



ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน

The Effect of a Mental Health Literacy Promotion Program on Mental Health Self-Care Ability of People

กัญญาวิณี โมกขาว¹ มนัสวี จำปาเทศ¹ สุกัญญา สุรังสี¹ ชะเอม มหากัณท์²

Kanyawee Mokekhaow¹ Manasawee Jumpated¹ Sukanya Surangsi¹ Cha-Em Mahagun²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi: Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้าม จังหวัดฉะเชิงเทรา

Tha Kham Sub-District Health Promoting Hospital ,Chachoengsao

Corresponding Author: KanyaweeMokekhaow; Email: kanyawee@bnc.ac.th

Received: September 20, 2022 Revised: June 1, 2023 Accepted: July 21, 2023

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจ เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 102 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 51 คน และกลุ่มควบคุม 51 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ และโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ .88 และ 1.00 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และด้วยสถิติที (t-test) ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .01$) โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัว ตลอดจนช่วยให้บุคคลพัฒนาความคิดเชิงบวก ปรับวิธีคิดที่เหมาะสม และสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่น และภาคภูมิใจในตนเอง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพจิต; การส่งเสริมสุขภาพจิต; การดูแลตนเองด้านจิตใจ; ความเข้มแข็งทางใจ



The Effect of a Mental Health Literacy Promotion Program on Mental Health Self-Care Ability of People

KanyaweeMokekhaow¹ Manasawee Jumpated¹ Sukanya Surangsri¹ Cha-Em Mahagun²

¹Boromarajonani College of Nursing, Chonburi; Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Tha Kham Sub-District Health Promoting Hospital ,Chachoengsao

Corresponding Author: KanyaweeMokekhaow; Email: kanyawee@bnc.ac.th

Received: September 20, 2022 **Revised:** June 1, 2023 **Accepted:** July 21, 2023

Abstract

Mental health literacy and resilience have been an important foundation for the ability to self-care for mental health. The objective of this quasi-experimental research with a two-group pretest-posttest design was to study the effect of a mental health literacy promotion program on the mental self-health care ability of people. The sample consisted of 102 people in Thai Kham Sub district, Bang Pakong District, Chachoengsao Province—equally divided into an experimental group and a control group. The instruments were the mental self-health care ability questionnaire and a mental health literacy promotion program, which were quality assessed by 3 experts (IOC = .88 and 1.00 respectively). The data were analyzed using descriptive statistics. The differences in the mental self-care ability of the experimental group before and after the experiment, and between the experimental group and the control group, were determined by using independent and paired sample t-tests. The results of this study showed that after the experiment, mental self-health care ability of the experimental group was statistically higher than those before experiment at the p-value of .01, and higher than that of the control group at the p-value of .01. The mental health literacy promotion program helps individuals understand mental health issues and develop positive thinking, modify thinking appropriately, to help solve problems creatively, and to develop confidence and self-esteem.

Keywords: mental health literacy; mental health promotion; mental self-health care; resilience



ความเป็นมาและความสำคัญ

สังคมในปัจจุบันมีวิกฤตการณ์เกิดขึ้นมากมาย ทั้งจากภัยจากธรรมชาติ ภัยจากมนุษย์ ภัยสังคมที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยี และภาวะเศรษฐกิจ เหตุการณ์เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของคนในสังคมไทย และทำให้ปัญหาสุขภาพจิตที่ความรุนแรงขึ้น ซึ่งรายงานของกรมสุขภาพจิต ปี 2565 พบว่า ใน 3 ปีที่ผ่านมามีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท และโรคซึมเศร้า รวมทั้งอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยพบอัตราการฆ่าตัวตาย 6.32, 6.64 และ 7.37 ต่อแสนประชากร ในปี 2562, 2563 และ 2564 ตามลำดับ¹ ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้สามารถยับยั้งไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ หากประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ตลอดจนส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี และมีความเข้มแข็งทางใจ²⁻³

ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข พึงพอใจในชีวิต สามารถประกอบจิตใจทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤติ ให้คงอยู่อย่างปกติได้³ ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจประกอบด้วย 6 ด้านคือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ด้านการเผชิญปัญหา ด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา⁴ ความสามารถดังกล่าวถือเป็นตัวแปรสำคัญ ดังนั้นกรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจที่ดี ด้วยการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy)¹ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ซึ่งจอร์มได้กล่าวถึง 5 องค์ประกอบในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตคือ 1) การประเมินความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางจิต 2) การใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต 4) รู้ช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต และ 5) การส่งเสริมกลยุทธ์การช่วยเหลือตนเอง⁵ อีกทั้งยังส่งเสริมให้บุคคลมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ให้เข้าถึง เข้าใจยอมรับ และให้โอกาสผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้เข้ามามีส่วนร่วมในวิถีชีวิต สร้างกระแสเพื่อลดตราบาปต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต⁶ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความเข้มแข็งทางใจมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁷⁻⁸

ความเข้มแข็งทางใจ (resilience) เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาวิกฤตหรือความยากลำบากที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ช่วยให้มีการปรับตัว และช่วยหาวิธีแก้ไขปัญหาต่อไปได้ ความเข้มแข็งทางใจอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับการเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่ผ่านมา⁹ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ฉันมี.... (I HAVE) 2) ฉันเป็น..... (I AM) และ 3) ฉันสามารถที่จะ... (I CAN) โดยที่ “ฉันมี”(I HAVE) ได้มาจากแหล่งสนับสนุนจากภายนอก “ฉันเป็นคนี่”(I AM) เป็นความเข้มแข็งที่เกิดภายในบุคคล ส่วน “ฉันสามารถที่จะ”

(I CAN)¹⁰ เป็นทักษะในการบริหารจัดการกับปัญหา บุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจจะเป็นคนที่สามารถยืนหยัดโดยใช้พลังกาย และพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวะการณ์ที่เลวร้ายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลตนเองด้านจิตใจของตนเองได้เป็นอย่างดี¹¹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความแข็งแกร่งในชีวิตต่อความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีระดับความเครียดลดลง และมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹²



จากการศึกษาภาวะสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ประชาชนมีความเข้มแข็งทางจิตใจ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตค่อนข้างน้อย⁷ และจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรวมทั้งมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต¹³ รวมทั้งสถิติการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิตพบว่า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 2 รองจากจังหวัดจันทบุรี¹ ในปี 2565 จากรายงานของเทศบาลตำบลท่าข้ามพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเกณฑ์ที่กรมสุขภาพจิตกำหนด¹³ ดังนั้นผู้วิจัยร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าข้ามจึงมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตที่สอดแทรกการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจเพื่อนำไปใช้กับประชาชน โดยมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตทราบช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งการส่งเสริมให้ประชาชนมีความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการปรับตัว และหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาของตนเองได้รวมทั้งมีความคาดหวังว่าหลังจากที่ประชาชนเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว ประชาชนจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของตนเอง ครอบคลุมได้ และสามารถลดความเจ็บป่วยทางจิตใจรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

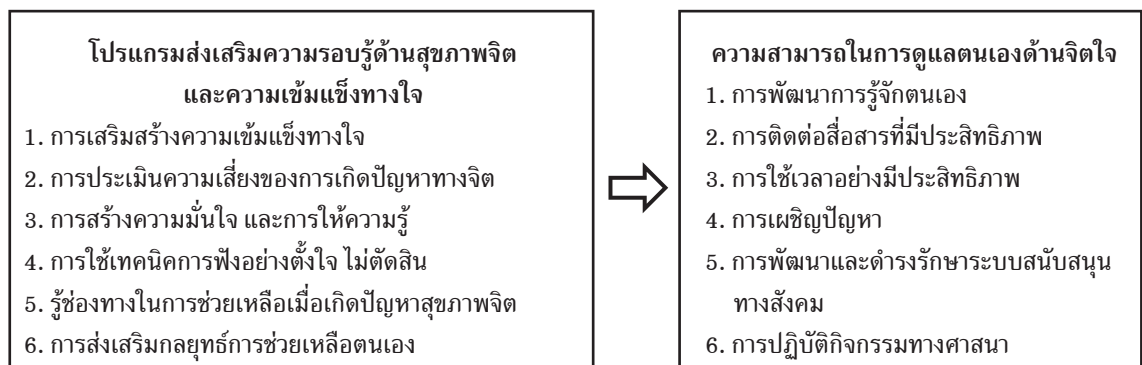
เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ
2. กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของจอร์ม และคณะ⁵ และแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอดเบริก¹⁰ ร่วมกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมากำหนดกรอบแนวคิด ดังแสดงตามภาพที่ 1



วิธีดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของประชาชน

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 84,267 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในตำบลท่าข้าม อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (G^* Power) ใช้ effect size (f^2) เท่ากับ .5, ค่าแอลฟาเท่ากับ .05, ค่า power of test เท่ากับ .8 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 102 คน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายในกลุ่มประชาชนที่มีอายุมากกว่า 20-60 ปี สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายที่รุนแรง และยินดีเข้าร่วมงานวิจัย จากนั้นผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง โดยพิจารณาจากความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ที่ประเมินก่อนการทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 51 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 51 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลท่าข้าม พร้อมทั้งแนบเอกสารการรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีลบลูรี (เอกสารรับรอง เลขที่ REC BNC 01/ 2564) ประสานงานกับผู้บริหารรับผิดชอบงานสุขภาพจิตของ รพ.สต.ท่าข้าม และผู้ประสานงานประจำหมู่บ้านเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ จากนั้นผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานประจำหมู่บ้านเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกที่กำหนดไว้ ดำเนินการสุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยสอบถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เวลา 2 เดือน ตั้งแต่เดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2565 สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มควบคุมเข้าร่วมโปรแกรมฯ เหมือนกับกลุ่มทดลอง หลังจากการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้วิจัยใช้แบบวัดของศรีธญา ยอดสุด³ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 35 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง 6 ข้อ ด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ 6 ข้อ ด้านการเผชิญปัญหา 6 ข้อ ด้าน การสนับสนุนทางสังคม 5 ข้อ และด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา 6 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 คะแนนหมายถึงไม่ปฏิบัติ/เกือบไม่ปฏิบัติเลย, 2 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นบางครั้ง/นาน ๆ ครั้ง, 3 คะแนนหมายถึง ปฏิบัติบ่อย ๆ/เว้นเป็นบางวัน และ 4 คะแนนหมายถึงปฏิบัติเป็นประจำทุกวันมีเกณฑ์การพิจารณาระดับคะแนนเฉลี่ยสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ คือ 1.00-1.75 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจต่ำ, 1.76-2.50 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างต่ำ, 2.51-3.25 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจค่อนข้างสูง และ 3.26-4.00 ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจสูง แบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) อยู่ในช่วง .67-1.00 และได้ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับประชาชนในตำบลท่าข้ามที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89



2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จากสภาพปัญหาที่รวบรวมได้จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ บุรณาการ กับแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพจิตของจอร์ม และคณะ⁵ และแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอตเบิร์ก⁹ ผู้วิจัย ดำเนินการวิจัยด้วยตนเองโปรแกรมฯ มีการดำเนินการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 1 ชั่วโมงเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยแบ่ง กลุ่มทดลองเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 17 คน โดยมีการดำเนินการดังนี้

กลุ่มที่ 1 ดำเนินโปรแกรมในวันจันทร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 ดำเนินโปรแกรมในวันพุธ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 ดำเนินโปรแกรมในวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 1 ชื่อกิจกรรม “รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต สร้างชีวิตที่มีความสุข” เป็นการให้ความรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิตปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้นการประเมิน ภาวะสุขภาพจิต ความเสี่ยงของการเกิดปัญหาทางจิตของตนเอง⁵ ร่วมกับการเสริมสร้างความรู้สึกดีต่อตัวเองจนเกิด ภาวะภูมิใจ โดยให้เห็นด้านดีของตนเองในมุมมองของผู้อื่น¹⁰

