

การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร

Development of Mental Health Promotion Model in Community by Participatory Action Research Process: Case Study of a Community in Bangkok

สุสารี ประคินกิจ¹, จรัสดาว เรลโนลด์²,
อรทิพา ส่องศิริ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม

Susaree Prakhinkit, Jarusdaw Renold,
Orntipa Songsiri

Faculty of Nursing, Siam University

E-mail: tik.susaree@gmail.com¹

E-mail: jarusdaw@gmai.com²

Received: December 24, 2018; Revised: May 27, 2019; Accepted: May 30, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน มีผู้เกี่ยวข้องจำนวน 38 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข อาจารย์พยาบาล สมาชิกในชุมชน ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2559 ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเวทีประชาคม เสวนากลุ่มย่อย การสังเกต และการถอดบทเรียน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติเชิงพรรณนา พบว่า

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน อิทธิพลระหว่างบุคคล ปัจจัยด้านตัวบุคคล อิทธิพลด้านสถานการณ์ สอดคล้องกับแบบส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) ภายหลังสิ้นสุดโครงการ สมาชิกในชุมชนมีความสุขในระดับปกติมากขึ้น และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี สมาชิกให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด เห็นความสำคัญของการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด และสามารถเผชิญกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต กระบวนการมีส่วนร่วม ชุมชน กรุงเทพมหานคร

ABSTRACT

The research was participatory action research. The objective was to develop a model of mental health promotion in community. The thirty-eight participants including nurses of public health service center, nursing instructor, village health volunteers and members community joined this study. This research was conducted during June 2015 to May 2016. The research instruments were in-depth interviews, civil society forum, small group discussion, observation, and lesson learned visualizing. Content Analysis was used to analyze qualitative data, while descriptive statistics were performed for quantitative data. The results found that the model mental health promoting was composed of four factors; community leader factors, interpersonal influence, personal factors and situational influence. These 4 factors corresponded well with the model of Pander (2002). At the end of the research members community reported having improved happiness and quality of life. They were interested and participated in relaxation activities. They were aware of good family relationship. Patients with mental disorder took medicine as prescribed by the doctor and dealt with stress effectively.

KEYWORDS: Mental Health Promotion, Participatory Process, Community, Bangkok

บทนำ

สุขภาพจิตเป็นส่วนหนึ่งของสุขภาพ การเจ็บป่วยทางกายและการเจ็บป่วยทางจิตมีความสัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกออกจากกันได้โดยเด็ดขาด (มนทกาญจน์ ทองจินดา, 2552) การเจ็บป่วยทางกายโดยเฉพาะโรคเรื้อรังมักจะส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม, 2552) สุขภาพจิตเป็นภาวะปกติที่บุคคลรู้ถึงความสามารถของตนเอง สามารถเผชิญต่อความเครียดในชีวิตประจำวันได้ สามารถทำงานให้ประสบความสำเร็จและสามารถช่วยเหลือสังคม และชุมชนของตนเองได้ (จุฑารัตน์ สติรปัญญา และ วัลลภา คชภักดี, 2551)

ปัจจุบันสภาพแวดล้อมได้เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง สิ่งแวดล้อม วิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ทำให้เกิดการแข่งขันสูงก่อให้เกิดความเครียดและความกดดันต่อสภาพจิตใจของบุคคล (อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และ ปัญญา ชูเลิศ, 2553) การดำเนินชีวิตภายใต้การเปลี่ยนแปลงย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางร่างกาย และจิตใจ (อมราพร สุรการ และ ณีรัฐฉวี อรินทร์, 2557) ปัญหาสุขภาพจิตทั่วโลกที่พบบ่อย คือ โรคซึมเศร้า ประมาณ 300 ล้านคน ซึ่งมากกว่าร้อยละ 4.00 ของประชากรโลก โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเนื่องจากประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้เกิดความบกพร่องทางด้านสุขภาพ ภาวะเครียด และโรค

