

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเทา อำเภอกำอู๋เทน จังหวัดนครพนม

วิรมณ กาสังส์<sup>(1)</sup> สุชาดา คงธนชัย<sup>(2)</sup> และสุรัชย์ เจริญ<sup>(2)</sup>

วันที่ได้รับต้นฉบับ : 11 เมษายน 2555  
วันที่ตอบรับการตีพิมพ์ : 6 สิงหาคม 2555

<sup>(1)</sup> ผู้รับผิดชอบบทความ : อาจารย์ประจำ  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม  
มหาวิทยาลัยนครพนม  
(โทรศัพท์ : 088-3213236, E-mail address:  
wiraman27@gmail.com)

<sup>(2)</sup> อาจารย์ประจำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือระยะระบุปัญหา ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตเป็นแบบประเมินสุขภาพจิตสำหรับงานสุขภาพจิตชุมชน กรมสุขภาพจิต คือดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย แบบวัดความเครียดสวนปรุงและแบบประเมินโรคซึมเศร้า เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล คือแนวคำถามการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสาระของข้อมูล ผลการวิจัย พบว่า การสำรวจปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.0 มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 22.0 มีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 41.2 มีความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 15.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.3 ผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามแผนการดำเนินงานของชุมชน พบว่าโครงการที่มีการดำเนินงานคือ โครงการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและประเพณีวัฒนธรรมของชุมชน เช่นโครงการอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี โครงการงานบุญประจำปี และโครงการอาสาพัฒนาชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน จะสำเร็จได้ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งภาคประชาชนและภาครัฐในชุมชน และเป็นแผนงานที่สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของคนในชุมชน

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต, การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Original Article

### Promoting mental health through community participation, Nong Tao, Tha Utane District ,Nakhon Phanom Province

Wiramon Garseewon <sup>(1)</sup> Suchada Kongthanachayo <sup>(2)</sup> and Surachai Chaniang <sup>(2)</sup>

Received Date : April 11, 2012  
Accepted Date : August 6, 2012

#### Abstract

<sup>(1)</sup> **Corresponding author** : Lecturer of Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University (Tel. 088-3213236, E-mail address: wiraman27@gmail.com)  
<sup>(2)</sup> Lecturer of Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University

This action research aimed to determine mental health problems of people in communities and implement mental health promotion by community participation. The 3 phases of implementation are problem identification, operation, and evaluation between July 2008–March 2009. Tools for surveying mental health problems consisted of Mental Health Evaluation Form for Community Health Activities from Mental Health Department, Thai's Happiness Index, Suan Prung's Stress Evaluation Form, and Depression Evaluation Form. Focused Group Interview, in-depth Interview, descriptive statistics, qualitative data analysis were used to evaluate the program. It was found that: 48% of the sample group were as happy as other people and 22.0% were less happy than people in general; 41.2% were highly stressed; 15.3% were seriously stressed; 7.3% were depressed, mental health promotion plan for the community. The project implementation is consistent with the lifestyle and culture of the community. Traditional programs, such as the annual merit. And community the program harmonized with the people's way of life. Success of the program, which harmonized the people's demand, depended on community participation, community's leaders and government agency supporting.

