

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัชรินทร์ เสาะเทิ้ม<sup>(1)</sup>, พรรณี ปัญชรหัตถกิจ<sup>(2)\*</sup>

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 17 ตุลาคม 2562

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 3 มกราคม 2563

## \* ผู้รับผิดชอบบทความ

- (1) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- (2) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

## บทคัดย่อ

ผลกระทบจากความเครียดส่งผลร้ายต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นอย่างมากซึ่งเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยทั่วโลก การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเครียดในระดับปานกลาง อายุ 25-59 ปี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 42 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ สนทนา สากล การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ใช้ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมดังกล่าวเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลองโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์สถิติข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired sample t-test และ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิต (ด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียด ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ด้านการรู้เท่าทันสื่อและความสามารถในการประเมินข่าวสารและบริการสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพจิตตนเอง ด้านการสื่อสารทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง ด้านการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น ด้านการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียด)และการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) การศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถลดระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้และอาจจะสามารถเผยแพร่ไปยังพื้นที่อื่นๆ ได้

**คำสำคัญ:** ความรู้ด้านสุขภาพจิต การจัดการความเครียด จิตวิทยาเชิงบวก

## Original Article

Effects of Mental Health Literacy Promotion Program with Positive Psychology  
Concepts for Promoting Stress Management Behavior  
among Village Health Volunteers*Watcharin Sauhem<sup>(1)</sup>, Pannee Banchonhattak<sup>(2)\*</sup>*

Received Date: October 17, 2019

Accepted Date: January 30, 2020

---

**\* Corresponding author***(1) Master of Public Health Student in  
Health Education and Health Promotion,  
Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University**(2) Faculty of Public Health,  
Khon Kaen University***Abstract**

The effects of stress negatively affect physical and mental health, which is a common cause of suicide around the world. This quasi-experimental research aimed to study the effects of mental health literacy promotion program with positive psychology concepts for promoting stress management behavior among village health volunteers group. The samples were volunteer health villages with moderate stress level and age 25 to 59 years. They were divided in to an experimental and compare group of 42 participant each. The experimental group was exposed to mental health literacy with positive psychology program that comprised of various activities such as appreciative inquiry, lecture, group process, demonstration and practice of stress management etc. The intervention was implementation for 12 weeks. Control group did not this program. Data was collected before and after by questionnaires. Descriptive data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage; mean and standard deviation. Comparative analysis were tested by Paired sample t-test, and independent t-test and significant setting at level 0.05

The results showed that after the experiment, the experimental group had mean scores of mental health literacy knowledge and understanding about stress, access to mental health information, media literacy, communication skills, decision making, mental health first aid) and stress management behavior with positive psychology approach higher significantly than before the experiment and higher than the comparison group (p-value<0.001). Stress level of the experimental group decreased significantly than before the experimental and comparison groups (p-value<0.001).

This study indicates that this program can be used to reduce stress level of village's health volunteers and may be able to recommend for other areas.

**Keywords:** *Mental Health Literacy, Positive Psychology, Stress Management*

**บทนำ**

ความเครียดเป็นสภาวะที่บุคคลต้องเผชิญในช่วงชีวิต มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก (วัฒน์ยี่ เย็นจิตร และคณะ, 2559) และมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งระดับบุคคลและระดับสังคม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลเกิดจากการที่ไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ได้ (Sussanna & Rashad, 2014) และมีความสัมพันธ์กับโรคทางกายโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease) และเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเจ็บป่วยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปวดศีรษะไมเกรน ผลในกระเพาะอาหาร ปัญหาทางเพศ ปัญหาเกี่ยวกับการไหลเวียนโลหิต ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ โรคภูมิแพ้ และโรคเมะเร็ง (John & Manoj, 2017) เป็นต้น นอกจากนี้ความเครียดยังมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (Pozos-Radillo et al., 2016) ผลกระทบจากความเครียดเรื้อรังยังเป็นสาเหตุของการสูญเสียของวัยทำงาน โดยพบการฆ่าตัวตายจำนวนมากเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ในช่วงวิกฤติที่เกิดขึ้นพร้อมกับความล้มเหลวในการรับมือกับความเครียดในชีวิต (World Health Organization, 2018) จากรายงานการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ปี พ.ศ. 2560 พบว่าปัญหาที่ขอรับบริการมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่เรื่องความเครียดวิตกกังวล รวม 27,737 สาย คิดเป็นร้อยละ 40 ของสายที่โทรขอรับบริการทั้งหมด 70,268 สาย เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าตัวเมื่อเทียบกับปี 2557 โดยร้อยละ 70 เป็นกลุ่มวัยทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2559) รายงานผู้มารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ พบ 1 ใน 5 เป็นผู้ป่วยกลุ่มอาการวิตกกังวล (Anxiety disorder) และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ในอัตรา 2.72 ต่อ 1 คน (โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์, 2559) จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าปัญหาด้านอารมณ์ส่วนใหญ่มักพบในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศเป็นอย่างมาก ในประเทศไทย ประชากร 2 ใน 3 หรือประมาณ 40 ล้านคนเป็นกลุ่มวัยทำงานดังนั้นการพัฒนาสุขภาพกลุ่มวัยทำงานจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการ

พัฒนาประเทศ เนื่องจากโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในอนาคต มีแนวโน้มที่จะมีผู้สูงอายุและเด็กเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นภาวะพึ่งพิงสำหรับวัยทำงาน โดยในปี พ.ศ. 2553 มีภาวะพึ่งพิงวัยทำงาน 48 คน ต่อ 100 คน และในปี 2568 จะเพิ่มเป็น 60 คน ต่อ 100 คน (ปีพามา ว่าพัฒนาวงศ์ & ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2556) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยทำงานที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีบทบาทหน้าที่หลากหลาย ทั้งดูแลกลุ่มภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน และยังมีหน้าที่เพื่อการทำกิจกรรมเพื่อสังคม เช่น การสื่อสารข่าวสารสาธารณสุขจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและประชาชนในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพประชาชน การควบคุมป้องกันโรคและเฝ้าระวังการเกิดโรคในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านและการบริการสาธารณสุขเบื้องต้นแก่ประชาชน รวมทั้ง การพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆ (กรมสนับสนุนบริการ, 2556) จากการสำรวจสถานการณ์ความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอนาดวง จังหวัดเลย ปี 2561 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอนาดวงมีค่าเฉลี่ยความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาดมีความเครียดระดับปานกลางมากที่สุด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาด, 2561)

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความสัมพันธ์กับความเครียด (Elizabeth et al., 2016; Sussanna & Rashad, 2014) ดังนั้นการจัดการกับความเครียดจึงเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งการยกระดับสุขภาพจิตให้ดีขึ้นควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) แนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เป็นการศึกษาสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์มีคุณค่า มีความสุขและมีความรุ่งเรืองโดยให้ความสำคัญกับจุดแข็งและคุณลักษณะเชิงบวกของมนุษย์ (Penn Arts & Sciences, 2019) เน้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ประกอบด้วยการพัฒนาอารมณ์เชิงบวก (Positive emotion) การมีสัมพันธภาพที่ดี (Relationship) ใช้ชีวิตให้มีความหมาย (Meaning) มีความยึดมั่นผูกพัน (Engagement) และการบรรลุเป้าหมายในชีวิต Accomplishment) (Lianov et al., 2019) นอกจากการพัฒนาสมรรถภาพจิตใจแล้ว ยังต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะทางความคิดและทักษะทางสังคม

โดยความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ การจัดการและการป้องกันปัญหา รวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิตตลอดจน แหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือได้ (Jorm, 2012; เชษฐา แก้วพรม และคณะ, 2557) ซึ่งประกอบด้วยการแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลสุขภาพจิต (Access to mental health information) ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุและผลกระทบจากความเครียด (Knowledge and understanding about stress) การตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียด (Decision making) การรู้เท่าทันสื่อและความสามารถในการประเมินข่าวสารและบริการสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพจิตตนเอง (Media literacy) การปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (Mental health first aid) การสื่อสารเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิตตนเอง (communication skill)

อย่างไรก็ตามสำหรับวิธีการจัดการความเครียดที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยมีรูปแบบที่หลากหลายทั้งการจินตนาการเพื่อการคลายเครียด การนวดคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจคลายเครียดและการฝึกไปโอพีดีแบค (Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, 2017) ฯลฯ แต่ยังไม่พบวิธีการจัดการความเครียดที่มีการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก คณะผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### • ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้ทำการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านที่มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ที่ ตำบลท่าสะอาด อำเภอนาดูน จังหวัดเลย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน ดำเนินการวิจัยช่วงเดือน กุมภาพันธ์-มิถุนายน 2562

#### • รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง (Quasi-experimental research design with two group pretest-posttest design)

#### • ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อายุตั้งแต่ 25-59 ปี มีภูมิลำเนาปัจจุบันอยู่ที่ ตำบลท่าสะอาด อำเภอนาดูน จังหวัดเลย

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากได้ กลุ่มตัวอย่างสอง กลุ่มแบ่ง เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่ม ทดลองเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาดจำนวน 42 คน กลุ่มเปรียบเทียบเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลน้ำสวยห้วยปลาตุ๊ก จำนวน 42 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ 1) มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางโดยใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง (ค่าคะแนนระหว่าง 24-42 คะแนน) ซึ่งเป็นภาวะที่ได้รับสิ่งคุกคามในชีวิตประจำวันหรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในรูปแบบของความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ เป้าหมายของการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง คือการช่วยเหลือให้บุคคลมีวิธีการจัดการความเครียดที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเครียดในระดับรุนแรง ที่ส่งผลให้บุคคลเกิดความล้มเหลวในการปรับตัวและเกิดการเจ็บป่วยตามมา (พรพรรณ ศรีโสภาก & ธนวรรณ อาษารัฐ, 2560) 2) สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ 3) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมฯ เกณฑ์คัดออกคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ให้เป็นโรคทางจิตเวชและอยู่ระหว่างการบำบัดรักษา 2) ขอลอนตัวออกจากโปรแกรมฯ 3) เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรมฯ 4) ย้ายภูมิลำเนาระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ

#### การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความ

แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ย กรณี กลุ่มประชากรที่มีอิสระต่อกัน (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2551) โดยใช้สูตร

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z\alpha+Z\beta)^2}{\Delta}$$

ค่าความแปรปรวน ซึ่งได้จากการศึกษา (เพ็ญภาภมร, 2553) พฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ว่างงานใน 2 หมู่บ้านที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน หมู่บ้านละ 32 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการจัดการความเครียด ในกลุ่มที่ 1 เท่ากับ 41.16 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.53 ในกลุ่มที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 38.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.36

$$\sigma^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

แทนค่า

$$\sigma^2 = \frac{(32^2 - 1)(2.53)^2 + (32^2 - 1)(3.36)^2}{2} + 32$$

$$= 8.85$$

$\Delta$  = ผลต่างของค่าเฉลี่ย ( $\mu_1 - \mu_2$ ) ของคะแนนระหว่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

$$= 41.16 - 38.25 = 3.01$$

$$n/\text{group} = \frac{2(8.85)(1.64 + 0.84)}{(3.01)^2}$$

$$n/\text{group} = 36.16 \text{ ปรับขึ้นเป็น } 37 \text{ คน}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างออกมาได้ใช้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 37 คน ในกระบวนการศึกษาอาจมีการสูญหายของข้อมูลระหว่างการศึกษาก็เพื่อป้องกันปัญหาผู้สูญหายจากการติดตามไม่ให้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบต่อ Statistical precision หรือ power ในการสรุปผลการศึกษาคั้งนี้จึงมีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ป้องกันการสูญหายร้อยละ 10 (อรุณ จิรวัดณ์กุล, 2551) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา โดยการไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ (Principle of intention to treat) ปรับขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มโดยใช้สูตรดังต่อไปนี้

สูตร

$$n_{\text{ads}} = \frac{n}{(1-R)^2}$$

$$n = \frac{37}{(1-0.10)}$$

$$= 41.11 \text{ ปรับขึ้นเป็น } 42 \text{ คน}$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 42 คน

#### ● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

#### ● เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านเป็นการประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต 6 ด้านคือ ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความเครียด ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสามารถประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพจิตตนเอง ด้านการสื่อสารทำให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฐมพยาบาลจิตใจด้านการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียด จำนวน 60 ข้อ แบ่งเป็น 3 ระดับ (กองสุขศึกษา, 2559) ประกอบด้วย ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไปหรือ 220-275 คะแนน, ระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนน ร้อยละ 60-79 หรือ 161-219 คะแนน และระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน น้อยกว่า ร้อยละ 60 หรือ 1-160 คะแนน 2) แบบวัดการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ลักษณะคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ประยุกต์จากแบบประเมิน The PERMA Profiler (Butler & Kern, 2016) เป็นแบบวัดพฤติกรรมการจัดการความเครียด ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้านสภาวะอารมณ์เชิงบวก ด้านความยืดหยุ่น ผูกพัน ด้านความสัมพันธ์ที่ดีด้านการรู้สึกรู้ว่าชีวิตมีความหมายและการบรรลุถึงเป้าหมาย จำนวน 40 ข้อ เกณฑ์การจัดระดับคะแนน ใช้วิธีอิงกลุ่มของ (Best, 1981) แบ่งเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ 1-39 คะแนนหมายถึงระดับการปฏิบัติต่ำ 40-78 คะแนนหมายถึงระดับการปฏิบัติปานกลาง และ 79-120 คะแนนหมายถึง ระดับการปฏิบัติสูง 3) แบบวัดความเครียดสวนปรุง พัฒนาโดย (สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล, 2540) เป็นแบบประเมินชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คะแนนเต็ม 100 คะแนน จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ระดับ ประกอบด้วย เครียดต่ำ 1-23 คะแนน, เครียดปานกลาง 24-42 คะแนน และเครียดสูง 43-62 คะแนนและเครียดรุนแรง 63-100 คะแนน

- **ความเที่ยงของเครื่องมือ**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้จริง ดังนี้

1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพจิตมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.92

2) แบบวัดการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.89

**กิจกรรม** ดำเนินการตามแผนโปรแกรมฯ ให้กับกลุ่มทดลอง โดยแบ่งกิจกรรมเป็น 5 Module ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ Module ที่ 1 เป็นกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) Module ที่ 2-4 เป็นกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) และ Module ที่ 5 เป็นการติดตามเยี่ยมเสริมพลังใจ ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ทั้งหมด 28 ชั่วโมง รายละเอียดดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** Module 1 สุนทรียสาธก ถกสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) โดยใช้กระบวนการสุนทรียสาธก (Appreciative inquiry) ซึ่งประกอบด้วย 7D (1. Development Relationship การสร้างสัมพันธ์ภาพ 2. Define กำหนดประเด็น 3. Discovery การค้นคว้า 4. Dream การตั้งเป้าหมาย 5. Design การออกแบบการแก้ไขปัญหา 6. Deploy การปรับใช้ 7. Document การจดบันทึก) (Tosatia, Lawthongb, & Suwanmonkhab, 2015) ในการแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งข้อมูลสุขภาพจิต (access to mental health information) ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัย สาเหตุและผลกระทบจากความเครียด (knowledge and understanding about stress) และบรรยายสรุปเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจิต ประเด็นความเครียด ร่วมกับการสาธิตการตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมต่อการจัดการความเครียด (Decision making) การรู้เท่าทันสื่อและความสามารถในการประเมินข่าวสารและบริการสุขภาพที่มีผลต่อสุขภาพจิตตนเอง (Media literacy) และบรรยายสรุปเกี่ยวกับการเสพยาอย่างมีสติรวมถึงการสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการปฐมพยาบาลจิตใจเบื้องต้น (Mental health first aid) ด้วยเทคนิค 3L ประกอบด้วย (Look ,Listen,

Link) ด้วยร่วมกับการฟังการบรรยายเรื่องอารมณ์และการจัดการความโกรธ บรรยาย การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายอารมณ์ และฝึกปฏิบัติแสดงบทบาทสมมุติการสื่อสารเชิงบวก (communication skill) ระยะเวลา 7 ชั่วโมง และประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ครั้งที่ 1

