



ผลของโครงการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก



ณัฐพล พูลวิเชียร

วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก



วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร
เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา 2565
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยนเรศวร

วิทยานิพนธ์ เรื่อง "ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก"
ของ ณัฐพล พูลวิเชียร
ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา-

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน)

..... ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา)

..... กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายใน
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร)

อนุมัติ

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.กรองกาญจน์ ชูทิพย์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก
ผู้วิจัย	ณัฐพล พูลวิเชียร
ประธานที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จรียา
ประเภทสารนิพนธ์	วิทยานิพนธ์ ส.ม., มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2565
คำสำคัญ	อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ภาวะหมดไฟในการทำงาน, พลังสุขภาพจิต, โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ การทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง 68 คน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน อาศัยอยู่ในอำเภอเนินมะปรางและอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับสุขภาพจิตศึกษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดต่อกันเป็นเวลา 12 สัปดาห์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การจัดการกับสถานการณ์ และการคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเที่ยงคำนวณจากสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .744 และ .910 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบความแตกต่างใช้ Independent samples t-test และ Repeated measure ANOVA และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วย Bonferroni method

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตในระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05
4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถช่วยเพิ่มพลังสุขภาพจิต และลดภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอื่นๆต่อไปได้

Title	THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT ON JOB BURNOUT AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN PHITSANULOK PROVINCE
Author	Natthaphon Phoonwichian
Advisor	Assistant Professor Wutthichai Jariya
Academic Paper	M.P.H. Thesis in Public Health Program, Naresuan University, 2022
Keywords	Village Health Volunteers, Job Burnout, Resilience Quotient, Resilience enhancing program

ABSTRACT

This quasi-experimental research with two group repeated measures design aimed to study the effect of resilience enhancing on job burnout program among village health volunteers. Total of 68 samples were village health volunteer with burnout and had lived in Noen-maprang District and Wangthong District, Phitsanulok Province. The samples were divided into two groups, 34 subjects of experimental group and 34 subjects of control group. During the period of twelve weeks intervention, the experimental group received resilience enhancing on job burnout program among village health volunteers while control group received normal psychoeducation. Resilience enhancing program comprised of activities; discovering reality, critical reflection, taking charge and holding on. Research instruments were the resilience quotient screening questionnaires Thai version and the Maslach burnout inventory (MBI) questionnaires Thai version. The Cronbach' alpha coefficients of such two questionnaires were .744 and .910 respectively. The data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, independent samples t-test, repeated measure ANOVA and tested the difference in pairs with the Bonferroni method.

The results revealed that:

1. After intervention and a follow-up period of 3 months, experimental group had a significantly higher mean score of resilience quotient than before the intervention (P-value < .05)

2. A follow-up period of 3 months, experimental group had a significantly higher mean score of resilience quotient than control group (P-value < .05)

3. After intervention and a follow-up period of 3 months, experimental group had a significantly lower mean score of Maslach burnout inventory (MBI) than before the intervention (P-value < .05)

4. After intervention and a follow-up period of 3 months, experimental group had a significantly lower mean score of Maslach burnout inventory (MBI) than control group (P-value < .05)

Resilience enhancing program on job burnout among village health volunteers could be helpful in increasing resilience quotient and assistant in reducing job burnout among village health volunteers. Such program could be applied into an activity for empowering and prevent burnout on the job of other village health volunteers.

ประกาศคุณูปการ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงในความกรุณาของผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา ประธานที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษา และข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องของวิทยานิพนธ์ด้วยความเอาใจใส่ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

กราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล มะโนทน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วุฒิชัย จริยา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์ วิจารณ์ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้ข้อชี้แนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้เนื้อหาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริไลซ์ วรรณรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน และนางสาวพัชรี วัฒนาเมธี รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก ที่กรุณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือวิจัย และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ และกราบขอบพระคุณคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่กรุณารับรองและเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัย

กราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ รพ.เนินมะปราง ผู้อำนวยการ รพ.วังทอง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.เนินมะปราง ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.วังทอง ผู้อำนวยการ รพ.สต.บ้านหนองขมิ้น ผู้อำนวยการ รพ.สต.แก่งโสภา ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.บ้านหนองขมิ้น และผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รพ.สต.แก่งโสภา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่เก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ และที่สำคัญอย่างยิ่งต้องขอขอบพระคุณ กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวที่สละเวลาที่มีคุณค่าในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ด้วยความเต็มใจยิ่ง

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยเหลือ ประสานงาน และอำนวยความสะดวกตลอดเวลาในการศึกษาและขอบคุณสมาชิกในครอบครัวทุกท่านที่ทำให้กำลังใจและให้การสนับสนุนในทุกๆด้านอย่างดีที่สุดเสมอมา คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงจะมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบและอุทิศให้ผู้มีพระคุณทุกท่าน ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้สามารถนำไปปรับใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ณัฐพล พูลวิเชียร

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
ประกาศคุณูปการ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญรูปภาพ.....	ฐ
บทที่ 1.....	1
บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมุติฐานงานวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
บทที่ 2.....	9
เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	9
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน.....	14
3. พลังสุขภาพจิต.....	28

4. หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993).....	34
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	41
บทที่ 3.....	54
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	54
1. รูปแบบการวิจัย.....	54
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	55
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล	67
5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	68
6. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	68
บทที่ 4	70
ผลการวิจัย.....	70
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	70
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	79
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.....	81
บทที่ 5.....	83
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	83
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	85
ข้อเสนอแนะ	90

บรรณานุกรม..... 117

ประวัติผู้วิจัย..... 127



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.71	
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์ การประเมินพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	74
ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์ การประเมินพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	75
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ย ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	77
ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ย ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	78
ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	79
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เป็นรายคู่ ด้วย Bonferroni (N = 34).....	79
ตารางที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ใช้สถิติ Independent t-test	80
ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34).....	81

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และ
 ระยะเวลาติดตาม 3 เดือน เป็นรายคู่ ด้วย Bonferroni method (N = 34).....81

ตารางที่ 11 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระหว่างกลุ่ม
 ทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะเวลาติดตาม 3 เดือน ใช้สถิติ
 Independent t-test82



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993).....	37
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	53
ภาพที่ 3 แผนภาพการทดลอง.....	54
ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการสูมตัวอย่าง.....	59



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นบุคคลที่เสียสละทำงานเพื่อสังคม เสียสละเวลา หยาดเหงื่อแรงกาย พัฒนาสุขภาพตาม แนวนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน มีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม สุขภาพ เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพ รวมถึงการให้บริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เป็นการช่วยบรรเทาภาวะการขาด แคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในชนบทและสนับสนุนการดำเนินงานด้านสาธารณสุขให้บรรลุ เป้าหมาย (The Office of Primary Health Care, 1994) และในปี พ.ศ.2562 รัฐบาลยังมีนโยบาย ในการพัฒนายกระดับความรู้ อสม. ให้เป็น อสม.หมอบริการบ้านควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการ สื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการพัฒนา ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้ อสม.ให้บริการแก่ประชาชนและให้ประชาชน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ เข้าถึงข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชน ตลอดจนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

ปัจจุบันภาระงานที่เกี่ยวข้องกับโรค การเจ็บป่วย และภัยสุขภาพที่รุนแรงมากขึ้นประกอบกับ จำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มเปราะบางมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เกิดแรงกดดันจากความคาดหวังของประชาชน หน่วยงานราชการหรือองค์กรต่างๆ ต่อการ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ มีภาระหน้าที่หลักทางครอบครัวที่ ต้องดูแล พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 44.40 มีอาชีพเป็นเกษตรกร และ ร้อยละ 25.40 ทำงานรับจ้าง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563) ข้อจำกัดในเรื่องอาชีพที่ ต้องทำมาหากินนั้น ทำให้ไม่สามารถคาดหวังให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติหน้าที่ได้ อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ภาระที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องรับผิดชอบดูแลนี้ อาจก่อให้เกิดความเครียดซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจของผู้ปฏิบัติงานได้และส่งผลกระทบต่อ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ขาดความต่อเนื่อง จากการที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านต้องเผชิญกับภาระงานที่มากเกินไป รวมทั้งความเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเผชิญ ต่อภาวะความเครียดในงาน ย่อมทำให้ไม่พึงพอใจต่อการทำงาน ขาดแรงจูงใจในการทำงาน เกิดความเครียดเรื้อรังจนกลายเป็นภาวะหมดไฟในการทำงาน ทำให้สูญเสียอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านจากระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, 2562) ความเครียด

และภาวะหมดไฟในการทำงานมีลักษณะใกล้เคียงกัน ต่างกันตรงที่ความเครียดเป็นความกดดันที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเครียดเพียงเล็กน้อยมีประโยชน์ในการเป็นแรงกระตุ้นพฤติกรรมได้ ส่วนภาวะหมดไฟเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังที่สร้างความสิ้นหวังหมดกำลังใจ และทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสูญเสียความสนใจ หรือสูญเสียแรงจูงใจที่จะรับบทบาทใดบทบาทหนึ่งที่เคยได้รับมาตั้งแต่ตอนต้นๆภาวะหมดไฟในการทำงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานลดประสิทธิภาพ ผลิตภาพหรือผลผลิตของการทำงานลงเรื่อยๆ ทีละเล็กละน้อย รวมทั้งบั่นทอนจิตใจหรือทำให้สูญเสียทั้งพลังกายและพลังใจ ทำให้รู้สึกว่าการช่วยตนเองไม่ได้ ท้อแท้ และสิ้นหวัง (พรพรรณราย ททรัพย์ประภา, 2557)

ดังนั้น การทำงานไม่ว่าจะเป็นงานลักษณะใด หรือใช้ความรู้ความสามารถและความรับผิดชอบที่แตกต่างกันอย่างไรต่างก็มีความเครียดจากการทำงานได้ ซึ่งความเครียดนั้นหากมีการสะสมไว้ในระยะเวลาที่ยาวนานแล้วไม่ได้รับการแก้ไขจะนำมาสู่การเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน (อิชญา เจตินัย, 2563)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) ได้รับการขึ้นทะเบียนจากองค์การอนามัยโลก (WHO) คือ ภาวะหนึ่งที่เกิดจากการเผชิญกับความเครียดในที่ทำงานเป็นระยะเวลายาวนาน เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจที่เป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในที่ทำงาน และไม่ได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ จนขาดแรงจูงใจ หดหู่ ไม่มีสมาธิในการทำงาน ไปจนประสิทธิภาพในการทำงานลดลง นอกจากนี้ภาวะหมดไฟในการทำงานยังเป็นภาวะที่ทำให้คนๆนั้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ปี 2562 องค์การอนามัยโลก ประกาศให้ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout Syndrome) เป็นภาวะทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และเป็นภาวะที่กำลังจะเกิดในสังคมมากขึ้น ซึ่งภาวะหมดไฟหรือหมดแรงบันดาลใจในการทำงาน (Burnout) นี้อาจส่งผลให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากต่อปี (WHO, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Job burnout) เป็นกลุ่มอาการของความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional exhaustion) การลดคุณค่าบุคคลอื่น (Depersonalization) และลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Personal accomplishment) (Maslach and Jackson, 1986) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเจตคติ พฤติกรรมการปฏิบัติงานไปในทางที่ไม่พึงประสงค์ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีทั้งต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน หมดหวังในการทำงาน ก่อให้เกิดผลเสียทั้งต่อตัวบุคคลและองค์กร ผู้ที่มีภาวะความเหนื่อยหน่ายในงานจะลาป่วยด้วยอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไข้หวัด มากกว่าคนทั่วไป 2-7 เท่า ด้านอารมณ์ พบว่า โกรธง่าย หงุดหงิด แยกตัว ขาดความกระตือรือร้นในการทำงาน ขาดความคิดริเริ่มหรือการพัฒนา จนทำให้ประสิทธิภาพการทำงานทั้งของตนเอง องค์กร ต่ำลง และอาจรุนแรงจนกลายเป็นโรคซึมเศร้าและการลาออกจากงาน

ได้ในที่สุด ปัญหาดังกล่าวพบได้มากถึงร้อยละ 15-50 ของคนทำงาน โดยเฉพาะบุคลากรที่มีอาชีพในการให้บริการ (ทัศนีย์ สิริพนมณี, 2563)

จากผลสำรวจภาวะหมดไฟในการทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ช่วงปลายปี 2562 ในกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 1,280 คน พบว่า ร้อยละ 12.00 อยู่ในภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 57.00 อยู่ในภาวะที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเข้าสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน และร้อยละ 31.00 อยู่ในภาวะปกติ (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ปี 2563 จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 ใน 9 อำเภอของจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 825 คน พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.93 เพศชาย ร้อยละ 30.07 และพบว่า มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ร้อยละ 30.06 และอยู่ในภาวะปกติ ร้อยละ 69.94 ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง และ อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 248 คน พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.00 เพศชาย ร้อยละ 35.00 และพบว่าอำเภอวังทอง มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 18.04 รองลงมาคือ อำเภอเนินมะปราง ร้อยละ 16.88 (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2, 2563) และปัจจัยหลักที่เป็นสาเหตุทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีภาวะหมดไฟในการทำงานมากที่สุด คือ ภาระงานที่มากเกินไป ร้อยละ 44.96 รองลงมาคือ ขาดแรงจูงใจในการทำงาน ร้อยละ 37.61 (โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของ Baek (2563) พบว่า ความหนักของงาน ความถี่ของการขึ้นเวรในเวลากลางคืนของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยล้า ดังนั้น ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นสิ่งที่สำคัญเร่งด่วนที่ต้องจัดการ แก้ไข เพื่อลดภาวะหมดไฟในการทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่ศึกษาปัจจัยที่ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ในกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานภายใต้ความกดดัน พบว่า พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดจากการทำงานของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้ (ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์, 2560) พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (เทียนทอง ทาระบุตร, 2556) พลังสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับเหตุการณ์เครียดในชีวิตของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษจังหวัดนครปฐม (นุชนาฏ ธรรมชั้น, 2556) จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการพัฒนา พลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอาจจะช่วยทำให้ภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านลดลง

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) (Grotberg, 1995) เป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้นรวมทั้งให้มีการจัดการ

สิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องเกิดจากความภาคภูมิใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเองโดยมีแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ใช้ศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร รวมทั้งเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อเจอปัญหา ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหามีทางแก้ได้ รู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพและรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเปิดมุมมองในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

ปัจจุบันการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์ต่างๆ มีรูปแบบการให้บริการทางจิตสังคมที่หลากหลาย โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สามารถฟื้นตัวกลับคืนสู่ปกติได้อย่างรวดเร็วและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจรุนแรงขึ้นในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีวิธีหนึ่งที่สำคัญและเป็นที่ยอมรับ คือ การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเพื่อให้สามารถดูแลตนเองและแก้ไขปัญหาก่ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพสุตา นุ้ยแมน (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 173.04, SD = 7.73; M = 144.84, SD = 10.91; t = 10.82, p < .001$ ตามลำดับ) และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 173.04, SD = 7.73; M = 143.92, SD = 5.99; t = 14.48, p < .001$ ตามลำดับ) สอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ฉายากุล (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองในโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนพลังสุขภาพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองในโปรแกรมสูงกว่าก่อนการทดลองในโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ สยามภรณ์ เดชดี (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กริณี สังข์ประคอง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรม

รุนแรง พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 103.71, 155.97, p < .05$ ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะใช้แนวคิดการสร้างพลังสุขภาพจิตของ (Gibson, 1993) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นพบสถานการณ์จริง 2.การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3.การจัดการกับสถานการณ์ และ 4. การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต มาพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตและศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง รวมทั้งมีแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคคลอื่นได้ เป็นผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

คำถามการวิจัย

ภายหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นและภาวะหมดไฟในการทำงานลดลงหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน
4. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

สมมุติฐานงานวิจัย

1. หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

ขอบเขตการวิจัย

1. ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก

2. ขอบเขตด้านประชากร/กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 18,270 คน

3. ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในพื้นที่อำเภอเนินมะปราง และ อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

4. ขอบเขตด้านเวลา

การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ เดือน มกราคม - มีนาคม 2565

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)** หมายถึง การตกอยู่ในสภาวะของความเหนื่อยหน่าย ทอแท อ่อนล้าทางอารมณ์จิตใจ ร่างกาย และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากกระบวนการสั่งสมความเครียดที่มีผลต่อร่างกายและจิตใจอย่างเรื้อรังมาเป็นเวลานาน และไม่สามารถจัดการต่อภาวะเครียดเรื้อรังนั้นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสวนมากจะสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ประสบความสำเร็จตามความคาดหวัง ทำให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายหมดไฟ เมื่อยล้า พลังชีวิตหดหาย มีความรู้สึกไม่อยากทำงานต้องการมีระยะห่างจากงานหรือมีทัศนคติเชิงลบต่องานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเพื่อนรวมและผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ด้วย และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

2. พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) หมายถึง ศักยภาพในการเรียนรู้และปรับตัว เมื่อเผชิญสถานการณ์หรือวิกฤติในชีวิตสามารถฟื้นตัวและดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากวิกฤตินั้นผ่านพ้นไปได้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ความทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีอารมณ์ที่มั่นคง ไม่อ่อนไหวง่าย ไม่ถูกกระตุ้นง่าย อยู่ในความกดดันได้ และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ให้สงบและกลับมามั่นคงเหมือนเดิมได้

2.2 ด้านกำลังใจ หมายถึง การมีจิตใจที่มุ่งมั่นสู่เป้าหมายที่ต้องการ ไม่ท้อถอย มีที่พึ่งที่ปรึกษา เมื่อพบกับความยากลำบากหรือวิกฤติ

2.3 ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหา ไม่หนีปัญหา มีการหาข้อมูล และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา

3. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ที่ผู้วิจัยจัดทำให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยมีเนื้อหากิจกรรมตามหลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

3.1 ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง (Discovering Reality) หมายถึง ความพยายามทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาหรือสภาพตนเองในปัจจุบัน

3.2 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) หมายถึง การฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์วิกฤตต่างๆ มีการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ

3.3 ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ (Taking Charge) หมายถึง ขั้นตอนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อช่วยในการตัดสินใจของตนเอง

3.4 ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต (Holding On) หมายถึง เมื่อพบปัญหาเกิดขึ้น หลังจากได้ปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว ผู้วิจัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะร่วมมือในการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะรู้สึกมั่นใจและมีพลังสุขภาพจิตที่จะป้องกันปัญหานั้นๆ

และ 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์

กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา

กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ

กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม

กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากหมู่บ้าน หรือชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยใช้อักษรย่อว่า “อสม.” โดยปฏิบัติงานในพื้นที่ จังหวัดพิษณุโลก



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยเป็นลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน
3. พลังสุขภาพจิต
4. หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993)
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละหมู่บ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change Agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผนและประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.1 ความเป็นมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกย่อๆว่า อสม. เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 เป็นต้นมา แม้ว่าพลังของ อสม. อาจจะดูเล็กน้อยตั้งแต่เกิดกรวดเม็ดทรายเมื่อยามกระจายอยู่ตามหมู่บ้านและชุมชนต่างๆ แต่เมื่อมีการรวมตัวเป็นกลุ่มก้อนเป็นชมรมฯ พลังเหล่านี้ก็มีความมั่นคงดังภูผาพร้อมที่จะต่อสู้และก้าวนำไปสู่การพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของภาคประชาชน

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 กระทรวงสาธารณสุขได้อบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในหมู่บ้านต่างๆ ในชนบทเพื่อให้อาสาสมัครเหล่านี้มี

ความรู้ด้านสาธารณสุข ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการถ่ายทอดความรู้จากเจ้าหน้าที่ไปสู่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมทั้งมีการจัดทำแบบเรียนด้วยตนเอง สำหรับอาสาสมัครใช้ศึกษาด้วยตนเองเพิ่มเติมจำนวนกว่า 50 เรื่องโดยกำหนดให้ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) 1 คน รับผิดชอบดูแล 8 -15 หลังคาเรือน และให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 1 คน ต่อหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 ได้จัดการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อย่างต่อเนื่องจนครอบคลุมครบ 100% และมีการขยายการดำเนินงานเข้าไปในบางส่วนของเขตเมืองโดยเฉพาะในชุมชนแออัด นอกจากนี้ยังจัดให้มีการอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัญหาท้องถิ่นในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 6 เป็นระยะที่ให้ความสำคัญกับเรื่องคุณภาพมากขึ้น ได้มีการอบรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพิ่มเติมในส่วนที่พื้นสภาพและพื้นที่ที่ขยายรวมทั้งอบรมฟื้นฟูแก่อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้ผู้ที่อบรมไปแล้วมีความรู้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังมีการอบรมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา แพทย์ประจำตำบล เพื่อให้เป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนอีกด้วย ในระยะแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) ได้มีการพัฒนาโครงสร้างการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานใหม่ โดยเฉพาะในส่วนของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้นได้มีการกำหนดแนวทางพัฒนาศักยภาพ อสม. เช่น อบรมยกฐานะ ผสส.เป็น อสม. ทั่วประเทศจัดตั้งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เพื่อให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม. ตลอดจนเป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสารสาธารณสุขหมู่บ้าน (คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, 2539)

1.2 หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของ อสม. ดังนี้

- 1.2.1 อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
- 1.2.2 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่เป็นการประจำในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประสงค์จะเป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
- 1.2.3 มีความรู้ สามารถอ่านออกเขียนได้
- 1.2.4 สมัยใจและเสียสละเพื่อช่วยเหลือการดำเนินงานสาธารณสุข
- 1.2.5 ประสงค์จะเข้าร่วมหรือเคยเข้าร่วมการดำเนินงานสาธารณสุขและต้องการพัฒนาชุมชนของตนเอง
- 1.2.6 มีความประพฤติอยู่ในกรอบศีลธรรมอันดี ได้รับความไว้วางใจและยกย่องจากประชาชน
- 1.2.7 มีสุขภาพดีทั้งกายและใจ และมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่เป็นแบบอย่างมีเวลาให้กับการทำงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.3 การขึ้นทะเบียนเป็น อสม.

สถานภาพของการเป็น อสม.เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นได้รับการคัดเลือกผ่านการอบรมและได้รับการประเมินความรู้ความสามารถทั้งกลุ่มความรู้พื้นฐานและกลุ่มความรู้เฉพาะตามที่กำหนดไว้ จังหวัดจะออกประกาศนียบัตรและบัตรประจำตัวให้ใช้เป็นหลักฐาน โดยรูปแบบอายุบัตรและสิทธิที่ได้รับเป็นไปตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.4 วาระและการพ้นสภาพการเป็น อสม.

1.4.1 วาระ กำหนดให้มีวาระคราวละ 4 ปี เมื่อครบวาระแล้วให้พิจารณาต่อบัตรประจำตัว โดยดูจากผลการดำเนินงาน ร่วมกับการพิจารณาของประชาชนและองค์กรของหมู่บ้าน (เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ควรที่จะเป็นผู้ถอดถอน อสม. ด้วยตนเอง เพราะ อสม. เป็นอาสาสมัครที่เสียสละของประชาชนหากมีความจำเป็นก็ควรใช้การประชุมและปรึกษาหารืออย่างเป็นกันเองกับ อสม. ที่มีอยู่รวมทั้งกรรมการหมู่บ้าน เพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจจะเกิดขึ้น)

1.4.2 การพ้นสภาพ

1.4.2.1 ตาย

1.4.2.2 ลาออก

1.4.2.3 เป็นคนไร้ความสามารถหรือคนเสมือนไร้ความสามารถแล้วแต่กรณี

1.4.2.4 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมีคำสั่งให้พ้นสภาพ ตามที่หัวหน้าครัวเรือนหรือผู้แทนจำนวนไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 ของหลังคาเรือนที่ อสม. รับผิดชอบร่วมกันลงลายมือชื่อยื่นหนังสือต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี และอาจตั้งคณะกรรมการเพื่อพิจารณาตรวจสอบข้อเท็จจริงก่อนมีคำสั่งให้พ้นสภาพการเป็น อสม. หากปรากฏข้อเท็จจริงตามรายงานการตรวจสอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังต่อไปนี้

1.4.2.4.1 อสม.ผู้นั้นไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพที่กระทรวงสาธารณสุขหรือหน่วยงานของรัฐจัดขึ้นโดยไม่มีเหตุผลหรือความจำเป็น

1.4.2.4.2 อสม.ผู้นั้นไม่รักษาจรรยาบรรณของ อสม. หรือ มีความประพฤติเสียหายที่อาจนำมาซึ่งความเสื่อมเสียศักดิ์ศรีขององค์กร อสม. (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.5 มาตรฐาน อสม.

ตามสมรรถนะของ อสม.กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดมาตรฐานสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขไว้ในหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550 ดังนี้

1.5.1 สามารถนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่

1.5.2 สามารถเป็นผู้นำในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น ตลอดจนการเฝ้าระวังสุขภาพและคัดกรองผู้ป่วย

1.5.3 สามารถสร้างและบริหารเครือข่ายในการดำเนินงานสร้างสุขภาพแบบหุ้นส่วน

1.5.4 สามารถรณรงค์ขับเคลื่อนชุมชนและสังคมให้ตื่นตัวและรับผิดชอบต่อตนเอง ชุมชน และสภาวะแวดล้อม

1.5.5 สามารถเตรียมและริเริ่มมาตรการทางสังคมใหม่ๆ ที่จะมีผลต่อการจัดและลดปัญหาทางสุขภาพ

1.5.6 สามารถสร้างจิตสำนึกประชาชนในการเฝ้าระวังดูแลสุขภาพ

1.5.7 สามารถสร้างโอกาสให้เด็กและเยาวชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพอนามัย และชุมชนตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข (เชิงรุก)

1.5.7.1 ดูแลสุขภาพอนามัยเชิงรุก ในกลุ่มแม่และเด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน

1.5.7.2 เสริมสร้างสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชน โดยแผนสุขภาพตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายต่างๆในชุมชน เพื่อลดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง หัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต และสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพใน รพ.สต.

1.5.7.3 เป็นทูตไอโอดีน ฝึกฝนการให้ความรู้เรื่องโรคขาดสารไอโอดีน ตรวจสอบสารไอโอดีนในเกลือ น้ำปลา ซอส ปูรงรส และแนะนำหญิงตั้งครรภ์บริโภคเกลือไอโอดีน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

1.6 บทบาทหน้าที่ของ อสม.

อสม.มีบทบาทในการเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้าน ชุมชน เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชน และมีหน้าที่ แก้วข้าวร้าย กระจายข่าวดี ชีบริการ ประสานงาน สาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี โดยมีหน้าที่ความรับผิดชอบ ดังนี้

1.6.1 เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชนในหมู่บ้าน วัตถุประสงค์เพื่อนบ้านมารับบริการสาธารณสุข แจ้งข่าวสารสาธารณสุข เช่น การเกิดโรคติดต่อที่สำคัญ หรือโรคระบาดในท้องถิ่น ตลอดจนข่าวความเคลื่อนไหวในกิจกรรมสาธารณสุข รับข่าวสารสาธารณสุขแล้วแจ้งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในท้องถิ่นทราบอย่างรีบด่วนในเรื่องสำคัญ เช่น เรื่องโรคระบาดหรือโรคติดต่อต่างๆ รับข่าวสารแล้วจดบันทึกไว้ในสมุดบันทึกผลการปฏิบัติงานของ อสม.

