

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงด้าน

สุขภาพจิตภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิต

โดยคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคามปี พ.ศ. 2564 - 2567*

EFFECTIVENESS OF USING MENTAL HEALTH CHECK IN & E-MAIL ALERT PROGRAM
FOR MENTAL HEALTH RISK GROUPS UNDER MENTAL HEALTH MANAGEMENT
BY THE MAHA SARAKHAM PROVINCIAL MENTAL HEALTH SUBCOMMITTEE,
2021 - 2024

นวลปรางค์ ดวงสว่าง*, วัฒนะ ศรีวัฒนา

Nuanprang Duangsawang*, Wattana Sriwattana

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มหาสารคาม ประเทศไทย

Maharakham Provincial Public Health Office, Maharakham, Thailand

*Corresponding author E-mail: pranganster@gmail.com

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้ วัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ 2) เปรียบเทียบผลการทดลองภายในกลุ่ม 3) เปรียบเทียบผลการทดลองระหว่างกลุ่ม 4) ประเมินผลกระทบ และ 5) ขยายผลโปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ประชากรได้จากฐานข้อมูลทุติยภูมิ พ.ศ. 2563 - 2565 ตัวอย่างจากตาราง Krejcie & Morgan 536 ราย 400 ราย และ 460 ราย สุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพโปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ตัวอย่าง 35 ราย ระยะที่ 3 ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย กลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย ตัวอย่าง 375 ราย และระยะที่ 5 ขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัย ตัวอย่าง 460 ราย พร้อมสรุปความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ทั้ง 4 ระยะดำเนินการ ผลการศึกษาพบว่า 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อสถานะสุขภาพจิต มีความรุนแรงลดลง 2) จากผลทดลอง พบว่า สุขภาพจิตกลุ่มทดลอง แตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 3) ผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงการป่วยด้วยโรคจิตเวชและยาเสพติดมีผลต่อสถานะสุขภาพจิตในเชิงผกผันเพิ่มมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 4) คณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม สนับสนุนให้ประชาชนในพื้นที่ใช้เครื่องมือวิจัยประเมินสุขภาพจิตตนเอง โดยผ่านกลยุทธ์ตัวชี้วัดการประเมินผลปฏิบัติราชการ อำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

* Received 23 December 2024; Revised 15 January 2025; Accepted 17 January 2025

โดยสมาชิก TO BE NUMBER ONE ดังนั้น กลไกที่สนับสนุนงานสุขภาพจิตให้สำเร็จ คือ การบูรณาการงานสุขภาพจิตและยาเสพติด ควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: สุขภาพใจและกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต, คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัด, อำเภอสุขภาพดี, สถานีสุขภาพใจ

Abstract

This research and development aimed to 1) Analyze the situation 2) Compare the experimental results within the group 3) Compare the experimental results between the groups 4) Evaluate the impact and 5) Expand the mental health screening program and monitor the mental health risk group under the management of the mental health service system by the Maha Sarakham Provincial Mental Health Subcommittee. Phase 1 analyzed the situation. The population was obtained from the secondary database 2020-2022. The sample is obtained from the table. Krejcie & Morgan: 536, 400 and 460, respectively, and randomly selected using a random number table; Phase 2: Test the quality of the mental health screening program and follow-up care for the mental health risk group: 35 people. Phase 3: Test the use of the research instrument, the experimental group: 35 people, the control group: 35 people; Phase 4: Evaluate the impact of using the research instrument, the sample of 375 people; Phase 5: Expand the use of the research instrument to cover the entire Maha Sarakham Province, a sample of 460 people, and summarize the progress to the Subcommittee on Mental Health of Maha Sarakham Province 4 times, 4 phases of implementation. The study results found that 1) The situation analysis found that economic risk factors and chronic illnesses affect mental health conditions were less severe. 2) From the experimental results, it was found that the mental health of the experimental group was significantly different from the control group at a statistical significant level of 0.05. 3) The impact of using research tools found that risk factors for mental illness and drug addiction have an inverse effect on mental health conditions and are increasing. Statistically significant level of 0.05. and 4) The Maha Sarakham Provincial Mental Health Subcommittee has supported public health personnel, public health volunteers, community mental health promoters, students, and local people to use research tools comprehensively through performance evaluation strategies, healthy districts, mental health stations, and mental health promotion activities by TO BE NUMBER ONE members. Therefore, the mechanism that supports successful mental health work is the continuous integration of mental health and drug addiction work.