วิตกกังวล ประมาณ 260 ล้านคน ปัญหาสุขภาพจิต มีผลกระทบต่อระดับเศรษฐกิจอย่างรุนแรง มูลค่ามากกว่า 800 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และจะเพิ่มเป็น 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2017) สำหรับประเทศไทยผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2556 พบ คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคจิตเวช เสพสารเสพติด ร้อยละ 13.90 หรือมี 7 ล้านกว่าคนทั่วประเทศ สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคทางจิตเวช ได้แก่ การเป็นสังคมผู้สูงอายุ เด็กเกิดน้อย ภัยทำงานลดลง ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังประจำตัว ขาดคนดูแล มีความเหงา เศร้า ปัจจัยจากการใช้โลกโซเชียลมากขึ้น เป็นสังคมก้มหน้า เด็กและวัยรุ่นติดเกม ผู้ใหญ่เครียด การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว ทำให้คนไทยมีความอดทนต่ำ ภาวะโลกร้อน ภัยพิบัติจากธรรมชาติ และคนไทยมีพฤติกรรมเสพติดยิ่งขึ้น เช่น ติดเกม ติดอินเทอร์เน็ต เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2558)

กรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพจิตในยุคไทยแลนด์ 4.0 นี้ มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี มีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า ในปี พ.ศ. 2561 นี้ เน้นยุทธศาสตร์สร้างความเข้มแข็งระดับหมู่บ้าน ชุมชน ตำบลทั่วประเทศ เนื่องจากเป็นพื้นที่ส่วนใหญ่ของประเทศ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต โดยมีการอบรมเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข ดูแลสุขภาพจิตรายกลุ่มวัย สามารถดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ได้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2558) จากแผนการดำเนินงานด้านจิตเวชที่ผ่านมามีการศึกษาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีหลายรูปแบบ บางรูปแบบเน้นการดูแลที่บ้าน บางรูปแบบเน้นการประเมินปัญหาการจัดทำโครงการ ชีวีสดใสและรณรงค์ไม่ให้ดื่ม

แอลกอฮอล์เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสิ่งแวดล้อมในชุมชน (จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ลักษณ์า ยอดกลกิจ, และ มาลินี ชมชื่น, 2561) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบปัญหาในชุมชนหลายพื้นที่ เช่น บางชุมชนยังขาดระบบการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิต ขาดแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตมีความเสื่อมถอยทางด้านร่างกายและจิตใจเพิ่มมากขึ้น การไม่ได้รับการดูแลและเอาใจใส่เรื่องการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลต่อความปลอดภัยในการดำเนินชีวิตของคนในครอบครัวและชุมชน การเจ็บป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิตไม่เพียงแต่มีผลแต่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังพบผลกระทบต่อผู้ดูแล ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ความเครียด ครอบครัวรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (มณฑา ลิ้มทองกุล และ สุภาพ อารีเอื้อ, 2552) และส่งผลต่อความปลอดภัยของชุมชนเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ (ลักษ์ขณา พานิช-สรรรค์ และ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตเวชในชุมชนแต่ยังมีข้อจำกัดที่นำมาใช้ตามบริบทของชุมชนเมือง ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขยังขาดทักษะในการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต การดูแลผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต จึงทำให้ประชาชนที่เจ็บป่วยทางจิตจำนวนมากเข้าถึงการบริการล่าช้า จากข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2551 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 1.2 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาเพียง 1.5 แสนคน มีผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มสุราราว 5.3 ล้านคน แต่เข้ารับการรักษาไม่ถึง 1.2 แสนคน (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2558) บางครอบครัวมีบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตแต่ไม่ได้มารับการรักษาเพราะครอบครัวขาดความตระหนักถึงการดูแลรักษา กลัวการตีตราจากสังคมภายนอกกว่ามีญาติพี่น้องเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ไม่สามารถนำ

บุคคลที่มีความเจ็บป่วยเข้ามารับการรักษาในระบบได้ สิ่งสำคัญที่จะลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิตได้ ควรที่จะเริ่มต้นจากสิ่งที่ใกล้ชิดกับบุคคล คือ ครอบครัว ชุมชน ที่จะต้องมีความเข้มแข็งทั้งในด้านการคัดกรองเบื้องต้น การส่งต่อ และการสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนในชุมชนให้แข็งแรง (กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต, 2558)