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 2 ชื่อกิจกรรม “มองโลกในแง่ดี ปรับวิธีการดูแลจิตใจ” เป็นการให้ความรู้ เกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือตนเองและครอบครัวเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตเข้ามากระทบจิตใจ⁵ ร่วมกับเสริมสร้างทักษะการ มองโลกในแง่ดี โดยฝึกให้พิจารณามุมมองด้านดีในเหตุการณ์ที่ไม่ดี เข้าใจและยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็น¹⁰

โปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 3 ชื่อกิจกรรม “มีความสุขอย่างพอเพียง ฟังตนเองได้” เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับ เทคนิคการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวในระยะยาวฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจไม่ตัดสินแนะนำ ช่องทางในการช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น⁵ กิจกรรมการสร้างความสุขให้กับตัวเองด้วย วิธีง่าย ๆ¹⁰

โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 และได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับประชาชนในตำบลท่าข้ามที่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของโปรแกรม และนำผลที่ได้มาปรับปรุงโปรแกรมฯ ก่อนนำไปใช้ใน งานวิจัยต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยประสานงานกับนายกเทศบาลตำบลท่าข้าม และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.ท่าข้าม อธิบาย วัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และอธิบายรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย สอบถามความ สัมครใจเข้าร่วมการวิจัย และเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย โดยกลุ่มทดลองอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นเลขคู่ ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในหมู่บ้านที่เป็นเลขคี่ แบ่ง กลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม ๆ ละ 17 คน ดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต กลุ่มที่ 1 ในวันจันทร์ กลุ่มที่ 2 ในวันพุธ และกลุ่มที่ 3 ในวันศุกร์ ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถใน การดูแลตนเองด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง ดำเนินการทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ จากนั้นให้กลุ่ม ทดลองทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นทันที ส่วนกลุ่มควบคุม



ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตตามปกติของ รพ.สต. ทำซ้ำ หลังการดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นทันที ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบวัดความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบระดับความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independence t-test

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.55 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 49.02 รองลงมาคือ 51-60 ปี ร้อยละ 29.41 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.98 อาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกร และว่างงาน/แม่บ้าน ร้อยละ 31.37 รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 18,784.31 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 49.02 ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.47 อายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 42.94 การศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 50.98 อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้าง ร้อยละ 35.30 รองลงมาคือ เกษตรกร ร้อยละ 31.37 รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยเท่ากับ 18,627.45 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-15,000 บาท ร้อยละ 47.06 ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|------------------------------|---|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | |
| ชาย | 14 | 27.45 | 12 | 23.53 |
| หญิง | 37 | 72.55 | 39 | 76.47 |
| อายุ | $(\bar{X} = 45.90 \text{ ปี}, SD = 6.43)$ | | $(\bar{X} = 45.99 \text{ ปี}, SD = 6.36)$ | |
| 30- 40 ปี | | | | |
| 41- 50 ปี | 11 | 21.57 | 10 | 19.61 |
| 51- 60 ปี | 25 | 49.02 | 27 | 52.94 |
| | 15 | 29.41 | 14 | 27.45 |
| การศึกษา | | | | |
| ประถมศึกษา | 26 | 50.98 | 26 | 50.98 |
| มัธยมศึกษาตอนต้น | 6 | 11.77 | 5 | 9.81 |

| ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|------------------------------|--|--------|---|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| มัธยมศึกษาตอนปลาย | 15 | 29.41 | 16 | 31.37 |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 4 | 7.84 | 4 | 7.84 |
| อาชีพ | | | | |
| เกษตรกร | 16 | 31.37 | 16 | 31.37 |
| ค้าขาย | 3 | 5.88 | 3 | 5.88 |
| รับจ้าง | 15 | 29.42 | 18 | 35.30 |
| ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ | 1 | 1.96 | 1 | 1.96 |
| ว่างงาน/ แม่บ้าน | 16 | 31.37 | 13 | 25.49 |
| รายได้ต่อเดือน | $(\bar{X}=18,784.31 \text{ บาท}, SD= 8374.52)$ | | $(\bar{X}= 18,627.45 \text{ บาท}, SD= 8384.24)$ | |
| น้อยกว่า 10,000 บาท | - | - | 1 | 1.96 |
| 10,000- 15,000 บาท | 25 | 49.02 | 24 | 47.06 |
| 15,001- 20,000 บาท | 8 | 15.69 | 9 | 17.65 |
| มากกว่า 20,000 บาท | 18 | 35.29 | 17 | 33.33 |

จากการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า ก่อนทำการทดลองความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความสามารถ ก่อนข้างต่ำ ($\bar{X}=1.95, SD=.19$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X}= 2.04, SD=.19$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}= 1.86, SD=.33$) ส่วนกลุ่มควบคุมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยก่อนข้างต่ำ ($\bar{X}=1.95, SD=.17$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X}= 2.04, SD=.20$) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X}= 1.86, SD=.31; \bar{X}= 1.86, SD=.33$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง

| ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ | กลุ่มควบคุม(51 คน) | | | กลุ่มทดลอง (51 คน) | | |
|---|--------------------|-----|-------------|--------------------|-----|-------------|
| | ค่าเฉลี่ย | SD | แปลผล | ค่าเฉลี่ย | SD | แปลผล |
| - ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง | 1.94 | .32 | ค่อนข้างต่ำ | 1.94 | .29 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ | 1.86 | .33 | ค่อนข้างต่ำ | 1.86 | .31 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ | 1.89 | .33 | ค่อนข้างต่ำ | 1.86 | .33 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการเผชิญปัญหา | 1.96 | .11 | ค่อนข้างต่ำ | 1.96 | .11 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านพัฒนาและรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม | 1.99 | .13 | ค่อนข้างต่ำ | 1.20 | .20 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา | 2.04 | .19 | ค่อนข้างต่ำ | 2.04 | .20 | ค่อนข้างต่ำ |
| ความสามารถฯ โดยรวม | 1.95 | .19 | ค่อนข้างต่ำ | 1.95 | .17 | ค่อนข้างต่ำ |



จากการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลองในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยความสามารถฯ ก่อนข้างสูง ($\bar{X} = 2.87, SD=.12$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการเผชิญปัญหา ($\bar{X} = 2.97, SD=.10$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ($\bar{X} = 1.86, SD=.33$) ส่วนกลุ่มควบคุมในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.97 ($SD=.17$) โดยมีด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($\bar{X} = 2.34, SD=.21$) และด้านที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 1.84, SD=.29$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง

| ความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านจิตใจ | กลุ่มควบคุม(51 คน) | | | กลุ่มทดลอง (51 คน) | | |
|---|--------------------|-----|-------------|--------------------|-----|-------------|
| | ค่าเฉลี่ย | SD | แปลผล | ค่าเฉลี่ย | SD | แปลผล |
| - ด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง | 2.76 | .28 | ค่อนข้างสูง | 1.91 | .27 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ | 2.86 | .27 | ค่อนข้างสูง | 1.84 | .29 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ | 2.88 | .19 | ค่อนข้างสูง | 1.88 | .32 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการเผชิญปัญหา | 2.97 | .10 | ค่อนข้างสูง | 1.96 | .11 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านพัฒนาและรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม | 2.94 | .12 | ค่อนข้างสูง | 1.99 | .13 | ค่อนข้างต่ำ |
| - ด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา | 2.81 | .35 | ค่อนข้างสูง | 2.34 | .21 | ค่อนข้างต่ำ |
| ความสามารถฯ โดยรวม | 2.87 | .12 | ค่อนข้างสูง | 1.97 | .17 | ค่อนข้างต่ำ |

