

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

The effectiveness of resilience enhancing program on resilience level and depression among widows affected by south Thailand insurgency

สยามารณ์ เดชดี, พย.ม.¹, วัฒนะ พรหมเพชร, วท.ม.², นพพร ตันติรังสี, ปร.ด.¹
Sayaporn Detdee, M.N.S¹, Wattana Prohmpetch, M.S², Nopporn Tantirangsee, Ph.D.¹

โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์¹, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์²
Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital¹, Prince of Songkla University²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

วัสดุและวิธีการ เป็นการศึกษาทดลองในสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติ กลุ่มละ 35 คน เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) และแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD) ประเมินก่อน-หลัง ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measures ANOVA) และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงอย่างง่าย (simple linear regression analysis)

ผล หลังติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีคะแนน HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนน HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มควบคุม

สรุป โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ จึงควรถ่ายทอดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับงานพยาบาลและบุคลากรเฝ้าระวังจิตใจในการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูพลังสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามีและบุคคลอื่นที่ต้องการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต พลังสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า สตรีผู้สูญเสียสามี

ติดต่อผู้พิมพ์: สยามารณ์ เดชดี; e-mail: ssayaa4@gmail.com

Abstract

Objective To examine the effectiveness of resilience enhancing program (REP) on resilience level and depression among widows affected by south Thailand insurgency.

Material and methods A quasi-experimental research was done with 70 widows who voluntarily participated in the study. The participants were divided equally into treatment group, which received REP, and control group, which received regular caring activities. The research instruments were REP, resilience quotient assessment form (RQ), and the Hamilton rating scale for depression (HRSD). The outcome measures were done immediately after the program finished, one month, and three months follow up. The data analysis was done using repeated measures ANOVA and simple regression analysis.

Results After three months follow up, the RQ score was increased significantly, and the HRSD score was decreased significantly in treatment group when compared with the control group. While the RQ score and HRSD score did not change significantly in the control group.

Conclusion REP was effective in enhancing resilience quotient and reducing depression in widows affected by south Thailand insurgency. The REP should be recommended to those who work in nursing and mental health healing profession in order to prevent, support, and rehabilitate widows and other groups who may need to enhance their resilience skills.

Key words: depression, resilience enhancing program, resilience quotient, widows

Corresponding author: Sayaporn Detdee; e-mail: ssayaa4@gmail.com

บทนำ

ในรอบทศวรรษของการเกิดสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มีเหตุการณ์ความไม่สงบเกิดขึ้น 12,549 ครั้ง ผู้เสียชีวิต 5,473 คน บาดเจ็บ 9,694 คน ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากการสูญเสียเป็นสตรีผู้สูญเสียสามี 2,450 คน และเด็กกำพร้า 4,815 คน¹ เหตุการณ์นี้ส่งผลกระทบท่อสตรีผู้สูญเสียที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก แล้วยังต้องเผชิญกับปัญหาอื่น ๆ เช่น ภาระการเลี้ยงดู ความยากจน และไม่มียานพาหนะ ความหวาดกลัวต่อสถานการณ์ และรู้สึกทุกข์ทรมานเป็นต้น^{2,3} ในขณะที่สถานการณ์ความไม่สงบยังคงยืดเยื้อ หากสตรีผู้สูญเสียไม่สามารถปรับตัวได้ ขาดกำลังใจหรือการสนับสนุนทางจิตใจ อาจเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น⁴ ได้แก่ โรคเครียดภายหลังภัยอันตราย (posttraumatic stress disorder; PTSD) ความเศร้าโศกที่ซับซ้อนและมากผิดปกติจากการสูญเสีย (complicated grief) และโรคซึมเศร้า (depressive disorder) เป็นต้น การศึกษาาระบาดวิทยาสุขภาพจิตคนไทยในพื้นที่ชายแดนใต้ ปี พ.ศ. 2559 พบว่าความชุกชั่วชีวิตของโรคซึมเศร้าและโรคเครียดภายหลังภัยอันตรายเท่ากับร้อยละ 0.4 และร้อยละ 0.5 ตามลำดับ⁵ จากข้อมูลผู้ป่วย PTSD ที่มารับบริการโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม ปี พ.ศ. 2559 พบโรคซึมเศร้าร่วมด้วยถึงร้อยละ 90.3⁶ ดังนั้นการเยียวยาจิตใจแก่สตรีผู้สูญเสียเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

พลังสุขภาพจิต (resilience) เป็นศักยภาพและความสามารถของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ในชีวิตแล้วสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมและฟื้นคืนกลับสู่สภาพเดิมได้อย่างรวดเร็ว⁷

