

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ขัน ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ขัน
2. ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล
3. อารมณ์ขันในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

### แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ขัน

#### ความหมายของอารมณ์ขัน

อารมณ์ขัน (Humor) เป็นศัพท์ที่มีหลายความหมาย ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษาละติน จากคำว่า umor ซึ่งมีความหมายว่า น้ำหรือของเหลว ในยุคกลางให้ความหมายว่า เป็นพลังงานที่ปลดปล่อยออกมาจากร่างกาย ซึ่งพลังนั้นมีความสัมพันธ์กับสารน้ำในร่างกายและสภาวะทางอารมณ์ โดยเชื่อว่าพลังงานนี้จะเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพและอารมณ์ของบุคคล (Wooten, 1996) บุคคลจะแสดงออกถึงอารมณ์ขันด้วยการยิ้มหรือหัวเราะซึ่งมีลักษณะแตกต่างกันตั้งแต่ ยิ้มเล็กน้อย ไปจนถึงการหัวเราะ (Kuhlman, 1984; Simon, 1990) ซึ่งนักจิตวิทยาได้อธิบายว่า สามารถชี้ให้เห็นถึงบุคลิกภาพภายในของบุคคลนั้นๆ

สำหรับความหมายของอารมณ์ขันยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน แต่มีผู้ที่พยายามที่จะให้ความหมายของอารมณ์ขันไว้หลายแง่มุม ซึ่งสามารถรวบรวมได้ดังนี้

แมคเฮล (McHale, 1989) ให้ความหมายของอารมณ์ขันว่า เป็นกลไกการป้องกันตนเอง ชนิดหนึ่ง ซึ่งแสดงถึงความรู้สึกวิตกกังวลหรือความไม่สบายใจอย่างเปิดเผย โดยไม่ทำให้ผู้อื่นรู้สึกไม่พอใจ

พาสควาลี่ (Pasquali, 1990) กล่าวว่า การมีอารมณ์ขันเป็นการแสดงถึงความรู้สึกภาวะในการใช้กลไกป้องกันทางจิตของบุคคล

โรบินสัน (Robinson, 1991) สรุปว่า อารมณ์ขันเป็นทัศนคติความคิดอย่างหนึ่งที่ทำให้บุคคลใช้ชีวิตด้วยความไม่ตึงเครียด และอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างสันติ

เชด (Shade, 1996) กล่าวว่า อารมณ์ขันสามารถช่วยลดความเครียดและความตึงเครียดซึ่งเมื่อเกิดการหัวเราะขึ้นจะส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจในทันทีทันใด

ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1993a) กล่าวถึงอารมณ์ขันว่า เป็นวิธีการเผชิญความเครียด ที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต จัดการกับสถานการณ์ที่ยู่ยากและภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล

วูเทน (Wooten, 1996) กล่าวไว้ว่า อารมณ์ขันและการหัวเราะเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเองเพื่อใช้ในการปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียด

นอกจากนี้ยังมีอีกหลายท่านที่ได้กล่าวถึงอารมณ์ขันว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับภาวะเครียดได้ โดยเปลี่ยนความคิดให้เป็นทางบวกเพื่อลดความรู้สึกเครียดและความวิตกกังวล อันจะก่อให้เกิดความพึงพอใจ ช่วยให้บุคคลมีมุมมองต่อชีวิตที่ไม่เครียดจนเกินไป และสามารถยอมรับตนเองได้ (Dobson, 1988; Dunn, 1993; Harries, 1995; Tennant, 1990; Summers, 1988)

จากความหมายที่กล่าวมาอาจสรุปได้ว่า อารมณ์ขันเป็นกลไกการปรับตัวที่เหมาะสมวิธีหนึ่งเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสิ่งที่ไม่พึงพอใจ ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตและลดภาวะเครียดทำให้เกิดความสมดุลทางอารมณ์ของบุคคลได้

## ทฤษฎีอารมณ์ขัน

ทฤษฎีอารมณ์ขันเกิดขึ้นมาจากความขัดแย้งในเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ขันซึ่งบางกลุ่มมองอารมณ์ขันว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี ในขณะที่บางกลุ่มมองว่าเป็นสิ่งที่ให้ประโยชน์ ทฤษฎีอารมณ์ขันที่เกิดขึ้นมีความสำคัญในการช่วยอธิบายเกี่ยวกับอารมณ์ขันและปรากฏการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับของอารมณ์ขันได้ ทฤษฎีที่เกิดขึ้นแบ่งได้เป็น เป็น 3 กลุ่มทฤษฎี (Bellert, 1989; Lefcourt & Martin, 1986; Rustox cited in Creasia & Parker, 1991; Veatch, 1998) ดังนี้

1. ทฤษฎีความเหนือกว่าบุคคลอื่น (Superiority theory) ทฤษฎีนี้มองอารมณ์ขันว่าเป็นการแสดงออกถึงความรู้สึกเหนือกว่าบุคคลอื่น หรือแม้แต่เหนือตนเอง เช่น การหัวเราะคนเดียวในสถานการณ์ที่อึดอัด ทฤษฎีนี้มีกรกล่าวถึงกันอย่างกว้างขวางมาเป็นเวลายาวนาน โดยได้แนวคิดมาจาก พลาโต (Plato) และ อริสโตเติล (Aristotle) ผู้ที่มีแนวคิดอยู่ในทฤษฎีนี้ เช่น ฟิอินเบอร์ก (Feeinberg, 1978) และบอร์กสัน (Bergson, 1971) เป็นต้น

2. ทฤษฎีความไม่สอดคล้องกัน (Incongruity theory) ทฤษฎีนี้มองอารมณ์ขันว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากความขัดแย้งกันทางความคิด และประหลาดใจต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดมาก่อน จึงแสดงอารมณ์ขันออกมา แสดงออกโดยการยิ้ม หัวเราะ หรือแสดงท่าทางตลกขบขัน ผู้ที่มีแนวคิดอยู่ในทฤษฎีนี้ได้แก่ คอสท์เตอร์ (Koestler, 1964) และ ซัลส์ (Suls, 1983) เป็นต้น

3. ทฤษฎีการปลดปล่อย (Relief theory) ทฤษฎีนี้มองอารมณ์ขันในแง่ที่ว่า เป็นการปลดปล่อยอารมณ์ด้วยการหัวเราะ ซึ่งเชื่อว่าการหัวเราะเป็นการขจัดอารมณ์เชิงลบออกจากชีวิตประจำวัน การปลดปล่อยนี้อาจเป็นการปลดปล่อยหลาย ๆ ด้าน เช่น การรับรู้ การหลีกหนีความจริงจากการมีเหตุผล หรืออาจเป็นการปลดปล่อยทางอารมณ์จากความวิตกกังวลหรือความขัดแย้งต่างๆ ทางสังคม และอาจเป็นการปลดปล่อยทางด้านร่างกาย ด้วยการหัวเราะ ผู้ที่มีแนวคิดอยู่ในทฤษฎีนี้ได้แก่ ฟรอยด์ (Freud) โดยเชื่อว่าอารมณ์ขันเป็นกลไกทางจิตขั้นสูงสุดที่บุคคลใช้ในการปลดปล่อยอารมณ์ของตนเองให้สามารถเผชิญกับภาวะเครียดต่าง ๆ ได้

จากแนวคิดทฤษฎีอารมณ์ขันที่กล่าวมา สำหรับการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้แนวคิดของธอร์สันและพาวเวล (Thorson & Powell, 1993a) ซึ่งมีแนวความคิดและความเชื่อตามทฤษฎีการปลดปล่อย โดยมีความเชื่อว่า อารมณ์ขันเป็นกลไกในการจัดการกับความเครียดที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ตลอดจนภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล

### แนวคิดอารมณ์ขันของธอร์สันและพาวเวล

ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1993a) ได้ศึกษาอารมณ์ขัน โดยมีแนวคิดและความเชื่อตามทฤษฎีการปลดปล่อย (Relief theory) ซึ่งมีความเชื่อว่า อารมณ์ขันเป็นกลไกการเผชิญความเครียดที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ช่วยจัดการกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ตลอดจนภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้นในชีวิตของบุคคล ซึ่งอารมณ์ขันประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ดังนี้

1. ความคิดสร้างสรรค์อารมณ์ขัน เป็นการสร้างสรรค์อารมณ์ขันให้เกิดขึ้นโดยใช้ความคิดว่าจะสร้างอารมณ์ขันอย่างไร เพื่อให้สัมฤทธิ์ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สร้างให้ตนเอง และบุคคลอื่นเกิดความพึงพอใจและสนุกสนานเพลิดเพลินอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของการใช้คำพูด การเล่น การใช้ภาษาที่มีความหมายกำกวม การพูดเรื่องไร้สาระ หรือการพูดเล่าเรื่องราวที่เกินความเป็นจริง โดยให้เกิดความเหมาะสมด้านเวลา บุคคล และสถานการณ์

2. ทักษะคิดต่ออารมณ์ขันและบุคคลที่มีอารมณ์ขัน โดยเป็นการยอมรับประโยชน์ของอารมณ์ขันที่มีต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่น จากประสบการณ์ที่บุคคลได้สัมผัสกับการใช้อารมณ์ขันแล้วสำเร็จหรือล้มเหลว อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการใช้อารมณ์ขันกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลที่ประสบกับความสำเร็จของการใช้อารมณ์ขันจะเป็นแรงผลักดันให้มีการพัฒนาอารมณ์ขันของตนเองต่อไป

3. ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขัน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีรสนิยมในอารมณ์ขัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทักษะคิดต่ออารมณ์ขัน ถ้าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่ออารมณ์ขันก็จะเกิดความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง และต่อบุคคลที่มีอารมณ์ขัน ส่วนใหญ่บุคคลที่มีความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันมักจะเป็นบุคคลที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์ขันต่อสถานการณ์อยู่เสมอ

