

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน Mental Health Literacy and Psychological Distress Among Village Health Volunteers

อติพร ลิทธิมงคล สมบัติ สกุลพรรณ* ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล
Atiporn Sitthimongkhon Sombat Skulphan* Patraporn Bhatarasakoon
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ ประเทศไทย 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand 50200

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต ภาวะกดดันด้านจิตใจ และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ คัดเลือก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบวัดความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และ 3) แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบ สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ (Mean = 129, SD = 18.56) มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง มาก และมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88, 13.54 และ 4.43 ตามลำดับ (Mean = 18.69, SD = 6.09) และความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.145$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และอบรมการจัดการภาวะกดดันด้านจิตใจ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, ภาวะกดดันด้านจิตใจ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This correlational descriptive study aimed to study mental health literacy and psychological distress and to examine the relationship between mental health literacy and psychological distress. The sample consisted of male and female VHVs, aged 18 years and over, lives in Khon Kaen, Nong Bua Lam Phu, Nakhon Ratchasima and Sisaket provinces. with 384 participants. The data collection tools included 1) a General Information Questionnaire, 2) a Mental Health Literacy Questionnaire, and 3) the Psychological Distress Scales. Descriptive statistics and Spearman's coefficient were used for data analysis.

Corresponding author *Email: sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ (received) 24 ก.ค. 2566 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 25 ก.ย. 2566 วันที่ตอบรับ (accepted) 7 ต.ค. 2566

The findings revealed that VHVs had overall mental health literacy scores at high, moderate, and low levels, representing 45.83%, 41.67%, and 7.55%, respectively (Mean = 129, SD = 18.56). VHVs had psychological distress scores at the low, medium, high, and highest levels representing 41.15%, 40.88%, 13.54%, and 4.43%, respectively (Mean = 18.69, SD = 6.09). Mental health literacy had a low negative correlation with psychological distress among VHVs, at the statistical significance of .05 ($r = -.145$). The results of this research can be used to developing mental health literacy and training for psychological distress management among VHVs. This will encourage them to be able to take care of themselves and people with mental health in the community.

Keywords: Mental Health Literacy, Psychological Distress, Village Health Volunteer

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทในการพัฒนางานสุขภาพจิตด้วยหลักการ 3ส. ได้แก่

1) สอดส่อง มองหา 2) ใส่ใจรับฟัง และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง¹ การปฏิบัติตามบทบาทเหล่านี้จะต้องกระทำภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล² โดยการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องมีความระมัดระวังและความรับผิดชอบสูง ถ้ามีศักยภาพหรือมีความรู้ไม่เพียงพอขาดความมั่นใจในการสื่อสารข้อมูลสุขภาพกับประชาชน อาจส่งผลให้เกิดความกดดันจากการทำงานได้³ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้แพทย์ พยาบาล รวมทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์เกิดความเครียด วิตกกังวล และเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ หากไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามมา⁴ ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรค ทราบแนวทางการดูแลจิตใจ ก็จะสามารถนำข้อมูลไปสื่อสารกับประชาชนในพื้นที่ในการดูแลตนเอง ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชของประชาชนในพื้นที่ได้อีกด้วย⁵

ภาวะกดดันด้านจิตใจ (Psychological Distress) หมายถึง สภาวะความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล และความเหนื่อยล้า ซึ่งทำให้บุคคลต้องดิ้นรนเพื่อรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน⁶ เมื่อนำเสนอเป็นดัชนีปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชคิด

เป็นร้อยละ 13 ของภาระโรคทั้งหมดในปี พ.ศ. 2559 ทั้งยังก่อให้เกิดภาระต่อบุคคล ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจโดยรวม⁷ จากรายงานผู้ป่วยเข้ารับบริการด้านจิตเวชภาพรวมทั้งประเทศ ปี 2559, 2560 และ 2561 มีจำนวน 1,616,400 ราย 2,347,749 ราย และ 3,051,007 ราย ตามลำดับ⁸ ซึ่งให้เห็นว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าคนที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจจะไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากคนในชุมชน ทำให้เกิดการสูญเสียสมดุลทางสภาพจิตใจจากการศึกษาการทำงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ทำงานในชุมชน ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า ความตึงเครียดจากภาระงานที่มากเกินไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจที่สูงขึ้น ($r = .48, p < .001$)¹⁰ นอกจากนี้ยังพบปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดภาวะกดดันด้านจิตใจ คือ ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่ต่ำ จะส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเครียดที่เผชิญในชีวิตประจำวันได้ดี หากบุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่สูง จะทำให้มีความรู้เรื่องโรค ทราบวิธีจัดการความเครียด และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม¹¹

ความรู้ทางสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อของบุคคลในการรับรู้อาการ ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลตนเองและช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ทำให้บุคคลมีการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต

สามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และดูแลสุขภาพจิตของตนเอง คนรอบข้าง และคนในชุมชนได้ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีในการส่งเสริมการตระหนักรู้ การช่วยเหลือที่เหมาะสมทั้งต่อตนเองและบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต^{12,13,14} จากการศึกษาพบว่าประชาชนที่มีองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับที่ต่ำ คือมีความรู้ที่ไม่เพียงพอ มีการรับรู้ที่ไม่ดี มีทัศนคติเชิงลบต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้ารับการรักษาที่ได้มาตรฐาน¹⁵ ในประเทศไทยพบการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดจันทบุรี พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถแยกโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังสับสนในการแยกโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล¹⁶ ในประเทศอินเดีย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแม่นยำในการระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทน้อย โดยพบเพียงร้อยละ 56.7 และ 36.5 ตามลำดับ¹⁷ ผลการศึกษาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั้นยังมีการศึกษาน้อยและไม่เพียงพอ ซึ่งอาจมีผลต่อการทำหน้าที่หรือปฏิบัติบทบาทของตนเองได้โดยเฉพาะการทำงานด้านสุขภาพจิต

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะกตัญญูด้านจิตใจและความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากรายงานผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปีงบประมาณ 2562 พบผู้ป่วยมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น เลย นครราชสีมา และนครพนม มีจำนวน 17,759 ราย 14,142 ราย 9,940 ราย 9,462 ราย และ 8,682 ราย ตามลำดับ โดย 3 ลำดับแรกของโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคจิตเภท โรควิตกกังวล และโรคติดสารเสพติดอื่น ๆ มีจำนวน 11,715 ราย 8,352 ราย และ 6,811 ราย ตามลำดับ⁸ ปัญหาการเจ็บป่วยของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจมาจากความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวลดลง ปัญหาเศรษฐกิจและรายได้ที่มีการขยายตัวต่ำกว่าระดับประเทศโดยขยายตัวเพียงร้อยละ 2.3 ส่งผลให้ประชาชนในพื้นที่เกิดความตึงเครียดในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงบุคลากรทุกภาคส่วนในพื้นที่ต้องรับนโยบาย

เพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระงานที่เพิ่มมากขึ้น¹⁸ จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อใช้ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมและพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาระดับภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร
2. ภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นอย่างไร
3. ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตัญญูด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของ โอคอนนอร์ และ คาเซย์¹³ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ครอบคลุมองค์ประกอบ 6 ด้านของความรอบรู้ทางสุขภาพจิต และกรอบแนวคิดการเกิดภาวะกตัญญูด้านจิตใจของ เคสเลอร์ และ มรีอกเซค⁶ อธิบายความสัมพันธ์ของทั้งสองตัวแปรตามทฤษฎีการเกิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ลาสซาร์ส และ โพล์คแมน¹⁹

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlation Descriptive Study)