1.6.2 เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่าง ๆ ได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขและการใช้ยา การรักษาอนามัยของร่างกาย การให้ภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมและการจัดหาน้ำสะอาด โภชนาการและสุขาภิบาลอาหาร การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น การอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว การดูแลรักษาและป้องกันสุขภาพเหิงือกและฟัน การดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุอุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ การป้องกันและแก้ไข

มลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข การจัดหายาจำเป็นไว้ใช้ในชุมชนและการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและแพทย์แผนไทย ฯลฯ

1.6.3 เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว และจ่ายถุงยางอนามัย การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เช่น เกี่ยวกับบาดแผลสด กระจกหักข้อเคลื่อน ฯลฯ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นตามอาการ

1.6.4 หมุนเวียนกันปฏิบัติงานที่ ศสมช. โดยมีกิจกรรมที่ควรดำเนินการ ได้แก่

1.6.4.1 จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน

1.6.4.2 ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน

1.6.4.3 ให้บริการที่จำเป็นใน 14 กิจกรรม สาธารณสุขมูลฐาน

1.6.5 เฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น เฝ้าระวังปัญหาโภชนาการโดยการชั่งน้ำหนักเด็กและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กขาดสารอาหารและขาดธาตุไอโอดีนเฝ้าระวังด้านอนามัยแม่และเด็กโดยการติดตามหญิงมีครรภ์ให้มาฝากท้องและตรวจครรภ์ตามกำหนด เฝ้าระวังด้านสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค โดยการติดตามให้มารดานำเด็กไปรับวัคซีนตามกำหนด และเฝ้าระวังเรื่องโรคติดต่อประจำถิ่น โดยการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย เป็นต้น

1.6.6 เป็นผู้ดำเนินการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน โดยใช้งบประมาณหมวดอุดหนุนทั่วไปที่ได้รับจากกระทรวงสาธารณสุข หรือจากแหล่งอื่น ๆ

1.6.7 เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชนและพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยใช้กระบวนการ จปฐ. (ความจำเป็นพื้นฐาน) และรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคมด้านต่างๆ

1.6.8 ดูแลสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562)

จากความหมายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า อสม. คือ บุคคลที่มีบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การเผยแพร่ความรู้ ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการฟื้นฟูสุขภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน ชุมชน

2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

ก่อนปี 1970 ยังไม่มีปรากฏการใช้คำว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout) ในวารสารวิชาการ จนกระทั่งในช่วงปี 1974 Herbert Freudenberger นักจิตวิทยาชาวอเมริกัน บรรยายถึงภาวะ “Burnout” หรือ “หมด(เชื้อ)ไฟ” โดยเปรียบเทียบสภาพจิตใจของคนที่ถูกความเครียดจากการทำงานแผดเผากับตึกที่ถูกไฟไหม้จากภายใน และจากกรณีศึกษาของ Herbert Freudenberger พบว่า คนที่มีอาการ Burnout มักจะอยู่ในวิชาชีพที่ต้องคอยช่วยเหลือผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาล ครู ตำรวจ นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา ซึ่งมักจะมีอุดมคติบางอย่างที่จะทำเพื่อผู้อื่น เพื่อสังคม และพยายามผลักดันตัวเองอย่างเต็มที่เพื่อจะไปให้ถึงเป้าหมาย แต่ยิ่งพยายามก็เหมือนกับการวิ่งชนกำแพง ความผิดหวังครั้งแล้วครั้งเล่าทำให้คนเหล่านี้สร้างกำแพงขึ้นมาป้องกันตัวเอง ฉีดยาชาให้กับความรู้สึกอันเจ็บปวดนั้น แม้พวกเขาจะยังคงทำงานหนักเหมือนเคย แต่ภายในกลับรู้สึกว่างเปล่าและค่อยๆ ซดกำลังที่จะเดินหน้าต่อ

จากข้อมูลของศูนย์ข้อมูลเทคโนโลยีชีวแห่งชาติของสหรัฐฯ (NCBI) ระบุว่า ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่าอาการ Burnout สามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกวิชาชีพ ไม่ได้จำกัดแต่กับวิชาชีพที่ทำเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นเท่านั้น แต่คำจำกัดความที่แน่ชัดยังไม่มีการวินิจฉัยจึงยากและแทบจะเป็นไปไม่ได้ที่จะกล่าวว่าปัญหานี้เกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด สาเหตุอาจจะมีหลายอย่าง ทั้งการทำงานเกินพอดีเป็นประจำอยู่ภายใต้แรงกดดันเรื่องเวลา งานขาดความท้าทาย มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน การอุทิศชีวิตให้กับงานเกินเหตุจนลืมชีวิตส่วนตัว ซึ่งบางครั้งการเปลี่ยนบรรยากาศการทำงานหรือการให้การช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน บางคนนอกจากต้องทำงานประจำยังต้องดูแลญาติที่ป่วยเรื้อรังด้วย หากได้รับการแบ่งเบาภาระจะช่วยแก้ปัญหาได้

หนึ่งในผู้บุกเบิกศาสตร์ในการศึกษาด้านนี้ คือ Christina Maslach ศาสตราจารย์ด้านจิตวิทยาสังคม มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย เบิร์กลีย์ (University of California, Berkeley) ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้สรุปนิยามของ Burnout ที่ถูกยอมรับในปัจจุบันว่า คือการตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรังที่มาจากการทำงาน โดยเกิดขึ้น 3 รูปแบบ อันได้แก่ Exhaustion (เหนื่อยล้า อ่อนใจ) Cynicism (ปฏิกิริยาทางลบในงานที่ทำ เช่น ถ้าเป็นแพทย์ก็เริ่มขาดความเห็นใจคนไข้ ตะคอกใส่เพื่อนร่วมงาน) Professional Inefficiency (ประเมินตัวเองเกี่ยวกับงานในแง่ลบ เช่น ไม่ประสบความสำเร็จในการทำงาน) และภาวะ Burnout มักนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ เช่น ความผิดพลาดในงานที่ทำ เสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและคิดอยากตาย ดังนั้น แม้ WHO จะยังไม่ได้บัญญัติว่าถึงกับเป็นโรค (Disorder/Disease)

แต่การศึกษาพบว่าส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ชัดเจนนอกจากนี้ความเข้าใจใหม่ๆ เรื่อง Burnout แกไขความเชื่อเดิมๆว่า ปัญหาหมดไฟของคนทำงานเกิดจากตัวบุคคล เช่น ถ้าในอดีตบอกว่าตนเองหมดไฟอาจได้รับการตอบรับว่า “อ่อนแอเกินไป” หรือ “ทำไมคนรุ่นใหม่ถึงไม่

อดทน” แนวทางแก้ไขภาวะหมดไฟที่ปรากฏขึ้นตามบทความต่างๆมักจะเป็นการเสนอให้แก้ไขที่ตัวบุคคล เช่น หาเวลาพักผ่อนให้มากขึ้น เปลี่ยนวิธีการมองโลก รู้จักปล่อยวาง และสุดท้ายเมื่อไม่ช่วยอะไรจะวนไปสู่วิธีการที่มีธงตั้งอยู่แล้วว่า “เพราะอ่อนแอ” แต่ภาวะ Burnout ความรู้ใหม่กล่าวไว้ว่า เราไม่สามารถแก้ปัญหานี้ได้โดยเจาะจง แต่ที่ ‘ตัวบุคคล’ เพราะเกิดจาก ‘ระบบ’ ที่ทำให้คนหมดไฟโดยที่ตัวบุคคลอาจจะเป็นเหยื่อของระบบมากกว่าการแก้ไขภาวะ Burnout จึงต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อมในการทำงาน วัฒนธรรมองค์กรหรือระบบการทำงานที่เป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะนี้ เมื่อหัวหน้าหรือผู้มีอำนาจเห็นปัญหาของระบบและปรับแก้ไขให้ตรงจุดกับคนทำงาน เช่น มอบหมายภาระงานอย่างเหมาะสม มีความเป็นธรรม ให้เกียรติคนทำงาน จึงจะแก้ปัญหานี้ได้จริง

หลังจาก ปี ค.ศ.1975 มีผู้ให้ความสนใจภาวะหมดไฟในการทำงานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา (Maslach & Schaufeli, 1993) อันผลเนื่องมาจาก (พัลพงศ์ สุวรรณวาทีน, 2559)

1. มนุษย์ใช้เวลาในการทำงานเพิ่มขึ้นมากกว่าในอดีต ทำให้ต้องเหินห่างจากถิ่นที่อาศัย ชุมชน หรือครอบครัว และใช้เวลาส่วนใหญ่มุ่งหาความสำเร็จในการทำงานทำให้เกิดสภาวะที่ผู้ปฏิบัติงานตั้งความหวังไว้สูงกับการทำงานและผลที่จะได้รับ แต่ในขณะที่เดียวกันขาดการสนับสนุนจากชุมชนและครอบครัวเพราะความเหินห่าง ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้จะเกิดอาการเหนื่อยหน่ายได้ง่ายมากและผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้มีมากขึ้นในสังคม

2. มีการเปลี่ยนแปลงในสังคมทุกคนพยายามแยกตัวเป็นอิสระ (Individualization) ดังนั้นถ้าเกิดปัญหาจะขอให้ผู้เชี่ยวชาญเรื่องนั้นๆ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา แก้ไขให้ ซึ่งในอดีตปัญหาเหล่านี้มีภาระงานหนัก ขณะที่งบประมาณไม่ได้เพิ่มตามสัดส่วนภาระงาน ภาวะเช่นนี้ทำให้ผู้ปฏิบัติงานบริการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานได้

3. ความมีอิสระในการปฏิบัติงาน (Autonomy) ของผู้ให้บริการในด้านต่างๆ ลดน้อยลง เช่น บัณฑิตจบใหม่ หวังว่างานของตนนั้นต้องมีอิสระได้ใช้ความรู้ที่เรียนมาและได้พบกับผู้บริการที่มีความรับผิดชอบหรือให้ความร่วมมือ แต่เมื่อได้ทำงานจริงๆ พบว่าไม่เหมือนตามที่หวัง อาการผิดหวังนี้ก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงานตามมาได้

Maslach and Jackson (1986) ได้เผยแพร่แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานในวารสาร Human Behavior และได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง burnout ในกลุ่มบุคคลที่มีอาชีพด้านการบริการหลายอาชีพ ให้ความหมาย “burnout” ว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีความอ่อนเพลียทางร่างกาย ท้อแท้ใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น ทำให้มีมโนทัศน์และทัศนคติทางลบต่อผู้รับบริการเป็นผลสืบเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการทำงานด้านบริการ ซึ่งต้องมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตลอดเวลาในฐานะผู้ให้บริการ ต้องเผชิญกับปัญหาและรับฟังความทุกข์ยากของผู้คนอย่างตลอดเวลา

Maslach and Jackson (1986) ได้แบ่งความเหนื่อยหน่ายในการทำงานออกเป็น 3 ด้าน ดังต่อไปนี้

1. ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) เป็นอาการของความรู้สึกอ่อนเพลีย หหมดกำลัง ไม่อยากไปทำงาน นับเป็นอาการสำคัญที่เกิดขึ้นในระยะแรกของอาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน ถ้าหากอาการดังกล่าวไม่ได้รับการแก้ไข หรือมีแรงจูงใจที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดพลังในการกลับมาเหมือนเดิมได้ ยิ่งจะทำให้มีอาการตามมาทีเลวร้ายลง เช่น รู้สึกหมดกำลังในการไปทำงาน มีความคับข้องใจ ไปทำงานสายหรือขาดงานบ่อย ไม่มีความอยากที่จะต่อสู้หรือแก้ไขปัญหา หรืออุปสรรคใดๆ อาการเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้น จนเป็นอาการป่วยทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดตึงตามร่างกายหรือกล้ามเนื้อ ไปจนถึงอาการทางร่างกายอื่นๆ

2. การลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่น (Depersonalization) เป็นอาการที่เกิดขึ้นตามมาจากความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ โดยบุคคลจะเกิดเจตคติด้านลบต่อเพื่อนร่วมงาน ผู้รับบริการและบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้อง หากเป็นผู้ที่ทำงานด้านบริการ ก็จะขาดมนุษยสัมพันธ์ที่ดีไม่มีจิตใจที่จะให้บริการ ลูกค้าหรือผู้รับบริการ หยาบกระด้าง ขาดความสุภาพอ่อนโยน ไม่แยแสต่อ คำขอหรือข้อเรียกร้องใดๆ จากผู้รับบริการ ขาดความเมตตา ความเห็นอกเห็นใจ ไร้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นๆ ถือเป็นอาการที่มีความซับซ้อนมากขึ้นกว่าความเหนื่อยล้าทางอารมณ์

3. ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง (Reduced Personal Accomplishment) เป็นอาการที่บุคคลรู้สึกกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังเอาไว้ มีการประเมินตนเองในด้านลบ ขาดทักษะและเจตคติในการเผชิญกับปัญหาอย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดต่ำลง บุคคลรับรู้ได้ถึงความเปลี่ยนแปลงในตัวเอง มีความรู้สึกด้อยประสิทธิภาพ และความสามารถลดลงในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อบุคคลอื่น ไม่รู้สึกสนุกกับงาน ขาดเป้าหมายในการทำงาน ขาดความภูมิใจในความสามารถหรือผลงานของตนเอง

Maslach and Goldberg (1998) อ้างถึงใน วาริชากู ศิวกาญจน์ (2554) ได้เสนอองค์ประกอบความไม่ลงตัวของบุคคลกับสถานการณ์ในงาน 6 ประเภท (Six-areas of Job-person Mismatch) ที่จะส่งผลทำให้บุคคลกรเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แก่ 1.การมีปริมาณงานมาก (Work overload) 2.การไม่สามารถควบคุมการทำงานของตนเอง (Lack of control) 3.การขาดแคลนสิ่งตอบแทนจากการทำงาน (Insufficient reward) 4.การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน (Breakdown of community) 5.การไม่ได้รับความยุติธรรมในการทำงาน (Absence of fairness) และ 6.ความขัดแย้งระหว่างบุคคลกับงาน (Value conflict) สถานการณ์ทั้ง 6 ประเภทนี้หากเกิดขึ้นกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีโอกาสทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้นั้นเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานตามมาได้ การแก้ไขปัญหาภาวะหมดไฟในการทำงานที่สำคัญคือการมุ่งเน้นที่ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสถานการณ์ในงาน จากนั้นทำการค้นหาสาเหตุและหาทางเลือกที่จะชี้เฉพาะชนิดของภาวะหมดไฟในการทำงานที่เกิดขึ้น ซึ่งถ้าหากหน่วยงานทราบได้ว่า

สถานการณ์ทั้ง 6 ประเภทเหล่านี้มีสถานการณ์ใดที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในความรับผิดชอบของตนก็จะสามารถหาแนวทางเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาหรือสามารถไขปัญหาได้ทันที่ ก่อนที่ปัญหาเหล่านั้นจะลุกลามไปจนกลายเป็นภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน

รากฐานที่แท้จริงของทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในงานโดยหลักๆแล้วมาจาก ทฤษฎีความเครียดโดยทั่วไป (General Stress Theory) ซึ่งมุ่งเน้นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะของงาน (Work Characteristics) กับพนักงาน (Schaufeli & Enzmann, 1998) ทฤษฎีหนึ่งที่มีบทบาทมากที่สุดในการศึกษา คือ ทฤษฎี Person Environment-Fit Theory (PE-Fit Theory) (French, Caplan & Van Harrison, 1982; Edwards, 1996) ซึ่งกล่าวถึง ความไม่สมดุลกันระหว่างความจำเป็นและโอกาสในสภาพแวดล้อมของการทำงาน ทักษะความชำนาญ ตลอดจนความคาดหวังของพนักงาน ซึ่งล้วนแล้วแต่เป็นองค์ประกอบเริ่มต้นที่สำคัญมากที่สุดของกระบวนการเริ่มต้นสู่ความเครียดและสุขภาพที่เลวลงความเครียดในสถานที่ทำงาน ซึ่งเป็นผลที่เกิดจากความไม่สอดคล้องต่างๆ ของพนักงาน ก่อให้เกิดความเครียดทางจิตใจซึ่งส่งผลต่อความผิดปกติทางร่างกายได้ (French, Caplan & Van Harrison, 1982) ทฤษฎี PE-Fit นั้น เป็นทฤษฎีที่ไม่ได้เฉพาะเจาะจง หรือนำเอาตัวแปรทางด้านบุคคลมาพิจารณาด้วย Lazarus and Folkman (1984) ได้นำเอาการรับรู้ของบุคคล และการประเมินความเป็นไปได้ในการจัดการสถานการณ์ของแต่ละคนเข้ามาร่วมในทฤษฎีด้วย (Schaufeli and Enzmann, 1998) ได้ให้คำนิยามของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานว่า หมายถึง บทบาทที่ไม่ลงรอยกันระหว่างความตั้งใจของพนักงานกับความเป็นจริงในการทำงานและกลยุทธ์ในการจัดการที่ไม่เพียงพอโดยทั้งคู่ได้นำเสนอแบบจำลอง ที่แสดงถึงบทบาทในการรับมือต่อทั้งคุณประโยชน์ที่ได้รับ (Positive Gain) และผลสนองกลับในทางลบ (Negative Loss Spirals) (Schaufeli & Enzmann, 1998) ปัจจัยทางด้านบุคคล สามารถมีผลกระทบต่อทุกขั้นตอนในกระบวนการได้ (Kahn & Boysiere, 1992)

ในกลุ่มนักวิจัยด้านภาวะหมดไฟ ได้มีการพัฒนาแบบจำลองใหม่ๆ ที่ใช้แบบจำลอง Maslach Burnout Inventory เป็นพื้นฐานและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการวัดตัวอย่างเช่น แบบจำลองเชิงกระบวนการ (Process Model) (Leiter, 1993) ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับแบบจำลองของงานและทรัพยากรในงาน (Job Demands-Resources model; JD-R Model) (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001) แบบจำลองเชิงกระบวนการ อธิบายถึงความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดคุณค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่นที่เป็นรูปแบบของกระบวนการที่เกิดขึ้นมาตามลำดับ ส่วนการรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จนั้น พัฒนาต่างหากออกมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีขององค์การ ส่วนแบบจำลองของงานและทรัพยากรในงานนั้น ความต้องการของงานมีความเชื่อมโยงพื้นฐานต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของความเหนื่อยหน่ายในงาน การขาด

แคลนทรัพยากรในงาน ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่เกี่ยวข้องกับการงาน (Disengagement) ส่วนการรู้สึกว่าคุณไม่ประสบความสำเร็จนั้นไม่รวมอยู่ด้วย (Demerouti et al., 2001) บางทฤษฎีนั้นอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการแลกเปลี่ยนทางสังคม (Social Exchange Theory) ทฤษฎีที่ว่าด้วยการบำรุงรักษาไว้ซึ่งทรัพยากร (Conservation of Resources Theory) (Hobfall & Freedy, 1993) โดยทฤษฎีแรกนั้นมุ่งที่การเปรียบเทียบการประเมินสิ่งแวดล้อมทางสังคมการทำงาน เช่น ความยุติธรรมในการทำงาน ส่วนทฤษฎีหลังนั้น ดูเหมือนว่าจะมีอิทธิพลมากที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องของความผูกพันในงาน (Job Engagement) ซึ่งในเบื้องต้นนั้น ได้รับคำนิยามที่ตรงกันข้ามกับความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน โดยทฤษฎี ได้สังเกตเห็นถึงความสำคัญของการสูญเสียทรัพยากรต่างๆ ในขณะที่ภาวะหมดไฟในการทำงานมีการพัฒนาขึ้น (Hobfall & Freedy, 1993) และยังประโยชน์ให้กับทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานต่างๆ โดยพื้นฐานการศึกษาถึงความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ซึ่งกันและกัน รวมไปถึงความสูญเสียต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานด้วย (Hakanen, 2004)

ทฤษฎีเกี่ยวกับภาวะหมดไฟส่วนใหญ่มีพื้นฐานของสมมุติฐานเดียวกันที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการพัฒนาของภาวะหมดไฟ (Schaufeli and Enzmann, 1998) ได้อธิบายถึงองค์ประกอบทั่วไปของความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นตามหลักการทฤษฎี ได้แก่

1. การเริ่มต้นของอาการเหนื่อยล้า
2. เกิดอาการผิดปกติอื่นๆ ตามมา
3. อาการนั้นเกี่ยวข้องกับการทำงาน
4. อาการดังกล่าวเกิดขึ้นกับคนธรรมดาที่ไม่เคยมีประวัติทางการแพทย์
5. การลดลงของประสิทธิภาพการทำงานและผลการปฏิบัติงานที่ท้อแท้สิ้นหวังเนื่องมาจากทัศนคติและพฤติกรรมที่เป็นไปในทางลบ

ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ คมสันต์ ธงชัย (2558) อสม.ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ขาดความมั่นใจในการให้ข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพเพราะรู้สึกว่ายาวนานน้อย อสม.จำเนื้อหาไม่ได้ และขาดเทคนิคในการพูดสื่อสารเพื่อถ่ายทอดเนื้อหา ขาดความไว้วางใจจากเพื่อนร่วมงาน มีทัศนคติไม่ดีต่อการทำงาน กอปรกับสภาวะการณ์ที่คนในชุมชนมีอาชีพหลากหลาย ทั้งรับราชการ เอกชน แรงงานและเกษตรกร ด้วยสถานภาพที่แตกต่างไม่มีความสัมพันธ์และไม่รู้จักกัน ทำให้ชุมชนส่วนใหญ่ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพของ อสม. ส่งผลให้การยอมรับบทบาท อสม. น้อยลง ประกอบกับ อสม. มีความรู้ต่ำกว่าผู้รับข้อมูล ส่งผลให้ผู้รับข้อมูลเกิดทัศนคติไม่ยอมรับในตัว อสม. จึงไม่ให้ความสำคัญและไม่ให้ความร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ ที่จัดโดย อสม. และบางครั้งอ้างเหตุผลว่า ข้อมูลที่ได้รับนั้นมีประโยชน์แต่ไม่มีเวลา จึงไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ส่งผลให้การดำเนินงานของ อสม.ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เกิดปัญหา

อุปสรรคในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานชุมชน และจากการศึกษาของ มณีทิพย์ ชวิตรานุรักษ์ (2563) การไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างๆ เช่น อบต. ร้อยละ 55.80 และชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วม ร้อยละ 37.30

นอกจากนี้พบปัญหา อสม. ไม่มีเวลาเพียงพอ เพราะมีภาระทางครอบครัว และจำเป็นต้องออกไปประกอบอาชีพนอกหมู่บ้าน ปัญหาเกี่ยวกับการทำมาหากิน ทำให้ไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมทุกครั้งได้ ปัญหาเพื่อนร่วมงานไม่ค่อยให้ความร่วมมือเท่าที่ควร ผู้นำท้องถิ่น บางคนยังไม่ให้การสนับสนุน ชาวบ้านไม่เข้าใจโครงการจึงไม่ให้ความร่วมมือ สถานที่ปฏิบัติงานของ อสม.บางแห่งยังไม่เป็นเอกเทศ หรือบางแห่งตั้งอยู่ห่างไกลจากย่านชุมชนทำให้ชาวบ้านไม่ค่อยมาร่วม การติดตามของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบ การสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ล่าช้า รวมทั้งข้อตกลงจากปฏิญญาแห่งอัสตานา ประเทศไทยใช้กลไกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขับเคลื่อนงานสาธารณสุขมูลฐานให้บรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2573 ทำให้อสม. มีภาระหน้าที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เกิดความเครียด หงุดหงิด และลาออก ในปัจจุบันอาสาสมัครสาธารณสุขมีแนวโน้มการลาออกมากขึ้นจากการเก็บรวบรวมข้อมูลการลาออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอไพศาลี จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ปี พ.ศ.2557 มีอัตราการลาออก ร้อยละ 16.20 และปี พ.ศ.2558 มีอัตราการลาออกร้อยละ 15.90 (ทัศนพร ชูศักดิ์, 2561) ไม่ใช่เพียงแต่งานที่เกี่ยวกับคนที่เต็มไปด้วยความเครียด จะนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน แต่อาการดังกล่าวนี้ สามารถพบในหลายอาชีพที่มีการเพิ่มขึ้นของจังหวะของงาน (Work Pace) และความต้องการของงานที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วได้ด้วย โดยทั่วไปแล้วนั้นภาวะหมดไฟในการทำงานนั้นจะเชื่อมโยงกับประสบการณ์ที่ต้องทำงานที่หนักมากเกินไปจนกลายเป็นเรื่องเรื้อรังจนเป็นธรรมชาติ รวมไปถึงความขัดแย้งระหว่างบทบาทที่ต่างกันไป หรือระหว่างคุณค่าที่สำคัญต่างๆ กับความคาดหวังของแต่ละบุคคล (Cordes & Dougherty, 1993; Jackson, Schwab, & Schuler, 1986; Maslach & Goldberg, 1998) การเน้นย้ำถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างคนกับงานในฐานะของรากเหง้าของปัญหาของภาวะหมดไฟเป็นการเน้นถึงธรรมชาติของภาวะหมดไฟที่เป็นกระบวนการมากกว่าเป็นสภาวะ

แบบจำลองกระบวนการ (Process Model) เป็นไปตามทฤษฎีของ Maslach, Jackson and Leiter (1996) ซึ่งใช้พื้นฐานของทฤษฎี P-E-fit (Edwards, 1996) กระบวนการนี้เริ่มต้นจากความไม่เข้ากัน (Mismatch) ระหว่างพนักงานกับงานของเขา ซึ่งเป็นข้อสันนิษฐานของความเครียด (Maslach & Goldberg, 1998) หากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน ภาระงานหนัก ปริมาณงานมาก รวมถึงงานมีความซับซ้อน ต้องทำในเวลาเร่งรีบ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน ถ้าปล่อยสะสมไว้นานอาจเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น โรควิตกกังวล หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ จนกระทั่งส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในการทำงานข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ตามแนวคิดของ (Maslach and Jackson, 1986) ดังต่อไปนี้

1. ความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion)
2. การลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่น (Depersonalization)
3. ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง (Reduced Personal Accomplishment)

ภาวะหมดไฟในการทำงานสามารถเกิดขึ้นได้กับกลุ่มคนทุกสาขาอาชีพ เป็นตัวการสำคัญที่ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่รุนแรงขึ้น เช่น โรควิตกกังวล หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ จนกระทั่งส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด

2.1 ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงาน (Burnout)

จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้มีผู้ให้คำจำกัดความและความหมายของคำว่า “ภาวะหมดไฟในการทำงาน” ไว้มากมาย โดยส่วนใหญ่แล้วมีความหมายคล้ายคลึงและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2525) เป็นบุคคลแรกในประเทศไทยที่ได้เขียนบทความเกี่ยวกับอาการนี้ และแปลคำว่า Burnout ว่า “ความเหนื่อยหน่าย” ซึ่งทำให้การวิจัยในเวลาต่อมา จึงใช้คำว่า เหนื่อยหน่ายเรื่อยมา

มาลินี พงศ์พานิช (2531) ได้แปลหนังสือเรื่อง “Burnout : The High Cost of High Achievement” ซึ่งเขียนโดย (Freudenberger and Richelson, 1980) โดยใช้ชื่อเรื่องภาษาไทยว่า “จิตสลาย : ราคาของความสำเร็จที่แพงลิบ” ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟหรือจิตสลายว่าเป็นภาวะของความผิดหวัง อันเกิดจากการอุทิศตัวให้แก่วิถีทาง วิถีชีวิต หรือความสัมพันธ์อันหนึ่งอันใดที่ไม่เคยให้ผลรางวัลตอบแทนตามที่เขาคาดหวังไว้ เป็นการทำให้ทรัพยากรทางกายและทางใจของคนหมดสิ้นลง (Freudenberger & Richelson, 1980) หรือเป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการตอบสนองต่อภาวะความเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักพบในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในที่มสุขภาพ

สิระยา สัมมาวาท (2532) ถึงแม้ว่าความเห็นเกี่ยวกับลักษณะของภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยทั่วไปจะคล้ายกันและมีความเป็นเอกฉันท์ แต่การจะตัดสินว่าพนักงานคนหนึ่งนั้น มีภาวะหมดไฟในการทำงานหรือไม่นั้น ไม่ใช่จะทำได้โดยง่าย เพราะภาวะหมดไฟจะไม่แสดงตัวชัดเจนภาวะหมดไฟนั้นถือเป็นกระบวนการ (Process) ไม่ใช่สถานะ (Event) ดังนั้น กระบวนการของแต่ละบุคคลก็จะไม่มีทางเหมือนกัน (Mattingly, 1977) สังเกตภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าเป็นรูปแบบของลักษณะอาการที่ซับซ้อน ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมและทัศนคติที่มีความเป็นเอกลักษณ์ในแต่ละคนด้วย โดยทั่วไป

แล้วภาวะหมดไฟในการทำงานนั้นสามารถถือได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลโดยเกี่ยวข้องกับงานและปัจจัยต่างๆทางสังคม

วรัญญา วชิโรดม (2552) กล่าวว่า ภาวะหมดไฟเป็นภาวะของความอ่อนล้าของอารมณ์ จิตใจ และร่างกายที่มีผลมาจากการมีความเครียดสะสมเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อรู้สึกที่เราไม่สามารถที่จะจัดการงานต่างๆได้ทั้งหมด ทำให้มีความเครียดอย่างต่อเนื่องจนขาดแรงจูงใจและความสนใจที่จะทำหน้าที่หรือบทบาทของตนอย่างเต็มที่

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2562) ให้ความหมายภาวะหมดไฟในการทำงานว่าหมายถึง ภาวะการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน โดยมีอาการหลัก 3 อาการ ได้แก่ 1. มีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ รู้สึกสูญเสียพลังงานทางจิตใจ 2. มองความสามารถในการทำงานของตนเองในเชิงลบ ขาดความรู้สึกประสบความสำเร็จ 3. มองความสัมพันธ์ในที่ทำงานไปในทางลบ รู้สึกเหินห่างจากคนอื่นไม่ว่าจะเป็นผู้ร่วมงานหรือลูกค้า

พรชัย สิทธิศรีธัญกุล (2562) ให้ความหมายว่า ภาวะหมดไฟในการทำงานไม่ใช่โรค แต่เป็นภาวะผิดปกติ ที่เกิดจากการทำงาน (Occupational Phenomenon) ซึ่งภาวะนี้ไม่ใช่ความผิดปกติใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้น แต่เป็นหัวข้อที่มีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องมาหลายทศวรรษ ปัจจุบันภาวะ Burnout ได้ถูกกล่าวถึงอย่างแพร่หลายจากสื่อมวลชนและประชาชนที่ใช้โซเชียลมีเดียต่างๆ ด้วยความรู้สึกเชื่อมโยงกับอาการหมดไฟที่กำลังเกิดขึ้นกับตนเองและคนรอบข้างในแวดวงการทำงานเดียวกัน สาเหตุของภาวะ Burnout กล่าวได้ว่าเป็นผลกระทบจากการขาดสมดุลชีวิตและการทำงาน (Work Life Balance) ทำให้เกิดปัจจัยต่างๆ อันนำมาซึ่งภาวะหมดไฟในการทำงาน อาทิ ขาดการบริหารจัดการและการตัดสินใจที่ดี อยู่ในสิ่งแวดล้อมหรือสภาพการทำงานที่มีความกดดันและความเครียดตลอดเวลา ขาดความชัดเจนในภาระงาน ไม่ได้รับการยอมรับจากหัวหน้าหรือเพื่อนร่วมงานมีความรับผิดชอบในงานและความคาดหวังในการทำงานสูงมากเกินไปทำงานที่ไม่เหมาะสมกับตนเองจนทำให้เกิดความเครียด ทำงานที่มีความวุ่นวายทำให้ต้องใช้พลังงานสูงจึงเหนื่อยล้าได้ง่าย และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เมื่อเกิดภาวะ Burnout อาจมีสัญญาณบ่งบอกถึงความผิดปกติทั้งทางร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย รู้สึกเหนื่อยล้า หมดแรง อ่อนเพลีย ภูมิคุ้มกันต่ำลงอันเป็นสาเหตุให้เกิดอาการเจ็บป่วยอื่นๆ ตามมาได้บ่อยขึ้น และความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน เช่น นอนไม่หลับ เป็นต้น สำหรับความผิดปกติทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกล้าเหลว สิ้นหวัง หงุดหงิดง่าย กังวลใจทุกครั้งที่ต้องไปทำงาน ขาดแรงบันดาลใจและแรงกระตุ้นในการทำงาน ขาดสมาธิและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดทัศนคติเชิงลบต่องานและผู้ร่วมงาน รู้สึกโดดเดี่ยว ฯลฯ อีกทั้งความผิดปกติทางพฤติกรรม เช่น การขาดความรับผิดชอบต่องานการหลีกเลี่ยงการทำงาน การปลีกตัวออกจากสังคมส่วนรวม รวมถึงอาจมีการใช้ยาหรือแอลกอฮอล์ รวมถึงการรับประทานอาหารมากขึ้นเพื่อลอบประโลมตัวเองจากภาวะดังกล่าว

จามรี ณ บางช้าง (2562) กล่าวว่า Burnout เป็นเรื่องของความเครียดกับการทำงานที่เกิดขึ้นได้ตามปกติ อาจหายไปเมื่อรู้ตัวและหาทางผ่อนคลาย ความเครียดในระดับไม่สูงทำให้ผู้ปฏิบัติมุ่งมั่น อดทน และตั้งใจปฏิบัติงานจนประสบผลสำเร็จด้วยดี แต่หากความเครียดนั้นมีมากเกินไป หรือหากไม่สามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้ก็จะนำไปสู่ภาวะ Burnout จึงจะเห็นได้ว่า Burnout นั้นเกิดจากความเครียดในบริบทของการทำงานเป็นหลัก ซึ่งดำเนินมาอย่างเรื้อรัง ส่งผลต่อทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงาน รวมถึงผลจากความเครียดเรื้อรังนี้อาจก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชตามมาได้ เช่น โรคซึมเศร้า เป็นต้น

กรมสุขภาพจิต (2562) กล่าวว่า ภาวะ Burnout หรือ ภาวะหมดไฟจากการทำงาน "Occupational Phenomenon" เป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่ยังคงการอนามัยโลกได้จัดให้อยู่ในแนวทางการวินิจฉัยโรค ฉบับที่ 11 (Revision of the International Classification of Diseases หรือ ICD-11) ซึ่งแนวทางการวินิจฉัยฉบับเดิมคือ ICD-10 ได้ปรากฏภาวะหมดไฟในการทำงานแล้วแต่ใน ICD-11 ได้เพิ่มรายละเอียดให้มากขึ้นกว่าเดิม แต่ทั้งนี้ในทางการแพทย์ถือว่าภาวะหมดไฟจากการทำงาน เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่ยังไม่ถึงขั้นเจ็บป่วยทางจิตเวช

