

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ Effect of Mental Health Literacy Promotion Program on Mental Health Literacy and Stress Among Personnel at Risk for Mental Health Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan

ภัทร์สรพร ศรีวรรณ, พย.บ.

Phatsapphon Sriwan, B.N.S.

Abstract

Objective: To assess the effect of a mental health literacy promotion program on mental health literacy and stress among personnel at risk for mental health Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan.

Method: A quasi-experimental study was conducted among personnel working at Regional Health Promotion Center 3, Nakhon Sawan, who were at risk for mental health when assessed using the mental health check-in assessment from the Department of Mental Health. The experimental group of 35 participants received regular care along with the mental health literacy promotion program. Their outcomes were assessed before and after the experiment, one month apart, using the Mental Health Literacy Assessment and the Stress Assessment (ST5). The average scores of mental health literacy and stress levels before and after the experiment were compared using paired t-test statistics.

Results: The average score of mental health literacy for the experimental group after receiving the mental health literacy promotion program was significantly

higher ($M = 176.52$, $SD = 2.74$) than before the experiment ($M = 86.62$, $SD = 3.42$), with statistical significance ($t = 89.9$, $p\text{-value} < .05$). Similarly, the average stress score for the experimental group after receiving the mental health literacy promotion program was significantly lower ($M = 2.46$, $SD = 1.24$) than before the experiment ($M = 8.22$, $SD = 0.28$), with statistical significance ($t = -5.76$, $p\text{-value} < .05$).

Conclusions: The mental health literacy promotion program can promote health literacy and reduce stress among personnel at risk of mental health issues.

Keywords: Mental health, literacy, promotion

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา: การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวในบุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental health check in) ของกรมสุขภาพจิต กลุ่มทดลอง 35 ราย ได้รับการดูแลในระบบปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต วัดผลก่อนและหลังการทดลอง 1 เดือน ด้วยแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความเครียด (ST5) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษา: ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย ($M = 176.5$, $SD = 2.7$) สูงกว่าก่อน

วันที่รับ (received) 25 กรกฎาคม 2567

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 28 สิงหาคม 2567

วันที่ตอบรับ (accepted) 13 กันยายน 2567

Published online ahead of print 16 กันยายน 2567

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

Regional Health Promotion Center 3 Nakhon Sawan, Nakhonsawan

Corresponding Author: ภัทร์สรพร ศรีวรรณ

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์

Email: Nakoajang@gmail.com

doi: <https://doi.org/10.14456/r3medphj.2024.6>

การทดลอง ($M = 86.6, SD = 3.4$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 89.9, p\text{-value} < .05$) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย ($M = 2.5, SD = 1.2$) ต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M = 8.2, SD = 0.3$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.76, p\text{-value} < .05$)

สรุป: โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตสามารถส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและลดความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตได้

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ความเครียด, ความรอบรู้

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบได้บ่อยในประชากรทั่วโลก โดยคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอีกด้วย¹ พบว่าประชากรทั่วโลกมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 34 นอกจากนี้องค์การสหประชาชาติยังประกาศให้ร้อยละ 80 ของประเทศในเครือข่ายทั่วโลก นำการดูแลสุขภาพจิตมาเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานภายในปีพ.ศ. 2573² ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะต้องได้รับการส่งเสริม ป้องกัน และแก้ไขอย่างเหมาะสม

สถานการณ์ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่าแนวโน้มในอนาคตประชากรเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้น จากรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปีพ.ศ. 2563 มีอยู่ 355,537 คน แต่ในปีพ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และอัตราการฆ่าตัวตายในปีพ.ศ. 2564 อยู่ที่ 7.38 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปีพ.ศ. 2547-2563 ที่ทรงตัวอยู่ในระดับ 5-6 รายต่อประชากรแสนคน³ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563⁴ พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปร้อยละ 1.7 มีภาวะซึมเศร้า ความชุกในประชาชนหญิงร้อยละ 2.2 สูงกว่าชายร้อยละ 1.2 ความชุกในเพศชายสูงสุดในกลุ่ม 30-44 ปี ร้อยละ 2.0 ส่วนในเพศหญิงสูงสุดในกลุ่ม 70-79 ปี ร้อยละ 3.7 ซึ่งความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีความชุกสูงสุดร้อยละ 2.6 นอกจากนี้ผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในระดับชาติ ปีพ.ศ. 2561⁵ พบว่าคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 31.6 คะแนน

