วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารจัดการสุขภาพจิต โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต (คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต) ระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564-2567

EFFECTIVENESS OF USING MENTAL HEALTH CHECK IN & E-MAIL ALERT PROGRAM UNDER MENTAL HEALTH ADMINISTRATION BY THE MAHA SARAKHAM PROVINCAIL MENTAL HEALTH SUBCOMMITTEE (MENTAL HEALTH ACT ENFORCEMENT COORDINATION SUBCOMMITTEE), 2021-2024

Received: December 10, 2025
Revised: December 18, 2025
Accepted: December 31, 2025

นวลปรางค์ ดวงสว่าง[1*], วัฒนะ ศรีวัฒนา[1]
Nuanprang Duangsawang[1*], Wattana Sriwattana[1]

บทคัดย่อ

วิจัยและพัฒนานี้วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์, เปรียบเทียบการทดลอง, ประเมินผลกระทบ และขยายผลโปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิต โดยคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Person Chi-Square, Spearman Rank Correlation, Fisher's Exact Test , Odds Ratio (OR), Wilcoxon Sign Rank Test, Mann-Whitney U Test

ผลวิจัย พบ ระบบเศรษฐกิจและการป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลง แต่โรคจิตเวชและยาเสพติดสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน เช่น ผู้ป่วยทางจิตดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ ร่วมกับเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG พบว่า กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยมีพลังใจมากกว่า ที่ค่า Z = -6.444 เครียดน้อยกว่าที่ค่า Z = -6.390 ซึมเศร้าน้อยกว่าที่ค่า Z = -6.943 และเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าที่ค่า Z = -7.651 ต่อมาขยายผลและบูรณาการกับอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO ครอบคลุมทั้งจังหวัด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การดูแลสุขภาพกายคู่จิตทุกกลุ่มวัย แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและยาเสพติด นำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related Quality of Life: HQOL) ได้

คำสำคัญ: โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert, การบริหารจัดการสุขภาพจิต

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
Mahasarakham Provincial Public Health Office
*Corresponding author E-mail: pranganster@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

Abstract

This research and development study aimed to analyze the situation, compare interventions, evaluate outcomes, assess impacts, and expand the implementation of the Mental Health Check-in & E-mail Alert Program under the administration of the mental health service system by the Mental Health Subcommittee. Using the following statistical methods: Pearson Chi-Square, Spearman Rank Correlation, Fisher's Exact Test, Odds Ratio (OR), Wilcoxon Signed-Rank Test, and Mann–Whitney U Test.

The results indicated that economic conditions and chronic disease contributed to a decrease in overall mental health problems; however, severe mental disorders and substance abuse–related mental health issues remained critical concerns. Individuals with severe mental disorders and those using addictive substances exhibited significantly reduced psychological well-being, with levels of stress 6.504 times higher, anxiety 15.909 times higher, depression 55.652 times higher, and suicide risk 52.196 times higher. After implementing the program in conjunction with the CHAR-FIG assessment tool, the experimental group demonstrated statistically significant differences compared to the control group (p-value < 0.05). The experimental group showed higher levels of psychological well-being with $Z = -6.444$, lower stress levels with $Z = -6.390$, lower depression levels with $Z = -6.943$, and lower suicide risk with $Z = -7.651$. Subsequently, the program was expanded and integrated with district-level public health offices, mental health service facilities, and the "TO BE NUMBER ONE–YC-HERO" initiative, covering the entire province.

The study recommends comprehensive mental health care for all ages and addressing economic and substance abuse issues to improve health-related quality of life (HQOL).

