

โครงร่างการวิจัย

ชื่อเรื่อง: ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียดของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ผู้วิจัยหลัก: นางสาวภัทรีสรพร ศรีวรรณ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
งานเวชปฏิบัติชุมชน ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

ความสำคัญและที่มาของปัญหาการวิจัย

ปัจจุบันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญ และมีแนวโน้มรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบบ่อยในประชากรทั่วโลก คาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคน มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอีกด้วย นอกจากนี้พบว่าโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ติด 1 ใน 10 ของโรคด้านสุขภาพจิตที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด ส่งผลกระทบต่อความพิการเรื้อรัง เป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว¹ โดยสถานการณ์ในปัจจุบันพบว่ามีประชากรทั่วโลกป่วยด้วยโรคจิตกักขัง ร้อยละ 3.8 (284 ล้านคน) โรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.4 (264 ล้านคน) โรคอารมณ์สองขั้ว ร้อยละ 0.6 (46 ล้านคน)² จากการศึกษาสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตในต่างประเทศ รายงานการศึกษาของประเทศอังกฤษ³ พบปัญหาสุขภาพจิตในประชากรคือ มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10-15 ส่วนประเทศในแถบตะวันตก ประชากรมีปัญหาสุขภาพจิต พบความชุกของโรคซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 19.47⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรทั่วโลกมีโรคทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยถึงร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 34 นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ยังประกาศให้ร้อยละ 80 ของประเทศในเครือข่ายทั่วโลก นำการดูแลสุขภาพจิตมาเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030)⁵ ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลกที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสนับสนุน การแก้ไข และการป้องกันปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสมต่อไป

สถานการณ์ปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย พบว่าแนวโน้มในอนาคตประชาชนเสี่ยงมีปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น จากรายงานความสุขโลกปี พ.ศ. 2565 พบแนวโน้มความสุขของคนไทยลดลงอย่างต่อเนื่องจากลำดับที่ 32 ในปี พ.ศ. 2560 ลงไปอยู่ที่ 61 ในปี พ.ศ. 2565 รวมทั้งข้อมูลประเมินสุขภาพจิตคนไทยตลอดปี พ.ศ. 2564 พบสัดส่วนผู้มีภาวะเครียดสูงถึงร้อยละ 14.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 16.8 เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 9.5 ข้อมูลจากศูนย์ป้องกันและขจัดภัยระดับชาติปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่ากลุ่มวัยรุ่น และวัยทำงานตอนต้น (อายุ 15-24 ปี และ 25-34 ปี) มีแนวโน้มจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอีกด้วย⁶ และจากรายงานภาวะสังคมไตรมาส 4 และภาพรวม พ.ศ. 2565 ของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ระบุว่าโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิตยังมีอัตราเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2563 มีอยู่ 355,537 คน แต่ในปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 7.38 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปี พ.ศ. 2547-2563 ที่ทรงตัวอยู่ในระดับ 5-6 รายต่อประชากรแสนคน⁷ และจากข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563⁸ พบว่าประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้น

ไป ร้อยละ 1.7 มีภาวะซึมเศร้า ความชุกในประชาชนหญิง ร้อยละ 2.2 สูงกว่าชาย ร้อยละ 1.2 ความชุกในเพศชายสูงสุดในกลุ่ม 30-44 ปี ร้อยละ 2.0 ส่วนในเพศหญิงสูงสุดในกลุ่ม 70-79 ปี ร้อยละ 3.7 ซึ่งความชุกของปัญหาด้านสุขภาพจิตจะสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุ 70-79 ปี มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 2.6 นอกจากนี้ ยังมีผลการสำรวจสุขภาพจิตคนไทยในระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561⁹ พบว่าคะแนนสุขภาพจิตเฉลี่ยของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เท่ากับ 31.6 คะแนน เป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 63.1 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปร้อยละ 15.8 แนวโน้มผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมีสัดส่วนมากกว่าค่าเฉลี่ย 10 ปีย้อนหลัง แต่น้อยกว่าค่าเฉลี่ย 5 ปีย้อนหลัง จะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญของคนไทย ที่ทุกภาคส่วนจะต้องให้ความสำคัญในการดูแล และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสม

จากข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยผ่านระบบ Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต¹⁰ ผลจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2565 จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลจำนวน 1,149,231 ราย พบว่า มีอัตราความเสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 5.47 ภาวะหมดไฟ ร้อยละ 4.59 และมีความเครียดสูง ร้อยละ 4.37 ประเด็นเรื่องสุขภาพจิตจึงเป็นความท้าทายที่ทุกคนและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญ อีกทั้งต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการทำงานร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา ซึ่งหากขาดความเข้าใจถึงอนาคตของสุขภาพจิตสังคมไทยโดยละเอียด สังคมไทยอาจต้องเผชิญกับผลกระทบด้านสุขภาพจิตอย่างรุนแรงในอนาคต⁵ ในเขตสุขภาพที่ 3 พบประชาชนมีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ดังนี้ มีความเครียดสูง ร้อยละ 1.94 (8,941 ราย) เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 2.45 (11,268 ราย) เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 1.18 (5,449 ราย) และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 3.03 (3,275 ราย) และในจังหวัดนครสวรรค์ พบประชาชนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเช่นเดียวกับในระดับเขตสุขภาพที่ 3 ดังนี้ มีความเครียดสูง ร้อยละ 1.42 (4,292 ราย) เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 1.81 (5,488 ราย) เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.82 (2,491 ราย) และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 2.77 (1,750 ราย) และในส่วนของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย ได้ทำการประเมิน Mental Health Check In กับบุคลากรทั้งหมด พบว่าบุคลากรมีความเครียดสูง ร้อยละ 12.06 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 0.96 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 7.31 และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 27.01 ซึ่งจากสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตดังกล่าวเมื่อประชากรหรือบุคลากรเกิดปัญหาสุขภาพจิต จะทำให้เกิดความยุ่งยากใจ พยายามปรับตัว หากไม่สามารถทำได้จะส่งผลกระทบต่อการทำงาน เกิดความเครียด รู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง และซึมเศร้า จนถึงการฆ่าตัวตายได้อีกด้วย อีกทั้งยังพบว่าคนไทยจำนวนหนึ่งยังขาดความรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และสังคมรอบข้าง นำไปสู่การละเลย เพิกเฉย และปฏิเสธการเข้ารับบริการสุขภาพจิต สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับแนวโน้มปัญหาด้านสุขภาพจิตในประเทศไทยที่เพิ่มขึ้น อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่าง ๆ ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ในสังคมที่หลากหลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเครียด การเกิดโรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเองได้ในที่สุด⁵

จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในประชาชนไทยมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพรวมในระดับโลก ปัญหาด้านสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสาธารณสุข การจัดบริการสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตยังไม่ได้มีการดำเนินการอย่างครอบคลุม ดังนั้น การดำเนินการเพื่อป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องดำเนินการ จากการทบทวนวรรณกรรมการป้องกันและการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) เป็นแนวคิดซึ่งใช้ครั้งแรกโดย Jorm และคณะ¹¹ หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้ สามารถป้องกันและจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความครอบคลุมทั้งการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต ความรู้ และความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง การช่วยเหลือ

ตนเอง ทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมไปถึงความรู้ในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต ดังนั้น หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ในทางตรงกันข้ามหากประชาชนหรือผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกันและการระบุตัวผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่ยากต่อการรักษาได้¹²

อย่างไรก็ตามหากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่ดีจะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสามารถป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ ในทางตรงกันข้ามหากประชาชนหรือผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเชิงป้องกันและการระบุตัวผู้ป่วยในระยะเริ่มต้นซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อประชาชนประสบกับปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงที่ยากต่อการรักษาได้ ดังการศึกษาของภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และเดชา ทำดี (2564)¹³ ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจ ($r=0.458$, $p<0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของกัญญาวิณ โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ, และวลัยนารี พรหมลา (2563)¹⁴ ที่ศึกษาอิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่าจิตวิทยาเชิงบวก และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกันทำนายความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 39.7 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจะเป็นตัวที่ช่วยให้แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพเมื่อมีอาการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพและสุขภาพจิตจะนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีร่างกาย จิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาของ วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2563)¹⁵ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) และคะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

ข้อมูลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2560 ของกรมสุขภาพจิต¹⁶ พบว่าคนไทยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.87 โดยมีมิติที่ได้ระดับต่ำคือ มิติความรู้ ในการค้นหาข้อมูลสารด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 27.5 ในขณะที่มิติความรู้ความเชื่อในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 36.45 และมิติด้านการขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งที่มีความเชี่ยวชาญ พบว่า มีเพียงร้อยละ 49 ขณะที่การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2562 โดยกรมอนามัย พบว่าทักษะการเข้าถึง (การค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม) ยังทำได้น้อยถึงร้อยละ 38.3 รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ (การตัดสินใจได้ว่าท่านควรทำกิจกรรมอะไรเพื่อลดความเครียด) ทำได้น้อยร้อยละ 14.2 และทักษะความเข้าใจ (การเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการที่จะทำให้สุขภาพดี) ทำได้น้อยร้อยละ 12.6 สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ถึงแม้จะอยู่ในระดับสูงถึง 65.5 (การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพจิตที่พึงประสงค์ของคนไทย พ.ศ. 2561 โดยกรมสุขภาพจิต พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับต่ำ คือ รู้ตัวเองว่าเครียดมากไปแล้ว ร้อยละ 48 รองลงมาคือ บอกได้ว่าอะไรที่ทำให้เครียด ร้อยละ 55.8 นอกจากนี้ผลการสำรวจยังพบว่าประชาชนมีความตระหนักต่อปัญหาสุขภาพจิตในด้านที่ต่ำ คือ บอกได้ว่าปัญหาสุขภาพจิตนั้นรุนแรง จนต้องขอคำปรึกษาหรือรับบริการทางการแพทย์