Herbert Freudenberger (1974) ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่าเป็นคำที่ใช้อธิบายได้ดีที่สุดถึงการหมดไปหรือลดลงซึ่งประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานที่จะมีลักษณะของความเบื่อหน่าย อ่อนล้า และคับข้องใจ อันเป็นผลเนื่องมาจากการทุ่มเทการกระทำในสิ่งที่มุ่งหวัง แต่ต้องประสบกับความล้มเหลว

Niehouse (1981) ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีอาชีพช่วยเหลือบริการผู้อื่น ความเหนื่อยหน่ายตรงข้ามกับความกระตือรือร้น เพราะ ผู้มีความเหนื่อยหน่ายจะมีอาการอ่อนล้า ซึมเศร้า เบื่องาน ไม่มีความอดทน ฉุนเฉียวง่าย ปลีกตัวออกจากสังคม มองอะไรในแง่ร้ายและรู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับนับถือ

Maslach (1976) ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า การที่บุคคลขาดความใส่ใจต่อผู้รับบริการเกิดความรู้สึกท้อแท้ใจ ขาดความเห็นอกเห็นใจ และขาดความนับถือต่อผู้รับบริการ ในปี 1986 Maslach ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานว่า เป็นกลุ่มอาการของความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น และความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากความเครียดเรื้อรังที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการก่อให้เกิดความรู้สึกในทางลบต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงานความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์เป็นความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า สิ้นหวัง หมดกำลังใจในการบริการแก่สังคม เกิดความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าในความเป็นคนในผู้อื่น มีความรู้สึกในทางลบต่อหน้าที่รับผิดชอบต่อผู้รับบริการและผู้ร่วมงาน ส่วนความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จนั้น หมายถึง การเกิดความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในงาน

Cordes (1997) ที่ให้คำจำกัดความของภาวะหมดไฟในการทำงานว่าหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกล้าเพลว และอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและอารมณ์ มีทัศนคติทางลบต่อเพื่อนร่วมงานและตนเอง ส่งผลต่อความมุ่งมั่นและความใส่ใจในการทำงาน

Cherniss (1980) ได้ให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า เป็นกระบวนการของบุคคลที่ไม่สามารถจัดการกับความเครียดได้ เนื่องจากเกิดความไม่สมดุลกันระหว่างความต้องการของงาน (Job Demand) และทรัพยากรในงาน (Job Resource) ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความกระวนกระวายและ คับข้องใจ

Shirom (1989) ซึ่งให้ความหมายของภาวะหมดไฟในการทำงานว่า เป็นการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ที่มีผลมาจากความเครียด ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้พลังที่มีอยู่ในแต่ละบุคคลลดต่ำลง ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของความอ่อนเพลียทางร่างกาย ความอ่อนล้า ด้านอารมณ์และความคิด

Pines and Aronson (1988) กล่าวว่าภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง การแสดงออกของลักษณะของความสูญสิ้นทางกายภาพของบุคคล ที่รู้สึกไร้ค่าและสิ้นหวัง เป็นภาวะหมดสิ้นแล้วทางอารมณ์ และเกิดการพัฒนารับรู้ตนเองและทัศนคติในทางลบที่มีต่องาน ชีวิตและคนอื่นๆ เป็นความรู้สึกหมดหวัง ไร้ซึ่งความพึงพอใจ และล้าเพลวในความพยายามสู่ความเป็นเลิศ

จากความหมายของภาวะหมดไฟจากการทำงานข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า ภาวะหมดไฟในการทำงาน หมายถึง ภาวะที่แสดงออกถึงความอ่อนล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งโดยทั่วไปเกิดขึ้นจากความเครียดที่ไม่สามารถกำจัดหรือลดลงได้ ซึ่งแต่ละบุคคลจะมีอาการที่แตกต่างกันไป ทำให้มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้อื่น รวมถึงงานที่รับผิดชอบ เป็นความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้า สิ้นหวังและหมดกำลังใจ มองโลกในแง่ร้าย ขาดความกระตือรือร้น ปลีกตัวจากผู้อื่น ทำให้งานมีประสิทธิภาพลดลง ขาดความภาคภูมิใจในความสามารถและทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ส่งผลกระทบถึงพฤติกรรมที่เป็นผลเสียกับองค์กร เช่น การขาดงาน การลาออกจากงาน เป็นต้น

2.2 การวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน

แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงานที่นิยมมากที่สุด คือ การใช้แบบทดสอบถามที่ประกอบด้วยคำถามหลายข้อ เนื่องจากแบบวัดที่เป็นแบบทดสอบถามสามารถจำแนกเป็นกลุ่มตามปริมาณข้อมูลของคุณสมบัติทางการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric Properties) และแบบวัดที่มีการใช้ในการวิจัยมากที่สุด คือ Burnout Measure (BM) และ Maslach Burnout Inventory (MBI) ซึ่งมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของ BM และ BMI (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) ดังนี้

2.2.1 The Burnout Measure Inventory (BMI)

เป็นแบบวัดที่มีผู้นิยมใช้เป็นอันดับสองรองจาก MBI โดย Pines, Aronson, Kafry, (1981) เป็นผู้สร้างแบบวัดนี้ขึ้น ตามนิยามที่ว่าอาการเหนื่อยหน่าย คือ ความอ่อนล้าทางกาย อารมณ์และจิตใจ ดังกล่าวมาแล้ว BMI สามารถใช้กับบุคคลในทุกสาขาอาชีพ ไม่จำกัดเฉพาะผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระ (Professionals) แบบวัดนี้เป็นสเกลแบบ Likert ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคำตอบแบบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่หมายเลข 0 (ไม่เคย) จนถึง 6 (ประจำ) นักวิจัยบางท่านกำหนดเกณฑ์ขึ้นว่า ช่วงคะแนนใดเป็นช่วงที่แสดงว่าเกิดอาการเหนื่อยหน่าย แต่เกณฑ์ดังกล่าวยังไม่ควรนำมาใช้ เพราะยังขาดข้อมูลที่เพียงพอสนับสนุนความถูกต้อง จากการใช้แบบสอบถาม BMI กับตัวอย่างมากกว่า 5,000 คน ที่มีลักษณะภูมิหลังต่างๆ กัน พบว่า BMI มีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาที่ดีมาก (Pines & Aronson, 1988) ค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .91 - .93 ค่าความเที่ยงที่สูงอาจเนื่องมาจากแบบวัดมีคำถามหลายข้อที่มีความหมายเหมือนกัน การทดสอบความเที่ยงแบบวิธีทดสอบซ้ำภายใน 1 และ 4 เดือน พบค่าความเที่ยงมีค่าเท่ากับ .66 - .89 (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542; อ้างใน Pines & Aronson, 1988) คุณสมบัติด้านความตรงตามทฤษฎี (Construct Validity) ของ BMI พบว่า คะแนนจาก BMI มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับตัวแปรต่างๆ ตามที่คาดหวังไว้ตามทฤษฎี (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542; อ้างใน Pines & Aronson, 1988) โดยสัมพันธ์กันในทางลบกับความพึงพอใจในการทำงานสัมพันธ์เชิงบวกกับความต้องการออกจากงาน การลาออกจากงาน สุขภาพทางกายที่ไม่ดี อาการทางกาย เช่น ปวดศีรษะ เบื่ออาหารและอาการตื่นตระหนกง่าย นอกจากนี้ BMI ยังสัมพันธ์กับความมีอิสระในการทำงาน การขาดการสนับสนุนทางสังคม และการขาดการประเมินความสามารถย้อนกลับ (Feedback) อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ที่พบมีค่าไม่เกิน .40 ในเกือบทุกกรณี BMI จัดเป็นแบบวัดมิติเดียว แม้ว่าผู้สร้างจะให้นิยามอาการเหนื่อยหน่ายไว้เป็นแบบหลายมิติ ทำให้นักจิตวิทยาหลายท่านมองแบบวัดนี้ว่าไม่สอดคล้องกับนิยามพื้นฐาน อันเป็นเหตุให้ความนิยมในแบบวัดนี้ลดลง งานวิจัยที่หาความสัมพันธ์ของคะแนนจาก BM และ MBI พบว่า BM สัมพันธ์กับความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคล โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่าง .50 - .70 และมีความสัมพันธ์ในระดับที่ต่ำกว่ากับความรู้สึกไม่สมหวังในผลสำเร็จของตน ($r = -.25$ ถึง $-.30$) (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542) สรุปว่า BM เป็นแบบวัดที่เที่ยงและตรงสำหรับการวัดอาการอ่อนล้าในการทำงาน ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของอาการเหนื่อยหน่าย (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542; อ้างใน Shirom, 1989)

Maslach Burnout Inventory (MBI) ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 มิติย่อย วัดความอ่อนล้าทางอารมณ์ (9 ข้อ) การไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ (5 ข้อ) และความรู้สึกถึงความประสบความสำเร็จ (8 ข้อ) ในระยะเริ่มแรก MBI ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ ที่ให้ผู้ตอบ ตอบในสองรูปแบบ คือ รูปแบบความถี่และความแรง เช่น คำถามที่ว่า “ข้าพเจ้า

รู้สึกเหนื่อยหน่ายอย่างมากหลังจากเลิกงาน” ผู้ตอบต้องตอบว่า มีความรู้สึกดังกล่าวถี่มากน้อยเพียงไร และยังต้องตอบว่ามีความรู้สึกดังกล่าวมากน้อยเพียงไรบนสเกลตั้งแต่ 1 ถึง 7

อย่างไรก็ตามในงานวิจัยหลังปี ค.ศ.1981 พบว่า คำตอบในรูปของความถี่และความแรงมีความสัมพันธ์กันสูงมาก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มากกว่า .80 จึงได้มีการแนะนำว่าควรใช้เฉพาะ MBI ที่มีคำตอบในรูปแบบของความถี่ โดยไม่จำเป็นต้องให้ผู้ตอบตอบทั้งสองลักษณะ (สงวนสิทธิ์เกียรติบัณฑิต, 2542) MBI วัดระดับของอาการเหนื่อยหน่าย แต่ไม่ได้วัดว่าผู้ตอบมีความเหนื่อยหน่ายหรือไม่ โดยจะถือว่าผู้ตอบมีอาการเหนื่อยหน่ายในระดับที่สูง ถ้าผู้ตอบได้คะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง ได้คะแนนการไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการสูง และมีคะแนนความประสบความสำเร็จของตนเองต่ำ (มาตรวัดนี้มีความหมายเชิงบวก ดังนั้น ถ้าได้คะแนนสูงจะมีอาการเหนื่อยหน่ายต่ำ) ในคู่มือการใช้ MBI ได้แบ่งระดับอาการหมดไฟเป็น 3 ช่วง โดยแบ่งตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีมากกว่า 10,000 คน จากอาชีพต่างๆ ที่หลากหลายออกเป็น 3 กลุ่ม จำนวนเท่าๆ กันตามระดับคะแนน โดยให้กลุ่มแรกมีอาการ หมดไฟในระดับสูง กลุ่มที่สอง มีอาการหมดไฟในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มที่สาม มีอาการหมดไฟในระดับต่ำ (สงวนสิทธิ์เกียรติบัณฑิต, 2542)

อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีการตรวจสอบเกณฑ์เหล่านี้โดยอาศัยจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกแบบวัด MBI มีความเหมาะสมกับการประเมินอาการหมดไฟในอาชีพที่ให้บริการแก่สังคมและให้การดูแลด้านสุขภาพ ทำให้งานวิจัยเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงาน จำกัดอยู่ในแวดวงของผู้ให้บริการในอาชีพเหล่านี้ แบบวัดประเภทนี้เป็นที่รู้จักในนาม MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) แบบวัดรุ่นต่อมาได้พัฒนาสำหรับบุคลากรที่ทำงานด้านการศึกษา (MBI-Educators Survey หรือ MBI-ES) ทั้งในแบบ HSS และ ES นั้น ทำการวัดใน 3 มิติ ที่สะท้อนถึงกลุ่มคนหรืออาชีพที่มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ เช่น ลูกค้า ผู้ป่วย หรือนักเรียน เป็นต้น โดยจำแนกออกมาได้ใน 3 องค์ประกอบ คือ อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น และความรู้สึกว่าตนไม่ประสบความสำเร็จ ส่วนอาชีพอื่นๆ ที่ไม่ได้มีลักษณะการทำงานกับผู้รับบริการโดยตรง เช่น ผู้ที่ทำงานด้านบริหารนั้น ทำให้เกิดแบบวัดรุ่นที่สามของ MBI ขึ้นโดยได้มีการพัฒนา (MBI-General Survey หรือ MBI-GS) ซึ่งมีองค์ประกอบของตัวแปรของภาวะหมดไฟในการทำงานในความหมายที่กว้างขึ้น เพื่อให้เหมาะสมกับงานต่างๆไป ที่ไม่เฉพาะแต่กับงานที่ต้องมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น ซึ่งมีมิติของการวัดประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความเหนื่อยล้า (Exhaustion) ความเกลียดชังสังคม (Cynicism) หรือทัศนคติที่ออกห่างจากงานที่ทำอยู่ และความรู้สึกด้อยประสิทธิภาพในงาน (Reduced Professional Efficacy) แบบวัด MBI-GS นี้ มีการปรับปรุงข้อคำถามเล็กน้อย แต่ยังคงความสม่ำเสมอของโครงสร้าง เพื่อนำไปใช้ในหลากหลายอาชีพมากขึ้น ส่วน Golembiewski and Munzenrider (1988) ได้ศึกษาอาการหมดไฟในบุคคลที่ประกอบอาชีพที่ไม่ใช่การให้บริการและเปลี่ยนคำว่าผู้รับบริการใน MBI เป็นคำว่า เพื่อนร่วมงาน การเปลี่ยนคำเช่นนี้ อาจทำให้ความหมาย

ของแบบวัดเปลี่ยนไปด้วย การสรุปผลการวิจัยดังกล่าว จึงควรทำด้วยความระมัดระวังโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การปรับเปลี่ยนแบบวัดการไม่เห็นคุณค่าความเป็นคนของผู้รับบริการ ซึ่งเป็นลักษณะที่จำเพาะกับอาชีพที่ต้องให้บริการแก่ผู้คน (Maslach & Schaufeli, 1993)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Maslach and Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย ลลิตา แท่งเพชร (2558) และเนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิตได้นำมาใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน จึงนำมาใช้เพื่อทำการศึกษาดัชนีภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วยมิติในการวัด 3 ด้าน คือ

1. ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (Emotional Exhaustion) มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 6 ข้อ

2. ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลในผู้อื่น (Depersonalization) มีข้อคำถาม จำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ

3. ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง (Reduced Personal Accomplishment) มีข้อคำถาม จำนวน 8 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 4 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 4 ข้อ

รวมคำถามทั้งสิ้น จำนวน 22 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ จำนวน 13 ข้อ ซึ่งนำไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน ก่อนนำไปใช้ในการเก็บข้อมูล คาดว่าจะทำให้ทราบข้อมูลอาการหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาที่พบต่อไป

2.3 การแปลผล

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7
- ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 13, 14
- ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 17, 20, 22

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4
- ด้านการลดค่าความเป็นบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11, 12
- ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 18, 19, 21

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะการตอบ	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน	6 คะแนน
ปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน	5 คะแนน
เดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
เดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
ทุก ๆ วัน	6 คะแนน	0 คะแนน

การแปลผลคะแนน ดังนี้

- ผู้ที่มีภาวะหมดไฟสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ , ด้านการลดความเป็นบุคคลสูง และ ด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

- ผู้ที่มีภาวะหมดไฟปานกลาง จะมีคะแนนทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลาง

- ผู้ที่มีภาวะหมดไฟต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ , ด้านการลดความเป็นบุคคลต่ำ แต่จะมีด้านการลดความสำเร็จส่วนบุคคลสูง

โดยมีเกณฑ์การกำหนดคะแนน เพื่อแบ่งระดับภาวะหมดไฟในแต่ละด้านตามทฤษฎีของ (Maslach & Jackson, 1986) กำหนดไว้ ดังนี้

ภาวะหมดไฟ	ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (คะแนน)	การลดความเป็นบุคคล (คะแนน)	การลดความสำเร็จส่วนบุคคล (คะแนน)	รวมทุกด้าน (คะแนน)
ระดับต่ำ	0-16 คะแนน	0-6 คะแนน	39-48 คะแนน	≤44 คะแนน
ระดับปานกลาง	17-26 คะแนน	7-12 คะแนน	32-38 คะแนน	44-88 คะแนน
ระดับสูง	27-42 คะแนน	13-42 คะแนน	0-31 คะแนน	89-132 คะแนน

การแปลผลคะแนนภาวะหมดไฟภาพรวม

การพิจารณาขอบเขตของคะแนนเฉลี่ยเพื่อใช้ในการแปลผลข้อมูลตามความหมายของข้อมูล กำหนดไว้เป็น 3 ระดับ มีเกณฑ์การพิจารณาจากพิสัย (มันัสพงษ์ มาลา, 2563) ดังนี้

$$\begin{aligned}
 \text{พิสัย} &= (\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / 3 \\
 &= (132 - 0) \\
 &= 44
 \end{aligned}$$

เกณฑ์การแปลความหมายภาวะหมดไฟภาพรวม โดยใช้การอิงกลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ย ได้ดังนี้

ภาวะหมดไฟระดับสูง	หมายถึง	89 - 132 คะแนน
ภาวะหมดไฟระดับปานกลาง	หมายถึง	44 - 88 คะแนน
ภาวะหมดไฟระดับต่ำ	หมายถึง	ต่ำกว่า 44 คะแนน

2.4 การจัดการกับภาวะหมดไฟในการทำงาน

เมื่อพบว่ากำลังเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน สิ่งที่ควรปฏิบัติเพื่อให้เข้าสู่ความเป็นปกติโดยเร็ว คือการจัดการกับความเครียด เมื่อเกิดความเครียดจากสาเหตุต่างๆ เช่น ภาระงานหนัก ควรหาวิธีการผ่อนคลายหรือสิ่งที่จะช่วยในการลดภาวะเครียดนั้นๆ สร้างพลังสุขภาพจิตให้เข้มแข็งพร้อมกลับมาสู้ได้อีกครั้ง (ศรีสกุล เฉียบแหลม, 2562) ซึ่งปัจจัยที่อาจจะช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงานหรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะหมดไฟ คือ พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) ซึ่งพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้นรวมทั้งให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องเกิดจากความภาคภูมิใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเองโดยมีแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ใช้ศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร อีกทั้งเป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อเจอปัญหา (Grotberg, 1995)

ในปัจจุบันการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบทางจิตใจมีรูปแบบการให้บริการทางจิตสังคมที่หลากหลายโดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สามารถฟื้นตัวกลับคืนสู่ปกติได้อย่างรวดเร็วและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่อาจรุนแรงขึ้นในอนาคต และวิธีหนึ่งที่สำคัญเป็นที่ยอมรับ คือ การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต เพื่อให้บุคคลสามารถดูแลตนเองและแก้ไขปัญหากที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างเหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, 2562)

3. พลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) มีชื่อเรียกที่แตกต่างกันออกไป เช่น ความเข้มแข็งทางจิตใจ ความยืดหยุ่นทางจิตใจ ความสามารถในการเผชิญภาวะวิกฤติ ความแข็งแกร่งในชีวิต หรือความสามารถในการฟื้นพลัง และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขและกรมสุขภาพจิต ได้มีการกำหนดเรียกชื่อคำต่างๆที่หลากหลายเหล่านี้ เพื่อให้เป็นสากล สะดวกต่อการสื่อสารที่ชัดเจน เข้าใจตรงกัน จึงใช้คำว่า พลังสุขภาพจิต มาใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เพราะพลังสุขภาพจิตเป็นคุณสมบัติหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลผ่านพ้นปัญหาและอุปสรรคและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข ยิ่งไปกว่านั้นผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตมากยังสามารถใช้วิกฤติเป็นโอกาส สามารถยกระดับความคิดจิตใจ และการดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีขึ้นหลังจากเหตุการณ์วิกฤตินั้นผ่านพ้นไป (สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2552)

จากการศึกษาเอกสารวิชาการทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่า มีการให้ความหมายของคำว่า พลังสุขภาพจิต ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2563) ใช้คำว่า (RQ) เป็นความสามารถของคนที่มีอยู่ในตัวเอง และนำมาใช้เมื่อต้องเอาชนะปัญหา อุปสรรค หรือความยากลำบากที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้เราสามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤต หรือเหตุการณ์ร้ายๆไปได้และอาจพลิกวิกฤตให้เป็นโอกาสโดยสามารถยกระดับความคิดจิตใจและการดำเนินชีวิตในทางที่ดีขึ้นหลังเหตุการณ์ผ่านพ้นไป โดยมีการฟื้นฟูสภาพอารมณ์และจิตใจได้อย่างรวดเร็ว ไม่จมอยู่กับความทุกข์ มีความยืดหยุ่น ปรับตัวได้ดีสามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขอีกครั้ง

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2562) กล่าวว่า ความสามารถในการจัดการชีวิตต้องอาศัยทั้งทักษะความสามารถในการจัดการอารมณ์และการมีทักษะคิดและการจัดการปัญหาที่ดี มาผสมผสานกัน ซึ่งมีด้วยกัน 4 องค์ประกอบ คือ รู้สึกดีกับตัวเอง จัดการชีวิตได้ มีสายสัมพันธ์เกื้อหนุน และมีจุดหมายในชีวิต

Carlo Branzaglia (2020) ผู้เชี่ยวชาญด้านกระบวนการออกแบบและกลยุทธ์การสร้างนวัตกรรม กล่าวว่า เดิมทีในทางวิทยาศาสตร์ คำว่า Resilience หมายถึงความสามารถของวัสดุแต่ละชนิดในการดูดซับพลังงานที่มากกระทบโดยที่วัสดุไม่เสียรูปทรง ต่อมานักจิตวิทยาก็ได้นำคำนี้มาใช้เพื่ออธิบายถึงศักยภาพทางจิตใจของมนุษย์ ในการปรับตัวและฟื้นคืนกลับมามีความสุขได้อีกครั้งหลังเผชิญกับเหตุการณ์ร้าย ๆ หรือสถานการณ์ที่ยากลำบากในชีวิต ถ้าในระดับชุมชน ทุกครั้งที่เกิดภัยธรรมชาติ เช่น แผ่นดินไหวหรือวิกฤตเศรษฐกิจ ชุมชนได้รับผลกระทบ จึงเป็นที่มาของแนวคิดเรื่องการสร้างความยืดหยุ่นของชุมชนในการรับมือ แก้ปัญหาและประคับประคองกันในยามวิกฤต เพราะชุมชนมีศักยภาพในการจัดการกับปัญหาได้ด้วยวิธีที่ฉลาดและได้ผล (tactical and practical) แต่ต้องไม่ลืมว่าเป็นเรื่องยากมาก หากชุมชนต้องวางแผนกลยุทธ์ในการรับมือกับปัญหาในระยะยาวด้วยตนเอง ดังนั้น หน่วยงานและองค์กรต่างๆเป็นส่วนสำคัญที่ขาดไม่ได้ในการเข้ามาทำงานร่วมกันเพื่อบริหารจัดการวิกฤตในระยะยาว ไมอย่างนั้นก็จะเป็นไปไม่ได้ที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

Grotberg (1995) กล่าวว่า ความเข้มแข็งทางใจ หรืออาจเรียกว่าความยืดหยุ่นทางอารมณ์ เป็นศักยภาพของบุคคลกลุ่มหรือชุมชนที่มีความสามารถในการฟื้นตัว การป้องกันความสูญเสียการลดความรุนแรงและการผ่านพ้นจากการได้รับผลกระทบที่เกิดจากภาวะบีบคั้นต่างๆที่ต้องเผชิญได้ด้วยดี ซึ่งพื้นฐานของความเข้มแข็งหรือศักยภาพดังกล่าวนี้ ควรจะต้องได้รับการส่งเสริมปลูกฝังให้เกิดขึ้นตั้งแต่อยู่ในวัยเด็กและสามารถพัฒนาได้ไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดก็ตาม

Wagnild & Young (1993) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดี เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความยากลำบากในชีวิต

จากความหมายของคำว่า พลังสุขภาพจิต ข้างต้น ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พลังสุขภาพจิต นั้นประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหามีทางแก้ได้ รู้จักสร้างสัมพันธภาพและรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเปิดมุมมองในการจัดการกับปัญหา (Grotberg, 1995) และได้้นำแนวคิด พลังสุขภาพจิต ของ (Grotberg, 1995) มาใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

3.1 ลักษณะของคนที่มีพลังสุขภาพจิตดี สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (2562) ประกอบด้วย

มีจิตใจหนักแน่นมั่นคง ไม่หวั่นไหวไปกับเหตุการณ์ต่างๆที่มากระตุน่าง่าย

ใจสู้ ไม่ท้อแท้ ไม่ยอมแพ้โชคชะตา

มองตนเองว่าสามารถรับมือกับปัญหาได้ มองว่าชีวิตมีขึ้นมีลง

ปรับตัวเองตามสถานการณ์ได้

เมื่อเดือดร้อน มีที่พึ่งทางใจ มีที่ปรึกษา คนสนับสนุนช่วยเหลือ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ถาวร ภาวงศ์ (2562) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจต่อคะแนนพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า โดยประยุกต์แนวความคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ของ Edith Grotberg, 1995 ใช้โปรแกรมสอน เนื้อหา คือ 1. รู้สึกรักกับตัวเอง โดยเราสามารถความรู้สึกดีการทำความดี มีความรักความผูกพัน ค้นหาความถนัด ไม่คิดเปรียบเทียบกับผู้อื่นที่มีโอกาสดีกว่า รู้จักพึ่งตนเองดูแลตนเองให้มีความสุข สร้างความรู้สึกดีให้ตนเองด้วยวิธีง่ายๆ เป็นประจำ 2. มองโลกในแง่ดี “ทุกเรื่องในชีวิตสามารถมองให้ดีก็ได้ มองให้ร้ายก็ได้ ถ้ามองในแง่ดีจะทำให้รู้สึกมีกำลังใจ ถ้ามองในแง่ร้ายจะรู้สึกอ่อนแอ ท้อแท้ ขึ้นอยู่กับว่าเราจะเลือกมองอย่างไร” การมองโลกในแง่ดี ทำอย่างไร เมื่อพบกับเหตุการณ์ร้าย คนมองโลกในแง่ดีจะมองว่าเรื่องนี้ว่า

- จะเป็นอยู่ไม่นาน เดียวก็ผ่านไป (มิติเวลา)

- ไม่กระทบกับชีวิตในด้านอื่นๆ (มิติผลกระทบต่อชีวิต)

- ไม่ได้เกิดจากข้อบกพร่องที่แก้ไขไม่ได้ ไม่ถือว่าเป็นความล้มเหลวของตนไม่ตำหนิ ต่อว่า

ตนเอง ให้รู้สึกด้อยค่า ล้มเหลว (มิติด้านตัวตน)

เมื่อพบเหตุการณ์ดี คนมองโลกในแง่ดีจะมองว่า

- เรื่องดีๆ สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยๆ (มิติเวลา)

- ช่วยให้ชีวิตด้านอื่นๆ ดีขึ้นด้วย (มิติผลกระทบต่อชีวิต)

- เป็นผลมาจากความสามารถ ถือเป็นความสำเร็จ (มิติด้านตัวตน)

เข้าใจอารมณ์และความเครียดอาการของความเครียดอาจแสดงออกโดยปวดท้อง ปวดศีรษะ ใจเต้นแรงหงุดหงิด โกรธ เศร้า วิดกกังวล นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คิดมาก คิดวนเวียน คิดมองโลกในแง่ร้าย ปลีกตัว หนีปัญหา เทคนิคการคลายเครียด มีดังนี้ การหายใจถูกวิธี

นอกจากนี้อาจเลือกอยู่กับธรรมชาติ สวดมนต์ ทำสมาธิ ออกกำลังกาย ฟังเพลงเบาๆ อาบน้ำให้สบายตัว หายใจเข้าใจอารมณ์และความเครียด รู้ทันอาการ คลายอารมณ์เป็น แก้ปัญหาที่ต้นเหตุ รู้ทันข้อดีข้อเสียของการแก้อารมณ์แต่ละวิธี วิธีจัดการกับความเครียดได้ผลวิธีหนึ่ง คือ การหันกลับมาดูความคิดของตนเอง อย่าโทษเหตุการณ์ คิดแล้วเครียด เช่น คิดเข้าข้างตนเอง คิดแบบเหมาโหล มองอะไรสุดขั้ว คิดแบบมองโลกแง่ร้าย มองเห็นแต่ด้านลบ มองข้ามด้านบวกคิดตำหนิตนเอง/ต่อว่าผู้อื่น มองหาคนผิดแทนที่จะมองหาทางออก คิดเปรียบเทียบทำให้ตนเองรู้สึกด้อย คิดแล้วไม่เครียด

- คิดรอบด้าน “หากมองจากคนที่เป็นกลางจะมองอย่างไร”
- คิดยืดหยุ่น “เรื่องนี้มีทางเลือกอะไรบ้าง”
- คิดมองโลกแง่ดี “ปัญหานี้มีข้อดีอะไรบ้าง”
- คิดโดยใช้เหตุผล วิเคราะห์ถึงผลที่จะเกิดขึ้นให้ชัดเจน แทนที่จะกังวลใจกับสิ่งที่ยังไม่รู้
- คิดตามความเป็นจริง คิดเป็นขั้นตอน เพื่อตรวจสอบความคิดของตนเองกับความเป็นจริง

คุยกันอย่างเข้าใจ เราต้องสะสมความรู้สึกดีๆ กับคนในครอบครัว จัดเวลาทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดีต่อกัน มีอะไรที่มอบให้กันได้ก็ควรทำ และที่สำคัญต้องรู้จักสื่อสารระหว่างกัน พูดคุยอย่างเปิดเผย แก้ปัญหาให้ได้ผลดี ปัญหาชีวิตเป็นเรื่องธรรมดาที่สำคัญคือเราต้องรู้จักแก้ปัญหาให้ถูกวิธี

1. มีใจสงบพอ
2. ทำความเข้าใจกับปัญหา ด้วยคำถามที่ว่า มันเป็นปัญหาอย่างไร
3. ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา มีความชัดเจนเป็นไปได้ ทำได้ด้วยตัวเราเอง เป็นเป้าหมาย

เชิงบวกการกำหนดเวลาแน่นอนประเมินความก้าวหน้าได้

4. การคิดแบบมีทางเลือก
5. การมีคนช่วยฟังช่วยคิด

การจัดการความขัดแย้ง เริ่มจากการรู้จักตัวเอง รู้ว่าตนเองมีวิธีติดต่อกับคนอื่นแบบไหน และวิธีที่ใช้นั้นเป็นปัญหาให้เกิดความขัดแย้งหรือไม่ ควรจะปรับปรุงตัวเองอย่างไร คำนี้ถึงความรู้สึกตนเองและผู้อื่น ฝึกการยอมรับผู้อื่น ชื่นชมคนอื่น เผชิญหน้าปัญหา หาที่ปรึกษาที่ดี เกิดมาทำไม ถามตนเองว่าเรามีชีวิตอยู่เพื่ออะไร ค้นหาสัจธรรม หาความสุข ชาติใช้กรรม สละสมบุญ ค้นหาความหมายของชีวิต ทำตามหน้าที่ สืบเผ่าพันธุ์ เมื่อเราตระหนักว่าตนเองมีชีวิตอยู่เพื่ออะไรก็สามารถจัดลำดับความสำคัญของเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ดีขึ้น สิ่งสำคัญในชีวิตคืออะไร ใช้เวลาอย่างมีจุดมุ่งหมายตามสิ่งสำคัญในชีวิต มีความสุขที่พอเพียง ตัวชี้วัดความสุขที่สำคัญ คือ การมีสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง โดยเฉพาะกับคนรักและครอบครัว การได้ทำงานที่ถนัดและพอใจในผลงาน การได้อยู่ในชุมชนที่มีความไว้วางใจกันมีความสุข ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน พบว่า โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจทำให้คะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น