Keywords: Mental Health Check-in & E-mail Alert Program, Mental Health Management

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

บทนำ

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้สร้างเครื่องมือ “โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert” เพื่อให้ประชาชนประเมินสุขภาพจิตและเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง[1] วันที่ 1 ตุลาคม 2563-26 มิถุนายน 2564 ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ประเมินสุขภาพจิตตนเองผ่านโปรแกรม 107,745 ราย พบผู้ป่วย COVID-19, เสี่ยงสัมผัส/ PUI/Home Quarantine 8,358 ราย Home Quarantine/ Local Quarantine 7,408 ราย และตกงาน/หนี้สินจากภาวะ COVID-19/ล้มละลาย/รายได้น้อย/สูงอายุ/โรคเรื้อรัง/พิการ/ผู้ป่วยทางจิต/เด็ก/วัยรุ่น 46,469 ราย บุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุข 14,928 ราย พบมีพลังใจเผชิญปัญหาระดับมาก ร้อยละ 88.98 เข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิตผ่านทางโทรศัพท์ และ Application Line 1,524 ราย จากกลุ่มเสี่ยงฯ 1,538 ราย คิดเป็นร้อยละ 90.09[2] แต่หน่วยงานสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียวไม่อาจจัดการปัญหาที่เป็นผลกระทบจากเศรษฐกิจและสังคมหลังจากการระบาดของโรค COVID-19 ได้[3] การบริหารจัดการตามมาตรา 57 พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. 2564 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ร่วมกับการบริหารจัดการสุขภาพจิตจากคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด หรือ คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต[4] สามารถแก้ไขปัญหาได้ ผู้วิจัยจึงศึกษา “ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารจัดการสุขภาพจิตโดยคณะอนุกรรมการสุขภาพจิต ระดับจังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2564-2567” โดยคาดว่าจะเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม
2. เปรียบเทียบผลทดลองภายในกลุ่มทดลอง และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ประเมินผลกระทบ และขยายผลโปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ภายใต้การบริหารระบบบริการสุขภาพจิตโดยคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม

กรอบแนวคิดการวิจัย

นำเข้าองค์ประกอบการพัฒนา (INPUT), กระบวนการ (Process), ผลลัพธ์ (Outcome) ผลกระทบ (Feed-back) 5 ขั้นตอนกระบวนการวิจัย แล้วนำเครื่องมือวิจัย คือ CHAR-FIG มาเป็นกิจกรรมพัฒนาเพิ่มเติมในกระบวนการติดตามดูแลให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นกิจกรรมหนึ่งใน E-mail Alert แล้วผลักดันให้เป็นหนึ่งในภารกิจการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ และการควบคุม กำกับ ติดตาม นิเทศ ประเมินผล ของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม แล้ววัดผลลัพธ์ตามเครื่องมือเก็บ

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

ข้อมูล ซึ่งเครื่องมือวิจัย คือ กระบวนการติดตามดูแลให้คำปรึกษา CHAR-FIG หรือ ผู้ดูแลคนสำคัญ (ชั่วคราว) รากศัพท์นี้มาจาก CHAR ที่แปลว่า ผู้ดูแล (ชั่วคราว) และ FIG ที่แปลว่า คนสำคัญหรือโดดเด่น สร้างขึ้นมาเพื่อใช้สำหรับการทดลองครั้งนี้ เนื่องจากเดิมโปรแกรมดังกล่าวไม่ได้ระบุจำนวนครั้งความถี่ ช่วงระยะเวลา ลักษณะการให้คำปรึกษา โดย CHAR-FIG ประกอบด้วย (1) C : Connection ประสานงานเพื่อขอรับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้งต่อเดือน (2) H : Hot Line ผู้มีภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบบริการแบบ HOT Line สายด่วน 1323 กรมสุขภาพจิต (3) A : Application (Line) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตเบื้องต้นและสุขภาพจิตศึกษา 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผ่าน Line Application (4) R : Refer นำส่งพบแพทย์ ณ โรงพยาบาลใกล้บ้าน กรณีมีภาวะสุขภาพจิตระดับปานกลาง-รุนแรง ที่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ภายใน 1 เดือน (5) F : Family Counseling แบบครอบครัว 1 ครั้งต่อเดือน โดยพยาบาลสุขภาพจิตประจำโรงพยาบาลใกล้บ้านจะนัดกลุ่มตัวอย่างและญาติเข้าร่วมกิจกรรม (6) I : Individual Counseling ให้คำปรึกษารายบุคคล 1 ครั้ง/สัปดาห์ ผ่านช่องทาง Line Application (7) G : Group Counseling ให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม 1 ครั้งต่อเดือน รวมระยะเวลาติดตามให้คำปรึกษา 6 เดือนต่อคน