**Keyword:** *mental health promotion, community participation*

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจการเมือง การปกครอง และสังคมรอบด้านล้วนส่งผลต่อการเกิดปัญหาทางจิตที่คุกคามคุณภาพชีวิตทั้งตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแล จากรายงานองค์การอนามัยโลกพบว่าประชากรโลกมากกว่า 450 ล้านคนที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตและพฤติกรรมผิดปกติ (World Health Organization, 2001) ปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและมีภาระโรคสูงส่งผลกระทบต่อทั่วโลกในทุกกลุ่มอายุ ทุกวัฒนธรรมและเศรษฐกิจสังคม (World Federation for Mental Health, 2009) การศึกษาสุขภาพจิตของคนไทยปี 2544 2546 และ 2548 พบว่าผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น เนื่องจากในช่วงระหว่างการสำรวจประเทศไทยประสบกับปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจค่อนข้างมาก น้ำมันในตลาดโลกมีราคาสูงขึ้นทำให้ค่าครองชีพสูงขึ้นแต่รายได้ยังคงเดิม ส่งผลกระทบต่อประชาชนทำให้ผู้มีสุขภาพจิตลดลง ส่วนการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2550 พบว่าคนไทยมีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 75.4 สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ ร้อยละ 24.6 ผู้ที่มีความทุกข์ใจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าไม่มีปัญหา 2.9 เท่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหา 2.2 เท่า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552) ข้อมูลการป่วยด้วยโรคที่สำคัญ จากการรายงานผู้ป่วยในรายโรค (รง.506) ปี 2542-2551 พบว่าโรคจิตและพฤติกรรมเป็นกลุ่มโรคที่สำคัญและพบบ่อยในประชาชนไทย โดยมีแนวโน้มที่สูงขึ้นในอัตราที่ต่อเนื่อง (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) โดยมีสถานการณ์ปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิต ในช่วงปี 2551 คือผลกระทบจากเศรษฐกิจโลกที่ราคาน้ำมันในตลาดโลกปรับตัวสูงขึ้นจาก 99 ดอลลาร์ต่อบาร์เรล ในเดือนมกราคม 2551 เป็น 145 ดอลลาร์ต่อบาร์เรล ในเดือนกรกฎาคม 2551 ส่งผลให้เกิดภาวะเงินเฟ้อทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย ทำให้การขยายตัวทางเศรษฐกิจชะลอตัวอย่างรุนแรงช่วงครึ่งหลังของปี 2551 นอกจากนี้ยังมีปัญหาความไม่สงบทางการเมืองและไม่มีเสถียรภาพทางการเมือง (กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ, 2552) ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนคนไทยทุกระดับทั้งในเขตชนบทและเขตเมือง จึงมีความจำเป็นต้องมีการค้นหาปัญหาและสร้างเสริมสุขภาพจิตประชาชนเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงเกิดผลกระทบต่อ

ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนจึงต้องใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำและคนในชุมชน ในการแสดงความคิดเห็น กำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหา ร่วมรับผิดชอบการดำเนินงาน (สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2546) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม จึงได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม ซึ่งเป็นอำเภอที่ห่างจากอำเภอเมืองเพียง 25 กิโลเมตร แต่ตำบลหนองเทาห่างจากอำเภอเมืองประมาณ 65 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดแนวชายแดนเลียบริมแม่น้ำโขง เป็นตำบลที่อยู่ห่างไกลเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต จึงได้มีการหารือร่วมกับแกนนำชุมชน สำรวจปัญหาสุขภาพจิตและร่วมกันวางแผนดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม และดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพจิต และดำเนินงานเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม ดำเนินงานเป็น 3 ระยะ คือ ระยะระบุปัญหา มีการประชุมหารือร่วมกับแกนนำชุมชน ศึกษาบริบทชุมชน และสำรวจปัญหาสุขภาพจิต ส่วนระยะดำเนินการ มีการอบรมให้ความรู้ และจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation-Influence-Control)

- A: Appreciation ทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในอดีต และเข้าใจสภาพการณ์ในปัจจุบันในด้านปัญหาสุขภาพจิต และกำหนดภาพฝันที่ต้องการ

- I : Influence ระดมสมองจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้บรรลุภาพฝันที่ต้องการ และจัดลำดับความสำคัญของโครงการ

- C : Control กำหนดผู้รับผิดชอบและแหล่งสนับสนุนงบประมาณ

แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานและระยะประเมินผลการดำเนินงานโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในการสำรวจปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ประชากรในตำบลหนองเทา อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครพนม ที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป จำนวน 2,915 คน

กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 N \pi (1 - \pi)}{Z_{\alpha/2}^2 \pi (1 - \pi) + Nd^2}$$

เมื่อ

- n = ขนาดตัวอย่าง
- N = ประชากร จำนวน 2,915 คน
- $Z_{\alpha/2}$  = 1.96 เมื่อ  $\alpha = 0.05$
- $\pi$  = สัดส่วนของประชากรที่ต้องการศึกษา = 10%
- d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ = 5%

เมื่อแทนค่าในสูตรจะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 132 คน แต่เพื่อความเหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้จึงใช้ขนาดตัวอย่างจำนวน 150 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ตัวแทนครัวเรือนในทุกหมู่บ้าน รวม 8 หมู่บ้าน ครัวเรือนละ 1 คนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปและสามารถตอบคำถามด้วยตนเอง ตามสัดส่วนประชากร