3.2 การประเมินพลังสุขภาพจิต

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพลังสุขภาพจิต คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ กรมสุขภาพจิต ที่ได้ทำการศึกษาแนวคิดของ Grotberg (1995) กล่าวไว้ว่า การเอาชนะความโชคร้าย บุคคลจะใช้แหล่งที่มาของพลังสุขภาพจิต 15 แหล่ง แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ซึ่งกรมสุขภาพจิต ได้ทดลองใช้กับกลุ่มคนทั่วไปอย่างแพร่หลายเพื่อให้ใช้สามารถเป็นแบบมาตรฐานกลางที่สามารถใช้กับกลุ่มคนทั่วไป เนื่องจากเป็นคำถามที่มีความเข้าใจง่าย และผ่านกระบวนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินนี้ต้องการให้คนไทยได้ใช้ค้นหาจุดอ่อน จุดแข็งและเตรียมพัฒนาตนเองให้พร้อมกับวิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิต แบบประเมินพลังสุขภาพจิตใช้ประเมินความสามารถโดยประเมินผลองค์ประกอบของบุคคล 3 ด้าน ต่อไปนี้ 1.ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2.ด้านการมีความหวังและกำลังใจ 3.ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

เครื่องมือนี้ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-10 ด้านกำลังใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-15 และด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16-20 ข้อคำถามในแบบประเมิน มีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบวัดพบว่ามีค่าความเที่ยงสูง ($\text{Alpha} = .74$) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาขึ้นนี้ต้องการให้คนไทยได้ค้นหาจุดอ่อนจุดแข็งและเตรียมพัฒนาตนเองให้พร้อมกับวิกฤติหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิต การแปลผลหากประเมินพบว่ามียังมีองค์ประกอบใดต่ำกว่าเกณฑ์ก็สามารถพัฒนาด้านนั้นให้มากขึ้นได้เพราะพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถเรียนรู้พัฒนาได้ โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่จริง หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ

จริงบางครั้ง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือ เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

ค่อนข้างจริง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆมาก หรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้นๆ

จริงมาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่จริง = 1 คะแนน, จริงบางครั้ง = 2 คะแนน, ค่อนข้างจริง = 3 คะแนน, จริงมาก = 4 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย

องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความทนทานทางอารมณ์	< 27	27-34	> 34
ด้านกำลังใจ	< 14	14-19	> 19
ด้านการจัดการกับปัญหา	< 13	13-18	> 18
รวมทุกด้าน (RQ)	< 55	55- 69	> 69

3.3 การแปลผล

ด้านความทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีจิตใจที่ไม่อ่อนไหวง่าย อดทนต่อความกดดัน และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ได้

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ < 27 คะแนน

เกณฑ์ปกติ 27-34 คะแนน

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ >34 คะแนน

ด้านกำลังใจ หมายถึง มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ < 14 คะแนน

เกณฑ์ปกติ 14-19 คะแนน

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ >19 คะแนน

ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ < 13 คะแนน

เกณฑ์ปกติ 13-18 คะแนน

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ >18 คะแนน

รวมทุกด้าน

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ < 55 คะแนน

เกณฑ์ปกติ 55-69 คะแนน

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ > 69 คะแนน

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตมาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับสังคมไทยและเป็นการสอบถามถึง ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมิน สามารถระบุปัจจัยที่ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้อาชนะอุปสรรคได้อย่างชัดเจน (Grotberg, 1995)

4. หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993)

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

Rodwell (1996) ให้นิยามการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ว่าเป็นกระบวนการของการให้ความช่วยเหลือการมีส่วนร่วมในการประเมินความมีคุณค่าของตนเองและผู้อื่นการตัดสินใจร่วมกัน และความอิสระในการเลือกและยอมรับความรับผิดชอบ

Gibson (1993) ได้กล่าวว่า การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตซึ่งทำให้บุคคลตระหนักในความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองและสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆทั้งในส่วนของสถาบันองค์กร

คองเกอร์และคานันโก (1988) ได้ให้คำนิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจว่าเป็นกระบวนการของการเพิ่มความรู้สึกถึงประสิทธิภาพของตนในฐานะสมาชิกขององค์กรด้วยการพิจารณาสถานการณ์ที่ทำให้สูญเสียพลังอำนาจและจำกัดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจด้วยการสนับสนุนข้อมูลที่มีประสิทธิภาพขององค์กรทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

ดารณี จามจรี (2545) ให้คำจำกัดความของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้านสุขภาพว่าเป็น การเพิ่มความสามารถและส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการกำหนดแนวทางการดูแลและควบคุมสุขภาพของตนเองในฐานะหุ้นส่วนของระบบบริการสุขภาพด้วยการช่วยให้บุคคลตระหนักถึงจุดแข็งความสามารถและอำนาจในตนการได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมแบบเท่าเทียมกันในการค้นหาปัญหาพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนรวมถึงการดำเนินการ การประเมินผลลัพธ์และการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนภายใต้การสนับสนุนข้อมูลและทักษะอย่างเพียงพอจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นๆ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือบุคคลรวมถึงการให้ข้อมูล และ/หรือส่งเสริมการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้กับบุคคลซึ่งจะเอื้ออำนวยและสนับสนุนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และดูแลรักษาการเจ็บป่วยที่เผชิญอยู่เพื่อให้บุคคลสามารถสร้างทางเลือกสำหรับดูแลสุขภาพของตนเองและมีความมุ่งมั่นทุ่มเทที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาพยาบาลและดูแลสุขภาพของตนเองตามแนวทางที่ได้กำหนดขึ้น

4.2 กระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริม และพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการ เพื่อให้บรรลุความต้องการ และแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็น ในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ซึ่งแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่นำมาประยุกต์ใช้กันมาก ได้แก่ กระบวนการที่เสนอโดย Gibson ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

1) การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนที่พยายามให้บุคคลค้นพบและยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงกับตนเอง ประกอบไปด้วย การตอบสนองของบุคคลด้านอารมณ์ ด้านสติปัญญา การรับรู้ด้านพฤติกรรม

1.1) การตอบสนองด้านอารมณ์ (Emotional responses) เมื่อบุคคลรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะเกิดความรู้สึกสับสนไม่แน่ใจต่อด้านวิตกกังวลกระวนกระวายกลัวโกรธซึ่งอาการทั้งหมดเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถยอมรับกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาพของความเป็นจริงความรู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหาความไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าได้รวมทั้งการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่จะเกิดขึ้นต่อไปในระยนี้บุคคลจะรู้สึกคับข้องใจที่จะคิดว่าตนเองไม่สามารถกลับคืนสู่ภาวะสุขภาพที่ดีได้แต่บุคคลจะรู้สึกดีขึ้นหากเปลี่ยนวิธีคิดและมีความหวังว่าตนเองมีโอกาสที่จะดีขึ้นได้แต่อาจจะต้องอาศัยระยะเวลาเป็นตัวช่วยซึ่งการคิดในลักษณะนี้จะช่วยให้บุคคลมีกำลังใจดีขึ้นพยายามค้นหาสาเหตุที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริงเพื่อสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

1.2) การตอบสนองทางสติปัญญาการรับรู้ (Cognitive responses) เมื่อบุคคลรู้สึกสูญเสียความสามารถหรือไม่มั่นใจในการดูแลตนเองระยนี้บุคคลจะแสวงหาความช่วยเหลือจากสิ่งรอบข้างโดยการหาข้อมูลความรู้ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ไม่ว่าจะเป็นการอ่านหนังสือวารสารทางวิชาการการถามจากแพทย์พยาบาลบุคคลคนอื่น ๆ ซึ่งประสบกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันเพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจเหตุการณ์และสถานการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นในระยนี้บุคคลจะใช้ข้อมูลความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการแสวงหาจากแหล่งต่างๆมาใช้ประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสถานการณ์ต่างๆ

1.3) การตอบสนองทางพฤติกรรม (Behavioral responses) โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักว่าการดูแลตนเองเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของตนการที่บุคคลคิดว่าสิ่งที่ได้ทำเป็นสิ่งที่ดีที่สุดที่สามารถทำได้ในขณะนี้มีสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่ดีและพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจนสามารถรู้ชัดเจนว่าสิ่งที่ตนเองต้องการอย่างแท้จริงคืออะไรจนเกิดความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของตนเองใช้ประสบการณ์การแก้ปัญหาที่ผ่านมาประยุกต์กับสถานการณ์ใหม่ในขั้นนี้การกระทำของบุคคลจึงทำให้ได้รับข้อมูลย้อนกลับจากบุคคลที่เกี่ยวข้องว่าการวิตกกังวลจนเกินไปจะทำให้รู้สึกสับสนคับข้องใจและไม่มั่นใจจนในที่สุดบุคคลจะตระหนักได้เองถึงสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนและจะเริ่มเปลี่ยนความคิดว่าถ้าเปลี่ยนมาคิดในแง่ดีปัญหาทุกอย่างก็จะสามารถแก้ไขได้ดีกว่าดังนั้นบุคคลจะพยายามปรับตัวโดยคิดในแง่ดีและพร้อมกระทำทุกสิ่งทุกอย่างเพื่อให้การดูแลตนเองเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การที่บุคคลเริ่มมีความตระหนัก การแสวงหาแหล่งประโยชน์ เป็นแรงขับที่จะเพิ่มความสามารถในการสะท้อนคิดของบุคคล เกิดการทบทวนเหตุการณ์

สถานการณ์อย่างรอบคอบ เพื่อตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมเกิดมุมมองใหม่ในแง่มุมมองต่างๆ และเข้าใจชัดเจนเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา และการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยคุณค่าของบุคคลเอง ซึ่งบุคคลจะมีทางเลือกหลายวิธีการขึ้นอยู่กับการแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหามาของแต่ละบุคคลโดยใช้เหตุผลของแต่ละบุคคลซึ่งอาจจะมีความแตกต่างกันโดยที่การตัดสินใจจะอยู่ภายใต้เงื่อนไขคือ 1) เป็นวิธีที่แก้ปัญหาให้แก่ตนเองได้ 2) สอดคล้องกับการดูแลของทีมสุขภาพ 3) บุคคลได้รับความเอาใจใส่ และสามารถตอบสนองความต้องการของตนเอง 4) ผ่านการร่วมปรึกษาและได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพและ 5) เป็นวิธีที่สร้างความยอมรับและความสามารถเปิดกว้างในการที่บุคคลอื่นๆจะนำไปใช้เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้โดยในขั้นตอนนี้บุคคลจะมีพันธะสัญญากับตนเองดังนี้

3.1) การปกป้องสิทธิ (Advocating for) โดยคิดว่าการให้ตนเองได้รับการดูแลเป็นสิ่งที่จะต้องเป็นภาระหน้าที่และความรับผิดชอบของตนดังนั้นสิ่งที่คิดว่าปฏิบัติแล้วเป็นผลดีกับตนเองก็มีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามสิ่งนั้นๆ

3.2) การเรียนรู้ในการแก้ปัญหา (Learning the ropes) เป็นการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาจากการใช้ประสบการณ์เดิมและการเรียนรู้ร่วมกับบุคคลอื่น

ดังนั้นความตั้งใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโดยพยายามกระทำการสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ตนเองการเจรจาต่อรองเกี่ยวกับการรักษาในสถานบริการ (Driving negotiation in the hospital setting) โดยคิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลการได้นำศิลปะความเข้าใจมาผสมผสานกับความรู้ที่มีอยู่มาใช้ในการดูแลการได้นำปัญหาของบุคคลอื่นๆมาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับทีมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญหากการกระทำดังกล่าวเป็นที่ยอมรับและส่งผลให้ตนเองดีขึ้นจะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจ (Sense of power)

การสร้างความรู้สึกร่วมกัน (Establishing partnership) การต้องการมีส่วนร่วมอย่างจริงจังในการดูแลตนเองจะทำให้บุคคลพยายามแสวงหาข้อมูลที่ทันสมัยเป็นประโยชน์จากบุคคลอื่นๆจากการแสวงหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเองการสร้างสัมพันธ์ภาพและการมีส่วนร่วมอภิปรายปัญหาเกี่ยวกับบุคคลอื่นการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลต่างๆ จะช่วยให้การตัดสินใจแก้ปัญหาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น

4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นผลมาจากการที่บุคคลตระหนักในความเข้มแข็ง มีความสามารถในตนเอง พยายามคงอยู่ด้วยตนเอง และมีพลังอำนาจ มีความสามารถ และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมแก้ปัญหาสำหรับใช้ครั้งต่อไป เมื่อพบปัญหาสามารถย้อนกลับไปในวงจรของกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตได้อีกอย่างเป็นพลวัตร ทั้งนี้ มีปัจจัยนำ

คือ ความคับข้องใจ ความรู้สึกขัดแย้งการมีปัญหาอุปสรรค ความคาดหวัง การขาดภาวะสมดุล ประกอบกับการมุ่งมั่นทุ่มเท ความผูกพันและความรัก เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ ส่งผลให้บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993)

4.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (เนตรนิภา จันตระกูลชัย, 2557) แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

4.3.1 ปัจจัยภายในบุคคล (Intrapersonal factor)

4.3.1.1 ความเชื่อ (Beliefs) ความเชื่อเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมากในการที่จะช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคและความยากลำบากในการดูแลสุขภาพที่เกิดขึ้นการที่บุคคลมีความเชื่อที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจะส่งผลให้บุคคลเกิดความหวังมีความคิดที่จะส่งเสริมให้ตนเองเกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลตนเองได้ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคคลมีความรู้สึกเกิดพลังในการที่จะพยายามแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

4.3.1.2 ค่านิยม (Values) ค่านิยมของตนเองการมีความรักในตนเองนับว่าเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่เป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบในการที่จะดูแลตนเอง

4.3.1.3 ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นสิ่งสำคัญต่อกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตซึ่งรวมถึงประสบการณ์ในสถานการณ์ต่างๆที่ผ่านมาและประสบการณ์ที่

ได้รับจากการศึกษาอ่านจากตำราวารสารวิชาการซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีแนวทางสำหรับการจัดการควบคุมสถานการณ์

4.3.1.4 เป้าหมายในชีวิต (Determination) เป้าหมายในชีวิตของตนเองเกิดจากการที่บุคคลมีพลังความเข้มแข็งและแรงจูงใจ (Strong and Motivation) ที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆเพื่อไปสู่เป้าหมายโดยจะพยายามทำทุกอย่างเพื่อให้ตนเองได้รับสิ่งที่ดีที่สุดในชีวิตแม้จะมีอุปสรรค

4.3.2 ปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นคู่สมรส บุตร หลาน ญาติ หรือบุคลากรทางสุขภาพซึ่งบุคคลเหล่านี้มีส่วนร่วมสนับสนุนให้ความรู้ให้คำแนะนำให้กำลังใจให้การประคับประคองและให้ความมั่นใจในการที่จะดูแลตนเองนอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนจากผู้รับบริการด้วยกันเองเช่นการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกันการได้เรียนรู้จากบุคคลอื่นๆแหล่งสนับสนุนต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลมีการเสริมสร้างพลังอำนาจได้ผลดียิ่งขึ้น

4.4 ผลลัพธ์ของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต

การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนเป็นกระบวนการระหว่างบุคคล ซึ่งในแต่ละขั้นตอนจะมีความต่อเนื่อง เมื่อบุคคลสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ บุคคลจะเกิดความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมตนเอง เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม (Participatory competence) ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดผลลัพธ์ของกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต โดยผลลัพธ์ที่ตามมาอาจเป็นผลในทางบวกหรือทางลบก็ได้ ผลลัพธ์ทางบวก คือ

4.4.1 การพัฒนาตนเอง (Self development) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ถึงการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆไปสู่สิ่งที่ดี เหมาะสม และถูกต้องมากขึ้น ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความสามารถเพิ่มขึ้น

4.4.2 ความสามารถในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ได้ (Sense of mastery) หมายถึง การที่บุคคลมีการรับรู้ในศักยภาพและความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ปัญหาตลอดจนสามารถดำเนินการได้สำเร็จบรรลุตามเป้าหมายท่ามกลางอุปสรรคที่เกิดขึ้นโดยอาศัยสถานการณ์ปัญหาซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ประกอบกับการนำความรู้และประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาผสมผสานเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

4.4.3 ความรู้สึกพึงพอใจ (Sense of satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกที่ดี มีความมั่นใจในความสามารถของตนเองและมีกำลังใจส่งผลให้การปฏิบัติงานบรรลุความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

4.4.4 การมีเป้าหมายและความหมายในชีวิต (Purpose and meaning in life) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่เกิดขึ้นในตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเองเห็นคุณค่าภายในตนมีเป้าหมายในชีวิตมีความภาคภูมิใจในตนเองและมองเห็นความสำคัญของตนเองต่องานในความ

รับผิดชอบและต่อผู้อื่นซึ่งผลลัพธ์ทางบวกเป็นสิ่งที่ผู้วิจัยคาดหวังและต้องการให้ผู้ป่วยสามารถผ่านกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตทั้ง 4 ขั้นตอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามเมื่อนำไปใช้ในสภาพการณ์จริงอาจเกิดผลลัพธ์ในทางลบ ได้แก่

1. การไม่ได้รับการยอมรับ (Reject) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพไม่ยอมรับฟังเหตุผลหรือข้อมูลต่างๆจากบุคคลและไม่มีการถ่ายโอนพลังอำนาจ

2. การมีความรับผิดชอบเกินจำเป็น (Responsibility overload) หมายถึง การที่ทีมสุขภาพมองเห็นถึงศักยภาพของบุคคลจึงปล่อยให้บุคคลมีอำนาจในการตัดสินใจและรับบทบาทการดูแลสุขภาพชีวิตของตนเองแต่เพียงผู้เดียวซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียดแก่บุคคลได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย

3. การขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ (Less support) หมายถึง การที่บุคคลไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลหรือหน่วยงานต่างๆหรือไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้ (Gibson, 1995) ซึ่งผลลัพธ์ทางลบทั้ง 3 ข้อ จะเป็นผลลัพธ์สูงสุดที่พบได้เมื่อผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ทีมสุขภาพอาจลดการสนับสนุนทางสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับเลือกเข้าร่วมโครงการสุขภาพต่างๆ เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดี เป็นต้น

จึงกล่าวได้ว่าการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีลักษณะเฉพาะบุคคลเน้นที่พฤติกรรมโดยการส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลมีพลังสุขภาพจิตสามารถเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเองสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาโดยใช้ความรู้ทักษะความสามารถส่วนตนรวมถึงความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็นเพื่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกับผู้เชี่ยวชาญพร้อมลงมือปฏิบัติให้ปัญหาสำเร็จลุล่วงไปด้วยตนเองส่งผลให้บุคคลสามารถควบคุมปัจจัยหรือสถานการณ์ต่างๆในชีวิตเกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าตนเองพึงพอใจ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ได้มีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ (Gibson, 1993) มาศึกษาวิจัย โดย ทิพสุตา น้อยแมน (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกิบสัน (Gibson, 1993) ซึ่งการศึกษานี้ใช้กิจกรรมที่เป็นกระบวนการรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้มีพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง (discovering reality) เป็นความพยายามทำให้หญิงตั้งครรภ์ยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาหรือสภาพตนเองในปัจจุบัน ในขั้นตอนนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยแนะนำตนเองและบอกวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมและสามี กิจกรรม

ที่ 2 ค้นหาสภาพการณ์จริง โดยใช้กิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยให้ความรู้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามี เกี่ยวกับสาเหตุ และผลกระทบของการคลอดก่อนกำหนดต่อมารดา ทารก ครอบครัวและประเทศชาติ

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา (critical reflection) เป็นการฝึกทักษะเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์การคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม มีการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีการแสวงหาทางเลือกและพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ ในขั้นตอนนี้มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 3 ตอบคำถามโดยใช้กิจกรรมกลุ่มเพื่อประเมินความเข้าใจปัญหาการคลอดก่อนกำหนด อันจะเป็นประโยชน์ต่อความสามารถในการเข้าใจปัญหา ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเอง (taking charge) เป็นขั้นตอนที่หญิงตั้งครรภ์มีการพิจารณาเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมและดีที่สุด เพื่อควบคุมหรือป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจของตนเองในขั้นตอนนี้มี 1 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 ให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมเลือกวิธีปฏิบัติที่จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนดด้วยการให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม และเปิดโอกาสสำหรับซักถามข้อสงสัยรวมทั้งให้คำแนะนำแก่สามีเพื่อช่วยในการกระตุ้นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมให้มีการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (holding on) ในระยะนี้เมื่อพบปัญหาเกิดขึ้น หลังจากได้ปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว ผู้วิจัยและหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะรู้สึกมั่นใจและมีพลังอำนาจที่จะป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ในขั้นตอนนี้มี 2 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 5 ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยมีการขอเบอร์โทรศัพท์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมเพื่อโทรติดตามสอบถามถึงการปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และการประเมินอาการของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกี่ยวกับการคลอดก่อนกำหนด หากหญิงตั้งครรภ์ปฏิบัติตัวเหมาะสมก็มีการกล่าวพูดชมเชย ในทางตรงข้ามหากปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมก็จะไม่ว่ากล่าวแต่จะพูดให้กำลังใจและให้พยายามปรับพฤติกรรมดังกล่าว กิจกรรมที่ 6 ยุติโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยสรุปและเน้นจุดสำคัญ ๆ ให้แก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและสามี เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถกลับไปปฏิบัติตัวที่บ้านได้อย่างเหมาะสมต่อไป

นอกจากกระบวนการที่ใช้กิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 4 ขั้นตอน ดังกล่าวแล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังมีกระบวนการที่เป็นกิจกรรมรายบุคคล เพื่อช่วยให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง อันเป็นการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดอีกวิธีหนึ่ง นั่นคือโทรศัพท์ติดตามหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม และให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมโทรปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีปัญหาข้อข้องใจ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มละ 25 รายพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดหลังเข้าร่วม

โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 173.04, SD = 7.73; M = 144.84, SD = 10.91; t = 10.82, p < .001$ ตามลำดับ) และ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 173.04, SD = 7.73; M = 143.92, SD = 5.99; t = 14.48, p < .001$ ตามลำดับ)

Cheryl H Gibson (1995) ศึกษากระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ในมารดาที่ต้องดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง ผลจากความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้อัตราเด็กป่วยเรื้อรังมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเป็นภาระต่อครอบครัวโดยเฉพาะมารดาเนื่องจากต้องรับผิดชอบในการดูแลเด็กที่บ้าน ทั้งๆที่เป็นภาระหนักแต่ก็มีครอบครัวจำนวนไม่น้อยที่มารดาสามารถดูแลบุตรได้ดี เนื่องจากมารดาเกิดพลังสุขภาพจิตในตนเอง พลังสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนี้เป็นกระบวนการซึ่ง Gibson ได้อธิบายว่ามี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การค้นหาความจริง พิจารณาและไตร่ตรองสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถเป็นผู้ดำเนินการและเกิดความมั่นใจที่จะควบคุมสถานการณ์ ผู้ที่เข้าใจแนวคิดนี้จะสามารถวางแผนการดูแลเพื่อช่วยให้มารดาเกิดพลังสุขภาพจิตในการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดูแลบุตรได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำหลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ และ ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพลังสุขภาพจิต มีกำลังใจ เข้าใจและตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของตนเอง เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เป็นผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกิดการพัฒนาตนเองในการดูแลสุขภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าที่ตนเองพึงพอใจรวมทั้งปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ประเทศไทยมีการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มาช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์ต่างๆ แต่เนื่องจากยังไม่ม้งานวิจัยที่นำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมาประยุกต์ใช้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ดังนี้

สกาวรัตน์ ทวีนุต (2565) ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 34 คน พบว่า การพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านรูปแบบและพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟ ได้แก่ 1) ผูกมิตรพัฒนาจิต 2) ผูกสติ สร้างสุข และพัฒนาตน 3) สร้างสุขทางใจ 4)

เพื่อนช่วยเพื่อน 5) สร้างสุขทางกาย และ 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสิทธิภาพของรูปแบบ ภาพรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X} = 4.40$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ดังนั้น รูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีประสิทธิผลทำให้ภาวะหมดไฟผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเครียดลดลง และการรับมือกับปัญหาดีขึ้น

พัชรี ฤกษ์แก้ว (2563) ศึกษาและพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและฟื้นฟูสุขภาพกายใจแบบบูรณาการของครูและบุคลากรทางการศึกษาบนฐานวิถีชีวิตใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ครูและบุคลากรทางการศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาบุรีรัมย์ เขต 1-4 จำนวน 30 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภูมิคุ้มกันทางใจหลังอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา

ประมวล ตรียกุล (2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อายุ 18 ปีขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย และได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม อย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนทดลองและคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิชาติ กาศโอสถ (2563) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมทุกระยะที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 36 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลัง ผลการวิจัยพบว่า 1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พัฒนากลยุทธ์ตามกรอบแนวคิดของกิบสัน ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ 1) โปรแกรมหลัก 4 ขั้นตอนประกอบด้วย การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการเรียนรู้เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ 2) คู่มือเกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติสำหรับผู้ที่เป็โรคข้อเข่าเสื่อม 3) สมุดบันทึกติดตามการปฏิบัติ 2. ผลการทดสอบโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม พบว่า ความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม หลังจากได้รับโปรแกรมสูงขึ้น และสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สำหรับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมลดลง และน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ธีรศักดิ์ คันศร (2562) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี กลุ่ม

ตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสุขศึกษาที่ประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับกลุ่มทดลองที่ถูกสุ่มมาจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี โดยกิจกรรมประกอบไปด้วยการให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับบทบาทในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ การถ่ายทอดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พร้อมทั้งกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อวางแผนงานในการป้องกันโรคไข้เลือดออกตามบทบาทหน้าที่ของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับความรู้ตามรูปแบบปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการรับรู้ด้านพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสูงกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นันทาวดี วรสวัสดิ์ (2562) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model) โดยรูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 เป็นรูปแบบในมิติการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง 12 องค์ประกอบ โดยการฝึกอบรมตามรูปแบบจำนวน 3 วัน 2 คืน ทั้งสิ้น 16 กิจกรรม ได้แก่ 1) Ice Break 2) กิจกรรมสนทนาการ 3) กิจกรรม Burnout Issues (รู้จักภาวะหมดไฟรู้จักตนเอง) 4) กิจกรรมสร้างเสริมความมั่นใจในตนเอง 5) กิจกรรมความคิดเปลี่ยนชีวิตเปลี่ยน 6) กิจกรรมโยคะ 7) กิจกรรมเหนื่อยนักก็พักก่อน 8) กิจกรรมเสริมสร้างความสมดุลทางชีวิตวิญญูณ 9) กิจกรรม ทางที่ฉันเลือกเดิน 10) กิจกรรมถนนแห่งชีวิตกับสายสัมพันธ์ที่ไม่ขาดตอน 11) กิจกรรมความสัมพันธ์กับผู้อื่น 12) กิจกรรมเครียดได้ก็หายได้ 13) Me my self 14) กิจกรรมความคิดเชิงบวก 15) กิจกรรมหากเหลือเวลาเพียง 24 ชั่วโมง และ 16) กิจกรรมสรุป : แบ่งปันประสบการณ์ How to Help Others โดยมีขั้นตอนการฝึกอบรมตามรูปแบบ 3 ชั้น ได้แก่ 1) ชั้นการเริ่มต้นหรือชั้นนำ โดยการสร้างสัมพันธ์ภาพ ทำความรู้จักคุ้นเคย กำหนดโครงสร้างของกลุ่ม การประเมินตนเอง การกำหนดเป้าหมาย กำหนดหน้าที่ ประเมินตนเอง กำหนดเป้าหมายส่วนบุคคล 2) ชั้นดำเนินการ การฝึกอบรม โดยใช้เทคนิคการฝึกอบรม ได้แก่ การบรรยาย (Lecture) การระดมสมอง (Brainstorming) สถานการณ์จำลอง (Simulation Technique or Simulators) กรณีศึกษา (Case Study) การแสดงบทบาทสมมติ (Role Playing) การสอน (Coaching) การประชุมกลุ่มย่อย (Buzz session) กิจกรรมสนทนาการ (Recreational Activity) และ 3) ชั้นการยุติ โดยการสรุปเนื้อหาสาระ การทำความเข้าใจร่วมกัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ จัดการ

ความค้ำคางใจ สักต้องค์ความรู้ และการประเมินผล (AAR) รูปแบการฝีกอบรมเพื่อสร้างเสริม ภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมตไฟ ดูแลใจคนทำงาน สำหรับเจ้าหน้าทีสาธารณสุข เขตสุขภพพที 7 ได้กลุ่มตัวอย่างทีใช้ในการศีกษา จำนวน 390 คน คำนวณตามสัดส่วนประชากรแต่ละจังหวัดได้ตั้งนี้ ขอนแก่น 154 คน มหาสารคาม 74 คน ร้อยเอ็ด 89 คน และกาฬสินธุ์ 73 คน เก็บข้อมูลจากกลุ่ม ตัวอย่างโดยใช่วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Random Sampling) พบว่า หลังทดลองใช้โปรแกรมมีการ เปลี่ยนแปลงของภาวะหมตไฟหลังอบรมทันทีไม่แตกต่างกัน หลังอบรม 1 และ 3 เดือน เพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ ภูมิคุ้มกันทางใจความสุขในการทำงานหลังอบรมทันที หลังอบรม 1 และ 3 เดือนแตกต่าง และเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ การรับรู้ภาวะหมตไฟสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและความพึงพอใจอยู่ใน ระดับมากที่สุด