4. การใช้อารมณ์ขันเป็นวิธีการเผชิญความเครียด โดยการขจัดอารมณ์เชิงลบ เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์วิตกกังวล และอารมณ์เครียดออกจากชีวิตประจำวัน เป็นต้น

### วิวัฒนาการของทฤษฎีอารมณ์ขัน

ทฤษฎีอารมณ์ขันได้มีการพัฒนาเป็น 3 ระยะด้วยกัน ซึ่ง เบลเลอร์ (Bellert, 1988) ได้กล่าวถึงวิวัฒนาการของทฤษฎีอารมณ์ขัน ดังนี้

1. ระยะก่อนทฤษฎี (pretheoretical) เริ่มตั้งแต่ยุคสมัยกรีกโบราณ จนถึง ต้น ค.ศ. 1902 ในยุคนี้นักปรัชญาชาวกรีก พลาโต (Plato) และ อริสโตเติล (Aristotle) ต่างก็ให้ความเห็นต่ออารมณ์ขันว่าเป็นสิ่งที่ดี หรือเป็นสิ่งชั่วร้าย นักสรีรวิทยาในยุคนี้ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับอารมณ์ขันในหลายทฤษฎี เช่น สเปน (Spence cited in Bellert, 1988) กล่าวว่า อารมณ์ขันเป็นการลดความเครียด ดาร์วิน (Darwin cited in Bellert, 1988) ได้เปรียบเทียบระหว่างการแสดงออกของมนุษย์กับลิง และกล่าวว่า การหัวเราะของเด็กวัยทารกเสมือนวิธีการสื่อสารทางสังคม

2. ระยะจิตวิเคราะห์ (psychoanalytic) นักวิจัยหลายท่านที่เห็นด้วยกับจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ซึ่งเชื่อว่าอารมณ์ขันเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเองจากภายใต้จิตสำนึก ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ไม่อยู่ในอำนาจการควบคุมของจิตใจ ในขณะเดียวกันก็มองว่า อารมณ์ขันมีศักยภาพที่จะช่วยเปลี่ยนความรู้สึกเจ็บปวดไปสู่ความพึงพอใจ ในปี ค.ศ. 1927 ฟรอยด์ได้ป่วยเป็นมะเร็ง เขาได้เขียนถึงประสบการณ์ในการใช้อารมณ์ขันซึ่งอารมณ์ขันช่วยเขาในการลดความเจ็บปวดและนำไปสู่ความพึงพอใจ ซึ่งในระยะนี้นักจิตวิทยาอื่น ๆ ได้ศึกษาเกี่ยวกับอารมณ์ขันโดยใช้แบบจำลองของฟรอยด์ เช่น แมกซ์ดูกอล (McDougall cited in Bellert, 1988) ศึกษาพบว่า การหัวเราะเสมือนขาด้านความเจ็บปวด

3. **ระยะพัฒนาความรู้ (cognitive)** นักทฤษฎีได้พยายามที่จะศึกษาว่า เหตุใดมนุษย์จึงหัวเราะ และสามารถจะแยกแยะได้ว่า อารมณ์ขันมีผลต่อทัศนคติ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างไร ได้มีการศึกษาทางด้านจิตวิทยาและกลไกทางสังคมของอารมณ์ขันและผลทางสรีระ ซึ่งส่วนใหญ่เชื่อว่า อารมณ์ขันเป็นความขัดแย้ง เป็นเรื่องเหลวไหลไร้สาระ และกล่าวถึงช่วงระยะเวลาของกระบวนการในการเกิดอารมณ์ขัน เช่น กูลแมน (Kuhlman cited in Bellert, 1988) ใช้กระบวนการกระตุ้นตอบสนอง เพื่ออธิบายถึงช่วงระยะเวลาของอารมณ์ขัน ซึ่งนักทฤษฎีคนอื่น ๆ ได้มุ่งศึกษาตามแนวคิดของเขาและเห็นด้วยว่า อารมณ์ขันเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีเหตุผล ดังเช่น มอร์เรล (Moreau cited in Bellert, 1988) คิดว่า อารมณ์ขันเป็นความพึงพอใจด้านจิตใจ เลฟคอร์ต และมาร์ติน (Lefcourt & Martin cited in Bellert, 1988) คิดว่าอารมณ์ขันคู่กับความเครียด

#### พัฒนาการของอารมณ์ขัน

อารมณ์ขันและความสามารถในการหัวเราะเป็นคุณสมบัติอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์แตกต่างจากสัตว์อื่น ๆ โดยที่อารมณ์ขันเป็นสิ่งที่ติดตัวมนุษย์มาตั้งแต่เกิดโดยผ่านขั้นตอนต่าง ๆ ตามพัฒนาการ อารมณ์ขันเป็นพัฒนาการทางด้านจิตใจ เป็นลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันตามช่วงอายุ สามารถอธิบายพัฒนาการเกิดอารมณ์ขันได้ ดังนี้ (Robinson, 1991; Shade, 1996)

วัยแรกเกิดถึง 2 ปี พบว่า ทารก 1 สัปดาห์ จะยิ้มในขณะที่หลับ เป็นการยิ้มที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาสัมผัสหรือกระตุ้น ในช่วง 2 เดือน ทารกจะยิ้มกว้างเมื่อเห็นใบหน้าของมนุษย์และรู้สึกสนุกสนานกับใบหน้า เมื่ออายุ 4 เดือน ทารกจะหัวเราะเมื่อถูกแหย่ เช่น การการเล่นจ๊ะเอ๋ การเล่นของเล่นที่มีสีสั่น และเด็กจะใช้เวลาเล่นเป็นส่วนมาก ซึ่งการเล่นจะทำให้เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการยิ้มและการหัวเราะเมื่อเด็กพอใจในกิจกรรมนั้นๆ หากเด็กขาดความสามารถในการตอบสนองด้วยการยิ้มแสดงถึงการสูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ รวมถึงขาดการพัฒนาการทางด้านอารมณ์ด้วย

ช่วงวัย 2-4 ปี เด็กเริ่มพูดได้ เด็กจะรู้สึกสนุกสนานต่อสำเนียง และท่วงทำนองคำพูดของบุคคลอื่น จะตอบสนองด้วยการยิ้มและการหัวเราะ ส่วนใหญ่เป็นการหัวเราะต่อสถานการณ์แปลกใหม่ในชีวิตของเด็กเอง

ช่วงวัย 4-6 ปี เป็นวัยที่มีจินตนาการสูงและเล่นตามจินตนาการของตนเองและอารมณ์ขันจะเกิดขึ้นจากจินตนาการนั้น ๆ โดยเด็กรู้สึกสนุกสนานจะสามารถหัวเราะกับทุกสิ่ง

ทุกอย่างรอบตัวได้ง่าย ๆ โดยไม่มีเหตุผลจะชื่นชอบต่ออารมณ์ขันซึ่งนำไปสู่ความพยายามในการสร้างสรรค์อารมณ์ขัน

ช่วงวัย 7-8 ปี จะยังคงมีจินตนาการอยู่แต่จะเปลี่ยนจากการเล่นตามลำพังเป็นการเล่นกับกลุ่มเพื่อนตามจินตนาการที่สนุกสนาน มีการพัฒนาด้านสติปัญญาไปด้วยและต่อเนื่องไปจนอายุ 6 ปี เด็กเริ่มพัฒนาเรื่องราวและท่าทางที่ตลกขบขันขึ้นและเริ่มสนใจเรื่องราวที่ตลกขบขันของผู้ใหญ่ด้วย พอเข้าสู่วัย 8-10 ปี สามารถเล่าเรื่องราวตลกขบขันได้เองและพยายามพัฒนาเรื่องราวที่ทำให้เกิดอารมณ์ขันอยู่เสมอ

ช่วงวัย 10-14 ปี เป็นช่วงวัยรุ่นตอนต้น จะตลกทะเล่ดั่งดั่ง แบบกระเจ้าเข้าเหย และอาจมีหยาบคายบ้าง ซึ่งถือว่าเป็นการล้อเลียนตามวัย

อายุ 16 ปี ขึ้นไป มีความเข้าใจอารมณ์ขันในแบบนามธรรมมากขึ้นและมีความสนใจว่า จะทำอย่างไรจึงจะตลกขบขันและเกิดการพัฒนาทักษะขึ้นเพื่อให้เกิดอารมณ์ขัน

พัฒนาการของอารมณ์ขัน จะพัฒนาไปพร้อมกับพัฒนาการด้านภาษาและพัฒนาการด้านความคิด ซึ่งท้ายที่สุดแล้วจะนำไปสู่การมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ของบุคคลในวัยผู้ใหญ่ต่อไป

### รูปแบบของอารมณ์ขัน

รูปแบบของอารมณ์ขันมีหลากหลายชนิด แตกต่างกันไป แต่ก็สามารถจำแนกรูปแบบของอารมณ์ขัน ได้ 4 ลักษณะ ดังที่ เจด (Shade, 1996) ได้จำแนกไว้ ดังนี้

1. อารมณ์ขันในลักษณะของรูปภาพ (figural form) เช่น หนังสือขำขัน แผ่นภาพสติ๊กเกอร์รูปการ์ตูน หรือภาพการ์ตูนลักษณะต่างๆ
2. อารมณ์ขันในลักษณะของคำพูด (verbal form) เช่น คำพูดที่ตลกขบขัน การเล่นสำนวนภาษา ปริศนา คำล้อเลียน เรื่องเขียนล้อเลียน คำพูดประชดเยาะเย้ยเชิงตลก ปริศนาขวาม์โคลงตลก เกร็ดเล็กเกร็ดน้อย เรื่องพงศาวดารต่างๆ
3. อารมณ์ขันที่แสดงออกทางภาษาร่างกาย (visual form or physical form) ตัวอย่างเช่น การเล่นตลกโปกฮาที่ตัวตลกใช้ไม้ตีหัวกัน หรือบุคคลิกท่าทางที่แสดงถึงความตลก ละครไป้ตลก โดยใช้ท่าทางของร่างกายบวกกับเรื่องราวที่สนุกสนาน
4. อารมณ์ขันในรูปของการใช้เสียง (auditory) ได้แก่ การแสดงอึกทิกทริกโครมการประกาศ โดยใช้น้ำเสียง หรือเสียงใด ๆ ที่ไม่ใช่เสียงพูด