พลังสุขภาพจิตจะช่วยช่วยให้บุคคล กลุ่มคน และชุมชนสามารถป้องกันเอาชนะปัญหาอุปสรรคและความทุกข์ยาก⁸ รวมทั้งลดภาวะซึมเศร้าได้⁹⁻¹¹ สมาคมจิตวิทยาแห่งอเมริกันได้นิยามพลังสุขภาพจิตว่า เป็นกระบวนการของการปรับตัวที่ดีในการฟันฝ่าอุปสรรคเผชิญวิกฤต และเป็นแหล่งช่วยเยียวยาจิตใจที่สำคัญ¹¹ และคนที่มีความสุขภาพจิตเป็นปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้าได้¹² ดังนั้นการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแก่สตรีผู้สูญเสีย มุ่งหวังเพื่อให้สามารถปรับตัวหรือได้รับการเยียวยาตั้งแต่เริ่มต้น จะช่วยป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ และยังส่งผลในการเลี้ยงดูบุตรและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจให้แก่บุตรที่เป็นเด็กกำพร้าด้วย องค์ประกอบในการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้เพิ่มมากขึ้นและลดภาวะซึมเศร้าลงมีดังนี้ 1) การสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ คือ การปรับอารมณ์และปรับความคิด 2) การสร้างกำลังใจจากการกระทำของตนเองและเป้าหมายที่ตนต้องการ และ 3) การจัดการปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหามีทางแก้ได้ รู้จักสร้างสัมพันธภาพและรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเปิดมุมมองในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว⁹

ปัจจุบันการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สูญเสียมีรูปแบบการให้บริการทางจิตสังคมที่หลากหลาย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สามารถฟื้นตัวกลับคืนสู่ปกติได้อย่างรวดเร็วและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจรุนแรงขึ้นในอนาคต อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการบำบัดที่มีรูปแบบการบริการที่มีความเฉพาะเจาะจงในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียโดยตรง

คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจให้แก่สตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยได้ผกานแนวคิด

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต⁹ ผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem¹³ ภายใต้กระบวนการกลุ่มบำบัดของ Yalom¹⁴ และ Trotter¹⁵ โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ และศึกษาถึงความสัมพันธ์ของผลการเปลี่ยนแปลงระหว่างระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในสตรีกลุ่มดังกล่าว

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบจับคู่เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวัดก่อนและหลังการทดลองทันที และติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน (matched pretest-posttest-follow-up control group design) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กลุ่มประชากรที่ศึกษาเป็นสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2557 จำนวน 2,450 คน¹ มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่จังหวัดปัตตานี ยะลา และนราธิวาส ดำเนินการวิจัยช่วงเดือนมิถุนายน-ตุลาคม พ.ศ. 2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก คือ เป็นหญิงหม้ายที่สามีเสียชีวิตจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ตามบัญชีรายชื่อจากศูนย์ประสานงานวิชาการให้ความช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากเหตุความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ (ศวชต.) ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และมีผลการ

ประเมินพลังสุขภาพจิตต่ำกว่า 55 คะแนน ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ มีอาการทางจิตเวช กำลังกินยาจิตเวช หรือมีปัญหาการใช้สารเสพติด ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยพิจารณาจับคู่คะแนนพลังสุขภาพจิตที่ใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นนำกลุ่มทดลองเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นเวลา 3 วันต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต (RQ) ของกรมสุขภาพจิต เป็นการประเมินพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ (พลังฮึด) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) และด้านการจัดการกับปัญหา (พลังสู้) จำนวน 20 ข้อ แบบประเมินมีค่าความเที่ยงสูง ($\alpha=0.73$)⁹ 2) แบบประเมิน Hamilton rating scale for depression (HRSD) ฉบับภาษาไทย มีจำนวน 17 ข้อ มีความเที่ยงอยู่ในระดับสูง ($\alpha=0.74$)¹⁶ 3) การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเพื่อสอบถามข้อมูลทั่วไป และติดตามการเปลี่ยนแปลงของความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมวิจัย และ 4) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โปรแกรมนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านแล้ว

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้ผสมแนวคิดการให้การเยียวยาทางจิตใจ วิถีดูแลจิตใจตัวเอง คนใกล้ชิดและชุมชนเพื่อให้ผ่านวิกฤต มี 3 องค์ประกอบ⁹ คือ 1) พลังฮึด เป็นความสามารถในการทนทานและควบคุมอารมณ์ 2) พลังฮึด เป็นความสามารถในการการสร้างความหวังและกำลังใจที่จะฟันฝ่าปัญหาอุปสรรค และ 3) พลังสู้ เป็นความสามารถที่จะต่อสู้เอาชนะปัญหาอุปสรรค มีวิธีการจัดการและแก้ไขปัญหาได้ ผ่านระบบการพยาบาลแบบ