เพียงร้อยละ 39.7 รองลงมาคือ บอกได้เมื่อฉันหรือคนใกล้ชิดเริ่มมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น เครียด นอนไม่หลับ เบื่อหน่าย เป็นต้น ร้อยละ 36.2 และหากฉันหรือคนใกล้ชิดมีปัญหาสุขภาพจิต สามารถบอกสถานที่ขอคำปรึกษาหรือรับการตรวจรักษาได้ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ¹⁷

จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสำคัญที่จะทำให้ประชาชนที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตให้เพิ่มสูงขึ้น และมีความเครียดที่ลดลงตามมา และยังสามารถนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปขยายผลลงสู่ระดับเขตสุขภาพต่อไปได้

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และระดับความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ เป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นอย่างไร
3. คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์

วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และระดับความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
- 3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และคะแนนความเครียด ของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

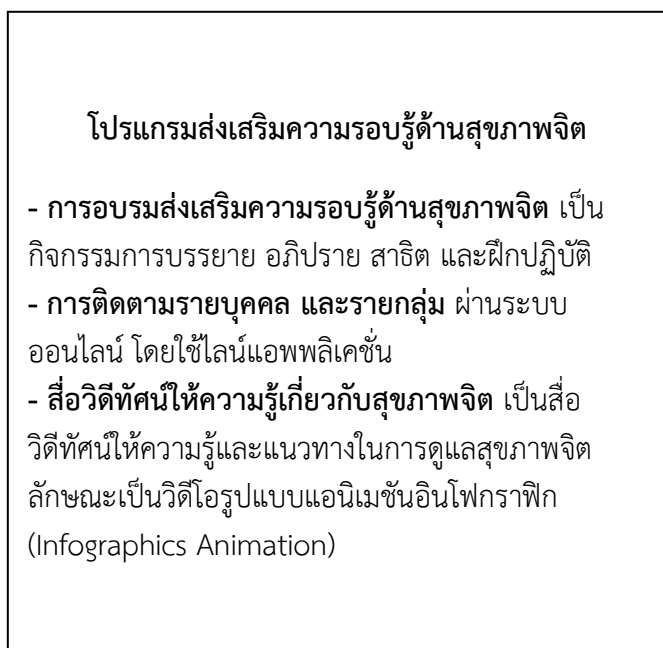
ผู้วิจัยจะดำเนินการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
 - 1.1 ความหมายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
 - 1.2 องค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
 - 1.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
 - 1.4 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

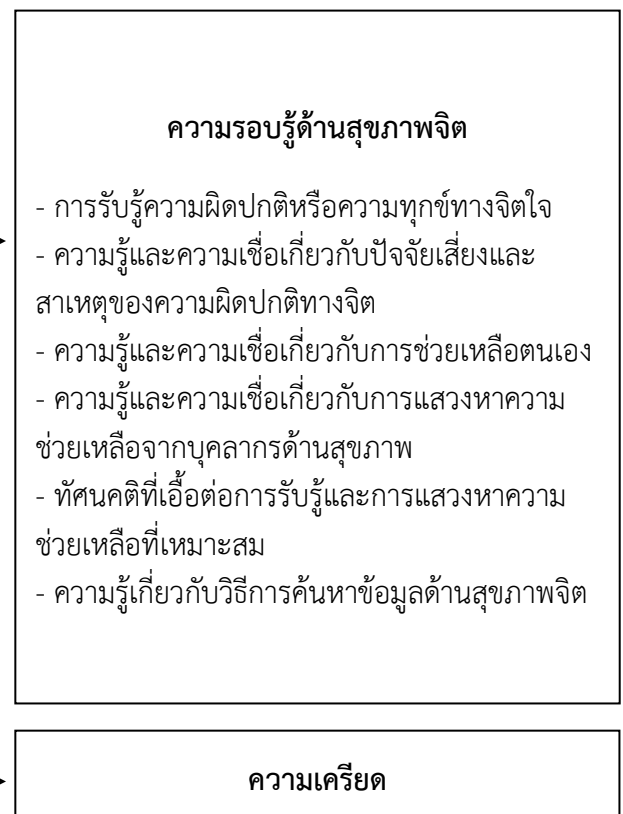
2. ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
 - 2.1 ความหมายความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
 - 2.2 องค์ประกอบความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
 - 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
 - 2.4 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต
3. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



ขอบเขตของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง (two group pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ในบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ ที่ได้รับโปรแกรมฯ ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 492 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงานศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย และบุคลากรที่ปฏิบัติงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค ซึ่งเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Mental Health Check In (MHCI) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานและมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลและส่งเสริมทางด้านสุขภาพจิตของหน่วยงานแห่งนี้ จึงกำหนดให้เป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน

กลุ่มควบคุม คือ บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่มีความคล้ายคลึงกัน เช่น การเป็นศูนย์วิชาการ มีบทบาทการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกัน จำนวน 34 คน

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

1. มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง
2. เป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ มาแล้วอย่างน้อย 1 ปี
3. มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต เมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Mental Health Check In กรมสุขภาพจิต แล้วพบความผิดปกติมีความเครียด > 5 คะแนน
4. สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศได้ เช่น โน้ตบุ๊ก คอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ ไอแพด มือถือ สมาร์ทโฟนได้
5. สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้ตามจำนวนครั้งที่กำหนด

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria)

1. ย้ายออกจากหน่วยงานระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
2. ขอลอนตัวออกจากการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง (sample size)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมคำนวณ G*Power โดยใช้ Test Family เลือก t-tests และ Statistical test เลือก Means : Difference Between Two Independent Means (two groups) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (significant level) เท่ากับ 0.05 และกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (level of power) เท่ากับ 0.80 และคำนวณขนาดของความสัมพันธ์ที่ต้องการศึกษา (effect size) จากการศึกษา วชิรา โพธิ์ใส และคณะ (2563) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้ขนาดความสัมพันธ์เท่ากับ 0.484 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

t tests – Means: Difference between two independent means (two groups)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input:	Tail(s)	=	One
	Effect size d	=	0.8

	α err prob	=	0.05
	Power (1- β err prob)	=	0.484
	Allocation ratio N2/N1	=	1
Output:	Noncentrality parameter δ	=	2.7712813
	Critical t	=	1.6786604
	Df	=	46
	Sample size group 1	=	27
	Sample size group 2	=	27
	Total sample size	=	54
	Actual power	=	0.8611049

และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมงานวิจัยได้ตามเกณฑ์ (attrition rate) เพิ่มในอัตราร้อยละ 20 โดยคำนวณจากสูตร (อรุณ จีรวรรณกุล, 2558)

$$n_{adj} = n/(1-R)$$

เมื่อกำหนดให้

n_{adj}	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ปรับแล้วเพื่อป้องกันการสูญหาย
n	=	ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง
R	=	อัตราการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง

จากการแทนค่าสูตร

$$\begin{aligned} n_{adj} &= 27/(1-0.2) \\ &= 27/0.8 \\ n_{adj} &= 33.75 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เป็นกลุ่มละ 34 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (sampling technique)

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการประชาสัมพันธ์บุคลากรเข้าร่วมการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านแกนนำสุขภาพของหน่วยงาน และสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์สื่อสารของหน่วยงาน หากอาสาสมัครมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะติดต่อผู้วิจัยโดยตรงหรือแกนนำสุขภาพของหน่วยงานเพื่อดำเนินการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัย

จากนั้นผู้วิจัยจะนำรายชื่อที่ได้จากการสมัครมาทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อให้ได้ตามจำนวนที่ต้องการ คือ 68 คน และทำการคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ถ้าไม่ผ่านคุณสมบัติตามที่กำหนดจะทำการสุ่มแบบไม่แทนที่ทดแทน (sampling without replacement) จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่กำหนดไว้

หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างมาจับคู่ (matching) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างของทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต

สถานที่ทำวิจัย

ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ กรมอนามัย และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

ระยะเวลาในการดำเนินงาน

เดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.1) แบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน ได้แก่ แบบประเมินพลังใจ (RQ) จำนวน 3 ข้อ แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าหมดไฟ (Burnout) จำนวน 7 ข้อ แบบประเมินความเครียด จำนวน 5 ข้อ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q+) จำนวน 2 ข้อ คำถามคัดกรองการฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ข้อ แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ ซึ่งเมื่อบุคลากรประเมินจากข้อคำถามทุกด้านแล้วพบว่ามีความเสี่ยงในด้านใดด้านหนึ่งจากข้อคำถามเหล่านี้ จะถือว่ามีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

