ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

The Effects of a Mental Health Literacy Program Using Positive Psychology on Mental Well-being of Village Health Volunteers in ThaThong Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province

สุทธามาศ อนุธาตุ และ เกศกาญจน์ ทันประภัสสร*
Suthtamad Anutat, KeskanTunprapussorn*
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Buddhachinaraj, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute
ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail): keskan@bcnb.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลัง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 35 คน โดยกลุ่มควบคุมสามารถดำเนินชีวิตตามปกติ กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมฯจำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 180 นาที มีกิจกรรมการเรียนรู้ 5 ขั้น ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ด้านบวก 2) การสร้างความผูกพัน 3) การสร้างความสัมพันธ์ 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย และ 5) การภาคภูมิใจในความสำเร็จ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี มีค่าดัชนีความสอดล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67-1.00 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติเปรียบเทียบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p-*value* < 0.001) การยอมรับตนเอง (p-*value* = 0.036) การมองโลกในแง่ดี (p-*value* < 0.001) การเติบโตส่วนบุคคล (p-*value* < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-*value* < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 2) กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดี รายด้านหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มควบคุม ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p-*value* < 0.001) การยอมรับตนเอง (p-*value* = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p-*value* = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p-*value* < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-*value* < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงควรขยายผลนำไปพัฒนาสุขภาพจิตดีของอสม. ให้ครอบคลุมพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ทางสุขภาพจิต, จิตวิทยาเชิงบวก, ภาวะสุขภาพจิตดี ,อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Abstract

This pretest-posttest two-group quasi-experimental research aimed to examine the effects of a mental health literacy program based on positive psychology on the mental well-being of village health volunteers in ThaThong Sub-district, Mueang District, Phitsanulok Province. A total of 70 village health volunteers were purposively selected according to specific criteria and assigned to either the experimental group (n = 35) or the control group (n = 35). The control group continued with their usual daily activities, while the experimental group participated in a mental health literacy program comprising five sessions, each lasting 180 minutes. The program was structured around a five-step learning process: 1) creating positive emotions, 2) building engagement, 3) learning for meaningful

living, 4) taking pride in accomplishments, and 5) developing relationships. Mental well-being was assessed using a validated questionnaire. The Item-Objective Congruence (IOC) indices ranged from 0.67 to 1.00, and the Cronbach's alpha coefficient was 0.86, indicating good internal consistency. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The results revealed that after participating in the program, the experimental group showed significantly higher mean scores in all dimensions of mental well-being compared to their baseline scores: Life satisfaction (p-*value* < 0.001), self-acceptance (p-*value* = 0.036), optimism (p-*value* < 0.001), personality growth (p-*value* < 0.001), and resilience (p-*value* < 0.001). 2) Post-intervention, the experimental group also had significantly higher scores than the control group in the same areas: life satisfaction (p-*value* < 0.001), self-acceptance (p-*value* = 0.020), optimism (p-*value* = 0.037), personality growth (p-*value* < 0.001), and resilience(p-*value* < 0.001). Therefore, it is recommended that this program be scaled up and implemented more broadly to strengthen community-based mental health promotion efforts.

Keywords: mental health literacy, positive psychology, mental well-being, village health volunteers

บทนำ

การเสริมสร้างให้ประชาชนมีความสามารถในการจัดระบบการใช้ชีวิตที่ปลอดภัย มีความรู้ที่เพียงพอ สามารถเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสุขภาพด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ตัดสินใจได้อย่างถูกต้องในการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งสามารถบอกต่อผู้อื่นให้เข้าใจได้เช่นกัน ด้วยเหตุนี้แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงมีส่วนสำคัญและมีบทบาทในการดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินงาน 3 ส่วน ดังนี้ 1) พัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม 2) ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและแจ้งเตือนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพคนในชุมชน และ 3) เป็นต้นแบบด้านพฤติกรรมสุขภาพและเสริมสร้างพลังใจให้คนในชุมชน มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจากนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564-2565 ได้มุ่งเน้นให้ "ประชาชนแข็งแรง เศรษฐกิจแข็งแรง ประเทศไทยแข็งแรง" โดยมีนโยบายหลักที่สำคัญ 9 ข้อ ซึ่งนโยบายที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ข้อ 1 ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็งจากการยกระดับระบบสุขภาพปฐมภูมิ และ อสม. ให้คนไทยทุกครอบครัวมีหมอประจำตัวสามหมอ (หมอประจำบ้าน (อสม.) หมอสาธารณสุข (บุคลากรที่ปฏิบัติงานในสถานบริการปฐมภูมิ) และหมอครอบครัว (แพทย์ในโรงพยาบาล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) โดยมีแผนงานที่ 5 การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิจากการจัดทำโครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม. มีตัวชี้วัดคือ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากอสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี นโยบายข้อ 4 สุขภาพดีวิถีใหม่มุ่งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนสู่วิถีใหม่ (new normal) ด้านอาหาร การออกกำลังกายและความรอบรู้ทางสุขภาพ (health literacy) และนโยบายข้อ 7 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยและพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตเชิงรุกเพื่อให้การนำนโยบายสุขภาพภาคประชาชนบรรลุตามวัตถุประสงค์ ลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาลแต่พึ่งตนเองเพิ่มมากขึ้น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชนจึงดำเนินการ สนับสนุนการพัฒนาอสม. เพื่อยกระดับเป็นอสม. หมอประจำบ้านอย่างต่อเนื่อง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

ด้วยเหตุนี้จึงมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของอสม. ที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ผลการปฏิบัติงานของอสม. ส่วนใหญ่ร้อยละ 65 ปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอธิชนันท์ บุญธรรม (2558) ที่พบว่าการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอสม.

ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง การมีความรู้มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานของอสม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ 0.05 จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงเสนอแนะให้ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ให้กับอสม. อย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบการอบรมเนื้อหาและวิธีการให้สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของอสม. ในชุมชน (ภูดิท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2557)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนที่ดำเนินงานโดย อสม. เพื่อให้ชุมชนที่ตนอาศัยอยู่เป็นชุมชนสุขภาพจิตดี อสม. มีบทบาทที่สำคัญ 3 ด้าน ดังนี้ 1) สอดส่องมองหา (look) ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการสังเกตและเข้าถึงบุคคลที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ใส่ใจรับฟัง (listen) ด้วยการทำหน้าที่ดูแลด้านจิตใจของคนในชุมชน โดยการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตเพื่อบรรเทาหรือแก้ไขปัญหาด้วยการรับฟังให้คำปรึกษา แนะนำให้ข้อคิดเตือนใจบุคคลที่มีความทุกข์ใจ ปลอบโยนให้กำลังใจ เยี่ยมเยือนสอบถามอาการด้านการให้ความรู้ด้านจิตใจสำหรับตนเอง ครอบครัวและชุมชนอาจทำในรูปแบบการสื่อสารผ่านหอกระจายข่าว และ 3) การส่งต่อเชื่อมโยง (link) คือการช่วยให้บุคคลให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการพูดคุยให้ผู้ป่วยและญาติเห็นความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องหรือปฏิบัติตามแพทย์สั่ง การประสานเจ้าหน้าที่ในการส่งต่อการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสื่อสารให้บุคคลในชุมชนรับทราบเกี่ยวกับบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1223 บริการ 24 ชั่วโมง (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่การสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของอสม. ที่ชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงขออนุญาตทำการสัมภาษณ์การปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของอสม. จากพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าโพธิ์ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังน้ำคู้ พบว่าการทำหน้าที่ของอสม. ด้านการสร้างสุขภาพจิตในชุมชนส่วนใหญ่ อสม. จะมีบทบาทในการช่วยเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) และมีบางครั้งจะรายงานอาการของบุคคลในชุมชนที่มีปัญหาความเครียดหรือมีอาการที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิตตามที่พยาบาลมอบหมายให้ติดตามและรายงานข้อมูลเท่านั้น จะเห็นว่าบทบาทการทำหน้าที่ของ อสม. ในงานสุขภาพจิตชุมชนค่อนข้างจำกัด ไม่ครอบคลุมตามบทบาทในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีทั้ง 3 ด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากที่ผ่านมาอสม.ไม่เคยได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตดีอย่างเป็นรูปธรรม จึงส่งผลให้อสม. ไม่เข้าใจบทบาทในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดี ทำให้การมีส่วนร่วมในการทำหน้าที่ดังกล่าวทำได้ไม่ชัดเจน (จีระพรรณ จิตณรงค์ และคณะ, 2565) ซึ่งจากการศึกษาของสุกัญญา แก่นงูเหลือม (2563) ที่พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะให้เน้นการพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพ การมองโลกในแง่ดีอันจะช่วยให้บุคคลมีภาวะสุขภาพจิตที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของโนบรี เจ และคณะ ที่พบว่าความรอบรู้ทางสุขภาพจิต (mental health literacy: MHL) และภาวะสุขภาพจิตดี (positive mental health: PMH) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Nobre et al., 2022)

ดังนั้นการนำแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกที่พัฒนาโดยมาร์ติน เซลิกแมน (Martin Seligman) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่มุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (well-being) โดยมีกระบวนการ 5 องค์ประกอบ ที่เรียกว่า “PERMA” ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ทางบวก (positive emotions) 2) การสร้างความผูกพัน (engagement) 3) การสร้างความสัมพันธ์ (relationships) 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (meaning life) ได้ทำในสิ่งที่รักแล้วแบ่งปันให้คนอื่นได้มีความสุขด้วย และ 5) ความสำเร็จ (accomplishment) และมีสาระสำคัญของจิตวิทยาทางบวกที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความสุขของบุคคล (Personal happiness) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ความสร้างสรรค์ (Creativity) ความสามารถในการฟื้นตัวเมื่อเผชิญความยากลำบาก (Resilience) จุดแข็ง (Character strengths) และปัญญา (Wisdom) (Seligman, 2019) ด้วยเหตุนี้การที่อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพในระดับบุคคลตามกระบวนการ PERMA และมีสาระสำคัญของจิตวิทยาทางบวกที่กล่าวมา ย่อมเป็นการสนับสนุน

