

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุน
ทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียด
ของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
Effects of Mental Health Literacy Promoting Program with
Social Support for Stress Management among Caregivers of
Long-Term Care in the Khon Kaen Municipality

ปราณี เนาวนิตย์^{1/} นาฏนาภา ฮีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ์^{2/} กฤตภาส สีหะวงษ์^{3*}

Pranee Naowanit/ Natnapa Heebkaew Padchasuwan/ Krittapart Sihawong

^{1, 2, 3}สาขาพฤติกรรมสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Health Behavior and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding Author

ได้รับบทความ : 28 มกราคม 2567

ปรับปรุงแก้ไข : 4 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์ : 14 มีนาคม 2567

บทคัดย่อ

ความเครียดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของทั่วโลก ซึ่งความเครียดเรื้อรังจะนำไปสู่อาการเจ็บป่วย ส่งผลถึงสุขภาพร่างกายไปจนถึงการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรม

การบรรยาย การรับชมวีดิทัศน์ สาสิต การปฏิบัติจัดการความเครียด และการติดตามการนำไปใช้ที่บ้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการบริการตามปกติจากเจ้าหน้าที่ ระยะเวลา 10 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังการทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่ม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t-test และ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด ทักษะการจัดการความเครียดตนเองและการปฏิบัติตนเพื่อจัดการความเครียด มากกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.001$ ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม สามารถส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้

คำสำคัญ : การจัดการความเครียด, ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Abstract

Stress is a worldwide major mental health problem, and chronic stress can lead to illness. It affects physical health and, in severe cases, may lead to suicide. This research is a quasi-experimental study aimed at examining the outcomes of a program designed to promote mental health literacy combined with social support and to foster stress

management behavior among caregivers of dependent people in Khon Kaen Municipality. The sample group consisted of caregivers for dependent people, divided into two groups: an experimental group and a comparison group, each comprising 30 people. The experimental group received a program to promote mental health literacy along with social support, created by the researcher. The program consisted of lecture activities, watching a video demonstrating stress management practices, and tracking usage at home. The comparison group received normal services from officials for a period of 10 weeks. The collected data were then analyzed to compare differences in mean scores within groups and between the experimental group and the comparison group, utilizing Paired t-test and independent t-test statistics, with the statistical significance level set at 0.05.

The results showed that, after the experiment, the experimental group demonstrated significantly higher mean scores in various skills, such as accessing mental health information, cognitive skills for managing stress, mental health communication skills, mental health media literacy skills, decision-making skills to manage stress, self-stress management skills, and stress management practices, compared to both their pre-experiment scores and those of the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). After the experiment, the experimental group exhibited a significantly lower mean stress level than before the experiment ($p\text{-value} < 0.001$) and significantly less stress than the comparison group ($p\text{-value} < 0.001$). Therefore, the program, which promotes mental health literacy along with social support, has the potential to foster stress management behavior among caregivers of dependent people.

Keywords: Stress Management, Caregivers of Long-Term Care, Mental Health Literacy Promoting