2.1) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ที่ได้รับการยอมรับและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย คือแนวคิดของ จอร์ม (Jorm, 2000) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทักษะที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต กิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การอบรม ซึ่งผ่านกิจกรรมการบรรยาย อภิปราย สาธิต และฝึกปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิต โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์

2.2) คู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นคู่มือที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร (hard copy) มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด (Quick Response code [QR code]) สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดดูวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และเปิดดูคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (electronic book [E-book])

2.3) สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ลักษณะเป็นวิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วยตัวละครบรรยายเนื้อหาความรู้ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 5-10 นาที โดยวิดีโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งสามารถเข้าดูวิดีโอได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ด (QR code) ในคู่มือ

2.4) การติดตามกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล และรายกลุ่ม ผ่านรูปแบบออนไลน์ โดยใช้ Line Application เพื่อติดตามความต่อเนื่องของการปฏิบัติการดูแลทางด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานภาพสมรส รายได้ และข้อมูลปัจจัยเสี่ยง

3.2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2564)¹⁹ จำนวน 60 ข้อ โดยข้อคำถามประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพจิต 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
- 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยพิจารณาค่าเฉลี่ย ดังนี้

- ค่าเฉลี่ย 4.51–5.00 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูงมาก
- ค่าเฉลี่ย 3.51–4.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตสูง
- ค่าเฉลี่ย 2.51–3.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง
- ค่าเฉลี่ย 1.51–2.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำ
- ค่าเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50 หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำมาก

3.3) แบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียด (ST5) ตามแบบประเมิน Mental Health Check In ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) ตั้งแต่ 0-4 คะแนน และเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- 0 คะแนน หมายถึง แทบไม่มี
- 1 คะแนน หมายถึง เป็นบางครั้ง
- 2 คะแนน หมายถึง บ่อยครั้ง
- 3 คะแนน หมายถึง เป็นประจำ

กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับความเครียด โดยพิจารณาคะแนน ดังนี้

- คะแนน 0–4 หมายถึง มีความเครียดน้อย
- คะแนน 5–7 หมายถึง มีความเครียดปานกลาง
- คะแนน 8–9 หมายถึง มีความเครียดมาก
- คะแนน 10–16 หมายถึง มีความเครียดมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต คู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต และสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเหมาะสมของเนื้อหาที่พัฒนาขึ้น จากนั้นจะนำไปปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพื่อให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ในการวิจัย

2. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงหรือแก้ไขข้อความจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

1. แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจะนำไปทดลองใช้กับบุคลากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วจะนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยค่าที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการนำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมอนามัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านแกนนำสุขภาพของหน่วยงาน และสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์สื่อสารของหน่วยงาน เมื่ออาสาสมัครมีความสนใจและตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะติดต่อผู้วิจัยโดยตรงหรือแกนนำสุขภาพของหน่วยงานเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยต่อไป

3. ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแก่ผู้ที่เข้าร่วมในการทำวิจัย โดยการแนะนำตัวผู้วิจัย อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือ ในการทำวิจัย และชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ได้ และการดำเนินการวิจัยนี้ไม่ใช่การให้บริการทางสาธารณสุข ท่านจะไม่เสียประโยชน์ใด ๆ หากไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้การเข้าร่วมวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างรวมถึงการรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและในการนำเสนอผลการวิจัยนั้นได้นำเสนอเป็นภาพรวมในเชิงวิชาการและนำไปใช้ประโยชน์ในทางการวิจัยเท่านั้น และในระหว่างที่ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการศึกษาได้โดยไม่ต้องให้การศึกษาวินิจฉัยสิ้นสุด และไม่ต้องแจ้งเหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ ต่อผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือมีคำถาม สามารถซักถามผู้วิจัยได้