ให้อสม. เป็นผู้ทำหน้าที่เพื่อสังคมด้วยหัวใจที่มีจิตอาสาอย่างแท้จริง ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพจิตดีของอสม. อันจะนำมาซึ่งการทำหน้าที่เสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีให้กับประชาชนต่อไป (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2564)

สำหรับ “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “health literacy” เกี่ยวข้องโดยตรงกับ “ศักยภาพของบุคคล” เนื่องจากบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถพึ่งพาตนเองทางสุขภาพได้ และสามารถช่วยสร้างครอบครัวให้มีสุขภาพดีได้ ด้วยเหตุนี้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เกิดจากปัญหาในการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจ และนำข้อมูลที่ถูกต้องมีความน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองและบุคคลอื่นได้จึงถูกนำมาใช้ในงานด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2561) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการรับรู้ ความรู้และความเชื่อของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่าง ๆ 2) ปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) การช่วยเหลือตนเอง 4) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) วิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2563) ด้วยเหตุนี้การพัฒนาศักยภาพของอสม. ให้เป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตดีด้วยจิตวิทยาเชิงบวกจึงจำเป็นต่อการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีเนื่องจากผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพ (ความฉลาดทางสุขภาพ) สามารถใช้ทักษะที่จำเป็นในการแสวงหาทำความเข้าใจ ประเมินการสื่อสารและใช้สารสนเทศทางด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถนำเสนอข้อมูลและสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตนตามข้อมูลที่ได้รับดีขึ้น (สุนันทินี ศรีประจันทร์, 2562) ดังนั้น อสม. ที่ได้รับการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตดีของตนเองดังนี้ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) 3) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) 4) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และ 5) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) (Jahoda, 1958; Rutter, 1985; ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์ และคณะ, 2560)

ดังนั้นการศึกษา ผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จึงเป็นการสนับสนุนให้อสม. ได้รับการพัฒนาให้เป็นบุคคลต้นแบบที่มีภาวะสุขภาพจิตดียิ่งขึ้น และเมื่ออสม. เป็นผู้มีภาวะสุขภาพจิตดี ย่อมสนับสนุนให้สามารถทำหน้าที่หมอคนแรกในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีให้กับประชาชนในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

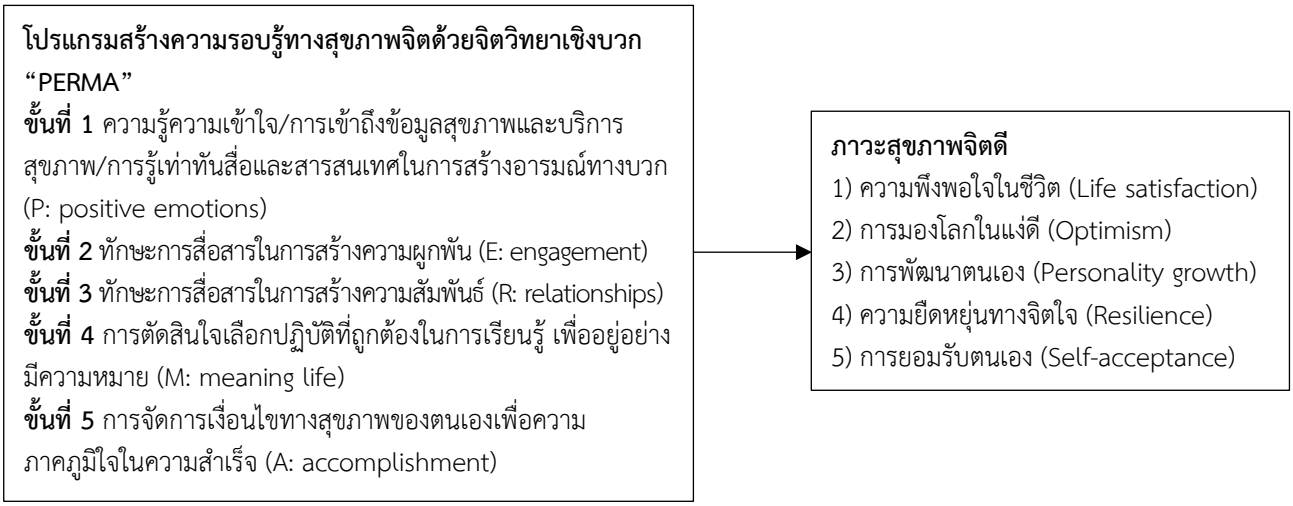
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. หลังทดลองภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง
2. คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ ได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพตามแนวคิดของนัทบีม 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ (Knowledge and Understanding) 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access to Health Information and Services) 3) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media and Information Literacy) 4) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skills) 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision-Making for Appropriate Health Practices) และ 6) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง (Self-Management of Health Conditions) (Nutbeem, 2008) และจิตวิทยาเชิงบวกของมาร์ติน เซลิกแมน ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นที่เรียกว่า“PERMA” ได้แก่ 1) การสร้างอารมณ์ด้านบวก (positive emotions) 2) การสร้างความผูกพัน (engagement) 3) การสร้างความสัมพันธ์ (relationships) 4) การเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (meaning life) และ 5) ความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (accomplishment) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตดี 5 ด้านของ อสม. ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) 2) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) 3) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) 4) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) และ 5) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) (Seligman, 2019) โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อน-หลัง (Quasi-experimental research: Two Group Pretest – Posttest Design) ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม -15 กันยายน 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ที่อาศัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 224 คน