เป็นผู้มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปร้อยละ 63.1 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 15.8 แนวโน้มผู้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ได้ทำการประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental health check in) ในบุคลากรทั้งหมดพบว่าบุคลากรมีภาวะหมดไฟร้อยละ 27.0 มีความเครียดสูงร้อยละ 12.1 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 7.3 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 0.9 ซึ่งจากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตดังกล่าวเมื่อบุคลากรเกิดปัญหาสุขภาพจิตจะส่งผลให้เกิดความยุ่งยากใจ พยายามปรับตัวหากไม่สามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ซึมเศร้า ตลอดจนการฆ่าตัวตายได้อีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าคนไทยจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ด้านสุขภาพจิต นำไปสู่การละเลยเพิกเฉย และปฏิเสธการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตตามมา²

จากผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตประชาชนไทยปีพ.ศ. 2560 พบว่าคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 43.8 เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต สามารถรู้แหล่งบริการร้อยละ 44.8 และประเด็นการหาคำแนะนำจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้เพียงร้อยละ 43.7 ตลอดจนในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประชาชนส่วนใหญ่รู้ว่าจะไปหาแหล่งข้อมูลความรู้สุขภาพจิตได้จากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือโรงพยาบาลชุมชน คิดเป็นร้อยละ 69.3 แต่ในขณะเดียวกันมีประชาชนเพียงร้อยละ 41.9 ที่รู้จักเบอร์สายด่วนสุขภาพจิต 1323 จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตให้มากขึ้น ดังนั้นการมีแหล่งความรู้ มีข้อมูลความรู้ที่ได้รวบรวมอยู่ในแหล่งเดียวกันจะทำให้เครือข่ายและประชาชนเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง รวมถึงการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและสร้างความตระหนักเพื่อลดอคติที่มีต่อผู้ป่วยโรคทางจิตเวช⁶

ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นแนวคิดซึ่งใช้ครั้งแรกโดย โจร์ม (Jorm) และคณะ⁷ หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือตนเอง ทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้นหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ในทางตรงกันข้ามหากประชาชนหรือผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกันและการระงับตัวผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น

ซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่ยากต่อการรักษาได้⁸ ด้การศึกษาของ กัญญาวิณี โมกขาว และคณะ⁹ ที่ศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าจิตวิทยาเชิงบวก และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 39.7 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะเป็นตัวที่ช่วยให้แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ และสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต¹¹ ได้แก่ 1) อายุ อายุที่เพิ่มขึ้นสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ไม่ดี เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นจะทำให้ความตระหนักและการจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองลดน้อยลง และความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตลดลงด้วย 2) ระดับการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับระดับการศึกษา หากบุคคลได้รับการศึกษาจะส่งผลให้เกิดความรู้ ทักษะ และความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ในปัจจุบันประชาชนจำนวนมากมีการรับรู้และมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับความหมายอาการหรืออาการแสดงสำคัญของปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงไม่เข้าใจคำศัพท์ทางจิตเวช และการช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพจิต ดังนั้นหากบุคคลได้รับการศึกษาที่เหมาะสมจะทำให้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอด้วยเช่นกัน 3) การสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคมและเครือข่ายสังคม หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมและมีเครือข่ายทางสังคมที่ดีและเพียงพอจะเป็นปัจจัยสนับสนุน

ทำให้เกิดความตระหนัก และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นกับตนเองได้ การแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนสนิท การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่สนใจ การทำกิจกรรมที่สนใจร่วมกับเครือข่ายสังคม รวมไปถึงการแสวงหาความสงบทางใจ เช่น การเข้าวัดทำสมาธิ การบำบัดทางปัญญาในสถานบริการ หรือสายด่วนสุขภาพจิต จะเป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอมากยิ่งขึ้น และ 4) สถานะด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสถานะด้านสุขภาพ หากบุคคลมีสถานะด้านสุขภาพที่สมบูรณ์จะทำให้มีพฤติกรรมและทักษะการช่วยเหลือตนเองที่ดี เช่น การออกกำลังกาย การพบปะผู้คน การเข้ารับบริการให้คำปรึกษา พฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอได้

