในขณะที่จำนวนของการเสียชีวิตและการบาดเจ็บมีเพิ่มขึ้น (ศรีสมภพ, 2555) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 จนถึงสิ้นเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ระยะเวลารวม 114 เดือน มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นรวม 13,434 เหตุการณ์ เป็นผลทำให้มีผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตรวมทั้งสิ้น 15,956 คน โดยแยกออกได้เป็นผู้เสียชีวิต 5,755 คน และบาดเจ็บ 10,201 คน (ศรีสมภพและรอมฎอน, 2556) สถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีเพียงผู้เสียชีวิตและผู้ทุพพลภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่ยังมีผู้ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาสังคมเนื่องจากมีเด็กกำพร้าและสตรีหม้ายจากเหตุการณ์เกิดขึ้นอีกจำนวนไม่น้อยการสูญเสียหัวหน้าครอบครัวทำให้ผู้หญิงต้องเปลี่ยนบทบาทหน้าที่มาเป็นหัวหน้าครอบครัวโดยไม่คาดคิด ต้องรับภาระในครอบครัวทั้งการอบรมเลี้ยงดูบุตรพร้อมกับประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายภายในครอบครัว จะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้มีผลต่อปัญหาสุขภาพกายและจิตของบุคคลในครอบครัว

จากสถิติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ.2554 มีสตรีหม้ายจากสถานการณ์ทั้งสิ้น 2,480 คน โดยแยกออกเป็นจังหวัดดังนี้ จังหวัดปัตตานีซึ่งมีจำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 36.94 รองลงมา ได้แก่ นราธิวาส ยะลา และสงขลา ร้อยละ 31.98, 28.02 และ 3.06 ตามลำดับ (กระทรวงการพัฒนาสังคม

และความมั่นคงของมนุษย์, 2555) กลุ่มคนที่มีการสูญเสีย เช่น ผู้ที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ผู้ที่สูญเสียบุตรหรือผู้ที่เป็นที่รัก จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิต (ฉวีวรรณ, แพ, และศุภกร์ใจ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอพะฝาย จังหวัดปัตตานี ร้อยละ 100 จะมีปัญหาด้านจิตใจ และมากกว่าร้อยละ 50 มีอาการทางกาย อาการวิตกกังวลและนอนไม่หลับ (มารีนี, 2551) และยังพบว่าสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีความเครียดทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (พรทิพย์, 2549) รวมทั้งจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (วินิกานุจน์และคณะ, 2557) ซึ่งได้สัมภาษณ์สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่าสตรีหม้ายยังมีความเครียดกลัว และวิตกกังวล โดยเฉพาะเวลาที่ได้พบเห็นหรือได้ยินข่าวเกี่ยวกับการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก็จะทำให้นึกถึงสามีที่สูญเสียชีวิตไปแล้ว เนื่องจากยังคงต้องดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ซึ่งเกิดสถานการณ์ความไม่สงบอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการที่ต้องเสียดูแลสามีไปอย่างกะทันหันจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวเนื่องจากต้องสูญเสียเสาหลักของครอบครัวไป จะเห็นได้ว่าการดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ความไม่สงบนั้นและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอย่างกะทันหันจะส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิตได้

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่ของสตรีหม้ายที่พบว่าภายหลังจากการสูญเสียสามีทำให้สตรีหม้ายต้องเกิดความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่เป็นทั้งหัวหน้าครอบครัวและการเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงบุตรเพียงลำพัง ซึ่งทำให้เกิดความเครียดมากเนื่องจากจะต้องกระทำทั้งสองบทบาทไปในเวลาเดียวกัน อีกทั้งยังต้องดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ความรุนแรงที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง (พรทิพย์, 2549; แวนุรฮาชาติ, 2554) ซึ่งปัญหาดังกล่าวก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตจนอาจนำไปสู่การเกิดโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Post Traumatic Stress Disorder หรือ PTSD) โดยมีอาการที่สำคัญ คือรู้สึกหวาดเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นเกิดขึ้นเช่น นึกถึงเหตุการณ์นั้น การฝันร้ายถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือเกิดความทุกข์เมื่อเผชิญกับสิ่งที่จะทำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาอีก จึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น นอกจากนั้นแล้วยังมีอาการวิตกกังวลอย่างมาก ซึ่งจะแสดงออกมาด้วยอาการต่างๆ ได้แก่ นอนหลับยากหรือนอนไม่ค่อยหลับ มีสมาธิลดลง หงุดหงิดง่าย โดยอาการดังกล่าวข้างต้นนี้จะเป็นมากขึ้นจนทำให้ไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

จากการศึกษาการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า สตรีหม้ายมีการดูแลตนเองทางด้านจิตใจ 3 ลักษณะ คือ 1) การใช้หลักศาสนา 2) การค้นหาวิธีการเยียวยาและการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง และ 3) การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และอารมณ์ จากทั้งหน่วยงานของราชการและจากภาคเอกชน (กรวิภา, วินิกาญจน์, และวันดี, 2558) ดังนั้นการส่งเสริมเพื่อให้สตรีหม้ายมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้นนั้นจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบของการดูแลตนเองด้านจิตใจของ ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1990) ทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม และ 6) การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ซึ่งเมื่อสตรีหม้ายมีการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้สตรีหม้ายสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นการมีความรู้ในการดูแลตนเองด้านจิตใจ รวมถึงความรู้เกี่ยวกับอาการต่างๆ และการจัดการที่ถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สุขภาพจิตศึกษา เป็นวิธีการหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในวงการสุขภาพจิต โดยเป็นกระบวนการทำให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและเรื่องราวที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการปรับตัว เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม รวมถึงเจตคติและทักษะของบุคคลในการจัดการกับปัญหาอันนำไปสู่การจัดการกับภาวะสุขภาพจิตที่ดีและเหมาะสม (อรพรรณและพิรพนธ์, 2553) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าสุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้น (Bernhard et al., 2006; Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007) ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องที่ได้รับการสอนมาเพิ่มขึ้นก็จะส่งผลต่อการดูแลตนเองให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นด้วย รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบยังพบน้อย และจากการสัมภาษณ์สตรีหม้ายพบว่ายังมีความต้องการมีความรู้ในการดูแลปัญหาสุขภาพจิต (วินิกาญจน์และคณะ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าควรมีการพัฒนาความรู้ด้านการเยียวยาจิตใจเฉพาะกลุ่ม เช่น ในกลุ่มสตรีหม้าย เป็นต้น (เพชรดาว, 2556) ดังนั้นด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นมาเพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบมีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ จนนำไปสู่การดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ตลอดเวลาได้อย่างปกติ อีกทั้งโปรแกรมการให้สุขภาพจิต

ศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเยียวยาจิตใจในสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมหรือไม่ อย่างไร
2. คะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับ โปรแกรมหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา (Daele, Hermans, Audenhove, & Van der Bergh, 2002; Lukens & McFarlane 2004; Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014) และการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Hill & Smith, 1985; 1990) สามารถสรุปได้คั้งนี้

สุขภาพจิตศึกษา เป็นรูปแบบการให้ความรู้ ทางด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจนสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยใช้วิธีการบรรยาย และการอภิปรายกลุ่มเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดและการช่วยเหลือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถสรุปองค์ประกอบของสุขภาพจิตศึกษาได้ (Hill & Smith, 1985; 1990) ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาทักษะทางสังคม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร เนื่องจากทักษะทางสังคมมีความสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ด้วยการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง สาเหตุทำให้เกิดการเจ็บป่วย การรักษาและทางเลือกในการรักษาเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจอันนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา และการผ่อนคลาย ซึ่งจะช่วยลดความกังวลและความเครียดในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และทำให้มีความเข้าใจจนสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

4. การสนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาและใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชนในการดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

สุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพทั้งในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (Daele et al., 2002; Shah et al., 2014) ซึ่งเมื่อบุคคลได้รับสุขภาพจิตศึกษาก็จะมีความรู้เพิ่มขึ้นในเรื่องที่ได้รับการสอน (Bernhard et al., 2006) โดยประเมินจากแบบประเมินความรู้ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ ดังนั้น การได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านจิตใจก็จะทำให้บุคคลมีความรู้เพิ่มขึ้นและสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การดูแลตนเองด้านจิตใจ เป็นการกระทำกิจกรรมของบุคคลเพื่อส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเองให้มีสภาพจิตใจที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แบ่งองค์ประกอบของการดูแลตนเองด้านจิตใจออกเป็น 6 ด้าน (Hill & Smith, 1985; 1990) ดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญของการดูแลตนเองด้านจิตใจ เพื่อให้บุคคลตระหนักรู้เกี่ยวกับการให้คุณค่า รับรู้ถึงอารมณ์ความรู้สึก ความคิดและการกระทำ รวมถึงการประเมินทักษะการเผชิญปัญหาของตนเอง

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การสื่อสารเป็นกระบวนการที่จะช่วยให้บุคคลรู้และเข้าใจความต้องการของผู้อื่น โดยวิธีการที่จะช่วยให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร และการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม

3. การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ในทุกบริบทของการทำงาน ตั้งแต่ระดับบุคคลไปจนถึงระดับผู้เชี่ยวชาญ ทุกคนต่างต้องการการบริหารจัดการเวลาที่ดีและเหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองมากที่สุด

4. การเผชิญปัญหาภาวะวิกฤติ เป็นสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่บุคคลรับรู้ถึงความเครียด โดยปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์นั้นๆ แหล่งสนับสนุนและบุคคลที่คอยให้การช่วยเหลือ โดยเฉพาะสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ที่อยู่อาศัยในพื้นที่เกิดความกังวลและความเครียดได้ตลอดเวลา ดังนั้นการปรับตัวและการเผชิญปัญหาจึงมีความสำคัญต่อการดูแลตนเองด้านจิตใจ

5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม ระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นกลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย ทำให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอก โดยกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ 1) การสร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน เพื่อให้ตนเองสามารถปรึกษาได้ในภาวะวิกฤต 2) การรู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เพื่อให้ตนเองสามารถเรียกได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต และ 3) การศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และศูนย์บริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน

6. การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี เมื่อบุคคลมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงก็จะมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดได้ ซึ่งประกอบด้วย การผ่อนคลาย อาหาร การออกกำลังกาย และการพักผ่อนนอนหลับ

สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองทำให้เกิดความเครียดเพิ่มขึ้นจนอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือที่สำคัญคือการส่งเสริมให้บุคคลนั้นๆ มีความรู้

ในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นมา เพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดความรู้นำไปสู่การดูแลตนเองภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. คะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา หมายถึง รูปแบบของการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม โดยการสอนบรรยายและการอภิปรายกลุ่ม รูปแบบของกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากองค์ประกอบของสุขภาพจิตศึกษา ได้แก่ 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย การรักษาและทางเลือกในการรักษา 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย และ 4) สนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้และมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ จนสามารถทำให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง การที่บุคคลมีความตั้งใจกระทำการกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ตนเองบรรเทาอาการและปัญหาทางจิตใจ รวมถึงการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม และ 6) การดูแลตนเองทั่วไป สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของ มารินี (2551)

ความรู้ หมายถึง ความรู้ในการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่ได้รับจากโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในเรื่องเกี่ยวกับ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) โรคเครียดภายหลังสถานการณ์สะเทือนขวัญและวิธีการบรรเทาอาการต่างๆด้วยตนเอง 3) วิธีการเผชิญปัญหาและเทคนิคการแก้ปัญหา 4) ความเครียดและวิธีการผ่อนคลาย และ 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งวัดโดยแบบประเมินความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจำนวน 10 ข้อ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบวัดสองกลุ่ม (pretest-posttest two group design) เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

มีแนวทางสำหรับหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการดูแลตนเองด้านจิตใจเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัยได้ทบทวน เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 1.1 ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 1.2 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 1.3 สภาพความเป็นอยู่ของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ภาวะสุขภาพจิตและการช่วยเหลือด้านจิตใจ
 - 2.1 ภาวะสุขภาพจิตในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.2 องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ
 - 2.3 ปฏิกริยาด้านจิตใจของที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.4 การช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตเมื่อเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
 - 2.5 โรคทางจิตเวชที่อาจจะเกิดขึ้นหลังประสบสถานการณ์วิกฤต
3. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา
 - 3.1 ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา
 - 3.2 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
 - 3.3 วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา

- 3.4 วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษา
- 3.5 ลักษณะของสุขภาพจิตศึกษา
- 3.6 ขั้นตอนการให้ความรู้
4. ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้
 - 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้
 - 4.3 แนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ
 - 4.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านจิตใจ
5. โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดปัตตานี จังหวัดยะลา จังหวัดนราธิวาส และ 4 อำเภอในจังหวัดสงขลา ได้แก่ อำเภอจะนะ อำเภอเทพา อำเภอสะบ้าย้อย และอำเภอนาทวี สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้เริ่มตั้งแต่วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2547 จากเหตุการณ์ปล้นอาวุธจำนวน 413 กระบอก ณ กองพันทหารพัฒนาที่ 4 ค่ายกรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส ปัจจุบันเหตุการณ์ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสถานการณ์ความรุนแรงมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น (ศรีสมภพ, 2555) จากสถิติสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ.2557 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นเป็น 14,329 ครั้ง ทำให้มีผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บรวมกันประมาณ 17,253 คน แยกเป็นผู้เสียชีวิตจำนวน 6,159 คนและผู้บาดเจ็บจำนวน 11,094 คน จากสถิติเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจาก พ.ศ. 2550 มีจำนวนเหตุการณ์ความรุนแรงลดลง แต่ยังคงมีอัตราของผู้เสียชีวิตและบาดเจ็บเพิ่มสูงขึ้น (ศรีสมภพ, 2557) จังหวัดปัตตานี ตั้งอยู่ที่ภาคใต้ของประเทศไทย เป็นจังหวัดเดียวในกลุ่มจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ไม่มีชายแดนติดประเทศมาเลเซีย การปกครองแบ่งเป็น 12 อำเภอ 115 ตำบล 642 หมู่บ้าน จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อปี พ.ศ. 2555 มีจำนวนประชากร

ทั้งสิ้น 671,615 คน แยกเป็นเพศหญิง จำนวน 339,506 คน เพศชาย จำนวน 332,109 คน สภากฎมึประเทศของจังหวัดปัตตานี แบ่งออกเป็น พื้นที่ราบชายฝั่งทะเล เป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ของจังหวัด ครอบคลุมพื้นที่ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอหนองจิก อำเภอเมืองปัตตานี อำเภอยะหริ่ง อำเภอปานาเระ อำเภอสายบุรี และอำเภอไม้แก่น พื้นที่ราบลุ่มมีแม่น้ำปัตตานีไหลผ่านที่ดินเหมาะแก่การทำ การเกษตร ได้แก่ อำเภอแม่ลาน อำเภอยะรัง อำเภอยะหริ่ง อำเภอมายอ อำเภอปานาเระ และพื้นที่ ภูเขาเป็นพื้นที่ส่วนน้อยอยู่ทางตอนใต้ของอำเภอโคกโพธิ์ อำเภอกะพ้อ และทางตะวันออกของ อำเภอสายบุรี (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

ตั้งแต่สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2547 ถึงปี พ.ศ. 2555 จังหวัดปัตตานียังคงมีสถานการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีแนวโน้ม ของการเกิดสถานการณ์ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2547 ซึ่งมีจำนวนเหตุการณ์เกิดขึ้น 294 เหตุการณ์ โดยส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ลอบยิง ซึ่งมีจำนวน 1,974 เหตุการณ์ รองลงมาเป็น เหตุการณ์การลอบวางระเบิด/วัตถุต้องสงสัยจำนวน 353 เหตุการณ์ และเหตุการณ์ลอบวางเพลิง สถานที่สำคัญจำนวน 322 เหตุการณ์ ทำให้มีผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน จังหวัดปัตตานีรวมทั้งสิ้นจำนวน 4,160 คน แยกเป็นผู้ได้รับผลกระทบทั้งชีวิตและทรัพย์สิน โดยมี ผู้เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 1,359 คน รองลงมาเป็นผู้ได้รับบาดเจ็บสาหัส จำนวน 729 คน และ บาดเจ็บปานกลาง จำนวน 606 คนและเสียหายน้อยที่สุด คือ ทุพพลภาพ จำนวน 32 คน สำหรับ แนวโน้มผู้ได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะผู้เสียชีวิต บาดเจ็บสาหัส และบ้านเรือนเสียหายมีแนวโน้ม เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ปัตตานี, 2555)

นอกจากผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีต่อชีวิตและ ทรัพย์สินโดยตรงแล้วยังมีผู้ได้รับผลกระทบโดยอ้อม อีกทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่เป็นเพศ ชายจึงทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียหัวหน้าครอบครัวไป ส่งผลให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์และมี เด็กกำพร้าเกิดขึ้น จากสถิติของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี (2555) พบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 จนถึงปี พ.ศ. 2554 มีสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 842 คน และเด็กกำพร้า 1,663 คน ซึ่งการสูญเสียที่เกิดขึ้นนั้นทำให้ครอบครัว ต้องสูญเสียกำลังหลักของครอบครัวไป จึงทำให้ภรรยาต้องรับภาระหน้าที่หลักในการดูแล

ครอบครัว ทั้งการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบในการหารายได้ และการทำหน้าที่เป็นแม่ ในการเลี้ยงดูลูก ดังนั้นทั้งการที่มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นและการสูญเสียบุคคลที่รัก ไปจึงทำให้สตรี หนีภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ (กระทรวงการ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555)

ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท (กรมสุขภาพจิต, 2550) ดังนี้

1. ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ ผู้รอดชีวิต ผู้สูญเสีย ญาติหรือบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ที่สูญเสียทรัพย์สิน และญาติผู้บาดเจ็บ
2. ผู้ที่ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจโดยอ้อม ได้แก่ ผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์ซึ่งหน้าหรือเห็น เหตุการณ์ ผู้เห็นเหตุการณ์จากสื่อต่างๆ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เกิดเหตุหรืออยู่ในชุมชน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือทั้งที่เป็นเจ้าหน้าที่รัฐและเอกชน และประชาชนทั่วไปนอก พื้นที่

สรุปได้ว่า สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้เกิดผู้ที่ได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม กลุ่มสตรีหนีภัยจากสถานการณ์ความไม่สงบ ในจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทางตรงเนื่องจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ แบ่งผลกระทบออกเป็นรายด้าน ดังต่อไปนี้ (กัมปนาทและวรรณชนก, 2556; จอมสุรางค์, 2555; เบญจพรและรัชนิกร, 2552; เบญจพรและสุลินดา, 2552; มุสลินท์, 2554, วัฒนะและสุวิมล, 2552; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556; โอภาส, 2550; อนุวัต, 2552)

1. ผลกระทบต่อร่างกาย

สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ เช่น การลอบยิง การลอบวางระเบิด หรือการเผาสถานที่ต่างๆ เป็นต้น อีกทั้งในปัจจุบันภาพรวมของความรุนแรงของสถานการณ์และจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งผลกระทบจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ได้รับผลกระทบต่อร่างกาย เช่น การได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย จนอาจนำไปสู่ความพิการ และเสียชีวิตได้ (เบญจพรและสุลินดา, 2552; วัฒนะและสุวิมล, 2552; สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

2. ผลกระทบต่อจิตใจ

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 นอกจากจะมีผลกระทบต่อร่างกายทั้งการได้รับบาดเจ็บ พิการ หรือการเสียชีวิต แล้วยังมีผลต่อจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบไม่ว่าจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบทางตรงหรือทางอ้อมก็ตาม ซึ่งผู้ที่อยู่ในพื้นที่ที่มีสถานการณ์ความรุนแรง รวมทั้งการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ไปนั้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (ฉวีวรรณและคณะ, 2556) ดังจากการศึกษาเรื่องปัญหาและสุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอกระพ้อ จังหวัดปัตตานีของ มารินี (2551) พบว่า ผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์จะมีปัญหาทั้งทางด้านจิตใจร้อยละ 100 โดยจะมีอาการวิตกกังวล นอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โอภาส (2550) ที่พบว่าผู้ได้รับผลกระทบจะมีอาการต่างๆ ได้แก่ มีความเครียด วิตกกังวล มีความกลัวหลายเรื่อง หวาดกลัวง่าย และมีปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนั้นยังมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในนักเรียนที่อยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบของ เบญจพรและสุลินดา (2552) พบว่ามีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นในนักเรียนในพื้นที่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้จะมีอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ร้อยละ 21.9 สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มีอัตราการเกิดอาการ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและเกิดภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ (จอมสุรางค์, 2555; เบญจพรและรัชนีกร, 2552) และยังพบปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมสัมพันธ์ภาพในกลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบอีกด้วย (มุสลิมท์, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในสตรีหม้ายจะมีการเกิดอาการทางด้านจิตใจต่างๆ เช่น เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ (พรทิพย์, 2549) เป็นต้น ซึ่งหากอาการเหล่านี้ยังคงอยู่ในระยะเวลานานก็จะส่งผลต่อการเกิดอาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญจนนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่ร้ายแรง เช่น การฆ่าตัวตายได้ ดังนั้นการป้องกันโดยการให้ความรู้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

3. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในรูปแบบ เช่น ลอบวางระเบิด การเผาสถานที่ต่างๆ รวมทั้งสถานการณ์ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ด้านความปลอดภัยในการเดินทางทั้งการไปประกอบอาชีพหรือการไปประกอบพิธีกรรมทางศาสนา โดยเฉพาะการเดินทางไปทำงาน เนื่องจากมีความกลัวว่าจะถูกลอบสังหารหรือถูกทำร้าย จึงทำให้ขาดรายได้ รวมทั้งการบาดเจ็บหรือความพิการของบุคคลในครอบครัวทำให้ครอบครัวต้องรับภาระเพิ่มขึ้นและทำให้ครอบครัวมีรายได้ลดลงและมีหนี้สินเพิ่มขึ้น (กัมปนาทและวรรณชนก, 2556; วัฒนะและสุวิมล, 2552; อนุวัต, 2552; โอภาส, 2550)

นอกจากนี้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้มีการเผาโรงเรียน รวมทั้งมีครูอีกจำนวนไม่น้อยที่ขอย้ายออกจากพื้นที่ และครูถูกทำร้ายจนเสียชีวิตและบาดเจ็บอีกจำนวนมาก จนทำให้โรงเรียนขาดแคลนครูและหยุดการเรียนการสอนอยู่บ่อยครั้ง จนสุดท้ายก็จะส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาในพื้นที่ความไม่สงบ จนทำให้ผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาดกอยู่ในอันดับท้ายของประเทศ รวมทั้งเยาวชนได้ออกจากระบบการศึกษาเป็นจำนวนมาก (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556)

สภาพความเป็นอยู่ของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สภาพความเป็นอยู่ของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนใหญ่จะมีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเองและมีบุคคลในครอบครัวที่อยู่ร่วมกัน เช่น บุตร พ่อแม่ และญาติพี่น้อง เป็นต้น มีอาชีพรับจ้างเป็นลูกจ้างเสวยยาของหน่วยงานราชการ มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนใหญ่มีบุตร 1-2 คน (ธีรศักดิ์, 2552; พรทิพย์, 2549)

สำหรับบทบาทของสตรีหม้าย ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ (พรทิพย์, 2549; วินีกาญจน์และคณะ, 2557; แวนุรฮาชาติ, 2554) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. บทบาทหัวหน้าครอบครัว สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้มีผู้เสียชีวิตเกิดขึ้นจำนวนมาก ซึ่งขณะเดียวกันก็ส่งผลให้เกิดสตรีหม้ายเกิดขึ้นอีกจำนวนมากเช่นกัน การสูญเสียหัวหน้าครอบครัวทำให้สตรีหม้ายต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทไปจากเดิมมาเป็นหัวหน้าครอบครัวแทนสามีที่สูญเสียไป และมีหน้าที่หลักในการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว (แวนุรฮาชาติ, 2554) ซึ่งมีความแตกต่างจากบทบาทเดิมที่เคยรับผิดชอบเป็นแม่บ้านเป็นส่วนใหญ่ (วินีกาญจน์และคณะ, 2557)

2. บทบาทของแม่การสูญเสียสามีทำให้สตรีหม้ายต้องรับบทบาทในการเลี้ยงดูบุตรเพียงลำพัง ซึ่งจะต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเนื่องจากต้องเป็นทั้งพ่อและแม่ให้แก่บุตร (พรทิพย์, 2549; แวนุรฮาชาติ, 2554)

ดังนั้นการเผชิญกับการสูญเสียสามีของสตรีหม้ายไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับความโศกเศร้าจากการสูญเสียแล้ว สตรีหม้ายยังต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่อย่างกะทันหัน ต้องรับบทบาททั้งการเป็นหัวหน้าครอบครัวและการเป็นแม่ที่ต้องเลี้ยงดูบุตรเพียงลำพัง จึงทำให้สตรีหม้ายจึงมีความเครียดเกิดขึ้นได้ อีกทั้งยังคงต้องดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ความไม่สงบที่ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้สตรีหม้ายมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากรู้สึกไม่ปลอดภัยทั้งในชีวิตและทรัพย์สิน

ภาวะสุขภาพจิตและการช่วยเหลือด้านจิตใจ

ภาวะสุขภาพจิตในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

สถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อร่างกายและทรัพย์สิน โดยเฉพาะด้านจิตใจที่อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ ซึ่งจากบทบทวนวรรณกรรม พบว่ากลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2548; นวีวรรณและคณะ, 2556)

1. ครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวที่กำลังมีบุตร ครอบครัวที่มีบิดามารดาเพียงคนเดียว ครอบครัวที่มีผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ครอบครัวที่มีผู้พิการ ครอบครัวที่มีสมาชิกในครอบครัวเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาล ครอบครัวของผู้ที่ติดยาเสพติด หรือครอบครัวของผู้ป่วยทางจิต เป็นต้น เป็นครอบครัวที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้

2. กลุ่มเด็ก ได้แก่ กลุ่มเด็กทารก เด็กที่เริ่มเข้าโรงเรียน เด็กวัยเรียน เด็กที่มีปัญหาครอบครัว เช่น บิดามารดาหย่าร้างกัน หรือเด็กที่บิดามารดามีความผิดปกติทางจิต เป็นต้น เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้

3. กลุ่มวัยทำงาน ได้แก่ ผู้ที่เริ่มทำงานใหม่ ผู้ที่เปลี่ยนสถานที่ในการทำงาน ผู้ที่อยู่ห่างไกลครอบครัว ผู้ที่ว่างงาน ผู้ที่ใกล้เกษียณหรือหลังเกษียณอายุการทำงาน ผู้ที่ทำงานอยู่ในสถานที่ที่ไม่ปลอดภัย เจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือหรือผู้ประสบเหตุการณ์รุนแรงโดยตรง เป็นต้น

4. กลุ่มที่ประสบกับภาวะบีบคั้นทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่อพยพ แห้วของอาชญากร ผู้ยากไร้ คนชรา ผู้ที่ไร้ญาติ ผู้ที่อยู่ในระยะสุดท้ายของการเจ็บป่วยของโรคร้าย เป็นต้น

5. กลุ่มคนที่มีการสูญเสีย ได้แก่ ผู้ที่เป็นหม้ายหรือหย่าร้าง ผู้ที่สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ผู้ประสบภัยพิบัติ เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับภาวะวิกฤติทางจิตใจทำให้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งผู้ที่สูญเสียทรัพย์สินและเครื่องมือทำมาหากินทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

จะเห็นได้ว่าสตรีหม้ายเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความเสี่ยงต่อการปัญหาสุขภาพจิตได้ ดังเช่นในการศึกษาของ พรทิพย์ (2549) ที่พบว่าสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเครียดทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม นอกจากนั้นยังพบอีกว่าสิ่งที่สตรีหม้ายมีความกังวลคือเรื่องการศึกษาเล่าเรียนของบุตร ความกังวลเกี่ยวกับการมีรายได้ไม่เพียงพอกับการใช้จ่ายของครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับการสัมภาษณ์สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดปัตตานี (สัมภาษณ์รายกลุ่ม, 26 กรกฎาคม 2557) ที่พบว่า สตรีหม้ายยังมีความกังวลและความเครียดในเรื่องการเลี้ยงดูบุตร การประกอบอาชีพ เนื่องจากก่อนการสูญเสียสามี สตรีหม้ายส่วนใหญ่จะทำหน้าที่เป็นแม่บ้าน แต่เมื่อสูญเสียสามีทำให้ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ไปจากเดิม รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันที่ยังคงต้องประสบกับเหตุการณ์ความรุนแรงซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียดอยู่บ่อยครั้ง นอกจากนั้นจากการศึกษาของ มาริณี (2551) ที่ได้ศึกษาเรื่อง

ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ อำเภอกะป้อ จังหวัดปัตตานี พบว่าผู้ที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวร้อยละ 100 จะมีปัญหาด้านจิตใจ และมากกว่าร้อยละ 50 จะมีอาการทางกาย อาการวิตกกังวล และนอนไม่หลับ

องค์ประกอบของการเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจ

การเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจนั้น ขึ้นอยู่กับ 3 องค์ประกอบที่สำคัญ (Aguilerla, 1994) คือ การรับรู้เหตุการณ์ (perception of event) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (situational supports) และการเผชิญปัญหา (coping mechanism) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การรับรู้เหตุการณ์ คือ ความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น บุคคลจะรับรู้ต่อเหตุการณ์ได้ถูกต้องตรงกับความจริงและตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับอารมณ์ ความรู้สึกถึงเครียดของตนเอง ซึ่งหากมีการรับรู้ต่อเหตุการณ์ผิด เข้าใจปัญหาผิด การแก้ไขปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ความเครียดนั้นก็ยังคงอยู่ต่อไป

2. การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม การช่วยเหลือจากบุคคล หรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ จะช่วยให้บุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤติทางจิตใจเข้าใจปัญหาและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม แต่หากบุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนอาจจะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง ความเครียดก็จะเพิ่มขึ้นจนไม่สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลได้

3. การเผชิญปัญหา เป็นกลไกการปรับตัวเมื่อเกิดภาวะวิกฤติหรือเกิดปัญหาขึ้น การเผชิญปัญหาจึงเป็นแนวทางที่จะช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นทางจิตใจ ทางกายและพฤติกรรม หากบุคคลมีการปรับตัวในการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมเมื่อเกิดปัญหาขึ้นบุคคลก็จะสามารถปรับตัวและพ้นจากภาวะวิกฤติทางจิตใจได้

สรุปได้ว่า การเกิดภาวะวิกฤติทางจิตใจจะมีความรุนแรงมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ต่อเหตุการณ์ การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญปัญหา ซึ่งหากองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเสียไปก็อาจจะส่งผลให้เกิดการเสียสมดุลทางจิตใจได้

ปฏิกิริยาด้านจิตใจของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีสิ่งคุกคามเกิดขึ้น ร่างกายจะตอบสนองโดยการระดมพลังงาน และทรัพยากรต่างๆ เพื่อให้บุคคลตอบสนองได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งบุคคลนั้นจะจัดการด้วยการสู้หรือหนีสิ่งคุกคามนั้นเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ เมื่อมีสถานการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้นผู้ได้รับผลกระทบจะมีปฏิกิริยาด้านจิตใจ ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2553)

1. ด้านร่างกาย ได้แก่ อาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ รู้สึกร้อน หรือหนาวในร่างกาย รู้สึกตึบตันแน่นในลำคอ อาจลามลงไปถึงท้องหรือหน้าอกป็นป่วน อ่อนเพลียและหมดกำลัง ปวดกระเพาะ ลำไส้และคลื่นไส้ ความอยากอาหารลดลงหรือเพิ่มขึ้นและอาการกำเริบหนักขึ้นทำให้สุขภาพทรุดหนัก

2. ด้านพฤติกรรม/การแสดงออก ได้แก่ นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย และฝันร้าย มีอาการผวาง่ายเพียงเพราะถูกรบกวนเล็กน้อย หวาดระแวงอย่างหนัก กวาดตามองไปมาเพราะกลัวอันตราย ร้องไห้และเข้าน้ำตาอย่างไม่มีสาเหตุ ทะเลาะกับคนในครอบครัวและคนรอบข้าง หลีกเลี่ยงที่จะทบทวนความจำที่ก่อให้เกิดอาการเจ็บปวด ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใดๆ หันเข้าหาสุราของมีเมาและยาเสพติดมากขึ้น และแยกตัวจากสังคม

3. ด้านอารมณ์ ได้แก่ ซ็อก และไม่ยอมรับในสิ่งที่เห็นวิตกกังวล กลัว เป็นห่วงเกี่ยวกับความปลอดภัย เศร้า ระทมทุกข์ ลึกลับ มึนชา ไร้ความรู้สึก ไร้อารมณ์ หวาดกลัว รู้สึกผิดช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ไม่มีปฏิสัมพันธ์ โกรธ ต้องการแก้แค้น ขุนเฉียวง่าย ไร้ความหวัง ดำเนินตัวเองและผู้อื่น รอคิวชีวิตมาได้แต่รู้สึกผิด คาดเดาอารมณ์ไม่ได้ อารมณ์แกว่งไปแกว่งมา เมื่อพบเจอเหตุการณ์ที่เคยเจอจะเกิดอาการเจ็บปวดขึ้นมาอีก

4. ด้านการรับรู้/ความคิด ผู้ได้รับผลกระทบจะมีอาการสับสน และไม่รู้ทิศทาง บางคนอาจจะไม่มีสมาธิ และมีปัญหาด้านความจำ ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสูญเสียความจำบางอย่าง ภาพความทรงจำผ่านเข้ามาแบบวูบวาบ ดำเนินตนเอง และสงสัยในตัวเอง มีความต้องการที่จะปกป้องคนที่ตัวเองรัก คิดซ้ำซาก จำภาพติดตา รู้สึกว่าได้ย้อนกลับไปเหตุการณ์อีกครั้งหนึ่ง

ดังนั้นสถานการณ์ความไม่สงบซึ่งเป็นสิ่งคุกคามเกิดขึ้น บุคคลก็จะตอบสนองต่อสิ่งคุกคามโดยการแสดงปฏิกิริยาด้านจิตใจในด้านต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นออกมา ซึ่งบุคคลก็จะจัดการต่อสิ่งคุกคามนั้นเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่ภาวะปกติ แต่หากไม่สามารถจัดการได้ก็จะส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดปัญหาที่รุนแรงต่อมาได้

การช่วยเหลือด้านจิตใจเมื่อเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ

เมื่อเกิดสถานการณ์วิกฤตในพื้นที่หรือเกิดสถานการณ์ความไม่สงบ ผู้ประสบภาวะวิกฤตจะมีปฏิกิริยาทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา ดังนั้นการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตของบุคลากรทางสุขภาพจิตในแต่ละช่วงเวลาจึงมีความแตกต่างกัน โดยแบ่งออกเป็นระยะดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

1. ระยะเตรียมการ

ระยะเตรียมการ เป็นระยะก่อนเกิดสถานการณ์ เพื่อสามารถจัดการกับภาวะวิกฤตได้ทัน ซึ่งการเตรียมการจะเป็นการเตรียมความพร้อมทั้งในระดับบุคคล องค์กรและชุมชน

2. ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน

2.1 ระยะวิกฤต (71 ชั่วโมงแรกหลังเกิดเหตุ) ระยะนี้ผู้ประสบภาวะวิกฤตจะมีความตื่นตัวเพื่อความอยู่รอดของชีวิต นอกจากนั้นแล้วยังมีความเครียด หวาดกลัว วิตกกังวล การช่วยเหลือในระยะนี้จะเป็นความช่วยเหลือในทุกด้าน ทั้งทางด้านร่างกายและความต้องการพื้นฐาน ส่วนการช่วยเหลือด้านจิตใจในระยะนี้ที่สำคัญ คือการให้การปฐมพยาบาลทางจิตใจและให้ความช่วยเหลือที่ตามความต้องการของผู้ประสบภาวะวิกฤต

2.2 ระยะฉุกเฉิน (72 ชั่วโมง-2 สัปดาห์) เป็นระยะที่ต้องสำรวจหาข้อมูลของสถานการณ์และความต้องการของผู้ประสบภาวะวิกฤต โดยในระยะนี้จะมีการคัดกรองกลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเพื่อนำมาวางแผนการให้ความช่วยเหลือ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายได้แก่กลุ่มที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือทรัพย์สิน กลุ่มเด็ก กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มผู้พิการและเจ็บป่วยเรื้อรัง และกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต

3. ระยะเวลาหลังได้รับผลกระทบ (2 สัปดาห์-3 เดือน)

ระยะเวลาหลังได้รับผลกระทบ เป็นระยะที่ผู้ประสบภาวะวิกฤตต้องเผชิญกับความจริง และมีความหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาล ในขณะที่เดียวกันก็เริ่มไม่แน่ใจว่าจะได้รับความช่วยเหลือหรือไม่ จึงทำให้ผู้ประสบภาวะวิกฤตเริ่มมีความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าเกิดขึ้นมา

สำหรับแนวทางการช่วยเหลือด้านจิตใจในระยะนี้ จะมีการประเมินสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ รวมถึงการกำหนดกลุ่มเสี่ยงและคัดกรองภาวะสุขภาพจิตซ้ำอีกครั้งเพื่อความเป็นปัจจุบันของข้อมูล เพื่อให้ความช่วยเหลือสอดคล้องกับความต้องการ รวมถึงการติดตามผลและการส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษาที่ต่อเนื่อง

4. ระยะเวลาฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป)

ในระยะนี้จะเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัด ฟื้นฟูสุขภาพจิต การเฝ้าระวังและการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกเพื่อป้องกันความพิการทางจิตใจ (Early Detection and Intervention) โดยมีการจัดทีมเพื่อประเมินหรือคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการเฝ้าระวังและติดตามการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องตามปัญหา เช่น การให้ยา การให้คำปรึกษา การบำบัดทางจิต การสอนทักษะการผ่อนคลายความเครียดและการให้ความรู้ๆ ตามปัญหาที่พบ เป็นต้น

ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้จัดทำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่อยู่ในระยะฟื้นฟู (หลังเกิดเหตุการณ์ 3 เดือนขึ้นไป) เนื่องจากมีความเหมาะสมต่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยการให้ความรู้และสอนทักษะต่างๆ (กรมสุขภาพจิต, 2555) เพื่อสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขต่อไป

โรคทางจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นหลังประสบสถานการณ์วิกฤต

กรมสุขภาพจิต (2553) ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลที่ได้รับผลกระทบและไม่สามารถปรับตัวต่อการสูญเสีย ก็อาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจเป็นโรคจิตเวชตามมาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ โรคเครียดเฉียบพลัน (Acute Stress Disorder) โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์

สะเทือนขวัญ (Post Traumatic Stress disorder) ภาวะซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) โรควิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder) และการติดสารเสพติด (Substance Use Disorder)

โรคจิตเวชดังกล่าวเกิดขึ้นได้จากการประสบกับสถานการณ์วิกฤต เช่นเดียวกับการสูญเสียอาจจะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตเวชในคนที่มีความเสี่ยงหรือมีความอ่อนแอทางจิตอยู่ โดยเฉพาะ โรคเครียดเฉียบพลัน และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อย โดยมีรายละเอียดของโรคจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นจากสถานการณ์วิกฤต (กรมสุขภาพจิต, 2553) ดังนี้

1. โรคเครียดเฉียบพลัน และโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

เหตุการณ์สะเทือนขวัญอาจทำให้บุคคลเกิดการสูญเสียหรือเกือบจะสูญเสียชีวิตของตนเองและผู้อื่น หรือได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นด้วยความรู้สึกหวาดกลัวหรือรู้สึกช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และเมื่อผ่านเหตุการณ์นั้นไปแล้ว บุคคลนั้นจะมีอาการเฉยเมย อารมณ์เย็นชา การรับรู้สิ่งแวดล้อมลดลงและเปลี่ยนไป และอาการสำคัญของโรคกลุ่มนี้ คือรู้สึกว่าการเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นกลับเกิดขึ้นมาอีก (Re-Experiencing of Traumatic Event) เช่น คิดถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ สัมผัสถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำๆ หรือเกิดความทุกข์เมื่อได้เผชิญกับสิ่งที่เตือนความจำให้นึกถึงเหตุการณ์นั้นขึ้นมาอีก (Exposure to Reminders) บุคคลนั้นจึงพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่ไปกระตุ้นเตือนให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น และมีอาการวิตกกังวลอย่างมาก หรือผวาตกใจง่าย ซึ่งแสดงออกมาด้วยอาการต่างๆ ได้แก่ นอนหลับยากหรือนอนไม่ค่อยหลับ สมาธิลดลง หงุดหงิด กระวนกระวายหรือโกรธฉุนเฉียวง่าย ซึ่งอาการดังกล่าวจะเป็นมากขึ้นจนทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถทำงานหรือใช้ชีวิตในสังคมได้ตามปกติ