ชุมชนเสียบคลองบางแค ตั้งอยู่ที่ หมู่ 1 ซอยเพชรเกษม 63 (หมู่บ้านจุกาทอง) ถนนเพชรเกษม แขวงหลักสอง กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มเขต 6 กลุ่มกรุงธนใต้ มีประชากรชายจำนวน 53 คน และประชากรหญิง จำนวน 51 คน รวมเป็น 104 คน เป็นชุมชนแออัด เริ่มรวบรวมเป็นชุมชนเมื่อประมาณ พ.ศ. 2512 เนื่องด้วยประชาชนที่ถูกเวนคืนที่จากการตั้งโรงไฟฟ้า ทำให้ต้องหาทำเลที่ปลูกบ้านใหม่ ชีวิตความเป็นอยู่ของคนในชุมชนอยู่กันแบบพื้น้อง พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นสังคมของการแบ่งปัน ต่อมาได้มีความเจริญก้าวหน้ามากขึ้น ผู้คนที่มาตั้งถิ่นฐานมีหลากหลายมากขึ้น สัมพันธภาพคนในชุมชนเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ปี พ.ศ. 2546 เริ่มมีปัญหาหยาเสพติดเข้ามาในชุมชนแต่ไม่สามารถแก้ไขให้หมดไปได้ มีการจัดอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเพื่อช่วยเหลือสมาชิกในชุมชนด้านสุขภาพแต่ก็ยังพบปัญหาทางสุขภาพ คนในชุมชนขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เช่น เมื่อไม่สบายแก้ปัญหโดยการซื้อยามารับประทานเองจนอาการดีขึ้น (สุสารี ประคินกิจ, 2558) ซึ่งจากการสำรวจชุมชนเบื้องต้น พบประชาชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตคิดเป็นร้อยละ 5.00 และประชากรในชุมชนมีความเครียดเกี่ยวกับเศรษฐกิจ ชุมชนยังขาดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงค้นหารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนที่เหมาะสมโดยกระบวนการมีส่วนร่วม

ของชุมชน อีกทั้งยังเป็นต้นแบบให้กับชุมชนอื่นที่มีลักษณะบริบทที่ใกล้เคียงกันและนำไปใช้ประโยชน์ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อค้นหาชุดความรู้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนโดยใช้กระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเสียบคลองบางแค
3. เพื่อวัดและประเมินผลการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเกิดจากความร่วมมือระหว่างนักวิจัยสมาชิกในชุมชนที่มีประสบการณ์ตรง และผู้เผชิญปัญหามาร่วมดำเนินการ ขอบเขตด้านพื้นที่ชุมชนเสียบคลองบางแค กรุงเทพมหานคร ช่วงเวลาในการดำเนินการตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2559

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมใช้แผนชุมชนเป็นเครื่องมือการพัฒนาและแก้ปัญหา โดยให้ชุมชนร่วมคิด ร่วมวางแผน ดำเนินการ ประเมินผล และร่วมรับประโยชน์ มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพของชุมชนที่สามารถการแก้ปัญหาในลักษณะพึ่งตนเอง และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน โดยยึดหลักการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (Kemmis, McTaggart, & Nixon, 2014) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเตรียมการวิจัย (Pre-Research Phase)

1.1 การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ (Preparation Persons and Collaboration Network) คัดเลือกผู้วิจัยท้องถิ่นเพื่อร่วมกระบวนการวิจัยและการดำเนินกิจกรรม ประกอบด้วยประธานชุมชนฯ อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมวิจัยท้องถิ่น มีการกำหนดเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1.1.1 เป็นที่ยอมรับของชุมชน

1.1.2 เต็มใจและสนใจเข้าร่วมกระบวนการวิจัย

1.1.3 มีเวลาว่างเพียงพอและสามารถร่วมกระบวนการเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้