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนหลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของทั้งสองกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง

| ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ | mean | SD | df | t | P-value |
|-----------------------------------|------|-----|-----|-------|---------|
| ก่อนการทดลอง | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 1.95 | .19 | 100 | -.031 | .975 |
| กลุ่มควบคุม | 1.95 | .17 | | | |
| หลังการทดลอง | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 1.95 | .12 | 100 | 30.63 | .000 |
| กลุ่มควบคุม | 1.95 | .17 | | | |

การเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

| ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ | mean | SD | df | t | P-value |
|-----------------------------------|------|-----|----|--------|---------|
| ก่อนทดลอง | 1.95 | .19 | 50 | -29.14 | .000 |
| หลังการทดลอง | 2.87 | .12 | | | |

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ทำให้เห็นว่าความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของกลุ่มทดลอง ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจ มุ่งสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพจิต ปัญหาทางจิต การประเมินภาวะสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางจิตของตนเองและครอบครัว ทราบวิธีการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ รวมทั้งเรียนรู้เทคนิคการจัดการปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวได้ฝึกทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ไม่ตัดสิน⁹ รับรู้เสียงที่ได้ยินอย่างเข้าใจในความคิดความรู้สึก เข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่น¹⁴ จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณารายด้านของความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านการเผชิญปัญหาเป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากที่สุด ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะมีทักษะการช่วยเหลือตนเองและเผชิญปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต และจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตเบื้องต้นได้รวมทั้งสามารถแสวงหาการสนับสนุนทางสังคมสื่อสารกับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ครอบครัว และเพื่อน เพื่อได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตในประชาชนของเมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย⁶ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้นเมื่อประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของโล กูปตา และ เคออตติง¹⁶ สรุปได้ว่า บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต จะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจได้มากขึ้น

นอกจากนี้โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตนี้ยังได้บูรณาการกิจกรรมที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกดีต่อตัวเอง ชื่นชมและภาคภูมิใจในความคิด และความสำเร็จของตนเองที่ผ่านมา รู้จักการมองโลกในแง่ดี เข้าใจ และรู้จักวิธีการสร้างความสุขให้กับตัวเอง¹⁰ ในทางกลับกันยังทำให้กลุ่มตัวอย่างยอมรับในสิ่งที่ตนเองเป็นในปัจจุบัน ยอมรับความผิดพลาดที่เคยเกิดขึ้นในอดีต พัฒนาทักษะการมีมุมมองทางบวกฝึกคิดถึงสิ่งที่ดีได้แก่ การมีคนที่รักหรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่พร้อมจะช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสร้างความตระหนักรู้ถึงสิ่งที่ดีที่เขาเป็นได้แก่ ความรู้สึก ทศนคติ และความเชื่อภายในตนเกี่ยวกับความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นที่รักของคนอื่น การเป็นผู้มีความรัก ตลอดจนมีความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถจากการเป็นผู้ที่มีความหวัง มีความศรัทธา และเชื่อมั่นในความถูกต้องพัฒนาทักษะในการจัดการกับปัญหา ส่งเสริมความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น ทำให้สามารถยืนหยัดโดยใช้พลังกาย และพลังใจในการต่อสู้ให้ตนเองผ่านพ้นจากสภาวะการณ์ที่เลวร้ายนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอีกทั้งยังช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหา อุปสรรค



ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจได้อย่างอดทนซึ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับกลุ่มทดลอง¹⁰ สอดคล้องกับงานวิจัยของสตีเวิร์ต และหยวน¹⁷ ที่พบว่า กลุ่มบุคคลที่มีความเข้มแข็งทางใจ จะมีความสามารถในการปรับตัว และจัดการกับปัญหายุ่งยากใจที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้เป็นอย่างดีอีกทั้งในโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจนี้ยังมีการจัดกิจกรรมให้มีการฝึกการทำจิตใจให้สงบ ผีกสมาธิ และฝึกการผ่อนคลายควบคู่ไปด้วยซึ่งการฝึกดังกล่าวมีส่วนช่วยให้จิตใจสงบ ละวางสิ่งที่เป็นปัญหา และอยู่กับปัจจุบันขณะ ทำให้เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา และปรับตัวให้กลับมาอยู่ในสภาวะปกติได้¹⁸ สอดคล้องกับงานวิจัยของศุภวรรณ ธนภาพรังสรรค์ และมาลีวัล เลิศสาครศิริ¹⁹ พบว่า การฝึกสติ และการทำสมาธิบำบัด ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีจิตใจที่สงบ ช่วยพัฒนากระบวนการคิด และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตและความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น กลุ่มนักเรียน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมฯ สามารถช่วยปรับวิถีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง

References

1. Department of Mental Health. Report of patients receiving psychiatric services [internet]. 2022 [cited 1 July 2023] Available from: www.dmh.go.th/report/datacenter/map/reds.asp(in Thai)
2. Surakran A, Arin N. Mental health care: community participation. Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology) 2014;6(12):176-84. (in Thai)
3. Yodsud S. Examination of mental self-care and disease preventive behavior in elderly. [Master thesis] Bangkok: Srinakharinwirot University. 2010. (in Thai)
4. Hill L, Smith N. Self-care nursing: promotion of health. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange 1985.
5. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. Am Psychol. 2012 Apr;67(3):231-43. doi: 10.1037/a0025957.
6. Reavley NJ, McCann TV, Jorm AF. Mental health literacy in higher education students. Early Interv Psychiatry. 2012;6:45-52
7. Mokekhaow K, Changpradub W, Promla, W. Effect of positive psychology and mental health literacy to mental self-health care ability of people in Thakam sub-district, Bang Pakong district, Chachoengsaoprovence. Journal of Nursing Division 2020;47(3):57-70. (in Thai)
8. Piper SE, Bailey PE, Lam LT, Kneebone II. Predictors of mental health literacy in older people. Arch Gerontol Geriatr. 2018;79:52-6.
9. Deachkong T. Resilience learning program. Nonthaburi. Beyond publishing Company 2021.



10. Grothberg E. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit 1995. [cited 2020 February 2]; Available from: <http://resilience.uiuc.edu/library/groth95.html>.
11. Posai V, Boonchoo R, Watradul D, Makkabphalanon K and Thangkratok P. Mental health literacy and quality of life among patients with stroke. *Chiang Mai Medical Journal* 2021;60(1):63-74.
12. Tossungnoen B, Tungpunkom P, Sethabouppha H. Effect of the resilience enhancement program on stress. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2011;33(3):170-85.
13. ThaKham Subdistrict Municipality [Internet]. Chachoengsao: 2017. [cited 2020 Nov 18]; Available from: <http://www.Thakam.go.th/>. (inThai)
14. Tankan W. Deep Listening. Songkla. Prince of Songkla University; 2020.
15. Thangkratok P, Palacheewa N, Trainattawan W, Boonpradit P. Mental health literacy: concept and application for mental health problem prevention in older adults. *Chiang Mai Medical Journal* 2020;59(3):163-72. (inThai)
16. Lo K, Gupta T, Keating JL. Interventions to promote mental health literacy in university students and their clinical educators. A systematic review of randomized control trials. *Health Professions Education* 2018;4(3):161-75. doi: 10.1016/j.hpe.2017.08.001
17. Steward ES, Yuen T. A Systemic review of resilience in the physically III. *Psychosomatics* 2011;52:199-209.
18. Kantharadussadee-Triamchaisri S. MD: Meditation for holistic self-healer and cells healing [Internet]. Bangkok: The Department of Public Health Nursing: Mahidol University; 2016 [cited 2016 Apr 5]. Available form: http://www.thaicam.go.th/index.php?option=com_attachments&task=download&id=268
19. Tanupabrungsun S, Lertsakornsiri M. The effects of meditation practice approaches by integrating Sati-patthana 4 and SKT 1 on mental ability, self-awareness, and academic achievement of nursing students. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016, 36(Supplement):13-27.