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย คือ วิจัยและพัฒนา (Research and Development)
2. พื้นที่ และการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 5 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต เก็บข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม 2564-กันยายน 2565 จากโปรแกรม Mental Health Check in ในระดับทุติยภูมิภาพจังหวัดซึ่งไม่มีการสำรวจหรือค้นหารายชื่อบุคคลเพื่อนำมาเป็นกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ใดๆ เป็นแต่เพียงข้อมูลภาพรวมระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เท่านั้น แล้วรายงานผลในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 2 ครั้ง เพื่อกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์สู่การปฏิบัติในพื้นที่

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ปรับปรุงและหาข้อมูลเพิ่มเติม (pilot study) โดยให้กลุ่มตัวอย่าง ประเมินสภาวะสุขภาพจิตตนเอง ผ่านโปรแกรม Mental Health Check in เมื่อมีภาวะเสี่ยงสุขภาพจิต และยินยอมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวแล้ว ข้อมูลเข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษา รักษา ดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงด้านสุขภาพจิตแบบ CHAR-FIG ทีมวิจัยทำการบันทึกในโปรแกรม E-mail Alert เก็บข้อมูลตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2565 ในพื้นที่อำเภอเมืองมหาสารคาม แล้วรายงานผลการทดสอบฯ ในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 3 กึ่งทดลอง (Quasi Experimental) ใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert ของกรมสุขภาพจิต และเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG ทดลองใช้ช่วงเดือนมกราคม-มิถุนายน 2566

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

เก็บข้อมูล ครั้งที่ 1 ก่อนทดลอง เดือนมกราคม และเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุด เดือนมิถุนายน 2565 ในพื้นที่ทดลอง คือ อำเภอวาปีปทุม และอำเภอเชียงยืน พื้นที่ควบคุม คือ อำเภอบรบือ และอำเภอกันทรวิชัย แล้วรายงานผลในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบจากการดำเนินการตามโปรแกรมวิจัย โดยให้พื้นที่ลดลองวิจัยในระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองช่วงเดือนกรกฎาคม 2566 แล้วเก็บข้อมูลช่วงเดือนสิงหาคม-กันยายน 2566 เมื่อเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจัดเสวนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน 35 คน เพื่อสรุปผล แล้วรายงานผลในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ระยะที่ 5 ขยายผลโปรแกรมฯ ที่ได้จากการพัฒนาฯ ให้ครอบคลุมในทุกอำเภอ ในจังหวัดมหาสารคาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2566-มิถุนายน 2567 แล้วสรุปผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยการจัดประชุมเสวนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 1 ครั้ง จากตัวแทนทุกอำเภอ 35 คน แล้วรายงานผลการขยายผลฯ ในการประชุมคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัดมหาสารคาม 1 ครั้ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือก ขั้นตอนและวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563-2565 กลุ่มตัวอย่าง 400 คน, 536 คน และ 460 คน ตามลำดับ ซึ่งได้จากตาราง Krejcie & Morgan[5] วิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง คือ (1) ผู้วิจัยจัดประชุมแบบออนไลน์ 1 ครั้ง เพื่อขอความร่วมมือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประชาสัมพันธ์ QR-Code ให้กับประชาชนในพื้นที่ ผ่านช่องทางสื่อสารแบบ line ในระดับหมู่บ้าน (2) ประชาชนที่สนใจทำการสแกน QR-Code เพื่อประเมินสภาวะสุขภาพจิตตนเอง (3) นำข้อมูลระดับทุติยภูมิจากโปรแกรมฯ มาเรียงตามตารางเลขสุ่มและเข้าสู่ระบบการวิเคราะห์ข้อมูล