กลุ่มตัวอย่าง อสม. ที่อาศัยในพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 70 คนแบ่งออกเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า - คัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เป็นอสม.ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ (2Q=0)
3. มีโรคประจำตัวทางกายที่ไม่รุนแรง เช่น เบาหวาน ไขมัน ความดันโลหิตสูง
4. สามารถอ่านออกเขียนได้

5. มีสมาร์ทโฟนและสามารถใช้สมาร์ทโฟนได้

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเข้าร่วมโครงการฯ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. เจ็บป่วยและมีอาการทางกายหรืออาการทางจิตที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วงเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯกำหนด

2. แสดงท่าทีเบื่อหน่ายขณะร่วมโปรแกรมฯ

3. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนด

คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 95% จากงานวิจัยของประภาศรี ปัญญาวชิรชัย และสมหมาย วงษ์กวน (2566) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 54 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจากการได้ข้อมูลไม่สมบูรณ์ (drop out) ดังนั้นผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 16 คน จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 70 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 35 คน และกลุ่มทดลอง 35 คน จากนั้นทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า-คัดออกที่กำหนด และทำการสุ่มอย่างง่ายในการจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยกำหนดให้รายชื่อที่จับได้ในการสุ่มครั้งที่เป็นเลขคี่ เช่น ครั้งที่ 1,3,5...เป็นกลุ่มควบคุม รายชื่อที่จับได้ในการสุ่มครั้งที่เป็นเลขคู่ เช่น ครั้งที่ 2,4,6... เป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่	กิจกรรม
1-2	**ขั้นที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก(P: positive emotions)** : กิจกรรมการเรียนรู้การมองโลกในแง่บวกในวิถีใหม่ - การบริหารกายและการบริหารจิต - ให้ข้อมูลเพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลที่พบบ่อย เช่น ความเครียด ซึมเศร้า กังวล ปัญหาการนอนหลับ การประเมิน ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และการคัดกรองเบื้องต้น - ให้ข้อมูลเพื่อแสวงหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากสื่อทางสังคม (social media) เช่น ยูทูป (YouTube) - การฝึกความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อสร้างความรู้สึกทางบวก/เพิ่มอารมณ์ด้านบวกที่เชื่อถือได้ (ความรู้สึกขอบคุณซาบซึ้ง มีแรงบันดาลใจ มีความหวัง รู้สึกภาคภูมิใจ) - การฝึกความสามารถในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลความรู้สึกทางบวก/เพิ่มอารมณ์ด้านบวก - เสริมสร้างจุดแข็งและค้นหาความหมายคุณค่าในตนวิถีใหม่ด้วยการฝึกเจริญสติ/ลดอารมณ์ด้านลบ - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
3	**ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน (E: engagement) : กิจกรรมการเรียนรู้การยิ้มจากภายในสู่ภายนอก** - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อแสดงความต้องการและความกังวลใจด้วยรอยยิ้มจากภายในสู่ภายนอก - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อปล่อยความคิด การพูด การกระทำที่ควรปล่อยวาง/ละทิ้ง - ฝึกใช้การสื่อสารเพื่อเรียนรู้การรู้จักการให้อภัยตนเองหรือผู้อื่น (Forgiveness) - การฝึกแผ่เมตตาต่อตนเองและผู้อื่น - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง

