

การพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน
ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

**Development of a Community Management Model to Enhance
Community Mental Health Literacy for the Saraburi
Province Health Network**

นิตยา ภาคมาลี,

ยอชชาย สุวรรณวงศ์ และ เสาวลักษณ์ นาคขำนาญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี จังหวัดสระบุรี ประเทศไทย

Nittaya Pakamalee,

Yodchai Suwanawong and Saowalak Nakchamnan

Saraburi Provincial Public Health Office, Saraburi Province, Thailand,

Corresponding Author, E-mail: nittaya_is@hotmail.com

บทคัดย่อ

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของบุคคลและชุมชน การส่งเสริมให้ชุมชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตจำเป็นต้องมีกระบวนการที่เหมาะสมภายใต้การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน การวิจัยแบบผสมผสานวิธีครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดำเนินการในเดือนกันยายน 2566-สิงหาคม 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์ และเครือข่ายสุขภาพจิตในจังหวัดสระบุรี รวมจำนวน 492 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แบบสอบถาม คู่มือการปฏิบัติของรูปแบบการจัดการชุมชนฯ แบบบันทึกการสังเกตแบบมีโครงสร้าง และการสนทนากลุ่ม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสำรวจทางไปรษณีย์ การสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตฯ มี 2 แนวคิด 3 หลักการ 3 เป้าหมาย 7 กระบวนการพัฒนา และ 3 การประเมินผล และมีปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ คือ การมีกลุ่มอาสาสมัครที่เข้มแข็ง, การมีเทคโนโลยีและการสื่อสารชุมชน, การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน, และการสนับสนุนภาครัฐและเอกชน ภาพรวมรูปแบบฯ มีประโยชน์และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติในระดับดี โดยหลังทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 ระบุว่าเกิดกิจกรรมการสื่อสารสุขภาพจิตในชุมชน มีความร่วมมือของเครือข่ายในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนได้รับการแก้ไข โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ตำบลมีความเห็นไม่ต่างกัน

* วันที่รับบทความ : 18 พฤศจิกายน 2567; วันแก้ไขบทความ 11 ธันวาคม 2567; วันตอบรับบทความ : 13 ธันวาคม 2567

ข้อเสนอแนะ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสระบุรีควรนำรูปแบบนี้มาใช้เป็นกลยุทธ์สำหรับส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพในด้านความรู้และทรัพยากร เพื่อส่งเสริมการรับรู้ ความรู้ และทักษะด้านสุขภาพจิตของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในจังหวัดสระบุรีอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบการจัดการชุมชน; ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิต; สุขภาพจิตชุมชน; เครือข่ายสุขภาพ

Abstract

Mental health literacy is essential for the quality of life of individuals and communities. Promoting mental health literacy within communities requires an appropriate process that involves the participation of all stakeholders. The mixed-methods research aimed to develop a community management model to enhance Community Mental Health Literacy for the Saraburi Province Health Network. The study was divided into three phases and conducted from September 2023 to August 2024. The sample consisted of 492 participants, including experts, experienced practitioners, and members of mental health networks in Saraburi Province. Research tools included semi-structured interviews, questionnaires, a manual for implementing the community management model, structured observation records, and focus group discussions. Data were collected through in-depth interviews, postal surveys, participatory observations in pilot areas, and focus group discussions. Data analysis utilized descriptive statistics, inferential statistics, and content analysis.

The results found that the community management model for enhancing mental health literacy includes two concepts, three principles, three objectives, seven development processes, and three evaluation methods. Factors supporting the success of this model include a strong volunteer network, the use of technology and community communication, the involvement of community leaders, and support from both the public and private sectors. The overall model demonstrated significant benefits and feasibility for implementation at a satisfactory level. Following the testing of the model, over 50% of participants reported awareness of mental health communication activities within the community, collaboration among networks in mental health initiatives, and progress in addressing community mental health issues. Feedback from the three pilot areas was consistent.

Recommendation, The Saraburi Provincial Quality of Life Development Committee should adopt this model as a strategy to promote the integration of collaboration within the health network concerning knowledge and resources. This approach aims to enhance community awareness, knowledge, and skills related to mental health, thereby effectively preventing and addressing mental health issues in Saraburi Province.

Keyword: Community Management Model; Mental Health Literacy; Mental Health; Health Network

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อสุขภาพและนำไปสู่ปัญหาอื่นๆที่ลดทอนคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ซึ่งปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น โดยองค์การอนามัยโลก ระบุว่าในปี 2562 มีประชากรทั่วโลก จำนวน 970 ล้านคนมีภาวะป่วยด้วยโรคทางจิต โดยมีอาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามากที่สุด และมีรายงานว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตต้องมีชีวิตอยู่ด้วยความพิการในช่วงระยะเวลา 1-6 ปี โดยองค์การอนามัยโลกระบุว่ามีการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) ในกลุ่มโรคด้านสุขภาพจิต คิดเป็นสัดส่วนถึงร้อยละ 13.0 และผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตขั้นรุนแรงจะเสียชีวิตเร็วกว่าคนทั่วไป 10-20 ปี อีกทั้งผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและการทำร้ายผู้อื่น อีกทั้งในปี 2561 สหประชาชาติ (United Nations: UN) รายงานว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคทางด้านสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยถึง ร้อยละ 36 ซึ่งสูงกว่าโรคมะเร็งที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 34 และมีการกำหนดให้ภาวะสุขภาพจิตในระดับโลกตามบริบทของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยประกาศให้เครือข่ายประเทศทั่วโลกนำการดูแลสุขภาพจิตมาเป็นการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานภายในปี พ.ศ. 2573 (ค.ศ. 2030) อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตเพื่อสนับสนุนความยั่งยืนด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในทุกกระดับ ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการสนับสนุนให้ประชาชนมีเห็นถึงความสำคัญและมีขีดความสามารถในการเรียนรู้ให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสม ควบคู่กับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีประสิทธิภาพของประชาชน

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวชระหว่างปีงบประมาณ 2558, 2562, และ 2566 มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากจำนวน 1.3 ล้านคน เป็น 2.8 ล้านคน และ 2.9 ล้านคน ตามลำดับ อีกทั้งข้อมูลจากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปี 2566 มีผู้เข้ารับการประเมินกว่า 8.5 แสนคน พบว่า สัดส่วนผู้มีความเครียดสูง ร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 5.8 เสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.2 และเพิ่มสูงขึ้นในปี 2567 พบว่าที่มีผู้เข้ารับการประเมิน 7.5 แสนคน และพบผู้มีความเครียดสูงถึง ร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.6 และอีกประเด็นที่สะท้อนถึงผลกระทบของปัญหาสุขภาพจิต คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มใช้ความรุนแรง ซึ่งเป็นกลุ่มสำคัญที่ต้องได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดกลับพบว่ามีเพียงไม่ถึง 1 ใน 4 ที่ได้รับการติดตามดูแลและเฝ้าระวัง ซึ่งในปี 2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่ต้องได้รับการติดตาม จำนวน 27,737 คน แต่ได้รับการติดตามเพียงร้อยละ 23.34 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อตนเองและสังคมได้ อีกทั้งพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชเคยก่ออาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ และวางเพลิง) ถึงร้อยละ 22.83 ซึ่งหากไม่ได้รับการติดตามที่ถูกต้องต่อเนื่องอาจนำไปสู่การกระทำความผิดซ้ำ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงทางสังคมต่าง ๆ สภาพทางเศรษฐกิจและสังคม ปัญหาสิ่งแวดล้อมล้วนส่งผลทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตในสังคมที่