เพื่อศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพทั้งหมด 4 เขต ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 7, 8, 9 และ 10 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพทั้งหมด 4 เขต ที่ผู้วิจัยคัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายได้เขตสุขภาพละ 1 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ เครซี่ และมอร์แกน²⁰ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Sampling) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 384 ราย (ขอนแก่น 66 ราย, หนองบัวลำภู 132 ราย, นครราชสีมา 127 ราย และศรีสะเกษ 59 ราย) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนมิถุนายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยที่ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และการได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตของ โอคอนนอร์ และ คาเซย์²¹ และจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 38 ข้อ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ความสามารถในการรับรู้อาการของความผิดปกติทางจิตเวชประเภทต่าง ๆ (8 ข้อ) ด้านที่ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตเวช (9 ข้อ) ด้านที่ 3) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเอง (5 ข้อ) ด้านที่ 4) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ (5 ข้อ) ด้านที่ 5) ความรู้และความสามารถเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (4 ข้อ) และ ด้านที่ 6) ทักษะที่ดีที่เอื้อต่อการรับรู้ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวชที่เหมาะสม (7 ข้อ) เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ ผู้วิจัย

นำมาจากแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scales (K10) ของ เคสเลอร์ และ มรีอคเซค ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย ศิริธนา ยะมะโน และ รัชนิกร อุปเสน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ²² เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity) โดยแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิต ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหากับผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต 3 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดเท่ากับ .82 และแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ นำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .95 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .89 ครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาใช้โดยไม่ได้ดัดแปลงใด ๆ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และการหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตและแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ นำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้ทางสุขภาพจิตทั้งฉบับเท่ากับ .83 และได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินภาวะกดดันด้านจิตใจ เท่ากับ .88

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองเลขที่ 002/2565 อนุมัติ ณ วันที่ 11 มกราคม 2565 และทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 4 จังหวัด และเมื่อได้รับอนุญาตให้เข้าดำเนินการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเองเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ และประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลจะเก็บรักษาเป็นความลับ การนำเสนอผลงานและการตีพิมพ์ในวารสารจะทำในภาพรวมเท่านั้น การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการให้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง นำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อหัวหน้าส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น หนองบัวลำภู นครราชสีมา และศรีสะเกษ และชี้แจงวัตถุประสงค์ เข้าพบสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความร่วมมือในการประสานงาน และเก็บรวบรวมข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. แต่ละพื้นที่เพื่อตรวจสอบรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ขอความยินยอม และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 3 ส่วน ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล จัดเตรียมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ และเก็บเอกสารไว้ในตู้เอกสารที่มีกุญแจล็อก เก็บไว้ที่กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และทำลายเอกสารทิ้งภายใน 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตทั้งโดยรวม รายด้าน และแต่ละระดับ รวมทั้งคะแนนภาวะกตัญญูด้านจิตใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรอบรู้ทางสุขภาพจิต แต่ละระดับทั้งโดยรวม และรายด้าน

ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต	จำนวนร้อยละ	ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพจิต				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
โดยรวม	จำนวน	19	176	160	29	0
(\bar{X} = 129.16, SD = 18.56)	ร้อยละ	4.95	45.83	41.67	7.55	0
รายด้าน						
ด้านที่ 1	จำนวน	99	139	64	37	45
(\bar{X} = 27.85, SD = 8.43)	ร้อยละ	25.78	36.20	16.66	9.64	11.72
ด้านที่ 2	จำนวน	22	142	196	24	0
(\bar{X} = 29.92, SD = 4.64)	ร้อยละ	5.73	36.98	51.04	6.25	0
ด้านที่ 3	จำนวน	68	176	105	33	2
(\bar{X} = 18.52, SD = 3.50)	ร้อยละ	17.71	45.83	27.35	8.59	0.52
ด้านที่ 4	จำนวน	93	130	128	29	4
(\bar{X} = 18.51, SD = 4.05)	ร้อยละ	24.22	33.86	33.33	7.55	1.04
ด้านที่ 5	จำนวน	87	158	79	36	24
(\bar{X} = 14.09, SD = 3.70)	ร้อยละ	22.66	41.15	20.57	9.37	6.25
ด้านที่ 6	จำนวน	16	104	113	107	44
(\bar{X} = 20.17, SD = 6.01)	ร้อยละ	4.17	27.08	29.43	27.86	11.46