โรคทั้งสองนี้จะมีอาการคล้ายคลึงกัน แต่จะมีความแตกต่างกันที่เฉพาะระยะเวลาการเจ็บป่วยเท่านั้น โรคเครียดเฉียบพลัน จะเกิดเฉียบพลัน หมายถึง อาการเป็นเร็วหายเร็ว คือ มีอาการอย่างสั้นที่สุดเพียงแค่ 2 วันก็หาย อย่างนานที่สุดก็ไม่เกิน 4 สัปดาห์ และจะต้องเกิดขึ้นภายใน 4 สัปดาห์หลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่เกิดขึ้น แต่โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ นั้นมีโอกาสเกิดขึ้นได้ เพราะมีบางกลุ่มที่มีอาการป่วยปรากฏให้เห็นช้ามาก คือกว่าจะปรากฏอาการก็ผ่านเหตุการณ์ไปแล้วถึง 6 เดือน อาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ สามารถสังเกตอาการได้ ดังนี้ 1) นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท 2) หงุดหงิดง่าย 3) ผันรำยหรือระลึกถึง

เหตุการณ์ร้ายๆ นั้นซ้ำ 4) รู้สึกเฉยเมยต่อญาติและเพื่อนๆ 5) รู้สึกที่ตนเองรอดขณะที่คนอื่นตาย 6) ตกใจง่ายเมื่อเกิดอะไรผิดปกติรอบตัว 7) เกิดความรู้สึกบ่อยๆ ว่าเหตุการณ์นั้นจะเกิดซ้ำอีกครั้ง และ 8) ไม่ยอมเข้าใกล้สถานที่หรือสถานการณ์ที่ชวนให้นึกถึงเหตุร้ายนั้นซ้ำอีก

2. โรควิตกกังวล

อาการวิตกกังวล เป็นอารมณ์ไม่สบายที่เกิดขึ้นต่อสิ่งที่มาคุกคาม อาจแสดงอาการออกมามากเกินไปหรือไม่เหมาะสมหรือไม่ได้สัดส่วนกับสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้น และมักจะมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย เช่น ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออก เป็นต้น

3. ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่มีอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ห่อเหี่ยวใจและหมดอารมณ์สนุกเพลิดเพลิน เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน รวมทั้งหน้าที่การงานและสังคม ลักษณะอาการ ได้แก่ 1) อาการทางกาย พบว่ามีอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ทำงานไม่ไหว ปวดศีรษะบ่อย จุกเสียด ใจสั่น หายใจติดขัด เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ และ 2) อาการทางจิตใจ มักจะมีอารมณ์เศร้าหมอง ท้อแท้ ร้องไห้ง่าย หมดความสนใจในสิ่งที่ชอบ เบื่อหน่าย หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ใจลอย คิดว่าตนเองไร้ค่า ชีวิตไม่มีความหมาย

4. การคิดสารเสพติด

ผู้ที่ปรับตัวกับความเครียด ความวิตกกังวล ความเศร้าไม่ได้ จึงหันไปพึ่งสุราหรือสารเสพติดต่างๆ อย่างไม่เหมาะสม และนำไปสู่ปัญหาความบกพร่องหรือสูญเสียความสามารถด้านต่างๆ เช่น ความจำ อารมณ์

กล่าวโดยสรุปว่า เมื่อบุคคลเกิดการสูญเสียหรือต้องเผชิญอยู่ในภาวะวิกฤติและไม่สามารถปรับตัวได้ ก็อาจเกิดภาวะเจ็บป่วยทางจิตใจหรือเป็นโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคเครียดเฉียบพลัน โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ภาวะซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการคิดสารเสพติด

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา

ความหมายของสุขภาพจิตศึกษา

ปรารธนา (2550) ได้ให้ความหมายของการให้สุขภาพจิตศึกษาไว้ว่าเป็นกระบวนการที่เป็นองค์รวมเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ โดยการให้ความรู้เพื่อช่วยให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ปรียารัตน์ (2554) กล่าวว่าสุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้รูปแบบหนึ่งทางสุขภาพจิต เกี่ยวกับเรื่องโรคทางจิตและการช่วยเหลือให้บุคคลมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการให้ความรู้เฉพาะโรคเพื่อช่วยให้บุคคลได้รับรู้ถึงความเจ็บป่วยด้วยรูปแบบที่สั้น กระชับและได้ใจความ

อรพรรณ และพีรพนธ์ (2553) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาว่าเป็นการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการบอก การสอน การให้คำแนะนำ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่เน้นเพื่อการเพิ่มความรู้เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง รวมทั้งการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพจิต

แอนเดอร์สัน (Anderson et al., 1980) ได้อธิบายไว้ว่าสุขภาพจิตศึกษา เป็นรูปแบบการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต มีเป้าหมายเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา จัดการกับความคิดที่ไม่ถูกต้อง

ดอนเกอร์ กริฟฟิธ คอยเปอร์ และคริสเตนเซน (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009) อธิบายว่าสุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ข้อมูล ความรู้หรือคำแนะนำแก่บุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตและการรักษา โดยวิธีการบรรยาย แจกใบปลิว โปสเตอร์ ภาพและเสียง และอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

ลูเคนส์และแมคฟาร์เลน (Lukens & McFarlane, 2004) ซึ่งได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตศึกษาไว้ว่า เป็นรูปแบบของการรักษาที่มีการบูรณาการเกี่ยวกับการบำบัดทางจิตร่วมกับการให้ความรู้ โดยเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจงและให้ความรู้เกี่ยวกับการ

จัดการกับสถานการณ์ต่างๆ โดยเน้นในเรื่องการเพิ่มความสามารถในเรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานร่วมกัน การเผชิญปัญหา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ

จากความหมายของสุขภาพจิตศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิตศึกษาเป็นรูปแบบการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในลักษณะของการสอนบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้คำแนะนำ หรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และช่วยให้มีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

วิลเลียม (William) อังตามอร์พรณและพีรพนธ์, 2553) ได้กล่าวถึงรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาว่ามีรูปแบบที่แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1. การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล เป็นการให้ความรู้รายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รักษาตัวที่โรงพยาบาล เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาจนสามารถดูแลตนเองได้
2. การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้เป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย
3. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยการสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาของสมาชิกในครอบครัวและสร้างความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและครอบครัวในการสร้างสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่ม เนื่องจากเป็นการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถเรียนรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากสมาชิกภายในกลุ่มและเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง

ลักษณะของสุขภาพจิตศึกษา

ลักษณะของสุขภาพจิตศึกษามีลักษณะต่างๆ ดังนี้ (อรพรรณและพีรพนธ์, 2553)

1. การให้ความรู้แบบเป็นทางการ (Formal teaching) เป็นลักษณะการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแบบเป็นทางการที่มีเนื้อหาที่ชัดเจนและมีกำหนดเวลาที่แน่นอน เช่น การให้ความรู้ในชั้นเรียน

2. การให้ความรู้แบบไม่เป็นทางการ (Informal teaching) เป็นลักษณะการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตแบบไม่เป็นทางการ เป็นการให้ความรู้ที่เกิดขึ้นตามโอกาส อาจจะไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ขึ้นอยู่กับปัญหาและความพร้อมของผู้สอนและผู้เรียน

สำหรับการศึกษาคั้งนี้เป็นการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตในลักษณะที่เป็นทางการ เนื่องจากมีการกำหนดเนื้อหาและเวลาที่ชัดเจน และได้มีการจัดเตรียมแผนการสอนและกำหนดระยะเวลาที่แน่นอนก่อนดำเนินการสอน

วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา

วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษาหรือวิธีการให้ความรู้ทางสุขภาพจิตมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีจะมีความเหมาะสมกับแต่ละกลุ่มผู้เรียน และทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยมีรายละเอียดของวิธีการต่างๆ ดังต่อไปนี้ (อภิวัฒน์, 2546)

1. การบรรยาย

การบรรยายเป็นการให้ความรู้ที่ผู้ให้ความรู้จะเป็นศูนย์กลางและมีบทบาทมากที่สุด ผู้รับจะมีบทบาทในการฟัง จำ หรือจดบันทึก ข้อดีของวิธีนี้คือได้เนื้อหาตามวัตถุประสงค์ และใช้ได้กับกลุ่มผู้รับจำนวนมาก แต่มีข้อเสียคือจะไม่ช่วยให้ผู้รับเกิดความคิดสร้างสรรค์ อาจเกิดความเบื่อหน่ายหากผู้ให้ไม่มีเทคนิคที่น่าสนใจ และการบรรยายจะไม่สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทักษะได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การอภิปรายกลุ่ม

การอภิปรายกลุ่มเป็นลักษณะที่ผู้ให้และผู้รับเป็นศูนย์กลางร่วมกัน ส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์ทางคำพูดร่วมกัน และผู้รับสามารถแสดงความคิดเห็นออกมาได้อย่างอิสระ การอภิปรายกลุ่มสามารถเป็นได้ทั้งกลุ่มเล็กและกลุ่มใหญ่ ข้อดีของวิธีการนี้คือผู้รับจะได้รับฟังความคิดเห็นจากสมาชิกคนอื่นด้วยและบรรยากาศการเรียนการสอนจะเป็นแบบกันเอง สำหรับข้อเสียคือผู้รับบางคนพูดมากเกินไปหรือพูดนอกประเด็น และผู้ให้ความรู้บางคนยังขาดความสามารถในการสรุปประเด็นความคิดเห็นของผู้รับแต่ละคน

3. การสาธิต

วิธีการสาธิตเป็นการแสดงสิ่งหนึ่งสิ่งใดให้แก่ผู้รับถึงกระบวนการ ขั้นตอน หรือวิธีการของสิ่งนั้นๆ แล้วเปิดโอกาสให้ผู้รับได้ลองทำตาม ข้อดีของวิธีการนี้คือ สามารถกระตุ้นความสนใจและสร้างแรงจูงใจแก่ผู้รับในการลงปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของผู้รับฟัง ข้อเสียคืออาจจะไม่เหมาะสมในกลุ่มผู้รับจำนวนมาก เนื่องจากอาจมองเห็นได้ไม่ชัด ถ้าผู้ให้ความรู้ชำนาญ อาจเกิดความสับสนแก่ผู้รับได้

4. การแสดงบทบาทสมมติ

การแสดงบทบาทสมมติเป็นการให้ความรู้ที่ผู้ให้ได้กำหนดให้ผู้รับได้แสดงบทบาทสถานการณ์ตามที่เป็นจริง สำหรับข้อดีของวิธีการนี้คือเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ทำให้สร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างสมาชิกในกลุ่มกับผู้ให้ และทำให้ผู้รับจะเกิดความเข้าใจตามบทบาทเกิดผลดีต่อการวิเคราะห์ อภิปรายหรือการพิจารณาหาทางแก้ไขตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด

5. การเล่าเรื่อง

การเล่าเรื่องเป็นลักษณะการให้ความรู้ที่เป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นจริงจากประสบการณ์จริง ข้อดีคือจะช่วยเร้าความสนใจ สนุก ตื่นเต้น และชวนให้ติดตาม และยังทำให้ผู้รับสามารถสรุปสาระสำคัญได้ ข้อเสียคือ ถ้าผู้เล่าขาดทักษะในการเล่าเรื่องอาจทำให้เกิดความเบื่อหน่ายได้

6. การเล่นเกม

การเล่นเกมเป็นวิธีการให้ความรู้ที่ดัดแปลงมาจากเกมต่างๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ตอบคำถามให้ถูกต้องตามเนื้อหาที่กำหนด ข้อดีคือสามารถเลือกเกมให้ตรงกับจุดมุ่งหมายได้ จูงใจให้มีความสนุกสนาน ให้มีความกระตือรือร้นและมีส่วนร่วมในกิจกรรม สามารถสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่มได้ ข้อเสียคือผู้ให้ต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของเกมเป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาจะมีความแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา แต่โดยรวมแล้วมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข (อรพรรณและพิรพนธ์, 2553)

สำหรับการศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้เพิ่มขึ้นจนนำไปสู่การดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ขั้นตอนการให้ความรู้

การให้ความรู้มีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีขึ้น โดยการสอนหรือการให้ความรู้เพื่อให้ประสบความสำเร็จนั้น ควรที่จะดำเนินการอย่างมีขั้นตอน (อรพรรณและพิรพนธ์, 2553) ดังต่อไปนี้

1. การวางแผนการสอน เป็นการกำหนดขอบเขตของเนื้อหาที่จะสอน โดยผู้สอนจะต้องวางแผนการสอน ทั้งวัตถุประสงค์ เนื้อหาและกิจกรรม และการประเมินผล
2. การกำหนดวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ เพื่อเตรียมเนื้อหาและวิธีการที่เหมาะสม
3. การปฏิบัติการสอน เป็นการให้ความรู้ตามแผนการสอน โดยผู้สอนจะใช้วิธีการและสื่อที่ได้เตรียมขึ้นมา และอาจมีการปรับเปลี่ยนแผนการสอนบ้างตามสถานการณ์ รวมทั้งการ

สร้างบรรยากาศที่ดีและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และบรรลุวัตถุประสงค์ของการสอนได้

4. การประเมินผลการสอน เป็นการประเมินผลการเรียนสอนหรือการตรวจสอบคุณภาพของการเรียนการสอนว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการสอนหรือไม่

ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ

แนวคิดของความรู้

ความรู้ หมายถึง ข้อมูลของความคิดของแต่ละบุคคลที่ผ่านการผสมผสานระหว่างกระบวนการคิดและประสบการณ์ จนเกิดเป็นความเข้าใจและนำไปใช้ประโยชน์ในสถานการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าสนใจได้โดยไม่ลืกรอ แต่จะยิ่งงอกงามขึ้น (พริตคา, 2547; วิจารย์, 2551)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้

ความรู้จะเกิดขึ้นได้ดั่งนั้น ต้องอาศัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ (ทิพย์วิมล, 2551)

1. วุฒิภาวะ เป็นภาวะที่บุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใดได้อย่างเหมาะสมตามวัย วุฒิภาวะจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้
2. ความพร้อม ความพร้อมของผู้เรียนจะเกี่ยวข้องกับวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีความพร้อมและมีความสนใจก็จะเอื้อต่อการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้เป็นอย่างดี
3. ประสบการณ์เดิม บุคคลที่มีประสบการณ์เดิมมากก็จะเกิดการเรียนรู้ได้เร็วและดีกว่าผู้ที่มีประสบการณ์เดิมน้อยกว่า
4. อายุ บุคคลที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นก็จะมีความสามารถในการเรียนรู้ลดลง เนื่องจากบุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ถึงขีดสุด เมื่ออายุ 20-35 ปี และเมื่ออายุ 35 ปีขึ้นไป ความสามารถในการเรียนรู้ก็จะลดลงเรื่อยๆ

5. อารมณ์ บุคคลที่มีอารมณ์ปกติจะมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีกว่าบุคคลที่มีอารมณ์ผิดปกติ เช่น บุคคลที่มีความวิตกกังวล

6. ความถนัด บุคคลแต่ละคนจะมีความถนัดที่แตกต่างกัน ดังนั้นถ้าบุคคลได้เรียนรู้ในสิ่งที่ถนัดก็จะทำให้เกิดผลดีต่อความรู้

แนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจ

การดูแลตนเองด้านจิตใจ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมาย เพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองจิตใจ รวมทั้งเมื่อบุคคลมีปัญหาด้านจิตใจหรือเมื่อเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ และสามารถแยกองค์ประกอบของการดูแลด้านจิตใจได้ ดังนี้ (Hill & Smith, 1985; 1990)

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นกระบวนการตลอดชีวิต เป็นเรื่องที่ยากต้องอาศัยความอดทนและความมุ่งมั่นที่จะซื่อสัตย์ต่อตนเอง กิจกรรมบางประการที่ส่งผลดีต่อกระบวนการพัฒนาการรู้จักตนเอง ดังนี้

1.1 การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values Clarification) การรู้จักค่านิยมที่ตนเองยึดถือ มีความสำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ เนื่องจากค่านิยมเป็นความคิดที่บุคคลยึดถือว่าสำคัญสำหรับตน ดังนั้นบุคคลจะดูแลตนเองตามความเชื่อและค่านิยมที่ตนเองนับถือ

1.2 การประเมินทักษะการเผชิญปัญหา (Assessment of Coping Skills) การรู้จักตนเองด้านการประเมินทักษะการเผชิญปัญหาจะเป็นการทำความเข้าใจตนเองว่าเมื่อเกิดปัญหาตนเองเลือกวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไร เพราะอะไรจึงเลือกวิธีการนั้นๆ และรวมถึงการมุ่งมั่นที่จะพยายามหาวิธีการเผชิญปัญหา ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3 การรับรู้ความรู้สึก (Awareness of Feelings) การรู้จักความรู้สึกของตนเอง และการระบายความรู้สึกออกมานั้นพบว่าเป็นเรื่องที่ยากสำหรับบุคคลส่วนใหญ่ บุคคลจะรู้สึกว่ามีควมยากลำบากในการบรรยายความรู้สึกออกมา ดังนั้นการเรียนรู้ที่จะรับรู้และระบายความรู้สึกออกมา

นั่นจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการรู้จักตนเองเพื่อให้เกิดการดูแลตนเองด้านจิตใจที่เหมาะสม สำหรับวิธีการพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองมีดังนี้

1.3.1 การฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเอง คือ “ฉันรู้สึกว่” แทนที่จะใช้คำพูดแสดงความคิด คือ “ฉันคิดว่า” โดยการฝึกในการสนทนาในชีวิตประจำวัน

1.3.2 การฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนเองในขณะนั้นว่ามีรู้สึกนึกคิดอะไร และพยายามค้นหาสาเหตุของความรู้สึกว่าเกิดจากอะไร

1.3.3 ฟังผู้อื่นพูด คือการให้ผู้อื่นพูดกลับ ทำให้ทราบว่าคนอื่นมองตัวเราอย่างไร จึงเป็นเหมือนกระจกส่องให้เราเห็นตัวเอง

1.4 การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (Awareness of Thought and Action Patterns) บุคคลจะแสดงแบบแผนความคิดและความเชื่อของตนเอง บุคคลจะประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการทำกิจกรรมขึ้นอยู่กับความเชื่อว่าคุณมีความสามารถ และเชื่อว่าการกิจกรรมนั้นๆ มีคุณค่าหรือมีความหมายต่อชีวิตของตนเอง

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การที่บุคคลสามารถรับข้อมูลข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นจะมีสุขภาพจิตที่ดี กระบวนการที่จะทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และการรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่นนั้นคือการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ อันได้แก่ การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) และการฝึกพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness Training) สำหรับกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องของการติดต่อสื่อสาร อันได้แก่ 1) การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง 2) การพัฒนาและรักษาความสามารถในการให้และรับข่าวสาร 3) การรับรู้และการจำกัดการแสดงออกถึงความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร 4) การให้ความสนใจทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและที่ไม่ใช่คำพูด 5) ศึกษาบทบาทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆที่มีผลกระทบต่อกระบวนการติดต่อสื่อสาร 6) ศึกษาทักษะในการติดต่อสื่อสารของบุคคลแต่ละวัย และ 7) การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะในการแสดงออกที่เหมาะสม รวมถึงต้องจำกัดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและเฉื่อยชา

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำเนินชีวิตทั้งในชีวิตประจำวันและชีวิตการทำงานทุกคนต้องการการบริหารเวลาที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด สามารถทำได้หลายวิธีดังต่อไปนี้ 1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน 2) การวางแผนการใช้เวลา และ 3) ประเมินแผนการนอนหลับพักผ่อน เพื่อให้บุคคลรับรู้ว่าการใช้เวลาในการดูแลตนเอง การบริหารเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าและมีความสามารถเหนืองาน ก็จะส่งผลให้บุคคลมีความเครียดลดลง เกิดความพึงพอใจและมีแรงจูงใจเพิ่มขึ้น

4. การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา เป็นกิจกรรมที่ทุกคนกระทำโดยมีเป้าหมายที่จะแก้ปัญหาและปรับตัวเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจหรือมีความทุกข์ใจ การเผชิญปัญหาจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เพื่อให้ตนเองได้รับผลกระทบน้อยที่สุด โดยปัญหาที่เกิดขึ้นมักจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ หากบุคคลไม่สามารถแก้ไขได้ก็จะเกิดความกดดันจนนำไปสู่การเกิดภาวะวิกฤตได้

สำหรับสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้น ทำให้สตรีหม้ายเกิดความเครียดทั้งจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และจากการที่ต้องดำเนินชีวิตอยู่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา รวมทั้งการที่ต้องรับภาระในการเป็นหัวหน้าครอบครัว หากผู้หญิงกลุ่มนี้ไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ดังนั้นการดูแลจิตใจในด้านการเผชิญปัญหาจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสตรีหม้ายจากสถานการณ์

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นการที่กลุ่มคนมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมาย จึงจัดว่าระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่จะส่งผลให้บุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

6. การดูแลสุขภาพทั่วไป

การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง และมีความพร้อมในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การดูแลสุขภาพทั่วไปประกอบด้วยเรื่อง ดังต่อไปนี้

6.1 การผ่อนคลาย เป็นกลไกการป้องกันและต่อต้านความเครียดที่เข้ามา เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการผ่อนคลายจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คือ อัตราการเต้นของหัวใจ การเผาผลาญอาหารของร่างกาย และอัตราการหายใจลดลง จนทำให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล กิจกรรมที่ช่วยในการผ่อนคลายได้แก่ การฝึกการหายใจ การเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลาย และการทำสมาธิ เป็นต้น การที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์ความไม่สงบได้ฝึกการผ่อนคลายจะทำให้ลดความรู้สึกตึงเครียด โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบที่ต้องอาศัยอยู่ในสถานการณ์และต้องรับภาระในการดูแลครอบครัว การผ่อนคลาย จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดมากเกินไปต่อร่างกายและจิตใจ และจะช่วยให้ร่างกายกลับเข้าสู่ภาวะสมดุล

6.2 อาหาร อาหารเป็นปัจจัยพื้นฐานอย่างหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ดังนั้นการรับประทานอาหารที่ครบ 5 หมู่ ได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนและเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายจึงมีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง

6.3 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายจะช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย สดชื่น และยังช่วยให้ร่างกายแข็งแรงส่งผลให้สุขภาพจิตดีด้วย

การดูแลตนเองด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อให้มีความสุข มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตประจำวันและมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม มีการปรับตัวเพื่อการเผชิญปัญหาและการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี และมีการดูแลตนเองทั่วไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลนั้นก็จะสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านจิตใจ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านจิตใจ (จินตนา, 2534; ฌานิต, 2549; สมพรและอิงคญา, 2556; Orem, 1991) มีดังต่อไปนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ความรู้สึก วุฒิภาวะ การรับรู้ และความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม อายุจึงมีผลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล เมื่อบุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น บุคคลนั้นก็จะมี การสั่งสมประสบการณ์ มีการปรับตัวและเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลา เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง ดังนั้นการเรียนรู้เหล่านี้จึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านจิตใจ (จินตนา, 2534; Orem, 1991)

2. เพศ ในแต่ละสังคม เพศจะเป็นตัวกำหนดความแตกต่างในด้านบทบาทหน้าที่ของเพศหญิงและเพศชาย เช่น ในปัจจุบันเพศหญิงเริ่มทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีบทบาทในสังคมมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันนั้นก็ยังต้องรับผิดชอบหน้าที่ในการดูแลบุคคลในครอบครัวและการทำงานบ้านอีกด้วย ในขณะที่เพศชายมีหน้าที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ในการทำงานนอกบ้าน ด้วยข้อกำหนดทางสังคมดังกล่าว จึงทำให้เพศหญิงและเพศชายมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่แตกต่างกัน (สมพรและอิงคญา, 2556)

3. สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้งทางด้านสังคมและจิตใจ เมื่อบุคคลมีสถานะภาพโสดจะมีการดำเนินชีวิตที่เป็นอิสระรวมถึงการดูแลตนเองด้านจิตใจที่สามารถตัดสินใจหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง สำหรับบุคคลที่มีสถานะภาพคู่ มีครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวที่รักใคร่กันจะทำให้บุคคลมีพลังในการดูแลตนเองด้านจิตใจ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (จินตนา, 2534)

4. ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะมีผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่แตกต่างกัน โดยระดับการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีเหตุผลมีสติปัญญาในการเข้าใจสังคม และสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาความคิด ทักษะคิดในการดำเนินชีวิตเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แสดงให้เห็นว่าระดับการศึกษาจะมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านจิตใจ (จินตนา, 2534)

5. ลักษณะของครอบครัว ในปัจจุบัน ครอบครัวที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นครอบครัวเดี่ยว ซึ่งจะประกอบไปด้วย บิดา มารดา และบุตร แต่ในเขตชนบทส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวขยายที่จะประกอบไปด้วย บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย และบุตร ซึ่งครอบครัวขยายมักจะอยู่ร่วมกัน ทำให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน สนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งจะทำให้บุคคลที่อยู่ในครอบครัวขยายมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีได้ (จินตนา, 2534)

6. อาชีพ เป็นปัจจัยที่กำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันเนื่องจากฐานะทางสังคม เช่น สตรีที่มีอาชีพเป็นแม่บ้านจะมีความแตกต่างจากสตรีที่มีอาชีพรับราชการที่มีโอกาสในการรับรู้ข่าวสาร รวมทั้งข้อมูลทางด้านสุขอนามัยมากกว่าสตรีที่เป็นแม่บ้าน ดังนั้นอาชีพจึงมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านจิตใจของบุคคล (จินตนา, 2534)

7. ศาสนา เป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ การปฏิบัติศาสนกิจ รวมถึงการนำหลักธรรมคำสอนมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันจะช่วยให้บุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น (จินตนา, 2534; เพชรดาว, อมรากุล, และพ้องพรรณ, 2552)

8. ประสบการณ์ในชีวิต เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991) เช่น ประสบการณ์การสูญเสีย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้กับทุกคน ซึ่งการเรียนรู้จากประสบการณ์การสูญเสียในอดีต จะทำให้บุคคลมีการเรียนรู้และการปรับตัวต่อการสูญเสียในครั้งต่อไปได้อย่างเหมาะสม การเรียนรู้จากประสบการณ์นั้นทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น (จินตนา, 2534; ผานิต, 2549)

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

บทบาทหน้าที่ของบุคลากรสาธารณสุขในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติในระยะฟื้นฟูโดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปคือการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิตเพื่อให้บุคคลฟื้นคืนสู่สภาพปกติ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยยังไม่พบการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบเพียงแต่ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อการลดอาการความเครียดภายหลังจากเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (Posttraumatic Stress Disorder หรือ PTSD) ซึ่งศึกษาในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบใน

จังหวัดปัตตานี โดยมีขั้นตอนในการบำบัด 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การให้ความรู้สุขภาพจิต 2) เทคนิคการจัดการกับอาการวิตกกังวล 3) การบำบัดทางความคิด 4) การจัดกิจกรรมทางบวก 5) การเปิดรับในระยะเวลานาน 6) การจัดการกับอาการเศร้าที่ซับซ้อน และ 7) การป้องกันการกลับไปป่วยซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าหลังจากการบำบัดผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (ดารา, 2553)

จากการสัมภาษณ์สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดปัตตานี ในงานวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ วินิกาญจน์และคณะ (2557) เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้ สรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

1. วัตถุประสงค์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ได้แก่

- 1.1 เพื่อให้ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม
- 1.2 เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต
- 1.3 เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคมและการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ

ช่วยเหลือต่างๆ

2. การให้สุขภาพจิตศึกษาควรประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

2.1 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองและการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยใช้กิจกรรมการงานอาชีพ

- 2.2 สิทธิและการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือต่างๆ
- 2.3 การเผชิญปัญหา
- 2.4 การรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3. รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา ควรมีดังนี้

- 3.1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์กันภายในกลุ่ม
- 3.2 การให้พูดเพื่อระบายความรู้สึกนึกคิด
- 3.3 การให้กำลังใจและการเพิ่มความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ

การพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีระบบ จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบของ PICO (ฟองคำ, 2549) โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษาทั้งในงานวิจัยภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยต้องเป็นงานวิจัยตั้งแต่ปี ค.ศ.2004-2014 หรือ พ.ศ.2547-2557

2. ดำเนินการค้นคว้าจากฐานข้อมูลต่างๆ ได้แก่

2.1 จากฐานข้อมูลทางการพยาบาลในระบบสารสนเทศ อันได้แก่ CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature), Proquest, Thailis และจากฐานข้อมูลการวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2.2 ฐานข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ PubMed

2.3 สืบค้นงานวิจัยด้วยมือ ได้แก่ วารสารต่างๆ วิทยานิพนธ์ และสารนิพนธ์ เป็นต้น

3. การศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้น ดำเนินการวิเคราะห์และจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพของงานวิจัยของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI Levels)

4. วิเคราะห์งานวิจัยที่ได้จากการสืบค้น และสรุปสามารถสรุปเป็นประเด็นได้ดังนี้

4.1 รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ารูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษามีทั้งเป็นรูปแบบรายบุคคล และรูปแบบรายกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาที่ใช้ทั้งรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้การออกแบบรูปแบบของการศึกษาขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของกลุ่มผู้เรียนและวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการเรียนรู้สูงสุดแก่กลุ่มผู้เรียน (ขวัญฤทัย, 2557; ปรียารัตน์, 2554; ปรรณนา, 2550; วิริยจันทร์, 2550) สำหรับการศึกษานี้ใช้รูปแบบรายกลุ่ม เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม จากการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ร่วมกัน

4.2 เนื้อหาและกิจกรรมของการให้สุขภาพจิตศึกษา

จากการจากบททวนวรรณกรรม พบว่ามีกิจกรรมของการให้สุขภาพจิตศึกษาที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษา สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและเกิดความไว้วางใจที่มีต่อกัน เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษามากยิ่งขึ้น (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; ปรียารัตน์, 2554)

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการและการรักษา ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย รวมถึงวิธีการดูแลรักษา เพื่อให้บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพ อาการและอาการแสดง รวมถึงทางเลือกในการรักษา จนสามารถนำไปสู่การดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; ชลารัตน์, 2554; ปรียารัตน์, 2554; ปรารธนา, 2550; Nguyen, 2013; Oflaz, Hatipoglu, & Aydin; Powell & Leytham, 2014)

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและจัดการกับความเครียด ในชีวิตประจำวันของบุคคลทั่วไป โดยเฉพาะในผู้ป่วยมีโอกาสที่จะเกิดปัญหาและเกิดความเครียดได้ตลอดเวลา ดังนั้นการมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับปัญหาและการจัดการกับความเครียดจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; ปรียารัตน์, 2554; วิริญจน์, 2550; Oflaz et al., 2008)

4. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม เป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนเมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; Nguyen, 2013; Powell & Leytham, 2014)

4.3 ระยะเวลาและความถี่ในการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษา คือ 60-90 นาที และความถี่ในการดำเนินการให้สุขภาพจิตศึกษาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังเช่นในการศึกษาของ พาเวลและเลธัม (Powell & Leytham, 2014) ดำเนินกิจกรรม 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 ชั่วโมง ผลการศึกษาพบว่าหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาผู้ปกครองมีความรู้เพิ่มขึ้นและลดความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในการศึกษาของ ปรียารัตน์ (2554) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือใน

การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ระยะเวลาที่ใช้คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และพบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนั้นยังพบว่ามีการศึกษาของ จิราพร (2549) ที่ได้ศึกษาเรื่องผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ดูแลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ใช้คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีประสิทธิภาพช่วยลดภาระการดูแลผู้ป่วยในผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ ปรรธนา (2550) ที่ได้ศึกษาเรื่อง การให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรับยาไม่ต่อเนื่องระยะเวลาที่ใช้คือ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง

ในการศึกษาของ วิริญจน์ (2550) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนทัศนคติต่อยามากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีสัดส่วนการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในการศึกษาของ ญาดา, มรรยาท, และพิทักษ์พล (2551) ซึ่งได้ศึกษาผล การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุรา เพื่อการป้องกันการติดยา ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการช่วยเหลือในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อป้องกันการติดยา กลุ่ม

ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับ ซลาร์ตัน (2554) ที่ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า หลังให้สุขภาพจิตศึกษากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลง และการศึกษาของโอฟลาซ และคณะ (Ofaz et al., 2008) ได้ศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อ โรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการเผชิญปัญหาของผู้ที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาร่วมกับยาและกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวมีอาการแสดงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาอย่างเดียวกับกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างเดียว

จะเห็นได้ว่าจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งละ 60-90 นาที และความถี่ในการดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 สัปดาห์ เพื่อให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีประสิทธิภาพ สำหรับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ออกแบบลักษณะโปรแกรม เนื้อหาและกิจกรรมของโปรแกรมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้มีความเฉพาะแก่กลุ่มสตรีหม้าย เนื่องจากรูปแบบการดูแลเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบทุกกลุ่มจะไม่แตกต่างกัน แต่ในความเป็นจริงความต้องการในการดูแลของแต่ละกลุ่มจะแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมนี้ขึ้นมาเพื่อให้เหมาะสมกับสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบโดยการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จะเป็นแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์และประเมินผลทันทีหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม โดยผู้วิจัยออกแบบกิจกรรมใน 3 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ซึ่งการสร้างสัมพันธภาพที่ดีทั้งระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยกันและระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน และเพื่อช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม ส่วนการให้ความรู้เกี่ยวกับสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถทำให้คนอื่นเข้าใจในสิ่งที่บุคคลนั้นต้องการ

ได้ ช่วยลดความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้นได้และทำให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) จะช่วยให้สตรีหม้าย มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการสังเกตอาการ เพื่อ ป้องกันการเกิดโรคทางจิตเวชที่รุนแรงต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการจัดการอาการที่เป็นปัญหา ความเครียด และฝึกทักษะการผ่อนคลาย สตรีหม้ายที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัด ชายแดนภาคใต้มีความเครียดทั้งจากการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการที่ ยังคงต้องดำเนินชีวิตอยู่ในพื้นที่ซึ่งเกิดสถานการณ์ความไม่สงบอยู่บ่อยครั้ง ดังนั้น การมีวิธีการ ผ่อนคลายที่เหมาะสมจะช่วยให้สตรีหม้ายมีการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสมและสามารถ ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข นอกจากนั้นแล้วในสัปดาห์นี้จะมีกิจกรรมการฝึกทักษะการ เย็บ โดยการนำผ้ามาเย็บเป็นตุ๊กตาสำหรับใส่ของ เพื่อส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์และ เพื่อเป็นทางเลือกในการสร้างอาชีพและรายได้ของครอบครัวได้

สัปดาห์ที่ 3 การให้ความรู้และฝึกทักษะการเผชิญปัญหา เนื่องจากใน ชีวิตประจำวันบุคคลมีโอกาสมักจะมีปัญหาเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ดังนั้นการรู้จักวิธีการเผชิญปัญหา และมีทักษะในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ สูญเสียสามีเป็นเหตุการณ์ที่รุนแรงและส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคมของสตรีหม้าย ทำให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาอีกมากมาย เช่น ปัญหาจากการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาจากการเปลี่ยนแปลง บทบาทหน้าที่ในครอบครัว ดังนั้นสตรีหม้ายจึงควรมีความรู้ มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สตรีหม้ายมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี และเหมาะสม นอกจากนั้นแล้วในสัปดาห์นี้จะเป็นการค้นหาแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือทาง สังคม เพื่อให้สตรีหม้ายรู้จักวิธีการค้นหาและใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากในบางครั้ง หากสตรีหม้ายไม่สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง การค้นหาแหล่งสนับสนุนและช่วยเหลือต่างๆ ใน สังคมจะช่วยให้สตรีหม้ายรู้สึกปลอดภัยที่มีแหล่งคอยให้การช่วยเหลือและมีกำลังใจที่เข้มแข็งจาก การได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งจะส่งผลต่อการดูแลตนเองด้านจิตใจ

ผู้วิจัยเชื่อว่าการดำเนินกิจกรรมทั้ง 3 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 60-90 นาที มีความเหมาะสมแก่การนำไปใช้ในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้เกิดความรู้และสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจได้

สรุปการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นกลุ่มหนึ่งที่ได้รับผลกระทบโดยตรง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาเนื่องจากการเป็นผู้ที่ต้องสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของตนเองทั้งการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องประกอบอาชีพเพื่อให้มีรายได้เพียงพอต่อความต้องการของครอบครัวและการเลี้ยงดูบุตรไปพร้อมๆ กัน ทำให้สตรีหม้ายมีความเครียดเป็นอย่างมากจนอาจนำไปสู่การมีปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งการใช้ชีวิตอยู่ในสถานการณ์ความรุนแรงและการได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจได้ โดยเฉพาะโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญซึ่งเป็นกลุ่มอาการที่มีโอกาสเกิดขึ้นภายหลังจากการผ่านเหตุการณ์ที่รุนแรง โดยบุคคลจะมีอาการรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้นอีก วิตกกังวลง่าย กลัวเหตุการณ์นั้นและกลัวสถานที่ประสบเหตุ โดยหากบุคคลสามารถปรับตัวต่อการเผชิญเหตุการณ์ร้ายๆ ได้ บุคคลนั้นก็จะสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติ แต่หากไม่สามารถปรับตัวและจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ได้ก็จะส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการส่งเสริมให้บุคคลมีความรู้และสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม

โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาจะประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร นอกจากนั้นแล้วยังเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาเพื่อให้บุคคลมีความรู้ในการดูแลจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลายความเครียดซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินชีวิตเนื่องจากเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นแล้วหากบุคคลสามารถดำเนินการแก้ไขและปรับตัวได้อย่างเหมาะสมบุคคลนั้นก็จะดำเนินชีวิตต่อไป

ได้อย่างปกติ แต่หากบุคคลไม่สามารถดำเนินการแก้ไขหรือปรับตัวให้เหมาะสมได้บุคคลนั้นก็จะมี
เกิดความเครียดจนนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็น
สิ่งที่จะช่วยเหลือเมื่อบุคคลไม่สามารถแก้ปัญหาได้เอง ดังนั้น การให้สุขภาพจิตศึกษาจะส่งผล
ให้บุคคลมีความรู้และสามารถนำความรู้นั้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและ
จิตใจได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นแบบวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research design) ประเภทวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (pretest posttest two group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้โดยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมาย ได้แก่ สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี ซึ่งจังหวัดปัตตานีมีทั้งหมด 12 อำเภอ ผู้วิจัยจะทำการจับฉลากเลือก 2 อำเภอจาก 12 อำเภอ เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 28 คน แต่สามารถเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มละ 25 คน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

เกณฑ์พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

1. สตรีหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานีและอยู่ในระยะหลังเกิดสถานการณ์ 3 เดือนขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

3. คะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.00-3.00 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ประเมินตามแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของมารีนี (2551)

4. คะแนนความรู้ที่อยู่ในระดับน้อย นั่นคือ มีคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 (เชิดศักดิ์, 2551)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของโพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาของโอฟลาซ และคณะ (Oflaz et al., 2008) ซึ่งได้ศึกษาเรื่องผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการเผชิญปัญหาของผู้ที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวคำนวณขนาดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 4.12 (ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่ แต่เนื่องจากการเป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปทำให้ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่าง (ธานินทร์, 2550) ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอข้อมูลของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี จากนั้นจับฉลากเลือกอำเภอ 2 อำเภอจาก 12 อำเภอ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อควบคุมการแพร่ของโปรแกรมการทดลอง จากนั้นใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์พิจารณาคัดกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 58 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 28 คน ซึ่งในจำนวนดังกล่าวนี้มีผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ตลอดการทำกิจกรรมเพียง

25 คน และสำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามคืนมาเพียง 25 ชุด จึงทำให้การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน รวมทั้งหมดจำนวน 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็น โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาซึ่งมีขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม ดังต่อไปนี้

1. ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบของ PICO
2. ทำการศึกษาบทสรุปจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (วินิภาญจน์และคณะ, 2557) ซึ่งได้ทำการสัมภาษณ์สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ และเจ้าหน้าที่ซึ่งทำงานด้านการเยียวยาฟื้นฟูผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ ร่วมกับการศึกษารายงานการศึกษาเบื้องต้น เรื่องการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ (กรวิกาและคณะ, 2558) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งนี้ให้มีความสอดคล้องกับบริบท วัฒนธรรม และสังคมของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ
3. พัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ในจังหวัดปัตตานีมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพพัฒนาทักษะการสื่อสารและเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ฉันบอกเธอ เธอบอกฉัน” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยกัน และระหว่างผู้เข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “สื่อสารตรงใจ” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้และเห็นความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และมีทักษะในการสร้างสื่อสาร และกิจกรรมที่ 3 ซึ่งมีชื่อกิจกรรมว่า “ความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นคืออะไร” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการสังเกตอาการ

สัปดาห์ที่ 2 เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับความเครียดและการผ่อนคลาย โดยประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม “ทำอะไรให้ดีขึ้น” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง และเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากประสบการณ์จริงและเกิดการเรียนรู้ร่วมกันภายในกลุ่ม กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม “จัดการความเครียดทิ้งไป” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แลกเปลี่ยนวิธีการจัดการกับความเครียดและวิธีการผ่อนคลาย ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของความเครียด รวมถึงวิธีการจัดการกับความเครียด และให้ความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเองพร้อมทั้งการสาธิตและฝึกปฏิบัติ ซึ่งจะช่วยให้สตรีหม้ายได้เรียนรู้วิธีการต่างๆ และสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างเหมาะสม และกิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรม “ดูรูปครอบครัว” เพื่อเสริมสร้างการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ ทักษะในการเย็บผ้า และเป็นทางเลือกในการประกอบอาชีพ เพื่อสร้างรายได้ในครอบครัวต่อไป

สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม “การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา และฝึกทักษะการแก้ปัญหา และกิจกรรม “แหล่งสนับสนุนของฉัน” เป็นการกระตุ้นและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ได้รับการช่วยเหลือต่างๆ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับหน่วยงานช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป อันได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และ ระยะเวลาที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้จนถึงปัจจุบัน โดยข้อคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เพื่อประเมินความรู้ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วยเนื้อหาเรื่อง 1) การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร 2) โรคเครียดภายหลังสถานการณ์สะเทือนขวัญและวิธีการบรรเทาอาการต่างๆด้วยตนเอง 3) การเผชิญปัญหาและเทคนิคการแก้ปัญหา 4) ความเครียดและการผ่อนคลาย และ 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามลักษณะถูกผิดข้อละ 1 คะแนน มีค่าคะแนนระหว่าง 0-10 คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์แนวทางการประเมินความรู้แบบอิงเกณฑ์ (เจดศักดิ์, 2551) ดังนี้

การแปลผล

8-10	หมายถึง	มีความรู้ระดับดีมาก
5-7.9	หมายถึง	มีความรู้ระดับดี
2-4.9	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อย
<2	หมายถึง	มีความรู้ระดับน้อยมาก

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของ มารีนี (2551) สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ฮิลล์และสมิธ (Hill & Smith, 1985) โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 36 ข้อ ดังนี้ เป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ดังนี้

ด้านการรู้จักตนเอง	5	ข้อ
ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	7	ข้อ
ด้านการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ	6	ข้อ

ด้านการเผชิญปัญหา	5	ข้อ
ด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	6	ข้อ
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป	7	ข้อ

สำหรับการให้คะแนนของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับดังนี้

กิจกรรมนั้นทำเป็นประจำหรือทำอย่างสม่ำเสมอ	4	คะแนน
กิจกรรมนั้นทำบ่อย เว้นเป็นบางวันหรือบางครั้ง	3	คะแนน
กิจกรรมนั้นทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะนานจึงจะทำสักครั้ง	2	คะแนน
กิจกรรมนั้นแทบจะไม่ทำเลยหรือไม่เคยทำ	1	คะแนน

การแปลผล

กำหนดคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านจิตใจออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งได้ค่าคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง การดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง การดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.01-4.00 หมายถึง การดูแลตนเองด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงของเครื่องมือ (Validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 2) แบบประเมินความรู้ และ 3) แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ สำหรับสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบ จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลประจำสถานวิจัยระบบการดูแล และเชี่ยวชาญผู้บาดเจ็บ ลูกเงิน และสาธารณสุข 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษที่ปฏิบัติงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ซึ่งเป็นหัวหน้าศูนย์เชี่ยวชาญฟื้นฟูสุขภาพจิต ประจำโรงพยาบาลหนองจิก จังหวัดปัตตานี 1 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และความสอดคล้องของเนื้อหา กับมโนทัศน์ของตัวแปร จากนั้น

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไข ปรับปรุงให้เหมาะสม และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 10 คน เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของเนื้อหาของโปรแกรม และพิจารณาความสอดคล้องของเนื้อหาของเครื่องมือ จากนั้นนำไปปรับปรุงและนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาสำรองเพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ โดยได้ทำการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ซึ่งในระหว่างการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยได้พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นคือ เนื้อหาและรูปแบบของกิจกรรมในบางกิจกรรมมีความยากต่อการเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้มีการนำมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม และได้มีการปรับระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม เนื่องจากพบว่าการดำเนินกิจกรรม 4 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างจากการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่ และเพื่อไม่ให้กระทบกับการดำเนินชีวิตของสตรีหม้ายที่ต้องรับภาระเพิ่มมากขึ้นหลังจากการสูญเสียสามี ดังนั้นจึงได้ปรับเปลี่ยนระยะเวลาการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมจาก 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง เป็น 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง

ความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว นำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ต้องการศึกษาและภายใต้บริบทเดียวกัน จำนวน 20 คน ดังต่อไปนี้

1. แบบประเมินความรู้ ซึ่งนำไปหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้วิธีการหาค่าคูเคอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) เมื่อนำไปหาความเที่ยงในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 20 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .93 และทำการวิเคราะห์หาค่าความยากง่าย (difficulty) และอำนาจจำแนก (discrimination) ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (บุญใจ, 2553)

1.1 ตรวจสอบค่าความยากง่าย ซึ่งเป็นเกณฑ์ของแบบประเมินความรู้ จะมีค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.20-0.80 ซึ่งจะมีความยากง่ายพอเหมาะในระดับง่าย ระดับปานกลาง

และยากกระจายกันไป และพบว่าแบบประเมินความรู้ทั้ง 10 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.50-0.80

1.2 ค่าอำนาจจำแนก เป็นเกณฑ์ที่ใช้ในการบ่งบอกถึงความสามารถของแบบประเมินที่จำแนกคนเก่ง-อ่อน พบว่าค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินความรู้ที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-1.00 การศึกษาครั้งนี้พบว่าค่าอำนาจจำแนกของแบบประเมินความรู้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-0.60 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้ถึงสูงมาก

2. แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ นั้นก่อนนำไปเก็บข้อมูลต้องนำเครื่องมือไปหาค่าความเที่ยงก่อนโดยการนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่มีลักษณะคล้ายกับประชากรที่ต้องการศึกษาและภายใต้บริบทเดียวกัน จำนวน 20 ราย และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .90 ซึ่งได้มากกว่า .80 จึงจะนำมาใช้ในการศึกษาได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งได้มีการดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการ ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นสรุปผลการทดลอง ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยได้จัดทำหนังสือราชการโดยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ไปยังอำเภอหนองจิกและอำเภอยะหริ่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

1.2 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและอธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง แก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งการสอบถามความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

1.3 เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างแล้ว จากนั้นนับวัน เวลา และสถานที่กับกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการวิจัย

1.4 เตรียมผู้ช่วยวิจัย 1 คน ซึ่งเป็นผู้ที่ทำงานด้านเยียวยาในกลุ่มสตรีหม้าย ที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดปัตตานี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้เพื่อป้องกันอคติที่อาจมีผลเบี่ยงเบนงานวิจัยจากการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองของผู้วิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยจะต้องมีคุณสมบัติ คือ ยินดีให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ช่วยวิจัยจะไม่มีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินการของโปรแกรม

2. ขั้นตอนการทดลอง

การดำเนินการทดลองในการศึกษาครั้งนี้มีขั้นตอนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังต่อไปนี้

2.1 กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดการดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มทดลอง เพื่อให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ รวมถึงการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินการ จากนั้นจึงแจกแบบประเมินความรู้ และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่กลุ่มทดลองเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง และดำเนินการจัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 3 และแจ้งสิ้นสุดโปรแกรม และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง พร้อมทั้งแจกแบบประเมินความรู้ และซักถามความคิดเห็น ความรู้สึก และข้อเสนอแนะที่มีต่อการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

2.2 กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 โดยมีขั้นตอนดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียด วัตถุประสงค์ และระยะเวลาในการดำเนินการ และขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ โดยผู้วิจัยไม่ได้แจ้งว่าเป็นกลุ่มควบคุม

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ขอความร่วมมือในการตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ และแจ้งสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ขั้นตอนการสรุปผลการทดลอง

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล และทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น และนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยส่งหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ไปยังหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อขออนุญาตลงพื้นที่เก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดและขั้นตอนต่างๆ ของการทำวิจัย โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ การเก็บข้อมูล สิทธิประโยชน์และการเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง
3. ในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างจะมีเวลาในการตัดสินใจ และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยปราศจากการบังคับจากผู้วิจัยและจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่าง
4. กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจไม่เข้าร่วมการวิจัย หากอยู่ในการวิจัยก็สามารถออกจากกรวิจัยได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง
5. การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดข้อมูลเป็นความลับ
6. ในการดำเนินการเก็บข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สบายใจหรือคับข้องใจในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะหยุดการเก็บข้อมูลและให้การช่วยเหลือด้านจิตใจโดยการรับฟังและให้การปรึกษา หากกลุ่มตัวอย่างต้องการความช่วยเหลือทางการแพทย์ ผู้วิจัยจะติดต่อประสานงานเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

7. กรณีกลุ่มควบคุมต้องการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ผู้วิจัยยินดีจัดโปรแกรมให้เมื่อสิ้นสุดการศึกษาแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมมาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และระยะเวลาที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้จนถึงปัจจุบัน วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยการคำนวณหา ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติต่างๆ นั้น ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะต้องทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อน ดังต่อไปนี้

2.1 ทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (test of normality) โดยทำการทดสอบข้อมูลคะแนนก่อนและหลังของแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ โดยการใช้ Skewness/SE พบว่ามีค่าเท่ากับ -1.80, 0.13, -1.93 และ -0.14 ซึ่งอยู่ในช่วง +3 ถึง -3 ดังนั้นข้อมูลคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติ

2.2 ทำการทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่ม (homogeneity of variance) โดยใช้ Levene's test พบว่า $F = .31, .67, .01$ และ $.28$ ตามลำดับ ซึ่งค่า p value = $.57, .41, .89$ และ $.59$ ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า $.05$ ดังนั้นความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจึงไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ และคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจดังต่อไปนี้

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนการทดลองและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที่คู่ (paired t-test)

3.1.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

3.1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)

3.2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.3 เมื่อทดสอบความแตกต่างของศาสนาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ศาสนาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองจึงวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ศาสนาเป็นตัวแปรร่วม (covariate)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปราย

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี อยู่ในระยะหลังเกิดสถานการณ์ 3 เดือนขึ้นไป และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 25 คน ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติพบว่าสามารถวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทีคู่ (paired t-test) สถิติทีอิสระ (independent t-test) โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากข้อมูลทั่วไปของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 50 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 25 คน ได้

นำมาทดสอบสถิติไคแอสควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการทดสอบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ และระยะเวลาเวลาที่สูญเสียสามี ยกเว้นเรื่องศาสนาที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตาราง 1 จะเห็นได้ว่า กลุ่มทดลองร้อยละ 48 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 46.48ปี ($SD = 8.37$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 84 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 68 จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา และยังพบอีกว่าร้อยละ 68 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 88 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,896 บาท ($SD = 1,928$) และมีรายได้ไม่เพียงพอร้อยละ 64 สำหรับระยะเวลาสูญเสียสามี พบว่าส่วนใหญ่สูญเสียสามีมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 92)

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี อายุเฉลี่ย 50 ปี ($SD = 10.15$) ร้อยละ 72 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 60 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64 ประกอบอาชีพรับจ้าง ซึ่งมีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,914 บาท ($SD = 2,438$) และร้อยละ 60 มีรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับระยะเวลาการสูญเสีย พบว่าส่วนใหญ่มีสูญเสียสามีมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ 88) ดังตาราง 1

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติฟิชเชอร์แยกแชนกจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป ($N = 50$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	p
	(n=25)	(n=25)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)	$M=46.48, SD=8.37$	$M=50.00, SD=10.15$	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)		
อาชีพ			6.59 ^b	0.36
ว่างงาน	0 (0.0)	1 (4.0)		
เกษตรกรกรรม	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)		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	X^2	p
	(n=25)	(n=25)		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			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)		
	$M = 4,896, SD = 1,928$	$M = 5,914, SD = 2,438$		
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
>1ปี –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

ส่วนที่ 2 ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการทดสอบสมมติฐานการวิจัยด้วยสถิติที่คู่ (paired t-test) และสถิติที่อิสระ (independent t-test) โดยทดสอบการแจกแจงเป็นแบบปกติของข้อมูล (normality) พบว่า ข้อมูลคะแนนก่อนและหลังของแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายเป็นโค้งปกติและทดสอบความเป็นเอกพันธ์ความแปรปรวนภายในกลุ่มของคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานข้อที่ 1 ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1 พบว่า สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้หลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 8.32, SD = 0.74; M = 4.68, SD = 0.85$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.51, p = .00$) และมีการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 3.46, SD = 0.13; M = 2.80, SD = 0.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -19.12, p = .00$) ดังตาราง 2

ตาราง 2

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติคู่ (Paired t-test) ($N=50$)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		<i>t</i>	<i>p</i>	95%CI of the Difference
	(n=25)		(n=25)				
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
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)

สมมติฐานข้อที่ 2 ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษากว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

ผลการทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมมีความรู้ ($M = 4.68, SD = 0.85; M = 4.40, SD = 0.76$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.22, p = .22$) และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 2.80, SD = 0.16; M = 2.81, SD = 0.17$) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = .25, p = .80$) ดังตาราง 3

ตาราง 3

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)(N=50)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				t	p	95%CI of the Difference
	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้	4.68	0.85	4.40	0.76	-1.22	.22	-0.74-0.18
การดูแลตนเองด้านจิตใจ	2.80	0.16	2.81	0.17	.25	.80	-0.84-0.10

ระยะหลังการทดลอง พบว่าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 8.32$, $SD = 0.74$; $M = 4.64$, $SD = 0.63$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -18.71$, $p = .00$) และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 3.46$, $SD = 0.12$; $M = 2.90$, $SD = 0.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -14.88$, $p = .00$) ดังผลการวิจัยในตาราง 4

ตาราง 4

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทีอิสระ (Independent t-test)(N=50)

ตัวแปร	หลังการทดลอง				t	p	95%CI of the Difference
	กลุ่มทดลอง (n=25)		กลุ่มควบคุม (n=25)				
	M	SD	M	SD			
ความรู้	8.32	0.74	4.64	0.63	-18.71	.00	-4.07-(-3.28)
การดูแลตนเองด้านจิตใจ	3.46	0.12	2.90	0.13	-14.88	.00	-0.63-(-0.48)

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้หลังการทดลองของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งใช้ศาสนาเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า คะแนนความรู้ในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.67, p < .05$) ดังตาราง 5

ตาราง 5

เปรียบเทียบคะแนนความรู้ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ศาสนา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ตัวแปรร่วม					
- ศาสนา	0.57	1	0.57	1.19	.279
ระหว่างกลุ่ม	45.05	1	45.05	14.67	.000
ภายในกลุ่ม	147.42	48	3.07		
รวม	192.48				

เมื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ ในระยะหลังการทดลองของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งใช้ศาสนาเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า คะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจในระยะหลังการทดลองมีความแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 13.06, p < .05$) ดังตาราง 6

ตาราง 6

เปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้ศาสนา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p
ตัวแปรร่วม					
- ศาสนา	0.01	1	0.17	0.94	.337
ระหว่างกลุ่ม	1.01	1	1.02	13.06	.001
ภายในกลุ่ม	3.74	48	0.78		
รวม	4.75				

เมื่อพิจารณาการเปลี่ยนแปลงของการคะแนนความรู้ พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 12 มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับน้อยเป็นระดับดี ร้อยละ 88 มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับน้อยเป็นระดับดีมาก สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละ 4 มีการเปลี่ยนแปลงคะแนนจากระดับน้อยเป็นระดับดี และ ร้อยละ 96 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงคะแนน ดังตาราง 7

ตาราง 7

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนความรู้ จำแนกความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50)

การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n=25)	(n=25)
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
จากระดับน้อยเป็นดี	3 (12.0)	1 (4.0)
จากระดับน้อยเป็นดีมาก	22 (88.0)	0 (0.0)
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	0 (0.0)	24 (96.0)

สำหรับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง และ ร้อยละ 20 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนน ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่า ร้อยละ 100 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ ดังตาราง 8

ตาราง 8

เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ จำแนกความถี่ ร้อยละ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=50)

การเปลี่ยนแปลงระดับคะแนน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	(n=25)	(n=25)
	จำนวนคน (ร้อยละ)	จำนวนคน (ร้อยละ)
จากระดับปานกลางเป็นสูง	20 (80.0)	0 (0.0)
ไม่มีการเปลี่ยนแปลง	5 (20.0)	25 (100.0)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรม และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่าในส่วนของข้อมูลทั่วไปของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นเรื่องศาสนา ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างใน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 84) ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 64 นับถือศาสนา พุทธ พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงได้ทดสอบความแตกต่างของ คะแนนความรู้และคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจภายหลังการทดลอง โดยใช้สถิติความ แปรปรวนร่วม (ANCOVA) ซึ่งใช้ศาสนาเป็นตัวแปรร่วม (covariate) พบว่า คะแนนความรู้หลังการ ทดลองมีความแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 5) เช่นเดียวกับผลของการ ทดสอบของคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจที่พบว่า คะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังการ ทดลองมีความแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 6) นอกจากนี้จะเห็นได้ ว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มเป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นเพศที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าเพศชาย (Wymer, 2012) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในวัย 41-50 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของ พรทิพย์ (2549) ที่พบว่าสตรีหม้ายมีส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ สามารถปรับตัวในการเผชิญปัญหาต่างๆได้อย่างเหมาะสม (มรรยาท, 2548) นอกจากนี้แล้วกลุ่ม ตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจบการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุดสอดคล้องกับ พรทิพย์ (2549) และผลการศึกษาของ สุชาดา, ถนอมศรี, และวันดี (2554) ที่ได้พบว่าสตรีหม้ายจบ การศึกษาชั้นประถมศึกษา สำหรับอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง สอดคล้อง กับข้อมูลของสตรีหม้ายที่พบว่ามีอาชีพรับจ้างมากที่สุด (กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์, 2555; สุชาดาและคณะ, 2554) สำหรับรายได้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และส่วนใหญ่จะมีรายได้ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย

2,001-4,000 บาท และมีรายได้ไม่เพียงพอ สำหรับระยะเวลาของการสูญเสีย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการสูญเสียสามีมามากกว่า 3 ปี ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี (2555) พบว่าจังหวัดปัตตานียังคงมีเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มผู้ได้รับผลกระทบทั้งเสียชีวิต บาดเจ็บ และพิการเพิ่มสูงขึ้น

ส่วนที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

1. จากการเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 2) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีผลทำให้สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น ซึ่งประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาอาจเกิดขึ้นจากเหตุผลดังนี้