จากรูปแบบของอารมณ์ขันที่กล่าวมา เห็นได้ว่ามีหลายรูปแบบซึ่งขึ้นอยู่กับการนำอารมณ์ขันไปใช้ของแต่ละบุคคล แต่ผลที่เหมือนกัน คือ การมีอารมณ์ขันจะช่วยผ่อนคลายด้วยการ

ยืมหรือการหัวเราะ การทำให้เกิดอารมณ์ขันได้นั้นต้องอาศัยสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ขัน ซึ่งตามแนวคิดของ โรบินสัน (Robinson, 1991) ได้แบ่งสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ขัน เป็น 4 ประเภท คือ

1. ไม่มีสาระสำคัญ (nonsense) เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ขันที่เป็นเรื่องราวซ้ำๆ โดยทั่ว ๆ ไป มีเนื้อหาไม่เฉพาะเจาะจงเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ อาจเป็นเหตุการณ์ที่พบเห็นทั่วไป ตามสถานที่ต่าง ๆ ในสถานการณ์ต่าง ๆ เช่น เรื่องซ้ำๆในการทำงาน ในอาชีพต่าง ๆ
2. เรื่องเสียดสี ล้อเลียน (satire) เป็นสิ่งกระตุ้นอารมณ์ขัน ที่มีเนื้อหาเสียดสีสังคม หรือการเมือง เชิงประชดประชัน หรือเย้ยหยันสภาพความไม่เสมอภาคทางสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี หรือกฎข้อบังคับต่าง ๆ โดยนำเสนอในลักษณะที่ตลกขบขัน
3. เรื่องเพศ (sex) เป็นสิ่งกระตุ้นอารมณ์ขันที่เป็นเรื่องที่มีเนื้อหาชวนให้นึกถึงการมีความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างชายหญิง ตลอดจนการเปิดเผยส่วนของร่างกาย หรือใช้คำพูดที่ชวนให้นึกถึงเรื่องเพศ แต่แสดงออกในลักษณะชวนให้ขบขัน
4. ความก้าวร้าว รุนแรง (aggressive) เป็นสิ่งกระตุ้นอารมณ์ขันที่มีลักษณะ ดุร้าย โหดเหี้ยม อาจเป็นการทำร้ายร่างกาย ทำให้นึกถึงความเจ็บปวด ความหวาดกลัว ความรุนแรง แต่แฝงมุขที่ตลกขบขันและสนุกสนานเอาไว้ด้วย

เมื่อบุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ขันไม่ว่าในรูปแบบใดย่อมก่อให้เกิดปฏิกิริยาตั้งแต่การยิ้มเล็กน้อย ไปจนถึงการหัวเราะตามมา อย่างไรก็ตามพบว่า หากนำอารมณ์ขันไปใช้ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดผลในทางทำลาย เช่น การใช้อารมณ์ขันในลักษณะพูดจาถากถาง ดูหมิ่น หรือล้อเลียนจนทำให้ผู้อื่นรู้สึกอับอาย ซึ่งเป็นอารมณ์ขันที่ควรหลีกเลี่ยง (Davidhizar & Bowen อ้างใน คาราวรรณ ตะปิ่นตา, อุบล นิวัติชัย, และ ศรีนวล วิวัฒน์คุณูปการ, 2543) ดังที่โรบินสัน (Robinson, 1991) กล่าวว่า อารมณ์ขันจะมีประสิทธิภาพก็ต่อเมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์และเวลาที่เหมาะสมเท่านั้น

### ประโยชน์ของอารมณ์ขัน

ได้มีการศึกษาถึงประโยชน์ของอารมณ์ขันอย่างกว้างขวาง จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปประโยชน์ของอารมณ์ขันที่มีต่อบุคคล ดังนี้

1. ด้านร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่า อารมณ์ขันเป็นเสมือนการออกกำลังกายที่ดี ขณะที่คนเราหัวเราะทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อใบหน้า ไหล่ คอ กระบังลม กล้ามเนื้อหน้าท้อง จะมีผลทำให้มีการหายใจดีขึ้นเร็ว อัตราส่วนของการหายใจเข้าออกเพิ่มขึ้น การระบายอากาศเพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนมากขึ้น (Dugan, 1989; Rosenberg, 1989)

และการหิวระอย่างหนักทำให้เกิดการเคลื่อนไหวของแขนขาด้วย (Ferguson, 1989) ดังนั้นการที่มีอารมณ์ขันและตอบสนองด้วยการหิวระอย่างหนัก จึงเป็นผลดีต่อสุขภาพของร่างกาย โดยเฉพาะในแง่ของการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและภาวะเครียดอื่น ๆ (Bellert, 1989) เนื่องจากการหิวระทำให้กระตุ้นการไหลเวียนเลือดเพิ่มมากขึ้น จากการกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ และการหิวระยังช่วยขับของเสียออกจากร่างกาย เช่น คอเลสเตอรอลที่เกินขนาดหรือไขมันเหลือใช้ ช่วยกระตุ้นให้ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีการทำงานดีขึ้น และมีอัตราการเผาผลาญอาหารมากขึ้น ทำให้ไม่เกิดภาวะไขมันคั่งค้างในหลอดเลือด (Dugan, 1989; Lee, 1992; Leiber, 1986; Simon, 1988) นอกจากนั้นแล้ว อารมณ์ขันยังช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายอีกด้วย (Robinson, 1991) ดังการศึกษาของ มาร์ติน และ คอบบิน (Martin & Dobbins, 1988) ที่ศึกษาผลของอารมณ์ขันต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และการปรับตัวต่อความเครียด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สึกรู้สึกของอารมณ์ขันสูงจะหลังอิมมูโนโกลบูลิน เอ ในน้ำลายสูง และปรับตัวต่อความเครียดได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้สึกรู้สึกของอารมณ์ขันต่ำ และจากการศึกษาของดีกู๊ด (Degood, 1991) ที่ศึกษาผลของการกระตุ้นอารมณ์ขันโดยใช้เทปวิดีโอตลก พบว่าอารมณ์ขันสามารถเพิ่มระดับขีดเริ่มของความเจ็บปวดได้ ทั้งนี้เพราะการหิวระจะกระตุ้นสมองส่วนพิทูอิทารีให้หลั่งสารเอนดอร์ฟิน ซึ่งมีผลยับยั้งการทำงานของประสาทรับความรู้สึกเจ็บปวด และการหิวระยังช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน จากการศึกษานี้ของเบอร์ก และ แทน (Berk & Tan cited in Wooten, 1996) ที่ทำการศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับการหิวระในคลินิกภูมิคุ้มกันวิทยาในมหาวิทยาลัย โลมา ลินดา (Loma Linda University) โดยการควบคุมกลุ่มทดลอง ผลการศึกษา พบว่า การหิวระมีผลให้ความเครียดลดลง เนื่องจากการหิวระจะช่วยลดระดับของคอร์ติซอล และช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเพิ่มการสร้าง ที-ลิมโฟไซต์ (T-cell lymphocytes) ซึ่งมีผู้ศึกษาพบว่าในภาวะเครียดการผลิตเซลล์ชนิดนี้จะลดลง ดังนั้นผลในระยะสั้นของการหิวระสามารถทำให้ความเครียดลดลงได้

2. ด้านการเผชิญต่อความเครียด อารมณ์ขันได้รับการพิสูจน์แล้วว่ามีความเป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับความเครียด ช่วยในการปรับปรุงการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การที่เราสามารถหิวระออกมาได้ขณะประสบกับสถานการณ์หรือปัญหานั้น ๆ ซึ่งอารมณ์ขันและการหิวระช่วยทำให้มีทัศนคติในทางบวกและมีความหวัง อารมณ์ขันทำให้มองเห็นถึงปัญหา การหิวระเป็นการเปิดโอกาสให้ได้ปลดปล่อยอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจออกมา ซึ่งอารมณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่ดี จะไปเปลี่ยนแปลงสารเคมีในร่างกายที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ในขณะที่การเพิ่มการหิวระก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองได้ โดยการเปิดโอกาสให้ตนเองได้สัมผัสกับเรื่องราวสนุกสนาน ตลกขบขัน ผู้ให้การดูแลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการหิวระ

และร่ำเริงให้มากขึ้นในรูปแบบการทำงานของตัวเอง หนทางที่จะทำให้เกิดอารมณ์ขันมีมากมาย การหัวเราะเป็นการฝึกให้มีชีวิตอยู่และหัวเราะเป็นยาที่ดีที่สุดให้แก่ตัวเอง (Wooten, 1993) บุคคลที่มีความสามารถที่จะหัวเราะได้ เป็นคนที่มีการปรับตัวได้ดี แสดงถึงการมีสุขภาพจิตที่ดี (Roger, 1984) หลังจากที่บุคคลได้มีอารมณ์ขันแล้วจะรู้สึกสบายใจคลายความหดหู่ลง รู้สึกผ่อนคลายและจิตใจสงบ (เปลื้อง ณ นคร, 2542; ดุ้ย ชุมสาย, 2545) ดังการศึกษาของ ผงพร สุภาวิตา (2534) ที่ทำการศึกษาดังชื่อของอารมณ์ขันต่อระดับความเครียดในผู้ป่วยบาดเจ็บกระดูกขาและได้รับการดัดกระดูกขา จำนวน 60 ราย โดยใช้เทปตลกและหนังสือการ์ตูน การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับสื่ออารมณ์ขันมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับสื่ออารมณ์ขันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .0005 อารมณ์ขันจึงมีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของมนุษย์หรือกล่าวได้ว่าอารมณ์ขันเป็นพลังทำลายความเครียด (Goodman, 1989)

