

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

โดย

น.พ.ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์

น.พ.อภิชัย มงคล

น.พ.ทวี ตั้งเสรี

นางวัชณี หัตถพนม

นางสุวดี ศรีวิเศษ

นางวิภาดา คณะไชย

ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ปีงบประมาณ 2546

เลขทะเบียน	0050313
วันที่	
เลขเรียกหนังสือ	ก. กค 30.6
✓ 464 ก ๘๘๔๔	๙.4

รายงานการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

โดย น.พ.ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์
 น.พ.อภิชัย มงคล
 น.พ.ทวี ตั้งเสรี
 นางวัชณี หัตถพนม
 นางสุวดี ศรีวิเศษ
 นางวิภาดา คณะไชย

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
 สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

รายงานการวิจัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
ในชุมชน. - - ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2547.
102 หน้า.

1. สุขภาพจิต. I. ปราชญ์ บุญยวงศ์โรจน์. II. ชื่อเรื่อง.

362.2

ISBN 974-92707-9-7

พิมพ์ครั้งที่ 1 16 กันยายน 2547

จำนวน 250 เล่ม

พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์ 95 ถ.รื่นรมย์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

บทคัดย่อ

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษารูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน 2) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในพื้นที่ที่ดำเนินการ

วิธีดำเนินการศึกษา 1) สํารวจผู้มีปัญหาสุขภาพจิต คัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมโครงการ 1.1) ประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อชี้แจงโครงการ 1.2) ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อชี้แจงแผนการดำเนินการ 1.3) ประชุมชี้แจงเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล แกนนำชุมชน ที่ถูกคัดเลือก ชี้แจงแผนการปฏิบัติงาน และร่วมกำหนดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการทํา Focus group ในชุมชน ถาถามปัญหา ความต้องการและรูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดย 2.1) วางแผนจัดทำคู่มือ แผนการอบรม แนวทางการดำเนินการ 2.2) ประสานงานกับเครือข่ายฯ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ให้ เครือข่าย แกนนำชุมชน องค์กรเอกชน เพื่อให้ความร่วมมือ 2.3) จัดอบรมแกนนำชุมชน โดยการ ให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลาย วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด 2.4) ประชุมแกนนำ ชุมชนเพื่อประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน ในการค้นหาผู้ที่มีภาวะเครียดและ การช่วยเหลือ 2.5) จัดอบรมแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีภาวะเครียดที่ค้นหาได้) ให้มีความรู้เรื่อง ความเครียดการประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลาย วิธีการเผชิญปัญหา 2.6) ประชุมเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีภาวะเครียด) 2.7) ประชุม เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการ ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546

ผลการวิจัย 1) ได้แนวทางการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน คือ ผู้นำชุมชน ค้นหาผู้ที่มีความเครียด ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดว่าอยู่ในระดับใด ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด การแก้ ปัญหาที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนความคิด การผ่อนคลายความเครียด เป็นต้น และมีการ ประเมินผลหลังจากให้การช่วยเหลือ ถ้าพบว่ายังมีความเครียดสูงกว่าปกติ พิจารณาส่งให้ไปพบ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อการดูแลต่อไป 2) ผลการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม

ส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 52.9 และส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด ร้อยละ 89.1 และเมื่อประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน ได้ประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด พบว่ามีผู้ที่มีความเครียดปกติ ร้อยละ 59.1 (391 ราย) มีผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 26.8 (177 ราย) ผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 11.7 (77 ราย) และผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 2.4 (16 ราย) ได้ให้การช่วยเหลือและมีการส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 15 ราย (ได้รับยา 11 ราย) จากการจัดอบรมให้แก่ผู้ที่มีความเครียด จำนวน 81 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 มีอายุในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 35.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.1 สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดส่วนใหญ่ คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และจากการติดตามประเมินผลหลังจากการอบรม 3 เดือน พบว่าระดับความเครียดของผู้ที่มีความเครียดพบว่าลดลง จำนวนผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 57.1 เป็น ร้อยละ 81.8 ส่วนผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย สูงกว่าปกติปานกลางและสูงกว่าปกติมาก มีจำนวนลดลงจาก ร้อยละ 32.5 เป็นร้อยละ 15.6, ร้อยละ 7.8 เป็นร้อยละ 1.3 และ ร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 1.3 ตามลำดับ จากการศึกษายังพบว่า ผู้ที่มีความเครียด เมื่อใช้วิธีการคลายเครียดทำให้อารมณ์เย็นลงกว่าเดิม ร้อยละ 66.7

Abstract

The Development of a Model for Prevention and Promotion of Mental Health Problems in the Community. Objectives : 1) To develop a model to prevent mental health problems and promote better health in the community. 2) To study the results of the implementation, promotion and prevention of mental health problems in the given community.

Methodology : This is categorized as “research and development”. The research is divided into two parts as follow. 1) look for the people who have mental health problems and select the Tambons to join the project. 1.1) co-operate with the Provincial Health Doctor, other provincial health administrative staff, and other health network personnel to inform about the project and operational plans. 1.2) hold a meeting to inform health network personnel at the district and sub-district (Tambon) levels about the operational plans. The pattern of learning is then co-operatively established using “Focus group” strategy in the community to question, assess the community needs and issue the operational plans. 2) develop a model to promote mental health and prevent any mental health problems in the community by 2.1) produce the manual, training plans and operational strategies 2.2) communicate and inform the network personnel and other stake holders about the objectives 2.3) hold training sessions for the community leaders to provide knowledge concerning stress and management. 2.4) evaluation meeting after 3 and 6 months. This is to search for support those with stress and helping. 2.5) conduct the training session for the family leaders under stress to provide concerning knowledge. 2.6) hold a meeting to evaluate the project. The period of study is between October 1st 2002 - September 30th 2003.

Results :

1) ways to promote better mental health and prevent mental health problems in the community have been outlined. The community leaders search for those under stress using the “Stress Test”. Those found to have higher-than-average stress are treated using various ways for example, finding the cause of stress, applying the suitable solution, changing ways of thinking by positive thinking and using relaxation. Final assessment is done after the treatment. Anybody found to have higher than average stress is transferred to health personnel for another treatment.

2) It has been found that 52.9% of the trainees are community health volunteers. Among them, 89.1% have experienced some supports of the people under stress. From the assessment and evaluation after 3 and 6 months, the community leaders have assessed those under the risk of having stress and found that 59.1% (391 cases) have normal stress, 26.8% (177 cases) a little higher than average, 11.7% (77 cases) moderate higher than average, 2.4% (16 cases) much higher than average. 15 cases require initial supports and transferred because the problems are too complicated for the community volunteers to deal with them and 11 cases are treated with medication. From 81 cases under stress treated by training sessions, 86.4% are females. 35.8% are between 41 - 50 years of age. 82.7% finish primary schools. 74.1% are farmers. The cause of stress and tension is family problems, economic problems, drug dependence problems. After 3 months, evaluation is conducted. It is found that after the operation, the level of tension of those under stress and tension decrease. More people with normal level of tension increase from 57.1% to 81.8%. The number of people with higher than normal stress reduces from 7.8% to 1.3% and those higher than average from 2.6% to 1.3%. It was also found that 66.7% of those with stress when finding ways to relax become calm.

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนฉบับนี้
ได้รับความร่วมมือ และการสนับสนุนจากบุคลากรหลายท่าน ที่ช่วยให้การดำเนินงานวิจัยประสบ
ความสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณ นายแพทย์อัครเดช เพ็ญศิริ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น
นายแพทย์พิเชฐฐ สีสะพันธ์เมธา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รวมทั้งงานสุขภาพจิต
ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่สถานี
อนามัยตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยตำบลโนนหอม
อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่ให้การสนับสนุนและการประสานงานในการดำเนินโครงการ
ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างในเขตพื้นที่ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และ
ตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินโครงการเป็นอย่างดี

ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์

กันยายน 2547

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	5
ขอบเขตการวิจัย	5
นิยามศัพท์	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
ความหมายของสุขภาพจิต	7
การส่งเสริมสุขภาพจิต	8
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	10
วิธีการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	16
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ	24
กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	33
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
สถานที่ศึกษา	33
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	33
ขั้นตอนการดำเนินงาน	35
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	36
ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย	36

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	37
ผลของการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชน	37
ผลการอบรมโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหา	
สุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน	38
การประเมินผลหลังการอบรมการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหา	
สุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชนในระยะเวลา 3 เดือน 6 เดือน	42
ผลการอบรมการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	
ในชุมชนของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)	45
การประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว	
(ภายหลังการอบรม 3 เดือน)	50
ผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินงานโครงการ	
การพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	53
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	57
สรุปผลการวิจัย	58
อภิปรายผล	64
ข้อเสนอแนะ	69
บรรณานุกรม	73
ภาคผนวก	79

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=138)	38
2	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม ของผู้นำชุมชนจังหวัดขอนแก่น (n=52)	40
3	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม ของผู้นำชุมชนจังหวัดสกลนคร (n=68)	41
4	จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรม ต่อการจัดอบรม (n=128)	41
5	จำนวน และร้อยละของแกนนำครอบครัวจำแนกตาม ลักษณะข้อมูลทั่วไป (n=81)	46
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม ของแกนนำครอบครัวจังหวัดขอนแก่น (n=52)	47
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม ของแกนนำครอบครัวจังหวัดสกลนคร (n=25)	48
8	จำนวน และร้อยละของการประเมินความเครียด ก่อนและหลังการอบรม (3 เดือน) ของแกนนำครอบครัว (n=77)	48
9	จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแกนนำครอบครัว ที่มีต่อการจัดอบรม (n=77)	50
10	จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแกนนำครอบครัว ที่มีต่อโครงการ (n=81)	51
11	การเปรียบเทียบวิธีการคลายเครียดที่แกนนำครอบครัวใช้เป็นประจำ ก่อนและหลังเข้ารับการอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	52
12	จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของผู้นำชุมชน ที่มีต่อโครงการ (n=138)	54

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต	10
2	แสดงลำดับของกิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับ ที่ต้องปฏิบัติ	15
3	กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
4	ร้อยละของการประเมินความเครียดก่อนและหลังการอบรม ของแกนนำครอบครัว (n=77)	49
5	รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	65

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเพิ่มขึ้นของประชากร ชุมชนเมือง นครใหญ่ และความเจริญของวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เป็นผลให้เกิดการพัฒนาและขยายตัวทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา การคมนาคม การอุตสาหกรรม การเกษตรกรรมและการพาณิชย์กรรม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลเสียคือ ปัญหาต่างๆ ที่ตามมาและหลายปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเกินความสามารถของมนุษย์ที่จะแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ในด้านเศรษฐกิจมีปัญหาการว่างงาน รายได้ไม่สมดุลกับค่าครองชีพที่เพิ่มสูงขึ้นทุกวัน มนุษย์ทุกคนต้องต่อสู้ดิ้นรน เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงเหล่านี้ให้ได้ แต่ความสามารถของมนุษย์มีขอบเขตจำกัด เมื่อประสบปัญหาทำให้เกิดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ บางคนสามารถทำได้ หลายคนมีความอ่อนไหวเพิ่มขึ้น มีความวิตกกังวล หวาดกลัว เศร้าโศก เหนื่อยหน่าย ท้อแท้ สิ้นหวัง และหาทางออกด้วยการกระทำอัตวินิบาตกรรม (วีระ ไชยศรีสุข, 2533) สังคมมีลักษณะเป็นวัตถุนิยมมากขึ้น สถาบันครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่เปลี่ยนไป การช่วยเหลือเกื้อกูลกันมีน้อยลง ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมสะสมเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และทวีความรุนแรงในประเทศเพิ่มขึ้น ประชาชนที่ปรับตัวไม่ได้จะเกิดความเครียด มีการหาทางออกไม่เหมาะสม การทำร้ายกัน การหย่าร้าง การพึ่งพายาเสพติด การก่อมิจาชีพ การแก้ปัญหาที่ใช้ความรุนแรง โดยการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น เหล่านี้นับเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของคนในประเทศ (ศูนย์สุขภาพจิตเขต 2, 2542)

สุขภาพจิตมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับสถานการณ์ปัญหาในปัจจุบันต่างๆ มากมาย ทั้งปัจจัยแวดล้อมทางด้านเศรษฐกิจ การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ครอบครัว กระแสนิยมและความเชื่อ โดยโครงสร้างประชากรอัตราส่วนพึ่งพิงของประชากรในวัยเด็กมีแนวโน้มลดลง ส่วนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบว่าผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปมีอาการแสดงถึงภาวะสุขภาพจิตไม่ดี ร้อยละ 53.6 นอกจากนี้ทางด้านเศรษฐกิจได้เกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจขึ้นส่งผลกระทบต่อประชาชนโดยตรง ทั้งในด้านความเป็นอยู่และการมีงานทำ โดยพบว่ามีผู้ถูกปลดออกจากงานจำนวนมาก ร้อยละ 0.87 ในปี พ.ศ. 2540 เป็นร้อยละ 3.42 และ 2.98 ในปี พ.ศ. 2541 และ 2542 ตามลำดับ ภาวะการว่างงานของประชากรจำนวนมากนี้เอง ได้ส่งผลให้รายได้ไม่พอกับรายจ่าย กิจการขาดทุนหรือต้องปิดกิจการ เกิดความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายสูง ทำให้สถิติจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคจิตและปัญหาการฆ่าตัวตายทวีจำนวนมากขึ้น (ชัชวาล ชาติสุทธิชัย, 2543)

ปัญหาสุขภาพจิตที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากการศึกษาร่วมกันขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (Harvard University) ประเทศสหรัฐอเมริกาและธนาคารโลก (Murray, and Lopez, 1996) พบว่า ในอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลก โดยเฉพาะปัญหาโรคไร้เชื้อที่เกิดจากพฤติกรรม และแนวทางการดำเนินชีวิต จะเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เช่น โรคหัวใจ และโรคซึมเศร้า เป็นต้น เชื่อว่าโรคไร้เชื้อจะเป็นสาเหตุการตายของประชากรถึง 7 ใน 10 ราย ของการตายในประเทศกลุ่มที่พัฒนาแล้ว ซึ่งเรียกว่าเป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยา นอกจากนี้ผู้ศึกษาวิจัยยังได้รวบรวมสถิติของการเจ็บป่วยโดยคิดเป็นอัตราป่วยและอัตราตายของโรคต่างๆ ทั่วโลก นำมาวิเคราะห์และนำวิธีการวัดภาวะสุขภาพวิธีใหม่ โดยนำเอาความบกพร่องในบทบาทหน้าที่ หรือความพิการ (Disability) ที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ มาคิดรวมด้วย และได้ใช้วิธีการนี้วัดปัญหาสุขภาพโดยใช้คำว่า ภาระของโรค (Burden of disease) และได้ตีพิมพ์เผยแพร่การศึกษานี้ไปทั่วโลก ในปี ค.ศ. 1996 จากการศึกษาสถิติทางระบาดวิทยาของโรคต่างๆ รวมทั้งการวัดภาวะของโรคและการศึกษาคาดการณ์ไปอีก 20 ปีข้างหน้า พบว่าปัญหาสุขภาพจิตจะทวีความสำคัญมากขึ้นเรื่อยๆ ไม่ว่าจะเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วหรือกำลังพัฒนาโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า ปัญหาอารมณ์ และพฤติกรรมที่เกิดร่วมกันหรือเป็นปฏิกิริยาต่อโรคเรื้อรังทางกาย เช่น มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ เป็นต้น การเกิดอุบัติเหตุ การติดสุราและสารเสพติด ปัญหาความรุนแรงในสังคม รวมทั้งการฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง ปัญหาทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ โรคจิตเภท หรือแม้กระทั่งโรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ นับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญของโลก

สำหรับประเทศไทย ปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งนี้เนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ประชาชนส่วนใหญ่ไม่สามารถปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ความไม่ปลอดภัยในทรัพย์สิน ความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อม การแข่งขันกันอย่างรุนแรงในเชิงธุรกิจ ความบีบรัดตัวในทางเศรษฐกิจ และความถดถอยในคุณภาพชีวิตของวัฒนธรรมไทย ปัญหาเหล่านี้รุมเร้าประชาชนตลอดเวลา บั่นทอนกำลังกายกำลังใจทุกขณะ ประชาชนเกิดความเครียดสูง และอาจรุนแรงถึงขั้นมีอาการโรคจิต จากสถิติการฆ่าตัวตาย ความพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิต ภาวะปัญญาอ่อน โรคลมชัก และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ที่นับวันจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ (ปรีชา อินท, 2538; กรมสุขภาพจิต, 2541) จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตประชาชนในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจทางโทรศัพท์ 6 ครั้ง ในปี พ.ศ. 2540 - 2543 ของกรมสุขภาพจิต พบว่าแนวโน้มของความเครียดและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ว่างงานสูงขึ้นกว่าผู้มีงานทำ ในด้านค่านิยม ความเชื่อ การขยายตัวทางเศรษฐกิจ และอิทธิพลจากตะวันตก ได้ทำให้คนไทยมีค่านิยมแบบวัตถุนิยมมากขึ้น จนส่งผลให้เกิดการแข่งขัน เอารอด เอาเปรียบเพื่อแสวงหาอำนาจทางการเมืองและอำนาจการเงินกันมากขึ้น มีปัญหาความเหลื่อมล้ำของการกระจายรายได้สูง ความยากจนเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะความยากจนในชนบท ความขัดสนในด้านรายได้ในการยังชีพ คนกลุ่มใหญ่มีชีวิตที่ต้องดิ้นรน มีความอึดอัดขัดสนทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตที่นับวันจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่ายังไม่มิตดชนิวัดภาวะสุขภาพจิตอย่างแท้จริง แต่จากการรายงานการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าคนไทยมีสุขภาพจิตที่เสื่อมลง มีอัตราการฆ่าตัวตายมากขึ้น การฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 28.85 เป็น 42.02 ต่อประชากรแสนคน ผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มขึ้นจาก 174.45 เป็น 245.46 ต่อประชากรแสนคน ปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เพิ่มขึ้นจาก 418.91 เป็น 428.92 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2536 และ 2537 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2541) และจากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นจาก 771,835 ราย เป็น 791,315 ราย ในปีงบประมาณ 2543 และ 2544 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2544) จากสถานการณ์ดังที่กล่าวมาจะเห็นว่า ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นถึงขั้นทำร้ายตัวเองหรือทำร้ายผู้อื่นด้วย

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความคิดและอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข หรือปรับตัวต่อสภาพความกดดันและสิ่งแวดล้อมได้เท่าที่ควร ซึ่งเมื่อเกิดปัญหานี้แล้วไม่ได้รับการแก้ไข หรือไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และหันเหที่ย่อมส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจทำให้วิถีชีวิต บทบาทหน้าที่ในสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจเสื่อมถอยลง ในที่สุดก็จะทำให้สุขภาพจิตไม่ดีมากขึ้น จนกระทั่งถึงขั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต, 2542) ปัญหาการป่วยด้วยโรคจิต ได้แก่ โรคจิต โรคประสาท เป็นปัญหาสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ เนื่องจากประชากรมีปัญหาสุขภาพจิตย่อมกระทบกระเทือนการประกอบอาชีพในชีวิตประจำวัน ซึ่งหมายถึงภาวะเศรษฐกิจของสังคมนั้นย่อมลดลง และยังเป็นการยับยั้งการใช้สติปัญญา ความสามารถในการพัฒนาสังคมอีกด้วย (วรารักษ์ จงเจริญ, 2539) จึงอาจกล่าวได้ว่า กำลังคนเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญของการพัฒนาประเทศ ประเทศจะมั่นคงก้าวไปได้ ประชากรของประเทศจะต้องมีคุณภาพพื้นฐาน 5 ประการ คือ ความสมบูรณ์ทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สังคม และจริยธรรม แต่คุณภาพจิตใจมักจะถูกมองข้ามไป และผู้ที่มีสุขภาพจิตอ่อนแอมักได้รับการดูถูกเหยียดหยาม เป็นคนน่ารังเกียจ ทั้งที่ความเป็นจริงทุกคนต้องการมีจิตใจเข้มแข็ง มีความกล้าหาญเด็ดเดี่ยว แต่สิ่งเหล่านี้มิได้เกิดขึ้นได้ในทันทีทันใด ฉะนั้นถ้าเราต้องการคนที่มีคุณภาพ ต้องช่วยกันดูแลให้รู้จักการแก้ไขปัญหา การใช้เหตุผล การปรับตัว มีความอดทน เผชิญกับความลำบากได้ (สมประสงค์ โอวาทกา และ จวีวรรณ สัตยธรรม, 2539) ฉะนั้นการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจึงมีความสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

การส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพของจิตใจให้สามารถดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข หรือการทำให้จิตใจเข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญ หลีกเลียงหรือขจัดปัญหาที่จะมากระทบกระเทือนจิตใจนั่นเอง ซึ่งตามความจริงในทางปฏิบัติแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตจะดำเนินการร่วมไปกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แม้กระทั่งสุขภาพจิตและสุขภาพกายที่จะต้องให้บริการพร้อมกันไปให้ผู้รับบริการคนเดียว เป็นการช่วยคนทั้งคน (สุจิต สุวรรณชีพ, 2527) ในขณะเดียวกัน เพื่อรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไป คนเราจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกัน

ไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก คือ จัดโรคภัยไข้เจ็บหรือปัญหาสุขภาพไม่ให้เกิดขึ้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่ 2 เป็นการตรวจสอบโรคได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก และเริ่มทำการรักษาเพื่อไม่ให้เกิดเจ็บป่วยมากจนยากต่อการรักษา กลายเป็นโรครุนแรงหรือโรคเรื้อรัง สำหรับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จะเน้นที่ปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น จะทำการดูแลช่วยเหลือและรักษาให้หายหรือทุเลาโดยเร็วที่สุด (อัมพร โอตระกูล, 2540)

ปัจจุบันนี้ได้มีการปรับปรุงรูปแบบการจัดบริการสุขภาพกายให้ควบคู่กับการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต แต่ส่วนใหญ่จะเป็นโครงการป้องกัน ช่วยเหลือรักษาในสถานบริการของรัฐ เช่น การคัดกรองผู้ที่มีภาวะเครียดและคิดฆ่าตัวตาย คัดกรองโรคจิต และให้การช่วยเหลือรักษา ตั้งแต่เริ่มเครียดไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยซึ่งมีหลายรูปแบบ เช่น กรมสุขภาพจิตได้จัดทำโครงการ สร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน ซึ่งโครงการนี้เป็นแนวทางช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชโดย อสม. ทำหน้าที่นี้ นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการเพื่อป้องกัน ความเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น เช่น การจัดบริการทางสุขภาพจิตควบคู่กับการให้บริการสุขภาพกาย การขยายกิจกรรมการบริการสุขภาพจิตผ่านสื่อมวลชน และเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การบริการ สุขภาพจิตสายด่วน การบริการเชิงรุกโดยให้บริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่ในลักษณะบริการฉุกเฉิน เพื่อเป็นการบรรเทาความรุนแรงของปัญหาและลดปัญหาทางสุขภาพจิต

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ได้เห็นความสำคัญของการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นการปรับปรุงหรือยกระดับคุณภาพจิตใจประชาชนให้สามารถ ดำรงชีพอยู่ได้อย่างมีความสุข ป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ และเพื่อให้ สอดคล้องกับแผนพัฒนาคุณภาพสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) มีแนวความคิดหลักของการพัฒนาสุขภาพคือมุ่งเน้นการสร้าง สุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบโดยมียุทธศาสตร์ที่ 1 คือ การเร่งสร้างสุขภาพเชิงรุก โดยมุ่งที่ปัจจัยหลักของการมีสุขภาพดี ควบคู่กับการเร่งรัดมาตรการ และกลไกการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอย่างเป็นระบบ ซึ่งกรมสุขภาพจิตมีวิสัยทัศน์ การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน คือ ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐานอย่างเสมอภาคและ เป็นธรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จึงได้จัดทำโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชน ซึ่งมีแนวคิดหลักในการเสริมสร้างสมรรถภาพจิตใจของประชาชนให้มีคุณภาพ และสนับสนุนให้ประชาชนมีส่วนร่วม สามารถพึ่งพาตนเองและดูแลช่วยเหลือกันโดยเน้นการ พัฒนาสุขภาพจิตของประชาชนในระดับส่วนบุคคลและในระดับที่สัมพันธ์และเชื่อมโยงกับบุคคลอื่นๆ ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสังคม โครงการนี้เป็นโครงการหนึ่งที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ของประชาชนทั่วไปที่อาศัยในหมู่บ้านหรือชุมชนที่ทำการศึกษา ให้ดำรงรักษาสุขภาพจิตใจ

ของตนเองให้ดียิ่งขึ้นไป ถ้าในสถานการณ์ที่มีปัญหารุมเร้าหรือก่อให้เกิดความเครียด ให้มีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาหรือความเครียด และเลือกวิธีการคลายเครียดที่เหมาะสมกับตนเองได้ ในขณะเดียวกันในหมู่บ้านหรือชุมชนจะมีกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย และก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรงตามมาในกลุ่มเหล่านี้ ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดกรอง อบรม และให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มแรก

โครงการนี้มีความแตกต่างจากโครงการอื่น เช่น โครงการเสริมสร้างสุขภาพใจในชุมชน โดยชุมชน เป็นโครงการมีแนวทางช่วยเหลือเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชโดย อสม. (กรมสุขภาพจิต, 2546) แต่โครงการนี้มีการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และรูปแบบที่ต้องการในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) และนำข้อมูลที่ได้มาจัดทำหลักสูตรในการอบรมโดยดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายในวัยผู้ใหญ่ 2 กลุ่ม คือ แกนนำชุมชน และแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีภาวะเครียด) เพื่อให้มีความรู้และมีทักษะเรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลาย วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ทำให้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองตั้งแต่ระยะเริ่มแรก และได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างทันท่วงทีถ้าพบว่าเกินความสามารถก็ส่งต่อยังสถานีนอมา้ยได้

โครงการนี้จึงเป็นโครงการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้เกิดหรือทวีความรุนแรงมากขึ้น หรือก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชตามมา โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน แกนนำต่างๆ และหน่วยงานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนในหมู่บ้านนั้น เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วย ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพจิตลดลง สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติให้มีความเจริญรุ่งเรืองสืบไป

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษารูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

2.2 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในพื้นที่ที่ดำเนินการ

3. ขอบเขตการวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยเป็นโครงการนำร่องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และบ้านโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

4. นิยามศัพท์

4.1 แกนนำชุมชน หมายถึง ผู้นำชุมชน ทั้งของรัฐและเอกชน

4.2 แกนนำครอบครัว หมายถึง ผู้ที่มีภาวะเครียดจากการค้นหาโดยการคัดกรองของแกนนำชุมชนที่เข้ารับการอบรมแล้วในครั้งแรก และให้ดำเนินงานคัดกรองเป็นเวลา 3 เดือน

4.3 รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน หมายถึง รูปแบบที่แกนนำในชุมชนค้นหากลุ่มคนที่มีความเครียดในชุมชนด้วยแบบประเมินความเครียดและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นโดยการค้นหาสาเหตุแก้ไขปัญหาร่วมกัน ปรับเปลี่ยนแนวคิดในการมองปัญหาใหม่ มีวิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการคลายเครียด ตลอดจนเฝ้าระวังกลุ่มคนเหล่านี้จนสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5.1 มีรูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อการช่วยเหลือได้รวดเร็วขึ้น ช่วยในการประหยัดงบประมาณของประเทศชาติ ในการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น

5.2 นำผลการศึกษาที่ได้รับไปขยายผลในชุมชนอื่นๆ ต่อไป

5.3 ประชาชนสามารถใช้วิธีการในการเผชิญปัญหา และคลายเครียดได้อย่างสร้างสรรค์

5.4 สถิติผู้มีปัญหาสุขภาพจิตลดลงเมื่อมีการประเมินผลระยะยาว

5.5 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ผู้วิจัยได้นำเสนอโดยแบ่งหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของสุขภาพจิต
2. การส่งเสริมสุขภาพจิต
3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
4. วิธีการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ
6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความหมายของสุขภาพจิต

ความหมายของคำว่า สุขภาพจิต ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายดังต่อไปนี้
ผ่น แสงสิงแก้ว (2532) ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า คือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

อัมพร โอตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีความสมบูรณ์ทั้งทางกายและทางใจ สามารถปรับตัวหรือความต้องการของตนให้เข้ากับสภาพแวดล้อม เข้ากับบุคคลที่อยู่ร่วมกันและกับสังคมที่เกี่ยวข้องด้วยดี โดยไม่ก่อความเดือดร้อนให้แก่ตนเองและผู้อื่น ทั้งยังก่อให้เกิดผลดีและประโยชน์สุขแก่ตนเองอีกด้วย

อภิชัย มงคล และคณะ (2544) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิต คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหาในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีโดยครอบคลุมถึงความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

