



## รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชน

ปราชญ์ นุณยวงศ์วิโรจน์, พ.บ.\*  
 อภิชัย มงคล, พ.บ.\*\*  
 ทวี ตั้งเสรี, พ.บ.\*\*\*  
 วัชณี หัตถพนม, พย.บ.\*\*\*  
 สุวดี ศรีวิเศษ, พย.บ.\*\*\*  
 วิภาดา กณะไชย, พย.บ.\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา รูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และ ผลการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยคัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมโครงการ ประชุมชี้แจง เครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล เกณฑ์ชุมชนที่ได้รับคัดเลือก ชี้แจงแผนการปฏิบัติงานและร่วมกำหนดรูปแบบการ เรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการทำ Focus group ในชุมชน ถามปัญหาและความต้องการ และรูปแบบการดำเนินงานเพื่อ พัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ วางแผนจัดทำคู่มือ แผนการอบรม แนวทางการดำเนินการ จัด อบรม ผู้นำชุมชน เกณฑ์ครอบครัว (ผู้มีภาวะเครียด) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม ประเมินความรู้ ก่อนและหลังการอบรม ทั้งของผู้นำชุมชนและเกณฑ์ครอบครัว แบบประเมินความเครียด ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เป็น อสม. และมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดร้อยละ 89.1 และ จากการจัดอบรมให้แก่ผู้ที่มีความเครียดจำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 และจากการประเมินผลหลัง การอบรม 3 เดือน พบว่าระดับความเครียดของผู้ที่มีความเครียดลดลง และได้แนวทางการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน

**คำสำคัญ :** การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต สุขภาพจิตชุมชน

\* สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข

\*\* กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\* โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



## The promotion and prevention model for mental health problems in community

*Prat Boonyawongvirot, M.D.\**

*Apichai Mongkol, M.D.\*\**

*Tavee Tangseree, M.D.\*\*\**

*Watchanee Huttapanom, B.N.S.\*\*\**

*Suwadee Sriviset, B.N.S.\*\*\**

*Vipada Kanachai, B.N.S.\*\*\**

### Abstract

The objectives of this research were to evaluate a model to prevent mental health problems and promote better health in the community and to study the results of the implementation, promotion and prevention of mental health problems in the given communities. The subjects were people who had mental health problems in selected subdistricts. Health network personnel were informed by meeting at the district and subdistrict levels about the operational plans. The pattern of learning was then co-operatively established using “Focus group” in the community to question, assess the community needs and issue the operational plans. A model to promote mental health and prevent mental health problem in the community was developed by producing the manual training and operational strategies. Training sessions for the community leaders and family leaders were conducted. The statistical technique was descriptive statistics and t-test analysis. The process led to strategies to promote better mental health and prevent mental health problems in the community by community leaders. Most trainees were community health volunteers. 89.1% most of them had provided supportive management for the people under the stress. They could identified 81 subjects, 84 of whom were females. All were invited to join the therapeutic treatment. After 3 month period, the level of their stress and tension decreased significantly.

**Key words :** promotion of mental health, prevention of mental health problems, community mental health

\* Ministry of Public Health

\*\* Department of Mental Health, Ministry of Public Health

\*\*\* Khon Kaen Rajanakarindra, Psychiatric Hospital

## บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือไม่สามารถปรับตัวต่อสภาพความกดดันและสิ่งแวดล้อมได้เท่าที่ควร ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาแล้วหากไม่ได้รับการแก้ไข หรือไม่ได้รับความช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง ย่อมส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน อาจทำให้วิถีชีวิต บทบาทหน้าที่ในสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง ในที่สุดก็จะทำให้สุขภาพจิตไม่ดีมากขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวช<sup>1</sup> ปัญหาการป่วยด้วยโรคจิต เป็นปัญหาสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ เนื่องจากประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิต ย่อมกระทบกระเทือนการประกอบอาชีพในชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายถึงภาวะเศรษฐกิจของสังคมนั้นย่อมลดลง และยังเป็นการยับยั้งการใช้สติปัญญาความสามารถในการพัฒนาสังคมอีกด้วย<sup>2</sup>