ระยะที่ 2 ทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย จากตัวอย่าง 35 ราย ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าโครงการวิจัย คือ ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจประเมินสุขภาพจิตผ่านโปรแกรม Mental Health Check In และยินยอมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านเข้าถึงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง แล้วข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจะเข้าสู่ระบบ E-mail Alert แล้วผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อระบุตัวบุคคล แล้วผู้วิจัยและทีมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลใกล้บ้านจะดำเนินการติดต่อกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กระบวนการ CHAR-FIG ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ (1) ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัย เนื่องจากมีปัญหาสุขภาพที่ไม่สามารถควบคุมได้ หรือไม่สามารถสื่อสารได้ชัดเจน (2) ผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพที่ไม่สามารถรับการรักษาหรือกิจกรรมในโครงการวิจัยได้ (3) ผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการวิจัย (4) ผู้ที่ย้ายออกนอกพื้นที่หรือติดต่อไม่ได้ระหว่างการศึกษามากกว่า 4 สัปดาห์ (5) ผู้ที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยหรือเลือกถอนตัวออกจากการวิจัยระหว่างการดำเนินการ และวิธีการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างดำเนินการเช่นเดียวกับระยะที่ 1

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

ระยะที่ 3 กึ่งทดลอง (Quasi Experimental) กลุ่มทดลอง 35 ราย กลุ่มควบคุม 35 ราย ซึ่งอ้างอิงจาก Polit DF และ Beck CT ที่ระบุว่า กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 ราย เหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติพื้นฐาน[6] และจาก Julious SA ที่ระบุว่า กรณีศึกษานำร่อง หรือการทดลองเบื้องต้น กลุ่มตัวอย่าง 35 รายถือว่าเพียงพอ[7] และใช้เกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกและเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับระยะที่ 2

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบ จากกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 และจากประชากร 15,025 ราย ตัวอย่าง 375 ราย ที่ได้จากตาราง Krejcie & Morgan[5] แล้วสุ่มเลือกรายคนจากตารางเลขสุ่มมาวิเคราะห์

ระยะที่ 5 ขยายผลการใช้เครื่องมือวิจัยและการใช้โปรแกรมฯ ให้ครอบคลุมจังหวัดมหาสารคาม 90,258 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง 460 ราย จากตาราง Krejcie & Morgan[5] สุ่มอย่างง่ายจากตารางเลขสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูล คือ แบบวัดพลังใจ หรือ RQ (Resilience Quotient) ประเมินความเสี่ยงภาวะเครียดด้วยแบบทดสอบ Stress Test หรือ ST-5 แบบประเมินความเสี่ยงซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2 และ The Patient Health Questionnaire-9 หรือ PHQ-9 และแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย The Patient Health Questionnaire-8 หรือ PHQ-8 ถูกรับรองมาตรฐานจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และจากวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ (1) แบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานมีค่าความเชื่อมั่น ทั้งฉบับเท่ากับ 0.882[8] (2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิตหรือพลังใจชีวิต หรือทักษะการเผชิญปัญหา มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Reliability Coefficient) ของแบบประเมินอยู่ระหว่าง 0.83-0.98[9] (3) แบบประเมินภาวะเครียด Stress Test หรือ ST-5 มี 5 คำถาม วัดด้วยคะแนน Likert 0-4 คะแนน ไม่มีความเครียด, 5-7 คะแนน เครียดปานกลาง, ตั้งแต่ 8-9 คะแนน เครียดมาก และ 10-15 คะแนน เครียดมากที่สุด ซึ่งสเกลแสดงความสอดคล้องภายในที่ดี คือ $\alpha = 0.80$ ยอมรับว่าเป็นค่าความเที่ยงตรงหรือ Validity ขณะเดียวกันค่าทดสอบความสอดคล้อง ภายในหรือ Internal Consistency: α เท่ากับ 0.80[10] (4) แบบประเมินภาวะเสี่ยงซึมเศร้า The Patient Health Questionnaire-2 หรือ PHQ-2, แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 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 ที่ทดสอบ Receiver Operating Characteristic (ROC) Curve และ Area Under The Curve หรือ AUC พบ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