3. ด้านสังคม พบว่า อารมณ์ขันเสมือนเป็นเครื่องมือในการติดต่อสื่อสารทั้งภาษาพูดภาษาท่าทาง ซึ่งก่อให้เกิดความขบขันและสนุกสนานเพลิดเพลินร่วมกัน ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน เกิดความรู้สึกเป็นกันเองและยอมรับซึ่งกันและกันในกลุ่ม (Robinson, 1991; Rosenberg, 1989) อารมณ์ขันยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีขึ้นระหว่างผู้ร่วมงานและยังช่วยคลี่คลายสถานการณ์ที่ตึงเครียดให้ดีขึ้นด้วย (Lee, 1990) ดังที่ ดิทโลว์ (Ditlow, 1993) กล่าวว่าอารมณ์ขันก่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ลดความตึงเครียดในงาน ป้องกันความเหนื่อยหน่ายในงาน เนื่องจากอารมณ์ขันช่วยให้เกิดความผ่อนคลายและมองเห็นแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นเอง ดังนั้น ทรูเปอร์ (Trooper, 1988) จึงเสนอว่าควรจะสนับสนุนให้ใช้อารมณ์ขันกับบุคลากรในที่สุขภาพด้วย

เห็นได้ว่าผู้ที่มีอารมณ์ขันเป็นผู้ที่สามารถปรับตัวได้ดี ทำให้มีทัศนคติในทางบวกและมีความหวัง สามารถที่จะมองเห็นปัญหา เมื่อนำอารมณ์ขันมาใช้จะทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงาน ช่วยคลี่คลายสถานการณ์ต่าง ๆ ก่อให้เกิดบรรยากาศที่ดีในการทำงาน ลดความตึงเครียดในงานและยังช่วยป้องกันภาวะความเหนื่อยหน่ายในงาน

### ปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์ขันของบุคคล

อารมณ์ขันของบุคคลเป็นกระบวนการพัฒนาให้เกิดขึ้นตามพัฒนาการของบุคคลโดยสืบเนื่องมาจากการพัฒนาทางด้านสังคม ด้านสติปัญญาและการพัฒนาด้านอารมณ์ของบุคคลซึ่งต้องมีการเรียนรู้ผ่านสภาพแวดล้อมในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมสามารถรวบรวมปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์ขันของบุคคลได้ ดังนี้

1. อายุ พบว่า อารมณ์ขันของบุคคลมีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1997) กล่าวว่า บุคคลในวัยเด็กและวัยรุ่นจะมีการใช้ความคิดสติปัญญา ในการสร้างสรรค์อารมณ์ขัน เนื่องจากภาวะสมองที่ทำงานอย่างสมบูรณ์เต็มที่ เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ประกอบกับมีภาระหน้าที่รับผิดชอบเพิ่มขึ้น จึงให้ความสำคัญในการสร้างอารมณ์ขันน้อยลง แต่จะมีการใช้อารมณ์ขันในการเผชิญความเครียดมากกว่า และจากการศึกษาของธอร์สัน และ พาวเวล ที่ศึกษาเปรียบเทียบอารมณ์ขันของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 17-21 ปี จำนวน 199 คน และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 65-92 ปี จำนวน 214 คน โดยใช้แบบสอบถามอารมณ์ขันหลายมิติ (MSHS) พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์ขันของกลุ่มวัยรุ่น มีค่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนอารมณ์ขันของกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญที่ .0001 นอกจากนี้เมื่อศึกษาในแต่ละองค์ประกอบยังพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีคะแนนการใช้อารมณ์ขันในการเผชิญความเครียดมากกว่า ซึ่งธอร์สัน และ พาวเวลอธิบายว่า บุคคลซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุ จะต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย ด้านความคิดสติปัญญา และด้านการทำงานของสมอง ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และอารมณ์ขันก็เป็นวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยในการเผชิญต่อความเครียดที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนี้ที่กล่าวมา ยังมีการศึกษาของ รุช, แมคกี, และ เฮล์ (Ruch, McGhee, & Hehl, 1988) ที่ทำการศึกษาความรู้สึกสนุกสนานในอารมณ์ขันของชาวเยอรมันวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุแตกต่างกันโดยการนำเสนอเรื่องตลกจำนวน 20 เรื่องและนำเสนอการ์ตูนตลกแก่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีอายุระหว่าง 14-60 ปี จำนวน 4,292 คน ผลการศึกษาพบว่า อายุมีผลต่อการเกิดอารมณ์ขันและต่อความชื่นชอบอารมณ์ขัน โดยที่เมื่ออายุมากขึ้นมักจะไม่นั่งอยากรู้สึกสนุกสนานในอารมณ์ขันที่ไม่มีสาระ โดยพบว่าอาจเป็นผลมาจากความแตกต่างกันในเรื่องลัทธิประเพณีเก่า ๆ ซึ่งเกี่ยวกับอนุรักษนิยม

2. เพศ พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีโครงสร้างของอารมณ์ขันที่แตกต่างกัน ซึ่ง ซิว (Ziv, 1984) กล่าวว่า เพศชายจะมีความคิดสร้างสรรค์ในอารมณ์ขันสูง ส่วนเพศหญิงจะมีความชื่นชอบในอารมณ์ขันสูง เนื่องจากเพศชายมักได้รับการยอมรับจากสังคมในการแสดงออกด้านอารมณ์ขันมากกว่าผู้หญิง จึงมีการสร้างสรรค์อารมณ์ขันให้กับตนเองและผู้อื่นมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell cited in Thorson & Powell, 1997) ที่ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายที่มีอายุระหว่าง 18-48 ปี จำนวน 136 คน และกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 17-52 ปี จำนวน 213 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเพศชายมีคะแนนความคิดสร้างสรรค์ด้านอารมณ์ขันสูงกว่ากลุ่มเพศหญิง ขณะที่กลุ่มเพศหญิงมีคะแนนการใช้อารมณ์ขันในการเผชิญความเครียดสูงกว่ากลุ่มเพศชาย หรือการศึกษาของวาแลนท์ (Valiant cited in Robinson, 1991) ที่ศึกษาถึงการปรับตัวในชีวิตของเพศชายที่มีสุขภาพแข็งแรง

อายุ 35 ปี การศึกษาพบว่าอารมณ์ขันเป็นวิธีหนึ่งที่เพศชายมักจะนำมาใช้ อีกการศึกษาหนึ่ง ของ เฮย์ (Hay, 1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับหน้าที่ของอารมณ์ขันในการสนทนาของเพศหญิง และเพศชายของชาวนิวซีแลนด์ กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเพื่อนจำนวน 18 กลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มมักจะใช้อารมณ์ขันเพื่อทำหน้าที่ 3 อย่าง คือ ช่วยในการสร้างสัมพันธภาพ ช่วยเพิ่มความรู้สึกมีพลัง และช่วยในด้านจิตใจ ซึ่งการทำหน้าที่ 3 อย่างในกลุ่มนี้พบว่า ผู้หญิงมักจะเล่าเรื่องราวสนุกสนานเกี่ยวกับตนเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม ขณะที่เพศชายมักจะพูดคุยเกี่ยวกับการมีประสบการณ์หรือเหตุการณ์สำคัญที่คล้ายๆกันในการสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม และยังพบว่าขณะที่พูดคุยล้อเลียน เข้าหาซึ่งกันนั้น ก่อให้เกิดพลังและเกิดสัมพันธภาพขึ้น ซึ่งสามารถเห็นได้ชัดในกลุ่มผสมผสานทั้ง 2 เพศ

3. วัฒนธรรมของแต่ละสังคม ในแต่ละสังคมจะมีความเชื่อ การยอมรับ ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันและทัศนคติต่ออารมณ์ขันที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1997) ได้ศึกษาเปรียบเทียบอารมณ์ขันระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวอเมริกัน จำนวน 242 คน กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวโครเอเชีย จำนวน 401 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวอเมริกันมีค่าเฉลี่ยอารมณ์ขันเท่ากับ 69.90 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นชาวโครเอเชียมีค่าเฉลี่ยอารมณ์ขันเท่ากับ 66.10 ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันทางด้านวัฒนธรรม วัฒนธรรมของชาวอเมริกันจะให้ความสำคัญและให้การยอมรับ ในการที่เด็กวัยรุ่นจะมีการสร้างสรรค์อารมณ์ขันในรูปแบบต่าง ๆ ส่งเสริมให้เด็กได้ดูรายการโทรทัศน์ที่ตลกขบขัน มีส่วนช่วยในการสร้างสรรค์อารมณ์ขันของเด็กได้มาก และวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของอเมริกันมีการส่งเสริมให้เด็กกล้าแสดงออกที่เปิดเผย จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างของชาวอเมริกันมีความคิดสร้างสรรค์มากกว่าชาวโครเอเชีย เนื่องจากชาวโครเอเชียมีวัฒนธรรมในลักษณะอนุรักษ์นิยมจึงมีการสร้างสรรค์อารมณ์ขันน้อยกว่า แต่ความชื่นชอบในอารมณ์ขันของทั้งสองกลุ่มมีค่าใกล้เคียงกัน การใช้อารมณ์ขันในแต่ละเชื้อชาติ แต่ละวัฒนธรรม ต้องใช้ด้วยความระมัดระวังและใช้ให้เหมาะสม เช่นอารมณ์ขันของชาวอเมริกันมักจะเกี่ยวกับเรื่องเพศ ความรุนแรง แต่ในขณะที่ชาวญี่ปุ่นและชาวเบลเยียม จะปฏิเสธ เป็นต้น (Ziv cited in Robinson, 1991) สำหรับสังคมไทยนั้น ได้ชื่อว่าเป็นสยามเมืองยิ้ม คือยิ้มเก่ง ยิ้มง่าย หัวเราะง่าย มาแต่สมัยก่อนซึ่งส่งผลมาจนถึงปัจจุบัน (ศูนย์สุขภาพจิตที่ 10, 2547) ซึ่งแม้จะพบว่าคนไทยปัจจุบันจะยิ้มน้อยลง สาเหตุหนึ่งจากสภาพเศรษฐกิจ แต่คนไทยก็เห็นความสำคัญของการยิ้ม ซึ่งใบหน้าที่ยิ้มแย้มสามารถเห็นชวนให้ร่างกายผ่อนคลาย สมองผ่อนคลาย ทำให้เกิดอารมณ์ที่เป็นสุขตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2545) อีกทั้งสังคมเมืองไทยเป็นเมืองพุทธศาสนา มีหลักพุทธธรรมเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและจิตวิญญาณ และรากฐานทางจิตใจของ