1.1 การประยุกต์ใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาจากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 1) การพัฒนาทักษะทางสังคม 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยอาการและอาการแสดง สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย การรักษาและทางเลือกในการรักษา 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย และ 4) สนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ซึ่งองค์ประกอบดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนากิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาขึ้นมาที่จะส่งเสริมให้สตรีหม้ายมีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น ทั้ง 6 ด้าน (Hill & Smith, 1985; 1990) คือ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 3) การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม และ 6) การดูแลสุขภาพร่างกายทั่วไป ดังรายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาทักษะทางสังคม อันได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสาร เนื่องจากทักษะทางสังคมมีความสำคัญต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม เพื่อให้บุคคลสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาเป็นกิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ดังในกิจกรรมชื่อ “ฉันบอกเธอ เธอบอกฉัน” ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจที่ดีต่อกัน (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; ปรียารัตน์, 2554) และกิจกรรมชื่อ “สื่อสารตรงใจ” เพื่อเพิ่มความรู้และความสามารถในการสื่อสาร เนื่องจากการสื่อสาร

โดยการแลกเปลี่ยนข่าวสาร และการมีพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม จะช่วยให้สตรีหม้ายเกิดการเรียนรู้และเข้าใจความต้องการของผู้อื่นได้อย่างถูกต้อง จนนำไปสู่การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น (Hill & Smith, 1985; 1990)

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการ สาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย การรักษาและทางเลือกในการรักษา เนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบที่เกิดขึ้นทำให้สตรีหม้ายต้องประสบภาวะวิกฤตจนอาจนำไปสู่การเกิดโรคทางจิตเวชได้ โดยเฉพาะ โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (กรมสุขภาพจิต, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ภัยพิบัติเพศหญิงจะป่วยเป็นโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (post traumatic stress disorder) มากกว่าผู้ชาย (สมพรและอิงฉญา, 2556) ผู้วิจัยจึงได้พัฒนา กิจกรรมชื่อ “ความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นคืออะไร” ซึ่งเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ การสังเกตอาการ รวมทั้งการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการที่เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเองได้ ดังในกิจกรรมชื่อ “ทำอะไรให้ดีขึ้น” ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความรู้และสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (อรพรรณและพีรพนธ์, 2553) อันนำไปสู่การดูแลตนเองที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้อย่างเหมาะสม

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย เพราะการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเผชิญปัญหาและการผ่อนคลาย จะช่วยลดความกังวลและความเครียดในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม (ขวัญฤทัย, 2557; จิราพร, 2549; ปรียารัตน์, 2554; วิริยจันทร์, 2550; Ofiaz et al., 2008) ซึ่งการเผชิญปัญหาเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อปรับตัวเมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจเกิดขึ้น ดังที่ ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1985; 1990) ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลมีเผชิญปัญหาที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้เกิดการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้นได้ และยังกล่าวไว้ว่า การผ่อนคลายจะช่วยให้เกิดการป้องกันและการต่อต้านความเครียดที่เข้ามาเพื่อไม่ให้ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจต่อไป

4) สนับสนุนการค้นหาแหล่งช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาและใช้แหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชนในการดูแลช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการช่วยเหลือนั้นจะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม (Aguilera, 1994) สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองทางด้านจิตใจของ ฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1985; 1990)

ซึ่งพบว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลตนเองด้านจิตใจ ที่จะส่งผลให้บุคคลมีการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้น

1.2 รูปแบบและวิธีการดำเนินกิจกรรม การให้สุขภาพจิตศึกษาแบบรายกลุ่มจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม (William อ้างตามอรพรรณและพิรพนธ์, 2553) สำหรับจำนวนครั้งและระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรม ทั้งหมด 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที สอดคล้องกับวิจัยที่มีการสร้างโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (จิราพร, 2549; ชลารัตน์, 2554; ญาดาและคณะ, 2551; ปรรธนา, 2550; ปรียารัตน์, 2554; วินีกาญจน์และคณะ, 2557; วิริญจน์, 2550; Powell & Leytham, 2014; Oflaz et al., 2008) ที่ได้มีการดำเนินโปรแกรม อยู่ระหว่าง 3-6 ครั้ง ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที-3 ชั่วโมง เห็นได้ว่าจำนวนครั้งและระยะเวลาของการดำเนินกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ซึ่งทำให้สตรีหม้ายเกิดการเรียนรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังจะเห็นได้ว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่สูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจ จากข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสามารถพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ มีการสั่งสมประสบการณ์ ซึ่งประสบการณ์ในชีวิตมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล และมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (จินตนา, 2534; Orem, 1991) จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการดูแลตนเองทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง นอกจากนั้น ความแตกต่างในด้านบทบาทหน้าที่ของเพศหญิง ซึ่งต้องรับบทบาททั้งการทำงานนอกบ้านอีกทั้งยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวและทำงานบ้าน ทำให้เพศหญิงและเพศชายจึงมีการเรียนรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่แตกต่างกัน (สมพรและอิงฉญา, 2556) ดังเช่นการศึกษาของ บุญวดี (2547) พบว่าวัยรุ่นเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่าเพศชาย และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นสตรีหม้าย ดังนั้นเมื่อเกิดการสูญเสียสามีทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากมีปัญหาทางด้านรายได้ของครอบครัว (สมพร, 2553)

2. จากการเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมภายหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 4) เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นอกจากนั้นยังพบอีกว่า กลุ่มทดลอง ร้อยละ 88 มีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความรู้จากระดับน้อยเป็นระดับดีมาก ในขณะที่กลุ่มควบคุม ร้อยละ 96 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงระดับคะแนนความรู้ (ตาราง 7) ส่วนการเปลี่ยนแปลงคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง พบว่า ร้อยละ 80 มีการเปลี่ยนแปลงจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง ในขณะที่กลุ่มควบคุมร้อยละ 100 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของระดับคะแนนการดูแลตนเองด้านจิตใจ (ตาราง 8) ซึ่งเป็นการยืนยันถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องจากส่วนหนึ่งของโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาได้มาจากการประชุมเชิงปฏิบัติการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้ (วินิกานุจน์และคณะ, 2557) ซึ่งเป็นการประชุมที่ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันจากประสบการณ์ของผู้ที่ทำงานในพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งประกอบด้วย พยาบาล นักจิตวิทยา และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ ทำให้ได้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความสอดคล้องกับบริบทของสตรีหม้าย รวมถึงรูปแบบและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้เกิดประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของสตรีหม้าย และจากผลการศึกษาค้นคว้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลารัตน์ (2554) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลง เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รอดชีวิตจากแผ่นดินไหวซึ่งได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีอาการแสดงของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (Ofiaz et al., 2008)

สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นมานั้น เป็น โปรแกรมที่ได้มีการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จะช่วยให้สตรีหม้ายที่สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดีขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest two-groups design) กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี จำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 25 คน และกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาจำนวน 25 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ และส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความรู้ และ 3) แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบประเมินความรู้โดยใช้วิธีคูเคอร์ ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้ความเที่ยงเท่ากับ .93 และหาความเที่ยงของแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ความเที่ยงเท่ากับ .90 สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป แจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบไคสแควร์ ทดสอบฟิชเชอร์แอกแซก ทดสอบสถิติทีคู่เพื่อเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา และทดสอบสถิติทีอิสระเพื่อเปรียบเทียบความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาและกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 8.32, SD = 0.74$; $M = 3.46, SD = 0.12$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ($M = 4.68, SD = 0.85$; $M = 2.80, SD = 0.16$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. กลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา ($M = 8.32, SD = 0.74$; $M = 3.46, SD = 0.12$) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม ($M = 4.46, SD = 0.63$; $M = 2.90, SD = 0.13$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อจำกัดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดเรื่องกระบวนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีศาสนาแตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลต่อผลการวิจัยในครั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

ด้านการพยาบาล

1. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพจิตนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในกลุ่มสตรีที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ควรส่งเสริมการนำโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้และเผยแพร่แก่บุคลากรทางสุขภาพและกลุ่มสตรีจิตอาสาในชุมชน เพื่อให้มีแนวทางในการส่งเสริมการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาการติดตามวัดผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาในระยะเวลาหลังการทดลอง 1 เดือน 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของพฤติกรรม
2. ควรมีการศึกษาติดตามอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD) ในกลุ่มสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2555). สถานการณ์ความรุนแรงชายแดนภาคใต้. ค้นจาก http://www.society.go.th/document/statistic/statistic_7996.pdf.
- กรวิกา บวชชุม, วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธีรัมย์.(2558). การดูแลตนเองทางด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้: รายงานการศึกษาเบื้องต้น. บทความฉบับร่างส่งเพื่อลงตีพิมพ์.
- กิตติมา ริวแกง. (2553). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตและการพัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มชาติพันธุ์ไทย-ลาว. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาสุขภาพศาสตร์การพัฒนากุมิภาค (สาธารณสุขชุมชน) มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2548). คู่มือการช่วยเหลือจิตใจผู้ประสบภัยพิบัติ: ระยะฟื้นฟู (สำหรับบุคลากรสาธารณสุข). นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550). แนวปฏิบัติการดูแลด้านสุขภาพจิตผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ชายแดนภาคใต้. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). คู่มือการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจประชาชนในภาวะวิกฤต (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ พับลิชชิง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แนวปฏิบัติการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต: กรณีภัยพิบัติจากธรรมชาติ (ฉบับปรับปรุง) (ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ พับลิชชิง.
- กัมปนาท นาดามัน, และวรรณชนก จันทชุม. (2556). ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีต่อประชาชนในพื้นที่ตำบลคลองใหม่ อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี. วารสารวิชาการอัล-ฮิกมะฮฺ มหาวิทยาลัยยะลา, 3(6), 23-36.
- ขวัญฤทัย ไส่สกุล. (2557). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- จอมสุรางค์ โปธิสสัย. (2555). อาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในบุตรของตำรวจที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 323-334.
- ฉวีวรรณ ตัฒยธรรม, แพ้ จันทร์สุข, และศุภกรใจ เจริญสุข. (บรรณาธิการ). (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- ชลรัตน์ ดอนเกิด. (2554). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อสร้างความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนาคูน. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เชิดศักดิ์ ไอรณณรัตน์. (2551). การตัดเกรด. *เวชบันทึกศิริราช*, 1(2), 107-113.
- ดารา การเกษร. (2553). รายงานการวิจัย: ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (*Cognitive Behavior Therapy: CBT*) ต่อการลดอาการ *Posttraumatic stress disorder: PTSD* ของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.
- ญาดา จินประชา, มรรยาท รุจิวิษญ์, และพิทักษ์พล บุญมาลิก. (2551). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัวแก่ผู้ป่วยติดสุราเพื่อการป้องกันการติดยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(4), 405-416.
- ทิพย์วิมล วังแก้วหิรัญ. (2551). *การจัดกระบวนการเรียนรู้*. สงขลา: เหมการพิมพ์สงขลา.
- ชานินทร์ ศิลป์จารุ. (2550). *การวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ*. กรุงเทพมหานคร: วี.อินเตอร์พรีนท์.

- ธีรศักดิ์ พงศ์ปริตร. (2552). *แนวทางการพัฒนาสวัสดิการโดยรัฐสำหรับสตรีหม้ายที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. สารนิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา จังหวัดสงขลา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 11(1), 21-30.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ : ยูแอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- เบญจพร ปัญญาขัง, และรัชนิกร เอี่ยมพ่อง. (2552). อาการโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและภาวะซึมเศร้าในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 54(4), 347-356.
- เบญจพร ปัญญาขัง, และสุลินดา จันทระเสนา. (2552). ปัญหาสุขภาพจิตของนักเรียนในพื้นที่เกิดเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 17(1), 1-11.
- ปรารธนา คำมีสินนท์. (2550). *การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปรียารัตน์ แจ่มคำ. (2554). *โปรแกรมในการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร

ประคอง วรรณสุด. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 3).

กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธการพิมพ์.

เพชรดาว โต๊ะมีนา. (2556). การดูแลเยียวยาจิตใจผู้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบใน

จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 21(3), 171-184.

เพชรดาว โต๊ะมีนา, อมรากุล อินโชนานนท์, และพงษ์พรหม อินเล็ก. (2552). *คู่มือหญิงหม้าย*.

กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

พรทิพย์ พันธุ์รธา. (2549). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจาก*

เหตุการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้: กรณีหญิงหม้ายที่อยู่ในศูนย์รอดันบาต

จังหวัดนราธิวาส. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,

สงขลา.

พรธิดา วิเชียรปัญญา. (2547). *การจัดการความรู้: พื้นฐานและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร :

เอ็กซ์เปอร์เน็ต.

พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2552). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : หลักการและวิธี*

ปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรารวรรณ สุนทราศรี. (2552). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยี*

สุรนารี. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัย

เทคโนโลยีสุรนารี, นครราชสีมา.

- มารีนี สแลมเม. (2551). *ปัญหาจิตใจและการดูแลตนเองด้านจิตใจที่สูญเสียบุคคลในครอบครัวจากสถานการณ์ความไม่สงบภาคใต้ กรณีศึกษา อำเภอกะพ้อ จังหวัดปัตตานี*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มุสลินท์ ไต้ะกานี. (2554). *ปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมสัมพันธ์สภาพทางสังคมของวัยรุ่นที่ประสบกับสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 363-375.
- มรรยาท รุจิวิทย์. (2548). *การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วัฒน์ะ พรหมเพชร, และสุวิมล นราองอาจ. (2552). *ภาวะสุขภาพจิตของครูในเขตพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้*. *วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 15(4), 629-658.
- วาทีนี สุขมาก. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1*. ม.ป.ท.
- วิจารณ์ พานิช. (2551). *การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร : สุขภาพใจ.
- วินีกาญจน์ คงสุวรรณ. (2557). *คู่มือการสอนรายวิชาการพยาบาลฉุกเฉินและสาธารณสุข*. เอกสารต้นฉบับไม่ได้ตีพิมพ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, กรวิกา บวชชุม, จุฑามาศ สุวรรณวัฒน์, ประกอบ ขุนทอง, ภัชรินทร์

เฉลิมบุญ, และมาลี เกดแก้ว. (2557). *เอกสารการประชุมวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เรื่องการพัฒนาโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีความละเอียดอ่อนเชิงเพศภาวะสำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์รุนแรงจังหวัดชายแดนภาคใต้*. สงขลา: โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.

วินีกาญจน์ คงสุวรรณ, ศรีสุดา วณาลีสิน, วันดี สุทธีรัมย์, เมตตา กุหนิง, นิตยา แม็คแนล,

อังคณา วังทอง และเสน่ห์ เบาะหมัด. (2555). *การสร้างพลังอำนาจในการเยียวยาจิตใจตนเองของผู้พิการและครอบครัวผู้พิการจากความรุนแรงในสถานการณ์ชายแดนใต้*. เอกสารต้นฉบับไม่ได้ตีพิมพ์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ภายใต้การสนับสนุนจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ความไม่สงบจังหวัดภาคใต้ (ศวชต.) จังหวัดปัตตานี.

วิริญจน์ ไชยจันทร์. (2552). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือใน*

การมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). *รายงานสุขภาพคนไทย 2556 : ปฏิรูป*

ประเทศไทย ปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ เพิ่มพลังพลเมือง. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

- สุชาดา อุดมลาภสกุล, ถนอมศรี อินทนนท์ และวันดี สุทธีรัมย์. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพจิตของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 3(2), 29-40.
- สุภาวดี คำกานา. (2550). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองในคลินิกส่งเสริมพัฒนาการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์สาขารัฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). เพศภาวะกับสุขภาพจิต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 55(1), 109-118.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และอิงฉญา โคตনারา. (2556). บททวามวิชาการ: พยาบาลกับการบูรณาการเพศภาวะในการจัดการภัยพิบัติ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 33(3), 1-12.
- สมประสงค์ โอวาทกา, และฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). *แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. ใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* (หน้า 47-65). นนทบุรี: ยูทรินทร์การพิมพ์.
- โสภา เพ็งยอด. (2550). *ผลการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อจัดการกับความเครียดในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลไพศาลี*. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- สำนักข่าวอิศรา. (2555). *จำนวนผู้พิการจากสถานการณ์ความไม่สงบ*. ค้นจาก <http://www.isranews.org/isranews-all-data/isranews-data-south/64-isranews-data-south.html?start=30>

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี. (2555). *แผนพัฒนาสตรีจังหวัด*

ปัตตานี (พ.ศ. ๒๕๕๕ – ๒๕๕๘). ปัตตานี: ปัตตานีการช่าง.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *แผนพัฒนาสถิติจังหวัดปัตตานี*. ค้นจาก [http://www.igpthai.org/](http://www.igpthai.org/NS057/userfiles/Pattani_Draft.pdf)

NS057/userfiles/Pattani_Draft.pdf

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. (2555). *บทวิเคราะห์ : 9 เดือนของปีที่ 9: ในสถานการณ์ความรุนแรงอัน*

ยอกย้อนกระบวนการสันติภาพปาตานียังคงก้าวเดินไปข้างหน้า. ค้นจาก

[http://www.deepsouthwatch.org/sites/default/files/dsw_analysis_-](http://www.deepsouthwatch.org/sites/default/files/dsw_analysis_-_9_months_of_9_years_0.pdf)

[_9_months_of_9_years_0.pdf](http://www.deepsouthwatch.org/sites/default/files/dsw_analysis_-_9_months_of_9_years_0.pdf)

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี. (2557). *ความจริงที่คุณไม่อาจฟัง: ความขัดแย้งที่รุนแรงในชายแดนใต้/*

ปาตานีกับทศวรรษของความเป็นจริงที่สับสนกดดันและการหาทางออกอันไม่แน่นอน.

ค้นจาก <http://www.deepsouthwatch.org/node/5974>

ศรีสมภพ จิตรภิรมย์ศรี, และรอมฎอน ปันจอร์. (2556). *บทวิเคราะห์ : ไฟได้กับการริเริ่มสันติภาพ*

แห่งเดือนรอมฎอน 2556: ความรุนแรงที่ยืดเยื้อจะต้องถ่วงดุลด้วยพลังสันติภาพเท่านั้น.

ค้นจาก http://issuu.com/deepsouthwatch/docs/dsw_analysis_-_southern_violence_an

อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์. (2546). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.

อนุวัต สงสม. (2552). *รายงานวิจัย: เศรษฐกิจของภาคครัวเรือนจังหวัดปัตตานีภายใต้สถานการณ์*

ความไม่สงบในพื้นที่. ภาควิชาสังคมศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, ปัตตานี.

อิสรา รักษ์กุล. (2554). *ภาวะสุขภาพจิตและทัศนคติของกำลังพลกองทัพบกที่ปฏิบัติการกิจในพื้นที่*

3 จังหวัดชายแดนภาคใต้. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(2), 67-73.

- โอภาส วงศ์ศิลป์. (2550). *ผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบต่อความมั่นคงของมนุษย์ในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้*. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) คณะพัฒนาลังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2556). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, และพีรพนธ์ ลือบุญรัชชัย. (บรรณาธิการ). (2553). *การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- Aguilera, D. C. (1994). *Crisis intervention: Theory and methodology* (7th ed.). St.Louis, MO: Mosby.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. *Schizophrenic Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Authier, J. (1977). The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 12(1), 15-22.
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., Born, C., Forsthoef, 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.

- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijper, P., & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: A meta-analysis. *BioMed Central Medicine*, 7(79), 1-9.
- Hill, L. & Smith, N. (1985). *Self-care: Nursing promotion of health*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hill, L. & Smith, N. (1990). *Self-care: Nursing promotion of health*. (2nd ed). Norwalk, CA: Appleton & Lange.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social readjustment rating scale. *Journal Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation 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.
- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Kinsella, A., & O'Callaghan, E. (2007). Caregiver psychoeducation for schizophrenia: Is gender important?. *European Psychiatry*, 22, 323-327.
- Nguyen, M. V. (2013). *The Effects of Psychoeducation on the Help-Seeking Attitudes of Vietnamese Refugees for Post-Traumatic Stress Disorder*. Available from ProQuest Dissertations and Theses database. (UMI No.3615752).