**สัปดาห์ที่ 2** Module 2 กิจกรรมการค้นหาคคุณค่า ความหมายและเป้าหมายชีวิต (Meaning and Accomplishment) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นการฝึกค้นหาจุดดี จุดเด่น ผ่านใบกิจกรรมเรื่องรู้จักตัวเองและใบกิจกรรมเรื่องการ์ดพลังสุขภาพจิต การค้นหาอุดมคติชีวิตและการตั้งเป้าหมายในชีวิตผ่านบัตรคำ รวมถึงการอภิปรายกลุ่มการวาดภาพสะท้อนอารมณ์ พร้อมรับฟังการบรรยายเรื่องความแข็งแกร่งในชีวิต และเรื่องศิลปะการใช้ชีวิตที่มีคุณค่าและความหมาย และถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After action review) ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 3** Module 3 กิจกรรมศิลปะการพัฒนาอารมณ์เชิงบวกและการสร้างสัมพันธ์ภาพเชิงบวก (Positive emotion and positive relationship) โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างได้มีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันผ่านกิจกรรมกลุ่มและกิจกรรมละลายพฤติกรรม ร่วมกับการบรรยายและฝึกปฏิบัติการคิดเชิงบวก ผ่านแบบฝึกกระบวนการคิดเชิงบวกและใบงานจดหมายถึงตัวเองผ่านการบันทึกประสบการณ์เชิงบวก (Gratitude journal) และการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับระดับความสุขในภาพรวมของชีวิตและการออกแบบวิธีสร้างสุขในการดำเนินชีวิต ผ่านใบกิจกรรม Diagram ความสุข พร้อมรับฟังการบรรยายเรื่อง ขบคิดความสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวก และถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review) ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 4** Module 4 กิจกรรมสังคมสุขภาวะ (Engagement) เป็นการสนับสนุนแรงยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ในการเห็นคุณค่าของการเป็นผู้ให้และรู้สึกมีความรักความผูกพันในชุมชนโดยให้กลุ่มทดลองได้เลือกทำกิจกรรมเพื่อบำเพ็ญประโยชน์เพื่อสังคม 1 อย่างและถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After Action Review) ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

**สัปดาห์ที่ 5-11** Module 5 กิจกรรมเยี่ยมเสริมพลังใจ เป็นการการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจ และสอบถาม ปัญหา อุปสรรคและให้การปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง ต่อคนระยะเวลา 30-45 นาทีกรณีที่กลุ่มทดลองไม่สะดวกในการเยี่ยมบ้าน จะติดตามผ่านการโทรศัพท์ตามวันเวลาที่สมาชิกสะดวก

**สัปดาห์ที่ 12** เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยการวัดระดับความเครียด ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิตและประเมินการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ครั้งที่ 2

#### ● การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในการวิจัย เพื่อทดสอบสมมติฐานในการวิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่าง ระดับความเครียด ประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และประเมินการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกเปรียบเทียบคะแนน เฉลี่ยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ paired t-test และช่วงเชื่อมั่น 95% ของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent t-test และช่วงเชื่อมั่น 95% ของความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

#### ● จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น HE622002

#### ผลการวิจัย

##### ● คุณลักษณะประชากร

ผลการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีเพียงร้อยละ 9.5 ที่เป็นเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 37-48 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 49-59 ปี อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 44.74 ปี และการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉลี่ย 11.21 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 2.02 ชั่วโมงต่อวัน ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและรองลงมาคือรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ผ่านสื่อออนไลน์ (ไลน์ เฟสบุค ยูทูป)

ผลการศึกษาในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีเพียงร้อยละ 9.5 ที่เป็นเพศชาย อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 37-48 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 49-59 ปี อายุเฉลี่ย 45 ปี และการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยปฏิบัติหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยเฉลี่ย 10.74 ปี มีการใช้อินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 1.86 ชั่วโมงส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและรองลงมาคือรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต ผ่านสื่อออนไลน์ (ไลน์ เฟสบุค ยูทูป)

##### ● ความรู้ด้านสุขภาพจิต

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับต่ำ ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้ด้านสุขภาพจิตก่อนและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนและหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำและคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่าทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p > 0.05$ )

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำและเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} <$

0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 147.238 คะแนน (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

#### ● พฤติกรรมการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ อยู่ในระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ อยู่ในระดับสูงเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองพบว่ามีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ ก่อนและหลังการทดลองพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}>0.05$ )

ภายหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกอยู่ในระดับสูง สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติการจัดการกับความเครียดฯ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 59.024 คะแนน (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

#### ● ระดับความเครียด

การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของความเครียด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด ระดับปานกลาง หลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลอง ต่ำกว่าคะแนนก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 32 คะแนน หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด 45.45คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังการทดลอง พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเครียด หลังการทดลอง สูงกว่าคะแนนก่อนการทดลอง

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด 34 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด 32 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ( $p\text{-value}>0.05$ )

หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด 15.21 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด 45.45 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความเครียดต่ำกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value}<0.001$ ) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

#### บทสรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้วิธีการที่หลากหลายทั้งการบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติแสดงบทบาทสมมติ การถอดบทเรียนหลังปฏิบัติการ (After



Action Review) และวิธีการที่สำคัญที่ใช้คือ สุนทรียสาธก (Appreciative inquiry) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองในการค้นหาจุดดีหรือข้อได้เปรียบและให้ความสำคัญกับการตั้งเป้าหมาย (Tosatia et al., 2015) และให้ความสำคัญกับความคิด ความเชื่อของบุคคล (Nicola & Jorm, 2011) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการสุนทรียสาธกถกสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเรื่องการปฐมพยาบาลทางจิตใจ เพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมวิธีการจัดการความเครียดด้วยตัวเองด้วย เทคนิค 3L ประกอบด้วย (Look คือ การมองหาพื้นที่ปลอดภัย และสังเกตอารมณ์, Listen รับรู้ เข้าใจความรู้สึก และฟังอย่างใส่ใจ, Link เชี่ยวชาญความรู้สึกตนเอง เข้าถึงบริการสุขภาพและมีสัมพันธภาพที่ดี) (WHO, 2011) ร่วมกับการฟังการบรรยายเรื่องอารมณ์และการจัดการความโกรธ การปฐมพยาบาลทางจิตใจเบื้องต้น การอภิปรายกลุ่มและการฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายอารมณ์ ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้นมีมุมมองเชิงบวกต่อปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้นและสามารถจัดการกับความเครียดได้ดีขึ้น (Othelia & Farah, 2018; Kristin, Tanvi & Jennifer, 2018) ซึ่งสอดคล้องกับ (Waldmann et al., 2019) ที่กล่าวว่า การวัดระดับความรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อความตั้งใจในพฤติกรรมแสวงหาความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ และสอดคล้องกับ Morgan et al. (2018) การอบรมความรู้ด้านการปฐมพยาบาลทางจิตใจ ที่สามารถช่วยเพิ่มความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ และสอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต การแสวงหาและการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สาเหตุ และปัจจัยเสี่ยง รวมถึงการจัดการตนเองและทัศนคติทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วยทางจิต การได้รับการช่วยเหลือและเยียวยาจากผู้เชี่ยวชาญ (Jorm, 2012) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับองค์กรอนามัยโลกที่กล่าวว่าสุขภาพจิตที่ดีและการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นองค์ประกอบของ ความรู้ด้านสุขภาพจิต องค์การอนามัยโลกกำหนดการมีสุขภาพจิตที่ดีคือ สถานะของความเป็นอยู่ที่ดี หมายถึงการตระหนักต่อตนเอง สามารถรับมือกับความเครียดในชีวิตและมีส่วนร่วมรวมถึงความสามารถ ในทำงานได้อย่างมี

ประสิทธิภาพ (WHO, 2013)

สำหรับพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วย ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยเทคนิคที่สำคัญที่ผู้วิจัยใช้คือ เทคนิคการแสดงความรู้สึกขอบคุณหรือการบันทึกประสบการณ์เชิงบวก (Gratitude Journal) ซึ่งเป็นการแสดงความรู้สึกขอบคุณต่อตนเองเมื่อได้รับประสบการณ์เชิงบวก (Pillayae et al., 2020) และสะท้อนประสบการณ์เชิงบวกผ่านกระบวนการกลุ่ม (Group process) ส่งผลให้การปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Bolier et al. (2013) ที่กล่าวว่า ความเครียดและความเหนื่อยหน่าย ภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะลดลงเมื่อได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความตั้งใจ และการเปิดใจรับฟัง และสอดคล้องกับ Meyer et al. (2012) ที่กล่าวว่าจิตวิทยาเชิงบวกเป็นเครื่องมือเสริมสร้างสุขภาวะและมีประสิทธิภาพในการเพิ่มสุขภาวะและความผาสุก ลดภาวะซึมเศร้าสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และใช้เป็นการเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายโดยไม่เกิดตราบาป (Stigma) และใช้เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ (Bolier et al., 2013)