คนไทยนั้น ยังไม่ทิ้งหลักธรรมของพระพุทธศาสนาซึ่งมีความเมตตา กรุณา และความเอื้ออาทรต่อกัน อันจะช่วยจรรโลงจิตใจให้เกิดความรู้สึกทางบวก (เกษม ศิริสัมพันธ์, 2547)

4. ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ดังเช่นการศึกษาของ ซัมเมอร์ (Sumner, 1990) โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบทัศนคติต่ออารมณ์ขันในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงานต่างกัน พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีระยะเวลาปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปีมีทัศนคติทางบวกต่ออารมณ์ขันต่ำกว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานระยะเวลา 6-10 ปี

จะเห็นได้ว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์ขันของบุคคล นอกจากนั้นยังอาจเกี่ยวเนื่องกับลักษณะบุคลิกภาพ ระยะเวลา สถานการณ์ในขณะนั้นด้วยว่าเป็นอย่างไร ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ มักจะมีผลต่ออารมณ์ขันได้เช่นกัน

### วิธีการที่ช่วยให้อารมณ์ขันในสถานที่ทำงานของทีมสุขภาพ

ตามที่ นิภา ผ่องพันธุ์ (2546) กล่าวว่า บุคคลที่มีอารมณ์ขันมักจะมีอารมณ์แจ่มใส ร่าเริง เบิกบานใจ ไม่เครียด ไม่จริงจังกับชีวิตมากเกินไป ทำให้สภาพจิตใจผ่อนคลาย รู้จักปล่อยวาง ไม่วิตกกังวล และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงนั้น ทีมสุขภาพ เช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จึงควรพัฒนาอารมณ์ขันให้เกิดขึ้นกับตนเอง เพราะอารมณ์ขันสามารถช่วยให้บุคคลเผชิญกับปัญหาได้ดี ช่วยลดความวิตกกังวล ความเครียด ความซึมเศร้า ลดอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ทำให้อารมณ์แจ่มใส และทำให้คนเรารู้สึกดี ช่วยทำหน้าที่ในการติดต่อสื่อสารได้ดียิ่งขึ้น (Tennant, 1991; Watson, 1988) ซึ่งการจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีวิธีการที่ช่วยให้อารมณ์ขันในที่ทำงานได้ดังนี้ (Culberson, 2003)

1. ใช้อารมณ์ขันในการติดต่อสื่อสาร เช่น การสื่อสารทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) การเขียนบันทึก และการนำเสนอต่าง ๆ เป็นต้น
2. จัดตั้งกลุ่มพบปะสังสรรค์ในทีมสุขภาพ โดยมีการสอดแทรกอารมณ์ขันเล็กน้อยในการนำเสนอรายงาน เพื่อเสริมสร้างบรรยากาศที่ผ่อนคลาย
3. สร้างอารมณ์ขัน ความสนุกสนานในการประชุม เช่น งานเลียงเฉลิมฉลองต่าง ๆ
4. จัดทำบอร์ดอารมณ์ขันติดไว้ในสถานที่ทำงาน เช่นภาพการ์ตูน เรื่องขำขัน หรือรูปภาพตลกอื่น ๆ เพื่อให้ผู้อื่นได้ดูด้วย
5. จัดกิจกรรมที่ชวนให้เกิดการหัวเราะ ในช่วงอาหารกลางวันของแต่ละเดือน เพื่อให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพได้แลกเปลี่ยนเรื่องราวที่ตลกขบขันซึ่งกันและกัน
6. รวบรวมเรื่องราวที่เป็นเรื่องตลกขบขัน เช่น หนังสือ เทป นิตยสาร สำหรับผู้ป่วย

และญาติเพื่อช่วยบรรเทาภาวะเครียด

7. จัดบริเวณสำหรับเจ้าหน้าที่ เพื่อสามารถสร้างสรรค์อารมณ์ขัน และช่วยบรรเทา ภาวะเครียดแก่เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ

8. ตัดรูปภาพบุคคลที่มีชื่อเสียงจากหน้าหนังสือพิมพ์และนำมาแปะบนรูปของตนเอง

9. ให้รางวัลแก่บุคคลผู้มีอารมณ์ขัน มีความสนุกสนานในแต่ละสัปดาห์

10. เก็บสิ่งต่าง ๆ ที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันไว้ในที่ทำงาน

จากการนำเสนอวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันไปแล้วนั้น จะต้องเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อ อารมณ์ขัน โดย

1. มองหาอารมณ์ขันให้พบ ตระหนักว่าทุกหนทุกแห่งมีอารมณ์ขันอยู่เสมอ เพียงแต่ มองหาให้พบเท่านั้น

2. มองสิ่งต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันในมุมมองที่แตกต่าง มองให้กว้างด้วยความสดชื่น จะทำให้ค้นพบอารมณ์ขัน และความสนุกสนานได้ง่าย

3. เปิดโอกาสให้ตนเองได้สัมผัสกับความสนุกสนาน ทำให้แต่ละวันมีอารมณ์ขันอยู่ เสมอ

4. รวบรวมอารมณ์ขันที่เคยพบ เพื่อสามารถนำมาใช้ได้คราวหลัง ทำให้วันที่เบื่อหน่าย กลายเป็นวันที่ดีได้

จากการนำเสนอวิธีการที่ช่วยให้เกิดอารมณ์ขันนั้น จะเห็นได้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับตำบล ควรให้ความสนใจในวิธีการเหล่านี้ ซึ่งมีด้วยกันหลากหลายวิธีที่จะสร้างอารมณ์ขัน ในการทำงาน สามารถนำมาใช้เพื่อเสริมสร้างสัมพันธภาพในระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้วย เพื่อให้เกิด ความผ่อนคลายในงานและสามารถปฏิบัติงานด้วยความสุข เป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีใน ที่ทำงานวิธีหนึ่ง

### การประเมินอารมณ์ขัน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน อารมณ์ขันหลายแบบ ซึ่งแบบประเมินอารมณ์ขันที่มีการพัฒนาเครื่องมือวัดมาเป็นระยะ ๆ และ ได้รับความนิยมนำมาใช้มีดังนี้

**แบบสอบถามอารมณ์ขัน (Sense of Humor Questionnaire: SHQ) ของซีฟแบค (Svebak cited in Thorson & Powell, 1991)** ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 21 ข้อ จาก 2 องค์ประกอบ คือ การตอบสนองต่อสถานการณ์ตลก บุคคลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ตลก และการแสดงอารมณ์ขัน

ต่อสถานการณ์ดังกล่าว จากนั้นได้พัฒนาแยกแบบวัดย่อย (subscale) ออกเป็น 3 แบบวัดย่อย นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยวิธีของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.59, 0.65 และ 0.10 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัด SHQ เท่ากับ 0.51 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ต่ำ

**แบบสอบถามเพื่อประเมินการตอบสนองต่อสถานการณ์ตลก** (The Situational Humor Response Questionnaire: SHRQ) ของ มาร์ติน และ เลฟคอร์ท (Martin & Lefcourt, 1986) ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินอารมณ์ขันของซีฟแบค ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ และมีแบบวัดย่อยคือแบบวัดอารมณ์ในการปรับแก้ (The Coping Humor Scale: CHS) มีข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด เป็นข้อคำถามในลักษณะสร้างเหตุการณ์สมมติแล้วถามถึงการตอบสนองด้วยการหัวเราะต่อสถานการณ์ตามข้อคำถามต่าง ๆ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาคหลายครั้ง ได้ค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.60-0.70 ซึ่งค่าที่ได้ค่อนข้างต่ำ จึงยังไม่ได้รับการยอมรับ ทำให้เกิดการพัฒนาต่อไป

**แบบสอบถามอารมณ์ขันหลายมิติ** (The Multidimensional Sense of Humor Scale: MSHS) ของ ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell อ้างใน วัลลภา สว่างแจ้ง, 2542; Thorson & Powell, 1997) พัฒนาโดยตั้งข้อสังเกตจากเครื่องมือของ มาร์ติน และ เลฟคอร์ทว่าเป็นเครื่องมือที่เป็นมิติเดียว (Unidimension) และส่วนใหญ่เป็นการประเมินการตอบสนองต่อสถานการณ์สมมติด้วยการหัวเราะ จึงได้พัฒนาเครื่องมือ MSHS ขึ้นเพื่อวัดระดับของอารมณ์ขันโดยมีการพัฒนาปรับปรุงมาดังนี้

ครั้งแรก: ประกอบด้วยข้อคำถาม 124 ข้อ จาก 6 องค์ประกอบ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 264 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.89

ครั้งที่สอง: จากการวิเคราะห์แต่ละองค์ประกอบรายข้อ ได้ตัดข้อคำถามที่มีค่าไม่ถึง 0.50 ออก จึงเหลือข้อคำถาม จำนวน 29 ข้อ จาก 4 องค์ประกอบ นำไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.93

ครั้งที่สาม: จากการวิเคราะห์องค์ประกอบรายข้อ ได้ตัดข้อคำถามที่มีค่าไม่ถึง 0.50 ออก เหลือข้อคำถาม จำนวน 24 ข้อ จาก 4 องค์ประกอบ นำไปหาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 234 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.92