หลากหลายไม่ว่าจะเป็นเรื่องของความเครียด การเกิดโรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และในบางกรณีนำมาซึ่งการสูญเสียจากการทำร้ายตนเอง สถานการณ์เหล่านี้สะท้อนถึงความรุนแรงของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตที่กระจายอยู่ในทุกพื้นที่ของประเทศไทย

สำหรับในเขตสุขภาพที่ 4 พบรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในเขต ระหว่างเดือนตุลาคม 2565 - มิถุนายน 2566 พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มาจากหลายปัจจัยทั้งโรคประจำตัวทางกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และโรคทางจิตเวช ได้แก่ ซึมเศร้า จิตเภท และมีปัจจัยกระตุ้นสำคัญ 3 อันดับแรก ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 33.33 (ทะเลาะกับคนใกล้ชิด และน้อยใจที่ถูกดูต่ำ) ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 27.48 และปัญหาจากการเจ็บป่วยโรคเรื้อรังทางกายและจิตใจ ร้อยละ 23.4 โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนหนึ่งมักทำร้ายตนเองหรือมีสัญญาณบ่งชี้ว่าจะทำร้ายตนเอง โดยจังหวัดสระบุรี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 2.64 ต่อประชากรแสนคน โดยจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 11 ราย มีพื้นที่เฝ้าระวังที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายจำนวน 1 อำเภอ คือ อำเภอดอนพุด มีอัตรา 30.47 ต่อประชากรแสน และจากข้อมูลและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจากระบบรายงาน รง 506s ปีงบประมาณ พ.ศ.2567 จังหวัดสระบุรีมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 11 คน คิดเป็นอัตรา 1.72 ต่อแสนประชากร พบว่าเพศชายมากกว่าเพศหญิง ถึง 4.5 เท่า

ปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงและขยายตัวเพิ่มมากขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไขที่รวดเร็วอย่างเหมาะสม จะนำมาซึ่งปัญหาอื่นๆ ที่บั่นทอนต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน ครอบครัว สังคม และความมั่นคงของประเทศชาติ อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตจำเป็นต้องดำเนินการด้วยกลยุทธ์ที่หลากหลายสอดคล้องกับลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้นในระดับบุคคลโดยมีปัจจัยและองค์ประกอบแวดล้อมเป็นปัจจัยกระตุ้น ดังนั้น องค์ประกอบของการแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental health literacy) ให้กับประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพจิต ตลอดจนมีความเข้าใจและสามารถใช้ข้อมูลในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในสังคม เนื่องจากความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะช่วยให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและบุคคลรอบข้างได้ ตลอดจนช่วยป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตจะช่วยสร้างสภาพแวดล้อมและสังคมที่เอื้ออาทรทำให้กระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตใจของบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นไปด้วยดี ซึ่งจากการสำรวจเบื้องต้นความรู้ด้านสุขภาพจิตในปี 2560 พบว่าคนไทยมีความรู้ด้านสุขภาพจิต ระดับปานกลาง ร้อยละ 43.87 โดยเฉพาะในประเด็นความรู้ความเชื่อในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิต ร้อยละ 36.4 มีความรู้ในการค้นหาข้อมูลสาระด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 27.5 ด้านทักษะที่ทำได้ยากคือการเข้าถึงการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ร้อยละ 38.3 และการตัดสินใจต่อการลดความเครียด ร้อยละ 14.2

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ตระหนักถึงความสำคัญของสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและพยายามขับเคลื่อนกลไกทั้งด้านบุคคลและด้านเครือข่ายในการสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนของจังหวัดสระบุรีที่สอดคล้องไปกับแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 โดยมุ่งส่งเสริมการสร้างความรู้ในระดับชุมชนให้มีความรู้ ทักษะการปฏิบัติและการถ่ายทอดความรู้ให้กับบุคคลอื่นๆได้ และขับเคลื่อนการสร้างความรู้ผ่านกลไกการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพภายใต้แนวคิดการจัดการสุขภาพชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชนโดยมุ่งให้เกิดการพึ่งตนเองด้านสุขภาพจิตของชุมชน ที่มีการดำเนินการควบคู่ไปกับการปรับปรุงวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในชุมชนให้เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความเข้มแข็งสามารถดูแลของตนเองตามวิธีการที่กำหนดขึ้นเองของชุมชน โดยใช้ศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพเป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนเพื่อการดูแลสุขภาพจิตของชุมชน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมและพัฒนาสุขภาพของบุคคลในชุมชน เพื่อมุ่งสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีแบบยั่งยืนของคนในชุมชนมาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชนด้านสุขภาพจิตโดยการใช้ศักยภาพของชุมชนและสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน ตลอดจนกระตุ้นกระแสมหาชนตระหนักถึงของชุมชนต่อสถานการณ์ความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตและความจำเป็นของการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังเกี่ยวกับสุขภาพจิตของชุมชน และเกิดเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชนและยกระดับความเป็นสังคมไทยรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่อไป ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพแวดล้อมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี และพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรีซึ่งข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อกำหนดกลยุทธ์ในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชน โดยเครือข่ายสุขภาพในจังหวัดสระบุรีต่อไป

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed Method Research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพแวดล้อมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี 2) พัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี และ 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2566 - สิงหาคม 2567 โดยมีรายละเอียดในแต่ละระยะการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพแวดล้อมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญในมิติด้านการบริหาร วิชาการและปฏิบัติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต จำนวน 27 คน (ขนาดกลุ่มตัวอย่างพิจารณาจากความสมบูรณ์และความอิ่มตัวของข้อมูล) ประกอบด้วยผู้ที่มีบทบาทด้านการบริหาร (ระดับเขต, ระดับจังหวัด, ระดับอำเภอ) จำนวน 7 คน นักวิชาการที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิต (ระดับเขตและระดับจังหวัด) จำนวน 5 คน และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตทั้งภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน (ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดสระบุรี) จำนวน 15 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงตามเงื่อนไขคุณสมบัติความเชี่ยวชาญและความยินยอมโดยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย คือ 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างประเด็น “สภาพแวดล้อมการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยนำแนวคิด SWOT Analysis และองค์ประกอบด้านการบริหารจัดการ (ด้านทรัพยากร, ด้านการบริหาร, ด้านข้อมูลข่าวสาร, ด้านเครือข่ายความร่วมมือ, และด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต) มาประยุกต์เป็นประเด็นสัมภาษณ์ จำนวน 15 คำถาม และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้วยวิธี IOC (เท่ากับ 1.00) และทดสอบความเหมาะสมด้านภาษาและความลื่นไหลของข้อคำถามในการสัมภาษณ์ และ 2) อุปกรณ์ช่วยบันทึกเสียง