1.1.4 มีความรู้ในระดับอ่านออกเขียนได้

1.1.5 มีภูมิสำเนาอาศัยอยู่ในชุมชนเลียบคลองบางแค

ผลการดำเนินการคัดเลือกทีมวิจัยท้องถิ่นตามเกณฑ์ดังกล่าว ได้ทีมวิจัยท้องถิ่นที่ร่วมกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วม จำนวนทั้งสิ้น 38 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกในชุมชน

1.2 การเข้าสู่ชุมชน (Entering Community) ประสานงานกับประธานชุมชน แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

1.3 การสร้างความสัมพันธ์กับชุมชน (Build-up Rapport) ลงพื้นที่พบกับประธานชุมชน คนในชุมชน แนะนำตัว วัตถุประสงค์ และความ

ต้องการ อีกทั้งชี้แจงรายละเอียดที่ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการทำวิจัย

1.4 การสำรวจและศึกษาชุมชน (Surveying and Studying Community) ศึกษาข้อมูลทางกายภาพ และแหล่งทรัพยากรธรรมชาติ ข้อมูลด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง โดยการสัมภาษณ์จากผู้นำชุมชน ลงพื้นที่สำรวจข้อมูลวิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน สำรวจความสุข ภาวะสุขภาพจิตของชุมชน ปัญหาชุมชน

2. ระยะดำเนินการวิจัย (Research Phase) ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ

2.1 การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหาชุมชน (Problem Identification and Diagnosis) จัดเวทีชาวบ้านประชุมร่วมกัน โดยมีผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลวิเคราะห์ชุมชน มายกร่างสังเคราะห์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ สมาชิกชุมชนมีความเครียดเรื่องรายได้ มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และโรคจิตเวช ร่วมหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิต เน้นการป้องกันคนในชุมชนไม่ให้เกิดภาวะสุขภาพจิต เบี่ยงเบน และคนป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2.2 การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ (Project Appraisal and Identification) ร่วมพิจารณารูปแบบแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยการสร้างเสริมสุขภาพกาย และสุขภาพจิตมีการทำกิจกรรมร่วมกันปลูกผักพื้นที่แคบในครัวเรือน ติดตามการเจริญเติบโตของผัก เน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ชุมชน มีการออกกำลังกาย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ ฟันฟูสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชมุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจใน

การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสามารถใช้ชีวิต
ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

3. ระยะการติดตามและประเมินผล (Monitoring and Evaluation Phase)

ทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยท้องถิ่น ติดตาม
และประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้ในชุมชน โดย
การสัมภาษณ์เชิงลึก เวทีประชาคม เสวนากลุ่มย่อย
ถอดบทเรียน นำข้อมูลที่ได้ไป วิเคราะห์ข้อมูลแบบ
อุปนัย โดยการตีความสร้างข้อสรุปจากข้อมูลต่างๆ
ที่เป็นรูปธรรม จัดกลุ่มหาความหมายและความ
สัมพันธ์เชื่อมโยงสังเคราะห์เป็นรูปแบบการสร้าง
เสริมสุขภาพจิตในชุมชน

4. ระยะถอดบทเรียนจากการทำกิจกรรม และพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิต

ทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยท้องถิ่นร่วมกัน
สรุปกิจกรรมและถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ
ตามแผนงานและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม
ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต นำรูปแบบที่ได้ไปทดลอง
ใช้ในชุมชนเป็นระยะเวลา 1 เดือน ประเมินผลโดย
การสะท้อนคิดประชุมกลุ่มย่อยในการมีส่วนร่วมใน
การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน และปรับปรุงแก้ไข

5. ระยะการนำรูปแบบไปใช้วิเคราะห์ ปัญหาและอุปสรรค ปรับรูปแบบให้เหมาะสม

ทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยท้องถิ่นนำ
รูปแบบไปใช้วิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยส่งเสริมความ
สำเร็จและปรับปรุงรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบท

6. ระยะการประเมินผลการปฏิบัติตาม การพัฒนารูปแบบ

ทีมวิจัยพี่เลี้ยงและทีมวิจัยท้องถิ่นร่วมกัน
ประเมินผลการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต
และสรุปผลการปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลการพัฒนา
รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต ด้วยการสนทนา
กลุ่ม ประเมินความพึงพอใจและทีมสหวิชาชีพ

สรุปผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพกายและจิต ของชุมชน

พฤติกรรมดูแลสุขภาพของสมาชิก
ชุมชนไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักในการรักษา
ที่ถูกต้องเหมาะสมกับบุคคลที่เจ็บป่วยในครอบครัว
มีพฤติกรรมชื้อยามารับประทานเอง สัมพันธ์ภาพ
ระหว่างครอบครัวเป็นแบบทุติยภูมิ ลักษณะเป็น
ชุมชนเมือง ครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในชุมชนมีความ
เครียดเรื่องเศรษฐกิจ ร้อยละ 30.00 มีความสุขใน
ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 30.00 มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวน
4 คน ได้รับการรักษาต่อเนื่องจำนวน 3 คน ผู้ป่วย
ไม่ได้รับการรักษา 1 คน มีปัญหาโรคทางกาย ดังนี้
เบาหวานร้อยละ 12.50 ความดันโลหิตสูงร้อยละ
31.25 หัวใจร้อยละ 6.25 และโรคอื่นๆ ร้อยละ 12.50
อีกทั้งสภาพแวดล้อมที่อาศัยอยู่มีคลองที่น้ำเสีย
ส่งกลิ่นเหม็น มีขยะ สิ่งสกปรก สัตว์พาหะนำโรค

2. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนา รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ทีมผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริม
สุขภาพจิต จากการรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์
ข้อมูลจากการจัดกิจกรรมโดยใช้หลักแบบจำลอง
การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Mur-
daugh, & Parson, 2002) สรุปองค์ประกอบ
ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนประกอบด้วย
องค์ประกอบ 4 องค์ประกอบ ได้แก่

2.1 ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน

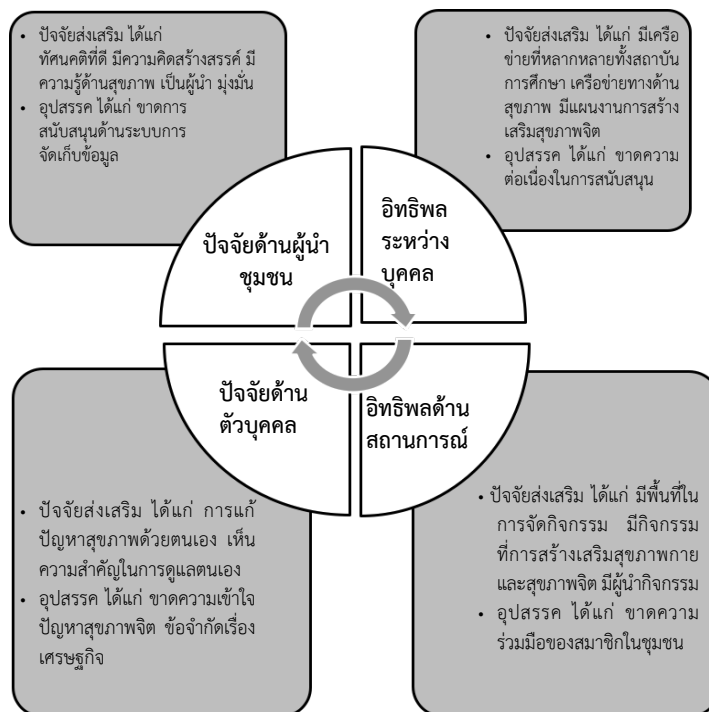
ในการ
พัฒนาชุมชนบุคคลที่เป็นกำลังสำคัญที่ทำให้ชุมชน
มีสุขภาวะที่ดีประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร
สาธารณสุข โดยมีปัจจัยเสริม ได้แก่ เป็นผู้นำที่มุ่งมั่น
ทัศนคติที่ดีในการพัฒนาชุมชน มีความคิดสร้างสรรค์
มีความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึงทัศนคติของบุคคลอื่นที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล แหล่งข้อมูลหลักซึ่งได้แก่ครอบครัว ชุมชน บุคลากรทางด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งในชุมชนมีสถาบันการศึกษา ศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักงานเขต ที่มีแผนนโยบายด้านสุขภาพและให้การสนับสนุนแก่ชุมชนมีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพจิตสร้างชุมชนสุขภาพ