ปัจจุบันแบบสอบถามอารมณ์ขันหลายมิติของธอร์สันและพาวเวลได้ถูกนำไปใช้ในการวิจัยอย่างแพร่หลาย โดยมีการขออนุญาตนำไปแปลในหลายภาษา เช่น ภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส สเปน สโลวัก ฮิบรู เยอรมัน รัสเซีย ฟินนิส (Thorson & Powell, 1997) และในไทย วัลลภา สว่างแจ้ง (2542) ได้ขออนุญาตจาก ธอร์สัน และ พาวเวล นำแบบสอบถามอารมณ์ขันหลายมิตินี้มาแปลเป็นภาษาไทยเพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินอารมณ์ขันของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแล

ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับการศึกษารื่อง อารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุดรธานี ผู้ศึกษาเลือกใช้แบบสอบถาม อารมณ์ขันหลายมิติของ ทอร์สัน และ พาวเวล ที่แปลโดย วัลลภา สว่างแจ้ง (2542) เนื่องจากมีความ เชื่อมั่นที่สูง ได้รับการยอมรับทั่วไป (Thorson & Powell, 1997) มีความเหมาะสมกับ กลุ่มตัวอย่างคือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุดรธานี เนื่องจากสามารถวัดได้ใน หลายองค์ประกอบ ทั้งด้านความคิดสร้างสรรค์ด้านอารมณ์ขัน ด้านความชื่นชอบต่ออารมณ์ขัน ด้านทัศนคติต่ออารมณ์ขันและบุคคลที่มีอารมณ์ขัน และด้านการใช้อารมณ์ขันในการเผชิญ ความเครียด

### ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

การบริการสาธารณสุขมีองค์ประกอบ ดังนี้ (กองสาธารณสุขภูมิภาค, 2541)

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นต่อการสนับสนุน ส่งเสริม ให้ประชาชนมีสุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความเป็นอยู่ในสังคม เพื่อมิให้เกิดมี โรคภัยไข้เจ็บขึ้น ได้แก่ การดำเนินงานสุขศึกษา การส่งเสริมโภชนาการ การอนามัยแม่และเด็ก การวางแผนครอบครัว เป็นต้น
2. การป้องกันและการควบคุมโรค เป็นการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น สำหรับการ ป้องกันโรคแก่ประชาชนในกลุ่มที่ไวต่อการเกิดโรค มิให้เกิดโรครุนแรงได้ และบริการสาธารณสุขที่ ควบคุมหรือกำจัดโรคที่เกิดขึ้นแล้วมิให้ลุกลามหรือระบอบออกไป รวมทั้งกำจัดโรคให้หมดไป ได้แก่ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค การสุขาภิบาลอนามัยสิ่งแวดล้อม การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การควบคุมหรือกำจัดโรคติดต่อ
3. การรักษาพยาบาล เป็นการบริการสาธารณสุขที่จำเป็น สำหรับการวินิจฉัยโรคใน ตั้งแต่แรกเริ่มและให้การรักษาโรคอย่างทันที่ ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้หายจากโรคนั้น ๆ ให้เร็วที่สุด และป้องกันหรือกำจัดความพิการมิให้เกิดขึ้น หรือเกิดขึ้นน้อยที่สุด ได้แก่ การตรวจวินิจฉัยโรค การชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานบริการที่มีขีดความสามารถ น้อยกว่ากับสูงกว่า
4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นการบริการสาธารณสุขที่จำเป็นสำหรับการป้องกันผู้ป่วยมิให้ เกิดความพิการหรือกำจัดความพิการให้หมดไป เพื่อผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุด ทั้งทางกาย จิตใจ และการดำรงชีพอยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข ได้แก่ การเคลื่อนไหวแขนขา การออกกำลังกาย กายภาพ เป็นต้น

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการสาธารณสุขทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลขั้นต้น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และมีการดำเนินงานในเชิงรุกมากขึ้นเพื่อให้ประชาชนในเขตรับผิดชอบมีสุขภาพอนามัยที่ดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีระดับหนึ่ง

### **บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในงานบริการสาธารณสุข**

บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในงานบริการสาธารณสุข ได้ถือตามการกำหนดบทบาทของกรมอนามัยมาในสมัยอดีต และได้มีการปรับใช้ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมาโดยตลอด โดย พ.ศ. 2505 – 2510 กรมอนามัยได้กำหนดหน้าที่ของสถานีอนามัยซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับตำบลไว้ 10 ประการซึ่งเรียกกันว่า บริการสาธารณสุขผสมผสาน ต่อมาในปี พ.ศ. 2528 ได้พัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 28 งานและในปี พ.ศ. 2531 กระทรวงสาธารณสุขได้เพิ่มเป็น 35 งานโดยแบ่งเป็น 5 กลุ่มงานใหญ่และถือปฏิบัติมาจนถึงปัจจุบัน โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล (กระทรวงสาธารณสุข, 2542) ดังนี้

#### **1. งานบริการสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชน แบ่งออกเป็น 5 สาขา คือ**

1.1 ด้านส่งเสริมสุขภาพ เป็นการให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมายและเน้นการพัฒนาวิถีชีวิตเชิงรุกที่เหมาะสมได้แก่

1.1.1 การบริการอนามัยแม่และเด็กโดยการดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์และการคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนเด็กอายุ 0-5 ปี ด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการดูแลด้านโภชนาการ การค้นหาและเฝ้าระวังติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี เด็กวัยเรียน

1.1.2 การบริการวางแผนครอบครัวโดยให้บริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการ ค้นหาติดตามแรงจูงใจวางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย

1.1.3 การดูแลเด็กและเยาวชน ให้บริการอนามัยแก่เด็กวัยเรียน โดยมีการวางแผนและให้บริการอนามัยโรงเรียนที่รับผิดชอบและดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล การค้นหาและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการเด็กวัยเรียน การส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกกระบวนการโรงเรียน

1.1.4 การดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไป ให้บริการส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพตลอดจนให้บริการไอโอดีน ในพื้นที่ที่เป็นปัญหาการขาดสารไอโอดีน

1.1.5 การบริการทันตสาธารณสุข โดยการจัดบริการทันตสาธารณสุขแบบ

ผสมผสานแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบ ให้การสนับสนุนประชาชนและชุมชนในการพัฒนางานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนพัฒนาวิชาการและฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข

1.1.6 การคุ้มครองผู้บริโภคสาธารณสุข เป็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ และส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ข่าวสารที่ถูกต้อง สามารถเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน การเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ที่ไม่ถูกต้องตามกฎหมาย รวมทั้งสนับสนุนการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค

1.2 ด้านรักษาพยาบาล ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลผู้ป่วยพิการ ตามสภาพปัญหาของชุมชนในเขตรับผิดชอบได้แก่ เขตทุรกันดาร เขตชนบทกึ่งเมือง เขตเกษตรกรรม โดยสามารถปฏิบัติได้ตามเกณฑ์การปฏิบัติงาน ทั้งในและนอกสถานบริการ มีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตลอดจนรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ได้ตามเกณฑ์ ทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์การปฏิบัติงาน สามารถพัฒนาการรักษาพยาบาลได้ ตามสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยของแต่ละท้องถิ่น ทั้งโรคทั่วไปและโรคประจำถิ่น โดยสามารถตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น คัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้การช่วยเหลือเบื้องต้น การส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย รวมทั้งให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยพิการโดยจัดระบบส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

1.2.2 ขีดความสามารถในการปฏิบัติงานปฐมพยาบาล การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยศัลยกรรม ผู้ป่วยสูติกรรม

1.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ จำนวน 207 โรค ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการส่งต่อ

1.3 ด้านการควบคุมป้องกันโรค เฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การป้องกันโรคติดต่อไม่ให้เกิดการกระจายของโรค

1.3.1 การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ ดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราความชุกชุมและความรุนแรงของโรค โดยการเฝ้าระวัง สอบสวนโรค สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค ให้สุศึกษาและฝึกอบรมประชาชน ครู นักเรียน อาสาสมัครสาธารณสุขในการรณรงค์ทำลายแหล่งโรค ตามลักษณะของโรคติดต่อ ดังนี้

1.3.1.1 กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางเดินอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก โรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

1.3.1.2 กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงที่เป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

1.3.1.3 กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส เช่น โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

1.3.1.4 กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก

1.3.2 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือกั้นโรคหรือลดปัจจัยเสี่ยง การให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การคัดกรองผู้ป่วยในประชากรกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคที่เกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรม และอื่นๆ

1.3.3 การอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อควบคุมและป้องกันโรคที่เกิดจากอาหาร น้ำและอากาศ พัฒนาพื้นฐานการบริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ดังนี้

1.3.3.1 จัดหาน้ำสะอาด ส่งเสริมให้ประชาชน ได้บริโภคน้ำที่สะอาด ปราศจากเชื้อ

1.3.3.2 สุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ดำเนินงานส่งเสริมประชาชนในการปรับปรุงและพัฒนาสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล การป้องกันและกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียและการรักษาความสะอาดของบ้านเรือนให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน รวมทั้งการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและสถานประกอบการ

1.3.3.3 งานสุขาภิบาลอาหาร ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคให้ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์และดูแลตนเองได้ ส่งเสริมให้สถานประกอบการจำหน่ายอาหารในชุมชน ในโรงเรียนมีการปรับปรุงได้มาตรฐานตามที่กำหนด

1.4 ด้านฟื้นฟูสภาพและดูแลผู้พิการ โดยให้การรักษาพยาบาล ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รับต่อจากโรงพยาบาล ฟื้นฟูผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติ ป้องกันความพิการ รวมทั้งให้การช่วยเหลือดูแลผู้พิการในชุมชนที่รับผิดชอบ

1.5 ด้านสนับสนุนบริการอื่นๆ เช่น การถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข สุขศึกษา ได้แก่ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยวิธีการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ที่มารับบริการสาธารณสุขในและนอกสถานอนามัย โรงเรียน และชุมชน