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการอบรมความรู้สุขภาพจิต คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ ผู้นำชุมชนและตัวแทนชาวบ้านทุกหมู่บ้านใน 8 หมู่บ้านๆ ละ 8 คน รวมจำนวน 80 คน ส่วนการจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชนโดยใช้กระบวนการ AIC คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ในทุกหมู่บ้าน 8 หมู่บ้าน ตามคุณสมบัติ คือเป็นผู้ใหญ่บ้านหรือผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และตัวแทนชาวบ้าน ที่ผ่านการอบรมความรู้สุขภาพจิต รวม 50 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ให้ข้อมูลคนสำคัญ (key informant) เป็นผู้ผ่านการอบรมและจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชน หมู่บ้านละ 2-3 คน รวม 18 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึก ชาวบ้านทั่วไป จำนวน 8 คน

### เครื่องมือที่ใช้และการตรวจสอบคุณภาพ

ประกอบด้วย

(1) แบบสัมภาษณ์ปัญหาสุขภาพจิต แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามปลายปิด มีจำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพสมรส ตำแหน่งทางสังคม รายได้ ภาวะสุขภาพ ปัญหาที่ไม่สบายใจในครอบครัว ปัญหาที่ไม่สบายใจในชุมชน วิธีแก้ไขปัญหาเมื่อไม่สบายใจ และเป็นคำถามปลายเปิด มีจำนวน 4 ข้อคือ ปัญหาที่ไม่สบายใจในปัจจุบัน การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในชุมชน ความไม่สบายใจในปัญหาสถานการณ์ของประเทศในปัจจุบัน และความต้องการให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน/หมู่บ้าน

ส่วนที่ 2 ดัชนีชี้วัดความสุข ของกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยอภิชัย มงคล จำนวน 15 ข้อ ให้เลือก 4 ระดับ คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด

การให้คะแนนกลุ่มที่ 1 ได้แก่ ข้อ 1 2 4 5 6 7 9 10 11 13 14 15 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	0	คะแนน
เล็กน้อย	1	คะแนน
มาก	2	คะแนน
มากที่สุด	3	คะแนน

การให้คะแนนกลุ่มที่ 2 ได้แก่ ข้อ 3 8 12 แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้

ไม่เลย	3	คะแนน
เล็กน้อย	2	คะแนน
มาก	1	คะแนน
มากที่สุด	0	คะแนน

การแปลผล เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้

คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)

คะแนน 26 คะแนน หรือน้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสวนปรุง จำนวน 20 ข้อ มีตัวเลขให้เลือกระดับความเครียด 1 ถึง 5 คะแนน โดยมีความหมาย ดังนี้

- 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด
- 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย
- 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง
- 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก
- 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด

**การแปลผล** เมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ ดังนี้

1) คะแนน 0-23 คะแนน มีความเครียดในระดับน้อย (mild stress) หมายถึง ความเครียดระดับน้อยๆ และหายไปในระยะเวลายันสั้น เป็นความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ความเครียดระดับนี้ไม่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต บุคคลมีการปรับตัวอย่างอัตโนมัติ เป็นการปรับตัวด้วยความเคยชิน และการปรับตัวต้องการพลังงานเพียงเล็กน้อย เป็นภาวะที่ร่างกายผ่อนคลาย

2) คะแนน 24-41 คะแนน มีความเครียดในระดับปานกลาง (moderate stress) หมายถึง ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันเนื่องจากมีสิ่งคุกคาม หรือพบเหตุการณ์สำคัญๆ ในสังคม บุคคลจะมีปฏิกิริยาตอบสนองออกมาในลักษณะความวิตกกังวล ความกลัว ฯลฯ ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติทั่วไป ไม่รุนแรงจนก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย เป็นระดับความเครียดที่ทำให้บุคคลเกิดความกระตือรือร้น

3) คะแนน 42-61 คะแนน มีความเครียดระดับสูง (high stress) เป็นระดับที่บุคคลได้รับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดสูง ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในระยะเวลายันสั้นถือว่าอยู่ในเขตอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง เกิดโรคต่างๆ ภายหลังได้

4) คะแนน 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับรุนแรง (severe stress) เป็นความเครียดระดับสูงที่ดำเนินติดต่อกันมาอย่างต่อเนื่องจนทำให้บุคคลมีความล้มเหลวในการปรับตัว เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หหมดแรง ควบคุมตนเองไม่ได้ เกิดอาการทางกาย หรือโรคภัยต่างๆ ตามมาได้ง่าย