2.3 ปัจจัยด้านตัวบุคคล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย แรงจูงใจ การรับรู้ภาวะสุขภาพ สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม สมาชิกในชุมชนส่วนใหญ่ต้องทำมาหากินเป็นชุมชนแออัด สภาพเศรษฐกิจไม่ดีขาดความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองใช้วิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองด้วยวิธีแบบง่าย

2.4 อิทธิพลด้านสถานการณ์ หมายถึงการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับ

สถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งจะส่งเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม บุคคลจะมีแรงจูงใจและสามารถกระทำพฤติกรรมสุขภาพได้มากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่บุคคล ชุมชนนี้เป็นชุมชนที่มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งสร้างสัมพันธภาพที่ดี มีการรณรงค์การรับประทานอาหารที่ปลอดภัยและมีคุณค่าทางโภชนาการที่ปลอดภัย ชุมชนมีอาสาสมัครสาธารณสุขคอยดูแล โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจะคอยกำกับติดตามในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ทำให้สมาชิกในชุมชนเกิดความสนใจจากการดูแลเอาใจใส่ของสมาชิกในชุมชนด้วยกัน เกิดความภูมิใจในการดูแลตนเอง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ผลการประเมินการปฏิบัติตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

สมาชิกในชุมชนมีความสุขในระดับปกติ คะแนนเฉลี่ย 53.25 และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 101.15 จากคะแนนเต็ม 130 คะแนน (คะแนน 96-130 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี) สมาชิกชุมชนให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด และให้ความสำคัญกับการสื่อสารภายในครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 4 คน ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยไม่กำเริบ สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สมาชิกในชุมชนยอมรับมากขึ้น ทีมผู้วิจัยชุมชนและนักวิชาการสรุปปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความสำเร็จตลอดจนอุปสรรคในการดำเนินงานตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตดังนี้

- ปัจจัยที่ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน จะต้องมีความคิดที่ดี มีความคิดสร้างสรรค์ มีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นผู้นำ มุ่งมั่น ปัจจัยด้านบุคคลจะต้องมีการจัดการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง เห็นความสำคัญในการดูแลตนเอง มีเครือข่ายที่หลากหลายทั้งสถาบันการศึกษา เครือข่ายทางด้านสุขภาพ มีแผนงานการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี ชุมชนมีพื้นที่ในการจัดกิจกรรม ชุมชนมีกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิต มีผู้นำกิจกรรม ซึ่งปัจจัยดังกล่าวจะทำให้การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนให้ประสบความสำเร็จ

- อุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ ชุมชนขาดความต่อเนื่องในการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ด้านระบบการจัดเก็บข้อมูล สมาชิกขาดความเข้าใจปัญหาสุขภาพจิต มีข้อจำกัดเรื่องเศรษฐกิจ ขาดความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน

การอภิปรายผลการวิจัย

องค์ประกอบหลักที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน คือ

1. ปัจจัยด้านผู้นำชุมชน จากการศึกษาพบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนจะต้องอาศัยทุกภาคส่วนทั้งผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนา จะต้องเห็นความสำคัญมีความมุ่งมั่น ตระหนักถึงปัญหา มีความสนใจ วิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่าย นำแผนพัฒนา มาพัฒนาศักยภาพของสมาชิก สร้างกิจกรรมร่วมกันให้ทุกคนได้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพ เห็นความสำคัญของปัญหา และสามารถช่วยเหลือกันในด้านสุขภาพได้ มีการจัดการและส่งต่ออย่างมีระบบ