- 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. Lous, MO: Mosby-Year book.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Principles and methods*.(9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- 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.
- Shin, S. S., & Lukens, E. P. (2002). Effects of psychoeducation for Korean American with chronic mental illness. *Psychiatric Services, 53*(9), 1125-1131.
- 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.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณของ โคลเฮน (Cohen, ascited in Polit & Beck, 2012)

$$\text{Effect size} = \frac{\bar{X}_C - \bar{X}_E}{\sqrt{SD_C^2 + SD_E^2 / 2}}$$

\bar{X}_C คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

\bar{X}_E คือ ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

SD_C คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

SD_E คือ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มทดลอง

จากการศึกษาของโอฟลาซ และคณะ (Ofiaz et al., 2008) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญและการเผชิญปัญหาของผู้ที่รอดชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหว แทนค่าได้ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{Effect size} &= \frac{49.75 - 37.95}{\sqrt{2.71^2 + 3.01^2 / 2}} \\ &= 4.12 \end{aligned}$$

จากการเปิดตารางคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ โพลิตและเบค (Polit & Beck, 2012) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power analysis) ที่ระดับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ระดับ .80 และเมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน

ภาคผนวก ข

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (สำหรับกลุ่มทดลอง)

ดิฉัน นางสาวกรวิกา บวชชุม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจในการทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยวัดความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นวิจัยกึ่งทดลอง เป็นการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพจิต โดยใช้วิธีการให้สุขภาพจิตศึกษา ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60-90 นาที เป็นระยะเวลาทั้งหมด 3 สัปดาห์ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อ การได้รับบริการการรักษา และจะไม่เกิดอันตรายใดๆ ต่อท่านแต่มีโอกาสดังกล่าวและความเสี่ยงและส่งผลกระทบทางจิตใจ และนักวิจัยจะช่วยเหลือโดยการหยุดพักการทดลองและช่วยให้การดูแลด้านจิตใจ หรือส่งต่อเมื่อจำเป็น อย่างไรก็ตามหากท่านมีความลำบากใจหรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไม่ว่ากรณีใดๆ โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดต่อท่าน ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 091-3792277

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์จากการให้ข้อมูลของท่าน ในการนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสตรีหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

กรวิกา บวชชุม

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(.....)

วันที่ / /

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (สำหรับกลุ่มควบคุม)

ดิฉัน นางสาวกรวิกา บวชชุม นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจในการทำวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยวัดความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง และท่านเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ โดยจะมีการตอบแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ จำนวน 2 ครั้ง คือ ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 3 การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการการรักษา และจะไม่เกิดอันตรายใดๆ ต่อท่านแต่มีโอกาสเกิดความเลื่อมและส่งผลกระทบทางจิตใจ และนักวิจัยจะช่วยเหลือโดยการหยุดพักการทดลองและช่วยในการดูแลด้านจิตใจหรือส่งต่อเมื่อจำเป็น อย่างไรก็ตามหากท่านมีความลำบากใจหรือไม่สะดวกในการเข้าร่วมวิจัย ท่านมีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไม่ว่ากรณีใดๆ ในทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบแต่อย่างใดต่อท่าน ข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ ทั้งในขั้นตอนการวิจัย หรือการเก็บข้อมูล ท่านสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้โดยตรงที่เบอร์โทรศัพท์ 091-3792277

การวิจัยครั้งนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์จากการให้ข้อมูลของท่าน ในการนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นแนวทางในการช่วยเหลือ และป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมของสตรีหม้ายจากเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ต่อไป

กรวิกา บวชชุม

ผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้ทราบคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น และมีความยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย

(.....)

วันที่ /..... /.....

ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจงแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดความรู้ และการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดปัตตานี โดยให้ท่านอ่านข้อคำถามและตอบคำถามทุกข้อ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

2. กรุณาตอบคำถามให้ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

3. กรุณาตอบแบบสอบถามโดยใช้เครื่องหมายถูก (✓) ในช่อง เมื่อมีคำสั่งให้ทำเครื่องหมาย

4. แบบสอบถามนี้ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อของท่าน ยกเว้นได้รับอนุญาตจากท่าน และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่าน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ผู้ทำแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมข้อความในช่องว่าง โดยเลือกตอบเพียงข้อเดียวให้ตรงกับความจริงของท่าน

1. อายุปี
2. ศาสนา

<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------
3. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา (ปวช./ปวส.)
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> ปริญญาโท
4. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ว่างาน	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> ค้าขาย	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่นๆ(โปรดระบุ)
5. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน บาท
6. ความพอเพียงของรายได้

<input type="checkbox"/> พอเพียง	<input type="checkbox"/> ไม่พอเพียง
----------------------------------	-------------------------------------
7. ระยะเวลาที่สูญเสียสมาชิกจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้จนถึงปัจจุบัน

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 3 เดือน (โปรดระบุระยะเวลาการสูญเสีย เดือน.....ปี พ.ศ	
<input type="checkbox"/> มากกว่า 3 เดือน (โปรดระบุระยะเวลาการสูญเสีย เดือน.....ปี พ.ศ	

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้

คำชี้แจง ถ้าท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นถูกต้องให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความนั้น

และหากท่านคิดว่าข้อความในประโยคนั้นผิดให้ท่านใส่เครื่องหมาย ✗ หน้าข้อความนั้น

.....1. สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เกิดขึ้นมีผลกระทบต่อสุขภาพกายเท่านั้น เช่น ทำให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต

.....2. ภายหลังจากการสูญเสีย ในช่วงแรก ปฏิกริยาทางจิตใจที่อาจเกิดขึ้นได้ คือ เสียใจ ไม่ยอมรับความจริง รู้สึกสับสน สิ้นหวัง หรือโกรธ

.....3. การระลึกถึงเหตุการณ์ร้ายแรงหรือฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะคิดหรือพูดคุยถึงเหตุการณ์ร้ายแรงนั้นๆ และมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิด โกรธง่าย ตกใจง่าย หลังผ่านพ้นเหตุการณ์ไปแล้ว 1 เดือน เป็นอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญที่ต้องดูแลรักษา

.....4. การเผชิญปัญหาทั้ง 2 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา และการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์นั้น รูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมที่สุดคือการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์

.....5. หลังจากสูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบนาง ก มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาโดยมีอาการร้องไห้ และนอนหลับเพิ่มขึ้น

.....6. การสื่อสารเป็นการส่งข่าวสารให้แก่ผู้รับข่าวสารด้วยวิธีการพูดและเขียนเท่านั้น

.....7. การสื่อสารที่ดีต้องประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ผู้ส่งข่าวสาร ข่าวสาร ช่องทางในการสื่อสาร และผู้รับข่าวสาร

.....8. การเข้ารับบริการทางสุขภาพจิตต้องไปที่โรงพยาบาลเท่านั้น

.....9. การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของตนเองมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตภายใต้สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

.....10. บุคคลควรมีการบริหารเวลาและใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เนื่องจากการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลตนเองด้านจิตใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบใน
จังหวัดชายแดนภาคใต้

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้อและทำเครื่องหมาย ลงในช่องที่ตรงกับท่านมากที่สุด

ประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านกระทำเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุก วัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านกระทำเป็นบ่อยๆ วันเว้นวัน หรือเป็น บางครั้งบางคราว
บางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านกระทำเป็นบางครั้ง หรือนานๆทำครั้ง
เกือบหรือไม่เคยทำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นท่านไม่เคยกระทำเลยหรือแทบจะไม่กระทำ เลย

คำถาม	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือไม่ เคยทำ
ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง				
1. ท่านนึกเสมอว่าอะไรคือสิ่งที่สำคัญใน ชีวิต				
2. ท่านพยายามมองตัวเองว่าท่านมีนิสัย อย่างไร				
3. ท่านก็ยังคงตั้งใจที่จะทำงานและดำเนิน ชีวิตให้ดีขึ้นทั้งในปัจจุบันและอนาคต				
4. ท่านก็ยังมีความมั่นใจในความสามารถ ของตนเองและไม่ท้อถอย				
5. หากท่านทำงานไม่สำเร็จ ท่านจะค้นหา สาเหตุก่อนที่จะตัดสินใจว่าตนเองไร้ ความสามารถ				
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ				
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะสื่อสารให้ผู้อื่น เข้าใจถึงความรู้สึกของท่าน				

คำถาม	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือ ไม่เคยทำ
2. ท่านให้ความสนใจต่อผู้ที่ท่านจะพูดคุยด้วย				
3. ท่านยังคงพูดคุยกับผู้อื่น เช่น เพื่อนบ้าน ที่มาเยี่ยม และมีการประเมินว่าท่านและเพื่อนของท่านมีความเข้าใจตรงกัน				
4. ท่านพยายามอธิบายถึงสิ่งที่ท่านต้องการสื่อสารกับผู้อื่นเสมอ				
5. หากท่านสื่อสารกับผู้อื่น แล้วเกิดความเข้าใจไม่ตรงกัน ท่านจะพยายามอธิบายจนเกิดความเข้าใจตรงกัน				
6. ท่านให้ความสนใจต่อความรู้สึกของผู้ที่ท่านพูดคุยด้วยเสมอ				
7. ท่านมีความรอบคอบ และพิจารณาเหตุผลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง				
ด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์				
1. ท่านมีการวางแผนในการทำงานล่วงหน้า				
2. ท่านมีการวางแผนเพื่อทำกิจกรรมกับสมาชิก				
3. ท่านใช้เวลาว่างในการทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น				
4. ท่านใช้เวลาว่างที่มีอยู่เพื่อให้ท่านมีความสุข				
5. ท่านมีการวางแผนในการทำกิจกรรมอย่างรอบคอบ				
6. ท่านมีการทำกิจกรรมอย่างมีระบบและมีแบบแผนมากขึ้น				

คำถาม	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือ ไม่เคยทำ
ด้านการเผชิญปัญหา				
1. ท่านสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้				
2. เมื่อท่านต้องเผชิญกับปัญหา ท่านจะพิจารณาว่าปัญหาที่ท่านเผชิญคืออะไร				
3. ท่านสามารถค้นหาวิธีการในการเผชิญปัญหาและลงมือแก้ปัญหาที่ละปัญหาจนสามารถคลี่คลายได้				
4. ท่านคำนึงถึงผลดีและผลเสียของแนวทางในการแก้ปัญหา				
5. ท่านเลือกเผชิญปัญหาโดยใช้หลักศาสนาเข้าช่วยในการแก้ไข้ปัญหา				
การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม				
1. ท่านยังคงพูดคุยกับเพื่อนบ้าน				
2. ท่านยังคงมีการติดต่อกับเพื่อนสนิทในกลุ่มของตนเอง				
3. ท่านยังคงเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน				
4. ท่านสามารถหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือได้				
5. ท่านให้ความร่วมมือกับศูนย์ฟื้นฟูจิตใจที่ให้การดูแลท่าน				
6. ท่านให้ความร่วมมือในการดูแลจากชุมชน				
ด้านการดูแลตนเองทั่วไป				
1. ท่านมีการดูแลตนเองและหลีกเลี่ยงที่จะใช้สารเสพติด เช่น เหล้า บุหรี่ ในการคลายเครียด				

คำถาม	การปฏิบัติ			
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	เกือบหรือ ไม่เคยทำ
2. ท่านรับประทานอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย				
3. ท่านสามารถนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมงต่อคืน				
4. ท่านมีการดูแลร่างกายให้ได้รับสารน้ำและอากาศที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย				
5. ท่านมีการออกกำลังกาย อย่างน้อย 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์				
6. ท่านมีวิธีการผ่อนคลายความเครียดอย่างเหมาะสม				
7. เมื่อท่านมีการเจ็บป่วยท่านจะไปพบแพทย์				

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรม น้นบอกเธอ เธอบอกฉัน

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดี และเพื่อให้เกิดความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยกับผู้เข้าร่วมวิจัย และระหว่างสมาชิกด้วยกัน
2. เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีและความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อให้ทราบวัตถุประสงค์และรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

อุปกรณ์

1. กระดาษ
2. ปากกา

วิธีการดำเนินการ

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย แนะนำตัวเองด้วยท่าทีที่เป็นมิตร และพูดคุยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไป
2. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยจับคู่กับเพื่อนที่นั่งติดกัน จากนั้นให้ซักถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของเพื่อน
3. ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนออกมานำเสนอข้อมูลของเพื่อนที่ได้มา พร้อมทั้งพูดคุยดีของเพื่อนอย่างน้อย 1 ข้อ
4. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบของกิจกรรม โดยย่อ และแจ้งวัน เวลา สถานที่ ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม สื่อสารตรงใจ

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้และเห็นความสำคัญของการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้มีทักษะในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 1/2

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเข้าสู่กิจกรรมที่ 2 โดยการอธิบายรายละเอียดของการทำงานกิจกรรม และระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

2. ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความคิด/แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 การสื่อสารมีความสำคัญอย่างไร

2.2 การสื่อสารที่ดีควรทำอย่างไร

3. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 1/2 และให้ความรู้โดยการบรรยายเรื่องการสื่อสารตามใบความรู้ที่

1/2

4. นัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งต่อไป

ใบความรู้ที่ 1/2

เรื่อง การสื่อสาร

ความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสาร เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คนเราเข้าใจกัน ถ้าสื่อสารไม่ดีก็ทำให้ไม่เข้าใจกันจนอาจกลายเป็นความขัดแย้งเกิดขึ้นได้ นอกจากนั้นแล้วการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพยังช่วยลดความกังวล ความกลัว และช่วยลดความขัดแย้งได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ที่มีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ และการใช้ภาษาที่แตกต่างกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

นอกจากนั้นการเผชิญในภาวะวิกฤติทำให้นักคิดมีความคิดสับสน ความคุมตัวเองไม่ได้ รู้สึกเศร้าและหมดหวังในการเผชิญปัญหา ต้องการพึ่งพาคนอื่น ขาดการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ดังนั้นการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อให้บุคคลบอกความต้องการของตนเองและได้รับการตอบสนองตามความต้องการของตนเอง

ความหมายของการสื่อสาร

การสื่อสาร หมายถึงการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึก และทัศนคติซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 ขึ้นไป จากผู้ส่งสารโดยผ่านสื่อต่าง ๆ ที่อาจเป็นการพูด การเขียน หรือสัญลักษณ์ต่างๆ ไปยังผู้รับสาร โดยอาจจะมีการใช้กระบวนการสื่อสารที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสม

ส่วนประกอบของกระบวนการสื่อสาร

การสื่อสารประกอบด้วยกระบวนการสื่อสาร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้ส่งสาร หมายถึงผู้ที่มีข่าวสารที่จะให้ผู้รับ
2. ข่าวสาร หมายถึง เรื่องราวหรือสิ่งต่าง ๆ ที่อาจจะอยู่ในรูปของข้อมูล ความรู้ ความคิด หรือความรู้สึก เป็นต้น โดยถ่ายทอดจากผู้ส่งสารไปยังผู้รับสาร โดยผ่านช่องทางในการสื่อสาร
3. ช่องทางในการสื่อสาร ได้แก่ ช่องทางต่างๆ เช่น ทางหู ตา จมูก การสัมผัส โดยการพูด การเขียน หรือการใช้ภาษาท่าทาง
4. ผู้รับสาร บุคคลที่รับเรื่องราวข่าวสารจากผู้ส่งสาร

ชนิดของการสื่อสาร

การสื่อสารโดยทั่วไป แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่

1. การสื่อสารด้วยคำพูด จะแสดงออกมาโดยการพูด หรือการเขียน ซึ่งจะเข้าใจง่าย และสามารถซักถามกันได้
2. การสื่อสารด้วยท่าทาง จะแสดงออกมาโดยน้ำเสียง การแสดงกิริยาท่าทาง การเคลื่อนไหว การแสดงออกทางสีหน้าท่าทาง การสัมผัส และการประสานสายตา

หลักการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

หากบุคคลต้องการสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ จะต้องคำนึงถึง

1. ธรรมชาติพื้นฐานของมนุษย์
2. การเข้าใจตนเอง คือ เรากำลังรู้สึกอย่างไร และต้องการอะไร
3. การเข้าใจผู้อื่น คือ เข้าใจว่าผู้อื่นรู้สึกอย่างไร
4. การให้เกียรติซึ่งกันและกัน
5. การรับฟังซึ่งกันและกัน
6. การยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง
7. การแสดงความจริงใจ ไม่เสแสร้ง

กิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรม ความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นคืออะไร

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับอาการความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1/3
2. ใบความรู้ที่ 1/3

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1/3 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำก่อนการให้ความรู้
2. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 1/3 และให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือน

ขวัญ

3. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 1/3 เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำหลังการให้ความรู้ เพื่อประเมินผลการให้ความรู้เรื่องโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

4. สรุปการทำกิจกรรม

ใบความรู้ที่ 1/3

ความเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นคืออะไร

ปฏิกิริยาทางจิตใจที่เกิดขึ้นในช่วงแรกหลังเกิดเหตุการณ์ความรุนแรง ได้แก่ รู้สึก ไม่รับรู้ความจริง เสียใจ โกรธ สิ้นหวัง หรือกลัวอย่างมาก ทั้งหมดนี้ถือว่าเป็นปฏิกิริยาปกติที่เกิดขึ้นในภาวะผิดปกติซึ่งอาการต่างๆจะค่อยหายไปได้เอง การช่วยเหลือในกรณีนี้จึงเป็นเรื่องของการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง แต่หากผ่านเหตุการณ์ไป 1 เดือนแล้วยังมีอาการนอนไม่หลับ เครียด และวิตกกังวลบ่อยๆ บ่นท้อแท้ แยกตัว หงุดหงิดง่าย เป็นสัญญาณเตือนว่าบุคคลนั้นอาจกำลังประสบกับปัญหาทางสุขภาพจิต จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาอาการและได้รับการดูแลที่เหมาะสม

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญคืออะไร

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ คือ การที่บุคคลได้ประสบกับเหตุการณ์เลวร้ายที่คุกคามต่อชีวิต และยังคงรู้สึกถึงเหตุการณ์เลวร้ายนั้น แม้ว่าเหตุการณ์จะผ่านไปนานมาแล้ว อาจมีความรู้สึกเหมือนอยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ เสมอ จะมีอาการผวา ตกใจง่าย ผันรำยถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ มีภาพที่ทำให้รู้สึกกลัวขึ้นมา บางครั้งอาจมีความรู้สึกนั่งเฉยไร้อารมณ์ และมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

สังเกตอาการได้อย่างไร

การสังเกตอาการของโรค จะทำให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม และสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ อาการของโรคนี้ ประกอบด้วย อาการหลักๆ 3 ประการ มีดังนี้

1. การมีความรู้สึกถึงเหตุการณ์ ได้แก่ การระลึกถึงเหตุการณ์นั้นซ้ำ ๆ หรือฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ บางรายอาจรู้สึกว่าเหตุการณ์นั้นได้เกิดขึ้นกับตนเองอีก และจะมีพฤติกรรมเหมือนว่าตนเองกำลังอยู่ในเหตุการณ์นั้นจริง
2. การหลีกเลี่ยง จะพยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น ได้แก่ หลีกเลี่ยงที่จะคิดหรือพูดคุยถึงเหตุการณ์นั้นๆ บางรายอาจหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้นึกถึงเหตุการณ์จนทำให้ไม่สนใจเข้าร่วมกิจกรรม และอาจรู้สึกห่างเหินหรือแปลกแยกจากผู้อื่นได้

3. มีความวิตกกังวล หรือภาวะตื่นตัวสูงกว่าปกติ ได้แก่ นอนหลับยากหรือนอนไม่หลับ หงุดหงิด ไม่มีสมาธิ ตื่นเต้นตกใจง่าย หรือมีอาการทางระบบประสาทอัตโนมัติ เช่น หัวใจเต้นแรง หอบ เหงื่อออกมาก เป็นต้น

โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ เป็นโรคที่หลายคนอาจจะมองข้ามหรือไม่ให้ความสำคัญเพราะคิดว่าทุกคนที่ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญก็คงจะกลัวคล้ายๆ กัน หรือแสดงออกคล้ายๆ กัน แต่ในความเป็นจริงแล้วพบว่า ประมาณ 20% ของผู้ประสบเหตุการณ์สะเทือนขวัญหรือภัยพิบัติต่างๆ มีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้นอกจากโรคนี้อาจจะทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติแล้วยังทำให้บุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ไข้สุราหรือสารเสพติด และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ใบงานที่ 1/3