สนับสนุนและให้ความรู้ตามทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เพื่อสร้างพลังสุขภาพจิตจาก 4 วิธีคือ การชี้แนะ การสนับสนุน การเตรียมสิ่งแวดล้อม และการสอน¹³ ภายใต้กระบวนการกลุ่มบำบัดของ Yalom¹⁴ และ Trotzer ซึ่งมีการดำเนินการ 3 ขั้นตอนคือ ขั้นเริ่มต้น เป็นการยอมรับและรับผิดชอบ ขั้นดำเนินการเป็นการฝึกทักษะแก้ปัญหา การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และขั้นยุติ¹⁵ ซึ่งกระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เกิดปัจจัยเอื้อยวของ Yalom เช่น การช่วยเหลือผู้อื่น การมีเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมวิกฤติ การเข้าใจตนเอง และการรู้

ถึงความจริงของชีวิต เป็นต้น¹⁴ คณะผู้วิจัยได้ประยุกต์โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต⁹ ในรายละเอียดทั้งเนื้อหาและกิจกรรมเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แผนการดำเนินกิจกรรมประกอบด้วย 15 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที กิจกรรมที่ 6-14 เน้นฐานพลังอดีต พลังอดีตและพลังผู้ แบ่งกลุ่มย่อยเข้าแต่ละฐาน ๆ ละ 10-12 คน จนครบทุกฐาน แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แผนกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

ชื่อ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีพื้นฐาน	ผล
1. สายสัมพันธ์ ได้แก่ แนะนำชื่อ แนะนำโปรแกรม เต้นประกอบจังหวะ (พัฒนาโดยผู้วิจัย)	- ทำความรู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพและสร้างบรรยากาศ	- ชั้นความมั่นคงปลอดภัย ¹⁵ หรือขั้นเริ่ม ¹⁴ ชี้แนะแนวทาง ^{13,14} ให้ความรู้พลังสุขภาพจิต และภาวะซึมเศร้า ¹³	- ได้รู้จักและเป็นกันเอง รู้สึกปลอดภัย รู้สึกไว้วางใจ ได้ผ่อนคลายและสนุก
2. แลกเปลี่ยนเรียนรู้สิ่งที่ได้แก่ เล่าประสบการณ์ผ่านพันธกิจ (พัฒนาโดยผู้วิจัย)	- เปิดเผยเรื่องราวร่วมความรู้สึกและเข้าใจ แลกเปลี่ยนความรู้สึก เรียนรู้แนวการสร้างพลังสุขภาพจิต	- ขั้นการยอมรับ ¹⁵ การสนับสนุนให้กำลังใจเตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนและให้ความรู้ ¹³	- ได้สำรวจและแสดงออกถึงความรู้สึก ความหมายของชีวิต มีคุณค่าในตนเอง มั่นใจในการเผชิญปัญหา ยอมรับตนเองและผู้อื่น รักและห่วงหาอาสขาก และร่วมเรียนรู้แนวทางสร้างพลังสุขภาพจิต
3. อยู่อย่างไรในวิกฤต ได้แก่ การจับคู่พูดคุย ²⁰	- สร้างความรับผิดชอบต่อจะจัดการกับปัญหาตนเอง สร้างความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกัน ผูกพัน และมีส่วนร่วมที่จะช่วยเหลือผู้อื่น	การได้ระบาย เรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ การฟังประสบการณ์เดิมในครอบครัวและเปลี่ยนแปลงการมีเพื่อนร่วมทุกข์ร่วมวิกฤต ¹⁴ และการสร้างพลังสุขภาพจิต ⁹	- เข้าใจ ยอมรับในความรับผิดชอบต่อปัญหา มุ่งที่จะแก้ปัญหา นั้น รวมถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มพร้อมที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
4. เลือกรวม เลือกรวม			
5. เตรียมใจไว้สู้ ²⁰		- ชั้นความรับผิดชอบ ¹⁵ การสนับสนุนให้กำลังใจ เตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสนับสนุนและให้ความรู้ ¹³ การช่วยเหลือผู้อื่น การเข้าใจตนเอง การมีความหวัง การร่วมด้วยช่วยกัน ¹⁴	

ตารางที่ 1 แผนกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (ต่อ)