ครั้งที่	กิจกรรม
4	**ขั้นที่ 3 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ (R: relationships) : กิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารทางบวก (Positive Communication)** - การสื่อสารด้วยปิยวาจา/สื่อสารภาษากายกับผู้ให้บริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ - การสื่อสารเพื่อระบุปัญหาในการสื่อสารด้วยปิยวาจา/สื่อสารภาษากาย - ฝึกการฟังด้วยใจ(ข้อเท็จจริงหรือความคิดเห็น) - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
5	**ขั้นที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (M: meaning life):** กิจกรรมการเรียนรู้ค้นหาความภาคภูมิใจในตนเองจากอดีตสู่ปัจจุบัน - การตัดสินใจเลือกพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทำให้เป็นผู้มีสุขภาพจิตดี - การเลือกค้นหาสิ่งดีๆที่มีอยู่ในตนเอง/สมุดความดี/ธนาคารความดี - การกำหนดเป้าหมายของชีวิตให้ชัดเจนด้านการทำงานที่มีพื้นฐานจากความรักต่อเพื่อนมนุษย์และสรรพสิ่งทั้งหลาย - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง
6	**ขั้นที่ 5** การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (A: accomplishment): กิจกรรมการเรียนรู้ความภาคภูมิใจจากการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่จิตอาสา - บอกความภาคภูมิใจจากการทำจิตอาสาในการสร้างสุขภาพจิตดีในชุมชน - ฝึกนำข้อดีที่มีอยู่ในตนเองไปใช้ในการสร้างภาวะสุขภาพจิตดีต่อตนเอง - ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จและกำลังใจในการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค - ฝึกนำเสนอปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพจิตของตนเองเมื่อมีความทุกข์ใจและการทำจิตอาสาสร้างภาวะสุขภาพจิตดีต่อตนเอง - แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มและทบทวนความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยพัฒนามาจากและแนวคิดของโจโฮดาและรัทเตอร์ (Jahoda, 1958; Rutter, 1989) จำนวน 35 ข้อ เป็นแบบประเมินประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) จำนวน 7 ข้อ 2) การยอมรับตนเอง (Self-acceptance) จำนวน 8 ข้อ 3) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) จำนวน 7 ข้อ 4) การพัฒนาตนเอง (Personality growth) จำนวน 7 ข้อ และ 5) ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience) จำนวน 6 ข้อ

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

0 คะแนน หมายความว่า ไม่เคยทำเลย
1 คะแนน หมายความว่า ทำได้ยากมาก
2 คะแนน หมายความว่า ทำได้ยาก
3 คะแนน หมายความว่า ทำได้ง่าย
4 คะแนน หมายความว่า ทำได้ง่ายมาก

การแปลผลค่าคะแนน 3 ระดับตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1989) คือ ความกว้างของอันตรภาคชั้น = (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด)/จำนวนชั้น ดังนี้

ความพึงพอใจในชีวิต การมองโลกในแง่ดี และการพัฒนาตนเอง มีการแปลผลคะแนน-ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 18.67-28.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 9.34–18.66	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-9.33	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

การยอมรับตนเอง มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 21.35-32.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย10.68–21.34	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-10.67	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

ความยืดหยุ่นทางจิตใจมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 17.00-24.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 9.00–16.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-8.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

ภาวะสุขภาพจิตดีในภาพรวม มีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 93.35-140.00	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับสูง
คะแนนเฉลี่ย 46.68–93.34	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 0.00-46.67	หมายถึง	มีภาวะสุขภาพจิตดีระดับต่ำ

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของกิจกรรมและภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช 2 คน และผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาคลินิก 1 คน จากนั้นดำเนินการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญเพื่อนำไปใช้จริงกับกลุ่มทดลองต่อไป

2. แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจนของภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน (เช่นเดียวกับข้อ 1) ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์โดยหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) มีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.67–1.00 และนำไปทดลองใช้ (tryout) กับ อสม. ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha’s Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตดำเนินการโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ระหว่างเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 จากนายกองค์การบริหารจังหวัดพิษณุโลก จากนั้นดำเนินการดังนี้

1. ก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรมฯผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดี โดยกำหนดให้ทำแบบประเมินในวันเดียวกัน ซึ่งกลุ่มควบคุมผู้วิจัยมอบหมายให้ผู้ช่วยนักวิจัยที่ผ่านการอบรมการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ดำเนินการแจกและเก็บแบบประเมินที่บ้านของกลุ่มควบคุม สำหรับกลุ่มทดลองผู้วิจัยได้นัดพบเพื่อทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

2. ผู้วิจัยดำเนินการให้สมาชิกกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 3 ชั่วโมง จำนวน 6 ครั้ง รวม 18 ชั่วโมง โดยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่กำหนด ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก ให้กลุ่มทดลองประเมินภาวะสุขภาพจิตดี สำหรับกลุ่มควบคุมให้ทำแบบประเมินภาวะสุขภาพจิตดีในวันเดียวกับกลุ่มทดลอง ภายหลังทำแบบประเมินเสร็จสิ้น ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มควบคุมเพื่ออธิบายและแจกเอกสารการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก

3. ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ นำเสนอผลการวิจัย สรุปอภิปรายผล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยไปปรับปรุงโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อไป

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ อสม. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ภายในกลุ่มควบคุม และภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนภายหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกโดยใช้สถิติ Independent t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัย COA No. 003/2566 ลงวันที่ 27 กรกฎาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัยทุกขั้นตอน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย โดยให้อิสระและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ หรือสามารถบอกยกเลิกการเข้าร่วมโปรแกรมฯได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติหน้าที่ อสม. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าทอง เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีความประสงค์และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยเซ็นชื่อในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับเป็นเวลา 1 ปี และทำลายเอกสารตามแนวปฏิบัติของวิทยาลัย และมีการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวมตามความเป็นจริง