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพของจิตใจให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข หรือการทำให้จิตใจเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญ หลีกเลียงหรือขจัดปัญหาที่จะมากระทบกระเทือนจิตใจนั่นเอง ซึ่งตามความจริงในทางปฏิบัติ การส่งเสริมสุขภาพจิตจะดำเนินการร่วมไปกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แม้กระทั่งสุขภาพจิตและสุขภาพกายก็จะต้องให้บริการพร้อมกันไปให้ผู้รับบริการคนเดียว เป็นการช่วยคนทั้งคน<sup>3</sup> ในขณะเดียวกันเพื่อรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไป คนเราจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก คือขจัดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น<sup>4</sup>

ปัจจุบันนี้ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพกายให้ควบคู่กับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แต่ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการป้องกัน

ช่วยเหลือรักษาในสถานบริการของรัฐ เช่น การคัดกรองผู้ที่มีภาวะเครียดและคิดฆ่าตัวตาย คัดกรองโรคจิต และให้การช่วยเหลือรักษาตั้งแต่เริ่มเครียด ป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตตามมา แต่การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนยังไม่มี การดำเนินการที่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษารูปแบบการค้นหาผู้ที่มีความเครียดในชุมชนและให้ผู้นำชุมชนช่วยเหลือเบื้องต้น หากเกินกำลังความสามารถก็ให้ส่งต่อไปยังเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยให้กลุ่มที่มีความเครียดปรับตัวและดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ไม่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตใจที่รุนแรงตามมา ซึ่งนับได้ว่าเป็นการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอีกรูปแบบหนึ่ง

การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลรูปแบบของการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และผลการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และตำบลโนนหอม จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกจากผู้นำในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน และยินดีเข้าร่วมโครงการหมู่บ้านละ 7-8 คน และกลุ่มแกนนำครอบครัว(ผู้ที่ผ่านการคัดกรองจากผู้นำชุมชนแล้วที่มีความเครียด ระดับปานกลางขึ้นไป)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานโครงการ ได้แก่ แผนการสอนเรื่องมารู้จักความเครียดกันเถอะ จำนวน 8 แผนการสอน คู่มือประกอบการอบรม จำนวน 3 เล่ม (มารู้จักกับความเครียด การจัดการกับความเครียด การคลายเครียด) ในการจัดทำแผนการสอนและคู่มือได้

จัดประชุมทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา จำนวน 25 คน ในวันที่ 24-25 พฤศจิกายน 2545 และนำผลการประชุมมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรมแบบประเมินเป็นแบบถูกผิด มีจำนวน 12 ข้อ แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิตเป็นแบบประเมินค่า มีจำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้ ถ้าตอบว่า ไม่เคยเลย = 0 คะแนน เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน เป็นบ่อยๆ = 2 คะแนน เป็นประจำ = 3 คะแนน จากนั้นให้รวมคะแนน 20 ข้อ เข้าด้วยกัน ค่าคะแนนจะมีความหมายดังนี้ 0-5 คะแนน แสดงว่าเครียดน้อยกว่าปกติ 6-17 คะแนน แสดงว่าเครียดในระดับปกติ 18-25 คะแนน เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 26-29 คะแนน เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง 30 คะแนน ขึ้นไป เครียดสูงกว่าปกติมาก แบบประเมินผลการอบรมตามโครงการ แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชน แบบประเมินผลแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) ภายหลังการอบรม 3 เดือน การพัฒนาเครื่องมือในข้อนี้ดำเนินการโดย พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 7 คน โดยยึดแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จากนั้นปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมของภาษาเพื่อนำไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

วิธีดำเนินการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้ 1) คัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมโครงการในจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสกลนคร จากตำบลที่มีปัญหาสุขภาพจิต มีความพร้อมในด้านบริหารจัดการ ความร่วมมือร่วมใจของชุมชน มีการจัดตั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต การมีระบบส่งต่อตั้งแต่ชุมชนถึงอำเภอ จังหวัด 2) ประชุมชี้แจงเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล แกนนำชุมชนที่ได้รับการคัดเลือกชี้แจงแผนการปฏิบัติงานและร่วมกำหนด

รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการทำ Focus group ในชุมชน เพื่อซักถามปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับปัญหาความต้องการของพื้นที่ 3) วางแผนจัดทำคู่มือแผนการอบรม แนวทางการดำเนินงาน และจัดทำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลในโครงการ 4) จัดอบรมผู้นำชุมชนจาก จ.สกลนคร 74 คน และ จ.ขอนแก่น 64 คน โดยบุคลากรทางวิชาชีพตามแผนการสอนที่จัดทำขึ้น เรื่องทัศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ที่มีความเครียดความรู้เกี่ยวกับความเครียด การประเมินความเครียด การจัดการกับความเครียด การปรับเปลี่ยนความคิดการฝึกทักษะคลายเครียด การช่วยเหลือบุคคลเมื่อเกิดภาวะเครียด ระบบการดูแลผู้ที่มีความเครียดในชุมชนใช้เวลาในการอบรม 2 วัน ในแต่ละพื้นที่ (วันที่ 23-24 ธันวาคม 2545 ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น; วันที่ 25-26 ธันวาคม 2545 ณ ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร รวม 138 คน) 5) ภายหลังการให้ความรู้แก่ผู้นำชุมชนไปแล้ว มีการประชุมเพื่อประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือนเพื่อติดตามผลการค้นหาผู้ที่มีภาวะเครียดและให้การช่วยเหลือ 6) ในการประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน จะให้ผู้นำชุมชนนำรายชื่อผู้ที่มีความเครียดที่ค้นหาได้ (แกนนำครอบครัว) และให้การช่วยเหลือทั้งหมดเพื่อพิจารณาให้ผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปเข้ารับการอบรมโดยไม่บังคับ 7) จัดอบรมให้ความรู้แก่แกนนำครอบครัว ที่ผู้นำชุมชนค้นหาได้ โดยบุคลากรทางวิชาชีพ ตามแผนการสอนที่จัดทำขึ้น และนำแผนการสอนทั้งหมดมาปรับปรุงเพื่อจัดทำเป็นแผนการสอนที่เหมาะสม หลังจากนั้นอีก 3 เดือน มีการประชุมเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว 8) ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชน ภายหลังการดำเนินโครงการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการทั้ง 2 จังหวัด โดยมีการประชุมทำความเข้าใจในเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลจริง

วิเคราะห์ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ t-test

## ผล

1. ประเมินผลการพัฒนาทักษะความรู้การจัดการความเครียดของแกนนำชุมชน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม

มีผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 138 คน จากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 53.6 และจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 46.4 เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น อสม. ร้อยละ 52.9 ประชาชนทั่วไปที่ชาวบ้านนับถือ ร้อยละ 23.9 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 12.3 และอบต. ร้อยละ 10.9

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 15.2 ผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม เคยใช้วิธีการคลายเครียด ร้อยละ 77.5 วิธีการคลายเครียดที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้เมื่อเวลาที่มีความเครียดหรือไม่สบายใจมากที่สุดคือการปรึกษาหรือพูดคุยกับเพื่อน/ญาติ รองลงมาคือการออกกำลังกายและการฟังเพลง ดูทีวี ร้องเพลง เป็นต้น

1.2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

หลังจากที่ผู้นำชุมชนจ.ขอนแก่นได้รับการอบรมตามแผนที่จัดทำขึ้น พบว่าเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผู้นำชุมชนของจ. สกลนครมีความรู้เพิ่มขึ้น จากการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและ

หลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P=0.01$ ) รายละเอียดดังตารางที่ 1

1.3 ผลการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการค้นหาผู้ที่มีความเครียดในชุมชนและการช่วยเหลือ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชน จ.สกลนคร (n=68)

| การอบรม     | $\bar{X}$ | S.D. | t     | df | p - value |
|-------------|-----------|------|-------|----|-----------|
| ก่อนการอบรม | 7.75      | 1.57 | -5.61 | 62 | 0.01      |
| หลังการอบรม | 8.86      | 1.68 |       |    |           |