จาโฮดา (1958) ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตดี คือบุคคลที่ประพฤติตนตามแรงควบคุมภายในแห่งตนได้อย่างสม่ำเสมอ และค่อนข้างจะไม่มี ความขัดแย้งของบุคลิกภาพทั้งสามส่วน ได้แก่ Id Ego และ Superego หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ การมีบุคลิกภาพสามส่วน ผสมกลมกลืนกันดี แต่ไม่ได้หมายความว่า ไม่มีความขัดแย้งกับโลกภายนอกตัวเขาเลย

บาวแมน (Bowman, 1975) กล่าวว่า สุขภาพจิต คือ ความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมกับสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข สุขภาพจิตไม่เพียงแต่เป็นเรื่องของจิตใจเท่านั้น แต่ยังเป็นภาวะของบุคลิกภาพทั้งหมด ประสบการณ์ชีวิต รวมทั้งผลิตผลทางด้าน

พันธุกรรม ด้วยเหตุนี้สุขภาพจิตของแต่ละคนจึงมีลักษณะเฉพาะตัว ที่ทำให้คนแตกต่างกันในด้าน อารมณ์ ความถนัด และวิธีการในการเผชิญปัญหาและแก้ไข แต่สิ่งที่ทุกคนมีเหมือนกัน คือ แรงผลักดัน (drives) ความต้องการ (needs) และความสนใจ (interest) สุขภาพจิตจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความต้องการขั้นพื้นฐานที่ได้รับการตอบสนอง

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่าเป็น ความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขกับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพ อันดีงามกับบุคคลอื่นและดำรงชีพออยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และมีได้หมายความว่า รวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

ทาวเซนด์ (Townsend 1996 cited by Townsend, 1999) กล่าวว่าสุขภาพจิตเป็นการประสบ ผลสำเร็จในการปรับตัวต่อสิ่งกระตุ้นภายใน ภายนอก และสิ่งแวดล้อม โดยประเมินได้จาก แนวความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมที่แสดงออก ซึ่งเหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องตาม บรรทัดฐานของวัฒนธรรมท้องถิ่นนั้นๆ

สรุปแล้ว ความหมายของสุขภาพจิต คือ ชีวิตที่มีความสุขทั้งทางร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคและอาการทางจิต มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมที่ เปลี่ยนแปลงไปได้ ใช้ชีวิตรอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เหมาะสมตามอายุ และสอดคล้องกับ บรรทัดฐานของสังคม วัฒนธรรม

2. การส่งเสริมสุขภาพจิต

สุจริต สุวรรณชีพ (2527) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการปรับปรุงหรือยกระดับ คุณภาพของจิตใจ ให้สามารถดำรงชีพออยู่ได้อย่างมีความสุข หรือคือการทำจิตใจเข้มแข็งพร้อมที่ จะเผชิญ หลีกเลียงหรือขจัดปัญหาที่จะมากระทบกระเทือนจิตใจนั่นเอง ซึ่งตามความจริงในทาง ปฏิบัติแล้ว การส่งเสริมสุขภาพจิตจะดำเนินการร่วมกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และสุขภาพ ภายที่จะต้องให้บริการพร้อมกันไปในผู้รับบริการคนเดียวกัน เป็นการช่วยคนทั้งคน

อัมพร โอตระกูล (2540) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตไว้ว่า คือ การนำ ความรู้ด้านสุขภาพจิตไปผสมผสานกับเรื่องเศรษฐกิจและการเมือง ในรูปแบบที่จะกระตุ้นให้เกิด การเปลี่ยนแปลงทั้งทางพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อที่จะเอื้อให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

บัณฑิต ศรีไพศาล (2547) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้ดีขึ้น โดยทั่วไป เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไปในตัว ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมาย ประชาชนทั่วไป เป็นการให้สุขศึกษามากกว่าการดำเนินการทางคลินิก และสามารถประยุกต์ใช้ วิธีการต่างๆ ตามกลยุทธ์การสร้างเสริมสุขภาพได้

ชามานสกี และเคลาเซ่น (Shamansky and Clausen, 1980) ให้ความหมายการส่งเสริม สุขภาพไว้ว่า คือกิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความผาสุกและมีสุขภาพจิต

สูงสุดตามศักยภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน มีการพัฒนาบุคลิกภาพที่สนับสนุนให้ตนเอง มีความสามารถลดเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งทางร่างกายและอารมณ์

คาร์ (Kar, 1983) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการกระทำของบุคคลและสังคมที่ทำให้เกิดวิวัฒนาการของการอยู่ดีมีสุข (Advancement of well-being) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพโดยดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของตนเอง สังคม และรักษาไว้ซึ่งสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1986) ให้ความหมายการส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถภาพในการควบคุมและพัฒนาสุขภาพของตนให้บรรลุซึ่งภาวะอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถป้องกันและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเองและสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้นสุขภาพจึงถูกมองว่าเป็นทรัพยากรสำหรับดำรงชีวิตประจำวันมิใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต

เพนเดอร์ (Pender, 1987) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า เป็นกิจกรรมที่มุ่งส่งเสริมและยกระดับความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต (Well-being) และศักยภาพในด้านสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นพฤติกรรมที่นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (Approach Behavior) ไม่เน้นเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ มุ่งที่จะส่งเสริมภาวะสุขภาพในทางบวก คือ มีสุขภาพที่ดีและมีชีวิตที่ปกติสุข จะแตกต่างจากการป้องกันโรค (Prevention) ซึ่งระบุไว้ว่ากิจกรรมที่มุ่งลดโอกาสและการขัดขวางหรือหลีกเลี่ยงการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย

Walker et al. (1990) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพว่าเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิต และความสมปรารถนาของบุคคลและให้ความสำคัญต่อการหาวิถีทางที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ผาสุก ลดความกดดัน สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไปได้ (World Health Organization, 1997)

Mental Health Ireland (2004) กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่สำคัญ และการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงบวกประกอบไปด้วยความภาคภูมิใจในตนเอง ความสามารถในการแก้ปัญหาต่างๆ และความสามารถในการปรับตัวต่อความเครียด อาจกล่าวได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพจิตสามารถเป็นตัวกำหนดกิจกรรมที่เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการสร้างความเข้มแข็งและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี

ดาวน์นี่ แทนนาฮิล ซี และแทนนาฮิล เอ (Downie, Tannahil C. and Tannahil A., 1996) ซึ่งได้สร้างแบบแนวความคิดในการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ได้แนวความคิดในการส่งเสริมสุขภาพว่าต้องประกอบด้วย การให้สุขศึกษา (Health Education) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) และการป้องกันสุขภาพ (Health Prevention)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิต (The promotion of mental health) ว่าเป็นกิจกรรมที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (Health Workers) จัดตั้งตระหนักและให้ความสำคัญต่อการหาวิถีทางที่ทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ผาสุก ลดความกดดัน สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไปได้ (World Health Organization, 1997)

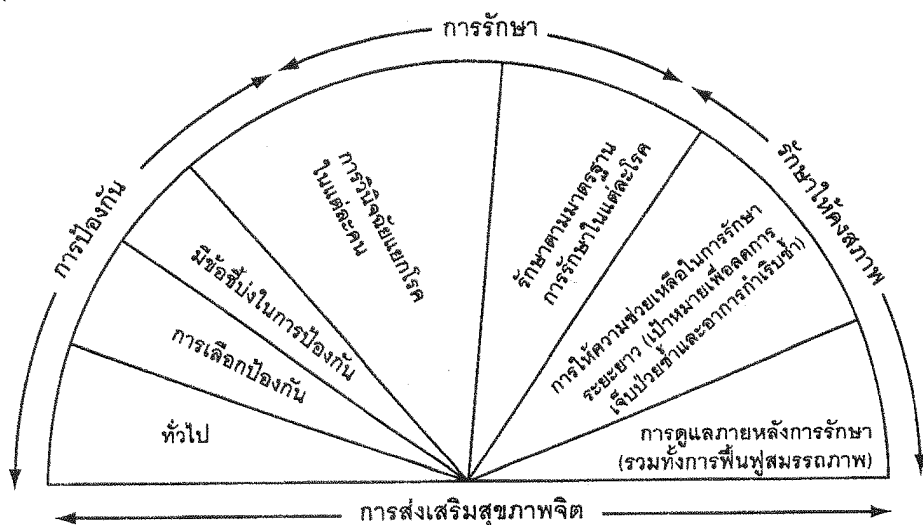
สรุป การส่งเสริมสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมใดๆ ที่มีวัตถุประสงค์ที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม กระตุ้นคุณภาพของจิตใจหรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหา ขจัดปัญหาที่มากระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบไปด้วยการให้สุศึกษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่ดี

3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ได้มีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต คือ การลดหรือปรับสภาพความกดดันต่างๆ เหล่านั้นให้มีความรุนแรงในระดับต่ำพอที่จิตใจจะสามารถทนทานได้ โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา มีอาการหรือโรคทางจิต ซึ่งมักเน้นในกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เนื่องจากกลุ่มบุคคลเหล่านี้มีปัจจัยบางประการ ซึ่งได้รับความกระทบกระเทือนจะมีโอกาสเจ็บป่วยทางจิตประสาธมากกว่ากลุ่มปกติ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532)

บัณฑิต ศรไพศาล (2547) ได้ให้ความหมายเป็นการป้องกันระดับปฐมภูมิ หมายถึง การดำเนินการระบุงกลุ่มเสี่ยงและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเพื่อป้องกันอุบัติการณ์การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต ดำเนินการกับกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต หรือที่เรียกว่ากลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิต

Mrazek & Haggerty (1994) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

จากภาพที่ 1 มีแนวคิดเกี่ยวกับการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มประชาชนทั่วไป ซึ่งเน้นการป้องกันแบบทั่วๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจง และกลุ่มเสี่ยง สำหรับในกลุ่มเสี่ยงแบ่งการป้องกันออกเป็น การเลือกป้องกันและมีข้อบ่งชี้ในการป้องกัน

การป้องกัน

การป้องกันในระยะเริ่มแรก กล่าวถึงการช่วยเหลือประชาชนในกลุ่มเป้าหมาย ตั้งแต่ยังไม่เริ่มมีอาการนำหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ในประชาชนที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิต ดังนั้น ข้อบ่งชี้ในการช่วยเหลือและการวินิจฉัยแยกโรคจึงรวมเข้าไว้กับส่วนของการป้องกันด้วย

ความหมายของการช่วยเหลือเพื่อป้องกันปัญหาในแต่ละระดับ

ชนิดของการช่วยเหลือ	เป้าหมาย	ตัวอย่าง
การป้องกันทั่วไป (Universal)	กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนทั่วไป หรือประชาชนทั้งหมด ซึ่งไม่สามารถจำแนกปัจจัยเสี่ยงในแต่ละคนได้	การดูแลก่อนคลอดตามโปรแกรมพ่อแม่
การเลือกป้องกัน (Selective)	กลุ่มเป้าหมาย คือ ระดับบุคคลหรือกลุ่มย่อยของประชากร ผู้ซึ่งมีการพัฒนาความเสี่ยงไปสู่ความผิดปกติทางจิตได้ ซึ่งมีนัยสำคัญที่สูงกว่าคนปกติทั่วไป ปัจจัยเสี่ยงนี้อาจเป็นสิ่งที่คุกคาม หรือเป็นปัจจัยเสี่ยงตลอดการมีชีวิตรอยู่ มีพื้นฐานทางด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ซึ่งปัจจัยเสี่ยงนั้นทราบกันดีว่าสัมพันธ์กับการมีโอกาสมีความผิดปกติทางจิตใจ	- ติดตามเยี่ยมที่บ้าน หรือมีโปรแกรม day care เพื่อช่วยเหลือเด็กที่น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ - ให้การศึกษาก่อนเข้าโรงเรียนสำหรับเด็กที่มีปัญหาในชุมชน
ข้อบ่งชี้ (Indicated)	กลุ่มเป้าหมาย คือ บุคคลที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิต สามารถค้นพบอาการและอาการแสดงได้ หรือมีปัญหาทางด้านกายภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดความผิดปกติทางจิตใจ แต่ยังไม่ถึงกับเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตตามการวินิจฉัยด้วย DSM-IV อยู่ในระดับของแนวโน้มที่จะเกิดโรค	ฝึกอบรมเด็กที่มีปัญหาอาการแสดงของพฤติกรรมที่มีปัญหา

การรักษาและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ

เน้นการวินิจฉัยโรคและการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยซ้ำ หรือการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุกลับคืนสู่สภาพเดิมเร็วที่สุด

วัตถุประสงค์เบื้องต้นของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตตามแผนปฏิบัติการแห่งชาติ คือ

1. เสริมสร้างสุขภาพจิตและการทำหน้าที่ทางสังคมในประชาชนทั่วไป และรายบุคคล
2. ลดอุบัติการณ์ ความชุก และผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต
3. ปรับปรุงแก้ไขคุณภาพและประสิทธิภาพของกลวิธีทางสาธารณสุขในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และความผิดปกติทางจิตของประชาชน

เพื่อเป็นการรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไป คนเราจำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกายและทางจิต ซึ่งการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตนี้ก็คือหัวใจของงานสุขภาพจิตนั่นเอง การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต แบ่งออกได้เป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2532)

1. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary Prevention) หรือเรียกขานป้องกัน (Prevention measures) ระยะนี้มุ่งเน้นที่จะลดอัตราการเกิดภาวะผิดปกติทางจิต ในทางสาธารณสุขจะทราบหรือประเมินได้โดยดูจากอัตราการเกิดของโรค (Incidence rate) ซึ่งจะไม่เพิ่มขึ้นจากเดิมถ้าการป้องกันระยะแรกนี้ได้ผล กิจกรรมต่างๆ จึงเป็นการลดหรือตัดต้นเหตุ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่คาดว่าจะให้ผลเสียต่อสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและจิตของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

ในทางสุขภาพจิต การป้องกันในระยะแรกจะเป็นเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดกับสมอง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน ซึ่งแต่ละช่วงอายุจะมีการป้องกันพิเศษดังนี้

1.1 วัยทารก การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระยะแรกก็คือ การให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็กที่จะเกิดมา เช่น ทารกน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และการป้องกันไม่ให้หญิงตั้งครรภ์กระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น การถูกสามีทอดทิ้ง หรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองหรือพยายามหาทางทำแท้ง เช่น กินยาขับเลือด ซึ่งถ้าการทำแท้งไม่สำเร็จก็จะมีผลต่อเด็กที่จะเกิดตามมาทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน หรือเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับสมอง ได้แก่ โรคลมชัก โรคออทิซึม (Autism) ได้

1.2 วัยเด็กและวัยรุ่น การป้องกันระยะแรก คือ การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้มีความเหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพ และการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดแก่เด็ก

1.3 วัยรุ่น พ่อแม่ควรมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก เพื่อที่จะช่วยเหลือแนะนำเด็กในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัวในสังคมที่จะพึ่งพาตนเองได้ การเลือกอาชีพ และแนวทางการดำเนินชีวิตในอนาคต

1.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะแรกคือ การรู้จักแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงาน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิต

1.5 วัยสูงอายุ การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนการเกษียณอายุ รู้จักดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป การรู้จักระวังสุขภาพต่อสังขารที่เริ่มเสื่อมเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเป็นโรคต่างๆ พบป่วยในวัยสูงอายุ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบแข็ง และโรคข้อกระดูกต่างๆ เป็นต้น

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary Prevention) หรือเรียกขานกันแก้ไข (Correction measures) การป้องกันระยะนี้เน้นที่การสกัดกั้นหรือยับยั้งปัญหาที่มีลักษณะอาการที่เริ่มเกิดขึ้นแล้ว ให้หยุดเพียงเท่านั้น ไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงต่อไป ด้วยการได้รับการวินิจฉัยแต่เนิ่นๆ และรักษาแก้ไขโดยทันที ทั้งนี้เพื่อป้องกันความรุนแรง ความสูญเสียมากไปกว่าเดิม และเป็นการควบคุมปริมาณการเกิดผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นใหม่ (incidence cases) และปริมาณของผู้มีปัญหาระยะที่สอง (prevalence cases) ในทางสาธารณสุขเราสามารถทราบถึงหรือประเมินโดยการดูอัตราความชุกของโรค (Prevalence rate) ซึ่งจะพบว่าลดลงถ้าการป้องกันระยะที่สองได้ผล โดยถือหลักการดำเนินงานที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรกก็คือการป้องกันที่ดีโดยการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่บุคคลทั่วไปหรือเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาทิ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เครียด เช่น ในโรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุและสำรวจหาผู้มีท่าทีว่าจะเกิดปัญหา (hidden patients) เพื่อรีบให้การช่วยเหลือ

2.1 วัยทารกและเด็กเล็ก การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิตก็คือความตระหนักและความเข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น อาการลงมือลงเท้า (Temper tantrum) ความกลัวไม่ยอมไปโรงเรียน (School phobia) ปัญหาการพูดในเด็ก เป็นต้น ซึ่งถ้าเราเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่สามารถจะแก้ไขได้แล้วรีบให้ความช่วยเหลือแก้ไขก็จะป้องกันการลุกลามไม่ให้เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังได้

2.2 วัยเด็กและวัยรุ่น การป้องกันคือ ความสามารถตรวจและให้การรักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่างๆ ทั้งทางกายและทางจิตใจของเด็ก เช่น พ่อแม่หรือครูควรตระหนักต่อปัญหาการเรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุว่าปัญหามาจากการเรียนตกต่ำมีสาเหตุมาจากอะไร อันได้แก่ ความบกพร่องทางปัญญาหรือความพิการของระบบประสาทจนทำให้เด็กเรียนไม่ได้ หรือไม่ใช่ปัญหาทางร่างกายแต่เป็นเรื่องปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากครอบครัวเด็ก มีปัญหาจนมีผลกระทบทำให้เด็กไม่สนใจการเรียน ฯลฯ เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ถูกต้อง ปัญหาจะไม่ลุกลามขึ้นจนอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมอื่นๆ อีก เช่น เมื่อเด็กไม่ไปโรงเรียนก็อาจเร่ร่อนไปเรื่อยๆ ถ้าไปคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจจะชักจูงนำไปสู่การติดสิ่งเสพติดหรือไปรวมกับแก๊งค์อันธพาลในชุมชนได้ ดังนั้นพ่อแม่หรือครูควรให้ความสนใจต่อปัญหาเล็กๆ น้อยๆ แล้วรีบช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง โรงเรียนควรมีบริการแนะแนว เพื่อช่วยให้ครูหรือผู้แนะแนวสามารถตรวจกรองปัญหาให้ความช่วยเหลือได้แต่แรกเริ่มโดยไม่ต้องรอจนกระทั่งเด็กมีปัญหาแล้วจึงพาไปรักษากับจิตแพทย์

2.3 วัยรุ่น การป้องกันคือ สามารถตรวจให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาในการปรับตัวในด้านต่างๆ เช่น ความไม่สบายใจในเรื่องทางเพศ ความซึมเศร้าในวัยรุ่น เมื่อพบเห็นปัญหาแล้วควรรีบให้การช่วยเหลือรักษาตั้งแต่เริ่มแรก ไม่ควรรอมองข้ามหรือเพิกเฉย เช่น ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ถ้าไม่ช่วยเหลือรักษาก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หรือการติดสารระเหยหรือสารเสพติดในวัยรุ่น ในระยะที่เริ่มเป็น ถ้าตรวจพบแล้วรีบรักษาแก้ไขก็จะช่วยไม่ให้เป็นมากขึ้น หรือเป็นโรคเรื้อรังได้ เพราะในรายที่เป็นเรื้อรังแล้วโอกาสการรักษาให้หายขาดจะทำได้ยากขึ้น จึงควรมีบริการสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถมีที่พึ่งได้ทันทีเมื่อต้องการ เช่น บริการแนะแนวตามโรงเรียน ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนหรือบริการด่วนทางโทรศัพท์ (Hot line)

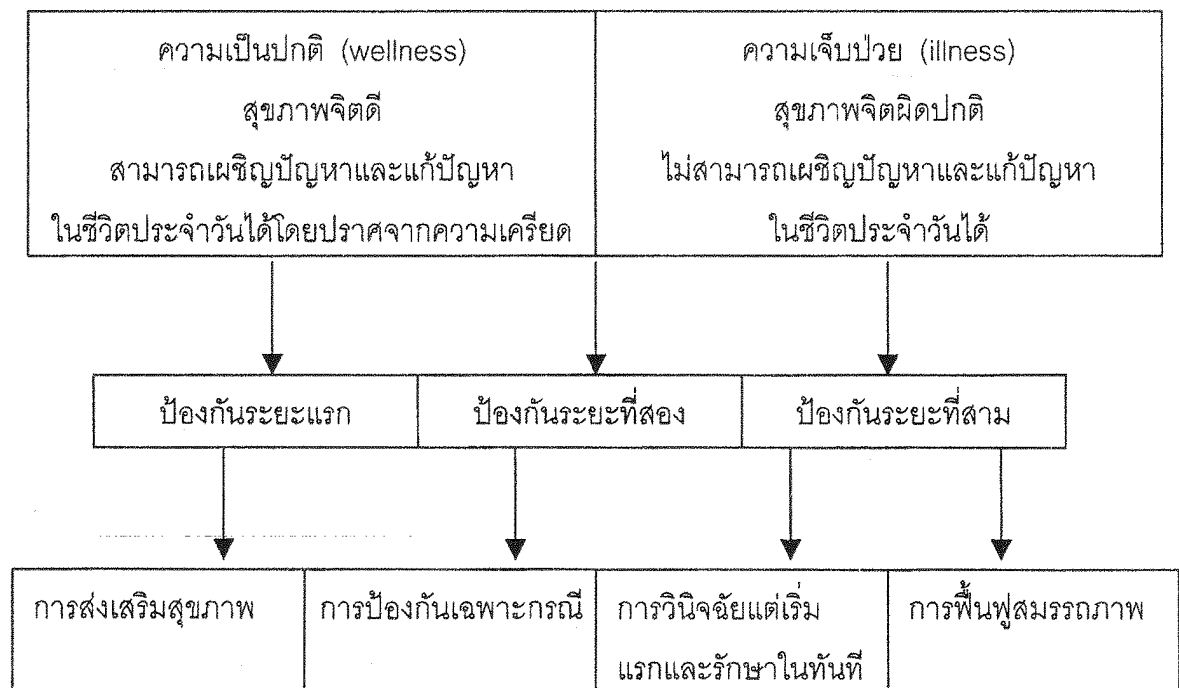
2.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิต คือ การให้บริการปัญหาต่างๆ ในการดำรงชีวิตเพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตในวัยผู้ใหญ่ เช่น ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา หรือในครอบครัว ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาการทำงาน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น

2.5 วัยสูงอายุ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิต คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุจัดตั้งชมรม หรือมีการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหซึ่งกันและกัน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจโดยจัดให้มีการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ มีการเยี่ยมเยียนกันเมื่อเจ็บไข้ได้ป่วย และหากมีปัญหาทางด้านสุขภาพที่เกินความสามารถให้ประสานงานส่งต่อบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อให้การช่วยเหลือบำบัดรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก นอกจากนี้ในด้านการดูแลสุขภาพกายที่สำคัญ คือ การตรวจสุขภาพเป็นประจำจากสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้สามารถป้องกันการเจ็บป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มแรกได้ เพราะได้รับการวินิจฉัยโรคและการรักษาอย่างทันท่วงที

3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม (Tertiary Prevention) หรือเรียกว่า ขั้นฟื้นฟู (Rehabilitation measures) ขั้นนี้เน้นที่การลดผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เนื่องจากความผิดปกติทางจิต เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการรักษาแก้ไขแล้วให้กลับคืนสู่ปกติ กิจกรรมในระยะนี้รวมถึงการแนะนำงาน การติดต่อหาแหล่งฝึกงานให้ การเป็นสื่อกลางให้ครอบครัว และชุมชน ยอมรับและให้ความช่วยเหลือระดับประคองสนับสนุนให้กำลังใจผู้ที่พึ่งหายป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีไม่มีปมด้อย และสามารถอยู่อย่างปกติสุขต่อไป

การประเมินเพื่อทราบว่าการป้องกันระยะที่สามได้ผลนั้นดูได้จากอัตราความทุกข์ของโรค ซึ่งจะลดหรือหมดไปจากชุมชน

กิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับข้างต้น แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องระหว่างความเป็นปกติ (Wellness) ไปสู่ความเจ็บป่วย (Illness) ซึ่งผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนต้องปฏิบัติเป็นลำดับขั้น ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แสดงลำดับของกิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับ ที่ต้องปฏิบัติ

แหล่งที่มา : ประยุกต์แบบมาจาก Wellness-illness Health Continuum โดย Jeanette Lancaster (1980 อ้างใน อัมพร โอตระกูล, 2540)

สรุป การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง การส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง ปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม เพื่อยกระดับคุณภาพจิตใจ หรือการทำจิตใจให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญปัญหา จัดปัญหาที่มากกระทบกระเทือนจิตใจ ช่วยให้ผู้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเพื่อเป็นการรักษาสุขภาพให้คงสภาพดีเรื่อยไป จำเป็นต้องมีความรู้ในการป้องกันไม่ให้เจ็บป่วย ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพทั้งทางร่างกาย และทางจิต หรือปรับสภาพความกดดันต่างๆ เหล่านั้นให้มีความรุนแรงในระดับต่ำพอที่จิตใจจะสามารถทนได้โดยไม่ทำให้เกิดปัญหา มีอาการหรือโรคทางจิต เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

4. วิธีการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกิจกรรม และเป็นบทบาทสำคัญที่พยาบาลและผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขทุกสาขาจะต้องตระหนัก และให้ความสำคัญต่อการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตทุกระดับ และหาวิธีทำให้ประชาชนมีชีวิตที่ผาสุก เผชิญความกดดันได้อย่างเหมาะสม สามารถปฏิสัมพันธ์กับสังคมทั่วไปได้ เพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มสูงขึ้น

มีนักวิชาการหลายท่าน ได้กล่าวถึงวิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

สุจิต สุวรรณชีพ (2527) ได้เสนอกลวิธีของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตมีหลายวิธี ตั้งแต่ง่ายที่สุดถึงยากที่สุด แล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ซึ่งประกอบด้วยวิธีต่างๆ ดังนี้

1. การให้ความรู้

เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต โดยอาจให้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มผ่านทางสื่อมวลชน ซึ่งวิธีนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นอย่างมากถ้าให้ความรู้อย่างถูกคน ถูกเวลา และถูกวิธี สิ่งสำคัญผู้ให้ความรู้ต้องมีความกระตือรือร้น เต็มใจ สนใจผู้ฟัง เพื่อสร้างความศรัทธา ความเชื่อถือ ไว้วางใจ และความร่วมมือจากผู้ฟัง

2. การให้คำปรึกษาแนะแนวทาง

ในช่วงต่างๆ ของชีวิตย่อมมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ทำให้บุคคลเกิดความสับสนวิตกกังวล ตัดสินใจไม่ได้ บางครั้งก่อให้เกิดภาวะวิกฤตต่างๆ ดังนั้นจึงควรมีผู้ช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

3. ช่วยแก้ปัญหาหรือลดความตึงเครียด

มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่มีปัญหาทางจิตใจไม่รุนแรงถึงกับเป็นโรค หากได้รับการช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ และดำรงชีวิตได้ตามปกติ

4. การส่งเสริมสุขภาพกาย

นับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน ไม่สามารถแยกขาดจากกันได้ การส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น การปรับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นพิษต่อร่างกายและจิตใจ จัดกิจกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างประโยชน์ให้ส่วนรวม จัดสถานที่พักผ่อนหย่อนใจให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพกายที่ถูกต้อง การออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้ เป็นต้น

ผ่น แสงสิงแก้ว (2532) ได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยมีกลยุทธ์ ดังนี้