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตัญญูด้านจิตใจ นำไปทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ พบว่า มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 82.03 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 17.97 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.23 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 28.13 ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 54.43 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 28.91 และกลุ่มตัวอย่างได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 54.69 และไม่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 45.31

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับมาก ทั้งหมดสี่ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1) ความสามารถในการรับรู้อาการของความผิดปกติทางจิตเวชประเภทต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 36.20 ด้านที่ 3) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับวิธีการดูแลช่วยเหลือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 45.83 ด้านที่ 4) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับ

การได้รับความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ คิดเป็นร้อยละ 33.86 และด้านที่ 5) ความรู้ และความสามารถเกี่ยวกับวิธีการค้นหา ข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 41.15 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งหมดสองด้าน ได้แก่ ด้านที่ 2) ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 51.04 และด้านที่ 6) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้ การแสวงหาความช่วยเหลือ และการช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตเวชที่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 29.43

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจ โดยรวม

ภาวะกตสันด้านจิตใจ	ระดับภาวะกตสันด้านจิตใจ			
	ต่ำ	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
จำนวน	158	157	52	17
ร้อยละ	41.15	40.88	13.54	4.43

(\bar{X} = 18.69, SD = 6.09,
Max = 48, Min = 10)

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกตสันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และมาก คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88 และ 13.54 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตสันด้านจิตใจ

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า p-value	การแปลผล
ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกตสันด้านจิตใจ	$r = -.145$.004*	ต่ำ

*p < .05

จากตารางที่ 3 พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกตสันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.145$)

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ปานกลาง และน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.83, 41.67 และ 7.55 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) อาจมีผลมาจากปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 82.03 เป็นเพศหญิง ซึ่งเพศหญิงมีความ

รอบรู้ทางสุขภาพจิตดีกว่าเพศชายถึงร้อยละ 60.723 ปัจจัยด้านอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุอยู่ระหว่าง 51- 60 ปี คิดเป็น ร้อยละ 43.23 จากการศึกษาพบว่าวัยผู้ใหญ่จะมีทักษะในการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต และประสบการณ์กับผู้คนรอบข้างและมีการจดจำความผิดปกติทางจิตเวชได้ดีกว่าวัยอื่น ๆ²⁴ การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยที่ผ่านมา พบว่า มีความสามารถในการจำแนก การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ¹⁶ ในต่างประเทศ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแม่นยำในการระบุการ

เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทน้อย โดยพบเพียงร้อยละ 56.7 และ 36.5¹⁷ หากเปรียบเทียบความรู้ทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในต่างประเทศกับในประเทศไทยแล้ว พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทยมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับดีกว่าในต่างประเทศ อาจเนื่องมาจากได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ และการสาธารณสุขมูลฐานของไทยที่ได้รับการยกย่องว่ามีประสิทธิภาพและเข้มแข็ง²⁵ และผู้วิจัยไม่ได้ระบุเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจากบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่แล้ว จึงทำให้มีกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 54.69 ที่ผ่านการอบรมแล้วเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมากที่สุดอยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 45.83

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำ ปานกลาง และมาก คิดเป็นร้อยละ 41.15, 40.88 และ 13.54 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ซึ่งให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับต่ำพบมากเป็นอันดับสูงสุด แต่ยังพบกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 40.88 และ 13.54 ที่มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับปานกลางและมาก ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่ควรให้ความช่วยเหลือโดยเร็ว การศึกษาครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในชนบทของประเทศเอธิโอเปียมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับสูงที่สุดเนื่องจากภาระงานที่หนักและไม่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐเท่าที่ควร²⁶ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าการมีภาระงานและต้องทำงานหนักเพิ่มมากขึ้นในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ทำให้เกิดความเครียดและมีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับสูงมากถึงร้อยละ 7²⁷ อธิบายผลการศึกษานี้ได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย มีคะแนนภาวะกดดันด้านจิตใจอยู่ในระดับต่ำพบมากเป็นอันดับสูงสุด อาจเนื่องมาจากชุมชนที่อยู่อาศัยไม่แออัด อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ มีพี่น้องให้ความช่วยเหลือกันได้ดี รวมถึงอยู่ใกล้แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดี ได้แก่ บ้าน วัด โรงเรียน และบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่มีความเอาใจใส่ติดตามนิเทศการทำงานอยู่เสมอ มีการมอบหมายงานชัดเจนตามระดับความสามารถของบุคคล จึงทำให้การทำงานมี