Keywords: Mental Health and Mental Health Risk Groups, Maha Sarakham Provincial Mental Health Subcommittee, Health District, Mental Health Station

บทนำ

จังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564 - 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มอย่างต่อเนื่อง คือ 7.03 และ 7.17 ต่อแสนประชากร โดยในปี พ.ศ. 2565 ผู้มีรายได้น้อยมีหนี้สิน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและติดเตียงเสี่ยงฆ่าตัวตาย ด้วยค่า OR = 56.250 (95% CI = 3.226 - 980.844) ภาวะเครียดด้วยค่า OR = 49.889 (95% CI = 2.888 - 861.833) ซึมเศร้าด้วยค่า OR = 44.800 (95% CI = 2.613 - 768.142) ส่วนผู้มีรายได้น้อยมีหนี้สินมีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจด้วยค่า OR = 22.050 (95% CI = 4.818 - 100.923) ภาวะเครียดด้วยค่า OR = 18.857 (95% CI = 2.888 - 861.833) ซึมเศร้าด้วยค่า OR = 16.463 (95% CI = 3.795 - 71.421) และ เสี่ยงฆ่าตัวตายด้วยค่า OR = 11.1429 (95% CI = 2.127 - 61.413) ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตที่ดีมีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับปัญหาเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและป่วยติดเตียง ดังนั้น ความร่วมมือกับหน่วยงานและบุคคลที่หลากหลาย จะนำไปสู่ การแก้ไขปัญหาที่ครอบคลุมกายจิตสังคมได้ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2565) ในปี พ.ศ. 2564 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้เผยแพร่เครื่องมือ “โปรแกรม Mental Health Check in” เพื่อให้เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขใช้ประเมินค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ตลอดจน สนับสนุนให้ประชาชนประเมินสุขภาพจิตตนเอง ประกอบด้วย พลังใจ เป้าหมายงาน เครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่า ตัวตาย ต่อมาปี พ.ศ. 2566 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างระบบการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดูแล ชื่อ “E-mail Alert” แล้วเชื่อมต่อบริการ จนเกิดเป็น “โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert” โดยคาดหวังว่าจะสามารถเป็นส่วนหนึ่งในการ สนับสนุนระบบบริการสุขภาพแบบครบวงจรได้ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2564) การขับเคลื่อน งานสุขภาพจิตในลักษณะความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่า การบริหารระบบบริการสุขภาพจิต ภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดนั้น สามารถดำเนินการได้ ตามมาตรา 57 พระราชบัญญัติระเบียบ บริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2564 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 2567) ดังนั้น ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา “ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิต ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564 - 2567” ขึ้นมา โดยคาดหวังว่าการศึกษาดังกล่าวจะสามารถสนับสนุนให้ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ตระหนักถึง ความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ประชาชน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564 - 2566
2. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ
3. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ
4. ประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย
5. ขยายผลโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย คือ วิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 2 ปี 9 เดือน แบ่งเป็น

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ตั้งแต่ตุลาคม 2564 - กันยายน 2565 (1 ปี)

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม - ธันวาคม 2565 (3 เดือน)

ระยะที่ 3 ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ตั้งแต่มกราคม - มิถุนายน 2566 (6 เดือน)

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบ ตั้งแต่กรกฎาคม 2566 - กันยายน 2566 (3 เดือน)

ระยะที่ 5 ขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัย ตั้งแต่ตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 (9 เดือน)

โดยทุก ๆ ระยะ ผู้ศึกษาวิจัยจะสรุปความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง ซึ่งเดิมนั้น การใช้โปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตนี้ ไม่เคยถูกขับเคลื่อนโดย คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม มาก่อน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่และวิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง ได้จากตาราง Krejcie & Morgan โดยระยะที่ 1 ประชากร 18 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2564 ประชากร 139,379 ราย ตัวอย่าง 400 ราย และ พ.ศ. 2565 ประชากร 90,258 ราย ตัวอย่าง 460 ราย สุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง 35 ราย และ ระยะที่ 3 กลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) ได้พื้นที่ทดลอง คือ อำเภอวาปีปทุม บรบือ เชียงยืนและกันทรวิชัย และกลุ่มควบคุม 35 ราย จากอำเภอโกสุมพิสัย นาเชือก พยัคฆภูมิพิสัยและยางสีสุราช แล้วสุ่มเลือกจากตารางเลขสุ่ม ระยะที่ 4 กลุ่มตัวอย่าง ระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมด้วยตนเอง (ไม่มีการควบคุมกำกับ ติดตามจากผู้วิจัย เป็นเวลา 1 เดือน) ในช่วงเดือน กรกฎาคม 2566 ต่อมาในเดือนสิงหาคม - กันยายน 2566 ผู้ศึกษาวิจัยวิเคราะห์สภาวะสุขภาพจิตประชาชน โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ประชากร 15,025 ราย ตัวอย่าง 375 ราย แล้วสุ่มเลือกรายคนจากตารางเลขสุ่ม ระยะที่ 5 ขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัย ครอบคลุมพื้นที่ทั้งจังหวัดมหาสารคาม ตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 และวิเคราะห์สภาวะสุขภาพจิต ช่วง 1 ตุลาคม 2566 - 31 มีนาคม 2567 ประชากร 90,258 ราย ตัวอย่าง 460 ราย สุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต และตัวแปรตาม คือ สภาวะสุขภาพจิต คือ เปื่อหน่วยงาน พลังใจ เครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูล ใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ (Secondary Data) จากโปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ตามระยะดำเนินการที่ 1 - 5