1. การกระจายอำนาจในพื้นที่ ให้มีการปกครองช่วยเหลือกันเอง ให้มีความต้องการของพื้นที่นั้นเกิดมาจากชาวพื้นที่เอง แล้วทางการปกครองเพียงแต่ช่วยจัดให้เป็นไปตามความต้องการของประชาชนเท่านั้น
2. มุ่งส่งเสริมการเกษตรของชนบทให้ดียิ่งขึ้น ทำอุตสาหกรรมในครัวเรือนของตนเองได้ ไม่ว่างงาน และมีสุขอยู่กับงานและรายได้ตามสมควร
3. จัดหรือสนับสนุนโรงเรียนอาชีพของชนบทให้มากขึ้นแล้วแต่พื้นที่ใดมีความต้องการอาชีพใดเป็นส่วนใหญ่
4. การคมนาคม การชลประทาน และส่งเสริมอุปโภคและสวัสดิการเป็นของจำเป็นที่สุดที่จะให้ประชาชนมีความพอใจในพื้นที่ของตนเอง และถ้าต้องการไปติดต่อกับพื้นที่อื่น ก็จะได้สะดวกสบายใจ ทุกแห่งต้องการ “น้ำไหล ไฟสว่าง ทางดี ไปรษณีย์ถึง”
5. การป้องกันอาชญากรรมเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะประเทศเรานั้น ปัญหาอาชญากรรมมีมาก ซึ่งต้องการกำลังผู้พิทักษ์สันติราษฎร์
6. การศึกษาดีในพื้นที่ เช่น หน่วยให้การศึกษาเคลื่อนที่ ห้องสมุดเคลื่อนที่ และภาพยนตร์ เป็นต้น ซึ่งประชาชนจะได้รับการศึกษาและมีความสุขจากความรู้เหล่านั้น
7. การอนามัยดี การมีโรงพยาบาลดี สถานือนามัยดี และการอนามัยเคลื่อนที่ เพื่อสุขภาพของประชาชนเป็นของจำเป็นคู่กัน คำขวัญขององค์การอนามัยโลกมีว่า “สุขภาพดีคือความมั่นคง” หรือ “อโรคยา ปรมาลาภา” จะใช้ได้ตลอดกาล คนที่มีโรคจะทำมาหาเลี้ยงชีพไม่ได้ เศรษฐกิจจะตกต่ำขาดรายได้ และจิตใจจะวุ่นวายขึ้นมาทันที
8. นักสังคมสงเคราะห์เคลื่อนที่ สิ่งนี้เป็นของจำเป็นสำหรับโลกปัจจุบันนี้ ผู้ที่จะติดต่อประชาชนได้ดีที่สุด และเข้าใจปัญหาจิตใจของประชาชนแล้วนำมาช่วยถกเถียงแก้ไขให้สุขภาพจิตที่ดีที่สุดน่าจะได้แก่นักสังคมสงเคราะห์
9. ส่งเสริมสวนสาธารณะ วนอุทยาน น้ำตกและที่พักผ่อนหย่อนใจให้มากที่สุด เพื่อเป็นทางระบายอารมณ์ของผู้ที่มีทุกข์และเป็นความภาคภูมิใจของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ
10. ศิลปกรรม วัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมประเพณีเดิมซึ่งปฏิบัติมาหลายชั่วคน เช่น พิธีทางศาสนาได้รับการสนับสนุนและรักษาไว้ นอกจากนี้ วัดคือศูนย์กลางของการสังคม และวัฒนธรรม ดังนั้นควรได้รับการส่งเสริม บูรณะและรักษาให้คงเป็นศูนย์กลางของสังคมและวัฒนธรรมต่อไป

เหนือสิ่งใดทั้งหมด คือการปฏิบัติใดๆ ซึ่งจะให้ประชาชนรู้สึกว่าคุณมีค่า และได้รับการยกย่องเช่น การยกย่องศิลปกรรม วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมเดิมของเขาโดยจริงใจ เป็นต้น

อัมพร โอตระกูล (2538) ได้กล่าวถึงงานส่งเสริมสุขภาพจิต ดังนี้

1. ทางการศึกษาให้สุขภาพประชาชนให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตในครอบครัว รับประทานอาหารที่ของพ่อแม่ และความสำคัญของสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างพ่อแม่ลูก รวมทั้งเรื่องจิตวิทยาพัฒนาการเด็ก ให้ประชาชนทั่วไปรู้และเข้าใจการมีสุขภาพอนามัยที่ดี การมีสุขนิสัย และพฤติกรรมดูแลตนเองในการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต รู้วิธีผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม

2. ทางด้านการบริการรักษา ควรมีหน่วยบริการสุขภาพจิตให้ทั่วถึงสำหรับชุมชน โดยเฉพาะงานสุขภาพจิตในโรงเรียน รมรณรงค์และจัดให้มีโครงการพิเศษ เพื่อให้ความช่วยเหลือบุคคลกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีปัญหาทางเพศ วัยรุ่น วัยสูงอายุ โรคเอดส์ การฆ่าตัวตาย เป็นต้น

3. ทางด้านการพัฒนา จัดให้มีโครงการพัฒนาต่างๆ ได้แก่ โครงการกระตุ้นเด็กปัญญา ทึบหรือเด็กด้อยโอกาส โครงการอาหารกลางวันในชุมชนที่เด็กยังมีปัญหาขาดสารอาหาร โครงการพัฒนาศิลปวัฒนธรรมท้องถิ่นและการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม เช่น จัดตั้งพิพิธภัณฑ์ จัดงานประเพณีท้องถิ่น โครงการพัฒนากิจกรรมนันทนาการของชุมชน เช่น จัดให้มีห้องสมุด ศูนย์กีฬา สวนสาธารณะ เป็นต้น

4. ทางด้านการวิจัย ส่งเสริมและจัดสรรให้มีการศึกษาวิจัย ค้นหาปัจจัยที่เป็นเหตุของปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช เพื่อที่จะได้รับทราบปัจจัยเสี่ยง แล้วนำไปดำเนินการป้องกันได้อย่างเหมาะสมหรือศึกษาหาปัจจัยปกป้อง เพื่อนำไปเสริมให้ประชาชนมีภูมิคุ้มกันดีขึ้น ไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย

เมื่อพิจารณาการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตของกรมสุขภาพจิต (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544) พบว่า

จากทิศทางการพัฒนาในแผนพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ซึ่งจะทำให้สามารถพัฒนาศักยภาพของคนได้อย่างครบวงจร คือได้รับการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา อันจะส่งผลให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี กระบวนการที่จะทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติได้นั้น จึงต้องประสานความร่วมมือจากหน่วยงาน ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ในการที่จะเร่งรัดและขยายขอบเขต ในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนในลักษณะผสมผสานระหว่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน ดังนั้น กรมสุขภาพจิต ซึ่งมีหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จึงได้กำหนดกรอบแนวทางในการดำเนินงานสุขภาพจิต ควบคู่ไปกับการให้บริการสุขภาพทางกาย โดยจัดทำโครงการ 8 โครงการ (กรมสุขภาพจิต, 2540 อ้างใน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544)



- 1) โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน
- 2) โครงการบริการคลายเครียด
- 3) โครงการบริการให้คำปรึกษา
- 4) โครงการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- 5) โครงการสุขภาพจิตในสถานศึกษา
- 6) โครงการสุขภาพจิตในสถานประกอบการ
- 7) โครงการสุขภาพจิตกับการออกกำลังกาย
- 8) โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

นอกเหนือจาก 8 โครงการนี้ยังมี “โครงการนำร่องพัฒนาอาสาสมัครครอบครัว” ได้นำไปทดลองโดยมีจุดมุ่งหมายให้ครอบครัวชนบทมีความอบอุ่นไม่แตกสลาย ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งของการจัดบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตระดับประเทศ

โดยสรุปภาพรวมของการดำเนินโครงการทั้ง 9 โครงการพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2540 และ 2543 สามารถลดปัญหาการนอนรักษาตัวของผู้ป่วยจิตเวชลง เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2538-2539 ที่ผ่านมา

การจัดการบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตตามแนวปฏิรูประบบบริการสุขภาพ

ในอดีตนโยบายของรัฐบาลและนโยบายด้านสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการบำบัดรักษามากกว่าการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5, 6 และ 7 (ระหว่างปี พ.ศ. 2525 - 2539) เน้นในด้านการขยายสถานบริการรักษาพยาบาลทั้งฝ่ายกายและจิตจำนวนมาก จนถึงปัจจุบันยังไม่เพียงพอต่อการรองรับบริการผู้ป่วยที่ทวีจำนวนมากขึ้นได้

ในขณะเดียวกันการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยมีค่อนข้างน้อย ดังนั้น เพื่อเป็นการแก้ปัญหาให้ถูกทาง ทิศทางการปรับระบบบริการสุขภาพของสังคมไทยที่นำไปสู่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพประการหนึ่ง คือ การจัดระบบบริการที่มุ่งเน้นด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเจ็บป่วย ดังที่สภาการพยาบาล (ทัศนา บุญทอง , 2543) ได้ประชุมร่วมกับองค์กรภาคี ในการกำหนดรูปแบบระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ เป็นข้อเสนอเพื่อการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ พบว่ามีประเด็นวิเคราะห์จากการศึกษาวิจัยสำคัญๆ 5 ประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสรุปได้ดังนี้

1. เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ได้กำหนดความหมายของสุขภาพในลักษณะองค์รวมว่า “เป็นภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิตและสังคม การมีสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาย ไม่ท้อถอย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีสุขภาพเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องที่ปกติที่ต้องการร่วมกันทำให้

เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องผิดปกติที่ทุกคนต้องร่วมกันป้องกัน” จากคำจำกัดความของภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมได้ การให้บริการต้องผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันระหว่างจิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันระหว่างพฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยเป็นสำคัญ

2. จัดระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนรับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

3. จัดระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมและคุ้มค่ากับการลงทุน คือ การบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

4. สถานบริการที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งในความจริงแล้ว สถานบริการดังกล่าวขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการด้านสุขภาพจิต การจัดสรรบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม รัฐจึงควรสนับสนุนให้สถานบริการเหล่านี้ ซึ่งเป็นสถานบริการด่านแรก มีศักยภาพและคุณภาพเพียงพอในการให้บริการแก่ประชาชนได้อย่างครอบคลุม โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตเวชจะใช้เวลาการบำบัดรักษานาน (Long term care) ปัจจุบันได้มีการดูแลที่อยู่ภายใต้ระบบการจัดการ (Managed care) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่เน้นเรื่องการติดต่อสื่อสาร การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพสาขาวิชาชีพต่างๆ โดยมุ่งเน้นให้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และคุ้มค่ากับการลงทุน ประชาชนเข้าถึงบริการได้ ดังนั้นทิศทางการบริการสุขภาพตามการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะ (Speciality care) ไปสู่การดูแลในระดับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น

5. บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญและประชาชนต้องการให้เป็นผู้ให้บริการมากที่สุด คือ พยาบาล โดยต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา ให้การตรวจรักษาเบื้องต้นและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และพบว่าปัญหาสำคัญของการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชนในความเห็นของประชาชน คือ ไม่มีโอกาสซักถามปัญหาจึงเป็นการตัดโอกาสของกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันความเจ็บป่วย

องค์การอนามัยโลกได้เน้นให้มีการกระจายการดูแลทางด้านสุขภาพจิตไปยังสถานบริการรักษาพยาบาลและชุมชนโดย ผสมผสานเข้ากับการสาธารณสุขมูลฐาน และเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานทางสาธารณสุขทั่วไป (Health care workers) เป็นผู้รับผิดชอบให้การช่วยเหลือดูแลมากกว่าผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตซึ่งมีอยู่จำกัด (WHO, 1990) สำหรับประเทศไทยปัจจุบันได้มี

การดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนขึ้น โดยเฉพาะนโยบายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการในรูปแบบของจิตเวชชุมชน

วิธีการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกสาขาวิชาชีพ และผู้เกี่ยวข้องต้องร่วมกันกระทำให้เกิดเป็นรูปธรรม ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต อันเป็นภาระกิจสำคัญที่พยาบาลจิตเวชต้องดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องและรองรับกับระบบใหม่ โดยประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการจัดการตามนโยบายของกรมสุขภาพจิต รวมทั้งตามแนวปฏิรูประบบบริการสุขภาพ เพื่อให้การจัดกิจกรรมให้ครอบคลุม ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุข หน่วยงานและองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานความร่วมมือกับฝ่ายต่างๆ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการอย่างทั่วถึง มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยมีวิธีการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ดังนี้

1. การให้การศึกษาด้านสุขภาพจิต โดยให้แก่ครอบครัว ครู ผู้นำชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยอาจจัดในรูปแบบของการให้เป็นรายบุคคล เป็นกลุ่ม หรือผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ตามพัฒนาการของบุคคลแต่ละวัย และกลุ่มเสี่ยง ดังนี้

- 1.1 การให้การศึกษาด้านสุขภาพจิตตามพัฒนาการของบุคคลแต่ละวัย จากพัฒนาการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลพบว่า พัฒนาการของบุคคลแต่ละวัย ตั้งแต่วัยทารกถึงวัยผู้ใหญ่ หากได้รับการเลี้ยงดูหรือการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม จะก่อให้เกิดปัญหาทางจิตใจได้ง่าย ดังนั้น การให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป ถึงพฤติกรรมด้านจิตใจและอารมณ์ที่เปลี่ยนไปในแต่ละวัย นอกจากจะช่วยในการส่งเสริมสุขภาพจิตแล้ว ยังเป็นการป้องกันปัญหาทางจิตด้วย

- 1.2 การให้การศึกษาในกลุ่มเสี่ยง ในที่นี้จะขอยกตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงที่เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อย 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มคู่สมรส 2) กลุ่มวัยทองและผู้สูงอายุ 3) กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง 4) กลุ่มผู้ติดสารเสพติดและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด

- 1.2.1 กลุ่มคู่สมรส จากผลการศึกษาพบว่า การมีความสุขในชีวิตสมรสของหญิงและชายมีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ผ่านมา กล่าวคือพัฒนาการทางสุขภาพจิตที่ดีจะส่งผลต่อการสร้างความสุขในชีวิตสมรส และการสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว หากพัฒนาการที่ผ่านมาไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม จะนำไปสู่ความขัดแย้งในครอบครัวได้ง่าย กลุ่มนี้ควรได้รับการด้านคำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการใช้ชีวิตคู่ การเลี้ยงดูบุตร การสร้างความสุขในการทำงาน เพราะหากทำงานที่ไม่มีความสุข จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวได้ง่าย รวมทั้งการเรียนรู้ที่จะเผชิญกับความเครียดและการจัดการกับความเครียด

1.2.2 กลุ่มวัยทองและกลุ่มผู้สูงอายุ เพศหญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน หรือเรียกว่าวัยทอง จะมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและฮอร์โมน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตได้ง่าย บางคนมีความรู้สึกวิตกกังวลเกินเหตุ วัยนี้จึงต้องมีการปรับตัวและเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางสรีระที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นวัยเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งต่างมีผลกระทบซึ่งกันและกัน วัยนี้ต้องการความเข้าใจจากคนรอบข้าง ต้องการความมีคุณค่าแห่งตน ต้องการการยอมรับนับถือ บางครั้งมีพฤติกรรมคล้ายกับเด็ก เรียกร้องความสนใจ ใจน้อย กลัวการทอดทิ้ง หากไม่ได้รับการตอบสนองที่เหมาะสม จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ง่ายโดยเฉพาะอาการซึมเศร้า ดังนั้นกิจกรรมการให้บริการเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยทองจึงมีความสำคัญและมีความจำเป็น ต่อทั้งบุคคลและสังคมโดยรวม การให้บริการดังกล่าวครอบคลุมถึงการจัดกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ กิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น การฝึกสมาธิ กิจกรรมเสริมคุณค่าแห่งตน เช่น การใช้ประโยชน์จากผู้สูงอายุในการให้ความรู้และประสบการณ์แก่บุคคลวัยต่างๆ การให้การศึกษาแก่บุคคลในครอบครัวผู้สูงอายุ และบุคลากรในสถานเลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขและมีคุณค่าต่อสังคม

1.2.3 กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน ผู้ป่วยทางด้านออร์โธปิดิกส์ โรคเอดส์ กลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตมาก เนื่องจากต้องปรับตัวให้เข้ากับการบำบัดรักษา และเผชิญกับความเจ็บป่วยที่อาจลุกลามเป็นระยะๆ รวมทั้งต้องทุกข์ทรมานจากวิธีการบำบัดรักษาบางอย่าง เช่น การรักษา มะเร็ง ตลอดจนการทนทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดจากโรค ความเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยๆ ได้แก่ ความเครียด ความกลัว ความวิตกกังวล ความท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวัง ในบางรายถึงขั้นฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับความรู้ ความเข้าใจ และกำลังใจในการที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยวิธีการต่างๆ ที่จะสร้างความเข้มแข็งให้จิตใจ และมีความสามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เพื่อจะอยู่กับความเจ็บป่วยเรื้อรังได้อย่างมีความสุข

1.2.4 กลุ่มผู้ติดสารเสพติดและกลุ่มเสี่ยงต่อการติดสารเสพติด ผู้ติดสารเสพติด ถือเป็นผู้ป่วยที่ล้นแต่มีปัญหาด้านทางจิตใจ ที่อาจมาจากต้นเหตุของการเสพติด รวมทั้งฤทธิ์ของยาที่ผู้ป่วยเสพยา ตลอดจนยากต่อการหยุดฤทธิ์ของยาเมื่อใช้ไปนานๆ จะส่งผลต่อการเบี่ยงเบนทางจิตจนถึงขั้นเป็นโรคจิต จึงเป็นการยากที่จะป้องกันการเกิดปัญหาทางจิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ซึ่งมีวิธีการเดียวคือพยายามบำบัดรักษาให้หายจากการติดยาจึงเป็นการป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดยา โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยที่ซบเซาและชอบเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ปกครองถึงมูลเหตุที่ทำให้เกิดการติดสารเสพติด เช่น ความขัดแย้งในครอบครัว การขาดความรัก ความอบอุ่น การขาดปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

2. กิจกรรมการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตในปัจจุบันได้มีการจัดบริการเพื่อป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตเพิ่มขึ้น เช่น การจัดบริการทางจิตควบคู่กับการให้บริการสุขภาพทางกาย การขยายกิจกรรมการบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น การขยายกิจกรรมการบริการสุขภาพจิตผ่าน

สื่อมวลชนและเทคโนโลยีคอมพิวเตอร์ การบริการสุขภาพจิตสายด่วน การบริการเชิงรุกของหน่วยบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่ ในลักษณะบริการฉุกเฉิน และการบริการจิตเวชในชุมชน กิจกรรมลักษณะนี้เป็นกิจกรรมที่จัดควบคู่และมีแนวคิดต่อเนื่องมาจากกิจกรรมการให้การศึกษาด้านสุขภาพจิต โดยครอบคลุมกลุ่มที่เกิดภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิต เพื่อเป็นการบรรเทาความรุนแรงของปัญหาและลดปัญหาทางจิต ตลอดจนฟื้นฟูสภาพทางจิตให้คืนสู่สภาพปกติโดยเร็ว รวมทั้งสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้

3. มาตรการการคุ้มครองด้านสุขภาพจิต ปัจจุบันมีทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน มูลนิธิ และชุมชน ร่วมกันรณรงค์กิจกรรมที่คุ้มครองด้านสุขภาพจิตของประชาชนและผู้ป่วยจิตเวชที่สำคัญๆ ได้แก่

3.1 การควบคุมด้วยกฎหมาย เช่น การออก พ.ร.บ. คุ้มครองสิทธิเด็กและเยาวชน ซึ่งครอบคลุมถึงการป้องกันปัญหาทารุณกรรมเด็กและเยาวชน การกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลจิตเวช กฎหมายดังกล่าวช่วยคุ้มครองและให้ความเป็นธรรมแก่บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

3.2 มาตรการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ซึ่งมาตรการนี้ช่วยลดปัญหาทางจิตที่เกิดจากการติดสารเสพติด

3.3 การออกข้อกำหนดและนโยบายต่างๆ เช่น นโยบายการป้องกันปัญหาการล่อลวงให้เป็นโศกณีย์ มาตรการลงโทษผู้ข่มขืนหญิง เป็นต้น

แนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตดังที่กล่าวมาแล้วนั้น จะประสบผลสำเร็จได้ดีจำเป็นต้องดำเนินกิจกรรมแบบองค์รวม โดยให้บริการและจัดกิจกรรมที่ควบคู่ไปกับด้านสุขภาพกายและปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม นั้นหมายความว่า การที่ประชาชนจะมีสุขภาพจิตที่ดีนั้นจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในการที่จะรับผิดชอบดูแลตนเอง ความรับผิดชอบของบุคลากรในทีมสุขภาพจิต บุคลากรสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถานประกอบการ หน่วยงาน องค์กรภาครัฐ เอกชน มูลนิธิ รวมทั้งสถาบันศาสนา

สรุป วิธีการในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสามารถจำแนกออกได้เป็น

1. กลุ่มเป้าหมายในการส่งเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่มีข้อบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดความผิดปกติทางจิต

2. วิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตโดยตรง ประกอบด้วยวิธีการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา ช่วยแก้ปัญหา ลดความตึงเครียด การส่งเสริมสุขภาพกาย เพราะกายและจิตเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน

3. วิธีการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตทางอ้อม แต่มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตของประชาชน ได้แก่ การกระจายอำนาจในพื้นที่ มุ่งส่งเสริมรายได้ให้แก่ประชาชน การศึกษาที่ดีในพื้นที่ การอนามัยดี นักสังคมสงเคราะห์เคลื่อนที่ ส่งเสริมสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ อนุรักษ์ไว้ซึ่งขนบธรรมเนียมเดิม เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม จัดระบบการบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ

5.1 ระบาดวิทยาของความเครียดเนื่องจากโครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดมากกว่าระดับปกติและให้การช่วยเหลือ จนสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติดังเดิม โดยที่มาของโครงการนี้เนื่องจากมีประชาชนประสบกับความเครียดเพิ่มมากขึ้น ในฐานที่กรมสุขภาพจิตมีบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต จึงพัฒนาโปรแกรมการช่วยเหลือ และทำการศึกษาวิจัยเพื่อทราบประสิทธิผลของโปรแกรมห่วงคล้อง อย่างไรก็ตามเพื่อให้เห็นขนาดของปัญหาความเครียดในประชาชน จึงได้ทบทวนสถิติและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

ธงชัย ทวีชาติ (2539) ได้ทำการศึกษาวิจัยโดยสำรวจประชาชนในประเทศไทย เพื่อหาความชุกของความเครียด เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ชนิดตัดขวาง ณ จุดหนึ่งของเวลา ประชากรตัวอย่าง 10,775 ราย ในการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่มตามจังหวัดต่างๆ รวม 76 จังหวัด ผลการวิจัยพบว่า ประชากรที่ศึกษาเป็นชายร้อยละ 43.5 หญิงร้อยละ 56.1 อยู่ระหว่าง 12 ปี ถึง 60 ปีขึ้นไป พบว่า มีความเครียดร้อยละ 67.6 หญิงมีความเครียดมากกว่าชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .01$ นอกจากนี้พบว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ ผู้ที่มีอายุอยู่ในวัยทำงาน การศึกษาอยู่ในช่วงปริญญาตรี และผู้มีปัญหารายได้ไม่พอใช้หรือรายได้ต่ำ จะมีความเครียดสูงกว่าผู้มีรายได้สูง สาเหตุที่ทำให้เครียด ได้แก่ ปัญหาการงานและอาชีพ ปัญหาการเรียนและการศึกษา และปัญหาการเงินและเศรษฐกิจตามลำดับ

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ (2540) ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ ผลการสำรวจพบว่า ประชาชนทั่วไปประสบปัญหาด้านการเงินจากภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 69.2 มีความเครียดสูงร้อยละ 36.2 โดยผู้มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 2.1 เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อความเครียดมาก คือ ผู้ที่ต้องรับผิดชอบภาระการเงินของผู้อื่น และเป็นเจ้าของธุรกิจสั่งหาริมทรัพย์ สำหรับการแก้ไขปัญหาเศรษฐกิจของประชาชนทั่วไป ใช้วิธีหางานใหม่ ร้อยละ 87.4

บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ (2540) สำรวจความเครียดของประชาชนกลุ่มว่างงานในวันนัดพบแรงงาน ณ มหาวิทยาลัยรามคำแหง โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง (Stress test) จำนวน 307 คน พบว่า ประชาชนกลุ่มว่างงานมีความเครียด ร้อยละ 41.9 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.5

5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิธีการจัดการกับความเครียดของประชาชน

ในการจัดการกับความเครียดนั้น มีวิธีการที่ใช้กันหลายวิธีแต่ละวิธีมีจุดเน้นให้ความสำคัญแตกต่างกันจึงได้รวบรวมผลการศึกษานักวิชาการที่ได้ศึกษาวิธีการจัดการกับความเครียด ดังนี้

กรมการแพทย์ (2534 อ้างถึงใน สุริภรณ สมคะเนย์, 2542) ได้ศึกษาวิธีการผ่อนคลายความเครียดของคนกรุงเทพฯ จากคำถามที่ว่าเมื่อเครียดคุณทำอะไร เพื่อผ่อนคลายความเครียด ซึ่งได้รับคำตอบที่หลากหลายดังนี้ คือ ฟังเพลง ร้อยละ 20.8 ทำงานอดิเรก ร้อยละ 15.2 ทำใจยอมรับ ร้อยละ 14.1 นอนหลับ ร้อยละ 11.2 เดินเล่น ร้อยละ 8.9 ระบายออกโดยเขียนใส่กระดาษหรือคุยกับเพื่อน ร้อยละ 8.6 ดูหนัง ร้อยละ 7.8 เล่นกีฬา ร้อยละ 7.1

อมรากุล อินโอชานนท์ (2534) ศึกษาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจของชุมชนแออัดต่างๆ ในเขตกรุงเทพฯ พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการปรึกษาสมาชิกในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 23.88 อันดับรองลงมาคือ ใช้วิธีการประหยัด ใช้จ่ายแต่ที่จำเป็น พยายามทำใจไม่คิดมาก เปลี่ยนสภาพแวดล้อม เช่น ไปพักผ่อน ออกไปเดินซื้อของ และไปพบแพทย์เมื่อมีปัญหาสุขภาพ

เด่นพงษ์ วรรณพงษ์ (2535) ศึกษาความเครียดของตำรวจสายตรวจ : ศึกษาเฉพาะกรณีตำรวจสายตรวจสังกัดสถานีตำรวจภูธร อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พบว่าส่วนใหญ่ใช้รูปแบบการปรับตัวต่อภาวะเครียดในรูปแบบของการทำกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ หาทางแก้ปัญหาด้วยตนเอง ระบายอารมณ์ ปรึกษาหารือกับคนใกล้ชิด ส่วนวิธีการที่ใช้น้อยที่สุดได้แก่ การหาที่พึ่งทางใจ เพื่อสงบอารมณ์ เช่น ไปวัดฟังธรรม

สุภาวดี นวลมณี และคณะ (2537) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียด กรณีข้าราชการตำรวจภูธรจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 814 คน พบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรมปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียดในทิศทางที่เหมาะสม เช่น ใช้วิธีการออกกำลังกาย เล่นกีฬา พักผ่อน เข้าวัดทำบุญ ทำสมาธิ ร้องเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ เทียบ และขอคำปรึกษาผู้ใกล้ชิด มีเพียงส่วนน้อยที่ใช้วิธีการปรับตัวที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มเหล้า เที่ยวสถานเริงรมย์ สูบบุหรี่ เป็นต้น

กนกพร หมูพยัคฆ์ และคณะ (2539) ได้ทำการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีวัยกลางคนอายุ 40 - 59 ปี เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 212 คน โดยสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) พบว่าสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของหญิงกลางคนกลุ่มศึกษายังอยู่ในระดับไม่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว ร้อยละ 42.5 เคยมีภาวะกระดูกหักร้อยละ 7.5 มีพฤติกรรมด้านบริโภคนิสัยไม่ถูกต้อง ร้อยละ 81 ออกกำลังกายร้อยละ 26.9 พบว่าการดื่มสุรา การได้รับยานอนหลับ การได้รับเครื่องดื่มกระตุ้นประสาท ระยะเวลาของการได้รับเครื่องดื่มกระตุ้นประสาท ระยะเวลาการได้รับพิษจากท่อไอเสีย การตรวจสุขภาพประจำปี การวัดความดันโลหิต และการตรวจคลื่นหัวใจ มีความสัมพันธ์กับการมีโรคประจำตัว

ธงชัย ทวีชาชาติ (2539) ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย โดยมีผลการศึกษา วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดความเครียดเกิดขึ้น พบว่าคนไทยส่วนใหญ่ใช้วิธีการหาความบันเทิง และใช้สถาบันครอบครัวเป็นเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ อาการทางกายที่พบมากได้แก่ ปวดศีรษะ ชี้นอนไม่หลับ และไม่มีสมาธิ

บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (2540) ได้ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดความเครียด วิธีการคลายเครียดที่ใช้ 5 อันดับแรกของประชาชนทั่วไปคือ ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น พูดระบายกับผู้อื่น ทำงานอดิเรก ทำบุญตักบาตร และออกกำลังกาย ซึ่งเป็นกลไกคลายเครียดที่ดี และบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดความเครียดคือบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคู่สมรส นอกจากนี้ยังขอความช่วยเหลือจากพระ และหมอดูมากกว่าแพทย์และจิตแพทย์

ธงชัย ทวีชาชาติ (2541) ได้ศึกษาความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย จำนวน 10,775 คนพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ เพศพบว่า เพศหญิงมีความเครียดมากกว่าเพศชาย ผู้ที่โสดเครียดมากกว่าผู้แต่งงานหรือเคยแต่งงาน ผู้ที่เครียดมีอายุอยู่ในวัยทำงานเป็นส่วนใหญ่ ผู้มีรายได้น้อยเครียดมากกว่าผู้มีรายได้สูง ผู้อาศัยในเขตเทศบาลมีความเครียดสูงกว่านอกเขตเทศบาล วิธีแก้ไขเมื่อเครียด พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีหาความบันเทิง ฟังวิทยุ สวดมนต์ โดยผู้ที่มีความเครียดคิดว่าคนที่จะช่วยแก้ปัญหาได้ ได้แก่ เพื่อน รองลงไปคือ พ่อ - แม่ และคู่สมรส ตามลำดับ