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินโรคซึมเศร้า มีข้อความ 2 ส่วน คือ ส่วน ก มี 1 ข้อ 2 คะแนน ให้เลือกตอบ มีหรือไม่มี ส่วน ข มี 7 ข้อ ๑ ละ 1 คะแนน ให้เลือก มีหรือไม่มีอาการตามแบบประเมิน

#### การแปลผล

- ถ้าตอบ มี ในส่วน ก และมีใน ส่วน ข 3 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้ามากให้ส่งต่อแพทย์เพื่อทำการรักษา

- ถ้าตอบ มี ในส่วน ก และมีใน ส่วน ข จำนวน 1-2 ข้อขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า ควรให้การปรึกษา

#### (2) แนวทางการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน 7 ข้อ

- สุขภาพจิตหมายถึงอะไร
- การสร้างเสริมสุขภาพจิตหมายถึงอะไร
- การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน/หมู่บ้าน

ของท่านทำอย่างไรบ้าง

- ท่านมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนท่านอย่างไรบ้าง

- ท่านสร้างเสริมสุขภาพจิตในครอบครัวท่านอย่างไร

- เวลาท่านเครียดท่านจัดการอย่างไร

- ท่านมีข้อเสนอในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตอย่างไร

#### กำหนดการประชุมจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชน

8.00-8.30 น. นำเสนอสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตจากการสำรวจ

8.30-9.30 น. แบ่งกลุ่มรายหมู่บ้าน วาดภาพสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในอดีต และส่งตัวแทนรวบรวมเป็นภาพใหญ่ของตำบล

9.30-10.00 น. รวมกลุ่มใหญ่นำเสนอสภาพการณ์ปัญหาในปัจจุบันของตำบล

10.00-10.30 น. แบ่งกลุ่มรายหมู่บ้าน วาดภาพพื้นที่ที่ต้องการเป็นหมู่บ้านสุขภาพจิตดีและส่งตัวแทนรวบรวมเป็นภาพใหญ่ของตำบล

10.30-11.00 น. นำเสนอกิจกรรมใหญ่ภาพพื้นที่ต้องการของตำบล

11.00-12.00 น. แบ่งกลุ่มย่อยรายหมู่บ้านจัดทำแนวทางบรรลุภาพพื้นที่ต้องการรายหมู่บ้าน และส่งตัวแทนรวบรวม เป็นภาพของตำบล

12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน

13.00-13.30 น. นำเสนอกิจกรรมใหญ่ในแนวทางการบรรลุภาพพื้นที่ต้องการ

13.30-14.00 น. สมาชิกช่วยกันลงคะแนนเพื่อจัดลำดับความสำคัญของโครงการตามความเร่งด่วนความสามารถในการแก้ปัญหา และขนาดของปัญหา

14.00-15.00 น. กำหนดผู้รับผิดชอบ นำเสนอโครงการ และแหล่งสนับสนุนงบประมาณ

15.00-16.00 น. ร่วมกันทบทวนแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย

(1) **ข้อมูลเชิงปริมาณ** หาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช คือ จิตแพทย์ 1 คนพยาบาลจิตเวช 2 คน หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข ให้มีความชัดเจน และครอบคลุมเหมาะสมยิ่งขึ้น และหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยนำเครื่องมือที่หาความตรงแล้วไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในชุมชนหนองบึกอำเภอเมืองนครพนม จำนวน 30 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ในส่วนดัชนีชี้วัดความสุข และแบบวัดความเครียด นำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 และ 0.84 ตามลำดับ

(2) **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** นำข้อมูลที่ได้จากการตรวจสอบ โดยใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า ประกอบด้วย

2.1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล

2.2) การตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลบุคคลที่ต่างกัน ประกอบด้วย

- การตรวจสอบข้อมูลในสถานที่ต่างกัน
- การตรวจสอบข้อมูลในเวลาที่แตกต่างกัน

2.3) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย โดยใช้ผู้เก็บข้อมูลที่ต่างกัน มีการเปลี่ยนตัวผู้เก็บข้อมูล เพื่อตรวจสอบว่า ได้รับข้อมูลครบถ้วน และตรงกันหรือไม่ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้ผู้เก็บข้อมูล จำนวน 3 คน