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า กลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 91.40 มีอายุระหว่าง 51-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 51.40 อายุเฉลี่ย 47.91 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 45.70 ส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 57.10 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.60 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการสอดส่องมองหา (Look) คิดเป็นร้อยละ 34.30 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการใส่ใจรับฟัง (Listen) คิดเป็นร้อยละ 48.60 และมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) คิดเป็นร้อยละ 45.70

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 80.00 มีอายุระหว่าง 51-59 ปีคิดเป็นร้อยละ 54.30 อายุเฉลี่ย 48.97 ปีระดับการศึกษาสูงสุดชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 51.40 ส่วนใหญ่มีสภาวะสุขภาพดีไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 71.40 มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 15 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.40 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการสอดส่องมองหา (Look) คิดเป็นร้อยละ 31.40 มีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการใส่ใจรับฟัง (Listen) คิดเป็นร้อยละ 34.30 และมีประสบการณ์ในการทำหน้าที่สร้างชุมชนสุขภาพจิตดีด้วยการส่งต่อเชื่อมโยง (Link) คิดเป็นร้อยละ 74.30

1. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุมและภายในกลุ่มทดลอง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม.จำแนกรายด้าน ภายในกลุ่มควบคุม (n=35) และ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ภาวะสุขภาพจิตดี	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มควบคุม						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	19.05	2.36	17.45	2.31	3.185	0.003*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	22.97	5.06	19.34	5.00	2.994	0.005*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	18.37	4.30	19.45	7.41	-.726	0.473
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	19.48	3.10	17.57	4.15	2.348	0.025*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	17.94	2.88	16.14	3.37	2.532	0.016*
กลุ่มทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	17.80	1.65	21.34	3.19	-5.931	.000*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	24.65	2.90	26.74	4.27	-2.181	.036*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	15.94	1.55	22.28	2.62	-14.494	.000*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	18.68	2.02	22.71	3.25	-5.559	.000*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	15.60	2.65	20.51	2.57	-7.372	.000*

p-value < 0.05

จากตาราง 1 พบว่า อสม. กลุ่มควบคุมมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การมองโลกในแง่ดี (Optimism) ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ดังตาราง 2

ตาราง 2 แสดงผลการปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม.จำแนกรายด้านระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง (n=35)

ภาวะสุขภาพจิตดี	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	*p*-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	19.05	2.36	17.80	1.65	2.576	.012*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	22.97	5.06	24.65	2.90	-1.708	.092
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	18.37	4.30	15.94	1.55	3.140	.003*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	19.48	3.10	18.68	2.02	1.275	.207
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	17.94	2.88	15.60	2.65	3.530	.001*
หลังทดลอง						
ความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction)	17.45	2.31	21.34	3.19	-5.819	.000*
การยอมรับตนเอง (Self-acceptance)	19.34	5.00	26.74	4.27	-6.652	.020*
การมองโลกในแง่ดี (Optimism)	19.45	7.41	22.28	2.62	-2.126	.037*
การเติบโตส่วนบุคคล (Personality growth)	17.57	4.15	22.71	3.25	-5.769	.000*
ความยืดหยุ่นทางจิตใจ (Resilience)	16.14	3.37	20.51	2.57	-6.091	.000*

p-value < 0.05

จากตาราง 2 พบว่า ก่อนทดลอง อสม. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีไม่แตกต่างกัน ยกเว้นด้านความพึงพอใจในชีวิต (p-value = 0.012) ด้านการมองโลกในแง่ดี (p-value = 0.003) และด้านความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-value = 0.001) ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดี รายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p-value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p-value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p-value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p-value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-value < 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ตำบลท่าทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า อสม. มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีอยู่ในระดับสูง และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และหลังทดลอง อสม. กลุ่มทดลองมีภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p-value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p-value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p-value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p-value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-value < 0.001) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงหลังใช้โปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก และมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ขั้นช่วยให้ อสม. เกิดแรงบันดาลใจในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพเนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพมีพื้นฐานมาจากความรู้ส่วนหนึ่งและอาจพัฒนาด้วยการศึกษาเพิ่มเติมร่วมด้วย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของปฏิสัมพันธ์และโครงสร้างในการดูแลสุขภาพร่วมด้วย (Nutbeam, 2008) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพยังขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการสื่อสารของแต่ละบุคคล ระบบการดูแลสุขภาพและสังคมที่กว้างขึ้น (Baker, 2006) และนอกจากนี้ ปาเช่-ออร์โลว์ และวูล์ฟ (Paasche-Orlow และ Wolf, 2007) ได้อธิบายถึงความเชื่อมโยงของแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลมาจาก 3 จุดสำคัญ ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และการดูแลตนเอง จึงพบว่าก่อนที่ อสม. จะเข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก อสม. มีภาวะสุขภาพจิตดีด้านการยอมรับตนเอง การเติบโตส่วนบุคคลและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีอยู่ในระดับสูง เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวก อสม. ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย และการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ ย่อมส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิต ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง อสม. กับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตและการดูแลตนเองให้มีภาวะสุขภาพจิตดีให้ดียิ่งขึ้นจึงพบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านในทุกด้านและภาพรวมของภาวะสุขภาพจิตดีสูงกว่าก่อนทดลอง