สุริภรณ์ สมคะเนย์ (2542) ศึกษาวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 212 คน พบว่าสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น เลือกวิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบแก้ปัญหา และแบบแก้ด้วยอารมณ์โดยใช้แบบแก้ที่ปัญหามากที่สุด สำหรับการเผชิญปัญหาโดยรวมที่สตรีวัยกลางคนเลือกใช้มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ ให้กำลังใจตัวเองโดยคิดว่าโลกนี้ไม่ใช่มีเราคนเดียวที่เป็นปัญหา ยอมรับความเป็นจริงตามสภาพของปัญหา ปรีกษาปัญหาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว

อนุชิต สินจตุรัส (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนในครัวเรือนเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบตัดขวาง (Cross-sectional survey) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ สตรีวัยกลางคนที่อายุระหว่าง 40 - 59 ปี กลุ่มตัวอย่างเขตเมือง 212 คน สุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ กลุ่มตัวอย่างเขตชนบท 400 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน ผลการศึกษากการเปรียบเทียบรูปแบบพฤติกรรมจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนเขตเมือง และเขตชนบท 12 รูปแบบพบว่า รูปแบบพฤติกรรมจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองและเขตชนบท จะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 10 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการแก้ปัญหาแบบรู้ความของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท 2) รูปแบบการตั้งสติให้มั่นคงของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท 3) รูปแบบการขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นของสตรีวัยกลางคนเขตชนบทมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตเมือง 4) รูปแบบการดำเนินตัวเองของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท 5) รูปแบบการโยนความผิดให้ผู้อื่นของสตรีวัยกลางคนเขตชนบทมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตเมือง 6) รูปแบบการคิดว่าเป็นเรื่องของเคราะห์กรรม บ่อยครั้งที่หวังพึ่งโชคกลางสิ่งศักดิ์สิทธิ์ของสตรีวัยกลางคนเขตชนบทมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตเมือง 7) รูปแบบการแก้ปัญหายังเป็นระบบของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่า

สตรีวัยกลางคนเขตชนบท 8) รูปแบบการมองปัญหาอย่างสร้างสรรค์ของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท 9) รูปแบบการจัดการความเครียดระดับที่ 1 (การจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน) ของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท และ 10) รูปแบบการจัดการความเครียดระดับที่ 2 (การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ) ของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองมากกว่าสตรีวัยกลางคนเขตชนบท สำหรับรูปแบบพฤติกรรมจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนเขตเมืองและเขตชนบทที่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบการหนีปัญหาไม่ยอมรับว่ามีปัญหาเกิดขึ้น และ 2) รูปแบบการจัดการความเครียดระดับที่ 3 (การผ่อนคลายร่างกายและจิตใจระดับลึก)

Charlton and Thompson (1996) ศึกษาวิธีการเผชิญความเครียดกับความทุกข์ใจของผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่มารับการรักษาที่คลินิกคลายเครียด จำนวน 108 คน พบว่ากลวิธีการเผชิญความเครียดส่วนใหญ่โดยเฉพาะการหลบหนี - การหลีกเลี่ยง มีความเกี่ยวข้องกับความทุกข์ในระดับสูง ยกเว้นการเผชิญความเครียดในรูปแบบการประเมินซ้ำในเชิงบวกและการรักษาระยะห่างเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะจิตใจที่ดีขึ้น

5.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโครงการ

เชลล อินัน และคณะ (2527) ได้ทำการวิจัยประเมินผลการผสมผสานสุขภาพจิตกับสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบ After-only design ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 171 คน ผู้หญิง 141 คน อายุระหว่าง 17 - 63 ปี โดยมีช่วงอายุ 30 - 39 ปี มากที่สุด ส่วนใหญ่มีสมาชิกในครัวเรือน 6 - 9 คน จำนวนบุตร 0 - 3 คน มีร้อยละ 53.8 ในด้านความรู้สุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโดยเฉพาะเกี่ยวกับโรคประสาทส่วนปัญญาอ่อนนั้น กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามจำกัดความถูกต้องเช่นกัน การช่วยเหลือต่อผู้ที่มีปัญหาหรือมีโรคทางจิตเวช โรคประสาทวิตกกังวล คนติดยาเสพติด ยาแก้ปวด จะมีคนเคยช่วยเหลือมากโดยในโรคประสาทวิตกกังวล จะช่วยด้วยวิธีปลอบใจ ร้อยละ 73.9 ในคนที่ติดยาเสพติดยาแก้ปวด ช่วยเหลือโดยวิธีชักจูงใจให้เห็นโทษของการติดยา สำหรับกลุ่มที่คนช่วยน้อยที่สุดคือ ในคนที่ติดเฮโรอีน กัญชา ยาบ้า รองลงไป คือ โรคจิต สาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่การช่วยเหลือผู้ติดยาเสพติดมีน้อย เพราะไม่ค่อยมีคนติดยาเสพติด ส่วนที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตน้อยเพราะกลัวและไม่รู้จะช่วยอย่างไร

ดารณี ตั้งตรงนิมิตร และคณะ (2542) ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม โดยคัดเลือกพื้นที่ทำการศึกษาในหมู่บ้านที่มีการฆ่าตัวตายและหมู่บ้านที่ปลอดการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คนในชุมชนทั้งสองแห่งเห็นปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาส่วนตัวและปัญหาครอบครัวไม่เกี่ยวกับชุมชน จึงไม่ได้มีแนวทางหรือมาตรการใดๆ เป็นกรณีพิเศษในการป้องกันและช่วยเหลือส่วนปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญในชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาเรื่องยาเสพติด ซึ่งมีระดับในช่วงที่มีการฆ่าตัวตาย ในขณะที่ชุมชนปลอดการฆ่าตัวตายมีปัญหาเศรษฐกิจ แต่คนในชุมชนคิดว่าการมีปัญหายาเสพติดไม่รุนแรงถึงกับต้องฆ่าตัวตาย จากการที่มีหน่วยงานเอกชนมาสนับสนุนการปลูกพืชผลทางการเกษตรเป็นอาชีพเสริมนำรายได้มาสู่ชุมชน

แต่ครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายก็ไม่สามารถประกอบอาชีพเสริมได้ เนื่องจากที่นาอยู่ใกล้แหล่งน้ำและไม่มีกำลังคนที่จะทำ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จึงควรมีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาฆ่าตัวตายว่าเป็นปัญหาของชุมชนที่ควรร่วมมือ ในการหามาตรการป้องกันและช่วยเหลือโดยการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐบาล

มานิดา สิงห์ขจรจิต (2542) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย และชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า

1. ด้านองค์ประกอบทางกายภาพของชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตายมีความพร้อมมากกว่าชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย อาทิ โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคม และการติดต่อสื่อสาร ตลอดจนคุณภาพการศึกษา ในขณะที่ชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายมีความผันผวนในสถานศึกษา และมีโครงสร้างที่ต้องพึ่งพาผลผลิตทางเกษตรกรรมมากกว่าชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย
2. ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาการเรียน ผิดหวังจากความรัก ปัญหาการติดเชื่อเฮดส์ ยาเสพติด
3. ปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย คือ สิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่สำคัญ คือ บุตร มารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อน ตามลำดับ
4. ไม่มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากเห็นเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้

บุญลือ เพ็ชรรักษ์ และนิตย์ ทองเพชรศรี (2544) ได้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและศึกษาหารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ ความเชื่อ การปฏิบัติตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental research) ซึ่งศึกษาในกลุ่มประชาชน โดยแบ่งตัวอย่างออกมาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (experiment group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังทดลองตามตัวแปรในการวิจัยทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่าง สำหรับกลุ่มทดลอง จำนวน 45 คน เป็นประชาชนหมู่ที่ 7 บ้านพรุเตียว ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ได้ร่วมกันคิดกิจกรรมจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม โดยใช้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข และจัดกิจกรรมเองทั้งหมดส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 45 คน เป็นประชาชนหมู่ที่ 3 บ้านโนโตน ตำบลปากก อำเภอมืองพังงา จังหวัดพังงา ดำเนินกิจกรรมตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรู้ ความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดโรค ความเชื่อต่อความรุนแรงของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการ

ปฏิบัติตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุข สัมพันธภาพระหว่างประชาชนกับอาสาสมัครสาธารณสุขและพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลองหลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการดำเนินการทั้งหมด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ หลังดำเนินการมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการดำเนินการเล็กน้อย และไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกลุ่มทดลองที่มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับแกนนำกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ร่วมคิด ร่วมดำเนิน กิจกรรมเองนั้นจะส่งผลต่องานสุขภาพจิตที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ที่มีการดำเนินกิจกรรมตาม ปกติ แต่ก็ควรมีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบโดยตรง จึงจะทำให้กิจกรรมเกิดความยั่งยืนและ ต่อเนื่องต่อไป

บุญวดี เพชรรัตน์ (2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน จังหวัดพังงา วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างและศึกษาหารูปแบบการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่มีผลต่อการ เปลี่ยนแปลงความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สรุปผลการวิจัย ระดับความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงการเกิดปัญหา ความเชื่อ ต่อความรุนแรง ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุข และ สัมพันธภาพระหว่างประชาชนกับอาสาสมัครสาธารณสุข และพฤติกรรมในการป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในกลุ่มทดลองหลังดำเนินการมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการดำเนินการทั้งหมด และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อุไรวรรณ เฟื่องหนู (2546) ได้ทำการศึกษาเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตบ้านท่าม่วง อำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย เชิงคุณภาพ ในลักษณะการศึกษาเชิงทดลอง เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสังเกต การศึกษาประวัติ ชีวิตบุคคล การสนทนากลุ่ม การประชุมเชิงปฏิบัติการ วัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษา กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยใช้เทคนิคการประชุมแบบ A-I-C และ mind mapping มาวิเคราะห์กิจกรรม และศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพจิตชุมชน ระหว่าง ชุมชนศึกษาทดลอง คือ ชุมชนบ้านท่าม่วง ตำบลบางมะเดื่อ กับชุมชนศึกษาควบคุม คือ ชุมชน บ้านแท่นแก้ว ตำบลบางเดือน ในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนมีนาคม 2545 ผลการวิจัยพบว่าเทคนิคการประชุมแบบ แบบ A-I-C และ mind mapping เมื่อนำมาผสมผสาน ทำให้เกิดพลังชุมชนเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการ ตลอดจน การคิดค้นวิธีการสร้างพลังความร่วมมือของคนในชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี กระบวนการมีส่วนร่วม ดังกล่าว ก่อให้เกิดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ภาวะสุขภาพจิตในชุมชนศึกษา ทดลอง มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น ขณะที่ชุมชนศึกษาควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง ดังนั้น เทคนิค แบบ A-I-C และ mind mapping สามารถเป็นแนวทางหนึ่งในการพัฒนาหรือสนับสนุนงาน ส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี และชุมชนมีความขัดแย้งต่อ การจัดการปัญหาโดยอาศัยศักยภาพและภูมิปัญญาท้องถิ่น

จากการดำเนินงานโครงการการให้การปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านโคกสว่าง หมู่ที่ 3 ตำบลโคกสูง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ของสถานีอนามัยบ้านโคกสูง (2547) โดยการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเข้ารับการอบรมการให้การปรึกษา หลังจากผ่านการอบรมมีหน้าที่ให้การปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผลการดำเนินโครงการมีอาสาสมัครสาธารณสุขให้บริการปรึกษา จำนวน 3 คน มีการเลือกผู้ให้บริการเป็นผู้ใหญ่มีตำแหน่งสำคัญในหมู่บ้าน เช่น ประธาน อสม. แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนหมู่บ้าน ชาวบ้าน จึงให้ความเชื่อถือและไว้วางใจมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและมีบุคลิกภาพส่วนตัวไม่น่าไว้วางใจหรือเก็บความลับไม่ได้

คาร์เมน และคณะ (Carmen G., et al, 2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Primary prevention for mental health : design and delivery of a generic stress management program โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบในการช่วยเหลือ และประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับความเครียดให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน

วิธีดำเนินการ เป็นโปรแกรมนำร่องในการจัดการกับความเครียดโดยร่วมกันกำหนดรูปแบบการช่วยเหลือโดยนักสังคมสงเคราะห์และนักอาชีวบำบัดอาวูโลที่ Bunbury Primary Health Services ในออสเตรเลียตะวันตก วิธีการประเมินผล โปรแกรมนี้ประเมินผลโดยใช้วิธีการประเมินด้วยเครื่องมือ Perceived Stress Scale (PSS) ก่อนและภายหลังเข้าร่วม program และเมื่อสิ้นสุด program ผู้เข้าร่วมโครงการจะแสดงความเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่พวกเขาได้เรียนรู้จากโครงการมากที่สุด และสิ่งที่พวกเขาชอบและบอกถึงความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

ผลการวิจัย จากตัวชี้วัดเชิงปริมาณก่อนเริ่มโครงการกลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดสูงกว่าค่าปกติ และภายหลังสิ้นสุดโครงการระดับความเครียดต่ำกว่าประชาชนทั่วไป ในด้านตัวชี้วัดเชิงคุณภาพผู้เข้าร่วมโครงการตอบว่า ตนเองมีประสิทธิผลในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้น จากเดิม จากผลการประเมินที่ได้รับสรุปได้ว่า โปรแกรมการรักษาความสมดุลมีประสิทธิผลในการเพิ่มทักษะในการจัดการกับความเครียดให้แก่ผู้ร่วมโครงการ

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า

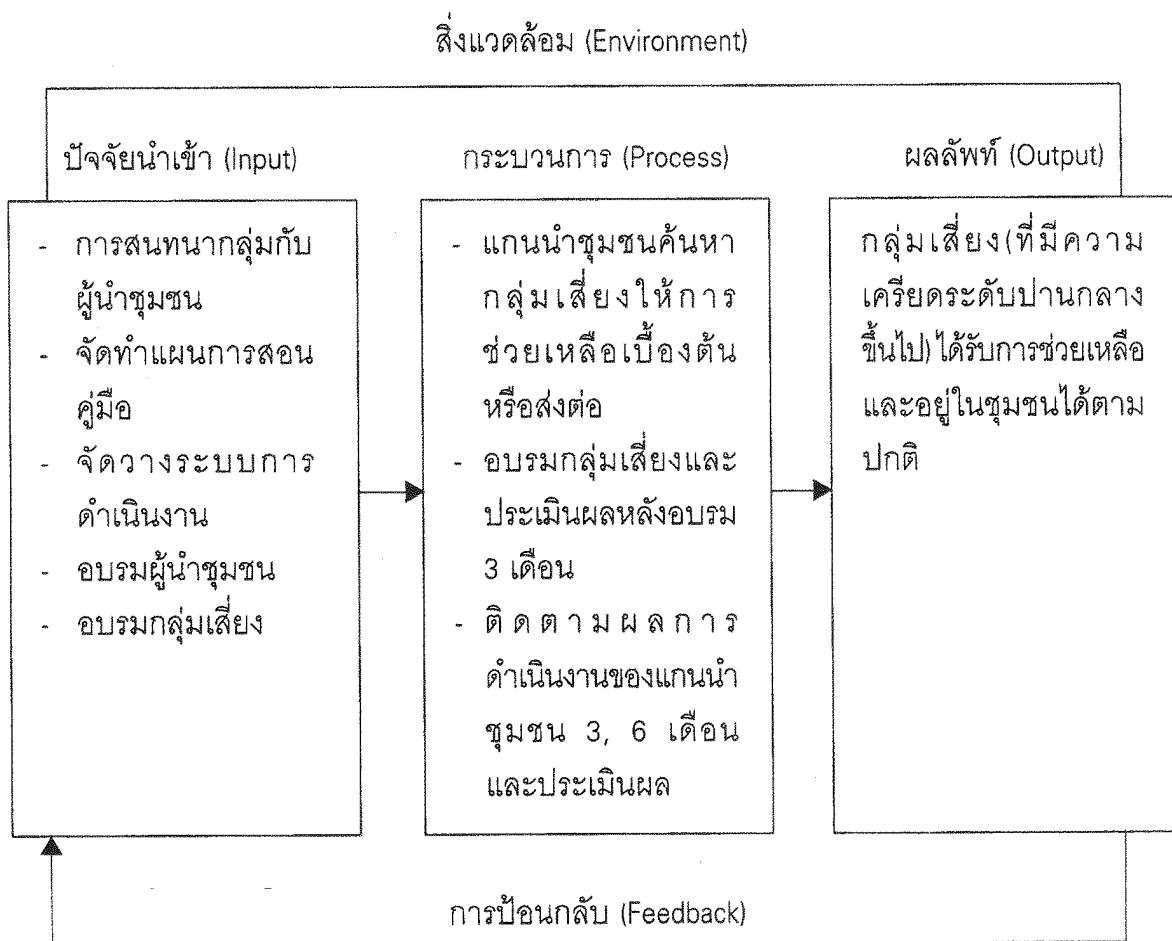
1. ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยเริ่มจากความเครียด และมีความรุนแรงจนถึงขั้นฆ่าตัวตาย
2. การสร้างเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน แกนนำชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและพัฒนาสุขภาพจิตของตนเอง และประชาชนในชุมชนร่วมกันนั้น นอกจากจะสอดคล้องและตรงตามความต้องการและสภาพทางสังคมของชุมชนนั้นๆ แล้วยังเป็นการปลูกจิตสำนึกที่ถูกต้องในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพด้วย
3. การพัฒนาระบบผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระยะเริ่มแรกและให้การช่วยเหลือโดยเร็ว จะช่วยให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงเป็นความพยายามที่ดำเนินงานพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

โดยให้คนในชุมชน องค์กรของรัฐและเอกชนต่างๆ มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการเผชิญ ปัญหาและความเครียด ตลอดจนมีวิธีการคลายเครียดที่ปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งใน ประเทศไทยยังไม่เคยมีการดำเนินการในโครงการเช่นนี้มาก่อน ผู้วิจัยได้ตระหนักในความ สำคัญดังกล่าวจึงสนใจทำการศึกษาเพื่อพัฒนางานสุขภาพจิตให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นโครงการนำร่องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหา สุขภาพจิตในชุมชนโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยเริ่มต้นจากการสนทนากลุ่มกับผู้นำชุมชน เพื่อทราบปัญหาและรูปแบบที่ต้องการในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยการ จัดอบรมให้แก่ผู้นำชุมชนให้มีความรู้ในเรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียด ด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลาย วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อ การเกิดภาวะเครียด และให้แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีภาวะเครียดที่อยู่ใน ระดับปานกลางขึ้นไป ด้วยวิธีการต่างๆ และมีการประเมินผลหลังจากการช่วยเหลือก่อนยุติบริการ

6. กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual framework)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดแนวคิดเริ่มต้นในการวิจัย ดังภาพที่ 3



ภาพที่ 3 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากภาพที่ 3 ผู้วิจัยได้กำหนดปัจจัยนำเข้าในการวิจัยและพัฒนาโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่คัดเลือกเข้าร่วมโครงการเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำแผนการสอน คู่มือ การจัดวางระบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาตามต้องการของพื้นที่ อบรมผู้นำชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแกนนำในชุมชนในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียด และเมื่อได้กลุ่มที่มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปจะจัดอบรมในกลุ่มเหล่านี้ด้วยความสมัครใจ โดยใช้ชื่อว่า การอบรมแกนนำครอบครัว

สำหรับด้านกระบวนการดำเนินงาน แกนนำชุมชนได้ดำเนินการค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียด และทีมผู้วิจัยจะมีการติดตามผลการดำเนินการภายหลังการอบรม 3 เดือน 6 เดือน และทำการประเมินผลการดำเนินงานของแกนนำชุมชน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดโครงการทั้งจากแกนนำชุมชนและแกนนำครอบครัว

ในด้านผลลัพธ์กลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มที่มีความเครียดภายหลังได้รับการช่วยเหลือตามโครงการ สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัว และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ในขณะที่ดำเนินงาน โครงการวิจัยจะมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานเป็นระยะๆ ตามความเหมาะสมเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ดำเนินการ ทั้งนี้การแก้ไขปัญหาต่างๆ เกิดจากการ บ้อนกลับของกระบวนการดำเนินงานและมีการประเมินผลลัพธ์เป็นระยะๆ ก่อนจะทำการประเมิน ผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการศึกษาเชิงวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษารูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และศึกษาผลการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในพื้นที่ที่ดำเนินการ

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้นำชุมชน ที่อาศัย ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

2. แกนนำครอบครัว เป็นผู้ที่ผ่านการคัดกรองแล้วที่มีความเครียด อาศัยอยู่ ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรมในโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและรับผิดชอบในการดำเนินการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดในชุมชนดังกล่าวข้างต้น กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้ทำการคัดเลือกโดยผู้นำในชุมชนแต่ละหมู่บ้าน คัดเลือกตัวแทนซึ่งเป็นผู้นำชุมชนหมู่บ้านละ 7 - 8 คน

กลุ่มที่ 2 เป็นแกนนำครอบครัว (หรือผู้ที่ผ่านการคัดกรองแล้วที่มีความเครียด) และได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางการดำเนินงานโครงการ

2. สถานที่ศึกษา

ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และตำบลโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน แบ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินโครงการ ประกอบด้วย

3.1.1 แผนการสอนเรื่อง มารู้จักความเครียดกันเถอะ จำนวน 8 แผนการสอน ได้แก่

แผนการสอนที่ 1 ทศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ที่มีความเครียด

แผนการสอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความเครียด

แผนการสอนที่ 3 การประเมินความเครียด

แผนการสอนที่ 4 การจัดการกับความเครียด

แผนการสอนที่ 5 การปรับเปลี่ยนความคิด

แผนการสอนที่ 6 การฝึกทักษะคลายเครียด

แผนการสอนที่ 7 การช่วยเหลือบุคคลเมื่อเกิดภาวะเครียด

แผนการสอนที่ 8 ระบบการดูแลผู้ที่มีความเครียดในชุมชน

3.1.2 คู่มือ มารู้จักกับความเครียด

3.1.3 คู่มือ การจัดการกับความเครียด

3.1.4 คู่มือ การคลายเครียด

ในการจัดทำแผนการสอนและคู่มือ โดยจัดประชุมทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา จำนวน 25 คน ในวันที่ 24 - 25 พฤศจิกายน 2545 รวม 2 วัน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.2.1 แบบประเมินความรู้ของผู้เข้ารับการอบรม ก่อน และหลังการอบรม

3.2.2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ ของกรมสุขภาพจิต

3.2.3 แบบประเมินผลการอบรมโครงการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

3.2.4 แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินงานโครงการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

3.2.5 แบบประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้มีความเครียด

ในการพัฒนาเครื่องมือในข้อ 3.2 ผู้พัฒนาเครื่องมือประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 7 คน โดยยึดแนวทางในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อตอบวัตถุประสงค์ในงานวิจัย ปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมของภาษา ก่อนนำไปใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ

4. ขั้นตอนการดำเนินงาน

4.1 ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เขียนโครงการและนำเสนอต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่ออนุมัติดำเนินงานตามโครงการ และสนับสนุนงบประมาณ

4.2 แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สำรวจผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่และคัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมโครงการ

1.1 ประสานงานกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้บริหารงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อชี้แจงโครงการ ในวันที่ 8 พฤศจิกายน 2545

1.2 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด เพื่อชี้แจงแผนการดำเนินงานและร่วมคัดเลือกตำบลที่มีความพร้อมในการดำเนินงานโครงการ ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2545

1.3 ประชุมชี้แจงเครือข่ายระดับอำเภอ ตำบล แกนนำชุมชนที่ถูกคัดเลือก ชี้แจงแผนการปฏิบัติงานและร่วมกำหนดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมโดยการทำ Focus group กับผู้นำชุมชน เพื่อศึกษาปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ ในวันที่ 13 พฤศจิกายน 2545

ส่วนที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

2.1 วางแผนจัดทำคู่มือ แผนการอบรม และแนวทางการดำเนินงาน ในวันที่ 24 - 25 พฤศจิกายน 2545

2.2 ประสานงานกับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตในพื้นที่ดำเนินโครงการโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ให้เครือข่าย ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน เพื่อให้ความร่วมมือ ในวันที่ 13 ธันวาคม 2545 และ 17 ธันวาคม 2545

2.3 จัดอบรมแกนนำชุมชน โดยการให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการจัดการกับความเครียดและคลายเครียด วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียดในชุมชน จำนวน 165 คน แบ่งเป็น 2 รุ่น ในแต่ละจังหวัด ในวันที่ 23 - 24 ธันวาคม 2545 และ 25 - 26 ธันวาคม 2545

2.4 มอบหมายให้ผู้เข้าอบรม ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียดในชุมชน และให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ถ้ามีปัญหาซับซ้อนเกินความสามารถให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สถานีนอนมัย

2.5 ประชุมเพื่อประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน ของผู้นำชุมชนในการค้นหาผู้ที่มีภาวะเครียด และให้การช่วยเหลือ ในวันที่ 4 มีนาคม 2546

2.6 จัดอบรมแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีภาวะเครียดที่ผู้นำชุมชนสำรวจได้และเข้าอบรมด้วยความสมัครใจไม่บังคับ โดยจัดอบรมในกลุ่มที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป) จำนวน 81 คน ในวันที่ 11 มีนาคม 2546

2.7 ประชุมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการ 6 เดือน ในวันที่ 3 มิถุนายน 2546

2.8 ประชุมเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมของแกนนำครอบครัว ภายหลังการอบรม 3 เดือน ในเดือนกรกฎาคม 2546

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป และข้อมูลด้านความรู้ก่อนและหลังการอบรมทั้งของผู้นำชุมชนและแกนนำครอบครัว

2. ติดตามผลการดำเนินงานการค้นหา และช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดในชุมชน ภายหลังการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน โดยการประชุมกลุ่มและศึกษาจากแบบประเมินความเครียดที่สำรวจผู้มีความเครียดในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

3. เก็บข้อมูลระดับความเครียดของแกนนำครอบครัวก่อนการอบรมและภายหลังสิ้นสุดโครงการ

4. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินงานโครงการ

5. เก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินผล การเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว (ในกลุ่มที่มีความเครียด) เมื่อสิ้นสุดโครงการ

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกระยะในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านแบบสอบถามต่างๆ ได้ด้วยตนเองจะเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านหนังสือได้ถูกต้อง ทีมผู้วิจัยภาคสนามจะทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for Windows โดยใช้สถิติดังนี้

1. สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ และการประเมินผลการดำเนินงาน

2. สถิติ t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

7. ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัย

ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2545 - 30 กันยายน 2546

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ขอนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลของการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชน
2. ผลการอบรมโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน
3. การประเมินผลหลังการอบรมการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน ในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน
4. ผลการอบรมการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)
5. การประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด
6. ผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินงานโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ผลการวิจัย

1. ผลของการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชนจำนวน 27 คน เพื่อทราบปัญหาสุขภาพจิต และรูปแบบที่ต้องการในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สรุปได้ดังนี้

- 1.1 ปัญหาที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหายาเสพติด

- 1.2 รูปแบบที่ต้องการในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน คือ ต้องการความรู้ คำแนะนำ หรือหลักการปฏิบัติในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้มีการอบรมแกนนำในชุมชนให้มีความรู้ตั้งแต่สามารถทราบถึงลักษณะ หรือกลุ่มที่น่าจะมีปัญหาสุขภาพจิตว่ามีลักษณะอย่างไร วิธีการเข้าไปค้นหาและช่วยเหลืออย่างไร จะรู้ได้อย่างไรว่าการช่วยเหลือที่ให้แก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเหล่านี้ได้ผลหรือไม่ได้ผลและสมควรส่งต่อไปให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไร และจะติดตามช่วยเหลือกลุ่มนี้นานเพียงใด

- 1.3 ในด้านเอกสารต้องการคู่มือ แผ่นพับประจำตัวแกนนำชุมชนที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือทุกคนเพื่อทำความเข้าใจขณะปฏิบัติจริงในชุมชนและหากมีปัญหามีสามารถปรึกษากับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตลอดเวลา และถ้าเป็นไปได้ควรแจกเอกสารทุกครัวเรือน

- 1.4 ในการคัดเลือกผู้เข้าอบรมควรเป็นผู้ที่ชาวบ้านให้ความเคารพนับถือ หรือมีหน้าที่โดยตรงในการดูแลสุขภาพของประชาชน

2. ผลการอบรมโครงการการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ของผู้นำชุมชน