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ประสานงานกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยพร้อมคณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งแบบ Face to Face onsite และกรณีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สะดวกให้เข้าสัมภาษณ์ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผ่านระบบ Online ผ่าน Line video Call โดยศึกษาในเดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2566

การวิเคราะห์และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการศึกษา จำแนกและจัดกลุ่มชุดข้อมูลและนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 2

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับการวิจัยเชิงปริมาณในการสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี โดยดำเนินการ 2 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นตอนการสร้าง (ร่าง) รูปแบบฯ และ 2) ขั้นตอนการยืนยันความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและความเหมาะสมขององค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายสุขภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการจากสถาบันการศึกษาหรือหน่วยงานภาครัฐที่มีความรู้หรือประสบการณ์หรือผลงานวิชาการที่ได้รับการยอมรับในสาขาวิชาการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน (ความสมบูรณ์และความอึดตัวของข้อมูล) ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญหรือนักวิชาการด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 คน, ด้านส่งเสริมและพัฒนางานสาธารณสุขชุมชน จำนวน 2 คน, ด้านการศึกษาหรือการจัดการเรียนรู้ จำนวน 2 คน, ด้านการวิจัยประเมินผล จำนวน 1 คน, และด้านกฎหมาย จำนวน 1 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงตามเงื่อนไขคุณสมบัติความเชี่ยวชาญและความยินยอมโดยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย คือ 1) แบบตารางสังเคราะห์องค์ประกอบโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนฯ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากองค์ประกอบโครงสร้างรูปแบบเชิงภาษา (Semantic Model) ประกอบด้วยกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายด้านแนวคิด (Conceptual), ด้านหลักการ (Principle), ด้านเป้าหมาย (Goal), ด้านกระบวนการ (Process), ด้านการประเมินผล (Evaluation), และด้านปัจจัยอื่นๆ (Factor) และ 2) แบบสอบถามความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและความเหมาะสมขององค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายสุขภาพ แบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, 2) ความคิดเห็นด้านความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและองค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบ โดยเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ และกำหนดค่าเฉลี่ยคะแนน 5.00-4.21, 4.20-3.41, 3.40-2.61, 2.60-1.81, และ 1.80-1.00 โดยแปลผลความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและองค์ประกอบเชิงโครงสร้างระดับมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, และน้อยที่สุดตามลำดับ 3) ข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบฯ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด และนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี IOC จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน (เท่ากับ 1.00) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.807

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ดำเนินการ 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) ผู้วิจัยสร้าง (ร่าง) รูปแบบฯ โดยนำชุดข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดกลุ่มตามความหมายของชุดข้อมูลในแบบตารางสังเคราะห์องค์ประกอบโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนฯ เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลตามองค์ประกอบเชิงโครงสร้างรูปแบบเชิงภาษา จากนั้นนำชุดข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นแบบสอบถามความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการและความเหมาะสมขององค์ประกอบเชิงโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายสุขภาพ ขั้นตอนที่ 2) ผู้วิจัยประสานงานและส่งแบบสอบถามความเหมาะสมฯ ให้กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ (เพื่อสอบถามความคิดเห็นและยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 2 ครั้ง) โดยครั้งที่ 1 ส่งแบบสอบถามและหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยดำเนินการปรับแก้ไขความเหมาะสมด้านเนื้อหาและองค์ประกอบเชิงโครงสร้างรูปแบบฯ ตามข้อเสนอแนะฯ (เดือนธันวาคม 2566) และครั้งที่ 2 ยืนยันความเหมาะสมฯ โดยส่งแบบสอบถามที่ปรับแก้ไขให้กับผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์เพื่อยืนยันความเหมาะสมของ (ร่าง) รูปแบบฯ และหลังได้รับแบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยตรวจสอบและปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของผู้เชี่ยวชาญและสรุปผลโครงสร้างรูปแบบการจัดการชุมชนด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายสุขภาพ (เดือนมกราคม 2567)

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ วิเคราะห์ข้อมูลตารางการสังเคราะห์องค์ประกอบโครงสร้าง (ร่าง) รูปแบบฯ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ข้อมูลความเหมาะสมด้านเนื้อหาวิชาการและองค์ประกอบเชิงโครงสร้างรูปแบบด้วยสถิติเชิงพรรณนา และนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเครื่องมือการวิจัยของวิจัยระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลองร่วมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ

พื้นที่ในการศึกษา พื้นที่ในการทดลองใช้รูปแบบฯ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ในการเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี และการรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์หลังการทดลองนำรูปแบบมาปฏิบัติในพื้นที่ ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน คือ 1) เจาะจงเลือกอำเภอที่มีสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในปี 2566 สูงสุด 3 ลำดับแรก คือ อำเภอแก่งคอย อำเภอพระพุทธบาท และอำเภอหนองแซง และ 2) สุ่มอย่างง่ายเลือกตำบล 1 ตำบล/อำเภอ ด้วยวิธีการจับฉลาก คือ ตำบลทับกวาง อำเภอแก่งคอย, ตำบลธารเกษม อำเภอพระพุทธบาท, และตำบลหนองกบ อำเภอหนองแซง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัย คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตจากเครือข่ายสุขภาพทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคมในพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการทดลองใช้รูปแบบฯ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล, ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล, แกนนำชุมชน, ชมรม/สมาคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ, เครือข่ายสถาบันการศึกษา, เครือข่ายผู้ประกอบการภาคเอกชน จำนวน 450 คน แบ่งเป็น 150 คน/ตำบล ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan (ที่ความคลาดเคลื่อน 0.5% และความเชื่อมั่น 95%) และใช้วิธีเลือกแบบเจาะจงเลือกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล, ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล และใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายเลือกแกนนำชุมชน, ชมรม/สมาคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพ, เครือข่ายสถาบันการศึกษา, เครือข่ายผู้ประกอบการภาคเอกชน