ชื่อ/กิจกรรม	วัตถุประสงค์	ทฤษฎีพื้นฐาน	ผล
ฐานพลังชีวิต			
6. เท้าทันอารมณ์ ผ่อนคลายสบายใจ (พัฒนาโดยผู้วิจัย)	- ค้นหาพลังชีวิต ได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายและจัดการอารมณ์ที่เหมาะสม	- ชั้นความรับผิดชอบ ¹⁵ และขั้นตอนการ ^{14,15} การสอน ¹³ การถ่ายทอดความรู้และสอนเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าการค้นหาพลังชีวิต ¹³	- ค้นพบพลังชีวิตในตนเอง นำสู่การจัดการอารมณ์ทางลบอย่างเท้าทันอารมณ์ และรู้จักวิธีผ่อนคลายเพื่อปรับใช้ในสถานการณ์วิกฤตของตนได้
7. หัวเราะดี ชีวิตมีสุข ¹⁸			
8. เอนกายสบายจิต ¹⁷			
ฐานพลังชีวิต			
9. ชื่อฉันนั้นดีอย่างไร ⁹ (คุณค่าในตนเอง)	- ค้นหาพลังชีวิต ได้ฝึกทักษะการสร้างแรงจูงใจ กำลังใจสูง การฟื้นตัว	- ขั้นตอนการ ^{14,15} การสอน ¹³ การถ่ายทอดความรู้และสอนเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ¹³ การค้นหาพลังชีวิต ⁸	- ค้นพบพลังชีวิต มีทักษะในการสร้างแรงจูงใจและกำลังใจเพื่อฟื้นตัวจากวิกฤต
10. สายใยรักในครอบครัว (คุณค่าและสายใยจากครอบครัว) ¹⁷			
11. สร้างสรรค์สื่อรักแทนใจ ⁷ (แสดงออกถึงความรักต่อครอบครัวคนที่รัก)			
ฐานพลังผู้			
12. ตกขุด (การจัดการปัญหา) ²⁰	- ค้นหาพลังผู้ ตระหนักในความสามารถและศักยภาพตนเอง ฝึกมองทางบวก ฝึกทักษะการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค	- ขั้นตอนการ ^{14,15} การสอน ¹³ การถ่ายทอดความรู้และสอนถึงพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ¹³ การค้นหาพลังผู้ ³	- ค้นพบพลังผู้ ได้ตระหนักในความสามารถและศักยภาพในตนเอง มั่นใจ มองบวกและพร้อมเผชิญปัญหาอุปสรรคของตนเองได้
13. ไม่ลองไม่รู้ ²⁰ (ประเมินความสามารถตนเองทำอะไรได้ อะไรไม่ได้ หาเพิ่มเติมความสามารถและหาแหล่งช่วยเหลือ)			
14. เลือกินว้าว ²¹ (เรียนรู้พลังชุมชน: การดูแลตนเองและเอาตัวรอดเมื่อเผชิญวิกฤต)			
15. สิ่งดี ๆ ที่มีค่า ณ แดนดินถิ่นเรา ²³	- สนับสนุนความผูกพัน กำลังใจ และพลังผู้ ส่งเสริมเปลี่ยนแปลงการสร้างพลังสุขภาพจิต ทบทวนสิ่งที่ได้รับและคลี่คลายประเด็นที่ค้างคาอยู่ และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงของตนเอง	- ขั้นตอนการ ^{14,15} การรู้ถึงความจริงของชีวิต ¹⁴	- ได้ทบทวนเห็นการเปลี่ยนแปลงพลังสุขภาพจิตตระหนักในตนเอง มีทรัพยากรประสบการณ์ชีวิต การเรียนรู้ที่นำสู่พลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าลดลง

ประเมินผลหลังการทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในการติดตามผลพบว่าไม่สามารถติดตามผลระยะ 1 เดือนในกลุ่มควบคุมได้จำนวน 12 คน แต่ติดตามผลได้ครบอีกครั้งในช่วงติดตามผล 3 เดือน ผู้วิจัยจึงใช้วิธีคำนวณค่าเฉลี่ยของบุคคลและกลุ่มทดลองช่วงที่ขาดหายไปดังกล่าว การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์แล้วตามเอกสารเลขที่ 27/2559

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้ 1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลัง

สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (repeated measure ANOVA) และหาอิทธิพลของความสัมพันธ์คะแนนภาวะซึมเศร้าจากคะแนนพลังสุขภาพจิตตลอดระยะการทดลองโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นตรงอย่างง่าย (simple linear regression analysis)

ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีผู้สูญเสียสามีจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน ข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (35 คน)		กลุ่มควบคุม (35 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ศาสนา				
อิสลาม	28	80	30	85.7
พุทธ	7	20	5	14.3
การศึกษา				
ไม่ได้เรียน	2	5.7	4	11.4
ประถมศึกษา/ศาสนา	14	40	21	60.0
มัธยมศึกษา/ปวช.	16	45.7	7	20.0
ปวส./อนุปริญญา/ปริญญาตรี	2	5.7	3	8.6
ไม่ตอบ	1	2.9	–	–
อาชีพ				
เกษตรกร	11	31.3	10	28.6
รับจ้างทั่วไป	10	28.6	8	22.8
ลูกจ้างของรัฐ	1	2.9	5	14.3
ธุรกิจส่วนตัว (ค้าขาย)	10	28.6	7	20.0
ว่างงาน	2	5.7	2	5.7
ไม่ตอบ	1	2.9	3	8.6