2.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรมจากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 53.6 และจากจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.0 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 39.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี ร้อยละ 26.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.9 รองลงมาประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 9.4 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น อสม. ร้อยละ 52.9 เป็นประชาชนทั่วไปที่ชาวบ้านนับถือ ร้อยละ 23.9 กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 12.3 และเมื่อได้ศึกษาเรื่องระยะเวลาในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตพบว่า มีผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตเป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 15.2 รองลงมาระยะเวลา 6 - 10 ปี ร้อยละ 9.4 ส่วนใหญ่ผู้ที่เข้ารับการอบรมเคยใช้วิธีการคลายเครียด ร้อยละ 77.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 138)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่		
จังหวัดสกลนคร	74	53.6
จังหวัดขอนแก่น	64	46.4
รวม	138	100.0
เพศ		
ชาย	87	63.0
หญิง	51	37.0
รวม	138	100.0
อายุ		
21 - 30 ปี	4	2.9
31 - 40 ปี	36	26.1
41 - 50 ปี	55	39.8
51 - 60 ปี	36	26.1
61 ปีขึ้นไป	7	5.1
รวม	138	100.0
หมายเหตุ อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 46.17 ปี (S.D. = 8.97)		

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 138) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	1.5
ประถมศึกษา	79	57.2
มัธยมศึกษาตอนต้น	30	21.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	13.8
ต่ำกว่าปริญญาตรี	2	1.5
ปริญญาตรี	6	4.3
รวม	138	100.0
อาชีพ		
รับจ้าง	7	5.1
เกษตรกรรม	102	73.9
ค้าขาย	4	2.9
แม่บ้าน	13	9.4
อื่นๆ	12	8.7
รวม	138	100.0
ตำแหน่งปัจจุบัน		
อสม.	73	52.9
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	17	12.3
อบต.	15	10.9
ประชาชนทั่วไป (ที่ชาวบ้านนับถือ)	33	23.9
รวม	138	100.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานสุขภาพจิต		
1 - 5 ปี	21	15.2
6 - 10 ปี	13	9.4
11 - 15 ปี	1	0.7
16 - 20 ปี	2	1.5
ไม่ได้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต	59	42.8
ไม่ตอบ	42	30.4
รวม	138	100.0

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของผู้นำชุมชนจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป (n = 138) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เคยใช้วิธีการคลายเครียด		
เคยใช้	107	77.5
ไม่เคยใช้	17	12.3
ไม่ตอบ	14	10.2
รวม	138	100.0

2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

2.2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 8.29 และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรม = 8.56 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ t-test พบว่าความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.408$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดขอนแก่น (n = 52)

การอบรม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
ก่อนการอบรม	8.29	1.60	-0.834	51	0.408
หลังการอบรม	8.56	1.97			

2.2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 7.75 และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการอบรม = 8.86 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ t-test พบว่าความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0001$) นั่นคือการอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดสกลนคร
(n = 68)

การอบรม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
ก่อนการอบรม	7.75	1.57	-5.61	62	0.0001
หลังการอบรม	8.86	1.68			

2.3 ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการจัดโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในหัวข้อความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม เนื้อหาวิชาที่ได้รับตรงกับความต้องการ ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ ความเหมาะสมของวิทยากร และระยะเวลาในการอบรม คิดเป็นร้อยละ 53.1, 57.8, 57.8, 67.2 และ 38.4 ตามลำดับ และพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง ในหัวข้อความเหมาะสมของสถานที่และบรรยากาศในการจัดอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.3 และ 42.9 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการจัดอบรม
(n = 128)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ (n = 128)									
	มาก		ปานกลาง		น้อย		ควรปรับปรุง		ไม่ตอบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม	68	53.1	44	34.4	-	-	2	1.6	14	10.9
2. เนื้อหาวิชาที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน	74	57.8	39	30.5	1	0.8	1	0.8	13	10.1
3. ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน	74	57.8	38	29.7	1	0.8	1	0.8	14	10.9
4. ความเหมาะสมของวิทยากร	86	67.2	22	17.2	3	2.3	-	-	17	13.3
5. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรม	49	38.4	46	35.9	13	10.1	5	3.9	15	11.7
6. ความเหมาะสมของสถานที่อบรม	49	38.4	58	45.3	4	3.1	4	3.1	13	10.1
7. บรรยากาศในการจัดอบรม	49	38.4	55	42.9	3	2.3	7	5.5	14	10.9

2.4 วิธีการคลายเครียดที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้เมื่อเวลาที่มีความเครียดไม่สบายใจหรือทุกข์ใจ

- ปรีกษาหรือพูดคุยกับเพื่อน / ญาติ (51)
- ออกกำลังกาย (38)
- ฟังเพลง / ดูทีวี / ร้องเพลง (32)
- ทำจิตใจให้สบาย (22)
- ทำงานอดิเรก (20)
- นอนหลับพักผ่อน (16)
- ไปวัดทำบุญ (13)
- ทำสมาธิ (13)
- ไปเที่ยว / ซื้อของ (5)
- พิจารณาปัญหาที่เกิด หาวิธีแก้ปัญหา (5)
- อ่านหนังสือ (3)
- ร้องไห้ (1)

2.5 ปัญหาที่ผู้เข้ารับการอบรมคิดว่าทำให้คนในชุมชนมีความเครียดมากที่สุดในขณะนี้

- เศรษฐกิจ (เงิน) (76)
- ครอบครัว (58)
- สิ่งแวดล้อม (34)
- ยาเสพติด (16)
- งาน / การประกอบอาชีพ (14)
- การเจ็บป่วย (10)
- ปัญหาสุขภาพจิต (2)

3. การประเมินผลหลังการอบรมการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชนในระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน

3.1 ข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดหลังจากการอบรมไปแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน พบว่า

ระดับความเครียด	หลังการอบรม 3 เดือน	หลังการอบรม 6 เดือน	รวม (n=661)
			จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียดปกติ	256 ราย	135 ราย	391 ราย (59.1)
ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย	114 ราย	63 ราย	177 ราย (26.8)
ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง	28 ราย	49 ราย	77 ราย (11.7)
ความเครียดสูงกว่าปกติมาก	3 ราย	13 ราย	16 ราย (2.4)

3.2 วิธีที่ผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือกับบุคคลที่มีความเครียด ดังนี้

3.2.1 ค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด	93	ราย
3.2.2 จัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย	45	ราย
3.2.3 แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม	58	ราย
3.2.4 การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี	59	ราย
3.2.5 ฝึกให้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยวิธี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
- ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ	15	ราย
- ฝึกการหายใจ	15	ราย
- ฝึกการทำสมาธิ	56	ราย
- การใช้จินตนาการ	12	ราย
- การนวด	20	ราย
- อื่นๆ เช่น ออกกำลังกาย ดูหนัง ฟังเพลง ไปเที่ยว		

3.3 จำนวนผู้ที่มีความเครียดที่ผู้นำชุมชนส่งต่อไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 15 ราย และจากการติดตามผลพบว่า

3.3.1 ได้รับยา	11	ราย
3.3.2 ไม่ได้รับยา	1	ราย
3.3.3 อื่นๆ (ไม่ไปตรวจ)	3	ราย

3.4 ข้อคิดเห็นที่มีต่อสมุดลงทะเบียนในการนำไปใช้

- ใช้ได้ดี อ่านง่าย เข้าใจ	3	ราย
- ไม่ค่อยเข้าใจ อยากให้อธิบายให้ชัดเจน	1	ราย
- ในกรณีที่ผู้เข้ารับการอบรมเขียนหนังสือไม่เก่ง ก็ให้ญาติลงข้อมูลให้	1	ราย
- ไม่มีปัญหาในการลงทะเบียน	11	ราย

3.5 ข้อคิดเห็นที่มีต่อคู่มือคลายเครียดในการนำไปใช้

- นำไปใช้ได้ดีมาก มีประโยชน์มาก สามารถที่จะประเมินความเครียดด้วยตนเองได้ และนำไปใช้ประเมินคนใกล้ชิด และคนในชุมชนได้ เพื่อลดปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียด (5 ราย)

- อ่านแล้วเข้าใจวิธีคลายเครียด ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำไปแนะนำผู้ที่มีภาวะเครียดได้ดี (3 ราย)

- บางคนมองเห็นหนังสือไม่ชัดเจน (2 ราย)		
- มีปัญหาเล็กน้อย คือ ผู้ที่มีภาวะเครียดไม่ค่อยมีเวลาในการฝึกวิธีคลายเครียด (1 ราย)		
- ไม่มีปัญหาในการใช้ (7 ราย)		

3.6 ข้อคิดเห็นที่มีต่อคู่มือทำอะไรเมื่อใจเป็นทุกข์ในการนำไปใช้
การนำไปใช้

- นำไปใช้กับตัวเอง และบุคคลข้างเคียง ทำให้รู้จักสาเหตุของความเครียด และวิธีช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ ทำให้แก้ปัญหาได้ และลดปัญหาเมื่อเกิดความเครียด
- แนะนำให้ผู้ที่มีภาวะเครียด เพื่อที่จะลดปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียดได้ (2 ราย)
- อ่านแล้วทำให้มีความรู้เกิดประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถแนะนำผู้อื่นได้ (2 ราย)

ปัญหา

- ไม่มีปัญหาในการนำไปใช้ (10 ราย)

หมายเหตุ ข้อ 3.4 - 3.6 เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้นำชุมชนตอบคำถามแบบปลายเปิด จึงมีผู้ตอบคำถามใน 2 ข้อนี้น้อยที่เหลือจะไม่ตอบคำถาม

3.7 ปัญหาที่พบจากการทำงาน แนวทางการแก้ไข และความต้องการสนับสนุนเพิ่มเติม

ปัญหา	แนวทางการแก้ไข
- คนที่มาอบรมเป็นผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มีงานประจำมาก จะไม่มีเวลาในการค้นหาผู้ที่มีความเครียด - ผู้ที่มีความเครียด ไม่กล้าพูดความจริง กลัวคนอื่นว่าเป็นโรคเครียด	- ควรให้บุคลากรที่สมัครใจมาอบรมเพื่อจะได้มีเวลา และตั้งใจที่จะค้นหาผู้ที่มีความเครียด - ควรไปเยี่ยมบ่อยๆ ให้กำลังใจ และให้ความรู้ที่แท้จริงว่าความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แต่เป็นสิ่งที่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดที่เหมาะสมได้
- ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะคิดว่าไม่ใช่พยาบาลโดยตรง	- ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและร่วมออกติดตามเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการช่วยเหลือของผู้นำชุมชน

สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- คู่มือ เอกสารต่างๆ แผ่นพับ โปสเตอร์ เพื่อนำไปแจกให้แก่ผู้ที่มีความเครียด จะได้อ่านด้วยตัวเอง (4 ราย)
- ต้องการให้อบรมคนที่มีความเครียดโดยตรง (1 ราย)

- ต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ่อยๆ (5 ราย)
- ต้องการสนับสนุนค่าเบี้ยเลี้ยง / ค่าน้ำมันรถ ในการออกค้นหาผู้ที่มีความเครียด (1 ราย)

3.8 ความรู้ที่ต้องการเพิ่มเติมในการดำเนินโครงการ

- ความฉลาดทางอารมณ์ (1 ราย)
- ทำอย่างไรให้ใจเป็นสุข อยู่อย่างไรให้มีความสุข ทำอย่างไรถึงจะมีสุขภาพจิตดี (1 ราย)
- เรื่องเหล้า และบุหรี่ (1 ราย)
- วิธีการเลี้ยงดูลูก (1 ราย)
- ต้องการให้อบรมเพื่อนบ้านในพื้นที่ / คนที่มีความเครียด เพื่อจะได้มีความรู้ (1 ราย)
- ต้องการให้มีการอบรมเพิ่มเติมในเรื่องอื่นๆ อีก อย่างน้อย 3 เดือน / ครั้ง (1 ราย)
- ต้องการให้พยาบาลออกไปพบกับผู้ที่มีภาวะเครียดในหมู่บ้าน (1 ราย)
- ต้องการแพทย์ / พยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มาประจำที่

สถานีนอนามัย เพื่อให้คำแนะนำ (1 ราย)

- อบรมอย่างต่อเนื่อง (1 ราย)
- การให้คำปรึกษา (Counseling) (1 ราย)

3.9 ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับแนวทางในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดต่อไปเมื่อสิ้นสุดโครงการ

- แนะนำให้ความรู้ / ข้อมูลกับคนที่มีความเครียดและคนที่ไม่มีความเครียด (1 ราย)
- แนะนำวิธีการปฏิบัติตัว เช่น การออกกำลังกาย ไปทำบุญ นั่งสมาธิคลายเครียด (1 ราย)
- แนะนำวิธีการฝึกหายใจ และฝึกทำสมาธิ (1 ราย)
- ออกติดตามเยี่ยมและพูดคุยกับคนที่มีภาวะเครียดจนกว่าจะหายเครียด (1 ราย)

4. ผลการอบรมการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)

4.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของแกนนำครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า มีแกนนำครอบครัวที่เข้ารับการอบรมจากจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 66.7 และจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 35.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 51 - 60 ปี ร้อยละ 19.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 รองลงมาจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 7.4 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 74.1 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 11.1 ผู้ที่เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นประชาชนทั่วไป ร้อยละ 82.8 รองลงมาเป็น อสม. ร้อยละ 9.9 และเคยใช้วิธีการคลายเครียด ร้อยละ 87.7 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของแกนนำครอบครัวจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป
(n = 81)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ที่อยู่		
จังหวัดขอนแก่น	54	66.7
จังหวัดสกลนคร	27	33.3
รวม	81	100.0
เพศ		
ชาย	11	13.6
หญิง	70	86.4
รวม	81	100.0
อายุ		
≥ 20 ปี	2	2.5
21 - 30 ปี	7	8.6
31 - 40 ปี	13	16.0
41 - 50 ปี	29	35.8
51 - 60 ปี	16	19.8
61 ปีขึ้นไป	14	17.3
รวม	81	100.0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	67	82.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	6.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3	3.7
ปริญญาตรี	6	7.4
รวม	81	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	60	74.1
รับจ้าง	9	11.1
ค้าขาย	3	3.7
แม่บ้าน	2	2.5
อื่นๆ	7	8.6
รวม	81	100.0

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของแกนนำครอบครัวจำแนกตามลักษณะข้อมูลทั่วไป
(n = 81) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ตำแหน่งปัจจุบัน		
อสม.	8	9.9
กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน	1	1.2
อบต.	1	1.2
ประชาชนทั่วไป	67	82.8
อื่นๆ	4	4.9
รวม	81	100.0
เคยใช้วิธีการคลายเครียด		
เคยใช้	71	87.7
ไม่เคยใช้	6	7.4
ไม่ตอบ	4	4.9
รวม	81	100.0

4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

4.2.1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 8.27 และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรม = 9.96 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ t-test พบว่าความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) นั่นคือการอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจังหวัดขอนแก่น (n = 52)

การอบรม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
ก่อนการอบรม	8.27	1.27	-7.235	51	0.001
หลังการอบรม	9.96	1.27			

4.2.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 8.48 และคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรม = 9.60 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ t-test พบว่าความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) นั่นคือการอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัวจังหวัดสกลนคร ($n = 25$)

การอบรม	$\bar{X}$	S.D.	t	df	P
ก่อนการอบรม	8.48	1.48	-3.412	24	0.002
หลังการอบรม	9.60	1.53			

4.3 การเปรียบเทียบการประเมินความเครียดด้วยตนเองก่อนการอบรมและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัว

4.3.1 การประเมินความเครียดด้วยตนเองก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้ารับการอบรมก่อนการอบรม มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.5 มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 7.8 และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 2.6 และหลังการอบรมมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 15.6 มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 1.3 และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 1.3 รายละเอียดดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของการประเมินความเครียดก่อนและหลังการอบรม (3 เดือน) ของแกนนำครอบครัว ($n = 77$)

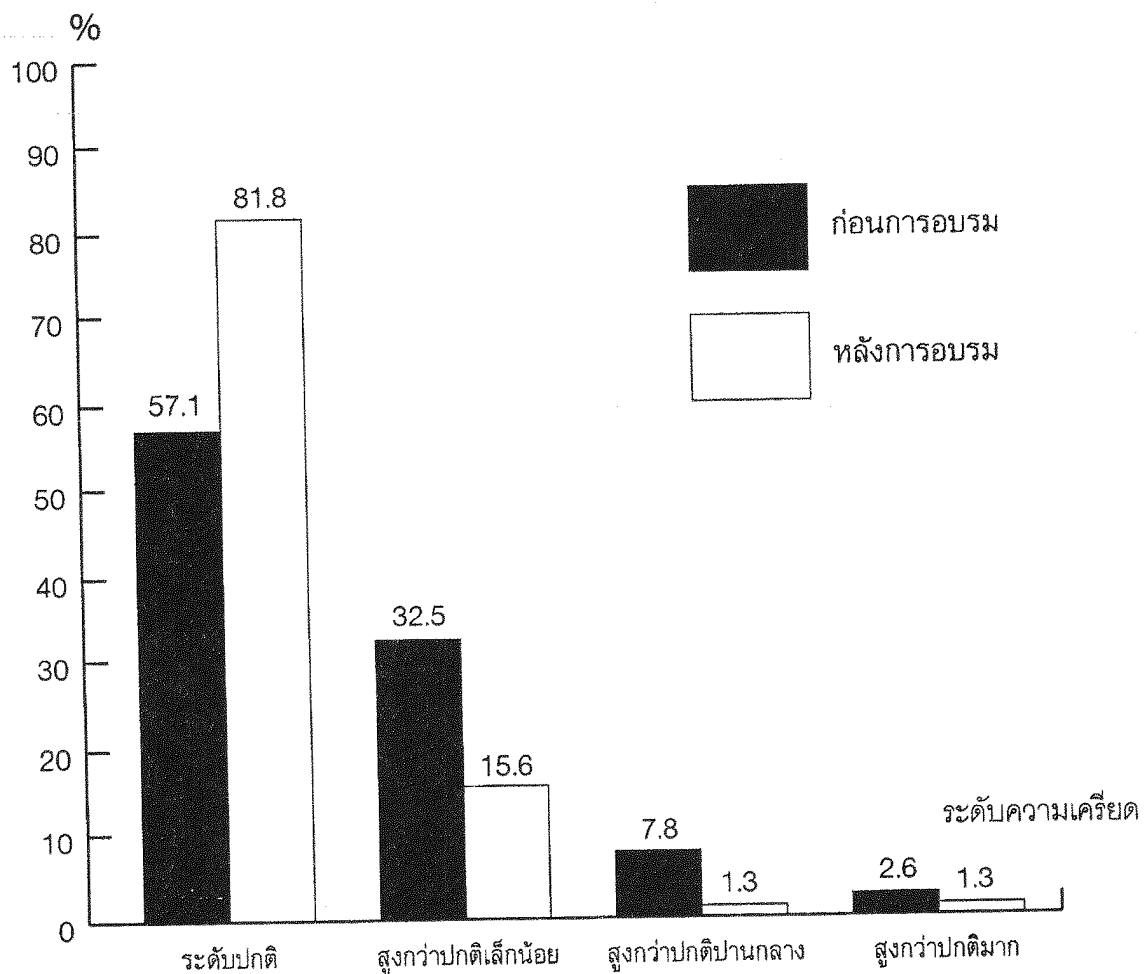
ระดับความเครียด	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดปกติ	44	57.1	63	81.8
ความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย	25	32.5	12	15.6
ความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง	6	7.8	1	1.3
ความเครียดสูงกว่าปกติมาก	2	2.6	1	1.3
รวม	77	100.0	77	100.0

หมายเหตุ ผู้ที่เข้ารับการอบรม 81 คน แต่ส่งแบบวัดความเครียดเพียง 77 คน

4.3.2 การเปรียบเทียบการประเมินความเครียดด้วยตนเองก่อนการอบรมและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)

ผลการศึกษาพบว่า หลังจากการอบรม 3 เดือน จำนวนผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ มีจำนวนเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 57.1 เป็นร้อยละ 81.8 ส่วนผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย สูงกว่าปกติปานกลาง และสูงกว่าปกติมาก มีจำนวนลดลง จากร้อยละ 32.5 เป็นร้อยละ 15.6 ร้อยละ 7.8 เป็นร้อยละ 1.3 และ ร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 1.3 ตามลำดับ ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 ร้อยละของการประเมินความเครียด ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัว (n = 77)



4.4 ความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการจัดโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครอบครัวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในหัวข้อความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม เนื้อหาวิชาการที่ได้รับตรงกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ วิทยากรมีความเหมาะสม รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ และบรรยากาศในการจัดอบรมก็มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 66.2, 81.8, 81.8, 83.1, 64.9, 70.1 และ 77.9 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแกนนำครอบครัวที่มีต่อการจัดอบรม
(n = 77)

หัวข้อประเมิน	ระดับความพึงพอใจ							
	มาก		ปานกลาง		น้อย		ควรปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม	51	66.2	25	32.5	-	-	1	1.3
2. เนื้อหาวิชาที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน	63	81.8	12	15.6	-	-	2	2.6
3. ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน	63	81.8	13	16.9	-	-	1	1.3
4. ความเหมาะสมของวิทยากร	64	83.1	13	16.9	-	-	-	-
5. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรม	50	64.9	25	32.5	2	2.6	-	-
6. ความเหมาะสมของสถานที่อบรม	54	70.1	21	27.3	1	1.3	1	1.3
7. บรรยากาศในการจัดอบรม	60	77.9	15	19.5	1	1.3	1	1.3

5. การประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว (ภายหลังการอบรม 3 เดือน)

5.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของแกนนำครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด

ข้อมูลทั่วไปของแกนนำครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด เป็นข้อมูลเดียวกันกับข้อมูลแกนนำครอบครัวที่เข้ารับการอบรม (จากข้อ 4.1)

5.2 ความคิดเห็นของแกนนำครอบครัวที่มีต่อโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครอบครัวส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความรู้เรื่องความเครียดที่ได้รับจากการอบรม และช่วยให้เข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด ร้อยละ 53.1 และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับความรู้ที่ได้จากการอบรมสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ร้อยละ 50.6 เมื่ออบรมไปแล้วอารมณ์ของผู้เข้ารับการอบรมเป็นลงกว่าเดิม ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ เย็นลงกว่าเดิมเล็กน้อย ร้อยละ 29.6 และเมื่อมีความเครียด / โกรธ / ไม่สบายใจ ผู้เข้ารับการอบรมจะรู้ตัวเสมอว่า ตนเองมีอารมณ์เช่นไร คิดเป็นร้อยละ 86.5 รองลงมาคือไม่แน่ใจว่าตัวเองมีอารมณ์เช่นไร ร้อยละ 8.6 ดังรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของแกนนำครอบครัวที่มีต่อโครงการ
(n = 81)

หัวข้อในการประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เรื่องความเครียดที่ท่านได้รับการอบรม		
ช่วยให้ท่านเข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด		
เห็นด้วย	43	53.1
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	38	46.9
รวม	81	100.0
ความรู้เรื่องความเครียดที่ได้จากการอบรม		
ท่านนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวท่านเองและครอบครัว		
เห็นด้วย	40	49.4
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	41	50.6
รวม	81	100.0
อารมณ์ของท่านภายหลังการอบรมไปแล้ว 3 เดือนเป็นอย่างไร		
เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	3	3.7
เย็นลงกว่าเดิมเล็กน้อย	24	29.6
เย็นลงกว่าเดิม	54	66.7
รวม	81	100.0
ภายหลังการอบรมเมื่อท่านโกรธ ไม่สบายใจ หรือมีความเครียด		
ท่านมักจะรู้ตัวเสมอว่าท่านมีอารมณ์เช่นไร		
ใช่	70	86.5
ไม่แน่ใจ	7	8.6
เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง	4	4.9
รวม	81	100.0

5.3 วิธีการคลายเครียดที่แกนนำครอบครัวใช้เป็นประจำก่อนและหลังเข้ารับการอบรม
ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรม 3 อันดับแรกที่แกนนำครอบครัวใช้วิธีการคลายเครียดเป็นประจำได้แก่ การพบปะเพื่อนฝูง ดูหนัง ฟังเพลง การออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 20.0, 19.4, 15.6 ตามลำดับ หลังการอบรมวิธีการคลายเครียดที่แกนนำชุมชนใช้เป็นประจำใน 3 อันดับแรกได้แก่ การพบปะเพื่อนฝูง การดูหนัง ฟังเพลง การออกกำลังกายเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 16.6, 15.8, 14.8 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่ามีวิธีการคลายเครียดที่ใช้มากขึ้นจากเดิมคือการฝึกหายใจร้อยละ 7.8 หลังการอบรมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11.1 ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 การเปรียบเทียบวิธีการคลายเครียดที่แกนนำครอบครัวใช้เป็นประจำก่อนและหลัง
เข้ารับการอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

วิธีการคลายเครียด	ก่อนการอบรม (n=320)	หลังการอบรม (n=398)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
- การพบปะเพื่อนฝูง	64 (20.0)	66 (16.6)
- ดูหนังฟังเพลง	62 (19.4)	63 (15.8)
- การออกกำลังกาย	50 (15.6)	59 (14.8)
- เข้าวัดฟังธรรม/ทำบุญ	43 (13.4)	49 (12.3)
- ฝึกหายใจ	25 (7.8)	44 (11.1)
- ไปเที่ยวในที่ต่างๆ	23 (7.2)	35 (8.8)
- นั่งสมาธิ	23 (7.2)	30 (7.6)
- นวดเพื่อคลายเครียด	14 (4.4)	20 (5.0)
- ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ	13 (4.1)	22 (5.5)
- การจินตนาการ	3 (0.9)	10 (2.5)

5.4 วิธีการคลายเครียดที่แกนนำครอบครัวชอบมากที่สุดในปัจจุบัน

- ดูหนังฟังเพลง (24)
- การออกกำลังกาย (18)
- เข้าวัดฟังธรรม (13)
- การพบปะเพื่อนฝูง (10)
- ฝึกหายใจ (6)
- นั่งสมาธิ (5)
- ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ (4)
- นวดเพื่อคลายเครียด (3)
- ไปเที่ยวในที่ต่างๆ (3)

5.5 ภายหลังการอบรมแกนนำครอบครัว ได้นำความรู้ไปให้คำแนะนำช่วยเหลือคนอื่นใน
ครอบครัว หรือชุมชนหรือไม่ (n=81)

จากการประเมินผลพบว่า ผู้ที่นำความรู้ไปช่วยเหลือคนอื่น หรือชุมชน มีจำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 ไม่ได้นำไปให้คำแนะนำ หรือช่วยเหลือใดๆ จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 และผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือ มีจำนวน 268 คน จากการประเมินผลเรื่องปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือพบว่า แกนนำครอบครัวไม่มีปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือ จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 96.8 และมีปัญหาในการช่วยเหลือจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.2 (จากจำนวน 63 คน ที่นำความรู้ไปให้คำแนะนำช่วยเหลือ) และเมื่อศึกษาถึงปัญหาในการช่วยเหลือพบว่า มีปัญหาใน

เรื่องเวลา คือไม่ค่อยมีเวลาออกไปช่วยเหลือคนอื่น และปัญหาเรื่องการแนะนำช่วยเหลือคือ ไม่ทราบว่าจะแนะนำอย่างไรเวลาที่แนะนำผู้ที่มีความเครียด ไม่ค่อยรับฟังเพราะกำลังเครียด

5.6 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการ

- ต้องการให้มีโครงการต่อเนื่อง มีการฝึกฝนและปฏิบัติเป็นระยะๆ
- ต้องการให้อบรมคนในชุมชนให้มากกว่านี้
- มีการฝึกคลายเครียดเดือนละ 1 ครั้ง

5.7 ผู้เข้ารับการอบรมต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง

- การออกกำลังกาย (4)
- การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ (3)
- การนั่งสมาธิ การจินตนาการ ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการนวดเพื่อคลายเครียด (1)
- มีวิธีการจัดการกับอารมณ์ให้สงบลงอย่างไร (1)
- ทำอย่างไรจะไม่ฝันร้าย (1)

6. ผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินงานโครงการ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

6.1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า มีผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมประเมินผลโครงการจากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 53.6 และจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.0 มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41 - 50 ปี ร้อยละ 39.8 รองลงมาอยู่ในช่วง 31 - 40 ปี และ 51 - 60 ปี ร้อยละ 26.1 อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 46.17 ปี (S.D. = 8.97) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.2 รองลงมาจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 21.7 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.9 รองลงมาเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 9.4 ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น อสม. ร้อยละ 52.9 รองลงมาเป็นผู้ที่ชาวบ้านนับถือ ร้อยละ 23.9 (เนื่องจากเป็นข้อมูลทั่วไปชุดเดียวกันสามารถศึกษารายละเอียดได้ในตารางที่ 1)

6.2 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เห็นด้วยกับหัวข้อยินดีที่เข้าร่วมโครงการนี้ โครงการนี้ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้มีภาระมากขึ้นกว่าเดิม พึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ที่มีความเครียดในชุมชน ความรู้ที่ได้รับสอดคล้องกับปัญหาชุมชนคิดว่าตัวผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ พึงพอใจผลการปฏิบัติงานของตนเองในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด คิดว่าภายหลังการอบรมโครงการนี้คนในชุมชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด และโครงการนี้สามารถดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย ในภาพรวมแล้ว ผู้เข้าร่วมโครงการรู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมในโครงการนี้ รวมทั้งถ้ามีการจัดโครงการนี้อีกในปีหน้ายินดีเข้าร่วมโครงการอีก คิดเป็นร้อยละ 55.8, 59.4, 42.0, 68.1, 67.4, 67.4, 66.7, 71.1, 54.3, 58.0 และ 56.5 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละของความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่มีต่อโครงการ (n = 138)