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นด้านการมองโลกในแง่ดีของกลุ่มควบคุมที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องมาจากกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าที่คล้ายคลึงกัน จะแตกต่างกันคือประสบการณ์ในการทำงานในระยะเวลาที่ต่างกัน คือ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. 1-5 ปีคิดเป็นร้อยละ 48.60

ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน อสม. มากกว่า 15 ปีคิดเป็นร้อยละ 31.40 จึงส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีแตกต่างกัน เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างการมองโลกในแง่ดีและประสบการณ์การทำงานเป็นความสัมพันธ์ใน 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) การมองโลกในแง่ดีส่งผลต่อประสบการณ์การทำงาน คือ คนที่มองโลกในแง่ดีส่งผลให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มการทำงานที่ยาวนานมากขึ้น 2) ประสบการณ์การทำงานส่งผลต่อการมองโลกในแง่ดีคือ ประสบการณ์ในการทำงานเชิงบวกคือทำงานสำเร็จ ทำให้ได้รับการยอมรับจะสนับสนุนให้มีการมองโลกในแง่ดีได้ (Karademas, 2006)

ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องมาจาก อสม. เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกซึ่งมีจุดเน้นด้านกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ขั้น ได้แก่ ขั้นที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ/การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ/การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศในการสร้างอารมณ์ทางบวก (P: positive emotions) ขั้นที่ 2 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความผูกพัน (E: engagement) : กิจกรรมการเรียนรู้การยิ้มจากภายในสู่ภายนอก ขั้นที่ 3 ทักษะการสื่อสารในการสร้างความสัมพันธ์ (R: relationships) : กิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารทางบวก (Positive Communication) ขั้นที่ 4 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการเรียนรู้เพื่ออยู่อย่างมีความหมาย (M: meaning life) : กิจกรรมการเรียนรู้ค้นหาความภาคภูมิใจในตนเองจากอดีตสู่ปัจจุบัน และขั้นที่ 5 การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเองเพื่อความภาคภูมิใจในความสำเร็จ (A: accomplishment) : กิจกรรมการเรียนรู้ความภาคภูมิใจจากการดูแลสุขภาพจิตของตนเองและความภาคภูมิใจในการทำหน้าที่จิตอาสา และแนวคิดนี้มีกลไกการส่งเสริมสุขภาพจิตในหลาย ๆ แง่มุม เช่น การเรียนรู้ในการจัดการอารมณ์ตนเองให้เป็นอารมณ์ทางบวกที่ส่งผลต่อความสุขที่เพิ่มขึ้น ทำให้เพิ่มทักษะการดำเนินชีวิตให้ยืนยาวมากขึ้น การสร้างความผูกพันธ์กับผู้อื่นเพื่อให้เกิดความรัก และมิตรภาพที่ยืนยาว การดำเนินชีวิตอย่างมีความหมายช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง ทำให้อยากทำสิ่งใหม่ ๆ ที่เป็นสิ่งดีมีประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น และการมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต การทำงานให้ประสบผลสำเร็จย่อมส่งผลต่อความสุขและภาวะสุขภาพจิตของบุคคลอย่างแน่นอน (Holt-Lunstad et al., 2010, Steger, 2012) ทำให้ อสม. ได้รับการพัฒนาตนเองให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์และประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเอง เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อสุขภาพที่ดี (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และการใช้จิตวิทยาเชิงบวกทำให้ อสม. สามารถนำไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันจะทำให้สามารถที่จะเข้าถึงคำว่าความสุขอย่างแท้จริง ซึ่งหลักการหรือเทคนิคการสร้างความสุขด้วยตนเองด้วยจิตวิทยาเชิงบวกโดยส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญที่ความคิดของบุคคล การที่บุคคลรู้จักปรับความคิด มีทัศนคติและมุมมองที่ดีเน้นการมองในแง่บวก พัฒนาที่ตัวบุคคลจะทำให้บุคคลเหล่านั้นเข้าถึงความสุขได้ (เกสร มุ้ยจีน, 2559) จึงส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านก่อนและหลังทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวชิรชัย และสมหมาย วงษ์กวน (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. ค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจในชีวิต (p-value < 0.001) การยอมรับตนเอง (p-value = 0.020) การมองโลกในแง่ดี (p-value = 0.037) การเติบโตส่วนบุคคล (p-value < 0.001) และความยืดหยุ่นทางจิตใจ (p-value < 0.001) ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อสม. ที่เข้าร่วมในโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกตามกระบวนการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพและจิตวิทยาเชิงบวก “PERMA” 5 ขั้น ซึ่งประกอบด้วย