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย คือ ประชาชนมหาสารคาม ที่สมัครใจและยินยอม ประเมินสุขภาพจิต ด้วยโปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) ผู้วิจัยจัดประชุมออนไลน์ 1 ครั้ง เพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน QR-Code ให้กับประชาชนในหมู่บ้าน ผ่านช่องทาง line 2) ประชาชนที่สนใจสแกน QR-Code ประเมินสภาวะสุขภาพจิตตนเองหรือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้ และ 3) นำข้อมูล มาเรียงตามตารางเลขสุ่มและเข้าสู่ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล



เครื่องมือ และการทดสอบคุณภาพ

เครื่องมือวิจัย คือ โปรแกรมตรวจสอบสุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต โดยกิจกรรมแทรกแซงนี้ได้กำหนดขึ้นมาใหม่เพื่อใช้สำหรับการทดลอง คือ ติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ใช้เวลา 24 สัปดาห์/ราย ผ่าน E-mail ภายใต้การปฏิบัติการของพยาบาลสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลใกล้บ้าน ประกอบด้วย 1) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้น และสุขภาพจิตศึกษา 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยผ่านช่องทาง Line Application 2) ผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการแบบ HOT Line สายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต 3) ให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์โดยผ่านช่องทาง Line Application 4) ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อเดือน และแบบครอบครัว 1 ครั้งต่อเดือน ซึ่งกิจกรรมนี้พยาบาลสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลใกล้บ้าน จะนัดกลุ่มตัวอย่างและญาติ เข้าร่วมกิจกรรม ณ โรงพยาบาลนั้น ๆ และ 5) นำส่งพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีมีภาวะสุขภาพจิตระดับปานกลาง - รุนแรง ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ภายใน 1 เดือน และ 6) ประสานงานเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้งต่อเดือน

ส่วนเครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงาน แบบประเมินพลังสุขภาพจิต หรือ พลังใจ หรือ RQ (Resilience Quotient) แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะเครียดด้วยแบบทดสอบ Stress Test หรือ ST-5 แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (The Patient Health Questionnaire-9 หรือ PHQ-9) และ แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (The Patient Health Questionnaire-8 หรือ PHQ-8) ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวได้รับการรับรองมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวัดตัวแปร อ้างอิงความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือของเครื่องมือจากการศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ 1) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.882 (กัญจน์ ศรีโสภะ และคณะ, 2565) 2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต หรือ พลังใจชีวิต หรือ ทักษะการเผชิญปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.83-0.98 (นงนุช พลรวมเงิน และคณะ, 2565) 3) แบบประเมินภาวะเครียด Stress Test หรือ ST-5 มี 5 คำถาม คือ ปัญหาการนอน สมาธิ หงุดหงิด เบื่อหน่ายและแยกตัว ในช่วง 2 - 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา วัดตัวแปรด้วยคะแนนระดับ Likert 4 จุด โดย 0 - 4 คะแนนไม่มีความเครียด 5 - 7 คะแนน ความเครียดปานกลาง ตั้งแต่ 8 - 9 คะแนน มีความเครียดมาก และ 10 - 15 คะแนน มีความเครียดมากที่สุด ซึ่งสเกลแสดงความสอดคล้องภายในที่ดี คือ $\alpha = 0.80$ ซึ่งได้รับการยอมรับว่าเป็นค่าความเที่ยงตรงหรือ Validity และในขณะเดียวกันค่าทดสอบความสอดคล้องภายในหรือ Internal Consistency: α เท่ากับ 0.80 (Teeravisutkul, P. et al., 2019) 4) แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 และ 5) The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าการทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve (AUC) เท่ากับ 0.73 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 2 และเท่ากับ 0.88 จุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ 5 ความไวและความจำเพาะของการใช้ร่วมกันระหว่าง The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-9 และ The Patient Health Questionnaire Depression Module หรือ PHQ-8 ที่ได้จากการทดสอบ

Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve หรือ AUC พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.82 (0.81 - 0.84) โดยหาก PHQ-2 มีข้อใดข้อหนึ่งไม่ผ่านจะทำการประเมินต่อด้วย PHQ-9 และ PHQ-8 ตามลำดับ (Levis, B. et al., 2020)

สถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา และทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) เพื่อบอกขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, 2562) และทดสอบความแตกต่าง ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test (ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์, 2559)

จริยธรรมการวิจัย รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวชิรพยาบาล จังหวัดมหาสารคาม โดยยึดหลักตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) เลขที่ 15/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ประชาชน จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564 - 2566