ตารางที่ 2 แสดงลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลอง (35 คน)		กลุ่มควบคุม (35 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)	ค่าเฉลี่ย=44.1 SD=9.0 สูงสุด=61 ต่ำสุด=21		ค่าเฉลี่ย=42.9 SD=8.1 สูงสุด=58 ต่ำสุด=23	
รายได้ (บาท)	ค่าเฉลี่ย=5,448.5 SD=2,327.2 สูงสุด=15,000 ต่ำสุด=3,000		ค่าเฉลี่ย=6,000 SD=4,037 สูงสุด=25,000 ต่ำสุด=2,500	

ผลของโปรแกรมต่อพลังสุขภาพจิต

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิต ในระยะก่อน-หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ($M=59.4, 63.2, 64.1, 66.3$ และ $SD=7.1, 6.1, 9.3, 6.9$ ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุม ($M=59.3, 58.5, 58.2, 60.8$ และ $SD=10.0, 9.5, 10.7, 9.3$ ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1, 68)=15.3, p=.00$ และปฏิเสธสมมติฐานว่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับ

ระยะเวลาวัดต่อคะแนนพลังสุขภาพจิตไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(2.7, 184.6)=1.6, p=.20$ ดังตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยวิธีการทดสอบ Bonferroni พบว่าระยะก่อนทดลองและติดตามผล 3 เดือนมีคะแนนพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=59.4$ เปรียบเทียบกับ $M=66.3$) ส่วนผลการเปรียบเทียบคู่อื่นและทุกคู่ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระดับพลังสุขภาพจิต ก่อน-หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (group)	1148.5	1	1148.5	15.3**	.00
ความคลาดเคลื่อน1 (error1)	5096.3	68	75.0		
ภายในกลุ่ม (time)	641.3	2.7	236.2	2.8*	.05
ระหว่างกลุ่ม*ภายในกลุ่ม (group*time)	368.6	2.7	135.6	1.6	.20
ความคลาดเคลื่อน2 (error2)	15708.0	184.6	85.1		

** $p<.01$, * $p<.05$

ผลของโปรแกรมต่อภาวะซึมเศร้า

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อน-หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้คะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ($M=29.2, 16.7, 12.9, 9.3$ และ $SD=8.7, 11.7, 9.5, 9.0$ ตามลำดับ) และกลุ่มควบคุม ($M=13.3, 10.5, 9.2, 11.4$ และ $SD=8.6, 6.6, 4.4, 6.3$ ตามลำดับ) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(1, 68)=42.8, p=.00$ และปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาวัด

ต่อภาวะซึมเศร้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $F(3, 204)=13.15, p=.00$ ดังตารางที่ 4

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยวิธีการทดสอบ Bonferroni ระหว่างระยะก่อนทดลองกับระยะหลังทดลองทันทีที่ระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน พบว่ามีคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 29.2$ เปรียบเทียบกับ $M = 16.7, 12.9$ และ 9.3 ตามลำดับ) ส่วนผลการเปรียบเทียบคู่อื่นและทุกคู่ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อน-หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม (group)	2457.94	1	2457.94	42.8***	.000
ความคลาดเคลื่อน1 (error1)	3906.46	68	57.45		
ภายในกลุ่ม (time)	5254.70	3	1751.58	23.56***	.000
ระหว่างกลุ่ม*ภายในกลุ่ม (group*time)	2933.96	3	977.99	13.15***	.000
ความคลาดเคลื่อน2 (error2)	15168.32	204	74.36		

*** $p<.001$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนเฉลี่ยรวมพลังสุขภาพจิตและคะแนนเฉลี่ยรวมภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มทดลองแต่ละช่วงเวลาที่เปลี่ยนไปคือ ระยะก่อนและหลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-.9, p=.01$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.5, p=.53$) ดังตารางที่ 5

เมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงพยากรณ์ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ ($r=.9$) แสดงถึงความสัมพันธ์ทางลบอยู่ในระดับสูงมากระหว่างคะแนนเฉลี่ยรวมพลังสุขภาพจิตกับคะแนนเฉลี่ยรวมภาวะซึมเศร้าเมื่อระยะเวลาเปลี่ยนไปตั้งแต่ระยะก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ได้ค่าสัมประสิทธิ์ในการพยากรณ์ภาวะซึมเศร้า

จากพลังสุขภาพจิตร้อยละ 96 ($R^2=.96$) ค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรพยากรณ์ (คะแนนเฉลี่ยรวมพลังสุขภาพจิต) มีค่าเท่ากับ $-.98$ ($Beta=-.98$) นั่นคือ

คะแนนพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตครั้งนี้ มีอิทธิพลทางลบระดับสูงมากต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยของพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้า ในระยะก่อน-หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