2.4) ตรวจสอบสามเส้า ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกัน โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก

### การรวบรวมข้อมูล

(1) ติดต่อประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนชาวบ้าน เพื่อขอความร่วมมือและร่วมดำเนินการรวบรวมข้อมูล

(2) การสำรวจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับตัวแทนชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข และนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตชั้นปีที่ 4 ที่ผ่านการเตรียมความพร้อมและชี้แจงรายละเอียด โดยการสัมภาษณ์

(3) การประเมินผลการดำเนินงาน ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงการเข้าร่วมศึกษาครั้งนี้ว่า สามารถเข้าร่วมดำเนินงานได้โดยสมัครใจ และการให้ข้อมูลเป็นสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง สามารถยกเลิกการให้ข้อมูล หรือยกเลิกการเข้าร่วมดำเนินงานได้ในระหว่างการตอบคำถามหรือการดำเนินงานโดยไม่มีเงื่อนไข ข้อมูลที่ได้ถือว่าเป็นความลับ การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวม และข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์และวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ตามเนื้อหาสาระ

### ผลการวิจัย

#### การดำเนินงาน ระยะที่ 1 ระยะระบุปัญหา

มีการประชุมร่วมกับแกนนำชุมชน คือ กำนันผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน จำนวน 25 คน การสำรวจปัญหาสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุระหว่าง 40-49 ปี มีร้อยละ 23.3 อายุต่ำสุด 17 ปี อายุสูงสุด 86 ปี SD=15.95 มีโรคประจำตัวร้อยละ 42.7 ส่วนมากเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 26.6 ปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจในปัจจุบันคือปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 49.3 กลุ่มตัวอย่าง ต้องการให้มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนโดยทำบุญตักบาตรร่วมกัน เข้าวัดฟังธรรม คนในหมู่บ้านทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น ออกกำลังกาย แข่งกีฬา ส่งเสริมอาชีพ กลุ่มตัวอย่างต้องการให้มีโครงการรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพ ตรวจสอบสุขภาพฟรี ตรวจสอบสุขภาพผู้สูงอายุ อยากรับความรู้สุขภาพทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การสำรวจปัญหาสุขภาพจิต

โดยใช้ดัชนีชี้วัดความสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 30.0 ส่วนการวัดระดับความเครียดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเครียดระดับ ปานกลาง ร้อยละ 42.7 รองลงมา ความเครียดระดับสูง มีร้อยละ 41.3 ความเครียดระดับรุนแรง มีร้อยละ 15.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 7.3

## การดำเนินงานระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน

(1) การจัดอบรมความรู้สุขภาพจิตชุมชน จากผลการสำรวจปัญหาและความต้องการการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการได้รับความรู้ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตจึงได้มีการอบรมสร้างเสริมสุขภาพจิตให้กับตัวแทนในทุกหมู่บ้าน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มชาวบ้าน 8 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน และมีผู้จัดทำแบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม จำนวน 56 คน ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการฝึกอบรมส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน โดยคะแนนหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมเล็กน้อยคือ ผู้ที่มีระดับความรู้สูงก่อนการอบรมมี 48 คนคิดเป็นร้อยละ 85.7 ผู้ที่มีระดับความรู้ระดับสูงหลังการอบรม 50 คนคิดเป็นร้อยละ 89.3

(2) การจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชน หลังจากอบรมให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในวันต่อมาจึงได้มีการจัดทำแผนสุขภาพจิตชุมชน โดยตัวแทนหมู่บ้านจาก 8 หมู่บ้าน จำนวน 50 คน โดยใช้กระบวนการ AIC คือ

- A: Appreciation ร่วมกันทบทวนสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในอดีต และเข้าใจสภาพการณ์ในปัจจุบันในด้านปัญหาสุขภาพจิต และกำหนดภาพฝัน ที่ต้องการ

- I: Influence ร่วมกันระดมสมองจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตรายหมู่บ้านเพื่อให้บรรลุภาพฝันที่ต้องการ และจัดลำดับ ความสำคัญของโครงการ

- C: Control กำหนดผู้รับผิดชอบและการดำเนินงาน ผลการจัดทำแผนมีโครงการระดับหมู่บ้าน ๆ ละ 1 โครงการ รวม 8 โครงการ โดยหมู่ที่ 1, 5 โครงการส่งเสริมอาชีพ หมู่ที่ 2, 4 โครงการออกกำลังกาย หมู่ที่ 3, 8 โครงการลานกีฬาออกกำลังกาย หมู่ที่ 6 โครงการอนุรักษ์ วัฒนธรรม ประเพณี หมู่ที่ 7 โครงการงานบุญประจำปี

โครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตของตำบล เรียงตามความสำคัญดังนี้

1. โครงการลานกีฬาต้านยาเสพติด
2. โครงการอนุรักษ์วัฒนธรรม
3. โครงการส่งเสริมอาชีพ
4. โครงการอาสาพัฒนาชุมชน
5. โครงการสายสัมพันธ์ ครอบครัวชุมชน
6. โครงการศูนย์เรียนรู้สุขภาพจิตชุมชน

(3) การดำเนินงานตามแผน โดยการทำงานตามโครงการที่ได้ระบุไว้ตามแผนตามแนวทางที่ชุมชนได้ร่วมกันวางแผนไว้ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในแต่ละหมู่บ้านให้การดูแลและให้คำแนะนำปรึกษาพร้อมกับเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล

(4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน มีการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างการทำงาน โดยตัวแทนผู้ที่จัดทำแผนการทำงานจากทุกหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพจิต ของหมู่บ้านและตำบลที่เสนอจัดทำแผนมีการดำเนินงาน ในด้านการอนุรักษ์วัฒนธรรม ประเพณี เช่น การทำบุญประจำปี ทำบุญตักบาตรร่วมกัน ส่วนการออกกำลังกาย การส่งเสริมอาชีพ และโครงการอื่น ๆ ยังไม่ได้ดำเนินงานเป็นรูปธรรม ผู้เข้าประชุมจึงเสนอให้สถานีอนามัยประชุม อสม.และชาวบ้าน และเป็นแกนนำพาออกกำลังกายร่วมกันแล้วจึงขยายไปกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป ส่วนโครงการส่งเสริมอาชีพ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลเสนอให้สมาชิกรวมกลุ่มกันให้เห็นผลงานก่อนแล้วจึงจะเสนอแผนสนับสนุนงบประมาณต่อไป

## การดำเนินงานระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการดำเนินงาน

มีการประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการที่ชุมชนร่วมกันวางแผน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการดำเนินงานพบว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนที่ดำเนินงานได้ส่วนมากเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม ประเพณี และไม่ได้ใช้งบประมาณจากราชการ หรือมีงบประมาณสมทบเป็นบางส่วน เช่น โครงการอนุรักษ์ วัฒนธรรม ประเพณี โครงการงานบุญประจำปี ทำบุญประเพณี ตามโอกาสสำคัญทางพุทธศาสนา และโครงการอาสาพัฒนาชุมชน

## บทสรุปและอภิปรายผล

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ในด้านดัชนีชี้วัดความสุข พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ

48.0 รองลงมาคือมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 30.0 ซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 78.0 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2550 ของอภิชัย มงคล และคณะ (2552) พบว่า คนไทยมีสุขภาพจิตปกติ ร้อยละ 75.4 ส่วนการวัดระดับความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดระดับสูง ร้อยละ 41.2 ความเครียดระดับรุนแรง ร้อยละ 15.1 เมื่อรวมผู้ที่มีภาวะเครียดระดับสูงและรุนแรง พบว่ามีกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างคือ ร้อยละ 56.3 ใกล้เคียงกับการศึกษาของนิത്യ ทองเพชรศรี, สุรพันธ์ ปราบกริ, และ สุริ ชาติรัตน์ (2548) ศึกษาภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิต ของประชาชน ใน 4 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดปานกลางร้อยละ 34.32 ความเครียดระดับสูงร้อยละ 28.84 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของสมชาย จักรพันธ์ และคณะ (2549) รายงานการสำรวจความเครียดของคนไทย พ.ศ. 2546 จากกลุ่มตัวอย่าง 10,660 คน ในพื้นที่ 4 ภาคและกรุงเทพมหานคร พบว่า มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 33.2 และเครียดมากร้อยละ 8 ผลการวิจัยครั้งนี้สาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดสูงเนื่องจากเป็นช่วงที่ราคาน้ำมันเพิ่มสูงขึ้นมาก ส่งผลให้รายได้ลดลง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาที่ทำให้ไม่สบายใจมากที่สุดคือปัญหาด้านเศรษฐกิจถึงร้อยละ 49.3 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัวถึงร้อยละ 42.7 ประกอบกับเป็นช่วงที่มีความขัดแย้งทางการเมืองมีการประท้วงเป็นระยะเวลานาน ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้รายงานปัญหาทางจิตมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางสังคม การทำงาน การดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยทางกาย และการละเมิดสิทธิมนุษยชน (World Health Organization, 2010) และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ไม่มีปัญหา 2.2 เท่า (อภิชัย มงคล และคณะ, 2552)