ความกดดันน้อย ภาวะกดดันด้านจิตใจก็จะน้อยตามไปด้วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.145$) คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มพยาบาลประจำโรงเรียนในสหรัฐอเมริกาพบว่ามีระดับความรู้ทางสุขภาพจิตที่สูงจะสัมพันธ์กับระดับภาวะกดดันด้านจิตใจที่ต่ำ²⁸ และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษา มหาวิทยาลัย พบว่าคนที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้านการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับอาการของโรคความผิดปกติทางจิตในโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าในระดับที่ต่ำจะสัมพันธ์กับภาวะความกดดันด้านจิตใจที่สูง²⁹ ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าความรู้ทางสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมของคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ส่วนใหญ่อยู่อาศัยเป็นสังคมแบบเครือญาติ มีประเพณีและความเชื่อร่วมกัน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นคนในพื้นที่จึงทำให้มีความคุ้นเคยและเป็นกันเอง ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในพื้นที่ในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ลงเยี่ยมบ้าน เป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว จึงทำให้มีความรู้ในการดูแลประชาชนในพื้นที่พอสมควร ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตในระดับมาก ไม่เกิดความกดดันจากการทำงาน ส่งผลให้มีภาวะกดดันด้านจิตใจในระดับต่ำ จึงทำให้การศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ พบว่ามีความสัมพันธ์กันแต่ในระดับต่ำเท่านั้น

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

บุคลากรทางด้านสาธารณสุข เช่น พยาบาลวิชาชีพ ต้องมีการศึกษาค้นคว้าหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพจิต และจัดอบรมเพิ่มความรู้ทางสุขภาพจิตให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นเนื้อหาความรู้ในส่วนยังขาดหรือมีน้อย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้นและภาวะกดดันด้านจิตใจลดลง รวมทั้งสามารถดูแลสุขภาพจิตตนเอง คนในชุมชน และช่วยให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

ในชุมชนมีความเข้มแข็งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลโดยภาพรวมของประเทศ

2. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตอื่น ๆ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาจเกี่ยวข้องหรืออาจมีความสัมพันธ์กัน

References

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. knowledge guide for village health volunteers specializing in community mental health. 2nd. Nonthaburi: Prathamakhant printing; 2018. (in Thai)
2. Primary Health Care Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Regulations on village health volunteers, 2011, along with rules related to village health volunteers. 1st. Nonthaburi: Beat Time Marketing Limited Partnership; 2017. (in Thai)
3. Chinta T, Ajchara S, & Suthatta C. Selected Factors related with the Health Literacy of Village Health Volunteer. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018; 19 (Supplement): 320-32. (in Thai)
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Guidelines for mental rehabilitation in the situation of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 1st. Nonthaburi: Aone printing; 2020. (in Thai)
5. Sirikan K. Effectiveness of Program for Improving Self-Care Behaviors to Prevent COVID-19 of Communities among Village Health Volunteers in Pathumthani Province. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2021; 22(3): 479-87. (in Thai)
6. Kessler R, & Mroczek D. Final versions of our non-specific psychological distress scale. Ann Arbor, MI: Survey research. Center of the Institute for Social Research, University of Michigan. USA. 1994.
7. Vigo D, Thornicroft G, & Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. The lancet Psychiatry. 2016; 3(2): 171-78.
8. Thailand's psychiatric service center system, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Report of patients receiving psychiatric services Fiscal year 2016, 2017, 2018 and 2019. 1st. Nonthaburi; 2019. (in Thai)
9. Paiva PC, Torrente M D O N D T, Landim F L P, Branco J G D O, Tamboril B C R T & Cabral A L T. Psychological distress and community approach to the voice of the community health agent. Journal of school of Nursing USP. 2016; 50(n.esp): 134-9.
10. Maes K, Closser S, Tesfaye Y, & Abesha R. Psychological Distress among unpaid Community Health Workers in rural Ethiopia: Comparing leaders in Ethiopia's Women's Development Army to their peers. Journal of Social Science & Medicine. 2019; 230(n.esp): 138-46.
11. Paulus D J, Wadsworth L P, & Hayes-Skelton S A. Mental Health Literacy for Anxiety Disorder: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. Journal of Public Mental Health. 2015; 14(2): 94-106.
12. Jorm A F, Korten A E, Jacomb P A, Christensen H, Rodgers B, & Pollitt P. "Mental health literacy": A survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia. 1997; 166(n.esp): 182-6.
13. O'Connor M, Casey L, and Clough B. Measuring mental health literacy—a review of scale-based measures. Journal of Mental health. 2014; 23(4): 197-204.