ความเข้าใจเรื่องโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ

คำชี้แจง ให้ตอบคำถามต่อไปนี้

1. ข้อใดคือลักษณะอาการที่สำคัญของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
 - ก. ร้องไห้เสียใจตลอดเวลา
 - ข. มีความรู้สึกนึกถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้นซ้ำๆ
 - ค. นอนไม่หลับ
 - ง. เครียด
2. ข้อใดกล่าวไม่ถูกต้อง
 - ก. โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นภายหลังพบเหตุการณ์ความรุนแรง
 - ข. การมีความรู้สึกถึงเหตุการณ์ซ้ำ ๆ หรือฝันร้ายเกี่ยวกับเหตุการณ์นั้นบ่อยๆ พยายามหลีกเลี่ยงที่จะเผชิญสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น และมีความวิตกกังวล เป็นอาการของโรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญ
 - ค. อาการรู้สึกสับสน มึนชา ไม่รับรู้ความจริง เสียใจ โกรธ สิ้นหวัง เป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นได้ในภาวะวิกฤต ซึ่งเกิดในช่วง 1 เดือนแรกหลังประสบเหตุการณ์รุนแรง
 - ง. อาการรู้สึกสับสน ไม่รับรู้ความจริง เสียใจ โกรธ สิ้นหวัง เป็นอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ในภาวะวิกฤต ซึ่งเกิดในช่วง 1 เดือนแรกหลังประสบเหตุการณ์รุนแรง
3. บุคคลในข้อใดที่ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นและควรต้องไปพบแพทย์
 - ก. นาง ก มีอาการหวงระลึกถึงเหตุการณ์ และฝันร้ายบ่อยๆ มีอาการกลัวหรือหลีกเลี่ยงสถานที่หรือสถานการณ์ที่ทำให้คิดถึงเหตุการณ์สะเทือนขวัญนั้น
 - ข. นาง ข มีอาการนอนไม่หลับ และบอกว่ารู้สึกอ่อนเพลีย
 - ค. นาง ค มีอาการเครียด และบ่นว่าเครียดอยู่บ่อยครั้ง
 - ง. นาง ง มีอาการวิตกกังวล

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม ทำอย่างไรให้ดีขึ้น

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง
2. เพื่อนำความรู้ที่ได้นำไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสม
3. เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับวิธีการบรรเทาอาการที่เป็นปัญหา

ด้วยตนเอง

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 2/1
2. กระดาษฟลิปชาร์ต
3. ปากกา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2/1
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการบรรเทาอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเองแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย โดยวิธีการการบรรยาย พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย
3. หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยบอกวิธีการบรรเทาอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเองอัน ได้แก่ อาการดังต่อไปนี้
 - 3.1 อาการนอนไม่หลับ
 - 3.2 เครียดและวิตกกังวล
 - 3.3 ความรู้สึกโศกเศร้า
4. ผู้วิจัยบันทึกวิธีการต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยนำเสนอลงในกระดาษฟลิปชาร์ต
5. สรุปกิจกรรม และนัดหมายครั้งต่อไป

ใบความรู้ที่ 2/1

การบรรเทาอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเอง

โดยทั่วไปปัญหาสุขภาพจิต เช่น นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล เป็นสิ่งที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนภาคใต้ยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ ดังนั้นการมีความรู้ในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ด้วยตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งอาการบางอย่างสามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ดังนี้

1. อาการนอนไม่หลับ สามารถจัดการกับอาการนอนไม่หลับ โดยวิธีการต่างๆ ดังนี้

1.1 นอนเป็นเวลาและตื่นเป็นเวลา แม้ว่าก่อนหน้านั้นจะเป็นคืนที่นอนไม่หลับหรือหลับได้น้อยก็ตาม

1.2 หากเข้านอนแล้วนอนไม่หลับให้ลุกจากที่นอน แล้วกลับมานอนเฉพาะเวลาที่ง่วง

1.3 ก่อนนอนไม่ควรจะทานอาหารที่อิ่มจนเกินไป หรือปล่อยให้หิวจนเกินไป

1.4 ไม่ใช้สุรา ยาเสพติดที่ช่วยให้นอนหลับ ควรปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อจำเป็นต้องใช้ยา

1.5 หาสาเหตุของการนอนไม่หลับและแก้ไขที่สาเหตุ

2. ความเครียดและความวิตกกังวล การแก้ไขที่ตรงประเด็นที่สุดคือ การแก้ไขที่สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล โดยสามารถจัดการด้วยวิธีการต่างๆ ดังนี้

2.1 พักผ่อนให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงการใช้สุราและสารเสพติด และเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

2.2 พยายามหากิจกรรมมาทำ เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลิน โดยไม่ปล่อยให้ตนเองว่าง

2.3 ฝึกการผ่อนคลายความเครียด สมาธิ สวดมนต์ หรือการประกอบกิจกรรมทางศาสนา จะสามารถเบี่ยงเบนความคิดไม่ให้หมกมุ่นกับปัญหา และทำให้เกิดสติในการแก้ปัญหา

2.4 พยายามหาคนที่ใกล้ชิดและไว้วางใจได้ พูดคุยปรึกษา เรื่องที่ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นวิธีการที่เหมาะสมกับผู้หญิง

2.5 การขอความช่วยเหลือจากครอบครัวหรือบุคลากรสาธารณสุข

3. ความรู้สึกโศกเศร้า

อาการโศกเศร้ามักจะอยู่นานประมาณ 2-3 เดือน จากนั้นจะค่อยๆ ดีขึ้น สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและมีสัมพันธภาพได้ปกติ การแก้ไขอาการนี้จะต้องมีความเข้าใจก่อนว่าภาวะนี้จะค่อยๆ ดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม ขจัดความเครียดทิ้งไป

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ระบายความรู้สึก
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายความเครียด
3. เพื่อมีความรู้เกี่ยวกับวิธีการผ่อนคลายด้วยตนเอง

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/2
2. กระดาษฟลิปชาร์ต
3. ปากกา

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกใบงานที่ 2/2
2. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบคำถามจากใบงานที่ 2/2
3. เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้นำเสนอคำตอบในใบงานที่ 2/2
4. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 2/2 เรื่องเทคนิคการผ่อนคลาย พร้อมทั้งบรรยายและสาธิต
5. ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายด้วยตนเอง
6. สรุปกิจกรรม

กิจกรรมที่ 3 ชื่อกิจกรรม ถูกรูดอเนกประสงค์

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์
2. เพื่อมีความรู้และทักษะในการเย็บผ้า

อุปกรณ์

1. ผ้า
2. กรรไกร
3. เข็ม
4. ด้าย
5. เชือก

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกอุปกรณ์ในการทำถุงรูดอเนกประสงค์ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของอุปกรณ์
3. ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการทำ พร้อมการสาธิต
4. ผู้เข้าร่วมวิจัยลงมือปฏิบัติ
5. ผู้เข้าร่วมวิจัยสรุปกิจกรรมและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกิจกรรมครั้งนี้

ใบงานที่ 2/2

เรื่องความเครียดกับสถานการณ์ความไม่สงบ

คำชี้แจง ให้ตอบคำถามต่อไปนี้

1. ภายหลังจากการสูญเสียสามีท่านมีความเครียดเรื่องใดเกิดขึ้นบ้าง

.....

.....

.....

.....

.....

2. ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่ออย่างไรบ้าง

- ร่างกาย

.....

.....

.....

- จิตใจ

.....

.....

.....

- สังคม

.....

.....

.....

3. ท่านมีวิธีการจัดการกับความเครียดของท่านเป็นอย่างไร

.....

.....

.....

ใบความรู้ที่ 2/2

เรื่องเทคนิคการผ่อนคลายด้วยตนเอง

ความเครียด เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ ไม่สบายใจ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อร่างกาย จิตใจ ความคิด พฤติกรรมและส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

วิธีการผ่อนคลายความเครียด มีอยู่หลายวิธี เช่น การเสริมสร้างสุขภาพกายให้แข็งแรง การเปลี่ยนแปลงที่จิตใจซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงความคิด การฝึกผ่อนคลายความเครียด มีหลายวิธี ได้แก่ การอ่านหนังสือ การร้องหรือฟังเพลง การเล่นดนตรี การดูภาพยนตร์หรือโทรทัศน์ การทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ งานฝีมือ เป็นต้น ฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด ฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ฝึกจินตนาการ และการฝึกการนวดด้วยตนเอง (กรมสุขภาพจิต, 2553) เป็นต้น

การฝึกการนวดคลายเครียด (Stress Relaxation Massage)

ความเครียด เป็นสาเหตุทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ปวดต้นคอและหลัง เป็นต้น การนวดจะช่วยผ่อนคลายกล้ามเนื้อ กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ทำให้รู้สึกสบายปลอดโปร่ง หายเครียด และลดอาการเจ็บปวดต่างๆ ลง

ข้อควรระวัง

1. ไม่ควรนวดขณะที่กำลังเป็นไข้ หรือกล้ามเนื้อบริเวณนั้นอักเสบ หรือเป็นโรคผิวหนัง

2. ควรตัดเล็บสั้นก่อนนวดทุกครั้ง

หลักการนวดที่ถูกต้องวิธี

1. การกด โดยใช้ปลายนิ้วที่ถนัด ได้แก่ นิ้วหัวแม่มือ นิ้วชี้ หรือนิ้วกลาง
2. ในการนวดจะใช้การกด และการปล่อยเป็นส่วนใหญ่ โดยใช้เวลากดแต่ละครั้งประมาณ 10 วินาที และใช้เวลาปล่อยนานกว่าเวลากด
3. การกดค่อยๆ เพิ่มแรงทีละน้อย และปล่อยให้ค่อยๆ ปล่อย
4. แต่ละจุดควรนวดซ้ำประมาณ 3-5 ครั้ง

จุดที่นิ้วมีดังนี้

1. จุดกลางระหว่างนิ้ว ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง
2. จุดใต้หัวนิ้ว ใช้นิ้วชี้หรือนิ้วกลางกด 3-5 ครั้ง
3. จุดขอบกระดูกท้ายทอย จุดกลาง ใช้หัวแม่มือกด 3-5 ครั้ง จุดสองจุดด้านข้าง ใช้วิธีการประสานมือบริเวณท้ายทอย แล้วใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดจุดสองจุดพร้อมๆ กัน 3-5 ครั้ง
4. บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้าง กดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอโดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า 3-5 ครั้ง
5. บริเวณบ่า โดยใช้ปลายนิ้วมือขวา บีบหัวไหล่ซ้าย ไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ และใช้ปลายนิ้วมือซ้าย บีบไหล่ขวา ไล่จากบ่าเข้าหาต้นคอ ทำซ้ำ 3-5 ครั้ง

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 1 ชื่อกิจกรรม การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหา และเทคนิคการแก้ปัญหา
2. เพื่อให้มีทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม

อุปกรณ์

1. ใบความรู้ที่ 3/1

วิธีดำเนินการ

1. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3/1 ให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
2. ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับการเผชิญปัญหาดังหัวข้อต่อไปนี้
 - 2.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา
 - 2.2 รูปแบบของการเผชิญปัญหา
 - 2.3 เทคนิคการแก้ปัญหา
3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม
4. ให้สมาชิกในกลุ่มพูดถึงปัญหาของตนเองให้สมาชิกในกลุ่มฟัง
5. ให้เพื่อนในกลุ่มช่วยกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
6. ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการทำกิจกรรมนี้

ใบความรู้ที่ 3/1

การเผชิญปัญหา

ความหมายของการเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหา หมายถึง วิธีการที่บุคคลใช้ในการบรรเทาหรือจัดการกับสิ่งที่มาคุกคาม โดยแสดงออกมาในรูปแบบของพฤติกรรม เพื่อรักษาภาวะสมดุลของจิตใจที่ถูกรบกวนและสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รูปแบบการเผชิญปัญหา

เมื่อเกิดความเครียดขึ้นมา บุคคลจะต้องมีการปรับตัวเพื่อจะลดความรุนแรงของปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด โดยผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหา ซึ่งรูปแบบการเผชิญปัญหามี 2 แบบ ดังนี้

1. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นการแก้ปัญหา เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามแก้ปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดให้ไปในทางที่ดีขึ้น โดยการแก้ที่ตัวปัญหา มีการวางแผน ตั้งเป้าหมาย และทำตามเป้าหมายที่วางไว้เพื่อแก้ไขปัญหา

2. การเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นอารมณ์ บุคคลใช้กระบวนการทางความคิดเพื่อพยายามที่จะจัดการกับอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น เช่น การปฏิเสธ การหลีกเลี่ยง การพยายามไม่คิด หรือลืมสิ่งที่เกิดขึ้น การระบายอารมณ์ในรูปแบบต่างๆ และการร้องไห้ หรือการใช้ยา การใช้สารเสพติด การดื่มเหล้า รวมถึงการพยายามเปลี่ยนความหมายที่มีต่อสถานการณ์ เช่น การมองปัญหาในสิ่งที่ดี การเปรียบเทียบกับปัญหาของผู้อื่นที่หนักกว่า

สรุป

ในชีวิตประจำวันบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย สถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นสถานการณ์หนึ่งที่เกิดความเครียด โดยเฉพาะการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก บุคคลต้องมีการปรับตัวเพื่อลดความเครียดผ่านกระบวนการเผชิญปัญหาที่จะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การเผชิญปัญหานั้นมีทั้งเหมาะสมและไม่เหมาะสม โดยการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมจะทำให้บุคคลสามารถคลี่คลายปัญหาได้ และการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพนั้นควรใช้รูปแบบของการเผชิญ

ปัญหาทั้งแบบการมุ่งเน้นการแก้ปัญหาและการมุ่งเน้นอารมณ์ควบคู่กันไปอย่างเหมาะสม เพื่อให้มี
 สุขภาพจิตที่ดีขึ้นต่อไป

เทคนิคการแก้ปัญหา

ปัญหา คือความรู้สึกวุ่นวายส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกหดหู่ มีอารมณ์เศร้า แต่เมื่อ
 สามารถแก้ปัญหาได้ บุคคลนั้นก็จะมีจิตใจที่สดชื่นขึ้น ดังนั้นเทคนิคการแก้ปัญหาก็เป็นสิ่งสำคัญ
 ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **การตั้งหลักและเริ่มคิด** หมายถึง การแก้ปัญหาคควรเริ่มจากการหยุดตั้งสติก่อน ซึ่งเป็นการ
 ชะลอเวลาเพื่อหาโอกาสที่เหมาะสม จากนั้นเริ่มต้นคิดและบอกตัวเองว่า ทุกคนต่างมีความยุ่งยากใน
 การแก้ปัญหาแต่ทุกคนสามารถแก้ปัญหาได้

2. **การค้นหาสาเหตุของปัญหาที่แท้จริง** โดยการใช้วิธีการตั้งคำถามเพื่อหาปัญหาที่แท้จริง
 ดังนี้

2.1 ปัญหาที่คิดติดอยู่ที่ไหน

2.2 เลือกลงมา 1 ปัญหา

2.3 ย่อยประเด็นปัญหาให้เล็กลง เพื่อง่ายต่อการแก้ไข สิ่งสำคัญคือ อย่าคิดว่า
 ปัญหาของฉันทันทีไปหมด

3. **วางแผนแก้ปัญหา** พยายามหาทางเลือกในการแก้ปัญหาไว้หลายๆ ทาง โดยการเขียน
 ออกมาเป็นข้อๆ

4. **พิจารณาทางเลือกที่คิดไว้** โดยการตัดข้อที่ใช้ไม่ได้ก่อน จากนั้นนำข้อที่เหลือมาหาข้อดี
 ข้อเสีย และสุดท้ายคือเลือกวิธีที่ดีที่สุดที่คิดว่าจะสำเร็จแน่นอน

5. **ลงมือปฏิบัติ**

กิจกรรมที่ 2 ชื่อกิจกรรม แหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉัน

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยค้นหาแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์
2. เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 3/2
2. ใบความรู้ที่ 3/2

วิธีดำเนินการ

1. แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนับเลข 1 และเลข 2 และให้สมาชิกที่นับเลขเดียวกันอยู่กลุ่มเดียวกัน
2. ผู้วิจัยแจกใบความรู้ที่ 3/2 และใบงานที่ 3/2 โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันตอบคำถามในใบงานที่ 3/2
3. ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนออกมานำเสนอ
4. สรุปกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยแสดงความรู้สึกและข้อคิดเห็นที่มีต่อการศึกษาวิจัยครั้งนี้
5. ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ พร้อมทั้งมอบหมายให้ทำแบบประเมินความรู้และแบบประเมินการดูแลตนเองด้านจิตใจ และยุติการทำวิจัย

ใบงานที่ 3/2

เรื่องแหล่งสนับสนุนทางสังคมของฉันทัน

คำชี้แจง ให้สมาชิกในแต่ละกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นและตอบคำถามต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมอย่างไร และจากแหล่งใดบ้าง

- การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เช่น ได้รับกำลังใจ การยอมรับ การดูแลเอาใจใส่ การช่วยเหลือ เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

- การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เช่น วัตถุ สิ่งของต่างๆ เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและความรู้

.....

.....

.....

.....

ใบความรู้ที่ 3/2

เรื่องหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ความไม่สงบ

ในจังหวัดปัตตานี

หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบในจังหวัดปัตตานี

1. ศูนย์ช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดปัตตานี

โทร 073-336849

2. ศูนย์ช่วยเหลือเยียวยาผู้ที่ได้รับผลกระทบสืบเนื่องจากสถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดปัตตานี

ประจำอำเภอเมืองปัตตานี โทร 073-349079

ประจำอำเภอหนองจิก โทร 073-437421

ประจำอำเภอโคกโพธิ์ โทร 073-431200

ประจำอำเภอแม่ลาน โทร 073-356431

ประจำอำเภอยะรัง โทร 073-439059

ประจำอำเภอมายอ โทร 073-497108

ประจำอำเภอทุ่งยางแดง โทร 073-489018

ประจำอำเภอยะหริ่ง โทร 073-491288

ประจำอำเภอสายบุรี โทร 073-411009

ประจำอำเภอปะนาเระ โทร 073-499106

ประจำอำเภอไม้แก่น โทร 073-481015

ประจำอำเภอกะพ้อ โทร 073-494099

3. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดปัตตานี

โทร 073-349145, 073-348310

4. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปัตตานี เขต 1

โทร 073-331843, 073-349641

5. สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปัตตานี เขต 2

โทร 073-331881, 073-323450

6.สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาปัตตานี เขต 3

โทร 073-331881, 073-323450

7.สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย จังหวัดปัตตานี

โทร 073-337145, 073-333208-9

8.ผู้แทนคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ จังหวัดปัตตานี

โทร 073-334031, 073-334032

9.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

โทร 073-348639

10. โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ บริการสายด่วนสุขภาพจิต

โทร 1667 และ 1323 โทรฟรีตลอด 24 ชั่วโมง

โรงพยาบาลประจำอำเภอ

- | | |
|-------------------------------------|------------------|
| 1. โรงพยาบาลปัตตานี | โทร 073-331859 |
| 2. โรงพยาบาลยะรัง | โทร 073-439018 |
| 3. โรงพยาบาลยะหริ่ง | โทร 073-491316 |
| 4. โรงพยาบาลมายอ | โทร 073-497248-9 |
| 5. โรงพยาบาลปะนาเระ | โทร 073-499063 |
| 6. โรงพยาบาลแม่ลาน | โทร 073-356171 |
| 7. โรงพยาบาลไม้แก่น | โทร 073-481040 |
| 8. โรงพยาบาลหนองจิก | โทร 073-437174 |
| 9. โรงพยาบาลโคกโพธิ์ | โทร 073-431313 |
| 10. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสายบุรี | โทร 073-411412 |
| 11. โรงพยาบาลทุ่งยางแดง | โทร 073-489070 |
| 12. โรงพยาบาลกะพ้อ | โทร 073-494037 |

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภา แซ่เซี่ย | <p>อาจารย์ประจำสถานวิจัยระบบการดูแลและ
 เยียวยาผู้บาดเจ็บ ทูกเงิน และสาธารณสุข
 คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์</p> |
| 2. คุณอังคณา วังทอง | <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
 หัวหน้าศูนย์เยียวยาฟื้นฟูสุขภาพจิต
 โรงพยาบาลหนองจิก
 อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี</p> |
| 3. คุณคารา การะเกษร | <p>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
 โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
 อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา</p> |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวกรวิกา บวชชุม	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5610421004	
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2556

ทุนการศึกษา

ทุนอาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
 ทุนอุดหนุนการทำวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ ปีงบประมาณ 2558 บัณฑิตวิทยาลัย
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

กรวิกา บวชชุม, วินิกาญจน์ คงสุวรรณ, และวันดี สุทธิรัมย์. (กำลังรอตีพิมพ์). การดูแลตนเอง
 ทางด้านจิตใจของสตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้:
 รายงานการศึกษาเบื้องต้น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.