

ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถ ในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

The Effect of a Mental Health Literacy Program on Mental Health Self-Care Ability of Caregiver of Patient with Substance use Disorder

กัลยา หนูคง

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ,
กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเชียรใหญ่

Kanlaya Nukhong

Professional Nurse,

Psychiatric and Drug Addiction Division, Chain Yai Hospital.

วันที่รับ 20 เมษายน 2568, วันที่แก้ไข 26 เมษายน 2568, วันที่ตอบรับ 30 เมษายน 2568

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือก 40 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต แบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจ และโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที (t-test) ผลการศึกษาพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่าโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราชได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิต, ความสามารถในการดูแลจิตใจ, ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด

Abstract

This research was a quasi-experimental research with two groups of pre and post test measures to study the effects of a mental health literacy program on the ability to care for mental health of caregivers of patient with substance use disorder in Chain Yai District, Nakhon Si Thammarat Province. The sample consisted of 40 caregivers of patient with substance use disorder, selected according to the selection criteria, and randomly assigned to the experimental and control groups, 20 people per group. The experimental group received the mental health literacy program, while the control group received regular care. The instruments used were a personal data questionnaire, a mental health literacy assessment form, a mental health care ability assessment form, and a mental health literacy program. Data were analyzed using descriptive statistics to find frequencies, percentages, means, and standard deviations, and to compare the differences in mental health literacy and mental care ability between the experimental group before and after the experiment, and between the experimental and control groups using the t-test. The results of the study found that 1) the experimental group had significantly higher mean scores in mental health literacy and mental care ability than before the experiment ($p < .001$). 2) The difference in mean scores in mental health literacy And the ability to take care of the mind of the experimental group after receiving the mental health literacy program was significantly higher than the control group ($p < .001$). The mental health literacy program can increase mental health literacy and the ability to take care of the mind of patient with substance use disorders' caregivers in Chain Yai District, Nakhon Si Thammarat Province.

Keywords: Mental health literacy, Mental Health Self-Care Ability, Caregiver of Patient with Substance use Disorder

บทนำ

สถานการณ์สารเสพติดโลกจากรายงานของ UNODC ปี ค.ศ. 2021 พบผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกประมาณ 388.66 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4.92 ของประชากรโลก สารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ กัญชา 218.99 ล้านคน รองลงมาคือฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น 91.89 ล้านคน และกลุ่มแอมเฟตามีน 35.91 ล้านคน ตามลำดับ¹ สถานการณ์สารเสพติดในประเทศไทย พบผู้ใช้ทั้งหมด 220,547 คน สารเสพติดที่มีผู้ใช้มากที่สุด คือ แอมเฟตามีน 195,425 คน ร้อยละ 88.61 รองลงมาคือ กัญชา 16,207 คน ร้อยละ 7.35 และเฮโรอีน 7,284 คน ร้อยละ 3.3^{1,2} สถานการณ์ของจังหวัดนครศรีธรรมราช³ พบผู้ได้รับการคัดกรอง

และบำบัดรักษาสารเสพติด ปี 2563 จำนวน 2,048 คน ปี 2564 จำนวน 1,523 คน ปี 2565 จำนวน 1,214 คน และปี 2566 จำนวน 3,226 คน และข้อมูลผู้ได้รับการบำบัดสารเสพติดของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ทั้งที่บำบัดในโรงพยาบาลและบำบัดในชุมชน พบจำนวนผู้ได้รับการคัดกรองและบำบัดรักษา ปี 2563 จำนวน 56 คน ปี 2564 จำนวน 60 คน ปี 2565 จำนวน 68 คน และปี 2566 จำนวน 96 คน โดยผู้ที่ได้รับการบำบัดรักษาสารเสพติด ร้อยละ 90 ใช้สารเสพติดกลุ่มแอมเฟตามีน⁴ การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มแอมเฟตามีนจะมีผลต่อ

การเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการหลงผิด หวาดระแวง หูแว่ว เห็นภาพหลอน โดยจะมีอาการเป็นครั้งคราวเมื่อมีการใช้สารเสพติด และหากมีการใช้เป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิตอย่างถาวร อีกทั้งการติดสารเสพติดเป็นปัญหาด้านจิตเวชที่แสดงอาการได้ทั้งการเสพติดทางกายและการเสพติดทางใจ ทำให้การดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความยุ่งยากซับซ้อน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางจิต⁵ ส่งผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้ติดสารเสพติด ตลอดจนครอบครัว ชุมชน และสังคม^{6,7} ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาจะนำไปสู่พฤติกรรมที่ใช้ความรุนแรง มีการทำร้ายตนเอง ทำร้ายบุคคลใกล้ชิด ส่งผลกระทบให้เกิดความเสียหายต่อชีวิตและทรัพย์สินทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม⁸

ครอบครัวของผู้ป่วยสารเสพติด คือ บุคคลที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการสำรวจคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยเมื่อปี 2561 ในคนอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าการมีสุขภาพจิตดีสัมพันธ์กับการมีความสัมพันธ์กับสมาชิกในครัวเรือนดี⁹ และจากการศึกษาของวชิราภรณ์ สอระสัน¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดและญาติในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดเคยพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 34 และเมื่อวิเคราะห์แนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติดมีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 34.1 จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยสารเสพติดเป็นโรคที่มีความซับซ้อน บ่อยครั้งที่กลับไปเสพซ้ำหรือไม่ยอมเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิต มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย และกลัวการถูกตีตราจากสังคม ปัญหาเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า ขาดอิสระ เป้อหน่าย เครียด วิตกกังวล และรู้สึกผิดที่ตนเองแสดงพฤติกรรมหงุดหงิดใส่ผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เกิดความรู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่อาจจะเกิดขึ้นขณะผู้ป่วยใช้สารเสพติด จนท้อแท้สิ้นหวังในการดูแลผู้ป่วย อันนำไปสู่การมีปัญหา

สุขภาพจิต¹¹

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ใช้ครั้งแรกโดยจอร์ม และคณะ¹² หมายถึงความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่วนความสามารถในการดูแลจิตใจ (Mental Health Self-Care Ability) เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุขพึงพอใจในชีวิต สามารถประกอบจิตใจทั้งในภาวะปกติและภาวะวิกฤติให้คงอยู่อย่างปกติได้¹³ ดังนั้น^{14,15} หากผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับดี จะเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดได้ ตรงกันข้ามหากผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ อาจส่งผลต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกัน ทำให้ประสบปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงยากต่อการรักษาได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีธญา ยอดสุด¹³ และอีลล์ แอล และคณะ¹⁶ พบว่าการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวแปรสำคัญที่จะเพิ่มความสามารถในการดูแลจิตใจและการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของประชาชนโดยกัญญาวิทย์ โมกขาว¹⁷ พบว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นตัวช่วยให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิต จะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น¹⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นที่แสดงให้เห็นถึงความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ป่วยประชาชน และผู้ปกครองผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น แต่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่จำกัดในการศึกษากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ดังนั้นการจัดทำโปรแกรมความรู้

ด้านสุขภาพจิตเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดขึ้น จะช่วยส่งเสริมป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานการวิจัย

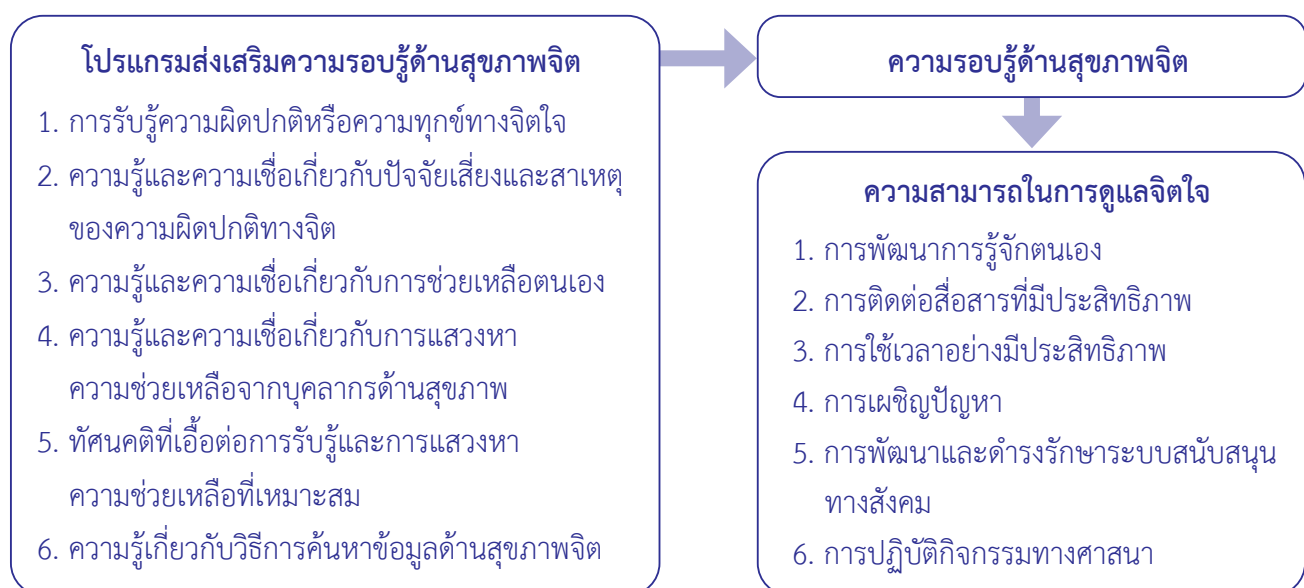
1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยพบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดของจอร์ม และคณะ¹² ทั้ง 6 องค์ประกอบ

คือ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต และแนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ (Mental Health Self Care Ability) จากการศึกษาของฮิลล์ แอล และคณะ¹⁶ และศรัณยา ยอดสุด¹³ ซึ่งหมายถึงกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดีมีความสุข พึงพอใจในชีวิต สามารถประกอบจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติให้คงอยู่อย่างปกติได้ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยคาดว่าหากผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับดี จะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลจิตใจที่บุคคลจะกระทำด้วยตัวเอง เพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี กรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม มีการวัดผลก่อนและหลัง (two Group Pretest-Posttest Design) ประกอบด้วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง (sample size) คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทุกประเภท ยกเว้นสุรา บุหรี่ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ในช่วง 1 มิถุนายน ถึง 15 ธันวาคม 2566 และอาศัยอยู่ในอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) ผู้วิจัยคำนวณ โดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power) ที่ระดับ .8 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แต่เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างเก็บข้อมูลเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นทั้งหมด 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน การแบ่งกลุ่มอาสาสมัครเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยใช้การจับคู่ (Matching-pair method) ตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงตัวแปรตาม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอายุและการศึกษา มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจ^{12,15} โดยการจับคู่การจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ และการศึกษา แล้วใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง

ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ใช้สารเสพติดมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. สติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
3. สมัครใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

1. มีโรคประจำตัวซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมวิจัย
2. มีปัญหาหรืออุปสรรคจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด และความสัมพันธ์กับผู้ป่วยสารเสพติด

1.2 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่วชิรา โพรธีโส¹⁵ พัฒนาขึ้นจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของ โจร์ม และคณะ¹² ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะการที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด) จำนวน

60 ข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตโดยพิจารณาค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ เบสท์¹⁸ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงมาก ค่าเฉลี่ย 3.51- 4.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ และค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือ เท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.92 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้เครื่องมือ¹⁵ ผ่านผู้อำนวยการกองการพยาบาล หลังจากได้รับการอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ และผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์นำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมาทดลองกับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จำนวน 20 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78

1.3 แบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ ศรีธยา ยอดสุด¹³ พัฒนาสำหรับใช้ในผู้สูงอายุ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 35 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ (ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง หรือไม่เคยเลย) โดยมีเกณฑ์ การพิจารณาระดับสามารถในการดูแลจิตใจ ดังนี้ 1.00 – 1.75 มีความสามารถในการดูแลจิตใจต่ำ 1.76 – 2.50 มีความสามารถในการดูแลจิตใจค่อนข้างต่ำ 2.51 – 3.25 มีความสามารถในการดูแลจิตใจค่อนข้างสูง 3.26 – 4.00 มีความสามารถในการดูแลจิตใจสูง ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.94 โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจดังกล่าวมาปรับปรุงข้อคำถามให้กระชับและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ใช้สารเสพติด ก่อนนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ

ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงข้อคำถาม ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence-IOC) เท่ากับ 0.87 จากนั้นนำแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจที่ปรับปรุงแล้ว ทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน ที่โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของจอร์ม และคณะ¹² และการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) จิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) กับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม โดยปรับเนื้อหาให้เข้าใจง่ายและกำหนดระยะเวลาให้เหมาะสม คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ได้เท่ากับ 0.83 หลังจากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำโปรแกรมมาปรับปรุงอีกครั้ง ก่อนจะนำไปใช้ในโครงการวิจัย โดยทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 2 ชั่วโมง ดังรายละเอียดแต่ละกิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 รอบรู้เรื่องสุขภาพจิตเพื่อชีวิตที่มีความสุข (2 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 1 รอบรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางใจ

กิจกรรมที่ 2 สาเหตุปัจจัยเสี่ยงความผิดปกติหรือความทุกข์ทางใจ

กิจกรรมที่ 3 วิธีการสังเกตความผิดปกติทางจิตที่เกิดขึ้น

สัปดาห์ที่ 2 ทุกข์ได้ คลายเป็น (2 ชั่วโมง)

- กิจกรรมที่ 1 การเผชิญปัญหาที่เหมาะสม
- กิจกรรมที่ 2 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
- กิจกรรมที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สัปดาห์ที่ 3 การแสวงหาความช่วยเหลือ (2 ชั่วโมง)

- กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารเชิงบวก
- กิจกรรมที่ 2 การขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ/ครอบครัว/ชุมชน
- กิจกรรมที่ 3 การค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำบันทึกข้อความถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. นัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการ (Matching-pair method) และการสุ่มอย่างง่าย แยกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน
3. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองดำเนินการดังนี้

3.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับขณะร่วมโครงการวิจัย หลังรับทราบรายละเอียดและเข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทันที และนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยมาเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

3.2 จัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนด สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง

3.3 หลังเสร็จกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ทันที

4. การดำเนินการรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมดำเนินการดังนี้

4.1 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย ทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับขณะร่วมโครงการวิจัย หลังรับทราบรายละเอียดและเข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัย

ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นต์ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดทันที พร้อมชี้แจงการรับบริการตามปกติของโรงพยาบาลเชียรใหญ่ นัดหมายการพบกลุ่มเพื่อประเมินแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอีก 3 สัปดาห์

4.2 เมื่อครบสัปดาห์ที่ 3 ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดอีกครั้ง จากนั้นจัดกิจกรรมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ

5. นำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมบันทึกคะแนนลงในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 184/2566 ลงวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย โดยละเอียด รวมทั้งขอความยินยอมกลุ่มตัวอย่างก่อนเก็บข้อมูลทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจก่อนและหลังในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทดสอบที่ Paired t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบที่ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่มีจำนวนมากที่สุด จำแนกตามเพศ อายุ ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ หญิงมากที่สุด	19	95	19	95
อายุ อยู่ในช่วง 51 - 60 ปี	8	40	8	40
ศาสนา พุทธ	20	100	20	100
การศึกษา ประถมศึกษามากที่สุด	9	45	9	45
อาชีพ รับจ้างมากที่สุด	10	50	9	45
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 2,001 - 5,000 บาท มากที่สุด	8	40	8	40
สถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด	14	70	15	75
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยฯ 6 เดือน - 3 ปี	8	40	8	40
ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล มารดา มากที่สุด	13	65	11	55

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อจำแนกตาม เพศ อายุ ศาสนา การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนสถานภาพสมรส อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ดูแล มีคล้ายคลึงกัน ทำให้เกิดความเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มทดลอง

เป็นผลมาจากโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่กลุ่มทดลองได้รับ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลอง (n = 20)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรู้ด้านสุขภาพจิต	198.45	16.06	252.40	13.50	19	-18.92	.000*
ความสามารถในการดูแลจิตใจ	96.20	11.01	148.25	8.87	19	-20.29	.000*

* $p < .001$

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลอง พบว่า

หลังเข้าร่วมโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพจิต คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลจิตใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วย
 สารเสพติดระหว่างกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแล
 ตามปกติ (n = 40)

ตัวแปรในกลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	M	SD	M	SD			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	182.95	12.02	252.40	13.50	38	74.72	.000*
ความสามารถในการดูแลจิตใจ	94.00	12.30	148.25	8.87	38	68.04	.000*

* $p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

1) คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 อภิปรายได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติด หลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น เนื่องจากโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 องค์ประกอบของจอร์ม และคณะ¹² ประกอบด้วย 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ปัญหาทางจิต และการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ทราบวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และวิธีการขอความช่วยเหลือเมื่อตนเองเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยสารเสพติดที่อยู่ในความดูแลมีความเสี่ยงหรืออาการกำเริบซ้ำ รวมทั้งได้เรียนรู้วิธีการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง และผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล ได้ฝึกการสื่อสารเชิงบวก

ฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน¹⁹ รับรู้เข้าใจในความคิด ความรู้สึก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล นอกจากนี้โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตยังได้บูรณาการกิจกรรมที่ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกดีต่อตัวเอง ชื่นชมและภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักมองโลกในแง่บวก มีทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รู้จักและรู้วิธีที่จะคลายเครียดและมีวิธีสร้างสุขให้ตนเองท่ามกลางความทุกข์ที่กำลังเผชิญ ทำให้สามารถยืนหยัดต่อสู้ให้ตนเองสามารถผ่านพ้นจากสภาวะการณ์ที่เลวร้าย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนของเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย¹⁹ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้นเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

2) ความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อ 1 และ 2 อภิปรายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้น กิจกรรมและความรู้ที่ได้จัดกระทำให้แก่กลุ่มทดลองตามโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดังที่กล่าวเบื้องต้น ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลจิตใจเพิ่มขึ้น ทั้งการพัฒนารูจักตนเอง

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดี จะมีทักษะในการช่วยเหลือตนเองและทักษะเผชิญปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต และสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นได้ รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนทางสังคม และสื่อสารขอความช่วยเหลือกับทีมสุขภาพ ทั้งด้านปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและผู้ป่วยสารเสพติดที่ดูแล เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโล กูปตา และเคอาคิง²⁰ พบว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิณั โมกขาว และคณะ²¹ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการในการดูแลตนเองด้านจิตใจเพิ่มขึ้น ช่วยให้ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดเชิงบวก ปรับวิธีคิดที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์

ดังนั้นผลการวิจัยครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีประสิทธิผลทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดเพิ่มขึ้นมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 บุคลากรพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก บริการปรึกษาสุขภาพ และคลินิกจิตเวชและสารเสพติด สามารถนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปปรับใช้กับครอบครัวที่มาบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก เพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความสามารถในการดูแลจิตใจของครอบครัวที่มาบำบัด

1.2 การนำโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตไปใช้ จำเป็นต้องดำเนินการตามกิจกรรมคู่มือโปรแกรม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และเพื่อให้เกิดประสิทธิผลอย่างสมบูรณ์ควรมีการชี้แจงการใช้โปรแกรมให้กับพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้สามารถใช้โปรแกรมได้อย่างถูกต้อง

2. ด้านการวิจัย

ควรมีการขยายผลการศึกษาผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตกับผู้ดูแลกลุ่มอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยโรคจิตเภท นักเรียน ผู้สูงอายุ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

การศึกษานี้ใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 เดือน ทำให้ทราบผลการเปลี่ยนแปลงในระยะแรกของการศึกษาเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณ นายแพทย์ปิยรัตน์ กาญจนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ ที่อนุมัติและสนับสนุนให้ดำเนินการวิจัย และอาจารย์วชิรา โพธิ์ใส กองการพยาบาล ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พ.ศ. 2564 เอกสารรายงานการใช้ยาเสพติดโลก (world drug report) ปี พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 29 กันยายน 2566]. เข้าถึงได้จาก : <https://22www.data.unodc.org>.

2. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปราม ปี 2564. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด เลขที่ 5 แขวงสามเสนใน เขตพญาไท กรุงเทพฯ; 2564.

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานผลการดำเนินงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช; 2566.

4. โรงพยาบาลเชียรใหญ่. รายงานผลการดำเนินงานโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช. นครศรีธรรมราช; 2566.