กขกร ฉายากุล (2561) ศีกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภพจิตในนักศีกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดโครงสร้างความเข้มแข็งทาง ใจ หรือพลังสุขภพจิต 3 ประการของ Grothberg (1995) และหลักการส่งเสริมพลังสุขภพจิตหรือ พลังอึด ฮึด สู้ ของกรมสุขภพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สำนักพัฒนาสุขภพจิต กรมสุขภพจิต, 2554) เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม มีเป้าหมายให้มีการเสริมสร้างพลังสุขภพจิตทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาโดยมีการดำเนินการจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้ ครั้งที่ 1 เติมพลังอึด เน้น การปรับอารมณ์และความคิด โดยการทำความเข้าใจความหมายความสำคัญและการเสริมสร้างพลัง อึดร่วมกับการฝีกทักษะเบื้องต้นในการเสริมสร้างพลังอึดด้วยการมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาต่างๆใน ชีวิตโดยคำนึงถึงหลัก ฉันทิ ฉันทิเป็น ฉันทิสามารถ เพื่อเพิ่มความทนทานทางอารมณ์ ครั้งที่ 2 เติมพลัง ฮึด เน้นการเติมศรัทธาการเติมมิตรและการเติมใจให้กว้างโดยการทำความเข้าใจความหมาย ความสำคัญและแนวทางการเสริมสร้างพลังฮึดร่วมกับการฝีกทักษะเบื้องต้นในการเสริมสร้างพลังฮึด ด้วยการนึกถึงสิ่งดีที่ยังมีเหลืออยู่ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบากในชีวิตโดยยึดหลัก ฉันทิ ฉันทิเป็น ฉันทิสามารถ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ ครั้งที่ 3 เสริมพลังฮึดเน้นการปรับพฤติกรรมหรือการ กระทำ และการปรับเป้าหมายชีวิตโดยการทำเข้าใจ ความหมายตลอดจนแนวทางการเสริมสร้างพลัง ฮึดร่วมกับการฝีกทักษะเบื้องต้นในการเสริมสร้างพลังฮึดเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ลำบาก ในชีวิตด้วยการฝีกคิดวิเคราะห์ปัญหาอย่างรอบด้านก่อนตัดสินใจเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงหลักฉันทิ ฉันทิเป็น ฉันทิสามารถเพื่อเสริมสร้างด้านการจัดการกับปัญหา ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน พบว่า ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพลังสุขภพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลองในโปรแกรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดย คะแนนพลังสุขภพจิตทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองในโปรแกรมสูงกว่าก่อนการ

ทดลองในโปรแกรมดั่งนั้นโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพลังสุขภาพจิตในกลุ่มนักศึกษาพยาบาลได้

กริณี สังข์ประคอง (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต และกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้ 1.ศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการเสริมพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง 2.ศึกษาเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เป้าหมาย เทคนิคของการทำกลุ่มแบบมีส่วนร่วม แนวคิดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดของโปรแกรม 3.กำหนดเนื้อหาของกิจกรรมให้ครอบคลุมตามแนวคิดพลังสุขภาพจิต โดยกิจกรรมภายในโปรแกรมเน้นให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเองในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจและด้านการจัดการกับปัญหา ใช้รูปแบบกระบวนการกลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน มีการให้ข้อมูล อภิปราย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การฝึกสถานการณ์ สนับสนุนการมีความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเอง โดยโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมี 7 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 การสานสัมพันธ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มให้เกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจพร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เน้นการชี้แจงวัตถุประสงค์ และประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยมีกิจกรรมและใบงานให้ทำเพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดี กิจกรรมครั้งที่ 2 มารู้จักโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกได้รับความรู้ และมีความเข้าใจโรคจิตเภทและพลังสุขภาพจิต ให้สามารถนำความรู้ไปเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตให้กับตนเองได้ โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบกิจกรรมครั้งที่ 3 การผ่อนคลายความเครียด มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกตระหนักถึงความเครียดและวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง รับรู้อารมณ์ของตนเอง มีแนวทางในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และฝึกเทคนิคการคลายเครียดให้สามารถนำไปใช้ได้ โดยให้ความรู้ จัดให้ทำใบงาน และฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมครั้งที่ 4 พลังแห่งศรัทธา มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมีความภาคภูมิใจในตนเอง มีมุมมองที่ดีในการมองเห็นคุณค่าของตนเองและผู้อื่น มีแนวทางในการเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งผู้ดูแลต้องสร้างกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เพื่อให้มีแรงใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดัน โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบ กิจกรรมครั้งที่ 5 เครือข่ายมิตรภาพ มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมองเห็นแหล่งสนับสนุน ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตหรือความรู้สึกยากลำบาก และขอความช่วยเหลือบุคคลหรือองค์กรตามความจำเป็น โดยจัดให้ทำใบงานเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ตามบริบทของแต่ละบุคคล กิจกรรมครั้งที่

6 หัวใจที่เข้มแข็ง มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกได้สนทนาแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหา และมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานประกอบกับการทำกิจกรรมเกี่ยวกับปัญหา วิธีการจัดการกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมครั้งที่ 7 เตรียมใจไว้สู้ มีวัตถุประสงค์ให้สมาชิกมีความมั่นใจและเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวทางปฏิบัติในการจัดการพฤติกรรมรุนแรงในครั้งต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้และจัดให้ทำใบงานเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตภายในกลุ่มระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 103.71, 155.97, p < .05$ ตามลำดับ) โดยคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 3.38$ และ $5.20, p < .05$ ตามลำดับ)

สยาภรณ์ เดชดี (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยได้ผสมผสานแนวความคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิตผ่านระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวความคิดดูแลตนเองของ Orem ภายใต้กระบวนการกลุ่มบำบัดของ Yalom และ Trotzer ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน โดยพิจารณาจับคู่คะแนนพลังสุขภาพจิตที่ใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นนำกลุ่มทดลองเข้ารับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตเป็นเวลา 3 วันต่อเนื่อง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติโดยกิจกรรมประกอบด้วย 15 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที กิจกรรมที่ 1-14 เน้นฐานพลังฮึด พลังฮึดและพลังสู้ แบ่งกลุ่มย่อยเข้าแต่ละฐาน ๆ ละ 10-12 คน จนครบทุกฐาน กิจกรรมที่ 1 สายสัมพันธ์ ได้แก่ แนะนำชื่อ แนะนำโปรแกรมต้นประกอบจังหวะ (พัฒนาโดยผู้วิจัย) กิจกรรมที่ 2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสิ่งที่ดี ได้แก่ เล่าประสบการณ์ผ่านพันวิฤต (พัฒนาโดยผู้วิจัย) กิจกรรมที่ 3 อยู่อย่างไรในวิฤต ได้แก่ การจับคู่พูดคุยกิจกรรมที่ 4 เลือกลมอง เลือกคิด ลดวิฤตในใจคน กิจกรรมที่ 5 เตรียมใจไว้สู้ กิจกรรมที่ 6 เท้าทันอารมณ์ ผ่อนคลายสบายใจ (พัฒนาโดยผู้วิจัย) กิจกรรมที่ 7 หัวเราะดี ชีวิตมีสุข กิจกรรมที่ 8 เอนกายสบายจิต กิจกรรมที่ 9 ชื่อฉันนั้นดีอย่างไร (คุณค่าในตนเอง) กิจกรรมที่ 10 สายใยรักในครอบครัว (คุณค่าและสายใยจากครอบครัว) กิจกรรมที่ 11 สร้างสรรค์สื่อรักแทนใจ (แสดงออกถึงความรักต่อครอบครัวคนที่รัก) กิจกรรมที่ 12 ตกขวด (การจัดการปัญหา) กิจกรรมที่ 13 ไม่ลองไม่รู้ (ประเมินความสามารถตนเองทำอะไรได้ อะไรไม่ได้ หาเพิ่มเติมความสามารถและหาแหล่งช่วยเหลือ) กิจกรรมที่ 14 เสือกินวัว (เรียนรู้พลังชุมชน : การดูแลตนเองและเอาตัวรอดเมื่อเผชิญวิฤต) กิจกรรมที่ 15 สิ่งดีๆ ที่มีค่า ณ แดนดินถิ่นเรา พบว่า

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มระดับพลังสุขภาพจิตและลดภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ วันเพ็ญ แสงสงวน (2561) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจด้วยการใช้การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า 1. ความเข้มแข็งทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างเข้มแข็งทางจิตใจสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 2. ความเข้มแข็งทางจิตใจของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับที่ระดับ .01

กรกานต์ พึ่งน้ำ (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 40 ครอบครัว แต่ละครอบครัวประกอบด้วยสมาชิก 3 คน คือ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรองในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการจับคู่ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในเรื่องคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ฯ และอายุของผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และ 3) แบบประเมินพลังอำนาจของครอบครัว เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เครื่องมือชุดที่ 2) และ 3) มีค่าความเที่ยง Cronbach's Alpha coefficient เท่ากับ .85 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติ dependent and in dependent t-test ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=26.61, p<.05$) 2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 30.41, p<.05$)

กชพร เผือกม่วง (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ชั้นฟื้นฟูสมรรถภาพเพศชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้เสพติดแอมเฟตามีน จาก 2 หอผู้ป่วย จำนวน 60 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง

อำนาจ ผลการศึกษาพบว่า 1) ภายหลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้เสพติดแอมเฟตา มีนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเอง ($M=169.40$, $SD=18.16$) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ($M=159.07$, $SD=21.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=8.179$, $p<.001$) และ 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลอง ($\bar{D}_1 = 10.33$, $SD=6.92$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\bar{D}_2 = 1.83$, $SD=7.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.584$, $p<.001$)

ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์ (2559) ศึกษาผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในตำบลตะพง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง จำนวน 60 คน ซึ่งทำการสุ่มตัวอย่างแบบจับคู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้อสม. ร่วมกันค้นหาปัญหา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม สรุปัญหาวางแนวทางการแก้ไขปัญหาคาดูแลผู้เป็นเบาหวาน พัฒนาการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และฝึกปฏิบัติกับผู้เป็นเบาหวานในชุมชนจริง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับมอบหมายกิจกรรมตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจ อสม. มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มควบคุม ($t = 2.75$, $p_{(one\ tailed)} < .05$) แต่พฤติกรรมการดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($t = 1.36$, $p_{(one\ tailed)} > .05$)

เกศินี วงศ์สุบิน (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรม จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 2 หมู่บ้าน รวม 26 คน ใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการดำเนินงานตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกการรับรู้พลังอำนาจในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าดัชนีบ้านที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (HI) และค่าดัชนีภาชนะที่สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย (CI) ลดลงมากกว่าก่อนการทดลองและลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิภา เพ็งเสงี่ยม (2557) ศึกษารูปแบบของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา โดยประยุกต์มาจากแนวคิดของ Goleman (1998) และโปรแกรมประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554) ซึ่งเป็นโปรแกรมที่ผ่านการพัฒนาและใช้อย่างแพร่หลายในพื้นที่ต่างๆ มีกิจกรรม 6 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือการค้นหาสภาพการณ์จริงของตนเอง การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์การสนับสนุนเอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ และทักษะการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้วยตนเองและการสร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิตซึ่งกิจกรรมดังกล่าวจัดในรูปแบบของกิจกรรมที่จำลองสถานการณ์จริง เช่น walk rally การเดินป่า การร่วมทำกิจกรรมเป็นกลุ่มที่สะท้อนให้เห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาและพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 19 - 23 ปี และพบว่าค่าคะแนนเปรียบเทียบการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มีความแตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมรูปแบบโดยพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่เพิ่มขึ้นภายหลังการเข้าร่วมรูปแบบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เนตรนิภา จันตระกูลชัย (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ที่มารับการตรวจตามนัดและต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตเพิ่มที่ห้องสังเกตอาการโรงพยาบาลอุทองจังหวัดสุพรรณบุรี เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2556 เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 30 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลอง 30 ราย ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาหาค่าร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test. ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองและค่าระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ยุพา พูลสวัสดิ์ (2557) ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย อสม.ในอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน สุ่มเป็นกลุ่มควบคุมและทดลอง กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจจากผู้วิจัยพัฒนาในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมการสอนปกติ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจกลุ่มทดลองมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นุชนาฏ ธรรมชั้น (2557) ศึกษาพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษในจังหวัดนครปฐม ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 330 คน พบว่า พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษมีระดับพลังสุขภาพจิตปกติ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.74 ± 8.11 จากคะแนนเต็ม 80 คะแนน โดยพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต 5 ปัจจัย คือ เพศ $p < .05$, อายุ $p < .001$, ช่วงเวลาปฏิบัติงานโดยส่วนใหญ่ $p < .05$, เหตุการณ์เครียดในชีวิต $p < .001$ และสัมพันธภาพภายในครอบครัว $p < .01$ เมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ พบว่าปัจจัยทำนายพลังสุขภาพจิตของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษ ได้แก่ อายุ (มีอิทธิพลในเชิงบวก), เหตุการณ์เครียดในชีวิต (มีอิทธิพลในเชิงลบ) และสัมพันธภาพภายในครอบครัว (มีอิทธิพลในเชิงบวก) ซึ่งร่วมกันพยากรณ์พลังสุขภาพจิตของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษได้ ร้อยละ 34.80

พรรณราย ทวีพะยะประภา (2557) ศึกษาจิตวิทยาในการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงาน พบว่า การป้องกันความเหนื่อยหน่ายในการทำงานสามารถทำได้ด้วยการปรับปรุงด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการทำงาน ได้แก่ ภาระงาน การควบคุม รางวัล ความยุติธรรม ค่านิยม และชุมชน ซึ่งมีข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1.ผ่อนผันตนเองลงบ้าง (slow down) 2.หาความสนับสนุน (get support) 3. ทบทวนและประเมินเป้าหมายและความสำคัญในชีวิตอยู่เสมอๆ (revaluate your goals and properties) 4. ปลดปล่อยความรู้สึกสูญเสียต่างๆ ออกไปด้วยการยอมรับ ดังนั้น การเรียนรู้เกี่ยวกับเรื่องนี้จะช่วยให้เราตระหนักในความสำคัญของการรับมือ และจัดการกับทั้งความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงานของเราเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และดำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพระหว่างชีวิตส่วนตัวและชีวิตการทำงาน รวมทั้งรักษาประสิทธิภาพในการทำงานที่มีคุณภาพเต็มตามศักยภาพที่แท้จริงของเราตลอดไป รวมทั้งตระหนักและพัฒนากำลังใจว่า “ตัวเราเท่านั้นที่เปลี่ยนแปลงได้เสมอ”

อัญชลี วัตทอง (2554) ศึกษาผลของโปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกูล ได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient) และดำเนินการสร้างโปรแกรม E&R 5 ระยะ มีรายละเอียด ดังนี้ ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และแรงจูงใจ ระยะที่ 2 เสริมสร้างพลังใจ ระยะที่ 3 เสริมสร้างพลังสุขภาพจิต ระยะที่ 4 เข้าค่ายกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตและพลังใจ ระยะที่ 5 ประเมินและคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิตและพลังใจอย่างต่อเนื่อง ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 24 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา หลังเข้าร่วมโปรแกรม E&R มีคะแนนพลังสุขภาพจิต RQ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อุษณีย์ บุญบรรจบ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า โดยได้ศึกษาแนวคิดของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจ (Grotberg, 1995) และ แบบครอบครัวมีส่วนร่วม (Sebern, 2005) มาประยุกต์ใช้ในงานวิจัย มีขั้นตอนดังนี้ ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 รู้จักเรา เข้าใจกัน : สร้างสัมพันธภาพและสร้างความสามารถในการอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันเป็น I am 1) การสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน ส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง และความสามารถในการอยู่ร่วมกัน สारวจและพัฒนาความเข้มแข็งทางใจ2) ให้ความรู้เรื่องความเข้มแข็งทางใจ โรคซึมเศร้า และการดูแลผู้ป่วย ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 2 ฉันเป็นฉัน : สร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่พัฒนาความคิดด้านบวก เห็นคุณค่าตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันเป็น I am 1) สนับสนุนให้เกิดรู้สึกที่ดีมีคุณค่าต่อตนเอง พัฒนาความคิดด้านบวก 2) การสร้างความมั่นใจในการดำรงชีวิตอยู่ ส่งเสริมการมองโลกในแง่ดี ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 3 ฉันมีคุณ : สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม และการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณแบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันมี I have 1) สร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน มีสิ่งสนับสนุนทางสังคม รับรู้การมีบุคคลรอบข้างที่ไว้วางใจช่วยเหลือได้ อยู่กับครอบครัวอย่างเข้าใจ 2) การส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ด้วยความมั่นคงทางจิตวิญญาณ ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4) ฉันทำได้ : เสริมสร้างความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด ประยุกต์การแก้ปัญหา สร้างเป้าหมายชีวิต แบบครอบครัวมีส่วนร่วม / ฉันสามารถ I can 1) การส่งเสริมความสามารถในการผ่อนคลายความเครียด 2) การส่งเสริมสนับสนุนการประยุกต์ใช้หลักการแก้ปัญหา เสริมสร้างการมีทางเลือกการแก้ปัญหาและการวางเป้าหมายในชีวิตที่ดี ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ครอบครัว โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว และกลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Luo Yanfang (2554) ศึกษาการจัดการความขัดแย้งและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า รูปแบบการจัดการความขัดแย้งมีความสัมพันธ์กับแต่ละด้านของความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รูปแบบการแก้ปัญหาเป็นวิธีการที่มีประสิทธิผลดีที่สุดในการจัดการกับสถานการณ์ความขัดแย้งเนื่องจากสามารถลดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น และเพิ่มความสำเร็จส่วนบุคคล และได้นำกิจกรรมของแต่ละงานวิจัยมาประยุกต์ใช้ ดังนี้

สกวรัตน์ ทวีนุต (2565) ได้แก่กิจกรรม 1) ผูกมิตรพัฒนาจิต 2) ผูกสติ สร้างสุข และพัฒนา
ตน 3) สร้างสุขทางใจ 4) เพื่อนช่วยเพื่อน 5) สร้างสุขทางกาย และ 6) แลกเปลี่ยนเรียนรู้

อภิชาติ กาศโอสถ (2563) กิจกรรม การค้นพบสถานการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมี
วิจารณญาณ การตัดสินใจวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม และการเรียนรู้เพื่อคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ

นันทาวดี วรวิสุต (2562) กิจกรรมสนทนาการ

กขกร ฉายากุล (2561) กิจกรรมเน้นการปรับอารมณ์และความคิด

กริณี สังข์ประคอง (2561) เทคนิคของการทำกลุ่มแบบมีส่วนร่วม

สยาภรณ์ เดชดี (2561) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสิ่งที่ดี และอยู่อย่างไรในวิกฤต

วิภา เพ็งเสงี่ยม (2557) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและความร่วมมือการค้นห
สภาพการณ์จริงของตนเอง การสะท้อนความคิดและการสร้างความเข้าใจในสถานการณ์การสนับสนุน
เอื้ออำนวยข้อมูลความรู้ และทักษะการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตด้วยตนเองและการสร้างเสริมความ
มั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต

พรรณราย ทรัพะประภา (2557) ทบทวนและประเมินเป้าหมายและความสำคัญในชีวิตอยู่เสมอ
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎี ของ Gibson (1993) หลักการเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นพบสถานการณ์จริง 2.การสะท้อนคิดอย่างมี
วิจารณญาณ 3.การจัดการกับสถานการณ์และ 4.การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต และ 5 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ

กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

สรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 2

บทที่ 3

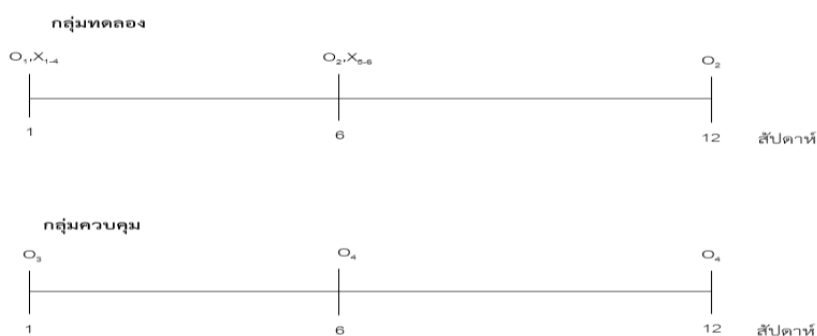
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
5. เก็บรวบรวมข้อมูล
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย
7. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เลือกกลุ่มตัวอย่างจากประชากรที่กำหนด คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน กลุ่มทดลอง (Experimental group) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ที่เข้าร่วมศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม (Control group) คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน ที่อาศัยอยู่ในอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาตามปกติจำนวน 34 คน ซึ่งการวิจัยเป็นแบบชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measures Design) ในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ ตามแผนภาพการทดลอง ดังนี้



ภาพที่ 3 แผนภาพการทดลอง

กำหนดให้

O₁ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต แบบสอบถามภาวะหมดไฟ ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

O₃ หมายถึง การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต แบบสอบถามภาวะหมดไฟ ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

O₂ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 6 และ 12 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

O₄ หมายถึง การเก็บข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 6 และ 12 โดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

X₁₋₄ หมายถึง โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่จัดกระทำแก่กลุ่มทดลอง
 ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์
 ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา
 ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม

X₅₋₆ หมายถึง ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

สำหรับกลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีปกติ ได้แก่ การทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตและแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และให้ข้อมูลถึงการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล เหนื่อยหน่าย เป็นต้น

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดพิษณุโลก ปีงบประมาณ 2564 ที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน จำนวน 18,270 คน

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

1. ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Bernard, 2000) ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

เมื่อกำหนดให้

n = จำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

$(\mu_1 - \mu_2)$ = Effect Size ผลต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

Z_α = ค่าสถิติการแจกแจงปกติมาตรฐาน กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% = 1.64

Z_β = ค่าสถิติมาตรฐานภายใต้โค้งปกติที่กำหนดให้อำนาจการทดสอบที่ 80% = 0.84

ความแปรปรวนร่วม

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

เมื่อกำหนดให้

n_1 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

n_2 = ขนาดตัวอย่างในกลุ่มควบคุม

sd_1^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มทดลอง

sd_2^2 = ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี (2561) เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลัง
สุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่
สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า คะแนนพลังสุขภาพจิตกลุ่มทดลอง ในระยะติดตาม 3 เดือน
เพิ่มขึ้นและมีคะแนน HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 66.30 (SD = 6.90) คะแนน
พลังสุขภาพจิตกลุ่มควบคุม ในระยะติดตาม 3 เดือน ไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลัง
สุขภาพจิตและคะแนน HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ 60.80 (SD = 9.30) พบว่ากลุ่ม
ทดลองมีจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 35 คน ผู้วิจัยจึงได้นำผลการศึกษาดังกล่าวมาใช้ในการ
การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการ
ทดสอบแบบทางเดียว (Bernard, R., 2000) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความแปรปรวนร่วม} &= \frac{(36-1)6.9^2 + (35-1)9.3^2}{36+35-2} \\ &= \frac{(1,666.35) + (2,940.66)}{69} \\ &= 66.77 \end{aligned}$$

นำค่าความแปรปรวนมาคำนวณหาขนาดตัวอย่างจากสูตร ดังนี้

$$n/group = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

แทนค่าสูตร

$$= \frac{2(66.77)(1.64 + 0.84)^2}{(66.3 - 60.8)^2}$$

$$= \frac{821.27}{30.25}$$

$$= 27.15$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน แต่การศึกษาในสถานการณ์จริง กลุ่มตัวอย่างอาจมีการสูญหาย จึงมีการปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ร้อยละ 10 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษา และเป็นตัวแทนของประชากร โดยไม่ต้องตัดผู้สูญหายออกจากการวิเคราะห์ ซึ่งยึดหลัก Principle of intention to treat (Bernard, R., 2000) ดังนี้

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

$$n_{adj} = \frac{27}{(1 - 0.10)^2}$$

$$= 33.33$$

ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจากการคำนวณ กลุ่มละ 34 คน

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มทดลอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่หมู่ที่ 2 บ้านหนองขมิ้น และหมู่ที่ 3 บ้านผารังหมี ตำบลไทรย้อย อำเภอนิคมบราวง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 34 คน ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. กลุ่มควบคุม คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อยู่หมู่ที่ 4 บ้านเขาน้อย และหมู่ที่ 9 บ้านแก่งซอ ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 34 คน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับสุขภาพจิตศึกษาตามปกติ

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. มีประสบการณ์การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อย 1 ปี
2. ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง

3. ไม่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้
5. มีผลการประเมินระดับภาวะหมดไฟในการทำงาน (Maslach & Jackson, 1986)

ระดับปานกลางขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัว
2. เข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามโปรแกรมฯ

วิธีการสุ่มตัวอย่าง

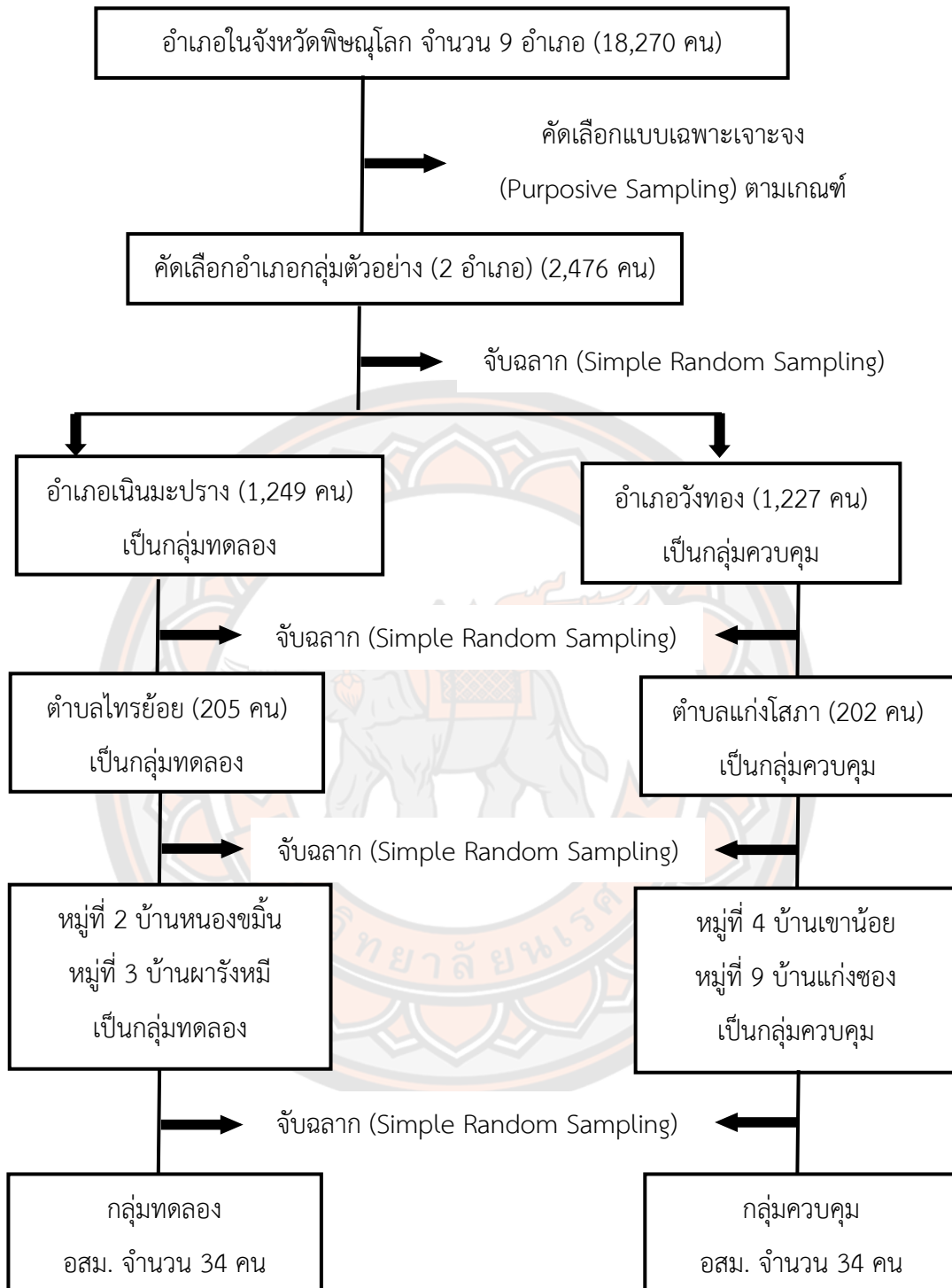
ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ดังแสดงในภาพที่ 4 มีขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) อำเภอกุ่มตัวอย่าง 2 อำเภอ จากทั้งหมดในจังหวัดพิษณุโลก 9 อำเภอ โดยอาศัยเกณฑ์ ดังนี้

- 1.1 อำเภอที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ใกล้เคียงกัน
- 1.2 อำเภอที่มีลักษณะของบริบทการทำงานในพื้นที่ใกล้เคียงกัน
- 1.3 อำเภอที่มีจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีคะแนนจากการ

ประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป

2. การสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง เป็นกลุ่มควบคุม และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเนินมะปราง เป็นกลุ่มทดลอง และ ทั้ง 2 อำเภอ มีระยะทางห่างกัน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มควบคุมอยู่หมู่ที่ 4 บ้านเขาน้อย และ หมู่ที่ 9 บ้านแก่งซอง ตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง อยู่หมู่ที่ 2 บ้านหนองขมิ้น และ หมู่ที่ 3 บ้านผารังหมี ตำบลไทรย้อย อำเภอเนินมะปราง จึงไม่ทำให้เกิดการปนเปื้อนของข้อมูลในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้



ภาพที่ 4 แสดงขั้นตอนการสุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

1. **ตัวแปรต้น** คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Gibson,(1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1.การค้นพบสถานการณ์จริง 2.การสะท้อนคิดอย่างมีวิจาร์ณญาณ 3.การจัดการกับสถานการณ์ 4.การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต และ 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์

กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา

กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ

กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม

กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

2. **ตัวแปรตาม** คือ พลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

3.1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 3 สัปดาห์ (สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 3 ขั้นตอน 3 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 6 จำนวน 1 ขั้นตอน 1 กิจกรรม และสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 1 ขั้นตอน 1 กิจกรรม) ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง

กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์

ระยะเวลา 180 นาที (3 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทราบสาเหตุว่าเกิดจากอะไร และทราบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์นั้น

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. (เวลา 20 นาที) แบ่งกลุ่ม ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั่งเป็นวงกลม กลุ่มละ 5-6 คน จำนวน 6 กลุ่ม จากนั้น ผู้วิจัยซักถาม และเกริ่นนำเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการมาทำกิจกรรมครั้งนี้

2. (เวลา 60 นาที) ผู้วิจัยบรรยายถึง สาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน เป็นต้น โดยใช้เอกสารประกอบการบรรยาย (power point)

3. (เวลา 30 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดุวิดิทัศน์เรื่อง “พลังใจ” ภายหลังจากการดูวิดีโอทัศน์ ร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึก ที่ได้จากวิดีโอทัศน์ และเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้

4. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นึกถึงสถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดที่ตนเคยผ่านมาได้ และทำตาม (ใบงานที่ 1) โดยเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ ดังนี้

ข้อที่ 1 เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหา สถานการณ์ที่ยากลำบาก ที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ หดท้อกำลังใจ เบื่อหน่าย ในการทำหน้าที่การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อที่ 2 ท่านคิดว่าในช่วงวิกฤตินี้การปฏิบัติงานในฐานะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของท่านเป็นอย่างไร ประสบกับปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง ที่ทำให้รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หดท้อกำลังใจ

ข้อที่ 3 ท่านจัดการกับปัญหา อุปสรรคนั้นอย่างไร ใครเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ท่านอยากสู้ต่อไป

ข้อที่ 4 ให้ท่านทบทวนจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเอง ในการจัดการฟันฝ่าสถานการณ์ที่ยากลำบากนั้น จากนั้นร่วมกันสรุปและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันอีกครั้งจากที่ได้ทำใบงานที่ 1