บทนำ

ความเครียดเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของทั่วโลก จากการวิจัยของ ซิกน่า (Cigna) พบว่า ร้อยละ 84 ของคนทั่วโลก มีปัญหาความเครียดซึ่งเกิดจากการทำงาน โดยร้อยละ 13 ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ และในภูมิภาคเอเชียพบมีปัญหความเครียดร้อยละ 91 ปัญหาความเครียดเรื้อรังจะนำไปสู่อาการเจ็บป่วยทั้งทางจิตใจ ส่งผลเกี่ยวเนื่องโดยตรงไปถึงสุขภาพร่างกาย เช่น มีอาการลำไส้แปรปรวนหรืออาการปวดหลังส่วนล่าง และอาการเจ็บป่วยเหล่านี้จะนำไปสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกจำนวนมาก ซิกน่า (Cigna) และทีมผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพแห่งภูมิภาคเอเชียเปิดเผยว่า ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสุขภาพของประชากรจาก 9 ประเทศ รวมถึงประเทศไทย มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยที่เกิดจากปัญหาความเครียดเรื้อรัง โดยประชากรประเทศออสเตรเลียมีจ่ายค่าดูแลรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดจากปัญหาความเครียดมากถึง 22,911 ล้านดอลลาร์สหรัฐ คิดเป็นร้อยละ 18.8 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมด ขณะที่ประเทศไทยจ่ายค่าดูแลรักษาอาการเจ็บป่วยที่เกิดจากความเครียดสูงถึง 717 ล้านดอลลาร์สหรัฐ หรือประมาณ 21,500 ล้านบาท คิดเป็นร้อยละ 4.3 ของค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งหมด (Cigna, 2019) ความเครียดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่บุคคลต้องเผชิญในช่วงชีวิต มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลเป็นอย่างมาก (วัฒน์ย์ เย็นจิตร และคณะ, 2559) นอกจากนี้ความเครียดยังมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรัง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (Cigna, 2019) ปัจจุบันพบว่าประชากร 800,000 คน เสียชีวิตเนื่องจากการฆ่าตัวตายในทุกปี และในทุก ๆ 40 วินาที จะมีคนที่ฆ่าตัวตาย 1 คน ปัญหาการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต ในกลุ่มอายุ

15-29 ปี ประเทศไทยติด 1 ใน 3 ของอัตราการฆ่าตัวตาย คือ 14.4 ต่อ 100,000 ประชากร รองจากประเทศอินเดียและศรีลังกา (World Health Organization, 2018)

สถานการณ์สุขภาพจิต ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2562 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.64 คนต่อแสนประชากร ปี 2563 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.37 คนต่อแสนประชากร และปี 2564 คนไทยมีความเครียดสูง นำไปสู่การฆ่าตัวตาย สำเร็จ 7.8 คนต่อแสนประชากร หรือกว่า 5,000 คน นอกจากนี้พบว่าวัยแรงงาน ช่วงอายุ 25-59 ปี เป็นวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ร้อยละ 74.7 รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.1 (กรมสุขภาพจิต, 2564) จากการให้บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตผ่านสายด่วนสุขภาพจิต 1323 พบว่า ปัญหาที่ขอรับบริการมากเป็นอันดับ 1 ได้แก่ เรื่องความเครียด ในปี พ.ศ. 2562 สายให้ข้อมูลประมาณ 41,000 ครั้ง สายให้คำปรึกษาประมาณ 87,000 ครั้ง ขณะที่ปี พ.ศ. 2563 สายให้ข้อมูลมีประมาณ 54,000 ครั้ง สายให้คำปรึกษามีประมาณ 110,000 ครั้ง สำหรับกลุ่มอายุที่ใช้บริการมากที่สุด คืออายุ 22-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15-21 ปี ร้อยละ 15 และผู้สูงอายุ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

ผู้ดูแลซึ่งเป็นกลุ่มวัยแรงงานที่พบว่ามีปัญหาฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุด นอกจากนี้ยังมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด ดังนั้นด้วยระยะเวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนาน อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคม และเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและความเครียด เมื่อมีความเครียดสูง อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคล โดยพบว่าปัจจัยทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับความเครียด (stress mediator) ประกอบด้วย กระบวนการคิด ความสามารถในการกำกับตนเอง วิธีการรับมือกับความเครียด การสนับสนุน

ทางสังคมและพื้นฐานทางบุคลิกภาพของบุคคล นอกจากนี้ความเครียดยังคงมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะความเครียดเรื้อรังซึ่งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการวิตกกังวลและโรคซึมเศร้า (Pozos-Radillo et al, 2015)

ปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชมีปัจจัยสำคัญที่มาจากความเครียด การจัดการกับความเครียดเป็นการจัดการปัญหาจากรากของปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นกลยุทธ์ที่สำคัญและจำเป็นจะต้องพัฒนาคือ ทักษะทางด้านความคิดและทักษะทางสังคม การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ถือเป็นกลยุทธ์ในด้านการพัฒนาทักษะทางความคิด (Cognitive skill) และทักษะทางสังคม (Social skill) ของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลสารสนเทศในทางส่งเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีเพื่อตนเอง การพัฒนาระดับสุขภาพจิตที่ดี ควรมุ่งพัฒนาสมรรถภาพของจิตใจเป็นหลัก (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี ปัญชรหัตถกิจ, 2562) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม พบว่าภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (พิกุล ทับวิธ, 2563) และมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดทางพฤติกรรมโดยสังเขปต่อสถานะทางจิต การรับมือกับทัศนคติต่อความเครียดและภาระของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท (Elvan Emine Ata, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในปัจจุบัน ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุข จึงได้จัดทำโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการ

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

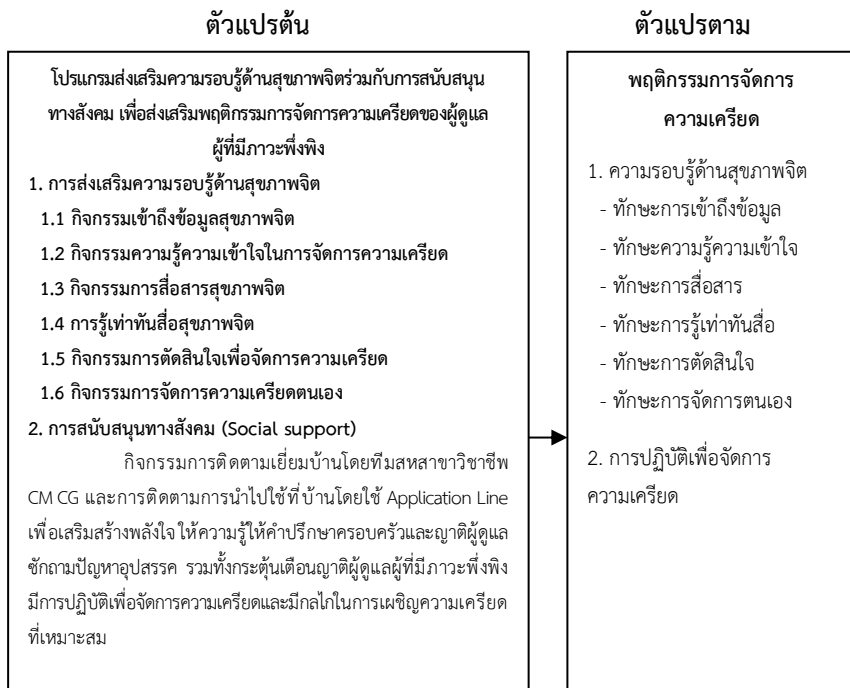
2.1 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด ทักษะการจัดการความเครียดตนเอง และการปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการความเครียด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลองในแต่ละด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด ทักษะการจัดการความเครียดตนเอง และการปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด

2.3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2.4 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียด ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ขอบเขตการศึกษา การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2566
2. รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) วัดผลโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง (The two-group pretest posttest design)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรไทยที่มีอายุ 20-59 ปี เป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยคัดเลือกตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและนำแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพพร้อมกับการสนับสนุนทางสังคม มาประยุกต์ใช้ ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะเป็นการจัดกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระยะเวลา 10 สัปดาห์ ดำเนินการจัดกิจกรรมในช่วงเดือน สิงหาคม ถึง พฤศจิกายน 2566 รายละเอียด ดังนี้

1.1 การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต

1) กิจกรรมเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะของผู้ดูแลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตและการจัดการความเครียด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 เน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตและเข้าถึงวิธีการจัดการความเครียด ด้วยการบรรยาย พร้อมทั้งการสาธิตการเข้าถึงแหล่งข้อมูล การค้นหาข้อมูลที่ต้องการ และสรุปบทเรียนของกิจกรรมพร้อมมอบหมายให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติที่บ้าน ใช้เวลา 30 นาที และในสัปดาห์ที่ 2 เป็นการติดตามการนำไปใช้ที่บ้านด้วย Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

2) กิจกรรมความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจ การจำแนกปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการจัดการความเครียด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 เน้นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ด้วยการบรรยายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นและการจัดการความเครียด พร้อมทั้งสาธิตวิธีปฏิบัติจัดการความเครียด และสรุปบทเรียนของกิจกรรมที่ได้ ใช้เวลา 30 นาที พร้อมมอบหมายให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไปปฏิบัติที่บ้าน และในสัปดาห์ที่ 4-5 เป็นการติดตามการนำไปใช้ที่บ้านด้วย Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

3) กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวกเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเครียด ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยการบรรยาย สาธิตและฝึกปฏิบัติการสื่อสารเชิงบวก ใช้เวลา 30 นาที และในสัปดาห์ที่ 7 เป็นการติดตามการนำไปใช้ที่บ้านโดย Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

4) การรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะการรับรู้สื่อข่าวสารอย่างมีสติ ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 โดยการบรรยายวิเคราะห์ข้อดีข้อเสีย ความน่าเชื่อถือและการเรียนรู้ผ่านการบรรยายและฝึกปฏิบัติ

5) กิจกรรมการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะตัดสินใจประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่าน Mental Health check in ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และกำหนดทางเลือกหรือเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการจัดการความเครียด โดยการบรรยาย ฝึกปฏิบัติ ใช้เวลา 30 นาที ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 10 และติดตามการนำไปใช้ที่บ้านด้วย Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

6) กิจกรรมการจัดการความเครียดตนเอง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมทักษะการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติจัดการความเครียดตนเอง ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การหายใจคลายเครียด การจินตนาการคลายเครียด และการฝึกสมาธิ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง โดยการชมวิดีโอและฝึกปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด

ตนเอง ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 ถึง สัปดาห์ที่ 10 และติดตามการนำไปใช้ที่บ้าน โดย Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

1.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

เพื่อติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ Care Manager (CM) และ Care Giver (CG) ในการเสริมสร้างพลังใจ ให้ความรู้ ให้คำปรึกษาครอบครัวและผู้ดูแล ชักถาม ปัญหาอุปสรรค รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปฏิบัติ เพื่อจัดการความเครียด และมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 3 สัปดาห์ที่ 6 และสัปดาห์ที่ 9 โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ติดตามเยี่ยมบ้านรายบุคคล ใช้เวลาครั้งละ 30 นาที และติดตามการนำไปใช้ที่บ้านโดยใช้ Application Line (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

2. เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย เป็นแบบสอบถามเพื่อศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรม การจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยเครื่องมือ 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และความสัมพันธ์ของผู้ดูแล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพจิต เกี่ยวกับการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ความรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติจัดการความเครียดตนเอง และส่วนที่ 5 แบบวัดความเครียด (ST-5) (อรรถวรรณ ศิลปะกิจ, 2551)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อทดสอบการแจกแจง ของข้อมูลและการทดสอบสมมติฐาน 1) สถิติ

เชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) บรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การแจกแจงความถี่และร้อยละ การวัดเชิงปริมาณ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการดำเนินงานวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.00 เพศชาย ร้อยละ 20.00 ช่วงอายุมากที่สุด คือ ช่วงอายุ 49-58 ปี ร้อยละ 43.33 สถานภาพส่วนใหญ่ คือ สมรส ร้อยละ 60.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษา ปวส./อนุปริญญา 30.00 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ ค้าขาย ร้อยละ 23.33 ส่วนใหญ่มีรายได้ 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 60.00 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี ร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.33 ซึ่งความสัมพันธ์ของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 53.33