ตัวแปร	ระยะก่อน		ระยะหลัง		ติดตามผล 1 เดือน		ติดตามผล 3 เดือน		r	Sig.
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
กลุ่มทดลอง: พลังสุขภาพจิต	59.4	7.1	63.2	6.1	64.1	9.3	66.3	6.9	-.9	.01
ภาวะซึมเศร้า	29.2	8.7	16.7	11.7	12.9	9.5	9.3	9.0		
กลุ่มควบคุม: พลังสุขภาพจิต	59.3	10.0	58.5	9.5	58.2	10.7	60.8	9.3	.5	.53
ภาวะซึมเศร้า	13.3	8.6	10.5	6.6	9.2	4.4	11.4	6.3		

Sig = significant มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ * $p<.05$

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบขั้นของคะแนนเฉลี่ยรวมพลังสุขภาพจิตพยากรณ์คะแนนเฉลี่ยรวมภาวะซึมเศร้าในแต่ละช่วงเวลาที่ผ่านมา (ก่อน-หลังทดลองทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน) ในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	B	SE	beta	T	p
ค่าคงที่ (constance)	205.54	20.35		10.10*	.01
คะแนนเฉลี่ยรวมพลังสุขภาพจิต	-2.98	.32	-.98	-9.27*	.01

$r=.98$, Adjusted $R^2=.97$, $R^2=.96$, $F(1,2)=85.94$, $p=.01$

* $p<.05$

วิจารณ์

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตในระยะก่อน-หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและ

กลุ่มควบคุมกับระยะเวลาต่อคะแนนพลังสุขภาพจิต ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงปฏิสัมพันธ์ของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลา แต่พบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตระหว่างช่วงระยะเวลาก่อน-หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .05$) เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่พบว่าเมื่อเพียงระยะก่อนทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือนคู่เดียวที่แตกต่างกันแสดงให้เห็นว่าหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตไปเป็นระยะเวลา 3 เดือนแล้วจึงมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามี ไม่สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์หลังการทดลองทันทีที่พบว่ามีความคิดและความรู้สึกตามลักษณะพลังสุขภาพจิต^{7-9,23} เช่น “ทำให้ใจได้ ลูกขึ้นสู” “สู้และให้กำลังใจตนเอง คิดถึงอนาคตลูก” “คิดว่าเรามีลูก ต้องอยู่เพื่อลูก ต้องอดทน เพราะคิดว่ามันถึงเวลาที่สามีต้องจากไป แม้แต่วินาทีเดียวก็หนีไม่พ้น” “ตั้งสติ ทำจิตใจให้สงบ คิดก่อนทำ และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน” “ชีวิตยังไม่สิ้นต้องดิ้นรนต่อไป ทำงาน ลดหนี้ ส่งเสียให้ลูกเรียนสูง ๆ” ทั้งนี้หลังการทดลองทันทีอาจเป็นเพียงแค่ความรู้สึกและความคิดในการตอบขณะนั้น แต่เมื่อเวลาผ่านไปและได้เผชิญกับประสบการณ์จริงจึงได้เกิดการเรียนรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงในระยะเวลาต่อมา สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาดา อุดมลาภสกุล และคณะ ที่พบว่าควรมีการเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียดร่วมด้วยเช่นเดียวกับผลการให้ความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจแก่สตรีหม้ายจากสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้²⁴ และการศึกษาของ กรวิกา บวชชุม และคณะ ที่พบว่าสตรีหม้ายกลุ่มทดลองหลังจากเข้ารับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษามีความรู้และการดูแลตนเองด้านจิตใจสูงกว่า

ก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁵ ดังนั้นหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตแล้วอาจต้องใช้เวลาและการเผชิญประสบการณ์ร่วมด้วย จึงจะมีประสิทธิภาพเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตของสตรีผู้สูญเสียสามีในกลุ่มทดลองนี้ได้

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนภาวะซึมเศร้าในระยะก่อน-หลังทดลองทันที ติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาต่อภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .01$) และเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่าระยะก่อนทดลองมีคะแนนซึมเศร้าแตกต่างกับระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทั้งสามคู่ แสดงให้เห็นว่าหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามีจะทำให้คะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลงทันทีและคงที่ไปจนถึงระยะติดตามผล 3 เดือน สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่แสดงว่าสตรีผู้สูญเสียมีภาวะซึมเศร้าลดลง ตัวอย่างเช่น “รู้สึกดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตปกติ” “ทำให้ใจได้ เครียดน้อยลง” “เข้าสังคม พูดคุยกับเพื่อน ๆ ได้” “คิดในแง่บวก” “พยายามไม่ให้จิตใจอ่อนแอ” เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยการบำบัดแบบกลุ่มบำบัดความคิดและพฤติกรรมตามโปรแกรม “สุขใจ” ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ประสบภาวะวิกฤตการณ์อุบัติเหตุหมู่จากรถโดยสารขนาดใหญ่ซึ่งพบว่าส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลงหลังการเข้าโปรแกรมทันที และเมื่อติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน²⁶ เช่นเดียวกับการศึกษาของดวงใจ วัฒนสินธุ์ ที่กล่าวว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความสามารถใน

การฟื้นตัวเมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤต (Penn-resiliency program: PRP) เป็นตัวอย่างโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง²⁷ และสอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องโปรแกรมการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจต่อคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งพบว่า หลังการทดลองทันทีมีคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁸ ดังนั้นโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามีจึงมีประสิทธิภาพลดภาวะซึมเศร้าได้ทันทีและให้ผลคงที่ในระยะยาว

คะแนนพลังสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้นจากการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตครั้งนี้มีอิทธิพลทางลบในระดับสูงมากต่อคะแนนภาวะซึมเศร้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยถึงสุขภาพของครูในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนใต้²⁹ ที่พบว่าครูผู้หญิงส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับการศึกษาตามโปรแกรม “สุขใจ” ที่มีผลต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้าเช่นกัน²⁶ และยังทำให้มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นโดยค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพลังสุขภาพจิตตามช่วงระยะเวลาวัดเท่ากัน คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ในขณะที่สตรีผู้สูญเสียก่อนเริ่มการทดลองมีพลังสุขภาพจิตสูงกว่าเล็กน้อยแต่หลังการทดลองทันทีคะแนนเพิ่มน้อยกว่า อาจเป็นเพราะสตรีผู้สูญเสียมีความทุกข์มากกว่าและอยู่ภายใต้ภาวะกดดันจากสถานการณ์ความไม่สงบที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่องและไม่สามารถคาดการณ์หรือควบคุมสถานการณ์นี้ได้ ส่วนคะแนนภาวะซึมเศร้าที่สูงพบว่าลดลงหลังจากเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตเช่นเดียวกับในโปรแกรมสุขใจ

นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยพบว่ากระบวนการกลุ่มช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ถึงการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีการให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะทางสังคมที่ช่วยให้สมาชิกสามารถดำรงสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลได้ อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้สมาชิกได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์ มีการรับรู้ตัวตน ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วมและการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนมีการรับรู้คุณค่าในตนเองมากขึ้น นอกจากนี้การเข้ากลุ่มทำให้สมาชิกเกิดความมั่นใจจากการเรียนรู้ และฝึกทักษะต่าง ๆ ในการทำกลุ่ม รวมทั้งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ สถานการณ์จริง เมื่ออยู่กับครอบครัวซึ่งทักษะต่าง ๆ เหล่านี้ จะช่วยให้มีการพัฒนาตนเอง จนสามารถเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ได้ด้วยวิธีที่เหมาะสม

อย่างไรก็ตามงานวิจัยครั้งนี้ก็มีข้อจำกัดบางประการ กล่าวคือช่วงระยะเวลาติดตามผลการเข้าโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตนั้น คณะผู้วิจัยไม่ได้พิจารณาอิทธิพลจากปัจจัยอื่นที่เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ที่กำลังดำเนินอยู่ หรือการได้รับความช่วยเหลือทางจิตใจด้วยวิธีการอื่น ๆ นอกจากนี้ในช่วงติดตามผล 1 เดือนไม่สามารถติดตามผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุมได้ 12 คน แต่ติดตามครบเมื่อ 3 เดือน แม้ว่าจะใช้วิธีทางสถิติทดแทน แต่ค่าสูญหายดังกล่าวก็อาจมีผลกระทบต่อผลการศึกษาก็ได้

คณะผู้วิจัยเสนอให้มีการศึกษาต่อเนื่องโดยพยายามควบคุมปัจจัยอื่นและศึกษารายละเอียดว่ากิจกรรมพลังสุขภาพจิตใดที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อการลดลงของภาวะซึมเศร้า รวมทั้งควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมด้วย

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตและมีอิทธิพลต่อการลดภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นการสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ โดยการตั้งศักยภาพภายในของบุคคลออกมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด บุคลากรทางสุขภาพจิตที่สนใจสามารถนำโปรแกรมนี้ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบทบาทวิชาชีพของตนได้ จึงควรส่งเสริมให้สตรีผู้สูญเสียได้รับการรักษาด้วยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตนี้ และขยายผลต่อไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่นทั้งระดับบุคคล กลุ่ม และชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขออุทิศผลงานนี้ให้กับ ผศ.ดร.เมตตา ภูนิ้ง ผู้ทำงานด้านเยียวยาจิตใจของ ศวชต.ปัตตานี ที่ได้ล่วงลับไปก่อนงานชิ้นนี้เสร็จลง และเจ้าหน้าที่ทีมงาน ศวชต.ปัตตานี ทุกคน