1.3.1 ผู้นำชุมชนได้ค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดหลังจากการอบรมไปแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน ได้ประเมินชาวบ้านในหมู่บ้านจำนวน 661 คน ด้วยแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง พบว่า มีผู้ที่มีความเครียดปกติจำนวน 391 ราย มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยจำนวน 177 ราย มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางจำนวน 77 ราย มีความเครียดสูงกว่าปกติมากจำนวน 16 ราย

1.3.2 วิธีที่ผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด คือ การค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียดรองลงมาคือ การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมการจัดการกับอารมณ์ และการฝึกให้ผู้มีความเครียดคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ คือ การฝึกทำสมาธิ การนวด การฝึกการหายใจ ฝึกเกร็ง และคลายกล้ามเนื้อ

1.3.3 ผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดที่ค้นหาได้ในชุมชนและส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเนื่องจากเกินความสามารถ 15 ราย จากการติดตามผลพบว่าได้รับการรักษาด้วยยา 11 ราย ไม่ได้รับยา 1 ราย และไม่ไปตรวจรักษา 3 ราย ซึ่งผู้นำชุมชนได้เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงนี้และติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน กลุ่มคนเหล่านี้สามารถปรับตัวได้และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนตามปกติแต่ในจำนวนนี้ยังเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง 1 ราย และสูงกว่าปกติมาก 1 ราย ซึ่งแกนนำชุมชนติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่อง

1.4 ผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชน  
ภายหลังการดำเนินโครงการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (เมื่อสิ้นสุดโครงการ)

จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีความ

เครียดคิดเป็นร้อยละ 89.1 ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการได้ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดจำนวน 270 คน (เฉพาะผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยขึ้นไป) ปัญหาที่พบในผู้ที่มีความเครียด คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพเสพติด

1.5 แนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

จากการศึกษาทำให้ได้แนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน คือ ผู้นำชุมชนค้นหาผู้ที่มีความเครียด สามารถประเมินและวิเคราะห์ความเครียดและให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติด้วยวิธีต่างๆ ดังกล่าวและมีการประเมินหลังจากให้การช่วยเหลือแล้ว ถ้าพบว่ายังมีความเครียดสูงและเกินความสามารถจึงพิจารณาส่งให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อไป ผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปทุกรายจะได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นจึงพิจารณายุติบริการ แต่หากพบว่าภายหลังมีความเครียดสูงกว่าปกติก็ให้การช่วยเหลือตามแนวทางเดิม

2. ผลการช่วยเหลือแกนนำครอบครัวที่มีความเครียด

2.1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) ที่เข้ารับการอบรมจากการศึกษาพบว่า มีแกนนำครอบครัวที่เข้ารับการอบรมทั้งหมด 81 คน จากจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 66.7 และจากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 33.3 เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.4 มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 35.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และผู้เข้ารับการอบรมเป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.8

2.2 คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

หลังจากที่แกนนำครอบครัว ได้รับการอบรมตามแผนที่จัดทำขึ้น พบว่า แกนนำครอบครัว มีความรู้เพิ่มขึ้น ทั้งจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดสกลนคร

คะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $P = 0.01$  และ  $P = 0.02$  รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3 ตามลำดับ

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจ.ขอนแก่น (n= 52)

| การอบรม     | $\bar{X}$ | S.D. | t     | df | p - value |
|-------------|-----------|------|-------|----|-----------|
| ก่อนการอบรม | 8.27      | 1.27 | -7.24 | 51 | 0.01      |
| หลังการอบรม | 9.96      | 1.27 |       |    |           |

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจ.สกลนคร (n=25)

| การอบรม     | $\bar{X}$ | S.D. | t     | df | p - value |
|-------------|-----------|------|-------|----|-----------|
| ก่อนการอบรม | 8.48      | 1.48 | -3.41 | 24 | 0.02      |
| หลังการอบรม | 9.60      | 1.53 |       |    |           |

## 2.3 ผลการช่วยเหลือแกนนำครอบครัว

2.3.1 ผลจากการอบรมของแกนนำครอบครัว พบว่า แกนนำครอบครัว มีความเครียดลดลงจากการประเมินวิเคราะห์ความเครียดก่อนการอบรม และภายหลังการอบรม 3 เดือน พบว่า จำนวนแกนนำครอบครัว มีความเครียดอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 57.1 เป็น 81.8 และจำนวนผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติลดลง คือ สูงกว่าปกติเล็กน้อยลดลง จากร้อยละ 32.5 เป็น ร้อยละ 15.6 สูงกว่าปกติปานกลางลดลง จากร้อยละ 7.8 เป็น 1.3 และสูงกว่าปกติมาก ลดลงจากร้อยละ 2.6 เป็น 1.3