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรอบรู้ ด้าน สุขภาพจิต	ก่อนการทดลอง (N = 30)						หลังการทดลอง (N = 30)					
	$\bar{x}$	S.D.	Mean n diff	95 % CI	t	p- valu e	$\bar{x}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p- value
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต												
กลุ่มทดลอง	15.23	3.17	0.10	-1.48	0.13	0.900	26.20	1.35	10.80	9.78	1.28	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	15.13	2.96		to 1.68			15.40	2.43		to 11.82		
ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด												
กลุ่มทดลอง	1.73	0.83	0.00	-0.41	0.00	1.000	6.00	1.15	4.30	3.80	7.21	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	1.73	0.74		to 0.41			1.70	3.33		to 4.80		
ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต												
กลุ่มทดลอง	13.63	2.74	1.83	0.39	2.54	0.140	24.97	1.25	9.60	8.71	1.59	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	15.47	2.85		to 3.27			15.37	2.09		to 10.49		
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต												
กลุ่มทดลอง	12.80	2.24	0.03	-1.18	0.58	0.954	22.03	1.54	9.13	8.27	1.06	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	12.83	2.18		to 1.11			12.90	1.81		to 10.00		
ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด												
กลุ่มทดลอง	10.07	2.12	0.03	-1.04	0.62	0.951	16.70	1.26	6.20	5.31	3.95	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	10.03	2.04		to 1.11			10.50	2.08		to 7.09		
ทักษะการจัดการความเครียดตนเอง												
กลุ่มทดลอง	4.97	1.25	0.07	-0.68	0.22	0.829	8.63	0.89	3.14	3.11	4.74	<0.001
กลุ่ม เปรียบเทียบ	5.03	1.13		to 0.55			5.03	1.00		to 4.09		

การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด												
กลุ่มทดลอง	17.87	3.31	0.00	-1.71	0.00	1.000	30.57	1.74	12.03	10.99	3.16	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	17.87	3.31		to 1.71			18.53	2.26		to 13.07		
ระดับความเครียด												
กลุ่มทดลอง	6.03	0.77	0.23	-0.69	1.03	0.308	3.27	0.83	3.10	2.61	2.58	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.27	0.98		to 0.22			6.37	1.07		to 3.59		

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพทางเพศเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ความรู้ ด้านสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (N = 30)						กลุ่มเปรียบเทียบ (N = 30)					
	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p-value	$\bar{X}$	S.D.	Mean diff	95%CI	t	p-value
การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต												
ก่อนการทดลอง	15.23	3.17	10.97	9.70	17.73	<0.001	15.13	2.96	0.27	-0.59	1.68	0.103
หลังการทดลอง	26.20	1.35		to 12.23			15.40	2.43		to - 0.58		
ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด												
ก่อนการทดลอง	1.73	0.83	4.27	3.70	15.51	<0.001	1.73	0.74	0.33	-1.21	0.44	0.662
หลังการทดลอง	6.00	1.15		to 4.83			1.70	0.75		to 0.19		
ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต												
ก่อนการทดลอง	13.63	2.74	11.47	10.34	20.84	<0.001	15.47	2.85	0.10	-0.43	0.39	0.703
หลังการทดลอง	25.10	1.27		to 12.59			15.37	2.09		to 0.63		
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต												
ก่อนการทดลอง	12.29	2.24	9.23	8.36	21.71	<0.001	12.83	2.18	0.07	-0.38	0.44	0.662
หลังการทดลอง	22.03	1.54		to 10.10			12.90	1.81		to 0.24		
ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด												
ก่อนการทดลอง	10.07	2.12	6.43	5.59	15.53	<0.001	10.03	2.04	0.47	0.12	2.73	0.011
หลังการทดลอง	16.50	1.20		to 7.28			10.50	2.08		to 0.82		

ทักษะการจัดการความเครียดตนเอง												
ก่อนการทดลอง	4.79	1.25	3.67	3.14	14.12	<0.001	5.03	1.13	0.00	-0.24	0.00	1.000
หลังการทดลอง	8.63	0.89		to 4.20			5.03	1.00		to 0.24		
การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด												
ก่อนการทดลอง	17.87	3.31	12.70	11.40	19.96	<0.001	17.87	3.31	0.67	-1.25	2.34	0.026
หลังการทดลอง	30.57	1.74		to 14.00			18.53	2.26		to -0.84		
ระดับความเครียด												
ก่อนการทดลอง	6.03	0.77	2.77	2.37	14.13	<0.001	6.27	0.98	0.10	-0.33	0.90	0.375
หลังการทดลอง	3.27	0.83		to 3.17			13.00	3.33		to 0.13		