4. ระยะสิ้นสุดการวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มควบคุม หลังจากดำเนินการเก็บข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยได้มอบเอกสารและให้ความรู้เพิ่มเติมแก่กลุ่มควบคุม ทุกฝ่าย ได้แก่ คู่มือความรู้ด้านสุขภาพจิต และวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกมนามัยแล้ว ผู้วิจัยจะดำเนินการ โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยจะทำหนังสือขออนุญาตถึงผู้อำนวยการศูนย์กมนามัยที่ 3 นครสวรรค์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 นครสวรรค์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ขออนุญาตดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยจะดำเนินการประชาสัมพันธ์บุคลากรเข้าร่วมการวิจัย โดยการประชาสัมพันธ์ผ่านแกนนำสุขภาพของหน่วยงาน และสื่อสารผ่านทางกลุ่มไลน์สื่อสารของหน่วยงาน หากอาสาสมัครมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการวิจัยจะติดต่อผู้วิจัยโดยตรงหรือแกนนำสุขภาพของหน่วยงานเพื่อดำเนินการนัดพบกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงรายละเอียดของการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยจะดำเนินการคัดกรองคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด หากไม่ผ่านเกณฑ์ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบถึงเกณฑ์การเข้าร่วมการวิจัยที่ไม่ผ่าน และแจ้งว่าจะได้รับการดูแลตามปกติจากหน่วยงานเอกสารใบยินยอมและข้อมูลจากการคัดกรองเบื้องต้นจะถูกทำลาย รวมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างหากคัดกรองแล้วพบว่ามีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยจะนำกลุ่มตัวอย่างเข้าโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตต่อไป

4. ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย การเก็บข้อมูล ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และสอบถามความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

5. ดำเนินการกับกลุ่มทดลอง ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 การอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตในบุคลากรกลุ่มเสี่ยง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมการบรรยาย อภิปราย สาธิต และฝึกปฏิบัติทางด้านสุขภาพจิต ซึ่งดำเนินการโดยผู้วิจัย และคณะผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 3 นครสวรรค์ โดยมีรายละเอียดการอบรม ดังนี้

เป็นกิจกรรมการบรรยาย อภิปราย สาธิต และฝึกปฏิบัติ

โปรแกรมการอบรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต		
โมดูล	กิจกรรม	ระยะเวลา
1	กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ	90 นาที
2	กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต	60 นาที
3	กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง	90 นาที
4	กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ	60 นาที
5	กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม	60 นาที
6	กิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต	60 นาที

2) กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยมอบคู่มือการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาร่า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 หลังการอบรม ซึ่งเป็นคู่มือการ

ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างครอบคลุมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น โดยคู่มือเป็นแบบรูปเล่มเอกสาร มีคำบรรยายประกอบภาพสี และมีภาพคิวอาร์โค้ด (QR-code) สำหรับใช้โทรศัพท์มือถือสแกนเพื่อเปิดดูคู่มือฉบับที่เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ (E-book) ประกอบกับสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นสื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้และแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ลักษณะเป็นวิดีโอรูปแบบแอนิเมชันอินโฟกราฟิก (Infographics Animation) ประกอบด้วยตัวละครบรรยายเนื้อหาความรู้ รูปภาพ ภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยาย ความยาวประมาณ 5-10 นาที โดยวิดีโออยู่ในรูปแบบออนไลน์บนคลาวด์ (Cloud Computing) ซึ่งสามารถเข้าดูวิดีโอได้โดยการใช้โทรศัพท์มือถือสแกนรูปคิวอาร์โค้ด (QR code) ในคู่มือ ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทบทวนความรู้ได้ด้วยตนเองตลอดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

3) กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยจะดำเนินการติดตามรายบุคคล และรายกลุ่ม ผ่านระบบออนไลน์ โดยใช้ไลน์แอปพลิเคชัน (Line Application) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-13 เพื่อติดตามการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบกับผู้วิจัยจะมีข้อเสนอแนะการปฏิบัติและความรู้ทางด้านสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่าง ๆ ส่งให้กับกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนั้นหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม สามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้โดยตรงระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4) กิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 14