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาวะสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564 - 2565 พบอายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความเสี่ยงของพลังใจลดลง เปื่อหน่วยงานเพิ่มขึ้น เครียดลดลง ซึมเศร้าลดลง เสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง ผู้มีรายได้น้อยมีหนี้สินและเป็นโรคเรื้อรังติดเตียง เสี่ยงฆ่าตัวตาย 56.250 เท่า เครียด 49.889 เท่า ซึมเศร้า 44.800 เท่า ผู้มีรายได้น้อยมีหนี้สินมีพลังใจลดลง 22.050 เท่า เครียด 18.857 เท่า ซึมเศร้า 16.463 เท่า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย 11.1429 เท่า ต่อมากราคม 2566 ผู้วิจัยศึกษานำร่อง (Pilot Study) จากประชาชนที่สมัครใจประเมินสุขภาพจิตตนเอง 35 ราย อายุเฉลี่ย 55.09 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.42 อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 85 ปี ชาย 17 ราย หญิง 18 ราย พบว่า วัยทำงาน เสี่ยงพลังใจลดลง 2.429 เท่า (95% CI = 1.558 - 64.198) เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุ ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.0 ผู้สูงอายุ ซึมเศร้า 8.000 เท่า (95% CI = 2.188 - 29.249) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.00 และเครียด 23.111 เท่า (95% CI = 3.977 - 134.292) เปรียบเทียบกับวัยทำงาน การว่างงาน ตกงาน มีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ 10.000 เท่า (95% CI = 1.558 - 64.198) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.00 รายได้น้อยมีหนี้สิน ครอบครัวมีผู้สูงอายุและเด็กแรกเกิด มีภาวะเปื่อหน่วยงาน 1.857 เท่า (95% CI = 1.301 - 2.651) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.015 รายได้น้อยมีหนี้สิน เครียด 14.167 เท่า (95% CI = 2.387 - 84.070) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.003 ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เครียด 23.143 เท่า (95% CI = 2.457 - 218.014) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.002 และ รายได้น้อยมีหนี้สินโรคเรื้อรังติดเตียง ซึมเศร้า 15.000 เท่า (95% CI = 1.549 - 145.225) ที่นัยสำคัญทางสถิติ 0.010

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตัวอย่าง 35 ราย สมัครใจประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองแต่ยินยอมเข้าสู่ระบบติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.28 อายุเฉลี่ย 45.09 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.42 อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 85 ปี ชาย 15 ราย หญิง 18 ราย โดยเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิต 4 สัปดาห์ผ่านระบบ E-mail ของพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน โรงพยาบาลมหาสารคาม พบว่า ได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิตเบื้องต้นและสุขภาพจิตศึกษา ผ่าน Line Application 1 ครั้ง/สัปดาห์ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.96 และใช้บริการ

HOT Line สายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.09 รับคำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์ 31 ราย คิดเป็นร้อยละ 93.93 และรับคำปรึกษาแบบกลุ่มและครอบครัว 1 ครั้ง 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.30 นำส่งพบแพทย์ 3 ราย คิดเป็น 9.09 และรับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.24 ซึ่งทดสอบผลประเมินสุขภาพใจของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังใช้เครื่องมือวิจัย ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test มีรายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดสอบเครื่องมือวิจัย (n = 33)

สภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดสอบ Mean (SD)/Median	หลังทดสอบ Mean (SD)/Median	Z	P-Value
เบื่อหน่ายงาน	0.73 (0.452)/1.00	0.18 (0.392)/0.00	-4.243	0.000
พลังใจ	1.42 (0.708)/1.00	0.27 (0.452)/0.00	-5.476	0.000
ภาวะเครียด	1.42 (0.830)/1.00	0.27 (0.574)/0.00	-5.425	0.000
ภาวะซึมเศร้า	1.21 (0.740)/1.00	0.15 (0.508)/0.00	-5.596	0.000
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	1.15 (0.566)/1.00	0.06 (0.242)/0.00	-5.596	0.000

จากตารางที่ 1 พบว่า สภาวะสุขภาพจิตในทุกด้าน ก่อนและหลังการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-Value < 0.05) โดยมีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาลดลงหลังการทดสอบ

2. เปรียบเทียบผลการทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม และประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย

ระยะที่ 3 ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย กลุ่มทดลองที่มีปัญหาสุขภาพจิต 35 ราย อายุเฉลี่ย 51.37 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี สูงสุด 85 ปี ชาย 17 ราย หญิง 18 ราย ส่วนกลุ่มควบคุม 35 ราย มีอายุเฉลี่ย 51.17 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี และสูงสุด 85 ปี ชาย 14 ราย หญิง 21 ราย โดยจัดกิจกรรมแทรกแซง 6 เดือน ส่งผลให้สภาวะสุขภาพจิต แตกต่างกันในกลุ่มทดลอง จากการทดสอบสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test รวมถึงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการทดสอบสถิติ Mann-Whitney U test รายละเอียดตามตารางที่ 2 - 3 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดสอบเครื่องมือวิจัย (n = 33)

สภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดสอบ Mean (SD)/Median	หลังทดสอบ Mean (SD)/Median	Z	P-Value
เบื่อหน่ายงาน	0.74 (0.443)/1.00	0.23 (0.426)/0.00	-4.243	0.000
พลังใจ	1.43 (0.698)/1.00	0.29 (0.458)/0.00	-5.651	0.000
ภาวะเครียด	1.40 (0.812)/1.00	0.26 (0.561)/0.00	-5.601	0.000
ภาวะซึมเศร้า	1.20 (0.719)/1.00	0.14 (0.494)/0.00	-5.771	0.000
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	1.14 (0.550)/1.00	0.06 (0.236)/0.00	-5.771	0.000