อภิปรายผลการวิจัย

1. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 10.80, 95%CI = 9.78 ถึง 11.82; p-value < 0.001) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 10.97, 95%CI = 9.70 to 12.23; p-value < 0.001) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต โดยเน้นการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตและเข้าถึงวิธีการจัดการความเครียด ด้วยสไลด์นำเสนอประกอบ การบรรยายการสืบค้นข้อมูล ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและ ค้นหาแหล่งขอความช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมทั้งสาธิตและฝึกการเข้าถึงข้อมูลโดยใช้โทรศัพท์มือถือ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรรณี บัญชรตถกิจ (2562) ได้ศึกษาผลของ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความเครียดในระดับปานกลาง อายุ 25-59 ปี กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สนทนาสนทนา การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวก สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

2. ทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.30, 95%CI = 3.80 ถึง 4.80; $p\text{-value} < 0.001$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 4.27, 95%CI = 3.70 ถึง 4.83; $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด โดยเน้นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การจำแนกปัญหาสุขภาพจิตและวิธีการจัดการความเครียด ด้วยการบรรยายเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นและการจัดการความเครียดตนเอง ด้วยสไลด์นำเสนอ และวิดีโอประกอบการบรรยายพร้อมทั้งสาธิตวิธีปฏิบัติจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดยใช้โทรศัพท์มือถือ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขพล และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน รูปแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมประกอบด้วยการฝึกประเมินและวิเคราะห์หาสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง การให้ความรู้

การอภิปรายกลุ่มการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ การฝึกบันทึกพฤติกรรม การใช้ตัวแบบ การทำสัญญาใจ และการเยี่ยมบ้าน และ 2) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต

จากผลการศึกษา พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 15.47 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มทดลองที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.63 แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 1.83, 95%CI = 0.39 to 3.27; p-value = 0.140) ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มเปรียบเทียบได้รับข้อมูลจากปัจจัยภายนอกก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ส่วนภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการสื่อสารสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 9.60, 95%CI = 8.71 ถึง 10.49; p-value < 0.001) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 11.47, 95%CI = 10.34 ถึง 12.59; p-value < 0.001) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการส่งเสริมทักษะการสื่อสารเชิงบวก เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเครียด ด้วยการบรรยายเกี่ยวกับปัญหาของการสื่อสาร ด้วยสไลด์นำเสนอและประกอบการบรรยายพร้อมทั้งสาธิตวิธีปฏิบัติ การสื่อสารเชิงบวก รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อังคณา สมคง และคณะ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผลการวิจัย พบว่า โปรแกรมการสื่อสารทางบวกมีผลต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤต โดยคะแนน

ความเครียดและการเผชิญความเครียดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤตหลังได้รับโปรแกรมการสื่อสารทางบวกอยู่ในระดับสูง

4. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 9.13, 95%CI = 8.27 ถึง 10.00; $p\text{-value} < 0.001$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 9.23, 95%CI = 8.36 ถึง 10.10; $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการส่งเสริมทักษะการรู้เท่าทันสื่อการรับรู้สื่อข่าวสารและการเข้าถึงสื่ออย่างมีสติ พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติ รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุโณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

5. ทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 6.20, 95%CI = 5.31 ถึง 7.09; $p\text{-value} < 0.001$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 6.43, 95%CI = 5.59 ถึง 7.28; $p\text{-value}$

<0.001) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมทักษะตัดสินใจประเมินสุขภาพจิตตนเองใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี ผลเสีย และกำหนดทางเลือกหรือเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง พร้อมทั้งสาธิตและฝึกปฏิบัติประเมินสุขภาพจิตตนเอง รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเครียดในระดับปานกลาง อายุ 25-59 ปี กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สนทนาปรึกษา การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

6. ทักษะการจัดการความเครียดตนเอง

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สุขภาพจิต ด้านทักษะการจัดการความเครียดตนเอง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.14, 95%CI = 3.11 to 4.09; $p\text{-value} < 0.001$) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.67, 95%CI = 3.14 ถึง 4.20; $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมทักษะการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และกำหนดทางเลือกในการจัดการความเครียดตนเอง ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การหายใจคลายเครียด การจินตนาการคลายเครียดและการฝึกสมาธิ โดยการชมวิดีโอและฝึกปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียดตนเอง รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจผู้ดูแลที่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรินทร์ เสาะเห็ม และพรณี บัญชรหัตถกิจ (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้าน

สุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเครียดในระดับปานกลาง อายุ 25-59 ปี กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ สนทนาปรึกษา การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิตและฝึกปฏิบัติ ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

7. การปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 12.03, 95%CI = 10.99 ถึง 13.07; $p\text{-value} < 0.001$) และ ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 12.70, 95%CI = 11.40 ถึง 14.00; $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมส่งเสริมทักษะการเลือกปฏิบัติจัดการความเครียดตนเอง ด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดคลายเครียด การหายใจคลายเครียด การจินตนาการคลายเครียดและการฝึกสมาธิ ชมวิดีโอและฝึกปฏิบัติในการจัดการความเครียดตนเอง และติดตามการนำไปใช้ที่บ้านด้วย Application Line รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้กำลังใจและติดตามปัญหาอุปสรรคในการนำกลับไปปฏิบัติเองที่บ้านของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุโณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์ (2562) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริมความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$) อสม. ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

8. ระดับความเครียด

จากผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 3.10, 95%CI = 2.61 ถึง 3.59; p -value < 0.001) และหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean difference = 2.77, 95%CI = 2.37 ถึง 3.17; p -value < 0.001) โดยก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความเครียดเท่ากับ 6.03 ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด กิจกรรมการสื่อสารสุขภาพจิต กิจกรรมการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพจิต กิจกรรมการตัดสินใจเพื่อจัดการความเครียด กิจกรรมการจัดการความเครียดตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ CM/CG และผู้วิจัย เพื่อเสริมสร้างพลังใจ ให้คำปรึกษารอบครัวและผู้ดูแลซึ่งถามปัญหาอุปสรรค รวมทั้งกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการปฏิบัติเพื่อจัดการความเครียด และมีกลไกในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Zohreh, Parvin and Esmat (2021) ได้ศึกษาผลของการฝึกอบรมการจัดการความเครียดต่อกลยุทธ์การเผชิญความเครียดและการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยไตเทียม การทดลองทางคลินิกแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนของกลยุทธ์ในการรับมือความเครียดและคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในทุกมิติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มแทรกแซงและกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Foteini et al. (2016) ศึกษาโปรแกรมการจัดการความเครียด 8 สัปดาห์และการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ ผู้เข้าร่วมได้รับการสุ่มให้เข้าร่วมกลุ่มแทรกแซงหรือกลุ่มควบคุม รวมถึงการผ่อนคลายกล้ามเนื้อและภาพจำลอง การฝึกหายใจในช่องท้อง การให้คำปรึกษากิจกรรมและโภชนาการและ

การฝึกอบรมการปรับโครงสร้างความรู้ความเข้าใจ พบว่าความเครียดที่รับรู้ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วชิรินทร์ เสาะเห็ม และพรณิ บัญชรหัตถกิจ (2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความเครียดในระดับปานกลาง อายุ 25-59 ปี กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตและการปฏิบัติในการจัดการความเครียดด้วยจิตวิทยาเชิงบวกสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้อจิต สุขพล และคณะ (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงานรูปแบบวิจัยเป็นแบบกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนวัยทำงานที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1) กิจกรรมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิตโดยใช้โทรศัพท์มือถือช่วยให้อาสาสมัครมีความรู้ความเข้าใจในการจัดการความเครียด การจำแนกปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น รับรู้ช่องทางการรับรู้ข่าวสาร สืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิต การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและค้นหาแหล่งขอความช่วยเหลือเบื้องต้น และรู้วิธีการจัดการความเครียดตนเอง ทำให้อาสาสมัครสามารถนำไปปฏิบัติได้ ส่งผลให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง

ขึ้นและมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดที่ลดลงได้ จึงเสนอให้นำรูปแบบกิจกรรมไปปรับใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของกลุ่มอื่น ๆ

2) การจัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน ทำให้เกิดมุมมองเชิงบวกและสนใจเข้าร่วมกิจกรรม

3) การติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและผู้นำในพื้นที่นั้นเป็นสิ่งสำคัญ เพราะสามารถให้คำแนะนำในการปฏิบัติจัดการความเครียดและช่วยเหลือผู้ดูแลในการผู้ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังใจที่ดี

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้และขยายผลต่อไปในกลุ่มอื่น ๆ เช่น Care Giver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่อาจเกิดความเครียดในระหว่างการทำงาน เพื่อช่วยให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงานได้

2) ควรมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนผู้ดูแลให้มีการปฏิบัติจัดการความเครียดเมื่อเกิดความเครียด เพื่อให้เกิดการผ่อนคลายความเครียดได้

3) ควรมีการศึกษารายละเอียดเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความเครียดของญาติผู้ดูแล เพื่อจะได้หาแนวทางในการดูแลช่วยเหลือต่อไป

3. ข้อจำกัดในการทำวิจัย

ระหว่างการศึกษา มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์และรณรงค์จัดกิจกรรมสัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติขึ้น เป็นการจัดโครงการรณรงค์งานสัปดาห์สุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปี 2566 ในพื้นที่เทศบาลนครขอนแก่น ซึ่งอาจจะมีอิทธิพลต่อกลุ่มตัวอย่างได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *วิเคราะห์สถิติของสายด่วน 1323*.
<https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2417>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563*.
https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
- พิกุล ทับวิธร, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว และทิพย์ชมพร เกษโกมล. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความสุขร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ตำบลห้วยเตย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 13(2), 590-602.
- วัชรินทร์ เสาะเห้ม และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 13(3), 44-55.
- วัฒน์ย์ เย็นจิตร, พชรินทร์ พลอยสิทธิ, โทน แห้วเพชร และเอกชัย โกโคยศวรรค์. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด คุณภาพชีวิต ค่าใช้จ่ายกับการศึกษาของนักศึกษาที่ศนมาตรศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25(3), 477-486.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *การสำรวจสุขภาพจิตของคนในประเทศไทย พ.ศ. 2563*.
<http://Si Sa Ket.nso.go.th>
- เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และวัชรวิงค์ หวังมัน. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 29(3), 419-429.

- อรุณทัย ปาทาน และสิริมา มงคลสัมฤทธิ์. (2562). ประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างเสริม
ความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน เทศบาลเมืองปทุมธานี. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์เพื่อการพัฒนา*,
12(2), 215-231.
- อังคณา สมคง, สุทัศน์ ศุภนาม และกรรณิกา รักยิ่งเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรม
การสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแล
ผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 37(2), 100-110.
- อรรวรรณ ศิลปะกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185
- Cigna International. (2019). *Chronic Stress: are we reaching health system
burn out*. <https://cignainternational.com/360-well-being-study/>
- Elvan, E.A. and Selma, D. (2017). The effect of a brief cognitive behavioral
stress management programme on mental status, coping with
stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic
patients. *Arch Psychiatr Nurs.*, 32(1), 112-119.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413060/>
- Pozos-Radillo, E., Preciado-Serrano, L., Plascencia-Campos, A. and Rayas-
Servin, K. (2015). Chronic Stress and Its Association with
Psychological, Behavioral and Physiological Variables of Mexican
College Students. *Advances in Applied Sociology*, 5(12), 299-305.
doi: 10.4236/ aasoci.2015.512029.
- World Health Organization. (2018). *Latest data*. <https://Si Sa Ket.who.int/data/gho>

Zohreh, G.B., Parvin, M.S. and Esmat, N. (2021). The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychol*, 9(1), 177-186.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34758875/>

Authors

Miss Pranee Naowanit

Student of Program in Health Behavior and Health Promotion,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University
Tel: 08-7459-1966 Email: na_pranee@kkumail.com

Assistant Professor Dr.Natnapa Heebkaew Padchasuwan
Program in Health Behavior and Health Promotion, Faculty of
Public Health, Khon Kaen University
Tel: 08-4364-1458 Email: natnpa@kku.ac.th

Mr.Krittapart Sihawong
Student of Program in Health Behavior and Health Promotion,
Faculty of Public Health, Khon Kaen University
Tel: 06-1923-6491 Email: krittapart.s@kkumail.com