5. (เวลา 10 นาที) ผู้วิจัย สรุป ปัญหา สาเหตุของสถานการณ์ที่ยากลำบาก ผลกระทบ หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต การจัดการกับวิกฤติที่ผ่านมา และคุณลักษณะ ประสบการณ์หรืออดีตที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา

ระยะเวลา 175 นาที (2 ชั่วโมง 55 นาที)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สะท้อนคิดในสถานการณ์สภาพปัญหา วิกฤติที่ผ่านมาในชีวิต

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. (เวลา 15 นาที) ผู้วิจัยเกริ่นนำ เรื่อง วิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตของคนทุกคน

2. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดุวิดิทัศน์เรื่อง “ฉันลุกขึ้นสู้ได้อีกครั้ง” และ “ฉันมีสิ่งล้ำค่าเป็นกำลังใจ” แล้ววิเคราะห์คนในวิดีโอทัศน์ ทั้ง 2 เรื่อง ถึงสิ่งที่เขากำลังประสบอยู่

3. (เวลา 60 นาที) หลังจากดูวิดีโอทัศน์ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันสะท้อนความคิดและความรู้สึกที่ได้จากวิดีโอทัศน์ และเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ต ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ ตามหัวข้อต่อไปนี้

ข้อที่ 1 สภาพปัญหาของคนที่ประสบอยู่ในชีวิตทัศน คืออะไร

ข้อที่ 2 คนที่ประสบปัญหาในชีวิตทัศนจัดการกับปัญหา อุปสรรคนั้นอย่างไร

ข้อที่ 3 ใครเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้คนในชีวิตทัศนอยากสู้ต่อไป

4. (เวลา 30 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ฟังเพลง “พลังใจ” แล้วร่วมกัน สักตาคำคม คำขวัญ หรือคำสอน จากบทเพลง และเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ให้ (ใบงานที่ 2)

5. (เวลา 10 นาที) ผู้วิจัยสรุปคุณลักษณะของบุคคลที่สามารถยอมรับปัญหาและสามารถ วิเคราะห์ถึงปัญหาที่กำลังประสบอยู่ได้ เพื่อปรับตัวใช้ชีวิตภายใต้วิกฤตที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์

กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ

ระยะเวลา 120 นาที (2 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถสร้าง กำลังใจของตนเองที่จะดำเนินชีวิตต่อไปภายใต้สถานการณ์ที่กดดันได้

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้าง พลังใจให้ตนเองมีพลังต่อไปได้ โดยเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ (ใบงานที่ 3) ดัง หัวข้อต่อไปนี้

ข้อที่ 1 เป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ข้อที่ 2 วิธีการสร้างพลังใจให้ตนเอง

2. (เวลา 40 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำข้อตกลงหรือสัญญาใจในการ ปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ร่วมกันโดยเขียน ลงในกระดาษฟลิปชาร์ตที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ (ใบงานที่ 4)

3. (เวลา 20 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนเลือกข้อตกลงหรือสัญญา ใจที่เหมาะสมกับตนเอง และเขียนลงในกระดาษ A4 ที่ทางผู้วิจัยเตรียมไว้ให้แต่ละคนและอ่านให้ทุก คนในกลุ่มฟังเพื่อเป็นการรับทราบข้อตกลงหรือสัญญาใจร่วมกัน

สัปดาห์ที่ 6

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม

ระยะเวลา 180 นาที (3 ชั่วโมง)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันปัญหาการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั่งเป็นวงกลม ตามกลุ่มที่เคยแบ่งกลุ่มไว้ และทบทวนข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้เขียนไว้ พร้อมทั้งนำเสนอข้อตกลงหรือสัญญาใจอีกครั้ง

2. (เวลา 120 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้ทบทวนดังข้อที่ 1 รวมทั้งผู้วิจัยสอบถามปัญหา อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลับไปฝึกปฏิบัติตามข้อตกลงหรือสัญญาใจ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหา อุปสรรค นั้น

สัปดาห์ที่ 12

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง

ระยะเวลา 150 นาที (2 ชั่วโมง 30 นาที)

วัตถุประสงค์

เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อการแก้ปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันปัญหาการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ

กิจกรรมที่ดำเนินการ ประกอบด้วย

1. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั่งเป็นวงกลม ตามกลุ่มที่เคยแบ่งกลุ่มไว้ และทบทวนข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้เขียนไว้ พร้อมทั้งนำเสนอข้อตกลงหรือสัญญาใจอีกครั้ง

2. (เวลา 60 นาที) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำแบบประเมินที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้

3. (เวลา 30 นาที) ผู้วิจัยซักถามข้อสงสัย ตอบปัญหาข้อสงสัยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมทั้งบอกถึงการสิ้นสุดการทำกิจกรรม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาวะสุขภาพ ดัชนีแอลกอฮอล์หรือไม่ สูบบุหรี่หรือไม่ และ ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาเคยใช้ยาคุมที่ผลต่อจิตประสาทหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของ กรมสุขภาพจิต (2562) ประยุกต์จากทฤษฎีของ Grotberg (1995) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแบบการวัด เจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบ แบบสอบถามจะมีข้อความให้ผู้ตอบเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง, จริงบางครั้ง, ค่อนข้างจริง และ จริงมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

แบบประเมินพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ แบ่งองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต รวมทั้งหมด 3 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านความทนทานทางอารมณ์ 2.ด้านกำลังใจ และ 3.ด้านการจัดการกับปัญหา เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง = 1 คะแนน , จริงบางครั้ง = 2 คะแนน , ค่อนข้างจริง = 3 คะแนน , จริงมาก = 4 คะแนน เกณฑ์การประเมิน ประกอบด้วย

องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
1. ด้านความทนทานทางอารมณ์	< 27	27-34	> 34
2. ด้านกำลังใจ	< 14	14-19	> 19
3. ด้านการจัดการกับปัญหา	< 13	13-18	> 18
รวมทุกด้าน	< 55	55- 69	> 69

การแปลผล

ด้านความทนทานทางอารมณ์ หมายถึง การมีจิตใจที่ไม่อ่อนไหวง่าย อดทนต่อความกดดัน และมีวิธีจัดการกับอารมณ์ได้

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 27 คะแนน
เกณฑ์ปกติ	27-34 คะแนน
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>34 คะแนน

ด้านกำลังใจ หมายถึง มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 14 คะแนน
เกณฑ์ปกติ	14-19 คะแนน
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>19 คะแนน

ด้านการจัดการกับปัญหา หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 13 คะแนน
เกณฑ์ปกติ	13-18 คะแนน
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	>18 คะแนน

รวมทุกด้าน

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	< 55 คะแนน
เกณฑ์ปกติ	55 -69 คะแนน
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ	> 69 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 ข้อ โดยประยุกต์จากแนวคิด ทฤษฎีของ Maslach & Jackson (1986) ได้นำมาใช้เพื่อทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างตามแบบการวัดเจตคติของลิเคิร์ต (Likert's Scale) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การตอบแบบสอบถามจะมีข้อความให้ผู้ตอบเลือก 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย, ปีละ 2-3 ครั้ง, เดือนละ 1 ครั้ง, เดือนละ 2-3 ครั้ง, สัปดาห์ละ 1 ครั้ง, สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง และ ทุกๆวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

การแปลผล

ข้อคำถามทางลบ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7
- ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 13, 14
- ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15, 17, 20, 22

ข้อคำถามทางบวก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย

- ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4
- ด้านการลดความเป็นบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8, 9, 11, 12
- ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 18, 19, 21

โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ที่มีคำตอบเป็นทางเลือก 7 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลักษณะการตอบ	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
• ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน	6 คะแนน
• มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน	5 คะแนน
• มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน	4 คะแนน
• มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน	3 คะแนน

• มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน	2 คะแนน
• มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน	1 คะแนน
• มีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน	6 คะแนน	0 คะแนน

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

3.3.1 นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต และแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่ตำบลยางโกน อำเภอนครไทย จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 30 คน จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยจะเลือกใช้ข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป ถือว่าเครื่องมือมีคุณภาพ หากมีค่าน้อยกว่า 0.70 จะทำการปรับปรุงข้อคำถามใหม่หรือตัดข้อคำถามนั้น (DeVelis, 2012 อ้างใน นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, 2560) ผลการวิเคราะห์ทดสอบความตรงของเครื่องมือแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตและแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.744 และ 0.910 ตามลำดับ

3.3.2 การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงของโปรแกรม (Reliability) ผู้วิจัยนำโปรแกรมให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบไปด้วย อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพเฉพาะทางด้านจิตเวชโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา จำนวน ภาษา และความชัดเจนในเนื้อหา ครอบคลุมวัตถุประสงค์ และความสอดคล้องกับนิยามศัพท์ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมู่ที่ 1 บ้านพุกระโดน ตำบลไทรย้อย อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คน และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างเดียวกับผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยทดลองใช้โปรแกรมจนครบทั้ง 5 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ความเหมาะสมของเวลา รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น นำปัญหาที่พบจากการทดลองใช้มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์มากที่สุดก่อนนำไปใช้จริง พบประเด็นที่ต้องปรับแก้ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 รำลึกถึงเหตุการณ์ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่าต้องใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้มากขึ้น จากที่กำหนดไว้ระยะเวลา 20 นาที จึงเพิ่มระยะเวลาเป็น 60 นาที และเพิ่มเติมด้วยการยกตัวอย่าง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ยื่นแบบเสนอขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งงานวิจัยผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการได้

2. ประธานเจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชในการนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงและสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตนเองและผู้ช่วยนักวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และแจ้งขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง อธิบายถึงคุณค่าของข้อมูลที่ได้รับและประโยชน์ของงานวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแก่งโสภา ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามได้จนหมดข้อสงสัย ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมโครงการด้วยตนเองไม่มีการบังคับและให้เซ็นต์หนังสือยินยอม

4. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยทำการคัดกรองพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน เพื่อทำการตรวจสอบระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างให้เป็นไปตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

5.1 อธิบายขั้นตอนการทำวิจัย การเตรียมความพร้อมผู้ช่วยนักวิจัยและการให้ความรู้เรื่องจริยธรรมการวิจัยแก่ผู้ช่วยนักวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจและเก็บความลับของกลุ่มตัวอย่าง

5.2 กลุ่มทดลอง ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และจัดโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดำเนินงาน ณ ศาลาเอนกประสงค์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองขมิ้น อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก

5.3 กลุ่มควบคุม ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินพลังสุขภาพจิต แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน ดำเนินงาน ณ ศาลาเอนกประสงค์ประจำตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก และกลุ่มควบคุมจะได้รับสุขภาพจิตศึกษาตามปกติ สำหรับกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการวิจัย หากผลการวิจัยประสบผลสำเร็จ ผู้วิจัยจะนำการวิจัยไปดำเนินการให้กับกลุ่มควบคุม เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อกลุ่มควบคุมต่อไป ทั้งนี้การดำเนินการดังกล่าวขึ้นอยู่กับความยินยอมของกลุ่มควบคุม

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

7. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติและการสรุปผลการวิจัย
8. นำผลการวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษางานวิจัย
9. จัดทำรายงานผลการวิจัย

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 23 ทดสอบความเหมือนกันในคุณลักษณะพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test, Fisher's exact test และ Independent samples t-test ทดสอบการกระจายของข้อมูลเป็นโค้งปกติโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test วิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตาม 3 เดือน โดยใช้สถิติ Repeated measures ANOVA ก่อนใช้ผลการวิเคราะห์ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่อง Sphericity ด้วยสถิติทดสอบ Mauchly's test of sphericity กรณีที่ไม่เป็นตามข้อตกลงเบื้องต้น (p-value < .05) ใช้ผลการวิเคราะห์ที่ปรับแล้วโดยวิธี Greenhouse-Geisser correction เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธี Bonferroni และวิเคราะห์ผลการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของ อสม. ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ซึ่งได้รับการพิจารณารับรองโครงการวิจัยที่ P2-0278/2564 รหัสโครงการ COA No. 489/2021

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการแจ้งให้ทราบว่าผู้วิจัยจะดำเนินการวิจัยผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผย ชื่อ สกุล กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถยุติการเข้าร่วมการดำเนินงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและ consent ใบบินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัยเสร็จแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลดังกล่าวจะถูกเก็บไว้เป็น

ความลับโดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำการวิจัยโดยผู้วิจัยเป็นผู้เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวเพียงผู้เดียวเท่านั้น และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังการวิจัยเสร็จสิ้น หลังจากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว หากผลการวิจัยออกมาดีและเกิดประโยชน์ ผู้วิจัยจะนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปนำเสนอแก่สถานบริการสุขภาพในพื้นที่กลุ่มควบคุม นำไปใช้กับกลุ่มควบคุมในสถานบริการสุขภาพและประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานของพื้นที่ต่อไป



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 โดยดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายเรียงตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภาวะสุขภาพ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาทในระยะเวลา 1 ปี แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=34)		กลุ่มควบคุม (N=34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ^a					.073
ชาย	8	23.50	15	44.10	
หญิง	26	76.50	19	55.90	
อายุ^c					.961
20-29 ปี	1	2.90	-	-	
30-39 ปี	2	5.90	3	8.80	
40-49 ปี	8	23.50	7	20.60	
50-59 ปี	13	38.20	15	44.10	
มากกว่า 60 ปี	10	29.50	9	26.50	
	\bar{X} = 53.24 ปี		\bar{X} = 53.12 ปี		
	S.D. = 10.99 ปี		S.D. = 8.48 ปี		
	Min = 21 ปี, Max = 70 ปี		Min = 32 ปี, Max = 69 ปี		
ศาสนา					
พุทธ	34	100.00	34	100.00	
				0	
สถานภาพสมรส^b					.778
โสด	4	11.80	3	8.80	
คู่	28	82.40	30	88.20	
หม้าย/หย่า/แยก	2	5.90	1	2.90	
ระดับการศึกษา^b					.262
ประถมศึกษา	26	76.50	27	79.40	
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	5	14.70	7	20.60	
ปริญญาตรี/สูงกว่า	3	8.80	-	-	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=34)		กลุ่มควบคุม (N=34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพหลัก^b					.674
เกษตรกร	24	70.60	26	76.50	
รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน	9	26.50	7	20.60	
อื่นๆ (ข้าราชการ)	-	-	1	2.90	
ว่างงาน	1	2.90	-	-	
รายได้^c					.631
10,000-50,000 บาท	20	58.80	18	52.90	
มากกว่า 50,000 บาท	14	41.20	16	47.10	
	\bar{x} = 70,970.58 บาท		\bar{x} = 71,911.76 บาท		
	S.D. = 65,742.60 บาท		S.D. = 55,295.55 บาท		
	Min = 18,000 บาท,		Min = 20,000 บาท,		
	Max = 250,000 บาท		Max = 250,000 บาท		
ระยะเวลาการเป็น อสม.^c					.709
ต่ำกว่า 5 ปี	6	17.70	6	17.70	
5-10 ปี	5	14.70	4	11.80	
11-20 ปี	18	52.90	17	50.00	
มากกว่า 20 ปี	5	14.70	7	20.50	
	\bar{x} = 2.64 ปี		\bar{x} = 2.73 ปี		
	S.D. = .94 ปี		S.D. = .99 ปี		
	Min = 1 ปี,		Min = 1 ปี,		
	Max = 47 ปี		Max = 40 ปี		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (N=34)		กลุ่มควบคุม (N=34)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ภาวะสุขภาพ^a					.072
ไม่มีโรคประจำตัว	30	88.20	24	70.60	
มีโรคประจำตัว	4	11.80	10	29.40	
การดื่มแอลกอฮอล์^a					.582
ดื่ม	8	23.50	10	29.40	
ไม่ดื่ม	26	76.50	24	70.60	
การสูบบุหรี่^b					.500
สูบ	4	11.80	3	8.80	
ไม่สูบ	30	88.20	31	91.20	
การใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาทในระยะเวลา 1 ปี^b					.500
เคย	-	-	1	2.90	
ไม่เคย	34	100.00	33	97.10	

a = Chi-square tests, b = Fisher's Exact Test, c = Independent t-test, *p-value < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 76.50 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 55.90 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อายุ 50-59 ปี รองลงมาเป็นมากกว่า 60 ปี ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 38.20 และ 29.50 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 44.10 และ 26.50 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 82.40 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 88.20 ระดับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.50 และ 79.40 ตามลำดับ อาชีพหลัก ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.60 และ 76.50 ตามลำดับ รายได้ต่อปีทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 58.80 (\bar{X} = 70,970.58 บาท, S.D. = 65,742.60 บาท) กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 52.90 (\bar{X} = 71,911.76 บาท, S.D. = 55,295.55 บาท) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 11-20 ปี ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 52.90 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 50.00 ภาวะสุขภาพ พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.20 และ 70.60

ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 76.50 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 70.60 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 88.20 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 91.20 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยาสูบที่มีผลต่อจิตประสาทในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 100.00 กลุ่มควบคุม คิดเป็นร้อยละ 97.10 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, t-test for independent sample พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านความมั่นคงทางอารมณ์						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<27)	34	100.00	20	58.90	7	20.60
เกณฑ์ปกติ (27-34)	-	-	13	38.20	25	73.50
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>34)	-	-	1	2.90	2	5.90
2.ด้านกำลังใจ						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<14)	34	100.00	34	100.00	34	100.00
เกณฑ์ปกติ (14-19)	-	-	-	-	-	-
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>19)	-	-	-	-	-	-
3.ด้านจัดการแก้ไขปัญหา						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<13)	11	32.40	4	11.80	4	11.80
เกณฑ์ปกติ (13-18)	23	67.60	21	61.80	21	61.80
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>18)	-	-	9	26.40	9	26.40
รวมทุกด้าน						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<55)	34	100.00	16	47.10	10	29.40
เกณฑ์ปกติ (55-69)	-	-	18	52.90	24	70.60
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>69)	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมิน พลังสุขภาพจิต ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.90 และระยะติดตาม 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.50

ด้านกำลังใจ ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ด้านจัดการแก้ไขปัญหา ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 67.60 หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมิน พลังสุขภาพจิตที่เท่ากัน คือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80

รวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลองอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และระยะติดตาม 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 70.60

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม จำแนกตามคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านความมั่นคงทางอารมณ์						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<27)	34	100.00	16	47.10	25	73.50
เกณฑ์ปกติ (27-34)	-	-	16	47.10	9	26.50
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>34)	-	-	2	5.80	-	-
2.ด้านกำลังใจ						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<14)	34	100.00	34	100.00	34	100.00
เกณฑ์ปกติ (14-19)	-	-	-	-	-	-
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>19)	-	-	-	-	-	-
3.ด้านจัดการแก้ไขปัญหา						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<13)	6	17.60	20	58.80	2	5.90
เกณฑ์ปกติ (13-18)	28	82.40	14	41.20	21	61.80
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>18)	-	-	-	-	11	32.40

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวมทุกด้าน						
ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<55)	34	100.00	19	55.90	28	82.40
เกณฑ์ปกติ (55-69)	-	-	15	44.10	6	17.60
สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>69)	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิต ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของเกณฑ์การประเมินพลังสุขภาพจิตที่เท่ากัน คือ อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติและเกณฑ์ปกติ คือ จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 47.10 และระยะติดตาม 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 73.50

ด้านกำลังใจ ทั้งก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ด้านจัดการแก้ไขปัญหา ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40 หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80 และระยะติดตาม 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 61.80

รวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลองอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 และระยะติดตาม 3 เดือน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลอง จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์						
ระดับต่ำ (0-16)	-	-	33	97.10	34	100.00
ระดับปานกลาง (17-26)	-	-	-	-	-	-
ระดับสูง (27-42)	34	100.00	1	2.90	-	-
2.ด้านการลดความเป็นบุคคล						
ระดับต่ำ (0-6)	-	-	8	23.50	20	58.80
ระดับปานกลาง (7-12)	-	-	8	23.50	5	14.70
ระดับสูง (13-42)	34	100.00	18	53.00	9	26.50
3.ด้านลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล						
ระดับต่ำ (39-48)	34	100.00	-	-	-	-
ระดับปานกลาง (32-38)	-	-	-	-	-	-
ระดับสูง (0-31)	-	-	34	100.00	34	100.00
4.รวมทุกด้าน						
ระดับต่ำ (≤ 44)	-	-	16	47.10	27	79.40
ระดับปานกลาง (44-88)	-	-	18	52.90	7	20.60
ระดับสูง (89-132)	34	100.00	-	-	-	-

จากตารางที่ 4 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 97.10 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ด้านการลดความเป็นบุคคล ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 53.00 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80

ด้านลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานที่

เท่ากัน คือ อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

รวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และระยะติดตาม 3 เดือน มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 79.40

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มควบคุม จำแนกตามระดับคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ระยะติดตาม 3 เดือน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์						
ระดับต่ำ (0-16)	-	-	5	14.70	-	-
ระดับปานกลาง (17-26)	-	-	10	29.40	12	35.30
ระดับสูง (27-42)	34	100.00	19	55.90	22	64.70
2.ด้านการลดความเป็นบุคคล						
ระดับต่ำ (0-6)	-	-	-	-	-	-
ระดับปานกลาง (7-12)	-	-	3	8.80	-	-
ระดับสูง (13-42)	34	100.00	31	91.20	34	100.00
3.ด้านลดค่าความสำเร็จส่วนบุคคล						
ระดับต่ำ (39-48)	30	88.20	28	82.40	34	100.00
ระดับปานกลาง (32-38)	4	11.80	6	17.60	-	-
ระดับสูง (0-31)	-	-	-	-	-	-
4.รวมทุกด้าน						
ระดับต่ำ (≤ 44)	-	-	-	-	-	-
ระดับปานกลาง (44-88)	-	-	14	41.20	6	17.60
ระดับสูง (89-132)	34	100.00	20	58.80	28	82.40

จากตารางที่ 5 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 55.90 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับสูง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 64.70

ด้านการลดความเป็นบุคคล ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.20 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 88.20 ในระยะหลังการทดลอง อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00

รวมทุกด้าน ก่อนการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 หลังการทดลอง อยู่ในระดับสูง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 58.80 และระยะติดตาม 3 เดือน อยู่ในระดับสูง จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 82.40

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตารางที่ 6 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

พลังสุขภาพจิต	\bar{X}	S.D.	SS	DF	MS	F	p-value
ก่อนการทดลอง	41.52	1.84					
หลังการทดลอง	54.70	6.31	4775.54	2	2387.77	101.86 ^d	<.001*
ระยะติดตาม 3 เดือน	57.08	5.49					

d = Sphericity Assumed, SS = Sum of Square, DF = Degree of Freedom, MS = Mean Square,

*p-value <.05

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เป็นรายคู่ ด้วย Bonferroni (N = 34)

คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต	Mean differences	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	-13.17	<.001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	-15.55	<.001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	-2.38	.189

*p-value <.05

จากตารางที่ 6 – 7 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One way repeated measures ANOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าคะแนนเฉลี่ย

พลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences = -13.17, -15.55 ตามลำดับ, p-value = <.001) แต่คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน (Mean differences = -2.38, p-value = .189)

ตารางที่ 8 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ใช้สถิติ Independent t-test

พลังสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (N=34)		กลุ่มควบคุม (N=34)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	41.52	1.84	42.26	2.59	-1.34	.183
หลังการทดลอง	54.70	6.31	55.38	4.81	-.49	.621
ระยะติดตาม 3 เดือน	57.08	5.49	48.55	8.41	4.94	<.001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 41.52 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 42.26 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 54.70 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 55.38 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน และระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 57.08 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 48.55 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = <.001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตารางที่ 9 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน (N = 34)

ภาวะหมดไฟในการทำงาน	\bar{x}	S.D.	SS	DF	MS	F	p-value
ก่อนการทดลอง	112.61	7.27					
หลังการทดลอง	43.29	10.06	124559.	2	62279	781.92 ^d	<.001*
ระยะติดตาม 3 เดือน	34.47	10.33	78		.89		

d = Sphericity Assumed, SS = Sum of Square, DF = Degree of Freedom, MS = Mean Square,

*p-value < .05

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน เป็นรายคู่ ด้วย Bonferroni method (N = 34)

คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน	Mean differences	p-value
ก่อนการทดลอง - หลังการทดลอง	69.32	<.001*
ก่อนการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	78.14	<.001*
หลังการทดลอง - ระยะติดตาม 3 เดือน	8.82	<.001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 9 - 10 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One way repeated measures ANOVA) พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งแสดงว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ จึงทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ด้วยวิธี Bonferroni พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences = 69.32, 78.14 ตามลำดับ, p-value = <.001) และคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟ

ในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean differences = 8.82, p-value = <.001)

ตารางที่ 11 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ใช้สถิติ Independent t-test

ภาวะหมดไฟ ในการทำงาน	กลุ่มทดลอง (N=34)		กลุ่มควบคุม (N=34)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
ก่อนการทดลอง	112.61	7.27	112.50	7.52	.06	.948
หลังการทดลอง	43.29	10.60	87.20	12.06	-15.93	<.001*
ระยะติดตาม 3 เดือน	34.47	10.33	96.17	8.56	-26.81	<.001*

*p-value < .05

จากตารางที่ 11 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 112.61 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 112.50 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานไม่แตกต่างกัน เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงาน โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 43.29 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 87.20 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = <.001) และระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 34.47 และกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานเท่ากับ 96.17 ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = <.001)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม วัดซ้ำ (Repeated measures design : 2 group) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 คนรวมทั้งสิ้น จำนวน 68 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตสุขภาพที่ 2 ปิงปประมาณ 2564 อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) ได้แก่คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) อำเภอกลุ่มตัวอย่าง 2 อำเภอ คือ อำเภอเนินมะปราง และอำเภอวังทอง และแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลาก เพื่อกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 คน โดยระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 3 ขั้นตอน 3 กิจกรรม สัปดาห์ที่ 6 จำนวน 1 ขั้นตอน 1 กิจกรรม และติดตามในสัปดาห์ที่ 12 จำนวน 1 ขั้นตอน 1 กิจกรรม โดยมีการประเมินพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive) คุณลักษณะทางประชากร พลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทำการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, t-test for independent sample การเปรียบเทียบคะแนนพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ t-test for independent sample และการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนพลังสุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงาน ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (One-way repeated measure ANOVA) เมื่อพบว่าคะแนนเฉลี่ยที่เปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ผู้วิจัยทำการทดสอบรายคู่ ด้วยวิธีการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ของ Bonferroni

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปสาระสำคัญได้ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี รองลงมาเป็นมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.20 และ 29.50 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 82.40 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 76.50 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 70.60 รายได้ต่อปีส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 58.80 (\bar{X} = 70,970.58 บาท, S.D. = 65,742.60 บาท) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.90 ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.20 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 76.50 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 88.20 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาท คิดเป็นร้อยละ 100.00

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.90 ส่วนใหญ่มีอายุ 50-59 ปี รองลงมาเป็นมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.10 และ 26.50 ตามลำดับ นับถือศาสนา พุทธ คิดเป็นร้อยละ 100.00 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 88.20 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 79.40 อาชีพหลักส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 76.50 รายได้ต่อปีส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000-50,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.90 (\bar{X} = 71,911.76 บาท, S.D. = 55,295.55 บาท) ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.60 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 70.60 ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 91.20 และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ไม่เคยใช้ยากลุ่มที่มีผลต่อจิตประสาท คิดเป็นร้อยละ 97.10

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi-square test, Fisher's exact test, t-test for independent sample พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 (Mean differences = -13.17 และ -15.55 ตามลำดับ, p-value <.001) แต่หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ไม่แตกต่างกัน

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิต ระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (Mean differences = 69.32 และ 78.14 ตามลำดับ, p-value <.001) และหลังการทดลองต่ำกว่าระยะติดตาม 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (Mean differences = 8.82, p-value <.001)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตสุขภาพที่ 2 อำเภอนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ผู้วิจัยนำมาอภิปรายผลตามสมมุติฐาน 4 ข้อ ดังนี้

สมมุติฐานที่ 1 หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการทดลอง

สมมุติฐานที่ 2 หลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่าโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ช่วยให้พลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงขึ้นและภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตาม 3 เดือน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้ ซึ่งการเสริมสร้าง

พลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม สามารถนำมาอภิปรายผลตามแนวคิด ทฤษฎี การเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (Gibson, 1993) ได้ดังนี้

1. การค้นพบสภาพการณ์จริง เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สมาชิกเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ มีการทบทวนความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พบว่าสมาชิกบางรายยังไม่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยจึงบรรยายให้ความรู้เรื่อง สาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน เพิ่มเติม รวมทั้งแนวทางในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังมีการให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “พลังใจ” และให้สมาชิกร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึก ที่ได้จากวีดิทัศน์ และให้นึกถึงสถานการณ์ที่ยากลำบากที่สุดที่ตนเคยผ่านมาได้ ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างสมาชิกกลุ่ม และจากกระบวนการที่ใช้ดำเนินการยังเอื้อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีโอกาสรับรู้ถึงปัญหาทางด้านสุขภาพจิตหรือปัญหาด้านอื่นๆของคนอื่น ทำให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2. การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ ในกิจกรรมนี้มีการบรรยาย เรื่อง “วิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิตของคนทุกคน” และมีคำถามช่วยกระตุ้นให้สมาชิกคิดทบทวนและสำรวจปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจชัดเจน นอกจากนี้ยังให้ดูวีดิทัศน์เรื่อง “ฉันลุกขึ้นสู้ได้อีกครั้ง” และ “ฉันมีสิ่งล้ำค่าเป็นกำลังใจ” แล้วร่วมกันวิเคราะห์คนในวีดิทัศน์ ทั้ง 2 เรื่อง ถึงสิ่งที่เขากำลังประสบอยู่ และร่วมแลกเปลี่ยนความคิดระหว่างสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งฟังเพลง “พลังใจ” แล้วร่วมกันสกัดหาคำคม คำขวัญ หรือคำสอน จากบทเพลง สมาชิกมีการพัฒนามากขึ้น มีทักษะของตนเองในการที่จะดูแลตนเอง กระทั่งนำไปสู่การตัดสินใจเลือกการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อปรับตัวใช้ชีวิตภายใต้วิกฤตที่เกิดขึ้นได้

3. การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม กิจกรรมครั้งนี้ให้สมาชิกร่วมกัน คือ “กิจกรรม สร้างพลังใจ” ให้สมาชิกกำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้างพลังใจให้ตนเองมีพลังต่อไปได้ และทำข้อตกลงหรือสัญญาใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ รวมทั้งให้แต่ละคนเลือกข้อตกลงหรือสัญญาใจที่เหมาะสมกับตนเอง พบว่าสมาชิกสามารถกำหนดเป้าหมายและสามารถเลือกวิธีปฏิบัติที่คิดว่าตนต้องปรับปรุงเปลี่ยนแปลงเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งมีคำคม ข้อคิดเตือนใจของตนเอง โดยผู้วิจัยให้กำลังใจในการนำไปปฏิบัติที่บ้าน พร้อมกับแนะนำให้สมาชิกติดตามสนับสนุนซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง และจะมีการทบทวนความรู้เดิมที่ได้เรียนรู้ไป สมาชิกได้เรียนรู้และนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตจริงจนประสบความสำเร็จในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะหมดไฟในการทำงานหรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มีความมุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยคุณค่าของตนเอง

4. การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ให้สมาชิกร่วมกันทำกิจกรรมร่วมกัน คือ “กิจกรรมเติมพลังใจตนเองให้เต็ม” และ “กิจกรรมเติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง” ได้ให้สมาชิกทบทวน

ข้อตกลงหรือสัญญาใจ พร้อมทั้งนำเสนอข้อตกลงหรือสัญญาใจอีกครั้ง รวมทั้งผู้วิจัยได้สอบถามปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ได้ให้สมาชิกกลับไปฝึกปฏิบัติตามข้อตกลงหรือสัญญาใจ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหานั้น เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางที่เลือกแล้ว ไซกระบวนกรกลุ่มในการร่วมมือแก้ไขปัญหา สมาชิกสามารถหาวิธีแก้ปัญหาก็กลุ่มเสนอแนะ นำไปปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมกรแก้ปัญหานั้นสำหรับไซในครั้งต่อไป

จากผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ และระยะติดตาม 3 เดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร ฉายากุล (2561) พบว่า นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีคะแนนพลังสุขภาพจิตหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดา เตชะปิ่น (2561) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต มีความรู้เรื่องสุขศึกษาชุมชนหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p - value < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เนติยา แจ่มทิม (2559) พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติที่ระดับ 0.001 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภา เพ็งเสงี่ยม (2557) พบว่า ภายหลังจากเข้าร่วมรูปแบบพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สมมุติฐานที่ 3 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม

สมมุติฐานที่ 4 หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการศึกษาวิจัย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า หลังการทดลองและในระยะติดตาม 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p - value < .001$) แสดงให้เห็นว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ตามขั้นตอนทั้งหมดของการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต 4 ขั้นตอน (Gibson, 1993) คือ 1) การค้นพบสถานการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ

ร่วมกับกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรมที่ผู้วิจัยใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มทดลองสามารถจัดการตนเองและเรียนรู้ช่องทางหรือแหล่งที่สามารถสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองได้ ไม่เกิดลังใจในการดูแลตนเอง มีอารมณ์ที่มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหาหรือวิกฤติที่จะเกิดขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าภายหลังจากการทดลอง กลุ่มทดลองมีพลังใจมากขึ้น รวมทั้งสามารถควบคุมสถานการณ์หรือเหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ ซึ่งผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ก็ให้ผลลัพธ์ที่ดีและอาจจะทำให้ภาวะหมดไฟในการทำงานของกลุ่มทดลองลดลงและคงที่ไปจนถึงระยะติดตามผล 3 เดือน ด้วยเช่นกัน และเนื่องจากสถานการณ์โควิด 19 คลี่คลายลง อสม. มีแนวทางในการดูแลจิตใจตนเองและครอบครัว รวมทั้งดูแลประชาชนในหมู่บ้านได้ จึงทำให้มีพลังใจเพิ่มขึ้น ยังคงมีความมุ่งมั่นที่จะเป็นจิตอาสาในการทำงานเพื่อคนในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ภาวะหมดไฟในการทำงานลดลงและคงที่ไปจนถึงระยะติดตามผล 3 เดือน ได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กริณีสังข์ประคอง (2561) พบว่า พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรงภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ กาศโอสถ (2563) พลังสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมหลังจากได้รับโปรแกรมสูงขึ้นและสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม สำหรับผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพหลังได้รับโปรแกรม พบว่า ความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมลดลงและน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพสุดา น้อยแมน (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กชพร เพื่อกม่อง (2560) พบว่า ภายหลังจากให้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีค่าเฉลี่ยคะแนนการควบคุมตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ประมวล ตรีภกุล (2563) พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สยาภรณ์ เดชดี (2561) พบว่า หลังติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตมีคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีคะแนน HRSD ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม โดยไม่พบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพลังสุขภาพจิตและคะแนน HRSD อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทาวดี วรสุวิธ (2562) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 ภายหลังจากอบรม 1 และ 3 เดือน ภูมิใจกันทางใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต (2562) พบว่า มี 5 กลยุทธ์ในการต่อสู้กับภาวะหมดไฟจากการทำงาน 1. ขั้นตอนแรก

คือการสำรวจตัวเราเองว่ากำลังประสบกับความเหนื่อยหน่ายในงานหรือไม่ 2.พยายามนอนให้มากขึ้น 3.ออกกำลังกาย (หัวใจและหลอดเลือด) อย่างสม่ำเสมอ 4.ทำสมาธิ 5.ฝึกหายใจ หากปฏิบัติตามคำแนะนำ 5 กลยุทธ์ จะส่งผลให้ภาวะหมดไฟจากการทำงานลดลงและสามารถกลับไปทำงานได้อย่างมีความสุขและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ยังพบอีกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะมีคะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตสูงขึ้นเล็กน้อยหลังการทดลองและระยะติดตาม 3 เดือน ซึ่งพลังสุขภาพจิตที่สูงขึ้นเล็กน้อยนั้นอาจจะไม่ได้ยั่งยืนและยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ อาจจะเป็นผลมาจากสถานการณ์โควิด 19 คลี่คลายลง จึงทำให้มีพลังใจเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังมีภาวะหมดไฟในการทำงานสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ไม่ได้เรียนรู้กระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน ดังนั้นกลุ่มควบคุมจึงควรได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อที่จะสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้เป็นแรงผลักดันให้บุคคลเกิดพลัง มีกำลังใจ สามารถแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจนทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น มุ่งมั่นไปสู่เป้าหมายได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นการศึกษานี้สามารถสนับสนุนแนวคิดการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (Gibson, 1993) ซึ่งโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตฯ ที่นำแนวคิด ทฤษฎีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตของ Gibson (1993) มาใช้ในการดำเนินการวิจัย มีความแตกต่างจากหลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตอื่นที่มีในปัจจุบัน เช่น กรมสุขภาพจิต มีหลักสูตร “อิด ฮีต ลู” เนื่องจากหลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต หลักสูตร “อิด ฮีต ลู” (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2563) เป็นเทคนิคในการดูแลจิตใจเบื้องต้น เป็นลักษณะของคำพูดเสริมด้านบวก การให้กำลังใจ การให้โอกาสการให้รอยยิ้ม เพื่อสร้างพลังใจในขณะที่บุคคลนั้นเผชิญกับปัญหาหรือวิกฤติ ณ ขณะนั้น แต่ยังไม่มีการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในระดับบุคคลและในระยะยาวที่ชัดเจน สำหรับการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต (Gibson, 1993) เป็นกระบวนการที่ส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถแสวงหาวิธีการเพื่อให้บรรลุความต้องการและแก้ปัญหาของตนเอง รวมถึงความสามารถในการใช้ทรัพยากรที่จำเป็นในการควบคุมความเป็นอยู่หรือชีวิตของตน เช่นเดียวกับการจัดโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอเนินมะปราง จังหวัดพิษณุโลก ส่งผลให้กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีกำลังใจ เกิดแรงจูงใจและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

รวมทั้งมีแนวทางป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคคลอื่นได้ เป็นผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความมั่นใจและใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่มีสุขภาพจิต ในระดับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำไปดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะหมดไฟในการทำงาน

2. สนับสนุนให้บุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกกลุ่มอาชีพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แห่งอื่นๆในเขตสุขภาพที่ 2 หรือเขตอื่นๆของประเทศไทย เนื่องจากการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาได้กับทุกช่วงวัย และใช้ได้กับทุกศาสนา

2. ควรมีการวิจัยติดตามความต่อเนื่องในการปฏิบัติกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อศึกษาความคงสภาพของพฤติกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานนำไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่เหมาะสมต่อไป

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยนเรศวร

AF 08-09/5.0

COA No. 489/2021

IRB No. P2-0278/2564



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 เบอร์โทรศัพท์ 05596 8642

หนังสือรับรองโครงการวิจัยครั้งแรก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2

ผู้วิจัยหลัก : นายณัฐพล พูลวิเชียร

สังกัดหน่วยงาน : คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิธีทบทวน : การพิจารณาแบบเร่งรัด (Expedited Review)

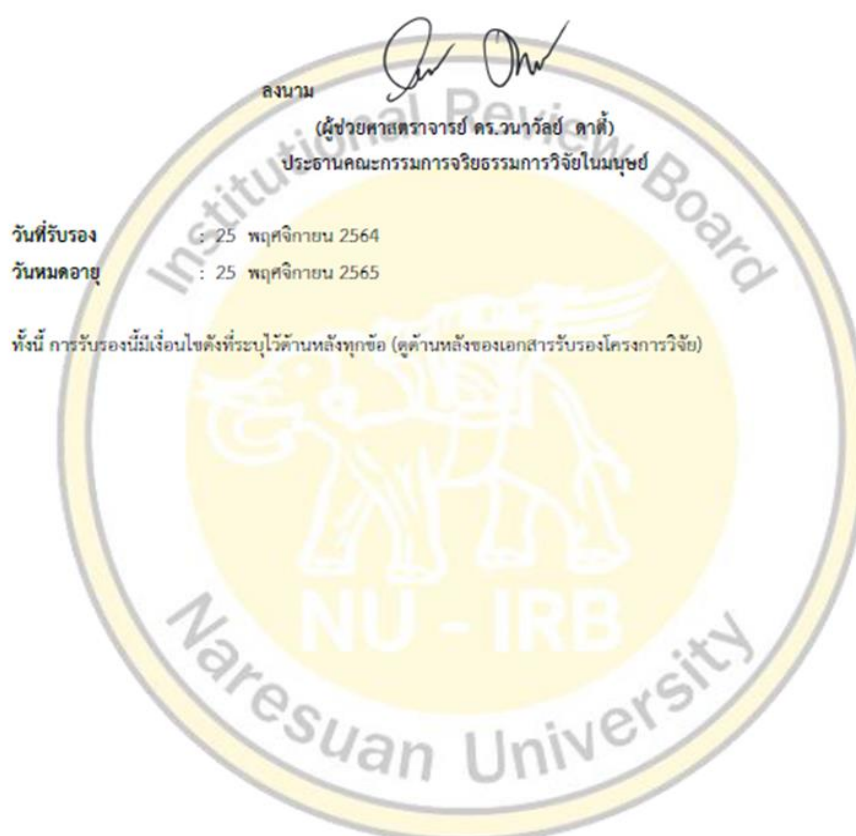
รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์
หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. AF 01-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 สิงหาคม 2564
2. AF 02-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 สิงหาคม 2564
3. AF 03-10 เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 สิงหาคม 2564
4. AF 04-10 เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564
5. AF 05-10 เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 ตุลาคม 2564
6. สรุปโครงการเพื่อการพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564
7. โครงร่างวิทยานิพนธ์ เวอร์ชัน 3.0 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2564
8. ประวัติผู้วิจัย เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 1 กันยายน 2564
9. แบบสอบถาม เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 1 กันยายน 2564

ภาคผนวก ก (ต่อ)

10. Budget เวอร์ชัน 1.0 วันที่ 29 สิงหาคม 2564



ภาคผนวก ก (ต่อ)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือแบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวรเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใด ๆ ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ภายในระยะเวลาที่กำหนดในวิธีดำเนินการมาตรฐาน (SOPs)
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าหลังใบรับรองหมดอายุ และยังไม่ได้รับรองฉบับใหม่ ผู้วิจัยจะต้องหยุดดำเนินการวิจัยส่วนที่เกี่ยวกับการรับอาสาสมัครใหม่ นับตั้งแต่หลังวันใบรับรองหมดอายุจนกว่าจะได้รับใบรับรองฉบับใหม่
7. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ชื่อและตำแหน่ง) ที่เข้าร่วมประชุม ณ วันที่พิจารณารับรองโครงการวิจัย (หากร่องขอล่วงหน้า)



ภาคผนวก ข ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย


1. ผศ. (พิเศษ) ดร.สุพัฒนา คำสอน
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
2. ผศ.ดร.ศิริไลซ์ วนรัตน์วิจิตร
อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
3. นางสาวพัชรี วัฒนาเมธี
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก



ภาคผนวก ค คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

NU-IRB#

AF 04-10/5.0

ข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครในโครงการวิจัย	 <p>คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหิดล</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2

THE EFFECT OF RESILIENCE QUOTIENT ON JOB BURNOUT AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN REGIONAL HEALTH 2

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นายณัฐพล ทูลวิเชียร

ที่อยู่ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก เลขที่ 999 ม.2 ต.แก่งโสภา อ.วังทอง จ.พิษณุโลก 65220

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน 055-002050 ต่อ 331 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 094-1926144

อีเมล natthaphonp63@nu.ac.th

เวอร์ชัน 3 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ บุคลากรที่มีความสำคัญในระบบสุขภาพ เป็นผู้นำในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชน เป็นบุคคลที่เสียสละทำงานเพื่อสังคม เสียสละเวลา พยายามแข็งแรงกาย พัฒนาสุขภาพตามแนวนโยบายการสาธารณสุขมูลฐาน มีบทบาทที่สำคัญ คือ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เป็นผู้สื่อข่าวสาธารณสุข แนะนำเผยแพร่ความรู้เพื่อให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการให้บริการตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ภาวะหมดไฟในการทำงานเป็นภาวะทางสุขภาพที่ต้องได้รับการดูแลรักษา และเป็นภาวะที่กำลังจะเกิดในสังคมมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้กลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ในระยะยาว และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นจำนวนมากต่อปี (WHO, 2562)

ปัจจัยที่ช่วยลดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน พบว่า พลังสุขภาพจิต (Grotberg, 1995) เป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้นรวมทั้งให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่ต้องเกิดจากความภาคภูมิใจทำให้เห็นคุณค่าในตนเองโดยมีแรงเกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อให้ศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้อย่างถาวร ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ 1) ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2) ด้านกำลังใจ 3) ด้านการจัดการกับปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหาไม่มีทางแก้ได้ รู้จักสร้างสัมพันธ์ภาพและรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น และการเปิดมุมมองในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แนวคิดการสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตของ (Gibson, 1993) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 6 กิจกรรม จำนวน 2 สัปดาห์ กิจกรรมๆ ละ 6 - 8 ชั่วโมง เน้นให้สมาชิกฝึกอย่างต่อเนื่องที่บ้านและทบทวนทุกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน
2. เปรียบเทียบภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงาน

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย คือ 68 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย จะดำเนินการดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลอง

ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ 8 มกราคม พ.ศ.2565 เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ครั้งที่ 1

1. อาสาสมัครทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต
2. อาสาสมัครเข้าร่วมอบรมตามโปรแกรมดังกล่าว สร้างสัมพันธภาพ ด้วยการเล่นเกมส์ ละลายพฤติกรรม เป็นการสร้างความคุ้นเคยและพร้อมเข้าสู่การอบรม มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึกที่ได้รับจากการอบรมในเรื่องต่างๆ ได้แก่ สาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน, หลักการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิต, วิกฤตที่เกิดขึ้นในชีวิต, วิธีจัดการกับความเครียด และฝึกทักษะคลายเครียด เป็นต้น รวมทั้งทีมงานผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลจิตใจ ให้กับอาสาสมัครทุกคน
3. ผู้วิจัยสรุปการอบรม ชี้แจงข้อสงสัย ตอบปัญหาข้อสงสัยแก่อาสาสมัครในกลุ่ม และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ของการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

โดยจัดกิจกรรม ณ ศาลาประชาคมตำบลแก่งไทร อำเภอดงหลวง จังหวัดพิษณุโลก ใช้เวลา 1 วัน (6 – 8 ชั่วโมง)

ในระหว่างกิจกรรมจะมีการบันทึกภาพการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของอาสาสมัคร

ครั้งที่ 2

1. ผู้วิจัยและทีมงานกล่าวทักทายอาสาสมัครพร้อมทั้งเริ่มกิจกรรมการอบรม
2. ให้อาสาสมัครพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับตนเองหรือปัญหาอุปสรรค เป็นการทบทวนประสบการณ์ และร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึกที่ได้รับฟังจากสมาชิกในกลุ่ม
3. ให้อาสาสมัครทำข้อตกลงหรือสัญญาใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันปัญหาการเกิดภาวะหมดไฟในการทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ โดยให้เขียนการปฏิบัติตัวหรือพฤติกรรมที่ต้องปรับเปลี่ยน และให้อาสาสมัครทบทวนข้อตกลงหรือสัญญาใจที่ได้เขียนไว้อีกครั้ง

4. ผู้วิจัยสรุปการอบรม, ชี้ความข้อสงสัย, ตอบปัญหาข้อสงสัยแก่อาสาสมัครในกลุ่ม และนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ของการจัดกิจกรรมครั้งต่อไป

โดยจัดกิจกรรม ณ ศาลาประชาคมตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ใช้เวลา 1 วัน (6 – 8 ชั่วโมง)

ในระหว่างกิจกรรมจะมีการบันทึกภาพการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของอาสาสมัคร

ครั้งที่ 3

1. ผู้วิจัยให้อาสาสมัครทำแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะหมดไฟในการทำงานและประเมินพลังสุขภาพจิต
2. ผู้วิจัยบอกถึงการสิ้นสุดการทำกิจกรรม พร้อมกับนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 12 เพื่อติดตามผลการดำเนินกิจกรรมฯ

โดยจัดกิจกรรม ณ ศาลาประชาคมตำบลแก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ใช้เวลา 1 วัน (6 – 8 ชั่วโมง)

ในระหว่างกิจกรรมจะมีการบันทึกภาพการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของอาสาสมัคร

กลุ่มควบคุม

ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้วิจัยนัดหมาย คือ 9 มกราคม พ.ศ.2565 หลังจากที่ท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย จะดำเนินการดังต่อไปนี้

1. อาสาสมัครทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต
2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลในการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล ห่อเหี่ยว เป็นต้น
3. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ครั้งต่อไป เพื่อติดตามผลการดำเนินกิจกรรมฯ

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

กลุ่มทดลอง

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขอความร่วมมือจากท่าน

1. มาร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ครบทั้ง 3 ครั้ง
2. ขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด
3. แจ้งอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับท่านระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้วิจัยได้รับทราบ
4. การมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธการเข้าร่วมในตอนนี้หรืออาจจะตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยในอนาคตก็ได้ แต่ต่อมาต้องการที่จะเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วม ถอนตัวจากโครงการวิจัยต่อก็ได้ โดยที่ท่านไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ
5. ท่านจะได้รับมอบหมายให้ไปฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ให้เกิดทักษะของการฝึกสติและนำความรู้การสร้างเสริมพลังสุขภาพจิตไปใช้ในชีวิตประจำวัน ทั้งนี้เพื่อภาวะหมดไฟในการทำงานและสามารถลดผู้ร่วมกับครอบครัว สังคม ได้อย่างปกติสุข

กลุ่มควบคุม

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ขอความร่วมมือจากท่าน

1. ตอบแบบประเมินให้ครบทั้งหมดทุกแบบประเมินและเข้าร่วมกิจกรรมให้ครบทั้ง 3 ครั้ง
2. การมีส่วนร่วมในโครงการวิจัยนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านอาจปฏิเสธการเข้าร่วมในตอนนี้หรืออาจจะตัดสินใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยในอนาคตนี้ แต่ต่อมาต้องการที่จะเปลี่ยนใจไม่เข้าร่วม ถอนตัวจากโครงการวิจัยต่อก็ได้ โดยที่ท่านไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ
3. ขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัยอย่างเคร่งครัด

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

อาจเกิดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเครียด หรือเพิ่งจดจ่อกับการทำกิจกรรมมากเกินไป ลดความเสี่ยงโดยการสร้างบรรยากาศในการดำเนินกลุ่มให้เป็นกันเอง เน้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความสุขสบายทางกาย และกล้าบอกเมื่อมีอาการที่ไม่พึงประสงค์เพื่อให้การช่วยเหลือได้ทันที

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความเข้มแข็งทางใจเพิ่มขึ้น มีสติปล่อยวางอารมณ์และความคิดทางลบ ใส่ใจในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง รวมถึงมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและสนใจสิ่งแวดล้อมมากขึ้น มีผลให้ภาวะหมดไฟในการทำงานลดลง
2. สามารถนำไปปรับกรรมนี้ไปใช้กับกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล เสรี และสามารถปรับเปลี่ยนประยุกต์เพื่อนำไปใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มวัยต่างๆ ได้
3. สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยวิธีปกติ ได้แก่
 - 3.1 ทำแบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงานและแบบประเมินพลังสุขภาพจิต
 - 3.2 ให้ข้อมูลถึงการดูแลสุขภาพจิตตามปกติ ได้แก่ การให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง การออกกำลังกาย การสังเกตอาการผิดปกติทางอารมณ์ เช่น เครียด วิตกกังวล ท้อแท้ เป็นต้น

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัคร

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาภาวะหมดไฟในการทำงานที่ท่านเป็นอยู่เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่นๆ หลายแบบสำหรับรักษาภาวะหมดไฟในการทำงานของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์และด้านอื่นๆของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมนักวิจัยแล้ว ผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้เสียสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมีในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยคือ นายณัฐพล พูลวิเชียร ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านจะมีค่าใช้จ่ายที่ต้องรับผิดชอบ ได้แก่..... ไม่มี.....

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัย แต่ท่านจะได้รับเงินค่าเดินทางและเงินชดเชยการสูญเสียรายได้ เสียเวลา หรือความไม่สะดวก ไม่สบาย ในการมาเข้าร่วมโครงการวิจัยทุกครั้ง ครั้งละ.....50..... บาท รวมทั้งหมด3.....ครั้ง

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาภาวะหมดไฟในการทำงานของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่านหรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่ท่านนำไปสู่การเปิดเผยตัวตน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนในกรณีที่มีการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัยและผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นายณัฐพล พูลวิเชียร โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก เลขที่ 999 ม.2 ต.แก่งสีกา อ.วังทอง จ.พิษณุโลก 65220

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่ออาการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานและเครือข่าย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชั้น 3 อาคารมหาธรรมราชา มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทร 055-968752 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เวอร์ชัน 3 วันที่ 15 พฤศจิกายน 2564

ที่อยู่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

<p>กลุ่ม 2 กลุ่มสาขาวิชาวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี มนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ โทร.055-968642 อีเมล nu-irb-board2@nu.ac.th</p>	<p>กองการวิจัยและนวัตกรรม งานจัดการมาตรฐานและ เครือข่าย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ชั้น 3 อาคารมหาธรรมราชา มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ 99 หมู่ 9 ตำบลท่าโพธิ์ อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัด พิษณุโลก 65000</p>
---	--

Scan Me!




แบบฟอร์ม
การส่งเรื่องร้องเรียน
สำหรับอาสาสมัคร

ภาคผนวก ง หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

NU-IRB#

AF 05-10/5.0

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (สำหรับกลุ่มอาสาสมัครอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี)	
	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมพลังสิ่งแวดล้อมจิตต่อภาวะหมดไฟในกรรมกรงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุพรรณบุรี 2

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และวันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง

- วัตถุประสงค์ของการวิจัย
- ระยะเวลาของการทำวิจัย
- วิธีการวิจัย
- ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย

ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับการชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบ ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

เวอร์ชัน 2.0 วันที่ 29 ตุลาคม 2564


ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอม
วันที่.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ


..... ลงนามผู้ทำวิจัย
(นายณัฐพล พูลวิเชียร) ชื่อผู้ทำวิจัย
วันที่.....

..... ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน
วันที่.....

ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 ข้อ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 12 ข้อ

คำชี้แจง โปรดตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง เลือกตอบได้เพียง 1 ข้อ หรือเติมข้อมูลลงในช่องว่าง (.....)

1. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
2. อายุปี
3. ศาสนา 1.พุทธ 2.คริสต์ 3.อิสลาม 4.อื่นๆ (ระบุ)
4. สถานภาพสมรส
 - 1.โสด 2.คู่ (ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส) 3.หย่า
 - 4.หย่า/แยก 5.อื่นๆ (ระบุ)
5. ระดับการศึกษา
 - 1.ไม่ได้เรียน 2.ต่ำกว่าประถมศึกษาและประถมศึกษา
 - 3.มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า 4.มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.
 - 5.ปวส./อนุปริญญา 6.ปริญญาตรี
 - 7.สูงกว่าปริญญาตรี 8.อื่นๆ(ระบุ)
6. อาชีพหลัก
 - 1.เกษตรกร 2.รับจ้าง/ผู้ใช้แรงงาน 3.แม่บ้าน 4.พนักงานบริษัท
 - 5.ค้าขาย/กิจการส่วนตัว 6.ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 7.นักเรียน/นักศึกษา
 - 8.ว่างงาน 9.อื่นๆ(ระบุ).....
7. รายได้.....บาท/ปี
8. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ปี
9. ภาวะสุขภาพ 1.ไม่มีโรคประจำตัว 2.มีโรคประจำตัว ระบุ
10. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ 1.ดื่ม 2.ไม่ดื่ม
11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่
 - 1.สูบ 2.ไม่สูบ
12. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ท่านเคยใช้ยากลุ่มที่ผลต่อจิตประสาทหรือไม่
 - 1.เคย 2.ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต โดยสอบถามถึงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของท่าน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพของตัวท่านเอง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่จริง	จริงบางครั้ง	ค่อนข้างจริง	จริงมาก
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์				
1.หาวิธีอื่นที่ไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้วุ่นใจจะไม่สามารถอยู่เฉยได้				
2.ไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะเย้ยใส่ฉัน				
3.เมื่อทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดหรือผลที่ตามมา				
4.ฉันยอมรับลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น				
5.เวลาทุกข์ใจมากๆ ฉันจะเจ็บป่วยไม่สบาย				
6.ฉันสอนและเตือนตัวเองอยู่เสมอ				
7.ความยากลำบากทำให้ฉันเข้มแข็งขึ้น				
8.ฉันไม่จดจำเรื่องราวร้ายในอดีต				
9.ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใดชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด				
10.เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรับทุกข์ด้วย				
ด้านกำลังใจ				
11.จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้				
12.ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ				
13.ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า				
ด้านจัดการแก้ไขปัญหา				
14.เมื่อมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น ฉันรู้สึกว่าตัวเองไร้ความสามารถ				
15.เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น				
16.ฉันอยากหนีไปให้พ้นเมื่อพบปัญหาหนักหนาคือต้องรับผิดชอบ				
17.การแก้ไขปัญหทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น				
18.ในการพูดคุย ฉันหาเหตุผลที่ทำให้ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉันได้				
19.ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด				
20.ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน				

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 22 ข้อ
 คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกเช่นนี้กับการปฏิบัติงานในฐานะ
 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของท่านหรือไม่ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ที่ตรงกับความรู้สึก
 ของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย
ปีละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้ ปีละ 2-3 ครั้ง
เดือนละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 1 ครั้ง
เดือนละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น เดือนละ 2-3 ครั้ง
สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง
ทุก ๆ วัน	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นทุก ๆ วัน

ที่	รายการ	ไม่เคยมีความ รู้สึกเช่นนั้นเลย	ปีละ 2-3 ครั้ง	เดือนละ 1 ครั้ง	เดือนละ 2-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	ทุก ๆ วัน
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์								
1.	เมื่อคิดถึงเรื่องงาน ฉันรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง							
2.	ฉันรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับการทำงาน							
3.	ฉันรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวเมื่อคิดว่า จะต้องทำงาน							
4.	ฉันรู้สึกว่าตนเองมีพลังมากพอที่จะทำ สิ่งอื่น ๆ ได้อีกมาก							
5.	ฉันรู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นสุดเวลาทำงาน							
6.	เมื่อหมดภาระงาน ฉันมักจะ แยกตัวอยู่ตามลำพัง							
7.	ฉันรู้สึกว่าภาระงานของฉันมากเกินไป							
ด้านการลดค่าความเป็นบุคคลของผู้อื่น								
8.	ฉันให้ความใส่ใจกับปัญหาของ ผู้อื่นเสมอ							
9.	ฉันพร้อมที่จะตอบคำถามของผู้อื่นเสมอ							
10.	ผู้อื่นมักจะต้องรอสั่งต่างหากเกินไป							
11.	ฉันให้บริการกับผู้อื่นด้วยความ สุภาพอ่อนโยน							

12.	ฉันคิดว่าคนทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน							
13.	ฉันมีเป้าหมายที่จะติดต่อกับบุคคลอื่นๆ							
14.	ฉันชอบที่จะแยกตัวออกจากสังคม							
ด้านการลดค่าความสำเร็จของตนเอง								
15.	ฉันคิดว่าคนอื่นมีความสามารถมากกว่าฉัน							
16.	ถ้าฉันใช้ความพยายามงานก็จะสำเร็จลงได้							
17.	ฉันคิดว่างานที่ฉันทำไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร							
18.	ฉันรู้สึกว่าคุณเองประสบความสำเร็จในงานที่ทำ							
19.	ฉันภาคภูมิใจทุกครั้ง เมื่อนึกถึงผลงานของตนเอง							
20.	บ่อยครั้งที่ฉันไม่มั่นใจว่าฉันจะสามารถทำงานได้ผลตามที่คาดหวังไว้							
21.	ฉันคิดว่าฉันมีผลการปฏิบัติงานที่ดี							
22.	ฉันรู้สึกว่าคุณเองล้มเหลวในอาชีพ							

ผลการวิเคราะห์ทดสอบความตรงของเครื่องมือ (Try out) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต
และแบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.744	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
หากมีเรื่องไม่สบายใจเล็กน้อยทำให้รำคาญใจ จะไม่สามารถอยู่นิ่งเฉย ได้	49.2000	45.338	.252	.739
ไม่ใส่ใจคนที่หัวเราะเยาะเย้ยใส่ฉัน	49.9333	47.926	.073	.753
เมื่อทำผิดพลาดหรือเสียหาย ฉันยอมรับผิดหรือผลที่ตามมา	49.3333	45.609	.441	.727
ฉันยอมทนลำบากเพื่ออนาคตที่ดีขึ้น	48.9000	44.507	.402	.726
เวลาทุกขี้ใจมาก ๆ ฉันจะเจ็บป่วยไม่สบาย	49.4333	46.323	.190	.744
ฉันสอนและเตือนตัวเองอยู่เสมอ	49.3333	47.126	.160	.745
ความยากลำบากทำให้ฉันเข้มแข็งขึ้น	48.9333	46.202	.240	.739
ฉันไม่จดจำเรื่องราวในอดีต	49.4333	45.289	.307	.734
ถึงแม้ปัญหาจะหนักหนาเพียงใดชีวิตฉันก็ไม่เลวร้ายไปหมด	49.4000	44.938	.409	.726
เมื่อมีเรื่องหนักใจ ฉันมีคนปรึกษาด้วย	49.3000	44.562	.477	.722
จากประสบการณ์ที่ผ่านมาทำให้ฉันมั่นใจว่าจะแก้ปัญหาต่างๆ ที่ผ่าน เข้ามาในชีวิตได้	49.1667	46.489	.280	.736
ฉันมีครอบครัวและคนใกล้ชิดเป็นกำลังใจ	48.7000	45.803	.357	.731
ฉันมีแผนการที่จะทำให้ชีวิตก้าวไปข้างหน้า	48.9333	44.133	.454	.722
เมื่อมีปัญหาวิกฤตเกิดขึ้น ฉันรู้สึกว่าคุณเองไร้ความสามารถ	49.0667	44.685	.298	.735
เป็นเรื่องยากสำหรับฉันที่จะทำให้ชีวิตดีขึ้น	49.1667	46.282	.194	.744
ฉันอยากหนีไปให้พ้นเมื่อพบปัญหาหนักหนาคงต้องรับผิดชอบ	49.1667	46.557	.151	.749
การแก้ไขปัญหทำให้ฉันมีประสบการณ์มากขึ้น	49.0000	44.414	.507	.720
ในการพูดคุย ค้นหาเหตุผลที่ทำให้ทุกคนยอมรับหรือเห็นด้วยกับฉัน ได้	49.1333	44.671	.481	.722
ฉันเตรียมหาทางออกไว้ หากปัญหาร้ายแรงกว่าที่คิด	49.3667	45.964	.330	.732
ฉันชอบฟังความคิดเห็นที่แตกต่างจากฉัน	49.3000	43.321	.408	.724

แบบสอบถามภาวะหมดไฟในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.910	22

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
เมื่อคิดถึงเรื่องงาน ฉันรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง	66.4667	577.844	.689	.903
ฉันรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับการทำงาน	66.5333	577.568	.647	.904
ฉันรู้สึกจิตใจท้อเมื่อคิดว่าจะต้องทำงาน	66.6333	582.240	.555	.906
ฉันรู้สึกว่าตนเองมีพลังมากพอที่จะทำสิ่งอื่นๆได้ อีกมาก	67.5667	591.495	.430	.909
ฉันรู้สึกหมดแรงเมื่อสิ้นสุดเวลาทำงาน	66.4000	569.145	.787	.901
เมื่อหมดภาระงาน ฉันมักจะแยกตัวอยู่ตามลำพัง	66.6333	573.757	.666	.903
ฉันรู้สึกว่าภาระงานของฉันมากเกินไป	66.2000	563.476	.718	.902
ฉันให้ความใส่ใจกับปัญหาของผู้อื่นเสมอ	67.6333	600.447	.371	.910
ฉันพร้อมที่จะตอบคำถามของผู้อื่นเสมอ	67.6333	592.447	.486	.907
ผู้อื่นมักจะต้องการสิ่งต่างๆมากเกินไป	66.9333	571.651	.688	.903
ฉันให้บริการกับผู้อื่นด้วยความสุภาพอ่อนโยน	66.4667	618.257	.202	.913
ฉันคิดว่าคนทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน	66.4667	609.568	.283	.912
ฉันเบื่อหน่ายที่จะติดต่อกับบุคคลอื่นๆ	66.5667	568.944	.704	.902
ฉันชอบที่จะแยกตัวออกจากสังคม	66.9333	563.099	.763	.901
ฉันคิดว่าคนอื่นมีความสามารถมากกว่าฉัน	67.2667	580.271	.583	.905
ถ้าฉันใช้ความพยายามงานก็จะสำเร็จลงได้	66.3333	606.230	.372	.909
ฉันคิดว่างานที่ฉันทำไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร	67.1333	578.809	.666	.904
ฉันรู้สึกว่าตนเองประสบความสำเร็จในงานที่ทำ	66.9667	614.585	.277	.911
ฉันภาคภูมิใจทุกครั้ง เมื่อนึกถึงผลงานของตนเอง	66.0000	613.310	.220	.914
บ่อยครั้งที่ฉันไม่มั่นใจว่าฉันจะสามารถทำงาน ได้ผลตามที่คาดหวังไว้	67.0333	578.723	.632	.904
ฉันคิดว่าฉันมีผลการปฏิบัติงานที่ดี	66.8000	595.269	.402	.909
ฉันรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวในหน้าที่การงาน	66.7000	567.252	.671	.903

**ตารางกิจกรรมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง 12 สัปดาห์**

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	อุปกรณ์	รายละเอียดกิจกรรม	ทฤษฎี	เวลา (นาที)	หมายเหตุ
สัปดาห์ที่ 1	ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง กิจกรรมที่ 1 จำลึถึงเหตุการณ์	1. Power point บรรยาย 2. สื่อวีดิทัศน์ 3. ใบงานที่ 1	1. แบ่งกลุ่ม ให้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นั่ง เป็นวงกลม กลุ่มละ 5-6 คน จำนวน 6 กลุ่ม จากนั้น ผู้วิจัย พักทาย และเกริ่นนำเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของการมาทำ กิจกรรมครั้งนี้ 2. ผู้วิจัยบรรยายถึง สาเหตุ ผลกระทบของปัญหาทางด้าน สุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะ หมดไฟในการทำงาน เป็นต้น โดยใช้ เอกสารประกอบการบรรยาย (power point) 3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ดูวีดิทัศน์เรื่อง	Gibson (1993)	20 นาที 60 นาที 30 นาที	ระยะเวลาแต่ ละกิจกรรมปรับ ได้ตามความ เหมาะสม
			“พลังใจ” ภายหลังจากการดู วีดิทัศน์ ร่วมกันสะท้อนความคิด ความรู้สึก ที่ได้จากวีดิทัศน์ และ เขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ด ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้		60 นาที	
			4. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน นึกถึงสถานการณ์ ที่ยากลำบากที่สุดที่เคยผ่านมา ได้ และทำตาม (ใบงานที่ 1) โดย เขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ด ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้		10 นาที	
			5. ผู้วิจัย สรุป ปัญหา สาเหตุของ สถานการณ์ที่ยากลำบาก ผลกระทบ หลักการเสริมสร้าง พลังสุขภาพจิต การจัดการกับ วิกฤตที่ผ่านมา และคุณลักษณะ ประสบการณ์หรืออดีตที่ผ่านมา ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน			

<p>ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณญาณ กิจกรรมที่ 2 สะท้อนคิดในสถานการณ์ สภาพปัญหา</p>	<p>1. Power point บรรยาย 2. สื่อวีดิทัศน์ 3. ใบงานที่ 2</p>	<p>1. ผู้วิจัยเกริ่นนำ เรื่อง วิกฤตที่ เกิดขึ้นในชีวิตของคนทุกคน 2. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ดูวีดิทัศน์เรื่อง “ฉันลุกขึ้นสู้ได้อีกครั้ง” และ “ฉัน มีสิ่งล้ำค่าเป็นกำลังใจ” แล้ว วิเคราะห์คนในวีดิทัศน์ ทั้ง 2 เรื่อง ถึงสิ่งที่เขากำลังประสบอยู่ 3. หลังจากดู วีดิทัศน์ ให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ร่วมกันสะท้อนความคิด และความรู้สึกที่ได้จากวีดิทัศน์ และเขียนลงในกระดาษฟลิป ชาร์ด ตามที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ 4. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ฟังเพลง “พลัง ใจ” แล้วร่วมกันสกัดหาคำคม คำ ขวัญ หรือคำสอน จากบทเพลง และเขียนลงในกระดาษฟลิป</p>	<p>15 นาที 60 นาที 60 นาที 30 นาที</p>	
<p>ขั้นตอนที่ 3 การจัดการกับสถานการณ์ กิจกรรมที่ 3 สร้างพลังใจ</p>	<p>1. กระดาษฟลิปชาร์ด 2. ปากกาเคมี 3. ใบงานที่ 3,4</p>	<p>ชาร์ดที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ (ใบงาน ที่ 2) 5. ผู้วิจัยสรุปคุณลักษณะของ บุคคลที่สามารถยอมรับปัญหา และสามารถวิเคราะห์ถึงปัญหาที่ กำลังประสบอยู่ได้ เพื่อปรับตัวใช้ ชีวิตภายใต้วิกฤตที่เกิดขึ้น 1. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน กำหนดเป้าหมาย และวิธีการสร้างพลังใจให้ตนเอง มีพลังต่อไปได้ โดยเขียนลงใน กระดาษฟลิปชาร์ดที่ผู้วิจัยเตรียม ไว้ให้ (ใบงานที่ 3) 2. ให้อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ทำข้อตกลงหรือ สัญญาใจในการปฏิบัติตัวเพื่อ ป้องกันภาวะหมดไฟในการ</p>	<p>10 นาที 60 นาที 40 นาที</p>	

สัปดาห์ที่ 6	ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 4 เติมพลังใจตนเองให้เต็ม	1. กระดาษฟลิปชาร์ต ข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้เขียนไว้ครั้งก่อน 2. ปากกาเคมี 3. กระดาษฟลิปชาร์ต	ทำงาน หรือปัญหาทางด้านสุขภาพจิตอื่นๆ ร่วมกันโดยเขียนลงในกระดาษฟลิปชาร์ตที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ (ใบงานที่ 4) 3. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละคนเลือกข้อตกลงหรือสัญญาใจที่เหมาะสมกับตนเอง และเขียนลงในกระดาษ A4 ที่ทางผู้วิจัยเตรียมไว้ให้แต่ละคนและอ่านให้ทุกคนในกลุ่มฟังเพื่อเป็นการรับทราบข้อตกลงหรือสัญญาใจร่วมกัน	20 นาที	60 นาที ระยะเวลาแต่ละกิจกรรมปรับได้ตามความเหมาะสม
			2. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร่วมกันแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่อข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้ทบทวนตั้งข้อที่ 1 รวมทั้งผู้วิจัยสอบถามปัญหา อุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากกิจกรรมที่ได้ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลับไปฝึกปฏิบัติ ตามข้อตกลงหรือสัญญาใจ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค นั้น	120 นาที	
สัปดาห์ที่ 12	ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งพลังสุขภาพจิต กิจกรรมที่ 5 เติมพลังใจตนเองให้เต็มอย่างต่อเนื่อง	1. กระดาษฟลิปชาร์ต ข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้เขียนไว้ครั้งก่อน 2. ปากกา 3. แบบประเมินฯ	1. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นิ่งเป็นวงกลมตามกลุ่มที่เคยแบ่งกลุ่มไว้ และทบทวนข้อตกลงหรือสัญญาใจ ที่ได้เขียนไว้ พร้อมทั้งนำเสนอข้อตกลงหรือสัญญาใจอีกครั้ง 2. ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำแบบประเมินที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ 3. ผู้วิจัยซักถามข้อสงสัย ตอบปัญหาข้อสงสัยแก้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรวมทั้งบอกถึงการสิ้นสุดการทำกิจกรรม	60 นาที 60 นาที 30 นาที	ระยะเวลาแต่ละกิจกรรมปรับได้ตามความเหมาะสม

ใบงานที่ 1

รำลึกถึงเหตุการณ์

1. เล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัญหา สถานการณ์ที่ยากลำบาก ที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ในการทำหน้าที่การเป็น อสม.

.....

.....

.....

.....

2. ท่านคิดว่าในช่วงวิกฤตนี้การปฏิบัติงานในฐานะ อสม. ของท่าน เป็นอย่างไร ประสบกับปัญหา อุปสรรคอะไรบ้าง ที่ทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย หมดกำลังใจ

.....

.....

.....

.....

3. ท่านจัดการกับปัญหา อุปสรรคนั้นอย่างไร ใครเป็นบุคคลสำคัญที่ทำให้ท่านอยากสู้ต่อไป

.....

.....

.....

.....

4. ให้ท่านทบทวนจุดอ่อน จุดแข็ง ของตนเอง ในการจัดการฟื้นฟูสถานการณ์ที่ยากลำบากนั้น

.....

.....

.....

.....

ใบงานที่ 2

ปลูกเร้าพลังในตัวเอง

ฟังเพลง “พลังใจ” แล้วสกัดคำคม คำขวัญ คำสอน เพื่อสร้างกำลังใจให้กับตนเอง

เมื่อท้องฟ้าที่เคยสดใส มาเปลี่ยนสีไปในพริบตา
ต้องทำเช่นไร ถึงจะฝันได้ ช่วงเวลาที่เลวร้ายได้
ให้เธอค้นหัวใจสักนิด หนึ่งชีวิตมีค่ามากมาย
น้ำตาที่หลั่งไหลมาเป็นสาย
ให้มันล้างตาจนมองได้อย่างชัดเจน

ตรองให้ดี สิ่งใดที่มี
ที่เธอสามารถเอามาใจเพื่อนำมาสู้ปัญหา
เธอมีพลัง และคุณค่า
ขอเพียงแต่เธออย่าเพิ่งเลิกรา
อย่าเพิ่งถอดใจหรือท้อ

(*) วันที่ฟ้าเปลี่ยนสี เธอยังมีความหวัง
มีพลังจะก้าวเดินต่อ
ถ้าอ่อนล้าให้นึกถึงคนที่รอ นอกกำลังใจที่มี
(พลังที่ตัวของเธอนั้นมี)

วันที่โลกเปลี่ยนผัน เธอยังมีความฝัน
หากตะวันสิ้นแสงริบหรี่

เมื่อความมืดผ่านพ้น เบื้องบนย่อมมี
แสงทองที่ส่องจากฟ้ามาที่เรา

เมื่อท้องฟ้าที่เคยสดใส มาเปลี่ยนสีไปในพริบตา
ขอจงมั่นใจ ว่าจะฝันได้ ช่วงเวลาที่เลวร้ายได้
ให้เธอใจหัวใจและสมอง
จะมองเห็นหนทางมากมาย

ก้าวไปข้างหน้า มุ่งสู่จุดหมาย
ที่เธอวาดหวังวางไว้ได้อย่างชัดเจน

ตรองให้ดี สิ่งใดที่มี
ที่เธอสามารถเอามาใจเพื่อนำมาสู้ปัญหา
เอาพลังและคุณค่าของเธอออกมา
เพื่อช่วยปลอบโยนหัวใจใครๆ ที่ท้อ

(*) ฮึดฮึดสู้ต่อไปหัวใจไม่หวั่น
เพราะสักวันเราจะผ่านพ้นไปด้วยกัน

ใบงานที่ 3

กำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้างพลังใจ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กำหนดเป้าหมายและวิธีการสร้างพลังใจ ให้ตนเองมีพลังต่อไปได้

เป้าหมายในการดำเนินชีวิต	วิธีการสร้างพลังใจ

ใบงานที่ 4
ข้อตกลงหรือสัญญาใจ

ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำข้อตกลงหรือสัญญาใจ



บรรณานุกรม

- กชกร ฉายากุล. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา. วารสารการพยาบาล. 24(2) ธันวาคม 2561.
- กชพร เผือกผ่อง. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการควบคุมตนเองของผู้เสพติดแอมเฟตามีน. วารสารพยาบาลทหารบก. 19(ฉบับพิเศษ) กันยายน - ธันวาคม 2561.
- กรกานต์ พึ่งน้ำ. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อพฤติกรรมกรไชยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 23(2) July - December 2017.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). เจาะลึกภาวะ Burnout Syndrome วิธีแก้และกิจกรรมที่จะช่วยเติมพลังในตัวคุณ. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <https://www.ryt9.com/s/iqml/3085580>
- กรมสุขภาพจิต. (2562). ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2445>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). แนวคิดเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <http://phc.moph.go.th>
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน. สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565. จาก asm.com/document/คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่.pdf
- กริณี สังข์ประคอง. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). แบบรายงานระบบฐานข้อมูล อสม. สืบค้นเมื่อ 24 พฤศจิกายน 2563. จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>
- กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2563). การเสริมสร้างพลังใจ อีดี ฮีดี ลู้. สืบค้นเมื่อ 26 พฤษภาคม 2565. จาก <http://mhtech.dmh.moph.go.th/>
- เกศิณี วงศ์สุปิน. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลโป่งน้ำร้อน อำเภอโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 33(3) ก.ค. - ก.ย. 2559.

- คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. (2539). วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-thai.pdf
- คมสันต์ ธงชัย. (2558). การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบทบ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 9(3) พฤษภาคม - มิถุนายน 2560. หน้า 206 - 220.
- จรรยาลักษณ์ ป้องเจริญ. (2561). แรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2561.
- จามรี ณ บางช้าง. (2562). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลราชวิถี. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 64(1) มกราคม - มีนาคม 2562. หน้า 61 -76.
- ชนิดา เตชะปัน. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานด้านสุขศึกษาชุมชน ในเทศบาลตำบลป่าไผ่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ฐิติรัตน์ ดิลกคุณานันท์. (2560). ความเครียดจากการทำงาน การสนับสนุนทางสังคม และพลังสุขภาพจิตของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉินในพื้นที่เสี่ยงภัยจังหวัดชายแดนใต้. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลผู้ใหญ่). สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ถาวร ภาวงศ์. (2562). ผลของการใช้โปรแกรมความเข้มแข็งทางใจต่อคะแนนพลังสุขภาพจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <https://acad.md.kku.ac.th>
- ทัตติกา ฉัตรชัยพันธ์. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลผู้เป็นเบาหวานในชุมชน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 24(3) กรกฎาคม - กันยายน 2559.
- ทัศนีย์ สิรินพมณี. (2563). การรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในงาน การสนับสนุนทางสังคมต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยมีอิทธิบาทสี่เป็นตัวแปรกำกับ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2(30) พฤษภาคม - สิงหาคม 2563.

- ทัศนพร ชูศักดิ์. (2561). รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พื้นที่สาธารณสุขเขต 18. (หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ), มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- ทิพสุดา น้อยแมน. (2554). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมุสลิม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต).สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ธีรศักดิ์ คันคร. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตเมืองอุบลราชธานี.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น.26(3) กันยายน - ธันวาคม 2562.
- นันทาวดี วรวัสส์. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันทางใจ ป้องกันภาวะหมดไฟดูแลใจคนทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 (EPI-BP Model). สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <https://mhc7.go.th/archives/6623>
- นิทรากิจจิระวุฒิมิวงษ์. (2561). การวิจัยทางสาธารณสุข : จากหลักการสู่การปฏิบัติ. ปี 2561(2). 207-232.
- เนติยา แจ่มทิม. (2559). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง ตำบลโคกคราม อำเภอบางปลาม้า จ.สุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 22(1) มกราคม - มิถุนายน 2559.
- เนตรนิภา จันตระกูลชัย. (2557). ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม : มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- นุชนาฏ ธรรมชั้น. (2556). พลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมกระดาษจังหวัดนครปฐม. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประมวล ตรีกุล. (2563). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วารสารโรงพยาบาลแพร์. 28(2) กรกฎาคม - ธันวาคม 2563.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2562). ความเข้มแข็งทางใจ. สืบค้น 8 กันยายน 2563 จาก <https://www.dmh.go.th>

- ปรางค์ จักรไชย. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 31(1) มกราคม – เมษายน 2560.
- พัชรี ฤกษ์แก้ว. (2563). การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจและฟื้นฟูสุขภาพกายใจแบบบูรณาการของครูและบุคลากรทางการศึกษาบนฐานวิถีชีวิตใหม่. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากรทางการศึกษา. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงศึกษาธิการ. กระทรวงศึกษาธิการ.
- พัลพงศ์ สุวรรณวาทีน. (2559). การรับรู้ภาระงานและความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพนักงานต้อนรับบนเครื่องบิน โดยมีการสื่อสารภายในองค์กรและความเครียดในการทำงานเป็นตัวแปรกำกับ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). ภาวะหมดไฟในการทำงานคืออะไร?. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563 : จาก <https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/burnout%E0%B8%AB%E0%B8%A1%E0%B8%94%E0%B9%84%E0%B8%9F%E0%B9%83%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%97%E0%B8%B3%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99/>
- พรรณราย ทรัพย์ะประภา. (2557). จิตวิทยาในการจัดการกับความเหนื่อยหน่ายและความเครียดในการทำงาน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 1(1) กันยายน-ธันวาคม 2557.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรักษ์. (2525). ความเหนื่อยหน่าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ (5)3, 45-59.
- ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2562). ภาวะหมดไฟในการทำงาน (burnout syndrome). สืบค้นเมื่อ 23 กันยายน 2563. จาก https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1385
- มณีทิพย์ ชวิตรานุกรักษ์. (2563). บทบาทและหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขต้นแบบ กรณีศึกษาเปรียบเทียบ ต.กันตัง จ.ตรัง และ ต.บางรักพัฒนา จ.นนทบุรี. วารสารนวัตกรรมการบริหารและการจัดการ. 8(1) มกราคม - เมษายน 2563.
- มาลินี พงศ์พานิช. (2531). ความเหนื่อยหน่าย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th

- ยุพา พูลสวัสดิ์. (2557). ผลลัพธ์ของโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการใช้ยาที่บ้านในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดราชบุรี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- ลลิตา แท่งเพชร. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาระงาน สัมพันธภาพในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายในงานโดยมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรกำกับ. (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วรัญญา วชิโรดม. (2552). หมดไฟ. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2563. จาก https://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2554/cpsy21054ks_bib.pdf
- วันเพ็ญ แสงสงวน. (2561). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ด้วยการใ้การเรียนรู้โดยใช้ปัญหาเป็นฐานในนักศึกษาพยาบาล.วารสารพยาบาลทหารบก.20(2) พฤษภาคม - สิงหาคม 2562.
- วาริชาฎ ศิวกาญจน์. (2554). ความเหนื่อยล้าในการทำงานของเภสัชกรโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- วิภา เพ็งเสงี่ยม. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการรับรู้พลังอำนาจ และการปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน.วารสารการพยาบาลและการศึกษา.8(1). 152-165.
- ศรีสกุล ฉียบแหลม. (2562). ภาวะหมดไฟในการทำงาน. วารสารแพทยสารทหารอากาศ.65(2). 44-52.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2. (2563). การสำรวจภาวะสุขภาพจิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 2 สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2563. จาก <https://www.mhc2.go.th/burnout/>.
- สกาวรัตน์ ทวีนุต. (2565). การพัฒนารูปแบบการรับมือกับภาวะหมดไฟของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบูรณ์.วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ.7(3) มีนาคม 2565.
- สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2542). Burnout Measure (BM) แบบวัดภาวะหมดไฟในการทำงาน.สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2563. จากhttps://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2554/cpsy21054ks_ch2.pdf
- สยาภรณ์ เดชดี. (2561).ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตที่มีต่อระดับพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 27(3). 196-210.

- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). เครื่องมือวัด (MBI) ของแมสแลช. สืบค้นเมื่อ 15 กันยายน 2563. จาก <https://med.mahidol.ac.th>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2563). การสำรวจภาวะสุขภาพจิตอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้นเมื่อ 18 กันยายน 2563. จาก <http://www.plkhealth.go.th>
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2562). ผ่านพ้นวิกฤตด้วยพลังสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 9 ธันวาคม 2564. จาก <http://www.mhc12.go.th>
- สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). พลังสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 28 พฤษภาคม 2565. จาก www.dmh.go.th/download/dmhnews/kom2008-2.pdf
- อัญชลี วัดทอง. (2554). ผลของโปรแกรม E&R ที่มีต่อพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กบกพร่องด้านพัฒนาการและสติปัญญา ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการ (ม่วงแค) สถาบันราชานุกูล. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก <https://th.rajanukul.go.th>
- อิษฎา เจตินัย. (2563). ปัจจัยทางจิตวิทยาที่ส่งผลต่อภาวะหมดไฟในการทำงานของพนักงานการเคหะแห่งชาติ. วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์. ปีที่ 13 ฉบับที่ 1. 1-14.
- อภิชาติ กาศโอสถ. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร. 47(3) กรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2563.
- อุษณีย์ บุญบรรจบ. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า. วารสารพยาบาลศาสตร์. ปีที่ 30 ฉบับที่ 2. 110-123.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2552). สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. 2558(4). 89,165-172.
- อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลพระอาจารย์ อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา, 20, 82-91.
- โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก. (2563). ข้อมูลผู้รับบริการปัญหาสุขภาพจิต. สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2564. จาก <https://www.pph.go.th>
- Application: Appn4Studies. (2020). การคำนวณขนาดตัวอย่าง. สืบค้นเมื่อ 21 เมษายน 2564.
- Baek Yun Mi. (2020). Moderating and Mediating Effects of Resilience in the Relationship between Work Intensity, Interpersonal Conflict and Burnout among Nurses. Journal of Korean Clinical Nursing Research. Vol.26 No.3. 275-284.
- Bernard, R. (2000). Fundamentals of biostatistics / Bernard Rosner.

- Carlo Branzaglia. (2563). Community Resilience ชุมชนยืดหยุ่น: แนวคิดการออกแบบร่วมกับชุมชนเพื่อรับมือวิกฤต. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2563. จาก https://www.creativethailand.org/view/article-read?article_id=32383
- Cherniss. (1980). Subjective Aspects of Burnout Syndrome in the Medical Profession. Psychology. Vol.5No.18. สืบค้นเมื่อ 27 ตุลาคม 2563. จาก <https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=51708>
- Cheryl H Gibson. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. Journal of Advanced Nursing 21,page 1201-1210.
- Cordes Dougherty and Blum. (1997). Patterns of burnout among managers and professionals: A comparison of models. Journal of Organizational Behavior, 18(6), 685–701.
- Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli. (2001). The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology, 86(3), 499–512.
- Edwards. (1996). Attitudes to and knowledge about elderly people: a comparative analysis of students of Medicine, English and Computer Science and their teachers. Volume 30, Issue3.155-156.
- French, Caplan & Van Harrison. (1982). A Systems-Approach Model of Mental Toughness: Understanding Inputs, Processes and Outputs. Psychology, Vol.7 No.12.
- Gibson. (1993). A concept analysis of empowerment. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01660.x>
- Golembiewski and Munzenrider. (1988). Conceptual Implications of Two Models of BurnoutA Response To Golembiewski. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก https://www.researchgate.net/publication/238333637_Conceptual_Implications_of_Two_Models_of_BurnoutA_Response_To_Golembiewski
- Grotberg. (1995). A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit. The Netherlands: Bernard Van Leer Foundation; 1995. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก <https://bibalex.org/baifa/attachment/documents/115519.pdf>
- Herbert Freudenberger. (1974). Staff Burn-Out. Volume30, Issue1. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Hakanen. (2004). Työ uupumuksesta työni muun positiivisen työni hyvinvointikäsityksen ja menetelmän suomalaisen version validointi opetusalan organisaatioissa [From burnout to job engagement validation of the Finnish version of an instrument for measuring job engagement (UWES) in an educational organization]. *Työ ja Ihminen*, 16, 42 – 58. สืบค้นเมื่อ 27 กันยายน 2563. จาก https://www.researchgate.net/publication/286785089_From_burnout_to_job_engagement_-_Validation_of_the_Finnish_version_of_an_instrument_for_measuring_job_engagement_UWES_in_an_educational_organization
- Hobfall & Freedy. (1993). Effect of job satisfaction on burnout among physicians: A survey study in urban public medical institutions in Hubei province, China. Vol.4 No.10, November 1.
- Jackson, Schwab, & Schuler. (1986). Toward an Understanding of the Burnout Phenomenon. *Journal of Applied Psychology*. Vol.71 No.4. 630-640.
- Kahn & Boyser. (1992). Stress in organizations. In M.D. Dunnette & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (p.571–650). Consulting Psychologists Press.
- Kyung-Ok Nam. (2021). The Moderating Effects of Social Support and Self-Efficacy on the Relationship between Resilience and Burnout of Visiting Caregivers in Seoul. *Journal of Digital Convergence*. Vol. 19. No. 1, pp. 59-66.
- Lazarus and Folkman. (1984). Stress and Coping with Discrimination and Stigmatization. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2563. จาก [https://www.scirp.org/\(S\(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1927117](https://www.scirp.org/(S(czeh2tfqyw2orz553k1w0r45))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1927117)
- Leiter. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (p. 237–250). Taylor & Francis.
- Luo Yanfang. (2554). การจัดการความขัดแย้งและความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- Maslach & Jackson. (1986). Maslach burnout inventory : manual (Book, 1986). สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2563. จาก <https://www.psychosomatik.com/wp-content/uploads/2020/03/Maslach-burnout-inventory-english.pdf>
- Maslach & Jackson. (1986). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry* 2016;15(2):103-11. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564. จาก <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4911781/>
- Niehouse. (1981). ความหมายของความเหนื่อยหน่าย. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2563. จาก http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files//02133/chapter2.pdf
- Pines and Aronson. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free Press. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2563. จาก [https://www.scirp.org/\(S\(vtj3fa45qm1ean45wffcz55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1640084](https://www.scirp.org/(S(vtj3fa45qm1ean45wffcz55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1640084)
- Rovinelli, & Hambleton. (1977). The Real Meaning of IOC. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2563. จาก https://www.researchgate.net/publication/247502723_Indexes_of_Item-Objective_Congruence_for_Multidimensional_Items
- Schaufeli and Enzmann. (1998). Nurse's Roles and the Mediating Effects of Stress on Job Performance in Low and Developing Economies. *Psychology*, Vol.2 No.4.
- Shirom. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology 1989* (p. 25–48). John Wiley & Sons. Stanley Lemeshow, David W Hosmer Jr, Janelle Klar, and Stephen K. Lwanga. Adequacy of Sample Size in Health Studies. สืบค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2564. จาก [https://www.scirp.org/\(S\(lz5mqp453edsnp55rrgict55\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=835906](https://www.scirp.org/(S(lz5mqp453edsnp55rrgict55))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=835906)
- The Office of Primary Health Care. (1994). The Four-Decade Development of Primary Health Care in Thailand; 1978 – 2014. สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564. จาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/ifm_mod/nw/phc-eng.pdf
- Wagnild & Youn. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol. 1, No.2.
- WHO. (2562). Burn-out an "occupational phenomenon" : International Classification of Diseases. สืบค้นเมื่อ 8 กันยายน 2563. จาก <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

WHO. (2560). PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS (PRIMASYS). สืบค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2564. จาก <https://ahpsr.who.int/what-we-do/thematic-areas-of-focus/primary-health-care/primary-health-care-systems-primasys/primary-health-care-research>

The Office of Primary Health Care. (1994). Primary Health Care in Thailand The Four-Decade Development of 1978 - 2014 Vol. 1. M. A. Yortkham (Ed.) (pp. 50).



ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-นามสกุล	นายณัฐพล พูลวิเชียร
วัน เดือน ปี เกิด	
ที่อยู่ปัจจุบัน	
ที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก 999 ม.2 ต.แก่งไสภา อําเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก 65220
ตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบัน	หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก
ประสบการณ์การทำงาน	พ.ศ.2551 โรงพยาบาลตากลี จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2556 องค์การบริหารส่วนตำบลบางแก้ว จังหวัดสมุทรปราการ พ.ศ.2558 สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต จังหวัดกรุงเทพมหานคร พ.ศ.2563 - ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	พ.ศ.2542-2547 มัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนนครสวรรค์ จังหวัดนครสวรรค์ พ.ศ.2548 ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ.2559 ประกาศนียบัตรนักวิชาการสาธารณสุข สาขา สุขภาพจิตชุมชน กรมสุขภาพจิต พ.ศ.2565 ปริญญาโท สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
รางวัลที่ได้รับ	1. เกียรติบัตรการนำเสนอผลงานวิจัย ในมหกรรมงานวิจัยแห่งชาติ ปี 2565 2. ประกาศนียบัตรการนำเสนอผลงานวิจัย ใน 22nd WPA World Congress of Psychiatry 2022