14. Kutcher S, Wei Y, & Coniglio C. Mental Health Literacy; Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2016; 61(3): 154-8.
15. Venkataraman S, Patil R, & Balasundaram S. Why mental health literacy still matters: a review. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2019; 6(6): 2723-9.
16. Chettha K, Sopinsiri Y, Lalana P, & Aranya B. Mental Health Literacy among Village Health Workers A Case Study of two sub-districts in kloong, Chantaburi. *Journal of Health Science Research*. 2014; 8(1): 10-6. (in Thai)
17. Kermod M, Bowen K, Arole S, Pathare S, & Jorm A. F. Attitudes to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*. 2009; 44(12): 1087-96.
18. Regional Development Plan 2017- 2022 (revision). Northeastern Development Plan in the 12th National Economic and Social Development Plan. 1st. Nonthaburi; 2017. (in Thai)
19. Lazarus R S, & Folkman S. Stress, appraisal, and coping. 1st. New York: Springer; 1984.
20. Krejcie R V, & Morgan D.W. "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 1970; 30(3): 607-10.
21. O'Connor M, & Casey L. The Mental Health Literacy Scale: A new scale-based measure of mental health literacy. *Journal of Psychiatry Research*. 2015; 229(1-2): 511-6.
22. Sirithana Y, & Ratchaneekorn U. The effect of Coping Skills Enhancement Program on Psychological distress in Caregivers of Person with Schizophrenia. *Nursing Journal*. 2020; 47(2): 310-9. (in Thai)
23. Cotton S M, Wright A, Harris M G, Jorm A F, & McGorry P D. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006; 40(9): 790-6.
24. Eleana H, & Adrian F. Influence of Age and Gender Differences on Mental Health Literacy of Anxiety Disorders. *Journal of Psychiatry Research*. 2017; 8-13
25. Public Health Support Division, Department of Health Service Support. Evolution of Primary Health Care in Thailand (1978-2014). 1st. Nonthaburi: The Printing Office to assist veterans organization; 2014. (in Thai)
26. Kenneth M, Svea C, Yihenew T, & Roza A. Psychosocial distress among unpaid Community Health Workers in rural Ethiopia: Comparing leaders in Ethiopia's Women's Development Army to their peers. *Journal of Social Science & Medicine*. 2019; 230(n.esp): 138-46.
27. Mohammed K, Al-Hanawi, Martin L M, Noor A, Ameerah M N Q, Khadijah A, Rasha A, & Omar A. Psychological Distress Amongst Health Workers and the General Public During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Risk Management and Healthcare policy*. 2020; 7(13): 733-42.
28. Al-Yateem N, Rossiter R C, Robb W. F, & Slewa-Younan S. Mental health literacy of school nurses in the United Arab Emirates. *International Journal of Mental Health Systems*. 2018; 12(1): 1-14.
29. Paulus D J, Wadsworth L P, & Hayes-Skelton S A. Mental Health Literacy for Anxiety Disorder: How perceptions of symptom severity might relate to recognition of psychological distress. *Journal of Public Mental Health*. 2015; 14(2): 94-106.