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สภาวะสุขภาพจิต	กลุ่มทดลอง (Mean Rank)	กลุ่มควบคุม (Mean Rank)	z	P-Value
ก่อนการทดลอง				
เบื่อหน่ายงาน	38.00	33.00	-1.263	0.207
พลังใจ	33.57	37.43	-0.925	0.355
ภาวะเครียด	32.66	38.34	-1.395	0.163
ภาวะซึมเศร้า	33.59	37.41	-1.294	0.196
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	34.50	36.50	-0.745	0.457
หลังการทดลอง				
เบื่อหน่ายงาน	29.00	42.00	-3.132	0.002
พลังใจ	20.86	50.14	-6.444	0.000
ภาวะเครียด	20.89	50.11	-6.390	0.000
ภาวะซึมเศร้า	20.09	50.91	-6.943	0.000
เสี่ยงฆ่าตัวตาย	18.86	52.14	-7.651	0.000

จากตารางที่ 2 - 3 สภาวะสุขภาพจิต ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลอง มีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-Value} < 0.05$) แยกรายด้าน พบว่า การเบื่อหน่ายงาน จาก Mean Rank กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า $Z = -3.132$ ภาวะเครียดจาก Mean Rank กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า $Z = -6.444$ จาก Mean Rank กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า $Z = -6.390$ ภาวะซึมเศร้า จาก Mean Rank กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า $Z = -6.943$ และเสี่ยงฆ่าตัวตาย จาก Mean Rank กลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า $Z = -7.651$

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย ด้วยโดยวิเคราะห์สภาวะสุขภาพจิต จากตัวอย่าง 375 ราย ในพื้นที่ทดลอง พบชาย 141 ราย หญิง 234 ราย อายุเฉลี่ย 51.07 (SD = 15.30) สูงสุด 91 ปี ต่ำสุด 18 ปี ซึ่งผลทดสอบ Spearman Rank Correlation มีรายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่า Spearman Rank Correlation ระหว่างช่วงอายุ กับ สภาวะสุขภาพจิต

ตัวแปรต้น		ตัวแปรตาม			
		พลังใจ	ภาวะเครียด	เสี่ยงซึมเศร้า	แนวโน้มฆ่าตัวตาย
ช่วงอายุ	ค่าสหสัมพันธ์	-0.397	-0.371	-0.352	-0.343
	P	0.000	0.000	0.000	0.000
	ระดับความสัมพันธ์	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ	ต่ำ

จากตารางที่ 4 ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงลบกับความเสี่ยงพลังใจ คือ อายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ความเสี่ยงพลังใจเผชิญปัญหาทดลอง ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงลบกับภาวะเครียด คือ อายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะเครียดลดลง ช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงลบกับภาวะซึมเศร้า คือ อายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าลดลง และช่วงอายุมีความสัมพันธ์ระดับต่ำเชิงลบกับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย คือ อายุเพิ่มขึ้นส่งผลให้เสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง

ต่อมาทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) เพื่อบอกขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตเมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีภาวะสุขภาพปกติทั้งกายและจิต รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่า Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต

ปัจจัยเสี่ยง	พลังใจ (RQ)		(P-Value)	95%CIforOR			การแปลผล
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		OR	lower	upper	
ไม่ป่วย	307 (98.7%)	59 (92.2%)	0.009	6.504	1.696	24.939	ผู้ป่วยจิต/รับยา/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ (ลดลง) 6.504 เท่า
ป่วยจิต/รับยา/สุรา/เสพติด	4 (1.3%)	5 (7.8%)					
ไม่ป่วย	212 (68.2%)	54 (84.4%)	0.010	0.397	0.194	0.811	ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/รับยา/จิตเวช มีภาวะเสี่ยงด้านพลังใจ (ลดลง) 0.397 เท่า
ป่วยเรื้อรัง/จิตเวช/รับยา	99 (31.8%)	10 (15.6%)					
ปัจจัยเสี่ยง	ภาวะเครียด (ST5)		(P-Value)	95%CIforOR			การแปลผล
	ไม่เครียด	เครียด		OR	lower	upper	
ไม่ป่วย	300 (99.3%)	66 (90.4%)	0.000	15.909	3.232	78.319	ผู้ป่วยจิต/รับยา/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีภาวะเครียด 15.909 เท่า
ป่วยจิต/รับยาจิต/สุรา/เสพติด	2 (0.7%)	7 (9.6%)					
ปัจจัยเสี่ยง	ซึมเศร้า (9Q)		(P-Value)	95%CIforOR			การแปลผล
	ไม่	ซึมเศร้า		OR	lower	upper	
ไม่ป่วย	320 (99.7%)	46 (85.2%)	0.000	55.652	6.803	544.240	ผู้ป่วยจิต/รับยา/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า 55.652 เท่า
ป่วยจิต/รับยา/สุรา/เสพติด	1 (0.3%)	8 (14.8%)					
รายได้พอเพียง	270 (84.1%)	52 (96.3%)	0.018	0.204	0.048	0.863	ผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน จะมีภาวะเสี่ยงซึมเศร้า 0.204 เท่า
รายได้น้อย/หนี้สิน	51 (15.9%)	2 (3.7%)					
ปัจจัยเสี่ยง	เสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)		(P-Value)	95%CIforOR			การแปลผล
	ไม่มี	มี		OR	lower	upper	
ไม่ป่วย	343 (99.4%)	23 (76.7%)	0.000	52.196	10.256	265.651	ผู้ป่วยจิต/รับยาทางจิต/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า
ป่วยจิต/รับยา/สุรา/เสพติด	2 (0.6%)	7 (23.3%)					