2. อิทธิพลระหว่างบุคคล การได้รับความร่วมมือจากเครือข่ายภายนอกในการสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับความรู้ ข่าวสารทางด้านสุขภาพ ที่ถูกต้อง ทำให้ชุมชนได้รับการดูแลทางด้านสุขภาพที่ครอบคลุม ได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของชุมชน สมพงษ์ จันทรโสภา, สุภาพร สุโพธิ์, และ นวรัตน์ บุญนาน (2557) ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ด้วยกระบวนการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า คุณภาพชีวิตของคนในชุมชนดีขึ้น หลังจากมีโครงการพัฒนาศักยภาพทีมสหวิชาชีพให้การดูแลครบทุกด้าน พัฒนาระบบข้อมูลโรคเรื้อรังและพัฒนาระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ต่อยอดด้วยนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดความพึงพอใจมากขึ้นและการศึกษาของ สุเทพ พลอยพลายแก้ว, นิษฐา หุ่นเกษม, อรณัฐภาชีน, และ ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา (2556) ได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชนจังหวัด

ลพบุรี พบว่า องค์ประกอบที่ส่งผลให้เกิดพัฒนาการ
ดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ คนในชุมชน สิ่งแวดล้อม
วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา วิธีการพัฒนา
กระบวนการพัฒนาชุมชน การสนับสนุนจากภาครัฐ
และเอกชน การบริหารการจัดการ โดยใช้ยุทธศาสตร์
การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข
แกนนำชุมชน และเครือข่ายพัฒนาสุขภาพ ส่งเสริม
การมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาระบบจัดการ
สุขภาพ ที่ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัคร
สาธารณสุข แกนนำ เครือข่ายพัฒนาสุขภาพ สร้าง
ความตระหนักโดยการศึกษาดูงานชุมชนที่ประสบ
ความสำเร็จ การพัฒนาการมีส่วนร่วมโดยการจัดทำ
แผนงานและโครงการร่วมกับองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่นและการจัดทำศูนย์ข้อมูลสุขภาพชุมชน ซึ่งจะ
ส่งผลทำให้สุขภาพตนเองของชุมชนอยู่ในระดับดีมาก

3. ปัจจัยตัวบุคคล สมาชิกในชุมชนจะต้อง
มีความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพของตนเองและการ
มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงจะทำให้
บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม นำสู่การมี
สุขภาพจิตที่ดี รัตนาพร วงษ์ตาไช (2554) ได้พัฒนา
รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็ก
ชายวัยเรียน ในสถานสงเคราะห์พบว่า การตระหนักรู้
เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมทาง
สุขภาพที่เหมาะสม และการมีส่วนร่วมของประชาชน
ตั้งแต่การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา (Analysis)
การมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา
(Decision Making) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ
แก้ไขปัญหา (Implementation) การมีส่วนร่วมรับ
ผลประโยชน์จากโครงการ (Benefits) และการมี
ส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ส่งผลต่อ
ความรู้สึกถึงการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ปฏิบัติทำให้
เกิดความสนใจความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติกิจกรรม

ที่ตนร่วมรับผิดชอบ (รัตนาพร วงษ์ตาไช, 2554)
อีกทั้งชุมชนที่เปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ
กิจกรรมที่จะทำในชุมชน จะสามารถเพิ่มศักยภาพใน
การดูแลสุขภาพจิตชุมชน ลดความเครียด และเพิ่ม
ความสุขของประชาชนร้อยละ 100.00 (พรฤดี นิธิรัตน์,
กมลวรรณ ตาตะคุ, คะนิงนิตย์ พงษ์สิทธิถิว, และ
ปิ่นนเรศ กาดอุดม, 2554)