กิจกรรมที่หลากหลาย เช่น กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมซึ่งถูกนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างกว้างขวาง (Wallerstein & Bernstein, 1988) การสนับสนุนการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการสร้างความรู้ด้วยตนเองด้วยการฝึกปฏิบัติและการทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง การเรียนรู้จากการทำงานร่วมกันและการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเรียนรู้ของตนเองเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองและสังคม (Kolb, 1984; Vygotsky, 1978; Johnson & Johnson,1989) นอกจากนี้ยังมีการเรียนรู้จากตัวอย่างที่มาจากสื่อทางสังคม (social media) เช่น ยูทูป (youtube) ร่วมด้วย ดังนั้น อสม. ที่เข้าร่วมโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกจึงมีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพจิตดีรายด้านในทุกด้านแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของประภาศรี ปัญญาวชิรชัย และสมหมาย วงษ์กวน (2566) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรหัตถกิจ (2563) ที่พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

การนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในสถานบริการระดับปฐมภูมิสามารถนำโปรแกรมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพจิตด้วยจิตวิทยาเชิงบวกไปใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีของ อสม. ให้ครบทุกคน เพื่อสนับสนุนให้เป็นบุคคลต้นแบบผู้มีสุขภาพจิตดีและการทำหน้าที่ในการเสริมสร้างภาวะสุขภาพจิตดีของประชาชนในชุมชนให้ครอบคลุมตามหลัก 3L (look-listen-link) ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ มีการศึกษาภาวะสุขภาพจิตดี 5 ด้านดังนั้นจึงควรศึกษาภาวะสุขภาพจิตดีด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีเป้าหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และความผาสุกทางอารมณ์ สังคม จิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ เป็นต้น

2. ควรศึกษาการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ทางสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ตามหลัก 3L (look-listen-link) ของ อสม. เพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำหน้าที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2564*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี RQ พลังสุขภาพจิต*. บริษัท บียอนด์พับลิสชิ่ง จำกัด.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *แนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

เกสร มุ้ยจีน. (2559). การสร้างความสุขด้วยจิตวิทยาเชิงบวก. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 24*(4), *673-681.*

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2564). เครื่องมือประเมิน Health literacy. *วารสารสมาคมวิชาชีพสุขศึกษา, 36*(2), 7-18.

จีระพรรณ จิตณรงค์, เพ็ญศรี โชติก, และกนกภรณ์ เกษน้อย. (2565). *การปฏิบัติหน้าที่ในการสร้างชุมชนสุขภาพจิตดีของ อสม.* สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 9 กันยายน 2565.

ประภาศรี ปัญญาวชิรชัย และสมหมาย วงษ์กวน. (2566). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, *16*(2), 272-286.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, ณัฐชยา พลาชีวะ, วินัย ไตรนาทถวัลย์, และปริศนา บุญประดิษฐ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต: แนวคิดและการประยุกต์ใช้สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ. *เชียงใหม่เวชสาร, 59*(3), 72-163.

ภูดิท เตชาติวัฒน์ และนิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. (2557). การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอพรหมพิรามจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, *28*(1), 16-28.

วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกต่อความสุขและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *13*(2), 51-61.

ศุทรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, ดุษฎี จึงศิรกุลวิทย์, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). *การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักการและแนวทางปฏิบัติ*. หจก. วนิดาการพิมพ์.

สุกัญญา แก่นงูเหลือม. (2563). *อิทธิพลของปัจจัยปกป้องที่มีต่อภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุนันทินี ศรีประจันทร์. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. สืบค้นเมื่อวันที่ 15 กันยายน 2565. สืบค้นจาก http://203.157.71.148 › Res › ResFile

อธิชนันท์ บุญธรรม. (2558). *แนวทางส่งเสริมการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอชาติตระการ จังหวัดพิษณุโลก*. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร ครั้งที่ 2 (367-378) กำแพงเพชร: มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.

Baker, D. W. (2006). The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(8), 878–883. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00540.x

Best, J. W., & Kahn, J. V. (1989). *Research in Education (6th Edition).* Engle woods Cliffs, Prentice-Hall.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine, 7*(7), e1000316. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316

Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. Basic Books.

Johnson, D. W., & Johnson, R. T. (1989). *Cooperation and Competition: Theory and Research*. Interaction Book Company.

Karademas, E. C. (2006). "Self-efficacy, social support and well-being: The mediating role of optimism." *Personality and Individual Differences, 40*(6), 1281-1290. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.10.019

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.

Nobre, J., Calha, A., Luis, H., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Ferré-Grau, C., & Sequeira, C. (2022). Mental health literacy and positive mental health in adolescents: A correlational study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(13), 8165. https://doi.org/10.3390/ijerph19138165

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior, 31*(Suppl 1), S19–S26. https://doi.org/10.5555/ajhb.2007.31.supp.S19

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*, 598–611. https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598

Seligman, M. E. P. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual Review of Clinical Psychology*, *15*, 1–23. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653

Steger, M. F. (2012). Making meaning in life. *Psychological Inquiry*, *23*(4), 381-385. https://doi.org/10.1080/1047840X.2012.720832.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press.

Wallerstein, N., & Bernstein, E. (1988). Empowerment education: Freire's ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly, 15*(4), 379–394. https://doi.org/10.1177/109019818801500402