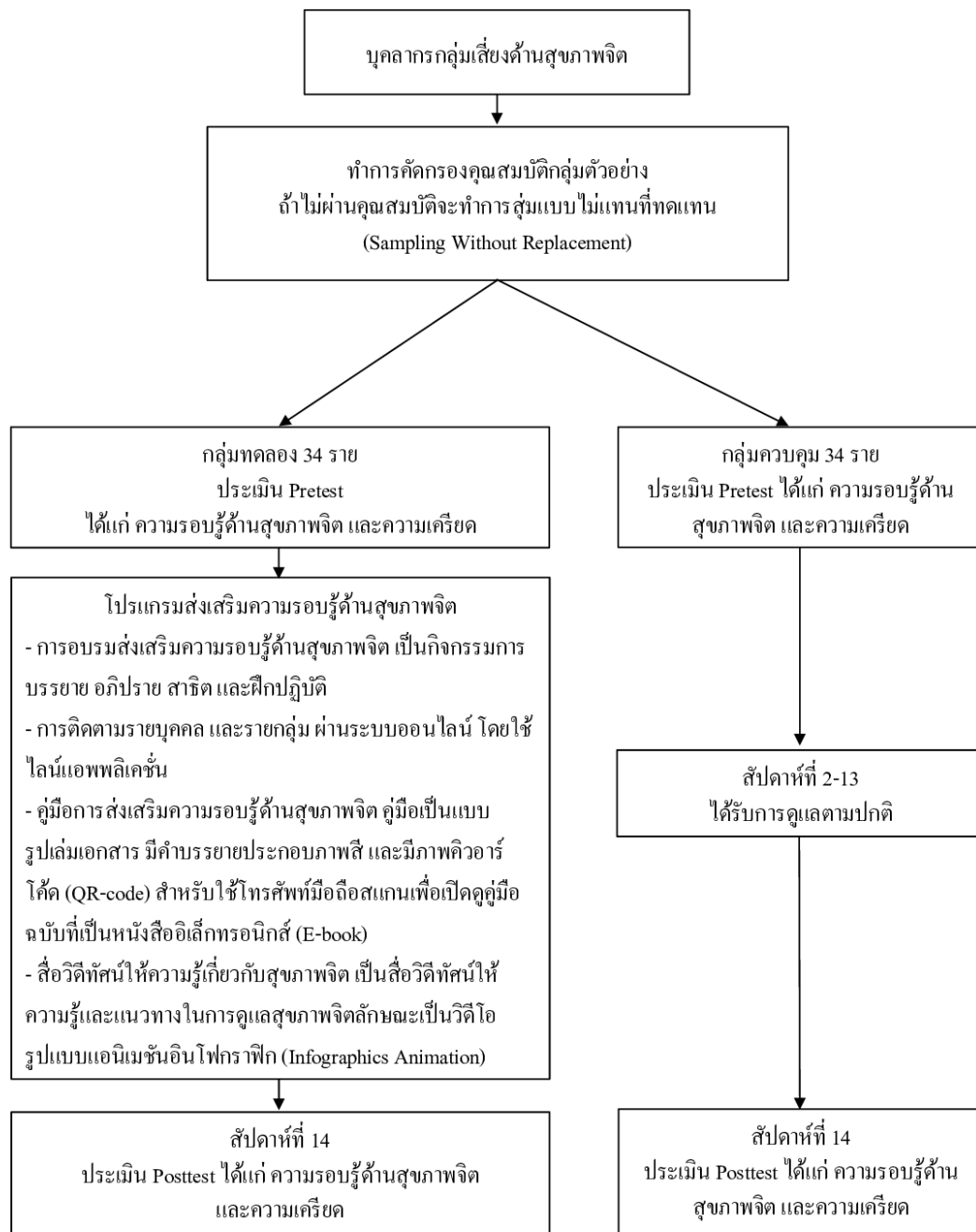
6. ดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ดังนี้

1) กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง (Pretest) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1

2) กิจกรรมที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ จากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานของหน่วยงาน ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2-13

3) กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเป็นข้อมูลหลังการทดลอง (Posttest) ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 14

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และเตรียมสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจิต และข้อมูลความเครียด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ (frequency distribution) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation [S.D.]

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลไม่ต่อเนื่องและเป็นข้อมูลนามบัญญัติ ได้แก่ อายุ และเพศ ทดสอบด้วยการทดสอบไคแอสควร์ (Chi-Square Test) ระดับการศึกษา ตำแหน่ง สถานภาพสมรส และรายได้ ทดสอบด้วยการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3. ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยการทดสอบทีแบบไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4. ผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการทดสอบทีแบบอิสระ (independent t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การให้คำนิยามเชิงปฏิบัติที่จะใช้ในการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต ที่ช่วยให้บุคลากรเกิดการรับรู้ สามารถป้องกัน และจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตหรือความทุกข์ทางจิตใจที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงสามารถแสวงหาการดูแลและรักษาได้อย่างทันทั่วที่ ประเมินจากแบบสอบถามความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ

2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง มีความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจของตนเอง บุคลากรกลุ่มเสี่ยงก็จะสามารถจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจของตนเองได้อย่างเหมาะสม ประเมินจากแบบสอบถามความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ

3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจ และสามารถขอความช่วยเหลือหรือแสวงหาวิธีการขอรับการช่วยเหลือจากผู้อื่น ทั้งบุคคลในครอบครัวหรือเพื่อนได้ ประเมินจากแบบสอบถามความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง

4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยง แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจของตนเองได้ ประเมินจากแบบสอบถามความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ

5) ทักษะที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติที่ดี จะช่วยให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ เมื่อเกิดปัญหาทางจิตใจของตนเองได้ ประเมินจากแบบสอบถามทัศนคติที่ดีต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม

6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง การที่บุคลากรกลุ่มเสี่ยงสามารถแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เช่น หนังสือ รายการโทรทัศน์ หรือวารสารต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลจิตใจของตนเองได้ ประเมินจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต

ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของ วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก (2564)

ความเครียด หมายถึง ภาวะของอารมณ์ ความรู้สึก ที่ถูกบีบคั้น กดดัน ทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีอาการแสดงที่ต่างกัน เช่น วิดกกังวล นอนไม่หลับ ปวดหัว ซึมเศร้า เป็นต้น โดยทั่วไปแต่ละคนจะมีวิธีการปรับตัวให้ผ่านพ้นไปได้ขึ้นกับทักษะการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคล

ใช้แบบประเมิน Mental Health Check In ด้านความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง กระบวนการในการส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ของศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้น และมีความเครียดลดลง ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวพัฒนาขึ้นตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของ โจรัม (Jorm, 2000) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

- 1) กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้อาการและอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความผิดปกติทางจิตใจ
- 2) กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต หมายถึง กิจกรรมที่จะทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจของตนเอง
- 3) กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่จะทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีความเข้าใจและสามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อเกิดความผิดปกติทางจิตใจ
- 4) กิจกรรมส่งเสริมความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่จะทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาทางด้านจิตใจของตนเองได้
- 5) กิจกรรมส่งเสริมทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม หมายถึง กิจกรรมที่จะทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติที่ดี
- 6) กิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่จะทำให้บุคลากรกลุ่มเสี่ยงสามารถแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลจิตใจของตนเองได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ได้รูปแบบการบริการด้านสุขภาพจิตที่สามารถสร้างความรอบรู้ และลดความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตในบุคลากรสาธารณสุข และขยายผลรูปแบบบริการ หรือโปรแกรมต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยง

งบประมาณค่าใช้จ่ายในการวิจัย

อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยใช้งบประมาณส่วนตัวในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด.
2. Research Reviews, 12: 339-353. Ritchie H, Roser M. Mental health. Oxford UK: Our world in data; 2018 [cited 2023 January 29]. Available from: <https://ourworldindata.org/mental-health>
3. Anderson AN. (2011). Treating depression in old age: the reasons to be positive. Age and Aging, 30: 13-17.
4. Volkert J, Schulz H, Härter M, Wlodarczyk O, and Andreas S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries-a meta-analysis. Aging Research Reviews, 12: 339-353.
5. Phatphicha Leksirinukul. เจาะลึกผลวิจัย 'อนาคตสุขภาพจิตสังคมไทย พ.ศ. 2576' เตรียมรับ 'การระเบิดของความหวาดกลัว' กับ 'ความโดดเดี่ยว'. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 30 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://techsauce.co/report/futures-of-mental-health-in-thailand-2033>
6. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. วันสุขภาพจิตโลก 10 ต.ค. สสส. ชวนคนไทยคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2022/10/26160>
7. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. ภาวะสังคมไทย 2565 ป่วยซึมเศร้าพุ่งสูง แนวโน้มวัยรุ่น-วัยทำงานฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hfocus.org/content/2023/03/27358>
8. วิชัย เอกพลากร, (บรรณาธิการ). (2564). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ไซน์.
9. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, ดุษฎี จิ๊งศิริกุลวิทย์, อธิป ต้นอารีย์, และบังอร สุปรिता. (2563). แนวโน้มและปัจจัยที่มีผลต่อระดับสุขภาพจิตคนไทย: การสำรวจระดับชาติ ปี พ.ศ. 2561. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(2), 121-135.
10. Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. British Journal of Psychiatry, 177(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396.
11. สุภาวดี กุลศรี. รายงานโครงการงานวิชาชีพภูมิทัศน์. 2564. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ตรวจสุขภาพใจ Mental Health Check In [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2566. เข้าถึงได้จาก <https://checkin.dmh.go.th/>
13. ภาคิน บุญพิชาชาญ, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และเดชา ทำดี. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. พยาบาลสาร. 49(1), 186-198.
14. วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี ปัญชรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 13(3), 44-55.

15. กัญญาวิณัฏ์ โมกขาว, วัชรินทร์ ช่างประดับ, และวลัยนารี พรหมลา. (2563). อิทธิพลของจิตวิทยาเชิงบวก ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารกองกาศพยาบาล. 47(3), 57-70.
16. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานประจำปี 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
17. กรมสุขภาพจิต. แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต. 2566. [เข้าถึงเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/intranet/p2554/download/>
18. Burns, N., & Grove, S. K. (2009). The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence (6th ed.). St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
19. วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, และปราโมทย์ ถ่างกระโทก. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่เวชสาร. 60(1), 63-74.