2.3.2 ความคิดเห็นของแกนนำครอบครัวที่มีต่อโครงการ พบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่งและเห็นด้วยรวมร้อยละ 100 ในเรื่อง ความรู้เรื่องความเครียดที่ท่านได้รับการอบรมช่วยให้ท่านเข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด ความรู้ที่ได้รับท่านนำไปใช้ให้เกิด

ประโยชน์ต่อตัวท่านเองและครอบครัวและตอบว่าภายหลังการอบรมไปแล้ว 3 เดือน อารมณ์ของผู้เข้ารับการอบรมเย็นลงกว่าเดิมร้อยละ 66.7 และเมื่อมีความเครียดจะรู้ตัวเสมอว่ามีอารมณ์เช่นไร ร้อยละ 86.5 และจากการติดตามผลภายหลังการอบรมแกนนำครอบครัวได้นำความรู้ไปให้คำแนะนำช่วยเหลือคนอื่นในครอบครัวหรือชุมชน พบว่า ผู้ที่นำความรู้ไปช่วยเหลือคนอื่นหรือชุมชนได้ ร้อยละ 77.8 และผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือมีจำนวน 268 คน และจากการประเมินผลเรื่องปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือพบว่า ไม่มีปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือ ร้อยละ 96.8 และมีปัญหาในการช่วยเหลือ ร้อยละ 3.2 และเมื่อศึกษาถึงปัญหาในการช่วยเหลือพบว่า มีปัญหาในเรื่องเวลา คือ ไม่ค่อยมีเวลาออกไปช่วยเหลือคนอื่น ไม่ทราบว่าจะแนะนำอย่างไร แนะนำผู้ที่มีความเครียดไม่ค่อยรับฟัง เพราะกำลังมีความเครียด

## วิจารณ์

ผลการศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนในจังหวัดขอนแก่นพบว่า ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นอาจารย์ในโรงเรียนซึ่งมีการศึกษาสูง และเคยมีประสบการณ์ในเรื่องนี้มาก่อนจึงส่งผลต่อคะแนนความรู้ในแบบประเมินได้

ในการดำเนินงานโครงการครั้งนี้ ได้นำแนวทางการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดจากกรมสุขภาพจิต ซึ่งเน้นการให้บริการในคลินิกสถานบริการของรัฐ แต่นำมาประยุกต์ใช้ในการบริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อป้องกันกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดในชุมชน ให้ได้รับการค้นหาตั้งแต่ระยะแรก(early detect) และช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชตามมาโดยอาศัยคนในชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตั้งแต่การวางแผนการดำเนินงานร่วมกันตั้งแต่ขั้นเตรียมการก่อนเริ่มโครงการ จึงทำให้ผู้นำชุมชนรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน จากผลการดำเนินงานดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ และจากการติดตามผลระยะยาวเมื่อโครงการนี้ดำเนินโครงการครบ 1 ปี พบว่า ไม่มีผู้ป่วยโรคจิตรายใหม่มารับบริการที่สถานอนามัยในชุมชนที่ลงโครงการเลยและมีการขยายผลโดยการนำโครงการนี้ไปประยุกต์ในการอบรมแกนนำชุมชนในหมู่บ้านอื่นๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานอนามัยตำบลบ้านดง อำเภอบุรบือ ดังนั้นจึงนับได้ว่าโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชนเป็นโครงการที่จุดประกายให้กับคนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือโดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี

เมื่อเปรียบเทียบโครงการนี้กับหลายโครงการที่ลงสู่ชุมชน เช่น การศึกษาของมานิดา สิงห์สิทธิ์<sup>๕</sup> ซึ่ง

ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย ชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากเห็นเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ตั้งตรงนิมิตร และ คณะ<sup>๖</sup> ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและช่วยเหลือ ผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายจังหวัดนครพนม โดยคัดเลือกพื้นที่ ทำการศึกษาในหมู่บ้าน ที่มีการฆ่าตัวตายและหมู่บ้านที่ปลอดการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คนในชุมชนทั้ง 2 แห่ง เห็นการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวไม่เกี่ยวกับชุมชน จึงไม่ได้มีแนวทางหรือมาตรการใด ๆ เป็นกรณีพิเศษในการป้องกันและช่วยเหลือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จึงมีผลกระทบต่อโครงการไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ต้องเริ่มจากชุมชน เพราะถือว่าชุมชนหรือชาวบ้านเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหาของเขาเอง<sup>๗</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเน้นระบบการบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่าง ๆ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และยังเป็น การสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน และชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน และการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ<sup>๘</sup>

เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังจากการอบรม ผู้นำชุมชน และมอบหมายงานให้กลุ่มคนเหล่านี้ไป

ค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยใช้แบบประเมินความเครียด และเมื่อดำเนินงานครบ 3 เดือน มีการนัดหมายประชุม เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน จากนั้นได้ให้กลุ่มผู้ที่ถูก ประเมินว่ามีความเครียดตั้งแต่ระดับสูงกว่าปกติ ปานกลางขึ้นไป เข้ารับการอบรมแกนนำครอบครัว ทั้งหมด (81 ราย) สำหรับกลุ่มที่มีความเครียดสูงกว่า ปกติเล็กน้อยให้เข้าอบรมเช่นกัน แต่ตามความสมัครใจ ก่อนการอบรมแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) คณะผู้วิจัยได้ประเมินความเครียดก่อนเข้ารับการอบรม พบว่า ระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปลด ลงเหลือ 8 ราย ทั้งนี้เนื่องจากผลการช่วยเหลือของ ผู้นำชุมชนในช่วง 3 เดือน จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มี ระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับ ผลการสำรวจ ภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2542 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าวิธีการคลายเครียดจะทำให้มี การเปลี่ยนแปลง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจในทางที่ ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยได้วางแผน ดำเนินงาน โครงการทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้นำชุมชน และ แกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) เพื่อศึกษาผลการ ดำเนินงานโครงการในภาพรวมอันจะนำไปสู่การ พัฒนาคู่มือในการดำเนินงาน โครงการพัฒนารูปแบบ การส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตและเป็นจุดเริ่มต้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปโดยเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการช่วยเหลือจากผู้นำชุมชนเพียง อย่างเดียว กับกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการช่วยเหลือทั้งจาก ผู้นำชุมชน และร่วมกับการได้รับการอบรมด้วยว่ามี ผลการดำเนินงานแตกต่างกันหรือไม่

ผลการดำเนินงานในการช่วยเหลือผู้มีความ เครียดในชุมชน พบว่า แกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความ เครียดที่ได้รับการประเมิน) ที่ได้รับการช่วยเหลือตาม โครงการเมื่อประเมินผลหลังสิ้นสุดโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความคิดเห็นว่า เมื่อมีความรู้เรื่อง ความเครียด มีทักษะการคลายเครียดช่วยให้เข้าใจตนเอง

เมื่อเวลาที่มีความเครียด และสามารถนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว ทำให้ระดับความ เครียดลดลง การศึกษานี้ได้ผลใกล้เคียงกับการเฝ้า และ คณะ<sup>9</sup> ซึ่งศึกษาเรื่อง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตใน ระดับปฐมภูมิ การออกแบบและการให้บริการตาม โปรแกรมการจัดการกับความเครียดทั่วไป โดยมีกลุ่ม เป้าหมายคือ ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในชุมชน พบว่า ก่อน เริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดสูงกว่า ค่าปกติและเมื่อเข้าร่วมในโปรแกรมสิ้นสุด ระดับความ เครียดลดลง และมีประสิทธิผลในการจัดการกับความ เครียดเพิ่มขึ้นจากเดิม สอดคล้องกับ ชวรัชช์ กฤษณะประกฤษ<sup>10</sup> กล่าวว่า การผ่อนคลายความเครียด คือ การที่ร่างกาย จิตใจเป็นอิสระจากความตึงเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระเกิดการ เปลี่ยนแปลงของความเครียด การรับรู้และอารมณ์ใน ทิศทางที่เกิดความสงบ มีสมาธิ เป็นสุข ทำให้เกิดความ คิดสร้างสรรค์ และการฝึกผ่อนคลายเป็นทักษะทำให้ บุคคลมีความรู้สึกละลาย พัฒนาความมั่นใจในการ ควบคุมตนเอง (Self control) สามารถจัดการตนเอง (Self mastery) ได้