หัวข้อประเมิน	ระดับความคิดเห็น (n = 138)				
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่ตอบ
1. ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการนี้	42.8 (59)	55.8 (77)	0.7 (1)	-	0.7 (1)
2. โครงการนี้ทำให้ท่านมีความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด	39.9 (55)	59.4 (82)	0.7 (1)	-	-
3. การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้ท่านมีการระมากขึ้นกว่าเดิม	11.6 (16)	42.0 (58)	39.2 (54)	6.5 (9)	0.7 (1)
4. ท่านพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีความเครียดในชุมชน	29.7 (41)	68.1 (94)	2.2 (3)	-	-
5. ความรู้ที่ท่านได้รับจากโครงการนี้สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน	29.7 (41)	67.4 (93)	2.9 (4)	-	-
6. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้มีความเครียดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ	29.0 (40)	67.4 (93)	2.9 (4)	-	0.7 (1)
7. ท่านพึงพอใจผลการปฏิบัติงานของท่านในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด	29.7 (41)	66.7 (92)	2.9 (4)	0.7 (1)	-
8. ท่านคิดว่าภายหลังอบรมโครงการนี้คนในชุมชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด	27.5 (38)	71.1 (98)	0.7 (1)	-	0.7 (1)
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย	44.3 (61)	54.3 (75)	1.4 (2)	-	-
10. ในภาพรวมแล้วท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมในโครงการนี้	40.6 (56)	58.0 (80)	1.4 (2)	-	-
11. ถ้ามีการจัดโครงการนี้อีกในปีหน้าท่านยินดีเข้าร่วมโครงการ	37.7 (52)	56.5 (78)	4.4 (6)	0.7 (1)	0.7 (1)

6.3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้มีความเครียด

6.3.1 การมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด จากการประเมินพบว่ามีส่วนร่วมจำนวน 123 คน คิดเป็นร้อยละ 89.1 และไม่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 ($n = 138$)

6.3.2 ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการอบรมได้ดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด จำนวน 270 คน (เฉพาะผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยขึ้นไปรายละเอียดในหน้า 42 ข้อ 3.1)

6.3.3 จำนวนครั้งที่ให้การช่วยเหลือผู้มีความเครียดทุกรายรวม 510 ครั้ง

6.3.4 ปัญหาที่พบในผู้ที่มีความเครียด มากที่สุด 3 อันดับแรก คือ

- | | |
|-------------------|------|
| (1) ปัญหาครอบครัว | (90) |
| (2) ปัญหาเศรษฐกิจ | (88) |
| (3) ปัญหายาเสพติด | (22) |

6.3.5 วิธีที่ให้การช่วยเหลือผู้มีความเครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|------|
| (1) แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม | (93) |
| (2) ฝึกให้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ | (77) |
| (3) ฝึกการทำสมาธิ | (74) |
| (4) ค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด | (71) |
| (5) ฝึกการหายใจ | (59) |
| (6) การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี | (55) |
| (7) ฝึกเกร็ง และคลายกล้ามเนื้อ | (48) |
| (8) การนวด | (48) |
| (9) การใช้จินตนาการ | (46) |
| (10) จัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย | (39) |

- อื่นๆ เช่น แนะนำให้พูดคุยกับเพื่อน ดูหนังฟังเพลง ออกกำลังกาย
ไปวัดทำบุญ ทำงานอดิเรก ไปเที่ยวพักผ่อน

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่องการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษารูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน
2. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ในพื้นที่ที่ดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย โดยการคัดเลือกตำบลที่เข้าร่วมโครงการจากจังหวัดขอนแก่น และจังหวัดสกลนคร ศึกษาจากตำบลที่มีปัญหาสุขภาพจิต (จากรายงานสถิติ) มีความพร้อมในด้านบริหารจัดการ ความร่วมมือร่วมใจของชุมชน มีการจัดตั้งเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต การมีระบบส่งต่อตั้งแต่ชุมชนถึงอำเภอ จังหวัด และมีการร่วมกำหนดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการทำ Focus group ในชุมชน เพื่อซักถามปัญหา ความต้องการ และรูปแบบการดำเนินงาน ตลอดจนประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาโครงการให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และได้วางแผนจัดทำคู่มือ แผนการอบรม แนวทางการดำเนินงาน และจัดทำแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลในโครงการ จากนั้นได้เริ่มจัดอบรมให้แก่แกนนำชุมชน โดยให้ความรู้เรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลาย วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด เมื่อให้ความรู้แก่แกนนำชุมชนไปแล้ว มีการประชุมเพื่อประเมินผลหลังการอบรม 3 เดือน และ 6 เดือน ในการค้นหาผู้ที่มีภาวะเครียดและการช่วยเหลือ และจัดอบรมให้ความรู้แก่แกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) หลังจากนั้นอีก 3 เดือน มีการประชุมเพื่อประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว และประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชน ภายหลังจากดำเนินโครงการ เมื่อรวบรวมข้อมูลได้แล้ว นำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS for window กำหนดสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้ารับการอบรม ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลความรู้ก่อนการอบรม และหลังการอบรม ใช้สถิติ t-test
3. ระดับความเครียดก่อนการอบรม และหลังการอบรม ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ
4. ข้อมูลแสดงความคิดเห็นต่อโครงการ ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 การอบรมการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน แก่ผู้นำชุมชน

1.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม

จากการศึกษาพบว่า มีผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรมจากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 53.6 และจากจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 41 - 50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรวม ปัจจุบันปฏิบัติงานเป็น อสม. ร้อยละ 52.9 ประชาชนทั่วไปที่ชาวบ้านนับถือ ร้อยละ 23.9 กำนัน / ผู้ใหญ่บ้าน ร้อยละ 12.3 และ อบต. ร้อยละ 10.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานสุขภาพจิต พบว่ามีผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต เป็นระยะเวลา 1 - 5 ปี ร้อยละ 15.2 และส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนที่เข้ารับการอบรม เคยใช้วิธีการ คลายเครียด ร้อยละ 77.5

1.1.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม

(1) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดขอนแก่น

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการอบรม = 8.29 และ หลังการอบรม = 8.56 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.408$)

(2) การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้นำชุมชนจังหวัดสกลนคร

จากการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการอบรม = 7.75 และ หลังการอบรม = 8.86 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.0001$) นั่นคือการอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น

1.1.3 ข้อคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการจัดโครงการ

จากการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ในหัวข้อ ความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม เนื้อหาวิชาที่ได้รับตรงกับความต้องการ ความรู้ที่ได้รับ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชนได้ ความเหมาะสมของวิทยากร และระยะเวลาในการอบรม คิดเป็นร้อยละ 53.1, 57.8, 57.8, 67.2 และ 38.4 ตามลำดับ และพึงพอใจอยู่ในระดับ ปานกลาง ในหัวข้อความเหมาะสมของสถานที่ และบรรยากาศในการจัดอบรม คิดเป็นร้อยละ 45.3 และ 42.9

1.1.4 วิธีการคลายเครียด ที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้เมื่อเวลาที่มีความเครียด ไม่สบายใจ หรือทุกข์ใจ

จากการศึกษาพบว่า วิธีการคลายเครียดที่ผู้เข้ารับการอบรมใช้มากที่สุด คือ การปรึกษาหรือพูดคุยกับเพื่อน / ญาติ รองลงมาคือ การออกกำลังกาย และการฟังเพลง ดูทีวี ร้องเพลง เป็นต้น

1.1.5 ปัญหาที่ผู้เข้ารับการอบรมคิดว่าทำให้คนในชุมชนมีความเครียดมากที่สุดในขณะนี้

จากการศึกษาพบว่า ปัญหาที่ทำให้คนในชุมชนมีความเครียดมากที่สุด คือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ รองลงมาคือ ปัญหาทางด้านครอบครัว และปัญหาสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

1.2 การประเมินผลหลังการอบรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของผู้นำชุมชน

1.2.1 ข้อมูลที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดหลังจากการอบรมไปแล้ว 3 เดือน และ 6 เดือน

จากการศึกษาพบว่า

มีผู้ที่มีความเครียดปกติ	จำนวน	391	ราย
มีผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย	จำนวน	177	ราย
มีผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง	จำนวน	77	ราย
มีผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติมาก	จำนวน	16	ราย

1.2.2 วิธีที่ผู้นำชุมชนให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด

จากการศึกษาพบว่า วิธีที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ การค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด รองลงมาคือ การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย และการฝึกให้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ คือ การฝึกทำสมาธิ การนวด การฝึกการหายใจ ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ

1.2.3 ข้อมูลการส่งต่อผู้ที่มีความเครียดไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จากการศึกษาพบว่า มีการส่งต่อผู้ที่มีความเครียดไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 15 ราย ได้รับยา 11 ราย และไม่ได้รับยา 1 ราย และไม่ไปพบจำนวน 3 ราย

1.2.4 ข้อมูลปัญหา / อุปสรรค และแนวทางแก้ไข ในการดำเนินงานของผู้นำชุมชนในการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียด

- ด้านเอกสาร เช่น คู่มือคลายเครียด คู่มือทำอะไรเมื่อใจเป็นทุกข์ เมื่อผู้นำชุมชนนำไปใช้ไม่มีปัญหา อ่านและเข้าใจ ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น และสามารถนำไปแนะนำผู้ที่มีภาวะเครียดได้ดี

- สมุดลงทะเบียน เมื่อนำไปใช้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการลงทะเบียน มีบางคนที่มีปัญหาในเรื่องการเขียน ต้องให้ญาติผู้ป่วยเขียนแทน และบางคนอ่านแล้วไม่ค่อยเข้าใจอยากให้อธิบายเพิ่มเติม

- ด้านอื่นๆ เช่น

ปัญหา

แนวทางแก้ไข

- คนที่มาอบรมเป็นผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. มีงานประจำมาก จะไม่มีเวลาในการค้นหาผู้ที่มีความเครียด
 - ผู้ที่มีความเครียด ไม่กล้าพูดความจริง กลัวคนอื่นว่าเป็นโรคเครียด
 - ขาดความร่วมมือจากผู้ป่วย เพราะคิดว่าไม่ใช่พยาบาลโดยตรง
- ควรให้บุคลากรที่สมัครใจมาอบรมเพื่อจะได้มีเวลา และตั้งใจที่จะค้นหาผู้ที่มีความเครียด
 - ควรไปเยี่ยมบ่อยๆ ให้กำลังใจ และให้ความรู้ที่แท้จริงว่า ความเครียดเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน แต่เป็นสิ่งที่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญความเครียดที่เหมาะสมได้
 - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและร่วมออกติดตามเยี่ยมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำถึงผลดีที่เกิดขึ้นจากการช่วยเหลือของผู้นำชุมชน

- สิ่งที่ต้องการสนับสนุน

- 1) คู่มือ เอกสารต่างๆ แผ่นพับ โปสเตอร์ เพื่อนำไปแจกให้แก่ผู้ที่มีความเครียด
- 2) ต้องการให้อบรมคนที่มีความเครียดโดยตรง
- 3) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ออกติดตามเยี่ยมบ่อยๆ
- 4) ต้องการสนับสนุนค่าเบี้ยเลี้ยง / ค่าน้ำมันรถ ในการออกค้นหาผู้ที่มีความเครียด
- 5) ต้องการความรู้เพิ่มเติม เช่น เรื่องความฉลาดของอารมณ์ ทำอย่างไรให้ใจ

เป็นสุข ทำอย่างไรถึงจะมีสุขภาพจิตดี วิธีการเลี้ยงดูลูก เรื่องเล่าและนุหรี และอบรมเพิ่มเติมเรื่องอื่นๆ อีกอย่างน้อย 3 เดือน / 1 ครั้ง

1.3 การอบรมการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)

1.3.1 ข้อมูลทั่วไปของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) ที่เข้ารับการอบรม

จากการศึกษาพบว่า มีแกนนำครอบครัวที่เข้ารับการอบรมจากจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 66.7 และจากจังหวัดสกลนคร ร้อยละ 33.3 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม และส่วนใหญ่ผู้เข้ารับการอบรมเคยใช้วิธีการคลายเครียด ร้อยละ 87.7

1.3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีภาวะเครียด)

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้าอบรมจากจังหวัดขอนแก่นมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 8.27 หลังการอบรม = 9.96 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรมโดยใช้สถิติ t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.001$) นั่นคือ การอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่วนผู้ที่เข้าอบรมจากจังหวัดสกลนคร พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนการอบรม = 8.48 หลังการอบรม = 9.60 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติ t-test พบว่า ความรู้ก่อนและหลังการอบรมของผู้เข้ารับการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) นั่นคือการอบรมทำให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้น

1.3.3 การประเมินความเครียดด้วยตนเองก่อนการอบรมและหลังการอบรม

ก่อนการอบรมผู้วิจัยได้ทำการประเมินความเครียดของแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียดซึ่งผู้นำชุมชนค้นหากลุ่มนี้ได้ภายในชุมชน) และภายหลังการอบรม 3 เดือนจึงทำการประเมินผลโดยใช้แบบประเมินความเครียดซ้ำอีกครั้ง

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการอบรมผู้ที่เข้ารับการอบรมมีความเครียดอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 57.1 รองลงมา มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 32.5 มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 7.8 และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 2.6 และเมื่อประเมินความเครียดหลังจากการอบรม 3 เดือน พบว่า ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติ คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมา มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย ร้อยละ 15.6 มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง ร้อยละ 1.3 และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 1.3 (ดังตารางที่ 8)

1.3.4 การแสดงความคิดเห็นของผู้เข้ารับการอบรมต่อการจัดโครงการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ทุกหัวข้อคือความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม เนื้อหาวิชาการที่ได้ตรงกับความต้องการของผู้เข้ารับการอบรม ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงได้ วิทยากรมีความเหมาะสม รวมทั้งระยะเวลา สถานที่ และบรรยากาศในการจัดอบรมก็มีความเหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 66.2, 81.8, 81.8, 83.1, 64.9, 70.1 และ 77.9 ตามลำดับ

1.4 การประเมินผลการเข้าร่วมโครงการอบรมแกนนำครอบครัว (ภายหลังการอบรม 3 เดือน)

1.4.1 ความคิดเห็นของแกนนำครอบครัวที่มีต่อโครงการ

จากการศึกษาพบว่า เมื่อสิ้นสุดโครงการ ผู้เข้ารับการอบรมส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความรู้เรื่องความเครียดที่ได้รับจากการอบรมช่วยให้เข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด สามารถนำความรู้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว และเมื่ออบรมไปแล้วทำให้อารมณ์ของผู้เข้ารับการอบรมเย็นลงกว่าเดิม และเมื่อมีความเครียด โกรธ ไม่สบายใจ ผู้เข้ารับการอบรมจะรู้ตัวเสมอว่าตนเองมีอารมณ์เช่นไร

1.4.2 วิธีการคลายเครียดที่แกนนำครอบครัวใช้เป็นประจำก่อนเข้ารับการอบรม และหลังการอบรม และชอบมากที่สุดในปัจจุบัน

จากการศึกษาพบว่า วิธีการคลายเครียดที่ใช้เป็นประจำคือ การพบปะเพื่อนฝูง รองลงมาคือ การดูหนัง ฟังเพลง การออกกำลังกาย การเข้าวัดฟังธรรม เป็นต้น และเมื่อภายหลังการอบรมพบว่า วิธีคลายเครียดที่ใช้เป็นประจำคือ การพบปะเพื่อนฝูง รองลงมาคือ การดูหนัง ฟังเพลง การออกกำลังกาย การเข้าวัดฟังธรรม ทำบุญ การฝึกการหายใจ เป็นต้น และวิธีการคลายเครียดที่ผู้เข้ารับการอบรม ชอบมากที่สุดคือ การดูหนังฟังเพลง รองลงมาคือ การออกกำลังกาย เข้าวัดฟังธรรม การพบปะเพื่อนฝูง เป็นต้น

1.4.3 ภายหลังการอบรมแกนนำครอบครัวได้นำความรู้ไปให้คำแนะนำช่วยเหลือคนอื่นในครอบครัวหรือชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่นำความรู้ไปช่วยเหลือคนอื่นหรือชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 77.8 (63 คน) และผู้ที่ได้รับการช่วยเหลือมีจำนวน 268 คน และจากการประเมินผลเรื่องปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือพบว่า ไม่มีปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือ ร้อยละ 96.8 และมีปัญหาในการช่วยเหลือ ร้อยละ 3.2 และเมื่อศึกษาถึงปัญหาในการช่วยเหลือพบว่า มีปัญหาในเรื่องเวลา คือ ไม่ค่อยมีเวลาออกไปช่วยเหลือคนอื่น ไม่ทราบว่าจะแนะนำอย่างไร แนะนำผู้ที่มีความเครียดไม่ค่อยรับฟัง เพราะกำลังมีความเครียด

1.4.4 ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้เข้ารับการอบรมต้องการให้จัดทำโครงการต่อเนื่อง มีการฝึกปฏิบัติเป็นระยะๆ อย่างน้อยมีการฝึกคลายเครียดเดือนละ 1 ครั้ง และต้องการให้อบรมคนในชุมชนให้มากกว่านี้ ส่วนในเรื่องความรู้เพิ่มเติม ผู้เข้ารับการอบรมต้องการความรู้ในเรื่องการออกกำลังกาย วิธีการจัดการกับอารมณ์ให้สงบลง เป็นต้น

1.5 ผลการปฏิบัติงานของผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการการพัฒนา รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (เมื่อสิ้นสุดโครงการ)

1.5.1 ข้อคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการ

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่แสดงความคิดเห็น โดยตอบว่า เห็นด้วยในหัวข้อ ยินดีที่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ ทำให้มีความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้มีภาระมากขึ้นกว่าเดิม รู้สึกพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีความเครียดในชุมชน คิดว่ามีส่วนช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ พึงพอใจผลการปฏิบัติงานของตนเองในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด คิดว่า ภายหลังการอบรมโครงการนี้ คนในชุมชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด และโครงการนี้สามารถดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชน

และเจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย ในภาพรวมแล้วผู้เข้าร่วมโครงการรู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมในโครงการนี้ รวมทั้งถ้ามีการจัดโครงการนี้อีกในปีหน้า ยินดีเข้าร่วมโครงการอีก

1.5.2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้มีความเครียด

จากการศึกษาพบว่า ผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด คิดเป็นร้อยละ 89.1 ในช่วงที่เข้าร่วมโครงการได้ดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียดจำนวน 270 คน (เฉพาะผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยขึ้นไป) จำนวนครั้งที่ให้การช่วยเหลือรวม 510 ครั้ง ปัญหาที่พบในผู้ที่มีความเครียด คือ ปัญหาครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาเสพติด วิธีที่ให้การช่วยเหลือผู้มีความเครียด คือ การค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด การจัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี และฝึกให้ผู้มีความเครียดคลายเครียดด้วยวิธี การฝึกสมาธิ ฝึกการหายใจ การนวด ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการใช้จินตนาการ

1.6 แนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

จากการศึกษาทำให้ได้แนวทางการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน คือ ผู้นำชุมชนค้นหาผู้ที่มีความเครียด สามารถประเมินและวิเคราะห์ความเครียดว่าอยู่ในระดับใด และให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติด้วยวิธีต่างๆ และมีการประเมินหลังจากให้การช่วยเหลือแล้ว ถ้าพบว่ายังมีความเครียดสูงกว่าปกติ พิจารณาส่งให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การดูแลต่อไป ผู้ที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปทุกรายจะได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 6 เดือน จากนั้นจึงพิจารณายุติบริการ

2. อภิปรายผล

2.1 การศึกษารูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

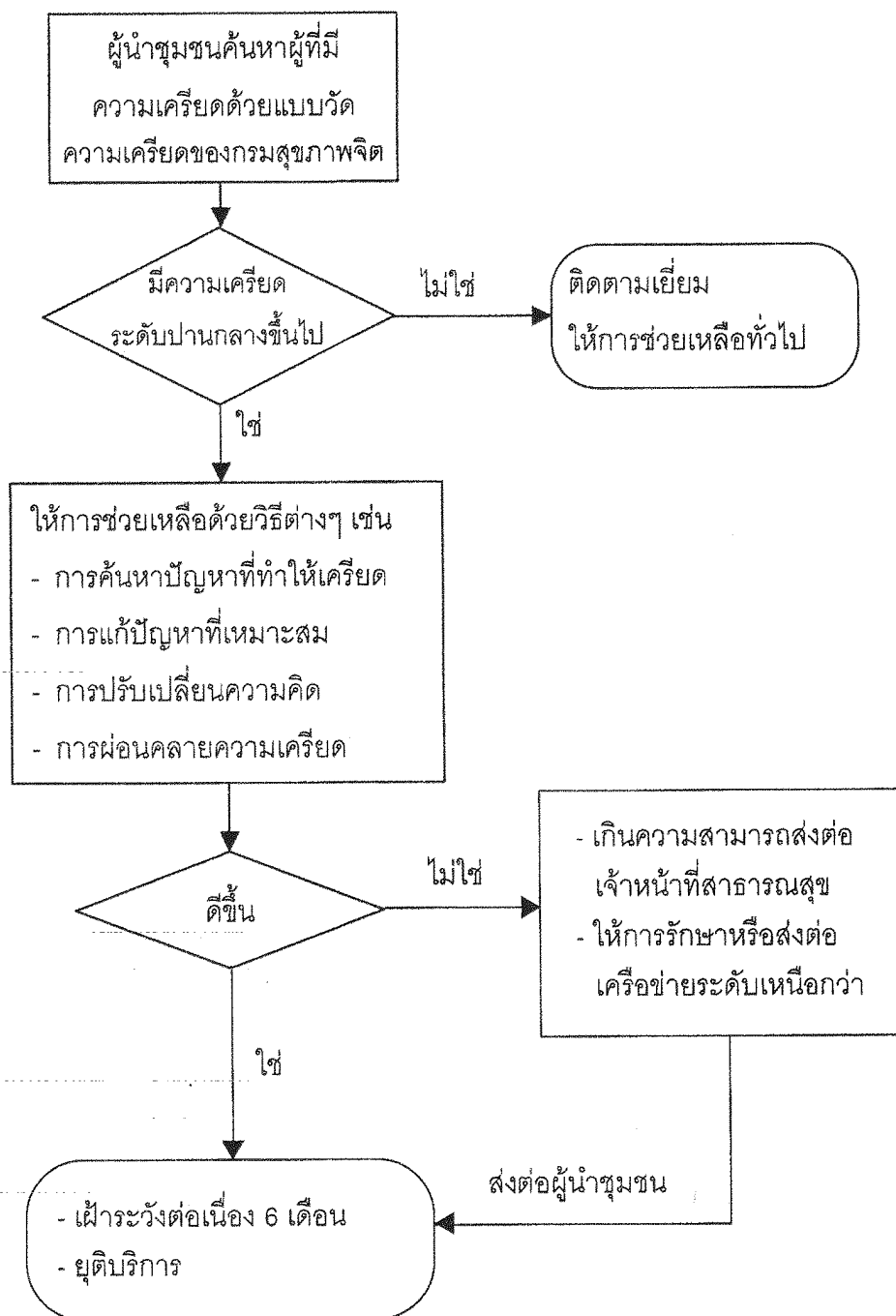
การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เป็นโครงการนำร่องในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ณ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และบ้านโนนหอม อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร โดยมีการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้นำชุมชน เพื่อทราบปัญหาสุขภาพจิต และรูปแบบที่ต้องการในการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ได้วางแผนการดำเนินงาน จัดทำหลักสูตรในการอบรมและได้ดำเนินการอบรม ให้แก่ แกนนำชุมชน ให้มีความรู้เรื่องความเครียด การประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง วิธีการผ่อนคลายความเครียด วิธีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม รวมทั้งการค้นหาผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเครียด และหลังจากอบรมแล้วแกนนำชุมชน ได้เริ่มดำเนินการค้นหาผู้ที่มีภาวะเครียด ประเมินและวิเคราะห์ความเครียดว่าอยู่ในระดับใด ให้การช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด

ที่อยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป ด้วยวิธีการต่างๆ และมีการประเมินหลังจากให้การช่วยเหลือถ้าพบว่า ยังมีความเครียดสูงกว่าปกติในระดับปานกลางขึ้นไป พิจารณาส่งให้ไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้การรักษา หรือส่งต่อเครือข่ายระดับเหนือกว่า หลังจากนั้นประเมินและวิเคราะห์ความเครียดซ้ำ ถ้าความเครียดลดลงอยู่ในระดับปกติ ส่งต่อผู้นำชุมชนเพื่อให้มีการติดตามเฝ้าระวังอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้มีรูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อย่างชัดเจน มีขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตทำให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาหรือมีภาวะเครียด ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว จากการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน และประชาชนในพื้นที่ให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ (ดังภาพที่ 5)

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญลือ เพ็ชรรักษ์ และนิธย์ทองเพชรศรี (2544) ที่ได้สร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา ซึ่งเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยในกลุ่มทดลองได้ร่วมกันคิดกิจกรรมจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วม โดยใช้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขและจัดกิจกรรมเองทั้งหมด ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบจะดำเนินกิจกรรมตามปกติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้พลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุข ร่วมกับแกนนำกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ ร่วมคิด ร่วมดำเนินกิจกรรมนั้น จะส่งผลต่องานสุขภาพจิตที่ดีขึ้น แต่ก็ควรมีบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่รับผิดชอบโดยตรง จึงจะทำให้กิจกรรมเกิดความยั่งยืนและต่อเนื่องต่อไป นอกจากนี้ผลศึกษานี้มีความคล้ายคลึงในรูปแบบการดำเนินงานของ Carmen G. และคณะ (2003) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อออกแบบช่วยเหลือและประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับความเครียดให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน แต่อาจแตกต่างในด้านโครงการ ของ Carmen G. และคณะผู้ที่ดำเนินการตามโปรแกรมคือนักสังคมสงเคราะห์และนักอาชีวบำบัดอาวูโส แต่วิจัยเรื่องนี้ผู้ที่ดำเนินโครงการคือ แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ยังแตกต่างกันในด้านเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดของกลุ่มเป้าหมายอีกด้วย

ผลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้โครงการนี้บรรลุวัตถุประสงค์ ที่ต้องการให้มีรูปแบบของการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตไม่ให้เพิ่มขึ้น หรือทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตตามมา โดยการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้นำชุมชน แกนนำต่างๆ และหน่วยงานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนในหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตด้วย ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในหมู่บ้านมีสุขภาพจิตลดลง สามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองในการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุข

ภาพที่ 5 รูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน



2.1.1 ผลการศึกษาในกลุ่มแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด)

1) ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ที่มีความเครียด พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.4 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 35.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 82.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 74.1 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปที่ได้ในครั้งนี้อยู่ใกล้เคียงกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องของความเครียด ซึ่งอาจจะมีวิธีที่แตกต่างกัน แต่ผลของการศึกษาจะใกล้เคียงกัน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 40 - 49 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ธงชัย ทวีชาติ และคณะ, 2539; สนาม บินชัย, 2542; สมจิตต์ ลูประสงค์ และหยกฟ้า บุญชิต, 2544)

2) ผลการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด พบว่าส่วนใหญ่คือปัญหาครอบครัว รองลงมาปัญหาเศรษฐกิจ ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อยู่ใกล้เคียงกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องของความเครียด ซึ่งอาจจะมีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ผลของการศึกษาถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจะใกล้เคียงกัน พบว่า ปัญหาหรือสาเหตุที่ทำให้เครียดส่วนใหญ่เป็นปัญหาครอบครัว/เกิดจากสมาชิกในครอบครัว ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงิน ปัญหา ด้านการงาน อาชีพ และปัญหาการเรียนการศึกษา (ธงชัย ทวีชาติ และคณะ, 2539; สนาม บินชัย, 2542; ระพีพร แก้วคอนไทย และคณะ, 2543; สมจิตต์ ลูประสงค์ และหยกฟ้า บุญชิต, 2544; สนาม บินชัย, 2546)

3) ผลการศึกษาถึงวิธีการคลายเครียดเมื่อเกิดความเครียด พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีการ พบปะเพื่อนฝูง ดูหนัง ฟังเพลง การออกกำลังกาย และเข้าวัดฟังธรรม ทำบุญตักบาตร ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อยู่ใกล้เคียงกับการศึกษาของนักวิชาการหลายท่าน ที่ได้ทำการศึกษาในเรื่องของความเครียด ซึ่งอาจจะมีวิธีการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่ผลของการศึกษาถึงวิธีการผ่อนคลายความเครียดจะใกล้เคียงกัน คือ ส่วนใหญ่จะใช้วิธีดูโทรทัศน์ ทีวีไอ ภาพยนตร์ ฟังเพลง พูดคุย ระบายกับคนอื่น ทำงานอดิเรก นอนพักผ่อน และทำบุญตักบาตร (ธงชัย ทวีชาติ และคณะ, 2539; สนาม บินชัย, 2542; บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ, 2540; ระพีพร แก้วคอนไทย และคณะ, 2543; สมจิตต์ ลูประสงค์ และหยกฟ้า บุญชิต, 2544; สนาม บินชัย, 2546)

4) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเครียด เมื่อมีวิธีการคลายเครียด ทำให้อารมณ์ของผู้ที่มีความเครียดส่วนใหญ่มีอารมณ์ที่เย็นลงกว่าเดิม ร้อยละ 66.7 ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้อยู่สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2543) กล่าวว่า การคลายเครียดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น เช่น ใจเย็นลง สบายใจขึ้น สุขภาพดีขึ้น ความจำดีขึ้น สมาธิดีขึ้น การเรียนหรือการทำงานดีขึ้น ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างดีขึ้น เป็นต้น

5) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีความเครียด เห็นด้วยกับข้อคิดเห็นว่า เมื่อมีความรู้เรื่องความเครียด มีทักษะการคลายเครียดช่วยให้ตนเองเข้าใจตัวเองเมื่อเวลาที่มีความเครียด และสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวเองและครอบครัว ทำให้ระดับความเครียดลดลงพบว่า ผู้ที่มีความเครียดอยู่ในระดับปกติเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 57.1 เป็นร้อยละ 81.8 ส่วนผู้ที่มีความเครียด

อยู่ในระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย ลดลงจากร้อยละ 32.5 เป็นร้อยละ 15.6 ระดับสูงกว่าปกติปานกลางลดลงจากร้อยละ 7.8 เป็นร้อยละ 1.3 และระดับสูงกว่าปกติมากลดลงจากร้อยละ 2.6 เป็นร้อยละ 1.3 ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ คาร์เมน และคณะ (Carmen G., et al, 2003) ได้ทำการศึกษาเรื่อง Primary prevention for mental health : design and delivery of a generic stress management program โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อออกแบบในการช่วยเหลือ และ ประเมินผลโปรแกรมการจัดการกับความเครียดให้แก่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชุมชน พบว่าก่อนเริ่มโครงการ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเครียดสูงกว่าค่าปกติ และภายหลังสิ้นสุดโครงการระดับความเครียดต่ำกว่าประชาชนทั่วไป และมีประสิทธิผลในการจัดการกับความเครียดเพิ่มขึ้นจากเดิมซึ่งสอดคล้องกับ ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ (2544) กล่าวว่า การผ่อนคลายคือการที่ร่างกายและจิตใจเป็นอิสระจากความตึงเครียด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของระบบสรีระ เช่น กล้ามเนื้อคลายตัว อัตราการหายใจลดลง การเต้นของหัวใจลดลง การทำงานของต่อมเหงื่อลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของความเครียด การรับรู้และอารมณ์ในทิศทางที่เกิดความสงบ มีสมาธิ เป็นสุข ทำให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ และการฝึกผ่อนคลายเป็นทักษะทำให้บุคคลมีความรู้สึกผ่อนคลาย พัฒนาความมั่นใจในการควบคุมตนเอง (Self control) และสามารถจัดการตนเอง (Self mastery) ซึ่งจะเป็นทักษะสำคัญใช้ควบคู่กับวิธีการอื่นๆ ในการจัดการกับความเครียดได้

2.1.2 ผลการศึกษาของผู้นำชุมชนที่มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนที่เข้าร่วมการอบรมพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.0 มีอายุอยู่ในช่วง 41 - 50 ปี ร้อยละ 39.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 73.9 และมีบทบาทในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 52.9 ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้นำชุมชนที่ได้ในครั้งนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต (2544) ซึ่งทำการศึกษามีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน โดยสำรวจประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอท่าฉาง และอำเภอกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่อาศัยในชุมชนเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตในปี พ.ศ. 2543 โดยการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling) จาก 24 ชุมชน จำนวน 720 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 46 - 55 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร และมีบทบาทในชุมชน เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แต่อาจจะแตกต่างกันบ้างไม่มากในเรื่องของเพศของผู้นำชุมชน ซึ่งการศึกษารองพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต (2544) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.3 แต่การศึกษานี้เป็นเพศชาย ร้อยละ 63.0 เพศหญิง 37.0 และจากการศึกษาการดำเนินงานโครงการให้การปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านโคกสว่าง หมู่ที่ 3 ตำบลโคกสูง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น ของสถานีอนามัยบ้านโคกสูง (2547) ผลการดำเนินโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขให้บริการปรึกษา จำนวน 3 คน ด้วยการให้การปรึกษาที่มีขอบเขต ไม่ใช่ว่า

ใครก็ให้การปรึกษาได้ จึงมีการเลือกผู้ให้บริการ เพราะผู้ให้บริการเป็นผู้ใหญ่มีตำแหน่งสำคัญในหมู่บ้าน เช่น ประธาน อสม. แพทย์ประจำตำบล กรรมการกองทุนหมู่บ้าน ชาวบ้านจึงให้ความนับถือและไว้วางใจมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและมีบุคลิกภาพส่วนตัวไม่น่าไว้วางใจ หรือเก็บความลับไม่ได้

2.1.3 ผลการศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด

พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด ร้อยละ 89.1 และเห็นด้วยอย่างยิ่ง และเห็นด้วยกับข้อคิดเห็นว่า ตัวผู้นำชุมชนมีส่วนช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติถึงร้อยละ 96.4 และคิดว่าคนในชุมชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียด ร้อยละ 98.6 และคิดว่าการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเครียดจะสามารถดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย ร้อยละ 98.6 ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สอดคล้องกับโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2544) ซึ่งทำการศึกษากการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยในชุมชน ร่วมวางแผนแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคจิต และคิดวิธีแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน จากผลดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่าตัวผู้นำชุมชน และชุมชนมีความพร้อมเต็มที่ที่จะช่วยเหลือกันในการดูแลผู้ที่มีภาวะเครียด จากความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว จึงทำให้โครงการนี้ประสบผลสำเร็จ และจากการติดตามผลระยะยาวเมื่อโครงการนี้ดำเนินโครงการครบ 1 ปี พบว่า ไม่มีผู้ป่วยโรคจิตรายใหม่ในชุมชนที่ลงโครงการเลย และมีการขยายผลโดยการนำโครงการนี้ไปประยุกต์ในการอบรมแกนนำชุมชนในหมู่บ้านอื่นๆ ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสถานีนามัย ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการประเมินผู้ที่มีความเครียดในชุมชน ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นหากเกินความสามารถให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่อนามัย และมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยในการอบรมดังกล่าวได้ใช้วิทยากรในพื้นที่ ตำบลบ้านดง อำเภออุบลรัตน์ ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลอุบลรัตน์ สถานีนามัยและแกนนำชุมชนที่มีประสบการณ์ในการช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มีความเครียด จึงนับได้ว่าโครงการการพัฒนากระบวนการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เป็นโครงการที่จุดประกายให้กับคนในชุมชนตระหนักถึงความสำคัญของการช่วยเหลือโดยคนในชุมชนมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี

เมื่อเปรียบเทียบโครงการนี้กับหลายโครงการที่ลงสู่ชุมชน เช่น การศึกษาของมานิดา สิงห์สุต (2542) ซึ่งได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย และชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน และช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากเห็นเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ตั้งตรงนิมิตร และคณะ (2542) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการมี

ส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายจังหวัดนครพนม โดยคัดเลือกพื้นที่ทำการศึกษาในหมู่บ้านที่มีการฆ่าตัวตายและหมู่บ้านที่ปลอดการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คนในชุมชนทั้ง 2 แห่ง เห็นการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาส่วนตัว และปัญหาครอบครัวไม่เกี่ยวกับชุมชน จึงไม่ได้มีแนวทางหรือมาตรการใดๆ เป็นกรณีพิเศษในการป้องกันและช่วยเหลือ ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือ ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จึงมีผลกระทบต่อโครงการไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ดังนั้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ต้องเริ่มจากชุมชนเพราะถือว่าชุมชนหรือชาวบ้านเป็นตัวหลักในการแก้ปัญหาของเขาเอง (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2527) ซึ่งสอดคล้องกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ โดยเน้นระบบการบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนร่วมรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชน และชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชน และการพึ่งตนเอง ด้านสุขภาพ (ทัศนา บุญทอง, 2543)

เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังจากการอบรมแกนนำชุมชน และมอบหมายงานให้กลุ่มคนเหล่านี้ไปค้นหากลุ่มเสี่ยงโดยการใช้แบบประเมินความเครียด และเมื่อดำเนินงานครบ 3 เดือน มีการนัดหมายประชุมเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน จากนั้นได้ให้กลุ่มผู้ที่มีความเครียดที่ประเมินได้ ตั้งแต่ระดับสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปเข้ารับการอบรมแกนนำครอบครัวทั้งหมด (31 ราย) สำหรับกลุ่มที่มีความเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อยให้เข้าอบรมเช่นกันแต่ตามความสมัครใจ ก่อนการอบรมแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) คณะผู้วิจัยได้ประเมินความเครียดก่อนเข้ารับการอบรมพบว่าระดับความเครียดสูงกว่าปกติปานกลางขึ้นไปลดลงเหลือ 8 ราย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผลการช่วยเหลือของแกนนำชุมชนในช่วง 3 เดือน จึงทำให้กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มีระดับความเครียดลดลง สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2543) กล่าวว่าวิธีการคลายเครียดจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจในทางที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามคณะผู้วิจัยได้ดำเนินงานโครงการทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำชุมชน และกลุ่มแกนนำครอบครัว (ผู้ที่มีความเครียด) เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานโครงการในภาพรวมอันจะนำไปสู่การพัฒนาฝีมือในการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานโครงการให้เหมาะสมต่อไป

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

3.1.1 การคัดเลือกผู้นำชุมชนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ควรจะเลือกผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. ให้มารับรู้นโยบาย ให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน แต่ควรจะคัดเลือกผู้ปฏิบัติ เช่น อสม. บุคคลที่ชาวบ้านนับถือ เป็นผู้ปฏิบัติในการค้นหาผู้ที่มีความเครียดและให้การช่วยเหลือ เนื่องจาก อสม. บุคคลที่ชาวบ้านนับถือ เป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับ และมีเวลาในการปฏิบัติงานมากกว่าผู้นำชุมชนที่จะต้องมีการกิจมากทำให้เกิดผลในทางปฏิบัติน้อย

3.1.2 ควรมีการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุก 1 ปี ในชุมชนที่ได้ทำการศึกษา เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ว่ามีเพิ่มขึ้นหรือไม่ ทำให้วิเคราะห์ได้ว่าประชาชนที่อยู่ในชุมชนนั้น สามารถดูแลตนเองได้เมื่อเกิดความเครียด และผู้นำชุมชน / แกนนำ มีความสามารถในการค้นหาและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเครียดได้อย่างรวดเร็ว

3.1.3 การใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดจะค่อนข้างยุ่งยาก ควรจะมีวิธีการอื่นๆ ในการค้นหา เช่น การสังเกตอาการที่เกิดขึ้น อาจเข้าไปพูดคุยกับบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น สูญเสียคนที่รัก มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง มีปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นต้น เป็นการประเมินและวิเคราะห์ว่าบุคคลต่างๆ มีความเครียดหรือไม่ และให้การช่วยเหลือได้ทันทีหรืออาจใช้แบบประเมินความเครียดแบบอื่นที่มีจำนวนข้อน้อยลง และมีคำตอบให้เลือกน้อยข้อ ทั้งนี้เนื่องจากแกนนำชุมชน มีข้อจำกัดในเรื่องการอ่านและการประเมินความเครียดที่มีจำนวนหลายข้อ

3.1.4 การจัดอบรมผู้ที่มีความเครียดที่ประเมินได้ การตั้งชื่อโครงการอบรมต้องคำนึงถึงตราบาป (Stigma) ของผู้เข้ารับการอบรมด้วย ผู้วิจัยได้คำนึงถึงเรื่องนี้ จึงเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการอบรมกลุ่มผู้ที่มีความเครียด เป็นโครงการอบรมแกนนำครอบครัว เพื่อช่วยเหลือผู้มีความเครียดในชุมชนโดยต้องการให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้สึกที่ดีต่อโครงการ และนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้กับตนเองและคนในครอบครัว

3.1.5 ในการวิจัยครั้งนี้ได้เกิดเทคโนโลยี 4 เล่ม ซึ่งได้นำไปทดลองใช้ในโครงการวิจัยปรับปรุงแก้ไขจนสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง สะดวกและง่ายต่อการนำไปใช้ได้แก่ แผนการสอน เรื่องมารู้จักความเครียดกันเถอะ คู่มือมารู้จักกับความเครียด การจัดการกับความเครียด การคลายเครียด ซึ่งภายในแผนการสอนจะมีใบงาน ใบความรู้ให้เรียนร้อย สำหรับคู่มืออีก 3 เล่ม จะมีแบบฝึกหัด และแบบประเมินให้ทดลองทำอีกด้วย หากต้องการนำผลการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ ควรทำการศึกษาเทคโนโลยี 4 เล่ม และผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ควรปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนที่ต้องการลงโครงการด้วย

3.1.6 การดำเนินงานตามโครงการนี้ ดำเนินงานภายใต้บริบทของการทำงานที่มีการร่วมมือที่ดีของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด อำเภอ และตำบล ตลอดจนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและคนในชุมชน หากต้องการนำโครงการนี้ไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่รับผิดชอบ ให้คำนึงถึงความพร้อมของเครือข่ายด้วย

3.1.7 วิทยาการที่ใช้ในการอบรมตามโครงการอาจใช้แกนนำในชุมชนที่มีความสามารถในการถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ ร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในพื้นที่ และถ้าต้องการอบรมแกนนำชุมชน ควรใช้แผนการสอนเรื่อง มารู้จักความเครียดกันเถอะ ซึ่งมีแผนการสอน 8 เรื่อง ได้แก่ แผนการสอนที่ 1. ทศนคติของชุมชนที่มีต่อผู้ที่มีความเครียด 2. ความรู้เกี่ยวกับความเครียด 3. การประเมินความเครียด 4. การจัดการกับความเครียด 5. การปรับเปลี่ยนความคิด 6. การฝึกทักษะคลายเครียด 7. การช่วยเหลือบุคคลเมื่อเกิดภาวะเครียด 8. ระบบการดูแลผู้ที่มีความเครียดในชุมชน

3.1.8 ถ้าต้องการอบรมผู้ที่มีความเครียด (แกนนำครอบครัว) ก็ให้แผนการสอนเพียง 4 เรื่อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับความเครียด การจัดการกับความเครียด การปรับเปลี่ยนแนวคิด การฝึกทักษะคลายเครียด ซึ่งสามารถศึกษาได้ในแผนการสอน เรื่องมารู้จักความเครียดกันเถอะ

3.1.9 การใช้แบบประเมินก่อนและหลังการอบรม มีความจำเป็นในการอบรม แต่จะมีข้อจำกัด เช่น ผู้เข้าอบรมมีการศึกษาน้อยต้องอ่านให้ฟัง จึงจำเป็นต้องใช้คณะทำงานในการจัดอบรมมาก จึงควรหาวิธีการประเมินแบบอื่นๆ ในการประเมิน

3.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3.2.1 นำรูปแบบการดำเนินงานการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนในครั้งนี้นำไปศึกษาเปรียบเทียบในชุมชนหรือหมู่บ้านที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน โดยมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบกันเพื่อดูผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับความเป็นจริงของหมู่บ้านของชุมชนนั้นๆ หรือไม่

3.2.2 ควรทำการศึกษาในกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี โดยการประยุกต์โครงการนี้ นำไปใช้ในกลุ่มคนเหล่านี้ และศึกษาผลการดำเนินงาน

บรรณานุกรม

- กนกพร หมู่พยัคฆ์ และคณะ. ภาวะสุขภาพจิตและพฤติกรรมสุขภาพของหญิงวัยกลางคน อายุ 40 - 59 ปี. วิทยาลัยพยาบาล 2539 ; 45 (4) : 62 - 70.
- กระทรวงสาธารณสุข. การประเมินผลการดำเนินการตามยุทธศาสตร์เพื่อสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 ของประเทศไทย (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก, 2541.
- กรมสุขภาพจิต. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่อง แนวทางการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. นนทบุรี : ร้านทีคอม, 2541.
- _____. คู่มือการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัทวงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด, 2542.
- _____. การประชุมวิชาการสุขภาพจิต ปี 2543. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2543.
- _____. ผลการสำรวจภาวะสุขภาพจิตคนไทยในระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2542 (รายงานเบื้องต้น). นนทบุรี : กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2543.
- _____. รายงานประจำปี. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2544.
- _____. แผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545 - 2549) ฉบับร่าง. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, 2544.
- _____. สุขภาพจิตไทย พ.ศ. 2545 - 2546. นนทบุรี : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2546.
- คปสอ. อากาศอำนวย. โครงการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจรในการประชุมสุขภาพจิต ปี 2543 สุขภาพจิตดีด้วย EQ วันที่ 6 - 8 กันยายน 2543. นนทบุรี : วงศ์กมลโปรดักชั่น จำกัด, 2543.
- ชัชวาล ชาติสุทธิชัย,บรรณารักษ์. ขยายการมีหลักประกันสุขภาพแก่ประชาชน. ใน : กร ทัพพะรังสี หนึ่งปีกับการพัฒนาสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ., 2543 :140-42.
- เชล่ง อินัน และคณะ. ประเมินผลการผสมผสานสุขภาพจิตกับงานสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัด นครราชสีมา. นครราชสีมา : ม.ป.ท., 2547.
- สุทธิชัย ปานปรีชา. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ : แสงศิลป์การพิมพ์, 2533.
- ดารณี ตั้งตรงนิมิตร และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มี ภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม. นครพนม : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครพนม, 2542.
- เด่นพงษ์ วรรณพงษ์. ความเครียดของตำรวจสายตรวจ ศึกษาเฉพาะกรณีตำรวจสายตรวจสังกัดสถานี ตำรวจภูธรอำเภอเมือง นครราชสีมา (วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.

- ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- ทัศนาศ นุญทอง. ทฤษฎีการปรับตัวของรอย. ใน : สัมพันธ์ หิณชิระนันท์, บรรณาธิการ. ทฤษฎีการพยาบาลและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์, 2538.
- _____. ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : ศิริยอดการพิมพ์, 2543.
- ทัศนาศ นุญทอง และ นุญทิพย์ สิริธรงค์ศรี. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. นนทบุรี : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2545.
- ธงชัย ทวีชาติ และคณะ. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
- ธวัชชัย กฤษณะประกกรกิจ. วิทยาความเครียดในทางจิตเวชศาสตร์. ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544.
- บัณฑิต ศรีไพศาล. นุญนาการสุขภาพจิตทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2547.
- บัณฑิต ศรีไพศาล และคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ปี 2540. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
- บุญลือ เพ็ชรรักษ์ และนิตย์ ทองเพชรศรี. การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยพลังอำนาจอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา. สุราษฎร์ธานี : ศูนย์สุขภาพจิตเขต 11, 2544.
- บุญวดี เพชรรัตน์. การสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยพลังอำนาจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนจังหวัดพังงา. ใน : การประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2545. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต, 2545 : 141 - 43.
- ปรีชา อินท. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่อง ความสำคัญของการนิเทศงานกับการพัฒนาสุขภาพจิต. ใน : การประชุมปฐมนิเทศงานกรมสุขภาพจิต ในคณะผู้ตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539 วันที่ 28 พ.ย. 2538 ณ โรงแรมหลุยส์ แทรเวอร์น, 2538.
- ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.
- _____. เรื่องของสุขภาพจิต และโครงการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย. ใน : 100 ปี สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท., 2532.
- ไพโรวัลย์ ร่มซ้าย, วัชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. การประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร. ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2543.

- มานิดา สิงห์สุต และคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, 2542.
- ระพีพร แก้วคอนไทย และคณะ. การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหา และวิธีการจัดการกับความเครียดของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2543.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต. ผลการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน อำเภอกาญจนดิษฐ์ และอำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์, 2544.
- วิภา เพ็งแสงี่ยม. ความเครียดกับสุขภาพ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ; 5 (17) : 16 - 22.
- วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: แสงศิลป์การพิมพ์, 2533.
- _____. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: ดันอ้อ แกรมมี่ จำกัด, 2539.
- วรภรณ์ จงเจริญ. วัฒนการสุขภาพจิต และการรักษาพยาบาลจิตเวช. ใน : ฉวีวรรณ สัตยธรรม, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์ จำกัด, 2539.
- ศูนย์สุขภาพจิตเขต 2. รายงานผลการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิตของคนไทยในระดับจังหวัด เขต 2. มปท.: 2542.
- ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. อุบลราชธานี: โรงพิมพ์พระศรีมหาโพธิ์, 2542.
- สถานีอนามัยบ้านโคกสูง.โครงการการให้การปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านโคกสว่าง หมู่ที่ 3 ตำบลโคกสูง อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น : สถานีอนามัยบ้านโคกสูง, 2547.
- สนาม บินชัย. ความเครียดของประชาชนวัยแรงงานในภาวะวิกฤตเศรษฐกิจจังหวัดชัยนาท. ชัยนาท: ศูนย์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2542.
- _____. ความเครียดของประชาชนวัยแรงงาน เขตสาธารณสุขที่ 8. นครสวรรค์: โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2546.
- สุภาวดี นวลมณี และคณะ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเครียดกรณีข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี, 2537.
- สุริภรณ์ สมคะเนย์. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและวิธีการเผชิญปัญหาของสตรีวัยกลางคนในชุมชนเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). ขอนแก่น : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

- สมจิตต์ ลุประสงค์ และหยกฟ้า บุญชิต. ความเครียดและการปรับตัวต่อความเครียดของประชาชน
จังหวัดนครพนม. นครพนม : โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม, 2544.
- สมประสงค์ โอวาทกา และฉวีวรรณ สัตยธรรม. แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิต. ใน : ฉวีวรรณ
สัตยธรรม, บรรณาธิการ. การพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ยุทธรินทร์
การพิมพ์ จำกัด, 2539.
- สุจรีต สุวรรณชีพ. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.
ขอนแก่น : ฝ่ายวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2527.
- สุโขทัยธรรมมาธิราช มหาวิทยาลัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพฯ :
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2532.
- _____. การส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมมาธิราช, 2544.
- อนุชิต สินจตุรัส. การศึกษาเปรียบเทียบการจัดการความเครียดของสตรีวัยกลางคนในครัวเรือน
เขตเมือง และเขตชนบท จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์). ขอนแก่น : คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2545.
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, ศักดา กาญจนาวโรจน์กุล และคณะ. การศึกษาความถูกต้องของแบบ
คัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.
ขอนแก่น : โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์, 2543.
- อภิชัย มงคล, วัชรี หัตถพนม, ภัสรา เศรษฐิโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอรกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่.
การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา, 2544.
- อัมพร โอตระกูล. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : น้าอักษรการพิมพ์, 2538.
- _____. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี, 2540.
- อมรากล อินโชนานนท์. ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน. วารสารจิตวิทยาคลินิก 2534 ; 12 (2) : 20 - 34.
- อุไรวรรณ เพ็งหนู. กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต บ้านท่าม่วง อำเภอบาง
พูนพิณ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2546 ; 11 (1) : 1 - 12.
- Bowman HA. The nature of mental health. The Hogg Foundation of mental health. Texas:
The University of Texas, 1975.
- 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].
- Christopher J.L. Murray, Alan D. Lopez. The Global Health Statistics. World Health Organization, 1996.
- Christopher J.L. Murray, Alan D. Lopez. The Global Borden of Disease. World Health Organization, 1996.
- Downie, Tannahil C. and Tannahil A. A health promotion models and values. New York : Oxford
University Press Inc., 1996.

- Jahoda. M. Current concepts of positive mental health. New York : Basic Book, 1958.
- Kar SB. Psychosocial environment : a health promotion model. International Quarterly of Community Health Education, 1983.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorder : frontiers for preventive intervention research. Washington DC : National Academy Press, 1994.
- Mental Health Ireland. Supporting positive mental health. Available from : <http://www.mentalhealthireland.ie> [2004 Jan 23].
- Murray JL. And Lopez AD. The global burden of disease : a comprehensive assessment of mortality and disability form disease. Injuries and risk factor in 1990 projected to 2020. Cambridge : MA : Cambridge University Press, 1996.
- Pender NJ. Health promoting in nursing practice. 2nd ed. U.S.A. : Appleton & Lange, 1987.
- Shamansky SL, Clausen CL. Levels of prevention examination of the concept. Nursing Outlook, 1980.
- Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing. Philadelphia : F.A. Davis, 1999.
- Walker SN, Kerr MJ, Sechrist KR. A Spanish language version of the health promotion lifestyle profile. Nursing Research 1990 ; 39 : 268 - 73.
- World Health Organization. "Statistical index of family health", Technical Report Series, 987. Geneva : WHO, 1976.
- . Indicator for monitoring progress in mental health, workshop document for Regional Advisory Group Meeting on Mental Health, I.C.P.M.N.H. NO.003.05 SEARO, WHO, New Delhi, 1981.
- . Ottawa charter for health promotion. Report of International Conference on Health Promotion. Canada : November, 1986.
- . Health Planning Geneva. Geneva : WHO, 1997.