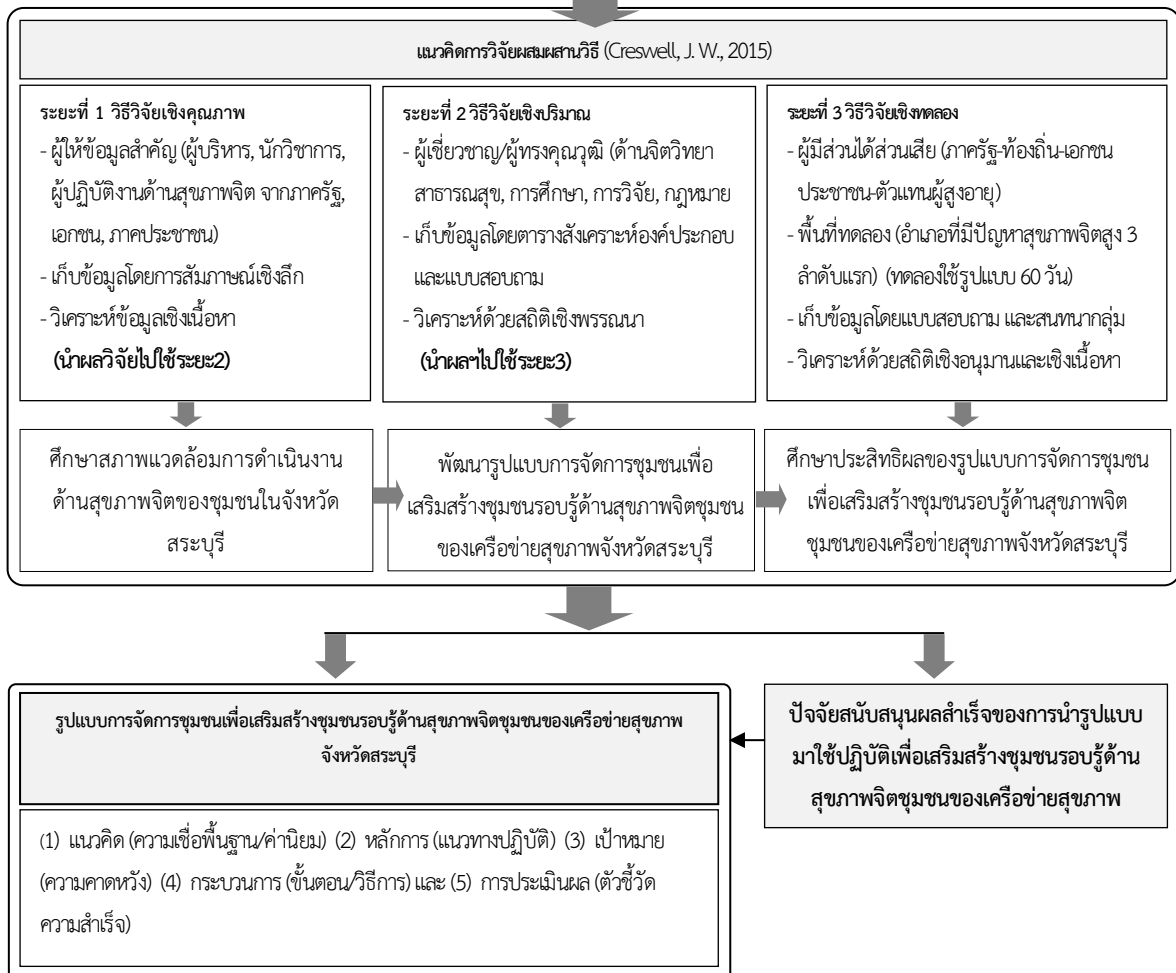
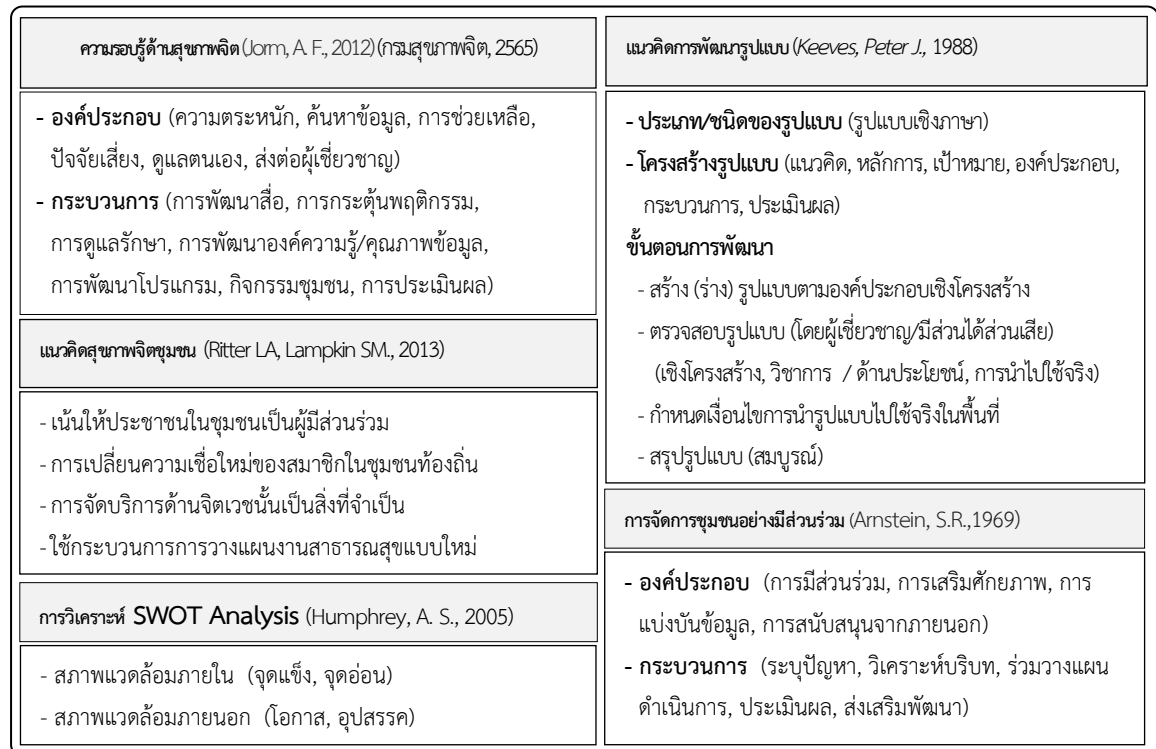
เครื่องมือการวิจัย คือ 1) คู่มือการดำเนินงานรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ 2) แบบสอบถามด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากชุดข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 2 แบ่งออกเป็น 4 ตอน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, 2) ความคิดเห็นด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ กำหนดค่าเฉลี่ยคะแนน 5.00-4.21, 4.20-3.41, 3.40-2.61, 2.60-1.81, และ 1.80-1.00 โดยแปลผลด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติระดับมากที่สุด, มาก, ปานกลาง, น้อย, และน้อยที่สุดตามลำดับ 3) ข้อเสนอแนะการพัฒนาารูปแบบฯ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด และ 4) การรับรู้ประสิทธิผลเชิง

ประจักษ์ของรูปแบบฯต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน การรับรู้ 3 ระดับ (รับรู้ที่เกิดขึ้นจริง, ไม่แน่ใจ/ไม่ทราบ, และไม่เกิดขึ้นเลย) และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธี IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ค่า IOC=1.00) และทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.851 3) แบบบันทึกการสังเกตแบบมีโครงสร้างการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน 4) แบบบันทึกการสนทนากลุ่มประเด็นปัจจัยสนับสนุนผลสำเร็จของการนำรูปแบบฯ มาใช้ปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ และ 5) อุปกรณ์ช่วยบันทึกเสียงและบันทึกข้อความ

การเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้วิจัยประสานเลขานุการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อขออนุญาตใช้พื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ และขอความอนุเคราะห์เจ้าหน้าที่ในพื้นที่เป็นผู้ช่วยและประสานงานโครงการวิจัยในพื้นที่ และประชุมชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงานตามกระบวนการจัดการของรูปแบบต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและตำบล 2) พื้นที่ศึกษาดำเนินการนำกระบวนการของรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ในพื้นที่โดยเป็นระยะเวลา 6 เดือน (เดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2567) 3) ผู้วิจัยเข้าพื้นที่ร่วมสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วมในพื้นที่ศึกษาทุก 2 เดือน 4) หลังครบระยะทดลองใช้รูปแบบ 6 เดือน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้านประโยชน์ ความเป็นไปได้ และระดับการรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ โดยให้ผู้ประสานงานโครงการวิจัยในพื้นที่ใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ และส่งแบบสอบถามกลับคืนให้กับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและบันทึกข้อมูล 5) จัดเวทีการสนทนากลุ่มถอดบทเรียนประเด็นปัจจัยสนับสนุนผลสำเร็จของการนำรูปแบบฯ มาใช้ปฏิบัติ และ 6) ปรับปรุงรูปแบบฯ ตามประเด็นข้อเสนอแนะของกลุ่มตัวอย่างและสรุปผลการวิจัย จัดทำรูปแบบฉบับสมบูรณ์ จัดทำบทความวิจัยเพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ และจัดทำสรุปผู้บริหารระดับจังหวัดในเวทีประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับจังหวัด และระดับเขตในการประชุมคณะกรรมการ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิตเวชเขตสุขภาพที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะประชากร, ข้อมูลด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ มาใช้, และข้อมูลระดับการรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ 2) สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านประโยชน์และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ มาใช้ และระดับการรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของรูปแบบฯ ระหว่างพื้นที่การวิจัย 3 ตำบล และ 3) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาข้อมูลปัจจัยสนับสนุนผลสำเร็จของการนำรูปแบบฯ มาใช้ปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ สรุปผลการศึกษาตามระยะของการวิจัย โดยมีผลการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาศภาพแวดล้อมและองค์ประกอบการจัดการสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี

สภาพแวดล้อมการดำเนินงานสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี **ด้านจุดแข็ง** คือ การมีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและเครือข่ายชุมชน, และการมีบุคลากรที่มีความรู้และความชำนาญในด้านสุขภาพจิตซึ่งเอื้อต่อการจัดกิจกรรมและการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต **ด้านจุดอ่อน** คือ ท้องถิ่นมีนโยบายการพัฒนาด้านสุขภาพจิตไม่ชัดเจน, การขาดแคลนทรัพยากรหรือจำนวนบุคคลที่มีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติด้านสุขภาพจิตให้ครอบคลุมทุกพื้นที่, ข้อมูลสารสนเทศที่ไม่เพียงพอและไม่เป็นปัจจุบันต่อการวางแผนงานอย่างมีประสิทธิภาพ, ขาดประสิทธิภาพในการสื่อสารด้านสุขภาพจิตทั้งด้านช่องทางและข้อมูล, และการขาดความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง **ด้านโอกาส** คือ รัฐบาลให้ความสำคัญและมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิต, ภาครัฐส่งเสริมการพัฒนาทรัพยากรและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับชุมชน และ**ด้านส่วนอุปสรรค** คือ สังคมยังมีทัศนคติเชิงลบหรือการตีตราต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต, การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เหมาะสม, และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตไม่กล้ามารับบริการ และนำผลการวิจัยระยะที่ 1 ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดกลุ่มจัดกลุ่มตามโครงสร้างรูปแบบเชิงภาษาเพื่อสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

ผลการสร้าง (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี จากการนำข้อมูลผลการวิจัยระยะที่ 1 มาจัดกลุ่มตามโครงสร้างรูปแบบเชิงภาษา โดยผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าภาพรวมของ (ร่าง) รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี มีความเหมาะสมเชิงเนื้อหาวิชาการในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.57$, $S.D. = 0.29$) และความเหมาะสมขององค์ประกอบเชิงโครงสร้างของรูปแบบฯ ในระดับในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.41$, $S.D. = 0.71$) โดยมีรายละเอียดตามองค์ประกอบโครงสร้างรูปแบบฯ ดังนี้

ความหมายของรูปแบบฯ (Meaning of Model) รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี หมายถึง ชุดความรู้ที่อธิบายถึงองค์ประกอบเชิงโครงสร้างเกี่ยวกับแนวคิด หลักการ เป้าหมาย กระบวนการ และการประเมินผลของกระบวนการบูรณาการความร่วมมือด้านความรู้ และทรัพยากรของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการส่งเสริมรับรู้ และเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแล และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

แนวคิดของรูปแบบฯ (Concept of Model) คือ ความเชื่อพื้นฐานหรือค่านิยมของรูปแบบ ประกอบด้วย 2 แนวคิดสำคัญ ได้แก่ 1) การมีความรู้เป็นกุญแจสำคัญในการดูแลสุขภาพจิตโดยเชื่อว่าการที่ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตจะเป็นกุญแจสำคัญในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง สามารถดูแล และป้องกันตนเองและครอบครัวจากปัญหาสุขภาพจิต 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยเชื่อว่าการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของสมาชิกชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนอย่างยั่งยืน

หลักการของรูปแบบฯ (Principle of Model) คือ แนวทางหรือกฎเกณฑ์ที่ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ได้รับอิทธิพลมาจากความเชื่อหรือแนวคิดของรูปแบบ ประกอบด้วย 3 หลักการ ได้แก่ 1) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบร่วมกันต่อการดูแลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของชุมชน 2) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตของชุมชน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ และลดอคติที่อาจมีอยู่ในชุมชน และ 3) การสนับสนุนและการสร้างเครือข่าย โดยสร้างกลุ่มสนับสนุนเพื่อให้สมาชิกสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และทรัพยากรในการดูแล เฝ้าระวัง ส่งเสริม ควบคุมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

เป้าหมายของรูปแบบฯ (Goal of Model) คือ ความต้องการหรือความคาดหวังต้องการให้เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามหลักการของรูปแบบ ประกอบด้วย 3 เป้าหมาย คือ 1) เกิดความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับบุคคลและสังคม โดยมุ่งหวังให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ถูกต้อง สามารถระบุและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้ดีขึ้น 2) เกิดเครือข่ายสุขภาพจิตดำเนินงานสุขภาพจิตของชุมชนที่เข้มแข็ง โดยมีการสร้างกลุ่มสนับสนุนในชุมชนที่สมาชิกสามารถบูรณาการทรัพยากรในการช่วยเหลือดูแลเบื้องต้นและปกป้องครอบครัวชุมชนจากผลกระทบและสิ่งคุกคามจากปัญหาสุขภาพจิต และ 3) ลดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยลดอัตราการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายผ่านการเฝ้าระวัง คัดกรอง บำบัด และส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน

กระบวนการของรูปแบบฯ (Process of Model) คือ วิธีการหรือขั้นตอนการดำเนินงานของรูปแบบ ที่เป็นกระบวนการแบบพลวัตที่มีความยืดหยุ่นสามารถย้อนกลับเพื่อพัฒนาและตอบสนองต่อปัจจัยภายในและภายนอกให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชนหรือองค์กร ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตชุมชน (Mental Health Community Analysis) โดยการสำรวจความต้องการและประเมินสภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน และวิเคราะห์ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน เช่น บุคลากรที่มีความรู้หรือบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตในชุมชน 2) ขั้นตอนการสร้างข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน (Mental Health MOU Community) โดยการจัดตั้งคณะทำงานสุขภาพจิตชุมชนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชนเพื่อกำหนดเป้าหมาย นโยบายหรือมาตรการทางสังคมในพัฒนาและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน 3) ขั้นตอนการสร้างกระแสสังคมรอบรู้สุขภาพจิตชุมชน (Mental Health Literacy of Social Trends) โดยการจัดกิจกรรม

เช่น การอบรม การสัมมนา และการสื่อสารข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตอย่างมีประสิทธิภาพ 4) ขั้นตอนการสร้างเครือข่ายความร่วมมือด้านสุขภาพจิต (**Mental Health Community Network**) โดยการระดมแหล่งทรัพยากรจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนและแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างหน่วยงานในการดำเนินงานสนับสนุนการดำเนินงานเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตภายในชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านทรัพยากร ทุนทางสังคม ประสพการณ์ และองค์ความรู้ของเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน 5) ขั้นตอนการเสริมสร้างต้นแบบจิตอาสาสุขภาพจิตชุมชน (**Best Practice and Mental Health Volunteer**) โดยการพัฒนากลไกที่ช่วยให้สนับสนุนสมาชิกในชุมชนที่มีศักยภาพและมีบทบาทของการเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตให้ได้รับการยกย่องให้เป็นแบบอย่างที่ดีและนำเสนอให้สาธารณะรับรู้ และผลักดันให้มีการเสริมสร้างวัฒนธรรมชุมชนสดใสใจสุขภาพจิตชุมชน โดยมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตเชิงรุกในด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ด้านสุขภาพจิตในครอบครัว และชุมชน 6) ขั้นตอนการประเมินผล (**Mental Health Evaluation and Monitoring**) โดยการจัดตั้งคณะทำงานด้านการประเมินติดตามผลสัมฤทธิ์ด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายชุมชน โดยกำหนดเป้าหมายการประเมินแบบรอบทิศทางในแต่ละกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน และให้ข้อมูลสนับสนุนย้อนกลับเพื่อนำมาปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมด้านสุขภาพจิตของชุมชนในอนาคต และ 7) ขั้นตอนการส่งเสริมความยั่งยืนสุขภาพจิตชุมชน (**Mental Health Sustainable Community**) โดยการส่งเสริมเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็งด้วยกลไกและจุดแข็งของชุมชน สนับสนุนการสร้างนวัตกรรมชุมชนที่ช่วยส่งเสริมให้ชุมชนสามารถดำเนินงานในการสร้างความเข้มแข็งด้านสุขภาพจิตของชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนด้วยชุมชนเอง โดยภาครัฐสนับสนุนเชิงวิชาการ ท้องถิ่นสนับสนุนด้านงบประมาณ และภาคเอกชนหรือภาคประชาชนสนับสนุนทรัพยากรที่เป็นทุนทางสังคมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่เชิงรุก และส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตความรู้ด้านสุขภาพจิต ทั้งในสถาบันการศึกษา ครอบครัว สถานประกอบการและชุมชน

การประเมินผลของรูปแบบฯ (Evaluation of Model) คือ การประเมินติดตามผลสัมฤทธิ์เป้าหมายของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 ด้าน 1) การประเมินผลด้านความรอบรู้ระดับบุคคลและชุมชนเกี่ยวกับการดูแล เฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ระดับความรู้ ทักษะการสื่อสาร และกระบวนการสื่อสารข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตของชุมชน 2) การประเมินความเข้มแข็งของเครือข่ายสุขภาพจิตการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน เช่น นโยบาย/มาตรการทางสังคม/แผนงาน/โครงการ/การบูรณาการทรัพยากร/กองทุนสุขภาพจิตชุมชน เป็นต้น, กิจกรรมและความเคลื่อนไหวของกระแสด้านสุขภาพจิต และ 3) การประเมินผลเกี่ยวกับแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน เช่น การลดลงของอัตราการฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด หรือการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพจิตภายในชุมชน เป็นต้น

ระยะที่ 3 ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง ร้อยละ 67.11 อายุเฉลี่ย 53.72 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 41.33 มีอาชีพเป็นรับจ้าง/พนักงานบริษัท ร้อยละ 32.25 อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 81.78 และมีสถานภาพทางสังคมเป็นประชาชน ร้อยละ 26.75 รองลงมาเป็นอาสาสมัครในชุมชนและบุคลากรภาครัฐ ร้อยละ 12.75 และ 10.50 ตามลำดับ และมีประสบการณ์ที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิตในชุมชน 3-5 ปี ร้อยละ 30.55 และมีเพียง ร้อยละ 23.74 เคยได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และร้อยละ 33.16 เคยสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง โดยวิธีการสอบถามเพื่อนหรือคนที่ไว้ใจ ร้อยละ 53.33 โดยหลังการทดลองใช้รูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ ด้านประโยชน์ ($\bar{X}$ =4.02, S.D.=0.51) และความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ ไปใช้ปฏิบัติจริง ($\bar{X}$ =3.94, S.D.=0.64) ภาพรวมอยู่ในระดับดี โดยทั้ง 3 ตำบลพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบมีความคิดเห็นไม่ต่างกัน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 50 การรับรู้ถึงประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของรูปแบบฯว่าเกิดขึ้นจริง ดังแสดงในตารางที่ 1, 2, และ 3

ตารางที่ 1 แสดงผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านประโยชน์ต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตของชุมชน และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริงจำแนกตามพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ

พื้นที่ทดลอง	n	ภาพรวมด้านประโยชน์			ภาพรวมด้านความเป็นไปได้		
		$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย	$\bar{X}$	S.D.	ความหมาย
ต.ทับทิม อ.แก่งคอย	150	4.02	0.47	ดี	3.93	0.54	ดี
ต.ธารเกษม อ.พระพุทธบาท	150	4.03	0.53	ดี	3.95	0.71	ดี
ต.หนองกบ อ.หนองแซง	150	4.01	0.55	ดี	3.98	0.59	ดี
ภาพรวม	450	4.02	0.51	ดี	3.94	0.64	ดี

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยด้านประโยชน์ต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตของชุมชนและความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ปฏิบัติจริงระหว่างตำบลทับกวาง ตำบลธารเกษม และตำบลหนองกบ

ความเหมาะสม	ตำบล	N	$\bar{x}$	S.D.	df	SS	MS	F	p-value
ประโยชน์ของรูปแบบฯ	ทับกวาง	150	4.02	0.47	2	0.0300	0.0150	0.0562	0.944
	ธารเกษม	150	4.03	0.53					
	หนองกบ	150	4.01	0.55					
ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบฯ มาใช้จริง	ทับกวาง	150	3.93	0.54	2	0.1900	0.0950	2.103	0.124
	ธารเกษม	150	3.95	0.71					
	หนองกบ	150	3.98	0.59					

* ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

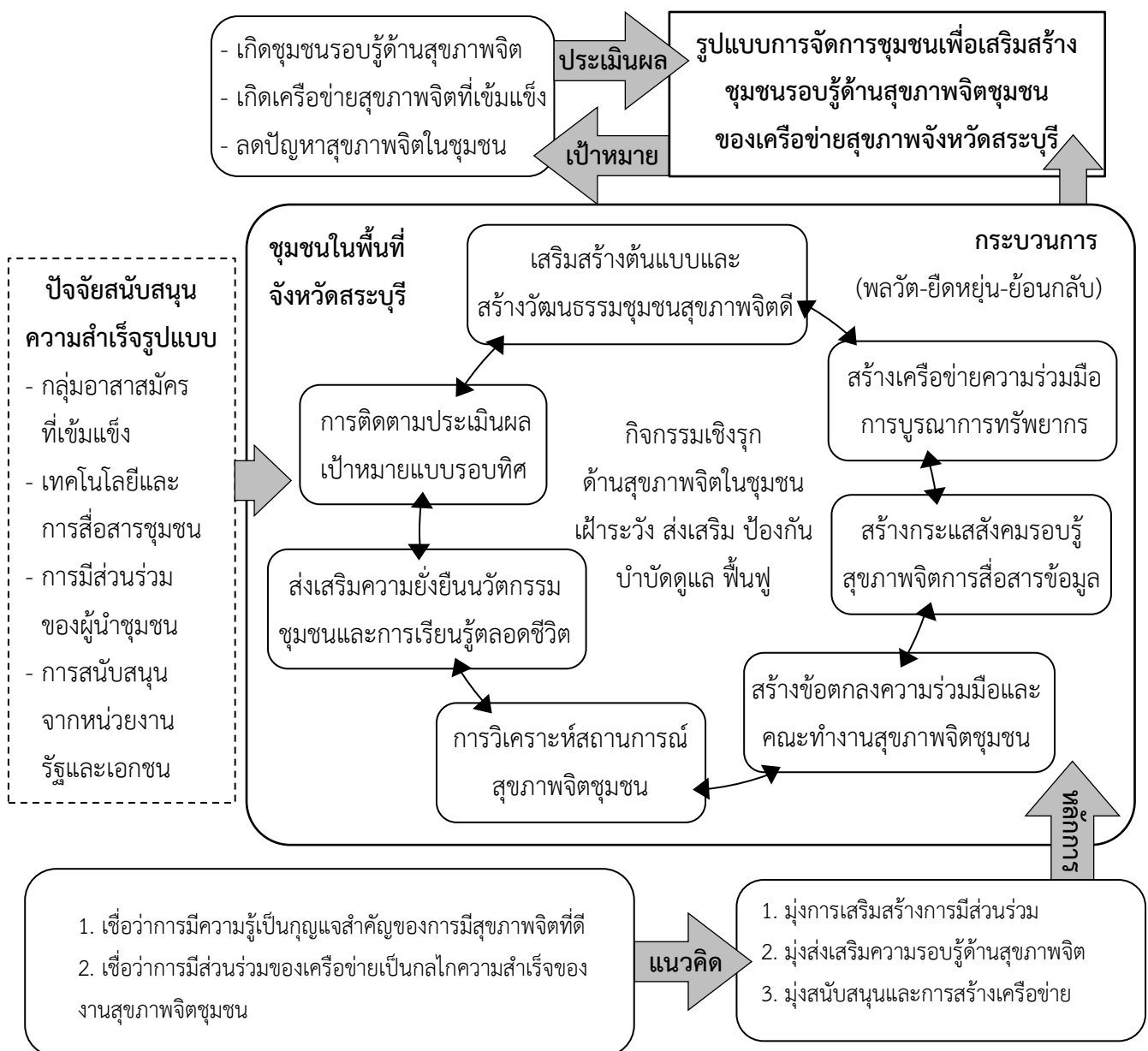
ตารางที่ 3 แสดงจำนวน ร้อยละระดับการรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์หลังการทดลองใช้รูปแบบฯ เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำแนกตามพื้นที่ที่ทดลองใช้รูปแบบ

การรับรู้ประสิทธิผลเชิงประจักษ์ของรูปแบบฯ	ต.ทับกวาง (n=150)			ต.ธารเกษม (n=150)			ต.หนองกบ (n=150)		
	เกิดขึ้น	ไม่แน่ใจ	ไม่เกิดขึ้น	เกิดขึ้น	ไม่แน่ใจ	ไม่เกิดขึ้น	เกิดขึ้น	ไม่แน่ใจ	ไม่เกิดขึ้น
มีกิจกรรมการสื่อสารข้อมูล/ความรู้สุขภาพจิตในชุมชน	93 (62.0)	37 (24.67)	20 (13.33)	91 (60.67)	29 (19.33)	30 (20.00)	91 (60.67)	39 (26.00)	20 (13.33)
มีแผนงาน/โครงการร่วมกันระหว่างหน่วยงาน/องค์กร	89 (59.33)	43 (28.67)	18 (12.00)	81 (54.00)	41 (27.33)	28 (18.67)	85 (56.67)	35 (23.33)	30 (20.00)
ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนลดลงหรือได้รับการแก้ไข	76 (50.67)	54 (36.00)	20 (13.33)	71 (47.33)	51 (34.00)	28 (18.67)	78 (52.00)	52 (34.67)	20 (13.33)

ปัจจัยสนับสนุนผลสำเร็จของการนำรูปแบบฯ มาใช้ปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของเครือข่ายสุขภาพ

ปัจจัยสนับสนุนทุนทางสังคมที่สนับสนุนและส่งเสริมให้สามารถนำรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรีมาใช้ปฏิบัติในการสร้างความร่วมมือด้านความรู้ และทรัพยากรของเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการการส่งเสริมรับรู้ และเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลสุขภาพจิต และจัดการกับปัญหาสุขภาพจิต ทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ 1) การมีกลุ่มอาสาสมัครที่เข้มแข็งโดยชุมชนที่มีอาสาสมัครหรือจิตอาสาทางสังคมที่เข้มแข็งจะมีบทบาทในการสนับสนุนกระบวนการของรูปแบบในด้านการจัดกิจกรรมและสร้างการรับรู้ในชุมชน 2) การมีเทคโนโลยีและสื่อสาร โดยชุมชนที่มีความสามารถในการเข้าถึงและใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์หรือเว็บไซต์ชุมชนที่

ช่วยให้สมาชิกสามารถเข้าถึงข้อมูลและแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว 3) การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนโดยชุมชนที่มีผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และความมุ่งมั่นในการสนับสนุนสุขภาพจิตสามารถช่วยสร้างแรงบันดาลใจและกระตุ้นให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น และ 4) การสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและความร่วมมือภาคเอกชนสนับสนุนทรัพยากรในการให้คำปรึกษา การรักษา และการสนับสนุนด้านสุขภาพจิต องค์ความรู้ และงบประมาณในการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตของชุมชน



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงโครงสร้างเชิงองค์ประกอบของรูปแบบเชิงภาษาของรูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี มีโครงสร้างขององค์ประกอบที่เกิดจากความเชื่อพื้นฐาน 2 แนวคิด ที่นำไปสู่แนวทางการปฏิบัติ 3 หลักการ และคาดหวังต่อผลลัพธ์ 3 เป้าหมาย โดยมีกระบวนการพัฒนา 7 ขั้นตอนที่เป็นพลวัต และมีการประเมินผล 3 ด้าน ซึ่งพบว่าในองค์ประกอบด้านกระบวนการมีความคล้ายคลึงกับศิลา จีรวิกรานต์กุล โดยกระบวนการของรูปแบบเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญของกระบวนการเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และในกระบวนการ MOU และบูรณาการทรัพยากรของการวิจัยนี้ยังคล้ายคลึงกับการศึกษาของบัณฑิต พิทักษ์ ที่มีขั้นตอนการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และในส่วนขององค์ประกอบด้านเป้าหมายพบว่าสอดคล้องกับอมรรพร สุรการ และณัฐภูมิ อรินทร์ ที่มุ่งให้เกิดการสร้างความร่วมมือและลดปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ประสิทธิผลของรูปแบบฯ หลังการทดลองใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีกิจกรรมและการสื่อสารสุขภาพจิตในชุมชน และเครือข่ายในชุมชนมีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพร่วมกัน เช่น การมีแผนงานโครงการเกี่ยวกับสุขภาพจิตซึ่งสอดคล้องกับอังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง, และกิตติพัฒน์ ทูตยาสนัด ที่พบว่ากระบวนการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิตโดยเครือข่ายชุมชนส่งเสริมให้เกิดการรับรู้และการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับกายสิทธิ์ แก้วยาศรี และบุญมา สุนทรวาริตัน²⁷ ที่สรุปว่าหลังการใช้รูปแบบทำให้ประชาชนมีการรับรู้และสามารถเข้าถึงบริการได้ดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน การศึกษาครั้งนี้เป็นปัจจัยสนับสนุนผลสำเร็จของการนำรูปแบบมาใช้ปฏิบัติเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับสุสารี ประคินกิจ จรัสดาว เรลโนลด์ และอรทิพา ส่องศิริ ที่พบว่า ปัจจัยด้านผู้นำชุมชนมีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และสอดคล้องกับกิริติยา อุ่นเจริญ ที่พบว่าการมีตำแหน่งในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชนเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังจิตเวชสารเสพติดของคนในชุมชน

สภาพแวดล้อมการดำเนินงานสุขภาพจิตของชุมชนในจังหวัดสระบุรี มีจุดอ่อนด้านท้องถิ่นมีนโยบายการพัฒนาสุขภาพจิตไม่ชัดเจน และการขาดความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพและชุมชนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของอรัญญา สุริยะจันทร์ ว่าภาครัฐและท้องถิ่นควรกำหนดนโยบายที่ชัดเจน และเครือข่ายชุมชนควรมีบทบาทในการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

สรุป รูปแบบการจัดการชุมชนเพื่อเสริมสร้างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชนของเครือข่ายสุขภาพจังหวัดสระบุรี มีองค์ประกอบโครงสร้าง 2 แนวคิด 3 หลักการ 3 เป้าหมาย 7 กระบวนการ และ 3 การประเมินผล และมีปัจจัยทุนทางสังคมสนับสนุนความสำเร็จรูปแบบ 4 ด้าน คือ การมีกลุ่มอาสาสมัครที่เข้มแข็ง, การมีเทคโนโลยีและการสื่อสารชุมชน, การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน, และการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐและเอกชน และสามารถใช้รูปแบบเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมความร่วมมือด้านความรู้ และทรัพยากรของเครือข่ายสุขภาพชุมชน เพื่อขับเคลื่อนชุมชนในจังหวัดสระบุรีเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (ผังโครงสร้างรูปแบบดังแสดงในภาพที่ 1)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดสระบุรีควรนำรูปแบบนี้มาใช้เป็นกลยุทธ์สำหรับพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพในการดำเนินงานสุขภาพจิตในจังหวัดสระบุรีโดยมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพในด้านความรู้และทรัพยากร เพื่อส่งเสริมการรับรู้ ความรู้ และทักษะด้านสุขภาพจิตเพื่อขับเคลื่อนให้ชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอควรนำประเด็นที่เป็นจุดอ่อนและอุปสรรคของการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของชุมชนพิจารณาและทบทวนการจัดทำแผนกลยุทธ์การพัฒนางานสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของชุมชน เช่น การพัฒนากลยุทธ์ในการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยการสร้างช่องทางการสื่อสารที่เข้าถึงประชาชนและทำให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน และการจัดหน่วยบริการสุขภาพจิตเคลื่อนที่เชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายและสะดวกรวดเร็ว
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ควรร่วมกับสถาบันการศึกษา เช่น วิทยาลัยพยาบาล พัฒนาหลักสูตรและกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยเฉพาะการจัดฝึกอบรมและสัมมนาที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับความต้องการของประชาชน เพื่อให้สมาชิกในชุมชนสามารถระบุและจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบการวิจัยประเมินผลเพื่อศึกษาผลกระทบของการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยการวัดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม ทักษะ และความสามารถในการจัดการปัญหาสุขภาพจิตในระดับบุคคลและชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). *แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของประชาชน*. นนทบุรี: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กายสิทธิ์ แก้วยาศรี และ บุญมา สุนทราวิรัตน์. (2556). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังคัดกรองและดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจังหวัดเลย. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*. 15, 328-42.
- กิริยา อุณเจริญ. (2560). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติด ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้อม อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม*. สังกศตวรรษที่ ๓๕ สหประชาชาติ. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- บัณฑิต พิทักษ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. 15, 38-52.
- ศิลา จิรวิธานต์กุล. (2567). การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 32, 224-35.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2567). *แบบรายงานการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2567 ประเด็นที่ 4 : สุขภาพกลุ่มวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี รอบที่ 1/2567*. สระบุรี: กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด.
- สุสารี ประคินกิจ, จรัสดาว เรลโนลด์ และ อรทิพา ส่องศิริ. (2562). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการสมาคม สถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*. 8, 7-17.
- อมราพร สุการ และ ณัฐฉิ อรินทร์. การดูแลสุขภาพจิต : การมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)*. 6, 176-84.
- อรัญญา สุริยะจันทร์. (2561). กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 12, 52-71.
- อังคณา วังทอง, อนุชิต วังทอง และ กิตติพัฒน์ ทุดิยาสนดี. (2562). รูปแบบการบูรณาการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพจิต โดยเครือข่ายชุมชน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน*. 4, 131-42.
- Keeves, Peter J. (1988). "Model and Model Building," *Educational Research Methodology and Measurement An International Handbook*. Oxford: Pergamon Press; 1988.
- Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. (1970). "Determining Sample Size for Research Activities". *Educational and Psychological Measurement*. 30, 607-10.