จากตารางที่ 5 ผู้ป่วยจิต/รับยา/ดื่มสุรา/ใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/รับยา/ป่วยจิต มีพลังใจ (ลดลง) 0.397 เท่า และผู้รายได้น้อย/มีหนี้สิน มีภาวะซึมเศร้า 0.204 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีภาวะสุขภาพปกติทั้งกายและจิต

3. ขยายผลโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต

ระยะที่ 5 คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม กำหนดให้ใช้เครื่องมือวิจัยครอบคลุม 13 อำเภอ โดยตุลาคม 2566 - มิถุนายน 2567 (9 เดือน) มีผู้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเอง 72,666 ราย เพศชาย 40.65 เพศหญิง 59.25 พบ มีความเครียดสูง 1,744 ราย ร้อยละ 2.40 เสี่ยงซึมเศร้า 1,898 ราย ร้อยละ 2.61 เสี่ยงฆ่าตัวตาย 911 ราย ร้อยละ 1.25 และมีภาวะหมดไฟ 122 ราย ร้อยละ 1.07 เมื่อแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอนาโพธิ์

มีผู้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองมากที่สุด คือ ร้อยละ 21.861 รองลงมา คือ อำเภอเชียงยืน ร้อยละ 17.352, นาเชือก ร้อยละ 17.252 กุฉินารายณ์ ร้อยละ 8.114 โกสุมพิสัย ร้อยละ 7.718 พยัคฆภูมิพิสัย ร้อยละ 4.178 ยางสีสุราช ร้อยละ 3.877 บรบือ ร้อยละ 3.811 เมือง ร้อยละ 1.202 กันทรวิชัย ร้อยละ 1.200 นาตูม ร้อยละ 0.793 แกดำ ร้อยละ 0.245 และชื่นชม ร้อยละ 0.227 ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ยินยอมเข้าสู่ระบบการติดตามดูแลสุขภาพจิต ร้อยละ 100 นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัด ประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565 - 2567 และเป็นประเด็นการพัฒนาสุขภาพจิต 3 รูปแบบ คือ 1) อำเภอสุขภาพดี 2) สถานีสุขภาพใจ หรือ “Mental Health Station” และ 3) สุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” โดยมีนักส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข นำไปใช้เฝ้าระวังสุขภาพจิตประชาชนอย่างต่อเนื่อง รายละเอียดตามตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 รูปแบบการพัฒนาอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ เชื่อมต่อกับ สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO”

รูปแบบ	เป้าหมาย	กิจกรรมการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมาย				
		ประเมินสุขภาพจิต (1)	กลุ่มปกติ (2)	กลุ่มเสี่ยง (3)	กลุ่มป่วย (4)	ภาคีเครือข่าย
อำเภอสุขภาพดี	ประชาชน	ใช้โปรแกรมตรวจ	จัดกิจกรรมตามระบบ	ติดตามดูแลกลุ่ม	(3) ส่งต่อ	คณะกรรมการ
	ทั่วไป	สุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต	บริการสุขภาพจิตชุมชน ในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิด ปลอดภัย สงบ ความหวัง ความเข้าใจ ให้โอกาส ศักยภาพ ชุมชน และ สายสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	เสี่ยงสุขภาพจิต ร่วมกับการบูรณาการภาคีเครือข่ายให้เกิดการดูแล ติดตาม ให้คำปรึกษา แบบครบวงจร	มา (4) แล้ว เข้าสู่ระบบ บริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลใกล้บ้าน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
สถานีสุขภาพใจ	ประชาชน	ใช้โปรแกรมตรวจ	จัดระบบบริการ	ติดตามดูแลกลุ่ม	(3) ส่งต่อ	คณะกรรมการ
	ทั่วไป	สุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต	สุขภาพจิตชุมชน ในทุกกลุ่มวัย เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สงบ ความหวัง ความเข้าใจ ให้โอกาส ศักยภาพชุมชน และ สายสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	เสี่ยงสุขภาพจิต ร่วมกับให้คำปรึกษา และสุขภาพจิต ศึกษาออนไลน์ ในชุมชน ที่เรียกว่า Psychiatry Tele-Medicine แล้วนำกลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและที่เกี่ยวข้อง	มา (4) เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และรับ-ส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับ	การกองทุนสุขภาพตำบล และ คณะกรรมการ สถานีสุขภาพใจ



ตารางที่ 6 รูปแบบการพัฒนาอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ เชื่อมต่อกับ สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น
“TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” (ต่อ)