ภาคผนวก

1. ประวัติผู้วิจัย
2. แบบสอบถาม
3. รายชื่อคณะทำงาน

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นายปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Prat Boonyawongvirot.
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน อธิบดีกรมสุขภาพจิต
- 1.3 สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2950-8002
โทรสาร 0-2951-1352

1.4 ประวัติการศึกษา

ปีจบ การ ศึกษา	ระดับ ปริญญา	อักษรย่อ	สถาบันการศึกษา	ประเทศ
2514	ตรี	วทบ. (วิทยาศาสตร์บัณฑิต)	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ไทย
2516	โท	พบ. (แพทยศาสตรบัณฑิต)	มหาวิทยาลัยมหิดล	ไทย
2523	โท	สม. (สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต)	มหาวิทยาลัยมหิดล	ไทย
2528		อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน	แพทยสภา	ไทย

1.5 ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัยทั้งภายในและภายนอกประเทศ

1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย

- (1) โครงการศึกษาอัตราการตายของมารดาและเด็กของจังหวัดในเขต 5
(สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2541)
- (2) ทางเลือกเชิงยุทธศาสตร์ในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาบ้า
(หลักสูตร วปอ. รุ่นที่ 44 ปี พ.ศ. 2545)

1.5.2 รองประธานคณะกรรมการวิจัยร่วมโรคเลปโตสไปโรซิส

(กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ปี พ.ศ. 2542 - 2545)

1.6 ผลงานทางสุขภาพจิตที่สำคัญ

- ปี 2544 - ปัจจุบัน
- (1) จัดตั้งศูนย์วิกฤตสุขภาพจิต (Mental Health Crisis Center หรือ MCC)
 - (2) ที่ปรึกษาโครงการวัดชื่นใจ
 - (3) กรมสุขภาพจิตร่วมกับกรมประชาสัมพันธ์และมูลนิธิรัฐบุรุษ ร่วมกันจัดตั้งโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา
 - (4) กรมสุขภาพจิตร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ จัดตั้งโครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดในสถานศึกษา
 - (5) คณะกรรมการอำนวยการโครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และดำรงตำแหน่ง Project Manager โครงการ To Be Number One
 - (6) คณะกรรมการโครงการเปิดการรณรงค์ “ปีแห่งการสร้างสุขภาพ” ทั่วไทย 2545
 - (7) ที่ปรึกษาและคณะทำงานในโครงการสอบสวนการทำร้ายตนเอง
 - (8) ที่ปรึกษาโครงการเสริมสร้างรอยยิ้มในคนไทย
 - (9) ที่ปรึกษาคณะกรรมการติดตามการปฏิบัติงานเรื่องยาเสพติดของกรมสุขภาพจิต
 - (10) ประธานคณะกรรมการอำนวยการจัดการประชุมวิชาการยาเสพติดกับสุขภาพจิต
 - (11) ประธานที่ปรึกษาคณะกรรมการดำเนินการจัดงานสัปดาห์สุขภาพจิตประจำปี 2545
 - (12) ที่ปรึกษาคณะกรรมการอำนวยการสัมมนาวิชาการแบบคัดกรองกรมสุขภาพจิต อ.ก.พ. กรมสุขภาพจิต
 - (13) ที่ปรึกษาคณะกรรมการอำนวยการประชุมวิชาการและจัดกิจกรรมชมรมคลังสมองเทิดพระเกียรติ เนื่องในโอกาสวันเฉลิมพระชนมพรรษา 12 สิงหาคมราชินี
 - (14) ที่ปรึกษาคณะทำงานโครงการ “ห่วงใยวัยเอนทรานซ์”
 - (15) ลงนามความร่วมมือระหว่างจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และมหาวิทยาลัยมหิดล จัดทำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ประวัติผู้วิจัยหลัก

1. ชื่อ - สกุล(ภาษาไทย) นายอภิชัย มงคล
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Apichai Mongkol
- 1.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 1.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9
- 1.3 สถานที่ทำงาน กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0-2590-8012, 0-1975-1913
โทรสาร 0-2951-1356
e-mail : apichaim@inet.com
- 1.4 ประวัติการศึกษา
 - 1.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2522
 - 1.4.2 นิติศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปี พ.ศ. 2526
- 1.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 1.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 11 เรื่อง ได้แก่
 - (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2538
 - ได้รับรางวัลที่สองในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2538
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2538
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชนและระดับวิทยาลัยโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2543) ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 45 ฉบับที่ 4 ปี พ.ศ. 2543 หน้า 311 - 323
 - (3) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542
 - ตีพิมพ์ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 46 ฉบับที่ 3 พ.ศ. 2544 หน้า 209 - 225
 - (4) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542

- (5) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542
- (6) การศึกษาด้านชีวิตสุขภาพจิตชุมชน (2546)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2542
- (7) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework (2545)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2544
- (8) ระบาดวิทยาของพฤติกรรมกรรมการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2544
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2545
- (9) การประเมินโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายปี (2545)
 - ได้รับทุนสนับสนุนงานวิจัยจากกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2545
- (10) ต้นทุนต่อหน่วยงานบริการผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์(2545)
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545
- (11) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2546
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในการประชุมวิชาการนานาชาติครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546

1.5.2 ผู้วิจัยหลัก 3 เรื่อง

- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความชุกของโรคจิตในชุมชนบ้านดง ต.โคกลำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2538
 - ได้รับรางวัลการนำเสนอผลงานวิจัยยอดเยี่ยมในการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุขปี 2539
- (2) การดำเนินการจัดหาพัสดุ โดยวิธีประมูลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-Auction) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : กรณีศึกษา (2546)
- (3) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2547)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2546

2. ชื่อ - สกุล(ภาษาไทย) นายทวี ตั้งเสรี
(ภาษาอังกฤษ) Mr. Tavee Tangseree
- 2.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -
- 2.2 ตำแหน่งปัจจุบัน นายแพทย์ 9 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- 2.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-0135
โทรสาร 0-4322-4722
- 2.4 ประวัติการศึกษา
- 2.4.1 แพทยศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปี พ.ศ. 2523
- 2.4.2 วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความสามารถเฉพาะทางในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม
สาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่ยา ในปี พ.ศ. 2529
- 2.5 ผลงานวิจัย
- 2.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 4 เรื่อง
- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิตในชุมชน
ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด ปี 2546
 - (2) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 2 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต
ในชุมชน ในการประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ 2 สุขภาพจิตกับยาเสพติด
ปี 2546
 - (3) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
 - ได้รับรางวัลที่ 3 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต
ในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2546
 - (4) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนก
ในเขต 6
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ด้านระบาดวิทยา การพัฒนาระบบและงานสุขภาพจิต
ในชุมชน ในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 3 ปี 2547
- 2.5.2 ผู้วิจัยหลัก 3 เรื่อง
- (1) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยา
โรคจิต ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)
 - (2) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
 - (3) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน (2547)

3. ชื่อ - สกุล(ภาษาไทย) นางวัชนี หัตถพนม
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Watchanee Huttapanom
- 3.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย 38-20-0169
- 3.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
- 3.3 สถานที่ทำงาน สำนักผู้ช่วยผู้อำนวยการจังหวัด
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาติตะมูต อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1975-9207
โทรสาร 0-4322-4722
- 3.4 ประวัติการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร และผดุงครรภ์ชั้นสูง (เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาล
นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2526
- 3.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 3.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 10 เรื่อง
 - (1) การศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบปกติ และ
แบบประทุมล้มมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2536)
 - (2) การประเมินผลโครงการผลิตและเผยแพร่สื่อในการรณรงค์สุขภาพจิตครอบครัว
ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2538
- ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2539
 - (3) การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด HIV แบบกลุ่ม แก่หญิงมีครรภ์ที่มารับ
บริการ ณ แผนกฝากครรภ์ (2540)
- ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกรมสุขภาพจิต ปี 2540
 - (4) การศึกษาความต้องการในการพัฒนาดตนเอง ด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการ
ให้การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
 - (5) ผลการดำเนินงานการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการให้การปรึกษาเรื่อง
โรคเอดส์ในเขต 6 (2541)
 - (6) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร
ในปี พ.ศ. 2542
 - (7) ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตจังหวัดสกลนคร ปี 2542
- ได้รับรางวัลผลงานดีเด่น อันดับ 3 ด้านการพัฒนาบริการสุขภาพจิตและ
จิตเวช จากกรมสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2542
 - (8) การประเมินผลโครงการอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษา เรื่องโรคเอดส์สำหรับ
ผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน (2542)

- (9) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2544)
- (10) กรณีศึกษาเรื่อง พิธีโล่ผ้าปอบในช่วงการประชุม APEC: ผลการช่วยเหลือภาวะวิกฤตชุมชน (2547)
 - ได้รับรางวัลผลงานวิชาการดีเด่น ประจำปี 2546 ในการประชุมวิชาการประจำปี กระทรวงสาธารณสุข ครั้งที่ 11

3.5.2 ผู้วิจัยหลัก และผู้ร่วมวิจัย จำนวน 40 เรื่อง

- (1) การเผชิญความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต (2535)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ.ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2534
- (2) การศึกษาผู้ป่วยหลบหนีในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (3) การสำรวจปัญหาทางทันตสุขภาพและความต้องการบริการทางทันตกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับบริการในกลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2537)
- (4) การศึกษาผลการอบรมตามโครงการเสริมสร้างพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ (2537)
- (5) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
 - ได้รับรางวัลที่ 1 ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี 2538
- (6) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)
- (7) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความซุกซนของโรคจิตในชุมชน บ้านดง ต.โคกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)
- (8) การศึกษาการถูกทำร้ายของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (9) การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเวชในโครงการธรรมบำบัดของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538)
- (10) การศึกษา ความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงาน การให้การปรึกษาในเครือข่ายเขต 6 (2538)
- (11) การศึกษากรณีอุปาทานหมู่ในเด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านประชาสุขสันต์ ตำบลขมิ้น อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร (2539)

- (12) การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (2539)
 - ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากมูลนิธิศาสตราจารย์ น.พ.ฝน แสงสิงแก้ว ปี 2538
- (13) การศึกษาการบริการส่งชื้อยาทางไปรษณีย์ ณ กลุ่มงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (14) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (15) การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเผชิญความเครียดในชมรมข้าราชการเกษียณอายุ จังหวัดขอนแก่น (2539)
- (16) การศึกษาความรู้ ทักษะ และปัญหาในการปฏิบัติงานของ อสม. ในโครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน (2539)
- (17) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2539)
- (18) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรคลายเครียดแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขต 6 (2542)
- (19) การศึกษาความเครียด สาเหตุ วิธีการแก้ปัญหาและวิธีการคลายเครียดของเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (20) การประเมินผลโครงการการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2542)
- (21) การประเมินผลการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับบุคลากรสาธารณสุข (2542)
- (22) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตในชุมชน และระบาดวิทยาโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (2543)
- (23) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (24) องค์ความรู้ที่ได้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (25) การประเมินผลโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (26) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)
- (27) การประเมินผลโครงการ ISO 9002 : การพัฒนาคุณภาพงานบริการผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2544)
- (28) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2543)

- (29) การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) (2544)
- (30) สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน (2544)
- (31) การสำรวจผู้ป่วยโรคจิตจังหวัดสกลนคร (2544)
- (32) การศึกษานโยบายเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตคนไทย (2544)
- (33) การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตแบบครบวงจร : การประเมินผลตามกรอบ Logical Framework (2545)
- (34) ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตชุมชน (2546)
- (35) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2546)
- (36) การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2546)
- (37) การศึกษาผลการบำบัด รักษา และฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
- (38) การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับใหม่ (2547)
- (39) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2547)
- (40) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยใช้หวัดนกในเขต 6

หมายเหตุ ทั้งหมดนำเสนอเป็นผลงานที่จัดทำเป็นเอกสาร หรือเผยแพร่ในที่ประชุมวิชาการต่างๆ เรียบร้อยแล้ว

4. ชื่อ - สกุล(ภาษาไทย) นางสาวดี ศรีวิเศษ
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Suwadee Srivisead

4.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

4.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7

4.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ถนนชาตะผดุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1769-2543

โทรสาร 0-4322-4722

4.4 ประวัติการศึกษา

4.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี ปี พ.ศ. 2522

4.4.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาปี พ.ศ. 2538

4.5 ผลงานวิจัย ที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

4.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง

- การศึกษาผลการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตแบบประชุมสัมมนา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2538) ได้รับรางวัลที่ 1 ในการประกวดการวิจัยในการประชุมวิชาการ กรมสุขภาพจิต ปี 2539

4.5.2 ผู้ร่วมวิจัย

- (1) สรุปผลการประชุมสัมมนาเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิต จังหวัดสกลนคร (2542)
- (2) การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีพฤติกรรมรุนแรง (2543)
- (3) องค์ความรู้จากการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน (2544)
- (4) ประเมินผลโครงการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนแบบครบวงจร อำเภอวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร (2544)
- (5) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน (2544)
- (6) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบอุทกภัยในเขต 6 (2546)
- (7) การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (2547)
- (8) การศึกษาผลการบำบัด รักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิตใจแก่ผู้ประสบภัยไข้หวัดนกในเขต 6

5. ชื่อ - สกุล(ภาษาไทย) นางวิภาดา คณະไชย
(ภาษาอังกฤษ) Mrs. Vipada Kanachai

5.1 รหัสประจำตัวนักวิจัย -

5.2 ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7

5.3 สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ถนนชาติสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 0-4322-7422, 0-1057-2465
โทรสาร 0-4322-4722

5.4 ประวัติการศึกษา

5.4.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ และผดุงครรภ์ชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส ปี พ.ศ. 2528

5.4.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี พ.ศ. 2538

5.4.3 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชจากโรงพยาบาลสวนปรุงในปี 2542

5.5 ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

5.5.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง

- การสำรวจผู้ป่วยโรคจิต จังหวัดสกลนคร ปี 2544

แบบสอบถาม

โครงการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของ อสม. และผู้นำชุมชน

สำหรับผู้วิจัย

1. ชื่อ.....สกุล..... 2. อายุ.....ปี 3. ที่อยู่..... 4. เพศ ☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง 5. สถานภาพสมรส ☐ 1. โสด ☐ 3. หม้าย ☐ 2. คู่ ☐ 4. หย่า/ร้าง 6. การศึกษา ☐ 1. ไม่ได้เรียน ☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี ☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 2. ประถมศึกษา ☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย ☐ 6. ปริญญาตรี ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)..... 7. อาชีพ ☐ 1. เกษตรกร ☐ 3. แม่บ้าน ☐ 5. ข้าราชการ ☐ 7. ว่างาน ☐ 2. ค้าขาย ☐ 4. รับจ้าง ☐ 6. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ ☐ 8. อื่นๆ (ระบุ)..... 8. ตำแหน่งปัจจุบัน ☐ 1. อสม. ☐ 3. ประชาชนทั่วไป ☐ 2. ผู้นำชุมชน 9. ในกรณีเป็น อสม. ปฏิบัติงานสุขภาพจิตมาแล้ว.....ปี	Id ☐ Age ☐ Pla ☐ Sex ☐ Sta ☐ Edu ☐ Occ ☐ Pos ☐ Men ☐
--	--

ชื่อ.....สกุล.....

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับความเครียด

จงกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านพิจารณาว่าถูกต้องที่สุด

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ส่วนของผู้วิจัย
1. ผู้มีความเครียดเป็นบุคคลเจ้าปัญหา เรียกร้องความสนใจ			K1 ☐
2. ทุกคนสามารถเกิดความเครียดได้			K2 ☐
3. ความเครียดเล็กน้อยจะเป็นแรงกระตุ้นให้คนเราเกิดแรงมูมานะ ที่จะเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้			K3 ☐
4. สาเหตุที่ทำให้คนเราเกิดความเครียดเป็นสาเหตุที่มาจากสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ภายนอกเท่านั้น			K4 ☐
5. อาการทางร่างกายที่เกิดจากความเครียด ได้แก่ กินมากกว่าปกติ หายใจไม่อิ่ม นอนหลับไม่สนิท หงุดหงิดกับคนรอบข้าง ท้องผูก น้อยกว่าปกติ			K5 ☐
6. การจัดการกับความเครียดจะต้องจัดการกับอารมณ์ของตนเองด้วย			K6 ☐
7. การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อไม่ใช่วิธีการคลายเครียด			K7 ☐
8. วิธีการคลายเครียดด้วยการจินตนาการ คือการเพ้อฝันตามที่ใจต้องการ			K8 ☐
9. การฝึกการหายใจเป็นวิธีการคลายเครียดที่ไม่ได้ผลเพราะทุกคนหายใจเป็นอยู่แล้ว			K9 ☐
10. การทำใจยอมรับกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดถือว่าการลดความเครียดอีกวิธีหนึ่ง			K10 ☐
11. ผู้มีความเครียดรุนแรงอาจนำไปสู่การเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้			K11 ☐
12. ท่านเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารช่วยเหลือคนในชุมชนที่มีความเครียดได้			K12 ☐

แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

ในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด โปรดขีดเครื่องหมาย "X" ลงในช่องแสดงระดับอาการที่เกิดขึ้นกับตัวท่านตามความเป็นจริงมากที่สุด

อาการ พฤติกรรมหรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อยๆ	เป็นประจำ
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียวหรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเพลียจนไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยหน่ายไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสี่ยงสั้น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวดหรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลังหรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ที่ไม่คุ้นเคย				
19. มึนงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

การให้คะแนน

เมื่อคุณตอบแบบประเมินครบทั้ง 20 ข้อแล้ว ให้คุณให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้

ถ้าตอบว่า	ไม่เคยเลย	=	0	คะแนน
	เป็นครั้งคราว	=	1	คะแนน
	เป็นบ่อยๆ	=	2	คะแนน
	เป็นประจำ	=	3	คะแนน

จากนั้น ให้คุณรวมคะแนนทั้ง 20 ข้อเข้าด้วยกัน คะแนนที่ได้จะอยู่ระหว่าง 0 - 60 คะแนน ซึ่งแต่ละช่วงคะแนนมีความหมายดังนี้คือ

0 - 5 คะแนน	แสดงว่า	เครียดน้อยกว่าปกติ
6 - 17 คะแนน	แสดงว่า	เครียดในระดับปกติ
18 - 25 คะแนน	แสดงว่า	เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26 - 29 คะแนน	แสดงว่า	เครียดสูงกว่าปกติปานกลาง
30 คะแนนขึ้นไป	แสดงว่า	เครียดสูงกว่าปกติมาก

คำอธิบายคะแนน

0 - 5 คะแนน คุณมีความเครียดน้อยกว่าปกติ อาจเป็นเพราะคุณมีชีวิตที่เรียบง่าย ไม่จำเป็นต้องต่อสู้ดิ้นรนในการดำเนินชีวิตสักเท่าใดนัก ชีวิตไม่ค่อยมีเรื่องให้ต้องตื่นเต้น และคุณเองก็ไม่ค่อยกระตือรือร้นเลย

6 - 17 คะแนน คุณมีความเครียดในระดับปกติ นั่นคือ คุณสามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดี และสามารถปรับตัวปรับใจให้เข้ากับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม คุณควรพยายามคงระดับความเครียด ในระดับนี้ต่อไปให้นานๆ

18 - 25 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติเล็กน้อย แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้ไม่สบายใจอยู่ ความเครียดในระดับนี้ อาจทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเล็กน้อยพอทนได้ และเมื่อได้พักผ่อนหย่อนใจบ้าง ก็ารู้สึกดีขึ้นเอง

26 - 29 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติปานกลาง แสดงว่าคุณอาจกำลังมีปัญหาบางอย่างในชีวิตที่คุณยังหาทางแก้ไขไม่ได้ ทำให้มีอาการผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมอย่างเห็นได้ชัด และแม้คุณจะพักผ่อนหย่อนใจแล้วก็ยังอาจจะไม่หายเครียด ต้องฝึกเทคนิคเฉพาะในการคลายเครียดจึงจะช่วยได้

30 - 60 คะแนน คุณมีความเครียดสูงกว่าระดับปกติมาก คุณอาจกำลังเผชิญภาวะวิกฤตในชีวิต หรือแม้คุณก็ได้สะสมความเครียดเอาไว้มากจนเกินไปเป็นเวลานาน ทำให้มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเรื้อรัง ความเครียดในระดับนี้ นอกจากจะต้องฝึกเทคนิคการคลายเครียดแล้ว ควรไปพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาต่อไปด้วย จึงจะเป็นการดี

แบบประเมินผลการอบรม
โครงการการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

หัวข้อในการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				ข้อเสนอแนะ
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ควรปรับปรุง	
1. ความเหมาะสมของเนื้อหาในการจัดอบรม					
2. เนื้อหาวิชาการที่ได้รับตรงกับความต้องการของท่าน.....					
3. ความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน					
4. ความเหมาะสมของวิทยากร					
5. ความเหมาะสมของระยะเวลาในการอบรม					
6. ความเหมาะสมของสถานที่อบรม					
7. บรรยากาศในการจัดอบรม					
8. ข้อเสนอแนะอื่นๆ.....					

แบบประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผู้นำชุมชนภายหลังการดำเนินโครงการ
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....สกุล.....

2. เพศ

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

3. อายุ.....ปี

4. ตำแหน่งปัจจุบัน

☐ 1. อสม.

☐ 2. ผู้นำชุมชน

☐ 3. ประชาชนทั่วไป

5. การศึกษา

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ 6. ปริญญาตรี

☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี

☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

☐ 1. เกษตรกร

☐ 2. ค้าขาย

☐ 3. แม่บ้าน

☐ 4. รับจ้าง

☐ 5. ข้าราชการ

☐ 6. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

☐ 7. ว่างงาน

☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

7. ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

☐ 1. ต.โนนหอม อ.เมือง จ.สกลนคร

☐ 2. ต.บ้านดง อ.เขื่อนอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น

สำหรับผู้วิจัย

Id ☐

Sex ☐

Age ☐

Pos ☐

Edu ☐

Occ ☐

Add ☐

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้นำชุมชนที่มีต่อโครงการ

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	สำหรับผู้วิจัย
1. ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการนี้					A1 ☐
2. โครงการนี้ทำให้ท่านมีความเข้าใจในการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด					A2 ☐
3. การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้ท่านมีภาระมากขึ้นกว่าเดิม					A3 ☐
4. ท่านพึงพอใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีความเครียดในชุมชน					A4 ☐
5. ความรู้ที่ท่านได้รับจากโครงการนี้สอดคล้องกับปัญหาในชุมชน					A5 ☐
6. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยเหลือผู้มีความเครียดให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ					A6 ☐
7. ท่านพึงพอใจผลการปฏิบัติงานของท่านในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด					A7 ☐
8. ท่านคิดว่าภายหลังอบรมโครงการนี้คนในชุมชนจะได้ตระหนักและมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้มีความเครียด					A8 ☐
9. ท่านคิดว่าโครงการนี้สามารถดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของคนในชุมชน และเจ้าหน้าที่จากสถานีนอนัมย์					A9 ☐
10. ในภาพรวมแล้วท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมในโครงการนี้					A10 ☐
11. ถ้ามีการจัดโครงการนี้อีกในปีหน้า ท่านยินดีเข้าร่วมโครงการ					A11 ☐

12. ท่านคิดว่าโครงการนี้ควรปรับปรุงในเรื่องใดบ้าง กรุณาเสนอแนะ

.....

.....

ส่วนที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้มีความเครียด

1. ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด (ในกรณีตอบว่าไม่ใช่ไม่ต้องตอบข้อต่อไป)

- ☐ 1. ไม่ใช่ ☐ 2. ใช่

(ในกรณีตอบว่าไม่ใช่ ไม่ต้องตอบข้อต่อไป)

2. ในช่วงที่ท่านเข้าโครงการอบรมท่านดูแลช่วยเหลือผู้มีความเครียด.....คน

3. จำนวนครั้งที่ท่านให้การช่วยเหลือผู้มีความเครียดทุกรายรวม.....ครั้ง

4. ปัญหาที่พบในผู้มีความเครียด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- ☐ 1. ปัญหาครอบครัว
☐ 2. ปัญหาเสพติด
☐ 3. ปัญหาเศรษฐกิจ
☐ 4. อื่นๆ (ระบุ).....

5. วิธีที่ท่านให้การช่วยเหลือผู้มีความเครียด

- ☐ 1. ค้นหาปัญหาที่ทำให้เครียด
☐ 2. จัดการกับอารมณ์ของผู้ป่วย
☐ 3. แนะนำวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม
☐ 4. การปรับเปลี่ยนความคิดในทางที่ดี
☐ 5. ฝึกให้ผู้ป่วยคลายเครียดด้วยวิธี
- ☐ 5.1 ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ
☐ 5.2 ฝึกการหายใจ
☐ 5.3 ฝึกการทำสมาธิ
☐ 5.4 การใช้จินตนาการ
☐ 5.5 การนวด
☐ 5.6 อื่นๆ (ระบุ).....

**แบบประเมินผลการเข้าร่วมโครงการการอบรมแกนนำครอบครัว
เพื่อช่วยเหลือผู้มีความเครียด**

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

สำหรับผู้วิจัย

1. ชื่อ.....สกุล.....

Id ☐

2. เพศ

Sex ☐

☐ 1. ชาย

☐ 2. หญิง

3. อายุ.....ปี

Age ☐

4. ตำแหน่งปัจจุบัน

Pos ☐

☐ 1. อสม.

☐ 2. ผู้นำชุมชน

☐ 3. ประชาชนทั่วไป

5. การศึกษา

Edu ☐

☐ 1. ไม่ได้เรียน

☐ 2. ประถมศึกษา

☐ 3. มัธยมศึกษาตอนต้น

☐ 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย

☐ 5. ต่ำกว่าปริญญาตรี

☐ 6. ปริญญาตรี

☐ 7. สูงกว่าปริญญาตรี

☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

6. อาชีพ

Occ ☐

☐ 1. เกษตรกร

☐ 2. ค้าขาย

☐ 3. แม่บ้าน

☐ 4. รับจ้าง

☐ 5. ข้าราชการ

☐ 6. ลูกจ้างรัฐวิสาหกิจ

☐ 7. ว่างาน

☐ 8. อื่นๆ (ระบุ).....

7. ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

Add ☐

☐ 1. ต.โนนหอม อ.เมือง จ.สกลนคร

☐ 2. ต.บ้านดง อ.เขื่อนอุบลรัตน์ จ.ขอนแก่น

ส่วนที่ 2 การประเมินแกนนำครอบครัวที่มีต่อโครงการฯ ภายหลังการอบรม 3 เดือน

คำถาม	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ส่วนของ ผู้วิจัย
1. ความรู้เรื่องความเครียดที่ท่าน ได้รับจากการอบรม ช่วยให้ท่าน เข้าใจตนเองเมื่อมีความเครียด					A1
2. ความรู้เรื่องความเครียดที่ท่าน ได้รับจากการอบรม ท่านนำไปใช้ ให้เกิดประโยชน์ต่อตัวท่านเอง และครอบครัว					A2
3. อารมณ์ของท่านภายหลังการอบรมไปแล้ว 3 เดือน เป็นอย่างไร ☐ 1. เย็นลงกว่าเดิม ☐ 2. เย็นลงกว่าเดิมเล็กน้อย ☐ 3. เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง					A3
4. ภายหลังการอบรมเมื่อท่านโกรธ ไม่สบายใจ หรือมีความเครียดท่านมักจะรู้ตัวเสมอว่าท่านมี อารมณ์เช่นไร ☐ 1. ใช่ ☐ 2. ไม่ใช่ ☐ 3. ไม่แน่ใจ ☐ 4. เหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง					A4
5. วิธีการคลายเครียดที่ท่านใช้เป็นประจำตั้งแต่ก่อนอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. ดูหนัง ฟังเพลง ☐ 2. ไปเที่ยวในที่ต่างๆ ☐ 3. เข้าวัดฟังธรรม ☐ 4. พบปะเพื่อนฝูง ☐ 5. ออกกำลังกาย ☐ 6. นั่งสมาธิ ☐ 7. ฟึกหายใจ ☐ 8. นวดเพื่อคลายเครียด ☐ 9. ฟึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ☐ 10. การจินตนาการ ☐ 11. อื่นๆ ระบุ.....					A5
6. วิธีการคลายเครียดที่ท่านใช้ประจำภายหลังการอบรม (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ☐ 1. ดูหนัง ฟังเพลง ☐ 2. ไปเที่ยวในที่ต่างๆ ☐ 3. เข้าวัดฟังธรรม ☐ 4. พบปะเพื่อนฝูง ☐ 5. ออกกำลังกาย ☐ 6. นั่งสมาธิ ☐ 7. ฟึกหายใจ ☐ 8. นวดเพื่อคลายเครียด ☐ 9. ฟึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ ☐ 10. การจินตนาการ ☐ 11. อื่นๆ ระบุ.....					A6

7. วิธีการคลายเครียดที่ท่านชอบมากที่สุดในปัจจุบัน (ตอบเพียงข้อเดียว)

- | | |
|---|--|
| ☐ 1. ดูหนัง ฟังเพลง | ☐ 2. ไปเที่ยวในที่ต่างๆ |
| ☐ 3. เข้าวัดฟังธรรม | ☐ 4. พบปะเพื่อนฝูง |
| ☐ 5. ออกกำลังกาย | ☐ 6. นั่งสมาธิ |
| ☐ 7. ฝึกหายใจ | ☐ 8. นวดเพื่อคลายเครียด |
| ☐ 9. ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ | ☐ 10. การจินตนาการ |
| ☐ 11. อื่นๆ (ระบุ)..... | |

Lik ☐

8. ภายหลังการอบรมท่านได้นำความรู้ไปให้คำแนะนำช่วยเหลือคนอื่น ๆ
ในครอบครัวหรือในชุมชนหรือไม่

- ☐ 1. นำไปช่วยเหลือ ☐ 2. ไม่ได้นำไปให้คำแนะนำหรือช่วยเหลือใดๆ
(ถ้าตอบข้อ 2 ไม่ต้องตอบข้อต่อไป)

Hel ☐

9. ถ้าท่านนำไปให้คำแนะนำช่วยเหลือ กรุณาตอบคำถามข้อต่อไป

1. ท่านให้คำแนะนำช่วยเหลือ จำนวน.....คน
2. ท่านมีปัญหาในการให้คำแนะนำช่วยเหลือหรือไม่
☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี

Num ☐

ถ้ามีปัญหานั้นเป็นปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอะไร

Pro ☐

1.
2.
3.

Con ☐

10. ท่านต้องการความรู้เรื่องใดเพิ่มเติม

1.
2.
3.

Kno ☐

11. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ที่มีต่อโครงการ

.....
.....
.....

Sug ☐



รายชื่อคณะทำงาน

คณะทำงานโครงการการพัฒนาแบบการส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มี 2 จังหวัด คือ

1. จังหวัดขอนแก่น มีรายชื่อดังต่อไปนี้

1.1	นางวัชณี	หัตถพนม	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.2	นายธนิศ	โคตมะ	นักสังคมสงเคราะห์ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.3	นางไพลิน	ปรัชญคุปต์	นักสังคมสงเคราะห์ 6	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.4	นางกาญจน์กนก	สุรินทร์ขมภู	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.5	นางภาวิณี	สถาพรธีระ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.6	นายไพโรจน์	ร่วมชัย	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.7	น.ส.สุนันทา	แสงปาก	พยาบาลวิชาชีพ 3	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.8	นายวรวิทย์	ทองครไทย	พยาบาลเทคนิค 4	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
1.9	นางผ่องศรี	งามดี	พยาบาลวิชาชีพ 6	สสจ. ขอนแก่น
1.10	นางทัศนีย์	สรรพนิกร	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลอุบลรัตน์
1.11	นางเพ็ญประภา	เวียงแก้ว	พยาบาลเทคนิค 5	สถานีอนามัยบ้านดง อ.อุบลรัตน์

2. จังหวัดสกลนคร มีรายชื่อดังต่อไปนี้

2.1	นางสุวดี	ศรีวิเศษ	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.2	นางวิภาดา	คณะไชย	พยาบาลวิชาชีพ 7	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.3	น.ส.วราภรณ์	รัตนวิศิษฐ์	พยาบาลวิชาชีพ 4	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.4	น.ส.ผอณรัตน์	กลางมณี	พยาบาลวิชาชีพ 3	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.5	นายธีรยุทธ	ยอดสง่า	พยาบาลเทคนิค 6	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.6	น.ส.วรรณภา	สาโรจน์	นักสังคมสงเคราะห์ 4	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2.7	นางสุภาณี	กิตติสารพงษ์	พยาบาลวิชาชีพ 7	สสจ. สกลนคร
2.8	นายไพรัช	นิทานน	นักจิตวิทยา	โรงพยาบาลสกลนคร
2.9	นางฉัตรวรรณ	จำปาวัน	จพ.สสช.	สสอ. เมืองสกลนคร
2.10	น.ส.วิไลลักษณ์	โปร่งจันทัก	จพ.สสช.	สอ.โนนหอม อ.เมือง