ความรู้เดิม: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนทั่วไป
ความรู้ใหม่: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ปรับใหม่ช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ปรับใหม่นี้อาจนำไปใช้ได้กับประชากรกลุ่มอื่นได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Tohmeena P. Mental remedy for people affected by unrest in the southernmost provinces of Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2013;21:171-84. (in Thai)
2. Information Technology and Communication Center. Violent situations in Thailand's southern border. [Internet]. Ministry of Social Department and Human Security; [20 Nov 2013]. Available from: http://www.m-society.go.th/article_attach/9888/14490.pdf. (in Thai)
3. Rattakarun A. The philosophy of muslim women and women roles: how to treat child to be a sacrifice for society [Internet]. 2011 [13 Nov 2017]. Available from <http://www.oknation.net/blog/rama/2010/06/06/entry> (in Thai)
4. Galya Rajanagarindra Institute of Mental Health Treatments for Population Mental Health Crisis. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2010. (in Thai)
5. Jumpathong N, Tantirangsee N, Chutha W. Thai mental health epidemiological study in deep south provinces in 2016. Journal of Mental Health of Thailand. 2017;25:20-31. (in Thai)
6. Ketkaew M, Patungkaro C, Lertkietratchata M. Symptom and comorbidity of PTSD in outpatients at Songkhla Rajanagarindra psychiatric hospital. The 16th Annuals International Mental Health Conference: depression: let's talk. 2017 August 2-4; Bangkok, Thailand. Bangkok: Victiriimage; 2017:114. (in Thai)
7. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Division of mental health development, Department of mental health. Fall and rise. Manual for mental health build up in school. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2009. (in Thai)
8. Grotberg, E.H A guide for promoting resilience in children: strengthening the human spirit. (early childhood development: practice and reflection No.8). The Hgnc, The Netherlands: the Bernard Van Leer Foundation; 1995.
9. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Manual for mental health strength in employee crisis program. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2009. (in Thai)

10. Inkaew S, Plitnonkiet Y, Niamsa-Ard S, Danwattana S. Change bad to good: resilience. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009:25-30.
11. Southwick S, Charney D. The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science* 2012;338:79-82.
12. Edward K. Resilience: a protector the depression. *JAPNA* 2005;11:1-3.
13. Orem D.E. *Nursing: Concepts of practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001.
14. Yalom I. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. 3rd ed. New York: Basic Book; 1985.
15. Trotter J. *The counselor and the group: Integrating theory, training and practice*. 4th ed. New York: Routledge; 2006.
16. Lotrakul M, Sukanich P, Sukying C. The reliability and validity of Thai version of Hamilton Rating for Depression. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 1996;41:235-46. (in Thai)
17. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Dealing with stress. Trainer manual for happy life, strong at heart program. Nonthaburi: Beyond publishing; 2007. (in Thai)
18. Piyamanotum W, Dudsdeemaytha J. *Laugh therapy*. Bangkok: Griffon media publishing; 2007. (in Thai)
19. Rajanukul Institute, *Understand the meaning of your name*. Manual for teenager development (3th published). Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Limited; 2008. (in Thai)
20. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Coping with crisis by choosing the point of view*. Manual for mental health build up in organization. Nonthaburi: Beyond Publishing; 2009. (in Thai)
21. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Manual for activities enhancing resilience in community*. Nonthaburi: Beyond publishing; 2007. (in Thai)
22. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. *Treasure in our homeland*. Manual for happy life, strong at heart program. Nonthaburi: Beyond publishing; 2008. (in Thai)
23. Detdee S, Sutthrangsee W, Inthanon T. Resilience of teachers facing the situation of unrest in three southernmost provinces, Thailand. Graduate School, Prince of Songkla University; 2010. (in Thai)
24. Udomlapsakul S, Intanon T, Suttharangsee W. Mental health promotion of widows from the situation of unrest in the three southernmost provinces, Thailand. *Princes of Naradhiwas University Journal* 2011;3:29-40. (in Thai)
25. Buatchum K, Kongsuwan V, Sutthirangsee W. The effect of psychological program on knowledge and psychological self-care of widows from the unrest situation in the southernmost provinces. Thailand. *Princes of Naradhiwas University Journal* 2016;8:54-65. (in Thai)
26. Pronamatatakun P. Outcome of "Suk Jai Program" the group cognitive behavioral therapy on victim with severe post-traumatic stress after public transportation accident. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals* 2016;31:45-60. (in Thai)
27. Vatanasin D. Prevention of adolescent depress: from evidence to practice. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2016;24:1-12. (in Thai)
28. Phongto K, Lueboonthavatchail O. Effect of the resilience enhancement program on suicidal ideation in suicidal attemper. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28:121-32. (in Thai)
29. Prohmpetch W, Naraongard S. Mental health status of teachers in the three southern border provinces. *Songklanakarin Journal of Social Science and Humanities* 2009;15:629-58. (in Thai)