รูปแบบ	เป้าหมาย	กิจกรรมการติดตามดูแลกลุ่มเป้าหมาย				
		ประเมิน สุขภาพจิต (1)	กลุ่มปกติ (2)	กลุ่มเสี่ยง (3)	กลุ่มป่วย (4)	ภาคีเครือข่าย
สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	เด็กและเยาวชน อายุ 6 - 24 ปี และเป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE	ใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจและการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ร่วมกับโปรแกรมนักเรียนเพื่อนที่ปรึกษา (Youth Counselor หรือ YC) และโปรแกรมเฝ้าระวังปัญหาพฤติกรรม อารมณ์ ทักษะสังคม ของเด็กและวัยรุ่น ที่เรียกว่า School Health HERO	จัดกิจกรรมในโรงเรียน เพื่อให้เกิดความปลอดภัย สงบ ความหวัง ความเข้าใจ ให้ออกสัปดาห์ คักยภาพ นักเรียน สายสัมพันธ์ ระหว่างบุคคล เพื่อป้องกันปัญหาด้านการเรียนรู้(สมาธิสั้น/เรียนรู้ช้า สติปัญญาบกพร่อง และพฤติกรรม) ความรัก การปรับตัว การกลั่นแกล้ง ล้อเลียน และปัญหา ยาเสพติด เป็นต้น	ให้คำปรึกษาการ เรียน ความรัก ครอบครัว การปรับตัว กลั่นแกล้งล้อเลียน ปัญหา ยาเสพติด โดยจัดบริการ สุขภาพจิตแบบ “นักเรียนเพื่อนที่ปรึกษา” และการเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลกลุ่มเสี่ยงใน เด็กและเยาวชน พร้อมส่งต่อเข้าสู่ระบบบริการ สุขภาพเพื่อรับการวินิจฉัยโรคเพื่อการรักษา	(3) ส่งต่อ มา (4) แล้ว เข้าสู่ระบบ บริการ สุขภาพจิตใน โรงพยาบาล ใกล้บ้าน แล้วสมาชิก TO BE NUMBER ONE จัด กิจกรรมดูแล สุขภาพจิต	คณะกรรมการ ส่งเสริม ความ ปลอดภัย ในโรงเรียน คณะกรรมการ สถานศึกษา คณะกรรมการ การพัฒนา คุณภาพชีวิต และ ชมรม TO BE NUMBER ONE

อภิปรายผล

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตประชาชนจังหวัดมหาสารคาม พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่าวัยทำงาน พลังใจลดลง 2.429 เท่า เปรียบเทียบกับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตของพนักงานชาวญี่ปุ่นเกี่ยวกับการขาดแรงจูงใจ ซึ่งเป็นตัวกลางให้มองเห็นความเมตตาจากตนเอง (Self-compassion) โดยปัญหาสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการขาดแรงจูงใจ และสัมพันธ์เชิงลบกับอายุ (Kotera, Y. et al., 2022) ผู้สูงอายุ ชีมีเศร้า 8.000 เท่า และเครียด 23.111 เท่า เปรียบเทียบกับวัยทำงาน สอดคล้องกับผลการศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกันภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีอัตรา 17.1% ในผู้ที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป และ 19.5% ในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป (Maier, A. et al., 2021)

2. ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ และประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาการป้องกันความ

พิจารณาจากการทำงานสำหรับพนักงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่พบว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาทางโทรศัพท์ และสมุดฝึกปฏิบัติทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตศึกษา มีผลเชิงบวกระดับปานกลางต่อผลผลิตของงาน เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความเครียด และ การทำงานรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเพื่อลดความเครียด เป็นต้น (Pomaki, G. et al., 2012)

3. ประเมินผลกระทบจากการใช้เครื่องมือวิจัย พบว่า เศรษฐกิจและโรคเรื้อรังที่มีผลต่อสุขภาพจิตมีแนวโน้มดีขึ้น แต่โรคจิตเวชและยาเสพติดมีผลต่อสุขภาพจิตในเชิงผกผันเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยากับการรับรู้การติดสารเสพติดในหญิงที่ติดสารเสพติด ประเทศไทย โดยมีความเครียดด้วยค่าเฉลี่ย 19.2 (ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ร้อยละ 56.1 ซึมเศร้าเล็กน้อย และร้อยละ 34.8 รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ (Yangyuen, S. et al., 2022) อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไปของจังหวัดมหาสารคามแตกต่างกับ ผลการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต ช่วง 4 กรกฎาคม - 11 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยผลยังคงพบ ผู้มีปัจจัยเสี่ยงธุรกิจประสบปัญหาสภาพคล่อง/ล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับความเครียดด้านพลังใจ ด้วยค่า $OR = 3.6$ (95% $CI = 2.8 - 4.6$) เบื่อหน่ายงาน ด้วยค่า $OR = 1.6$ (95% $CI = 1.2 - 2.1$) เครียด $OR = 2.4$ (95% $CI = 1.7 - 3.4$) ซึมเศร้า $OR = 7.1$ (95% $CI = 5.6 - 8.9$) และเสี่ยงฆ่าตัวตาย $OR = 3.3$ (95% $CI = 2.2 - 4.5$) (กรมสุขภาพจิต, 2567)

4. การขยายผลโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ครอบคลุมทั้งจังหวัดมหาสารคาม เมื่อนำเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขระดับอำเภอ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 - 2567 และเป็นหนึ่งประเด็นพัฒนาสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีการนำเครื่องมือวิจัยนี้ไปใช้เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี เชื่อมต่อสถานี่สุขภาพใจและสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” สอดคล้องกับผลการแทรกแซงชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและความเท่าเทียมทางสังคม ด้วยการดูแลผู้ป่วยทางจิตร่วมกันตั้งแต่ระยะเริ่มต้น จัดกิจกรรมในโรงเรียน ดูแลคนไร้บ้าน ใช้กระบวนการยุติธรรมทางอาญา ติดตามสถานการณ์สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม/ป้องกัน และ ใช้ทรัพยากรและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง การใส่ใจต่อจริยธรรมและกระบวนการเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือที่เท่าเทียมกัน นำไปสู่ความยั่งยืนในระยะยาว (Enrico, G. C. et al., 2019)

องค์ความรู้ใหม่

ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัจจัยเสี่ยงด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีผลต่อสภาวะสุขภาพจิตในเชิงผกผันเพิ่มมากขึ้น โดยผู้มีประวัติทางจิตหรือรับยาทางจิตร่วมกับดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 152.196 เท่า และ ผู้ป่วยเรื้อรัง/รับยาต่อเนื่อง/ป่วยจิตเวช มีพลังใจลดลง 0.397 เท่า และผู้รายได้น้อยมีหนี้สิน ซึมเศร้า 0.204 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดีทั้งกายและจิต

นอกจากนี้ การขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัยภายใต้การสนับสนุนของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ส่งผลให้มีการพัฒนา 3 รูปแบบ คือ 1) อำเภอสุขภาพดี 2) สถานี่สุขภาพใจ และ 3) การดำเนินงานสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ที่เรียกว่า “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO”

สรุปและข้อเสนอแนะ

พ.ศ. 2564 - 2567 ปัญหาสุขภาพจิตประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มดีขึ้น แต่ปัจจัยเสี่ยงการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและยาเสพติด มีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น ดังนั้น กลไกที่ช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนงานให้คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการ คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตควบคู่กับการป้องกันแก้ไข ปัญหา ยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง 2) ค้นหาและทดลองใช้นวัตกรรมและกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และที่สำคัญ คือ และ 3) การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตและ ยาเสพติด ควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2567). การสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่าน Mental Health Check In. ใน การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการประเมินสุขภาพจิตคนไทย ระหว่างวันที่ 6-7 มิถุนายน 2567 ณ โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี (หน้า 1-15). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2564). โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <https://checkin.dmh.go.th/>
- กัญจน์ ศรีโสภา และคณะ. (2565). โมเดลเชิงเหตุและผลของความเหนื่อยหน่ายในงานของครู. วารสารวิชาการธรรมทศน์, 22(2), 220-238.
- ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. (2559). การใช้ IBM SPSS Statistics เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <https://sornorpoom.files.wordpress.com/2017/06/e0b8a3e0b8a7e0b8a1spss.pdf>
- นงนุช พลรวมเงิน และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับปัญหาสุขภาพจิต ของวัยรุ่นตอนปลายในเขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสาร เวชศาสตร์ เขตเมือง, 66(4), 267-76.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2562). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <https://citly.me/dviBn>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. (2565). คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. เรียกใช้เมื่อ 2 เมษายน 2566 จาก <http://mkho-web.moph.go.th/web2023/frontend/web/index.php/showdetail?id=132>
- _____. (2567). สรุปผลการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ครั้งที่ 2/2567: วาระที่ 1 แจ้งเพื่อทราบ ข้อที่ 1 คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม ที่ 1257/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 เรื่อง แต่งตั้งอนุกรรมการสุขภาพจิต จังหวัดมหาสารคาม. มหาสารคาม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.
- Enrico, G. C. et al. (2019). Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity. Current Psychiatry Reports, 21(35), 1-14.

- Kotera, Y. et al. (2022). Mental health of Japanese workers: Amotivation mediates self-compassion on mental health problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022(19), 1-11.
- Levis, B. et al. (2020). Accuracy the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect Major depression: systematic review and meta-analysis. *Jama*, 323(22), 2290-2300.
- Maier, A. et al. (2021). Risk factors and protective factors of depression in older people 65+ , A systematic review, *PLOS ONE. Public Library of Science*, 16(5), 1-38.
- Pomaki, G. et al. (2012). Workplace based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 2012(22), 182-195.
- Teeravisutkul, P. et al. (2019). Stress and craving reduction under treatment with heart rate variability biofeedback and the Phramongkutklao model among patients with alcoholuse disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 19(12), 619-627.
- Yangyuen, S. et al. (2022). Relationship between psychological factors and perceived stigma of addiction among women with substance use disorders. Thailand. *Journal of Education and Health Promotion*, 11(1), 1-6.