## 2. งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน

2.1 ด้านสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานโดยพัฒนาศักยภาพของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชน โดยการสนับสนุนและดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมพื้นที่ที่รับผิดชอบและสนับสนุนองค์กรชุมชนด้วยทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน การนิเทศงาน ตลอดจนให้ความรู้ในการแก้ปัญหา

2.2 ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชนและประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการวางแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จของงาน

## 3. งานบริหาร

3.1 ด้านการบริหารงานทั่วไป เช่น จัดระบบสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้างและครุภัณฑ์

3.2 ด้านการวางแผนและประเมินผล ดำเนินงานวางแผนปฏิบัติการจัดทำรายงาน ประสานงานข้อมูลข่าวสารและระบาควิทยา

3.3 ด้านการประสานงานและประชาสัมพันธ์ โดยประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น องค์กรเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของสถานีนามัยให้เป็นที่แพร่หลายทุกระดับ

## 4. ด้านวิชาการ

สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการและสภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ตลอดจนร่วมโครงการวิจัยต่าง ๆ เป็นพี่เลี้ยงแก่นักศึกษา ที่ฝึกงานในสถานีนามัย และในครอบครัวของตำบลที่รับผิดชอบ

## 5. งานอื่นๆ ที่ได้รับมอบหมาย

จากงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลดังกล่าว จะเห็นได้ว่า แม้จะมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล จากผู้ให้บริการมาเป็นผู้สนับสนุนบริการ แต่การปรับเปลี่ยนบทบาทนี้มีได้ทำให้ภาระหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลลดลง แต่ต้องทำงานเพิ่มมากขึ้น (ประพิณ วัฒนกิจ, 2543) ซึ่งในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการพัฒนางานสาธารณสุขที่สำคัญ 3 เรื่อง ที่มีความเกี่ยวพันซึ่งกันและกัน ได้แก่ การปฏิรูประบบสุขภาพ การกระจายอำนาจด้านสุขภาพให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยทั้ง 3 เรื่อง มีการดำเนินการร่วมกันในรูปแบบศูนย์สุขภาพชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เป็นหน่วยบริการใกล้บ้านใกล้ใจ ให้มีบุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่เป็นหมอประจำครอบครัวของทุกครอบครัวในชุมชน (สำเริง แหงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ,

2545) สถานีอนามัยบางแห่งอาจเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจึงมีหน้าที่ในการเป็นหมอประจําครอบครัวในชุมชนด้วย

จากรายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนสถานีอนามัยในเขตพื้นที่ทั่วไปและพื้นที่เฉพาะของบุรีรัมย์ ชูชัยแสงรัตน์ และคณะ (2539) พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลสายการบังคับบัญชาขึ้นตรงต่อสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งกรอบอัตราค่าจ้างกำหนดให้มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน 5 คน จำนวน 4 ตำแหน่ง ได้แก่ หัวหน้าสถานีอนามัย (เจ้าหน้าที่บริการงานสาธารณสุข 6) นักวิชาการสาธารณสุข 3-5 หรือ 6 ว. หรือ 7 ว. จำนวน 1 ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 5 จำนวน 1 ตำแหน่ง และเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน 2-4 หรือ 5 จำนวน 2 ตำแหน่ง แต่ในสภาพความเป็นจริงสถานีอนามัยส่วนใหญ่มีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่ครบ 5 คน ซึ่งเป็นปัญหาและอุปสรรคหนึ่งในการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ดังการศึกษาของประพิณ วัฒนกิจ และคณะ (2543) ที่ทำการวิเคราะห์งานสถานีอนามัย สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยด้านปัญหาการปฏิบัติงานพบว่า ปริมาณงานมากกว่าอัตราค่าจ้างทำให้ปฏิบัติงานไม่ทัน ภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลนั้นมีมากต้องดูแลพื้นที่และจำนวนประชากรที่ต้องรับผิดชอบสูง คืออัตราส่วนเจ้าหน้าที่ 1 คน ต่อประชากรจำนวน 1,250 คน โดยสถานีอนามัย 1 แห่งรับผิดชอบประชากรไม่เกิน 10,000 คน (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545) และปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้นโยบายการประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงมีสถานีอนามัยบางแห่งเป็นเครือข่ายบริการปฐมภูมิหรือศูนย์สุขภาพชุมชนเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย โดยให้บริการอย่างน้อย 56 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (10 ชั่วโมงต่อวัน) ในวันธรรมดา และในวันหยุด 3 ชั่วโมงต่อวัน มีบริการเชิงรุกในชุมชน อย่างน้อย 10-15 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ, 2545)

นอกจากนี้การวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่ต้องการการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อยกระดับคุณภาพการบริการในเรื่องกรอบอัตราค่าจ้าง งบประมาณและค่าตอบแทนที่จัดสรรให้สถานีอนามัยโดยตรงหลังจากรัฐบาลได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าออกสู่การปฏิบัติได้มีการจัดสรรงบประมาณแบบเหมาจ่ายรายหัว ตามจำนวนบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Coverage Health Insurance: UC) ไปยังจังหวัดและจังหวัดโอนต่อให้เครือข่ายบริการ (CUP) ดังนั้นงบประมาณในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานให้บริการของสถานีอนามัยจะถูกส่งไปรวมไว้ที่เครือข่ายบริการ (CUP) ไม่อยู่ในอำนาจของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเหมือนเช่นที่ผ่านมา และแนวความคิดในเรื่องโครงสร้างสายการบังคับบัญชากับปัญหากับระบบบริหารจัดการยังไม่ชัดเจนแล้วแต่พื้นที่จะตกลงกันในรายละเอียด จึงทำให้เกิดความอึดอัดในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับล่างเป็นอย่างมาก (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546)

โดยสรุป งานในระดับสาธารณสุขตำบลโดยเฉพาะสถานีอนามัย เสมือนเป็นการ ย่อส่วนของโรงพยาบาลไปไว้ในชุมชน บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลมีความสำคัญ มากต่อการบริการแก่คนในชุมชนได้อย่างใกล้ชิด เนื่องจากเป็นสถานบริการที่คนในชุมชนสามารถ เข้าถึงบริการได้ง่าย ลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจึงต้องปฏิบัติงาน ในทุก ๆ เรื่องที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเหล่านี้ต้องมี ภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในงานของตน จะเห็นได้ว่า จากสภาพดังกล่าวจึงจำเป็นอย่างยิ่ง ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจะต้องมีทักษะในการเผชิญต่อปัญหาดังกล่าว เพื่อให้เกิด ความสุขในการปฏิบัติงานและเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับตนเอง และสามารถให้บริการ สาธารณสุขแก่ผู้มารับบริการได้ต่อไป อารมณ์ขันจัดเป็นกลไกการปรับตัวทางจิตที่เกิดขึ้นเพื่อ ตอบสนองต่อภาวะเครียดของบุคคล เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญในชีวิตประจำวันของแต่ละ บุคคล ช่วยให้ผ่อนคลายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ สามารถจัดอารมณ์ทางด้านลบที่ เกิดขึ้น เช่น อารมณ์โกรธ ความเครียด ความคับข้องใจ และภาวะตื่นตระหนก นอกจากนี้อารมณ์ขัน ยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน และป้องกันภาวะหมดไฟจากการทำงานได้อีกด้วย (Shade, 1996)

### อารมณ์ขันในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล

ในลักษณะการทำงานสาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุดรติดัดนอกจากจะดำเนินงาน ตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดไว้แล้ว ยังมีบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมา โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ประกาศนโยบายและเป้าหมายการรณรงค์ การสร้างสุขภาพทั่วไทยขึ้น ซึ่งใช้ 5 อ. เป็นประเด็นในการดำเนินการ ได้แก่ อาหารดี อารมณ์ดี มีการออกกำลังกาย ตลอดจนมีอนามัยสิ่งแวดล้อม และอโรคยา โดยทั้ง 5 อ. นั้นได้มีการกำหนด ตัวชี้วัดที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล และระดับอำเภอ รวมไปถึงระดับจังหวัด ซึ่งกำหนดให้ในปี พ.ศ. 2547 จะต้องหมู่บ้านสุขภาพดี ร้อยละ 75 ตำบลสุขภาพดี ร้อยละ 50 และ อำเภอสุขภาพดี ร้อยละ 50 ซึ่งส่งผลให้เกิดจังหวัดสุขภาพดีตามมา (สำนักงานสาธารณสุข เขต 2, 2547) จากนโยบายนี้ จะเห็นได้ว่าสำหรับด้าน อ. อารมณ์ นับว่ามีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นเรื่องของสุขภาพจิต หากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองยังมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี ก็ส่งผลต่อ ผู้รับบริการได้เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการให้บริการหรือการลอกเลียนแบบพฤติกรรม

จึงเห็นได้ว่าการจะบรรลุถึงเป้าหมายของ อ. อารมณ์นี้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจึงควรเสริมสร้างอารมณ์ดีให้เกิดขึ้นในตนเองก่อน จึงจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมี อ. อารมณ์ดีได้

ดังนั้นเมื่อพิจารณาอารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ตามแนวคิดของ ธรอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1993a) สามารถอธิบายในแต่ละองค์ประกอบ ดังนี้