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือแนวคิดของ โจรม์⁷ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตต่อไป จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญที่จะทำให้ประชาชนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงให้เพิ่มสูงขึ้น และมีความเครียดที่ลดลงตามมา และยังสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลลงสู่ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ต่อไปได้

คำถามการวิจัย

1. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นอย่างไร
2. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความ

เครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างไร

บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

2. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

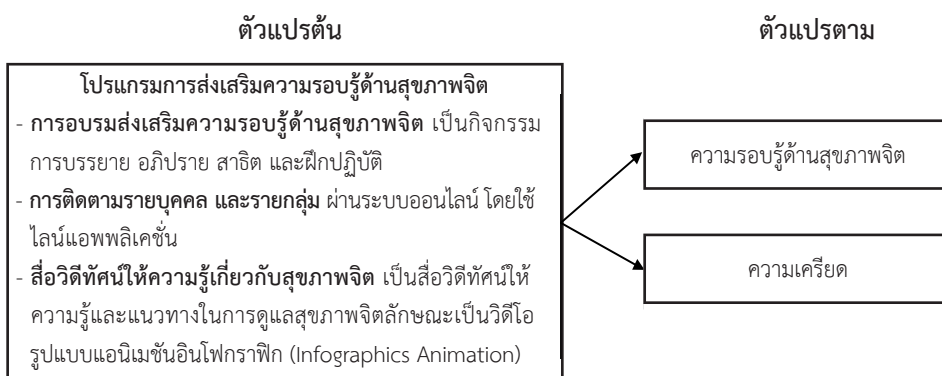
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตของ

สมมติฐานการวิจัย

1. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมีคะแนนความเครียดหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One groups pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับการดูแลในระบบปกติร่วมกับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 02/2567

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental health check in) ของกรมสุขภาพจิต เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ อย่างน้อย 1 ปี 3) มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เมื่อประเมินด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) แล้วพบว่ามีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก (5-9 คะแนน) 4) สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ไอแพด มือถือสมาร์ตโฟนได้ และ 5) มีความประสงค์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด และเกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

ได้แก่ 1) ย้ายออกจากหน่วยงานระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม และ 2) ขอลงตัวออกจากกรวิจัย

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมคำนวณ G*Power โดยใช้ Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means : Difference between two dependent means (Matched pairs) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Significant level) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Level of power) เท่ากับ 0.80 และคำนวณขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (Effect size) จากการศึกษา วชิรา โพธิ์ใส และคณะ¹² ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ 0.484 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามเกณฑ์ (Attrition rate) เพิ่มในอัตราร้อยละ 20 โดยคำนวณจากสูตรของ อรุณ จิรวัฒน์กุล¹³ ดังนี้ $n_{adj} = n / (1 - R)$ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 35 คน

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling technique) ใช้วิธีวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Selection) โดยผู้วิจัย ประชาสัมพันธ์บุคลากรที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่ได้จากการตรวจเช็คสุขภาพใจ (Mental health check in) จากการตรวจสุขภาพประจำปีเข้าร่วมการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านแกนนำสุขภาพของหน่วยงานทุกหน่วยงาน หากอาสาสมัคร

มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะติดต่อผู้วิจัยโดยตรง หรือแกนนำสุขภาพของหน่วยงานเพื่อดำเนินการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นรายบุคคล โดยพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติทั้งหมด 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่มีความเครียดปานกลางจำนวน 60 ราย และมีความเครียดสูงจำนวน 10 ราย จากนั้นผู้วิจัยนำรายชื่อที่ได้จากการสมัครมาทำการสุ่มโดยการจับผลจากจากรายชื่อ ตามสัดส่วนของกลุ่มที่มีความเครียดปานกลางและมีความเครียดสูงเพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือ 35 ราย โดยแยกเป็นกลุ่มที่มีความเครียดปานกลางจำนวน 30 ราย และมีความเครียดสูง 5 ราย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ กรมอนามัย ผ่านการรับรองเมื่อวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2567 รหัสโครงการวิจัย 02/2567 ผู้วิจัยชี้แจงให้แก่มูลนิธิตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และจะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และในระหว่างที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องให้การศึกษาวินิจฉัยนี้สิ้นสุด และไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย เมื่อสิ้นสุดการวิจัยเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในทดลอง ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด และโรคประจำตัว

1.2 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต ของ วชิราโพธิ์โส และคณะ¹² จำนวน 60 ข้อ โดยข้อคำถามประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 6 ด้าน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมาก

และ 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยพิจารณาค่าเฉลี่ย 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
- ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก

เจ้าของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.96¹² จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.997

1.3 แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข¹⁴ ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ตั้งแต่ 0-3 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง แทบไม่มี 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง และ 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความเครียด โดยพิจารณาค่าเฉลี่ย ดังนี้

0-4 คะแนน หมายถึง มีความเครียดน้อย

5-7 คะแนน หมายถึง มีความเครียดปานกลาง

8-9 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมาก

10-15 คะแนน หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

เจ้าของเครื่องมือตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) เท่ากับ 0.7 และความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 0.8¹⁴ จากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.823

2. เครื่องมือที่ใช้ในทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของโจร์ม (Jorm)⁷ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต

ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ทศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต กิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การอบรม ซึ่งผ่านกิจกรรมการบรรยาย อภิปราย สาธิต และฝึกปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิต

2.2 คู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร (Hard copy) มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด (Quick Response code [QR code]) สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (Electronic book [E-book])

2.3 สื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่ให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ลักษณะเป็นวีดิโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วยตัวละครบรรยายเนื้อหาความรู้ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 5-10 นาที โดยวีดิโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งสามารถเข้าคู่มือได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ด (QR code) ในคู่มือ

2.4 การติดตามกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล ผ่านรูปแบบออนไลน์โดยใช้ Line Application เพื่อติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติดูแลทางด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การอบรม เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง ลักษณะของกิจกรรมประกอบด้วย การบรรยาย อภิปราย สาธิต และฝึกปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย และคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 นครสวรรค์ กรมสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดหัวข้อการอบรมประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของโจรม์ (Jorm)⁷ ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่

เหมาะสม และกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยมอบคู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำราเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังการอบรม ซึ่งเป็นคู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างครอบคลุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด (QR-code) สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ประกอบกับสื่อวีดิทัศน์การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ลักษณะเป็นวีดิโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วยตัวละครบรรยายเนื้อหาความรู้ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 5-10 นาที โดยวีดิโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งสามารถเข้าคู่มือได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ด (QR code) ในคู่มือ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสูการปฏิบัติดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (Line Application) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-13 เพื่อติดตามการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับผู้วิจัยจะมีข้อเสนอแนะ การปฏิบัติและความรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่าง ๆ ส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้โดยตรงระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 14

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิต และข้อมูลความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ด้วยการทดสอบที่แบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.9 และเพศชาย ร้อยละ 17.1 โดยพบว่าช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วง 18-30 ปี ร้อยละ 60.0 รองลงมาคือ 45-60 ปี ร้อยละ 22.9 และช่วง 31-45 ปี ร้อยละ 17.1 ตามลำดับ สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 62.9 และโสด ร้อยละ 37.1 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุด ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 54.4 รองลงมาคือมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 24.8 และปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 20.7 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวร้อยละ 34.4 ประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.5 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 9.1 โรคเบาหวาน ร้อยละ 5.0 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.6 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 4.2 ตามลำดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 86.6 คะแนน (S.D.=3.4) และค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 176.5 คะแนน (S.D.=2.7) โดยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระ (Paired t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมีค่ามากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนน	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต				
ก่อนการวิจัย	86.6	3.4	-89.9	.000*
หลังการวิจัย	176.5	2.7		

* $p\text{-value} < .001$

ความเครียด

จากการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 8.2 คะแนน (S.D.=0.3) และค่าเฉลี่ยความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 2.5 คะแนน (S.D.=1.2) โดยคะแนน

ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยได้เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระ (Paired t-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองมีค่าต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

คะแนน	\bar{x}	S.D.	t	p-value
ความเครียด				
ก่อนการวิจัย	8.2	0.3	-5.8	.000*
หลังการวิจัย	2.5	1.2		

* $p\text{-value} < .001$

วิจารณ์

กลุ่มตัวอย่างบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ถึงวิธีการแสวงหาความรู้ การประเมิน และการช่วยเหลือตนเอง

ผ่านทางประสบการณ์ของตนเอง โดยในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของโจรม์⁷ เมื่อมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตจะสามารถปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ ที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นการที่บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะสามารถรับรู้ความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้ รู้ถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางจิต สามารถ