และยังสอดคล้องกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่กล่าวว่า การศึกษาสิ่งที่ทำให้ชีวิตมนุษย์มีคุณค่า มีความสุข และมีความเจริญรุ่งเรืองโดยให้ความสำคัญกับจุดแข็ง และคุณลักษณะเชิงบวกของมนุษย์ เน้นการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต โดยนำจุดแข็งมาใช้เป็นหลักในการป้องกัน รักษา ปรับเปลี่ยนและแก้ไขข้อบกพร่อง (Lianov et al., 2019)

นอกจากนี้ยังพบว่ากระบวนการจัดกิจกรรมควรเน้นให้ทุกคนมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันภายในกลุ่ม มีความสนุกสนาน ที่เป็นพื้นที่ปลอดภัยสำหรับทุกคนโดยมีการตั้งกติกาการอยู่ร่วมกันอย่างชัดเจนและทุกคนมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกา จะทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมกลุ่มได้อย่างราบรื่น และสำหรับกระบวนการเรียนรู้ ควรเริ่มจากฐานความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพื่อจูงใจให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับความคิดเห็นและสอดคล้องเนื้อหาเพิ่มเติมตามแผนกิจกรรมจะทำให้กลุ่ม

ตัวอย่างเปิดใจเรียนรู้ในประสบการณ์หรือวิธีการใหม่ๆ มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และพฤติกรรมการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกให้อยู่ในระดับสูงได้ รวมทั้งสามารถลดระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ และสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคที่สามารถเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขจิตได้โดยเฉพาะเทคนิคสุนทรียสาธก (Appreciative

inquiry) หรือเทคนิค 7D รวมถึงสามารถประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก โดยเฉพาะการบันทึกประสบการณ์เชิงบวก (Gratitude Journal) และอาจขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ และกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ โดยเฉพาะ

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตวัยแรงงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอขอบพระคุณ นายแพทย์อาทิตย์ เล่าสู่งกูร รศ.ดร. จุฬารัตน์โสตะ และ ดร.นาฏนภา ปัดชาสุวรรณผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจสอบเครื่องมือทั้ง 3 ท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือ อสม.ยุคใหม่**. ค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2562, จาก [http://phc.moph.go.th/www\\_hss/data\\_center/ifm\\_mod/nw/NewOSM-1.pdf](http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/NewOSM-1.pdf)
- กรมสุขภาพจิต. (2559). **กรมสุขภาพจิต เผยปัญหาเครียดครองแชมป์ปรึกษาสายด่วน 1323 ในปี 60 และคนทำงานใช้ 10 วิธีลดปัญหา**. ค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.prdmh.com>
- กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561). **กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- เชษฐา แก้วพรม, โสภณศิริ ยุทธวิสุทธ์ , ลลนา ประทุม, & อรัญญา บุญธรรม. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขุขันธ์ [ฉบับออนไลน์]. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 81, 10-16.
- ปัทมาว่าพัฒนาวงศ์, & ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). **ประชากรไทยในอนาคต**. ค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSRA/AnnualConference/Conferencell/Article/Article02.htm>
- พรพรรณ ศรีโสภะ, & ธนวรรณ อาชารัฐ. (2560). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและจัดการความเครียด. **บูรพาเวชสาร**, 4(2), 79-92.
- เพ็ญญา ภมร. (2553). **ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจร่วมกับแรงบันดาลใจในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ว่างงาน ตำบลดอนหัน อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์. (2559). **รายงานประจำปีงบประมาณ 2560-2561: เอกสารการประชุมวางแผนยุทธศาสตร์องค์กร ครั้งที่ 1**. เลย: โครงการ(เอกสารอัดสำเนา)
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาด. (2561). **รายงานการสำรวจความเครียดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2561**. เลย: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าสะอาด. (เอกสารอัดสำเนา)
- วัฒน์ย เย็นจิตร, พชรินทร์ พลอยสิทธิ, โทณ แห้วเพชร & เอกชัย โกโคยศวรรค์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่าย กับผลการศึกษานักศึกษาที่ศนมาตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 25(3), 477-486.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). **รายงานประจำปี 2560**. ค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2562, จาก <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib9/5/yearbook2560.pdf>
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, & พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง. **วารสารสวนปรุง**, 13(3), 1-20.
- อรุณ จิรวัดณ์กุล. (2551). **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Best, J. W. (1981). **Research in education**. (4th ed.). New Jersey: Prentice-Hall.

- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Public Health*, *13*(1), 119.
- Butler, J., & Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profil: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, *6*(3), 1–48.
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (Eds.). (2004). *The psychology of gratitude. Series in affective science.* Oxford: Oxford University Press.
- Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. (2017). *Siriraj psychiatry DSM-5* (3rd ed.). Bangkok: : Prayoonsanthai Publishing.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, *67*(3), 231–243.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2005). Mental health first aid training: review of evaluation studies [Electronic version]. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*, 6–8.
- Lee, O. E., & Tokmic, F. (2019). Effectiveness of mental health first aid training for underserved Latinx and Asian American immigrant communities. *Mental Health & Prevention*, *13*, 68–74.
- Lianov, L. S., Fredrickson, B. L., Barron, C., Krishnaswami, J., & Wallace, A. (2019). Positive Psychology in Lifestyle Medicine and Health Care: Strategies for Implementation. *American Journal of Lifestyle Medicine*, *13*(5), 480–486.
- Lo, K., Gupta, T., & Keating, J. L. (2018). Interventions to Promote Mental Health Literacy in University Students and Their Clinical Educators. A Systematic Review of Randomised Control Trials. *Health Professions Education*, *4*(3), 161–175.
- Meyers, M. C., van Woerkom, M., & Bakker, A. B. (2013). The added value of the positive: A literature review of positive psychology interventions in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, *22*(5), 618–632.
- Morgan, A. J., Reavley, N. J., Ross, A., Too, L. S., & Jorm, A. F. (2018). Interventions to reduce stigma towards people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, *103*, 120–133.
- Penn Arts & Sciences. (2019). **Positive psychology center**. Retrieved March 21, 2019, from <https://ppc.sas.upenn.edu>
- Pillay, N., Park, G., Kim, Y. K., & Lee, S. (2020). Thanks for your ideas: Gratitude and team creativity. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *156*, 69–81.
- Pozos-Radillo, E., Preciado-Serrano, L., Plascencia-Campos, A., & Rayas-Servín, K. (2015). Chronic Stress and Its Association with Psychological, Behavioral and Physiological Variables of Mexican College Students. *Advances in Applied Sociology*, *05*(12), 299–305.
- Reavley, N. J., & Jorm, A. F. (2011). Stigmatizing Attitudes towards People with Mental Disorders: Findings from an Australian National Survey of Mental Health Literacy and Stigma. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *45*(12), 1086–1093.
- Riebschleger, J., Costello, S., Cavanaugh, D. L., & Grové, C. (2019). Mental health literacy of youth that have a family member with a mental illness: Outcomes from a new program and scale. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 2.
- Romas, J., & Sharma, M. (2017). *Practical Stress Management* (7nd ed.). San Francisco: Pearson/Benjamin Cummings.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. *The American psychologist*, *55*(1), 5–14.
- Shagvaliyeva, S., & Yazdanifard, R. (2014). Impact of flexible working hours on work-life balance. *American Journal of Industrial and Business Management*, *4*(1), 20–23.
- Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research*, *10*(1), 26.

- Tosati, S., Lawthong, N., & Suwanmonkha, S. (2015). Development of an appreciative inquiry and assessment processes for students' self-knowing and self-development. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 191, 753–758.
- Waldmann, T., Staiger, T., Oexle, N., & Rüsche, N. (2020). Mental health literacy and help-seeking among unemployed people with mental health problems. *Journal of Mental Health*, 29(3), 270–276.
- World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Retrieved August 24, 2018, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>
- World Health Organization. (2013). *Mental health action plan 2013–2020*. Retrieved August 24, 2018, from [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
- World Health Organization. (2018). *Latest data*. Retrieved August 24, 2018, from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide-prevent/en/)

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกและระดับความเครียด ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=42)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=42)		Mean difference	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต							
ก่อนทดลอง	129.50	7.089	129.40	5.482	0.095	0.069	0.945
หลังทดลอง	259.74	3.902	112.50	5.181	147.238	147.126	<0.001
การปฏิบัติการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก							
ก่อนทดลอง	54.90	5.235	55.07	5.252	-0.167	-0.146	0.885
หลังทดลอง	110.43	5.232	51.40	4.277	59.024	56.604	<0.001
ระดับความเครียด							
ก่อนทดลอง	34	6.29	32	6.164	1.359	0.806	0.423
หลังทดลอง	15.21	2.858	45.45	10.739	-30.238	-17.634	<0.001