## สรุป

รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนที่ได้ คือ ผู้นำชุมชนค้นหาผู้มีความเครียด ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดแล้วให้การช่วยเหลือ ถ้ามีความเครียดสูงจะส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขดูแล ต่อไป ผู้ที่มีความเครียดสูงจะได้รับการเฝ้าระวังอย่าง ต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน

ผลการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน มีผู้นำชุมชนเข้ารับการอบรม 138 คน หลังการอบรมผู้นำชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ผู้นำชุมชนได้ประเมินวิเคราะห์ความ เครียดและให้ความช่วยเหลือแก่ประชาชนในชุมชนมี การจัดอบรมแกนนำครอบครัวและติดตาม ให้ความ

ช่วยเหลือแกนนำครอบครัวที่มีความเครียดสูงกว่าปกติ  
ผลหลังการอบรม 3 เดือน พบว่า แกนนำครอบครัวมี  
ความเครียดลดลง สามารถนำความรู้ไปให้คำแนะนำ  
ช่วยเหลือผู้อื่นในครอบครัวชุมชนต่อไปได้ถึงร้อยละ  
77.8

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์อัครเดช เพ็ญศิริ นายแพทย์  
สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น นายแพทย์พิเชษฐ  
ลิละพันธุ์เมธา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร  
ที่เอื้ออำนวยและสนับสนุนการดำเนินงานโครงการ  
ในพื้นที่ รศ.น.พ.ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ คณะ  
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผศ.ดร.สมพร  
รุ่งเรืองกลกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
ขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษา และให้ข้อเสนอแนะ  
อย่างดียิ่งและกรมสุขภาพจิตที่ให้ทุนสนับสนุน การ  
วิจัยในครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช  
สำหรับพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วงศ์กมล  
โปรดักชั่น จำกัด; 2542.
2. วราภรณ์ จงเจริญ. วิวัฒนาการสุขภาพจิตและการรักษา  
พยาบาลจิตเวช.ใน: จีวีวรรณ สัตยธรรม,บรรณาธิการ. การ  
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.กรุงเทพมหานคร: ยูทธรินทร์

การพิมพ์ จำกัด; 2539.

3. สุจิตต์ สุวรรณชีพ. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับ  
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.ขอนแก่น: โรงพยาบาล  
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2527.
4. อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต.กรุงเทพมหานคร:พิมพ์ดี; 2540.
5. มานิดา สิงห์จิตต์, อัญชลี ศิลาเกษ, จิรัชกร ฌัฏฐังสี, ศักดา  
จำคม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือ  
ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย.อุบลราชธานี:  
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2542.
6. คารณิ ตั้งตรงนิมิตร, วิระมล กาสังค์, สุวิภา พลหนองหลวง,  
ปิยาณี บุณณสัมฤทธิ์. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน  
และช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย  
จังหวัดนครพนม.นครพนม:สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
นครพนม; 2542.
7. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์.การมีส่วนร่วมของประชาชนในการ  
พัฒนา.กรุงเทพมหานคร:ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547.
8. กรมสุขภาพจิต.ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับ  
จังหวัด ปี พ.ศ. 2542 (รายงานเบื้องต้น).นนทบุรี:กองแผนงาน;  
2543.
9. Carmen G, Jim M, Meeta P. primary prevention for mental  
health:design and delivery of a generic stress management  
program.Available from:[http://www.auseinet.flinders.edu.au/  
journal/vol1iss1/gregg.pdf](http://www.auseinet.flinders.edu.au/journal/vol1iss1/gregg.pdf). [2003 Dec 13].
10. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ. วิทยาความเครียดในทางจิตเวช  
ศาสตร์. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2544.