ดูแลตนเองได้เมื่อเกิดปัญหา ตลอดจนสามารถค้นหาข้อมูล และขอความช่วยเหลือจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องได้ จากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่สูงขึ้นแล้วจะนำไปสู่การประยุกต์ใช้ข้อมูลที่ได้รับ เกิดกระบวนการตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่การปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการทางด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้มีระดับความเครียดที่ลดลงตามมาได้ในที่สุด

สามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาสุขภาพจิตของบุคลากรกลุ่มเสี่ยง โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตนั้นมีประสิทธิภาพที่ช่วยพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตและลดระดับความเครียดของบุคลากรได้มากกว่าการดูแลตามปกติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรีทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ต่างๆ ทางด้านสุขภาพจิต และสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพทางจิตใจของตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในช่วง 18-30 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการเข้าถึงสื่อออนไลน์ต่างๆ จากหลายแหล่งข้อมูลได้อย่างเหมาะสม ประกอบกับสภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ทำให้มีการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือและดูแลสุขภาพจิตใจของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างต่อเนื่องด้วยเหตุผลเหล่านี้ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น ในด้านการรับรู้ถึงลักษณะทางจิตและความทุกข์ทางจิตใจ ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ด้านความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ด้านทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และด้านความรู้เกี่ยวกับการค้นหาข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต อันจะส่งผลให้บุคลากรมีความรู้ ความเข้าใจ รู้ถึงแหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่ถูกต้องเหมาะสม และมีทักษะในการจัดการอารมณ์ของตนเอง และช่วยป้องกันการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสาะเต็ม และ พรธณี บัญชรหัตถกิจ^๖ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเครียดในระดับปานกลาง ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต (ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ด้านการรู้เท่าทันสื่อและความสามารถในการประเมินข่าวสารและ

บริการสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพจิตตนเอง ด้านการสื่อสารทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ด้านการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ด้านการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียด) และการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิวัฒน์ โมกขาว และคณะ¹⁰ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < .001) และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p -value < .001) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดเชิงบวก ปรับวิธีคิดที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านวิจัย ควรมีการศึกษาวิจัยติดตามผลในระยะยาวต่อไปในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อดูความคงอยู่ของระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต และระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง
2. ควรนำโปรแกรมขยายผลในประชาชนกลุ่มเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตในกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชนต่อไป

สรุป

โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต มีผลในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และลดความเครียดในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เหมาะสำหรับการนำไปขยายผลในประชาชนที่มีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตในระบบสุขภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (แม่และเด็ก) ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด.
2. Lerksirinukul P. เจาะลึกผลวิจัยอนาคตสุขภาพจิตสังคม ไทย พ.ศ. 2576 เตรียมรับการระเบิดของความหวาดกลัว กับความโดดเดี่ยว [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://techsauce.co/report/futures-of-mental-health-in-thailand-2033>
3. Hfocus. เจาะลึกระบบสุขภาพ. ภาวะสังคมไทย 2565 ป่วย ซึมเศร้าพุ่งสูง แนวโน้มวัยรุ่น-วัยทำงานฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น [อินเทอร์เน็ต]. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27358>
4. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการ ตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักพิมพ์ อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2564.
5. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อธิป ตันอารีย์, บังอร สุปรีดา. แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับ สุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. ว.สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28:121-135.
6. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
7. Jorm AF. Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry 2000; 177:396-401.
8. กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. ตรวจสุขภาพใจ Mental Health Check In [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://checkin.dmh.go.th/>
9. วชิรินทร์ เสาะเหิม, พรรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรม ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการความเครียดของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. ว.วิจัยสาธารณสุข ศาสตร์ 2563;13:44-55.
10. กัญญาวิวัฒน์ โมกขาว, วชิรินทร์ ช่างประดับ, วลัยนารี พรหมลา. อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน ในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. ว.กองกาศพยาบาล 2563;47:57-70.
11. Kim, Y., Lee, H. Y., Lee, M., Simms, T., & Park, B. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. Journal of psychiatric and mental health nursing, 24(7), 523-533.
12. วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, ปราโมทย์ ถ่างกระโทก. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่เวชสาร 2564;60:63-74.
13. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการ วิจัย. 4th ed. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒนา; 2558.
14. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด (ST5). กระทรวง สาธารณสุข; 2555.