ผลการสร้างเสริมสุขภาพจิตโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่าโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตวัฒนธรรม ประเพณี ของชุมชน จะมีการดำเนินงานมากที่สุด สอดคล้องกับการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยการ ร่วมกันทำบุญตักบาตร เข้าวัดฟังธรรม ทำสมาธิ ทำบุญประจำปี และพัฒนาหมู่บ้าน ซึ่งเป็นไปตามแผนของชุมชนที่ร่วมกันวางแผนไว้ ดังนั้นในการดำเนินงานสร้างเสริม

สุขภาพจิตในชุมชนจะสำเร็จได้ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนทั้งภาคประชาชน คือชาวบ้าน แกนนำหมู่บ้านและส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น สถานีอนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้มีส่วนร่วมดำเนินการตั้งแต่การคิด การวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และควรเป็นแผนงานที่สอดคล้องกับความต้องการ และวิถีชีวิตของคนในชุมชน เนื่องจากการมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ดีที่สุดที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการทำงานร่วมกันในทุก ๆ กิจกรรม (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์, 2550) และสมาชิกได้มีโอกาสกำหนดจุดหมายที่ตนเองสามารถควบคุมได้ในการดำเนินงาน (Zakus & Lysack, 1998)

### ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

(1) ควรมีการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการคลายเครียดในชุมชนเพื่อเตรียมความพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เพื่อป้องกันความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตที่จะเกิดขึ้นต่อไป

(2) การดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนควรให้ชุมชนเป็นผู้คิดวางแผนเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและความต้องการของชุมชน แต่การดำเนินงานที่เข้มแข็งและมีพลังอย่างเป็นรูปธรรมควรได้รับการสนับสนุนจากภาคราชการในชุมชน เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หรือสถานีอนามัย

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญในการตรวจเครื่องมือวิจัยในครั้งนี้คือ นพ.ดร.พิทักษ์พล บุญมาลิก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นางสาวไพวรรณ เหล่าวัฒนาถาวร นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม นางสาวศศิธร สายชาลี รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ นางจุฑามาศ วังทะพันธ์ หัวหน้างานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโรงพยาบาลนครพนม และขอขอบคุณ สาธารณสุขอำเภอท่าอุเทน นายก้องเกียรติการบริหารส่วนตำบล หนองเทา ประชาชน และผู้นำชุมชนตำบลหนองเทา หัวหน้าสถานีอนามัยและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการประสานงาน การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล การรวบรวมข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

- กองทุนบำเหน็จ บำนาญข้าราชการ. (2552). เศรษฐกิจโลก เศรษฐกิจไทยและผลกระทบต่อผลตอบแทนของกบข. วารสาร กบข., 9 (1), 3-4.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์. (2550). การจัดการสาธารณสุขในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 6. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- นิตย์ ทองเพชรศรี, สุรพันธ์ ปราบกรี่, และสุริ ชาติรัตน์. (2548). ภาวะเครียดและความต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ต่อสถานการณ์ความไม่สงบ. สงขลา: ศูนย์สุขภาพจิตที่ 12 สงขลา กรมสุขภาพจิต.
- สมชาย จักรพันธ์ และคณะ. (2549). สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2547 –2548. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมการเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2551. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อุดมศึกษา.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2552). สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2550. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 17(2), 104-116.
- World Health Organization. (2001). **World health report 2001**. Geneva: World Health Organization.
- World Federation for Mental Health. (2009). **World Mental Health Day**. Retrieved December 16, 2010, from <http://www.wfmh.org/WMHD%2009%20Languages/ENGLISH%20WMHD09.pdf>
- World Health Organization. (2010). **Mental health: Strengthening our response**. Geneva: World Health Organization.
- Zakus, J.D. & Lysack, C.L. (1998). Revising community participation. **Health policy and Planning**, 13(1), 1-12.