ด้านความคิดสร้างสรรค์อารมณ์ขัน เป็นการสร้างสรรค์อารมณ์ขันโดยใช้ความคิดว่าควรสร้างอารมณ์ขันอย่างไร เพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่วางไว้เป็นการทำให้บุคคลอื่นและตนเองเกิดความพึงพอใจและสนุกสนานเพลิดเพลินอย่างเต็มที่ ไม่ว่าจะเป็นลักษณะของการใช้คำพูด การเล่น การใช้ภาษาที่มีความหมายกำกวม การพูดเรื่องไร้สาระ หรือการพูดเล่าเรื่องราวเกินความจริง โดยให้มีความเหมาะสมด้านเวลา บุคคลและสถานการณ์ ซึ่งความคิดสร้างสรรค์ด้านอารมณ์ขันนี้สามารถที่จะพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ จากการศึกษาของ คาราวรรณ ต๊ะปันตา และคณะ (2543) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างทักษะอารมณ์ขันต่อความวิตกกังวลในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 20 คน โดยทำการฝึกอารมณ์ขันตามขั้นตอนทั้ง 4 ขั้น ของ โรบินสัน (Robinson, 1991) ได้แก่ ขั้นการให้ความรู้ ขั้นการสร้างความยอมรับ ขั้นการเปลี่ยนพฤติกรรม และขั้นการนำอารมณ์ขันไปใช้ ผลการประเมินในกลุ่มทดลองในแต่ละครั้ง พบว่า นักศึกษามีทักษะในการสร้างอารมณ์ขันมากขึ้น จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า อารมณ์ขันช่วยกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ ทำให้มีความสามารถในการแก้ปัญหา ช่วยเสริมสัมพันธภาพในกลุ่ม ดังนั้นสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลที่ให้การดูแลจิตใจคนในชุมชน สามารถที่จะสร้างสรรค์อารมณ์ขันที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันแล้วนำมาสร้างสรรค์ให้เกิดความสนุกสนาน ตลกขบขันได้ เช่น การจัดตั้งกระดุนให้เกิดอารมณ์ขันในบริเวณที่ต้องการ ได้แก่ การใช้ภาพการ์ตูนตลกในการจัดบอร์ดให้ความรู้ การจัดหนังสือหรือจุลสารซึ่งมีเรื่องชวนหัวเราะวางไว้ในที่สามารถเห็นได้ ทำให้เกิดการหัวเราะร่วมกันและเกิดความรู้สึกล้อเล่น เกิดบรรยากาศการทำงานที่ไม่เคร่งเครียด ส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติงานดี นอกจากนี้อารมณ์ขันยังเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลเกิดความคิดสร้างสรรค์ในการผลิตสิ่งใหม่ๆ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2533; Kurtzke, 2002)

ด้านการใช้อารมณ์ขันเป็นวิธีในการเผชิญความเครียด ด้วยลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานีในปัจจุบัน ที่ดำเนินงานภายใต้นโยบายการสร้างสุขภาพสู่การปฏิบัติที่เน้นในเรื่องเมืองไทยสุขภาพดี โดยมีเป้าหมายในเรื่อง อารมณ์ ออกกำลังกาย อาหาร อโรควา และ อนามัยสิ่งแวดล้อม โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบลและระดับอำเภอ รวมไปถึงระดับจังหวัด ซึ่งกำหนดให้ในปี พ.ศ. 2547 จะต้องมีหมู่บ้านสุขภาพดีร้อยละ 75 ตำบลสุขภาพดี ร้อยละ 50 และอำเภอสุขภาพดี ร้อยละ 50 ซึ่งส่งผลให้เกิดจังหวัด

สุขภาพดีตามมา (สำนักงานสาธารณสุข เขต 2, 2547) ดังนั้นลักษณะการปฏิบัติงานต้องทำในเชิงรุกมากขึ้นและร่วมมือกับทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชนให้มีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพด้วย เห็นได้ว่าเป็นภาระที่เหนื่อยและหนักพอสมควรสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในฐานะที่เป็นสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด ดังนั้นจึงควรมีกลวิธีในการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน โดยเฉพาะการนำอารมณ์ขันมาใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อช่วยลดความเครียด ดังเช่นการศึกษาของ คูมส์ และ โกลด์แมน (Coombs & Goldman อ้างใน ผงพร สุภาวิตา, 2534) ที่ศึกษาการใช้อารมณ์ขันในห้อง ไอ.ซี.ยู พบว่า เจ้าหน้าที่ใช้อารมณ์ขันกันเสมอในการลดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ และการใช้อารมณ์ขันจะเพิ่มมากขึ้นเพื่อลดแรงกดดันและความวิตกกังวลต่อสถานะการณ์ที่คุกคามชีวิต หรือการศึกษาของ ลาปีแอร์ และแพทเจท (Lapierre & Padgett, 1991) ได้ศึกษาถึงกลวิธีใช้อารมณ์ขันของพยาบาลที่ทำงานในตึกผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ พบว่า อารมณ์ขันเป็นกลวิธีที่ช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถควบคุมอารมณ์ได้มากขึ้น ช่วยให้พยาบาลจิตเวชสามารถเผชิญกับภาวะกดดันภายนอกได้อย่างดี ในทำนองเดียวกัน การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลนำอารมณ์ขันมาใช้ในการปฏิบัติงาน ก็สามารถช่วยในการปรับตัวเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานได้ ดังที่ ศรีสุรีย์ เอื้อจิระพงษ์พันธ์ (2541) กล่าวว่า อารมณ์ขันช่วยลดความเครียดให้ดีขึ้น อารมณ์ขันช่วยในการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลทำให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน ก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นกันเอง ในสถานที่ทำงานซึ่งทำให้กลุ่มบุคคลสามารถตกลงร่วมกันได้ และช่วยให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สามารถตกลงร่วมกันทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานที่ดีไม่เคร่งเครียด ประโยชน์เหล่านี้ส่งผลให้คุณภาพการปฏิบัติงานดี

ด้านทัศนคติต่ออารมณ์ขันและบุคคลที่มีอารมณ์ขัน โดยเป็นการยอมรับประโยชน์ของอารมณ์ขันที่มีต่อตนเอง และต่อบุคคลอื่น จากประสบการณ์ที่บุคคลได้สัมผัสกับการใช้อารมณ์ขันแล้วสำเร็จหรือล้มเหลว อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการใช้อารมณ์ขันกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น บุคคลที่ประสบกับความสำเร็จของอารมณ์ขันจะเป็นแรงผลักดันให้มีการพัฒนาอารมณ์ขันของตนเองต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่ว่ามีการศึกษาทัศนคติต่ออารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล แต่มีการศึกษาของ ซัมเมอร์ (Summers, 1990) ได้ศึกษาทัศนคติต่ออารมณ์ขันของพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 204 ราย โดยทำการศึกษาใน 2 ประเด็นคือทัศนคติต่ออารมณ์ขันในการปฏิบัติการพยาบาล และทัศนคติต่ออารมณ์ขันในชีวิตส่วนตัว จากการศึกษาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีทัศนคติทางด้านบวกต่ออารมณ์ขัน และมีทัศนคติต่ออารมณ์ขันในชีวิตส่วนตัวระดับที่มากกว่าทัศนคติต่ออารมณ์ขันต่อการปฏิบัติการพยาบาล จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า

การที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลจะมีอารมณ์ขันมากขึ้นและมีการนำไปใช้อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับทัศนคติที่มีต่ออารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่เองด้วย

ด้านความชื่นชอบต่ออารมณ์ขัน เป็นลักษณะของบุคคลที่มีรสนิยมในอารมณ์ขัน ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับทัศนคติต่ออารมณ์ขัน ถ้าบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่ออารมณ์ขันก็จะเกิดความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันที่เกิดขึ้นทั้งต่อตนเอง และต่อบุคคลที่มีอารมณ์ขัน ส่วนใหญ่บุคคลที่มีความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันมักจะเป็นบุคคลที่มีการแสดงออกด้านอารมณ์ขันต่อสถานการณ์อยู่เสมอ เช่นเดียวกับ เฟอร์กูสัน (Ferguson, 1989) ที่กล่าวว่า อารมณ์ขันเป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถค้นพบและแสดงความรู้สึกลับซับซ้อนต่อความคิดหรือเหตุการณ์ที่ขัดแย้งกันออกมาได้ ซึ่ง เชด (Shade, 1996) กล่าวว่า ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันเป็นเรื่องของอารมณ์การแสดงออกซึ่งจะต้องผ่านการรับรู้ เกิดความเข้าใจและนำไปสู่ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันในที่สุด ซึ่งได้มีผู้นำหลักการนี้ไปใช้ในการจัดรูปแบบการเรียนการสอนสำหรับเด็กนักเรียน โดยเด็กนักเรียนสามารถเข้าใจได้ง่ายนำไปสู่ความชื่นชอบในการเรียน สำหรับความชื่นชอบต่ออารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลยังไม่มีผู้ศึกษาไว้ว่าเป็นอย่างไร แต่ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1993) กล่าวว่า ความชื่นชอบในอารมณ์ขันของบุคคลสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะธรรมชาติของอารมณ์ขัน การทำหน้าที และจุดประสงค์ของอารมณ์ขัน เพื่อนำไปสู่การยอมรับในคุณค่าของอารมณ์ขันมากขึ้น

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษาตามแนวคิดของ ธอร์สัน และ พาวเวล (Thorson & Powell, 1993a) ซึ่งเชื่อว่าอารมณ์ขันประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ความคิดสร้างสรรค์ด้านอารมณ์ขัน การใช้อารมณ์ขันในการเผชิญความเครียด ความชื่นชอบต่ออารมณ์ขัน และทัศนคติต่ออารมณ์ขันและบุคคลที่มีอารมณ์ขัน เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด และมีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งการปฏิบัติงานนั้นอาจประสบปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ความไม่พอใจในงานได้ จึงต้องมีทักษะในการเผชิญต่อความเครียด เพื่อให้เกิดความสมดุลทางอารมณ์ เกิดความสุขในการปฏิบัติงานและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดีให้กับตนเอง สำหรับวิธีการเผชิญความเครียดนั้นมีหลายวิธี และอารมณ์ขันเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการเผชิญต่อความเครียดได้ การได้ทราบถึงระดับอารมณ์ขันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดอุดรดิตถ์ จึงเป็นประโยชน์ต่อการให้บริการแก่ประชาชนในเขตที่รับผิดชอบต่อไป