4. อิทธิพลด้านสถานการณ์ มีกิจกรรม
สร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน มีกิจกรรมที่มุ่งสร้าง
สัมพันธภาพที่ดี เอื้ออาทรต่อกัน การสร้างเสริม
สุขภาพจิตอย่างมีระบบ ต้องส่งเสริมให้สมาชิกมี
ความรู้ในการประเมินสุขภาพจิตทั้งของตนเอง และ
เพื่อนสมาชิกในชุมชน ร่วมให้การดูแล ช่วยเหลือ ใส่ใจ
ให้คำแนะนำครอบครัว ตลอดจนสามารถส่งต่อแก่
บุคลากรทางการแพทย์ได้ มีการประสานความร่วมมือ
ทั้งภายในและภายนอกชุมชน ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับ
ทำให้ชุมชนได้รับการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ
องค์ความรู้ที่เหมาะสม ข้อมูลข่าวสารและทรัพยากร
จากภายในและภายนอกทำให้ชุมชนมีสุขภาพจิต
ที่ดีแบบยั่งยืน (ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์ และ ยิวดี
รอดจากภัย, 2557)

ข้อเสนอแนะ

องค์ความรู้ที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไป
ขยายผลส่งเสริมสุขภาพกายและจิตในชุมชน เป็น
แนวทางในการส่งเสริมศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วม
ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นแนวทาง
ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพในประเด็นอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสยาม ที่ให้ทุน
สนับสนุนในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (2558).

กรอบทิศทางการพัฒนางานสุขภาพจิตและแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). นนทบุรี: ละม่อม.

จุฑารัตน์ สติปัญญา, และ วัลลภา คชภักดี. (2551).

สุขภาพจิต. สงขลา: นำศิลป์โฆษณา.

ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, ลักษณะ ยอดดกกลกิจ, มาลินี

ชมชื่น. (ม.ป.ป.). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 3 พฤษภาคม 2562, จาก journalgrad.ssrui.ac.th/index.php/5-01/article/download/159/244

พรฤดี นิธิรัตน์, กมลวรรณ ตาตะคุ, คะนิงนิตย

พงษ์สิทธิถาวร, และ ปิ่นนเรศ กาดอุดม. (2554). *ผลการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: การสร้างชุมชนต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพจิต ในชุมชนกรณีบ้านเขาแดงหมู่ 9 อำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี* (โครงการวิจัย). จันทบุรี: วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า.

ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์, และ ยุวดี รอดจากภัย. (2557).

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน (รายงานวิจัย). สืบค้นจาก http://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/BUU.res.2014.39

มณฑา ลิ้มทองกุล, และ สุภาพ อารีเอื้อ. (2552).

แหล่งความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และผลลัพธ์การเผชิญความเครียดของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกภาคปฏิบัติครั้งแรก. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 15(2), 192-205.

มณฑกาญจน์ ทองจินดา. (2552). *ภาวะสุขภาพจิต*

ของผู้สูงอายุอำเภอเมือง จังหวัดนราธิวาส. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

รัตนาพร วงษ์ตาโป้. (2554). *การพัฒนารูปแบบการ*

สร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับเด็กชายวัยเรียนในสถานสงเคราะห์ (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์).

ลักษณา พานิชสรรค์, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2561).

ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(3), 90-103.

วลัยพร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒนเมธานนท์, และ

พร้อมจิตร ท่อนบุญheim. (2552). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 27(1), 27-32.

สมพงษ์ จันทรีโอวาท, สุภาพร สุโพธิ์, และ นวรัตน์

บุญนาน. (2557). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแคว้น จังหวัดมหาสารคาม*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(3), 394-402.

- สุสารี ประคินกิจ. (2558). *การพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเล็กคลองบางแค* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสยาม.
- สุเทพ พลอยพลาญแก้ว, นิษฐา หรุ่นเกษม, อรุณชภาชื่น, และ ศักดิ์ชัย เพ็ชรตรา. (2556). *การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(1), 61-70.*
- อมรพร สุรการ, และ ณัฐวดี อรินทร์. (2557). *การดูแลสุขภาพจิต: การมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), 6(12), 176-184.*
- อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, และ ปัญญา ชูเลิศ. (2553). *สถานการณ์สุขภาพจิตคนไทย: ภาพสะท้อนสังคม*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Kemmis, S., McTaggart, R., & Nixon, R. (2014). *The action research planner: Doing critical/participatory action research*. New York: Springer Science and Business Media.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. Geneva: WHO Document Production Services.