มีค่าเท่ากับ 0.82 (0.81-0.84) โดยหาก PHQ-2 มีข้อใดข้อหนึ่งไม่ผ่านจะทำการประเมินต่อด้วย PHQ-9 และ PHQ-8 ตามลำดับ[11]

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา และการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

ระยะที่ 1 ตัวแปรต้น คือ เพศ, อายุ, การศึกษา, ประวัติสุขภาพ, ลักษณะบุคคลที่เปราะบาง, รายได้/เศรษฐกิจ ตัวแปรตาม คือ ภาวะเครียด, เสี่ยงซึมเศร้า, เสี่ยงฆ่าตัวตาย และพลังใจเผชิญชีวิต

ระยะที่ 2-5 ตัวแปรต้น คือ สภาวะ สุขภาพจิต คือ เบื่อหน่ายงาน พลังใจ เครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตัวแปรตาม คือ สภาวะ สุขภาพจิต คือ เบื่อหน่ายงาน พลังใจ เครียด ซึมเศร้า และเสี่ยงฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน, ค่าเฉลี่ย, ร้อยละ เพื่อแจงนับข้อมูล ทดสอบค่า Person Chi-Square เพื่อวัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงหมวดหมู่ (Categorical Variables) ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้ Non-Parametric แบบ Spearman Rank Correlation, ทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) บอกขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง, ทดสอบความแตกต่าง ภายในกลุ่มทดลองก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U Test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ นำเสนอรายละเอียดของ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม/ตัวชี้วัด/แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิต และที่เกี่ยวข้อง[12-13]

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลวาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 15/2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

1. วิเคราะห์สถานการณ์สภาวะสุขภาพจิตประชาชน จังหวัดมหาสารคาม

จากผลกระทบจากการเริ่มระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ประชาชนจังหวัดมหาสารคาม ได้รับการคัดกรองภาวะสุขภาพจิต ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 จากการสุ่มประเมิน 397 คน, ประมาณการณ์ว่ามีภาวะเครียดระดับมากที่สุด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 3, ซึมเศร้า ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 จากกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า, ประชาชนที่มีภาวะเครียด,ซึมเศร้า, หมดไฟจากการทำงานเข้าถึงระบบบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 100 และระหว่าง 1 มกราคม-31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดกลยุทธ์การดูแลสุขภาพจิตให้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยใช้เครื่องมือนี้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ คือ ตัวชี้วัด 16.1:

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

ความสำเร็จของการคัดกรองและติดตาม ดูแลสภาวะสุขภาพจิตเชิงรุก ด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In และกำหนดมาตรการการดูแลสภาวะสุขภาพจิตผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ มาตรการที่ 1 ค้นหา คัดกรองและดูแลประชาชนที่มีภาวะเครียด เบื่อหน่ายงานฆ่าตัวตาย และซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ Mental Health Check In, มาตรการที่ 2 สร้างวัคซีนใจในกลุ่มบุคคล (อึด ฮึด สู้) โดยแยกผู้ที่ผ่านการคัดกรองเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงความเครียด กลุ่มเสี่ยงซึมเศร้า กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย แล้วเชื่อมโยงสู่การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและให้คำปรึกษา/เยี่ยมบ้าน (ออนไลน์), มาตรการที่ 3 ชุมชนและองค์กรต้นแบบมีภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้ประชาชนสามารถปรับพฤติกรรมดำเนินชีวิตตามวิถีใหม่

2. เปรียบเทียบผลการทดสอบใช้เครื่องมือวิจัย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

ตัวอย่าง 33 ราย สมัครใจเข้าสู่ระบบวิจัยและติดตามแบบ CHAR-FIG อายุเฉลี่ย 45.09 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 17.42 อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 85 ปี ชาย 15 ราย หญิง 18 ราย ได้รับคำปรึกษาสุขภาพจิตเบื้องต้นและสุขภาพจิตศึกษาผ่าน Line Application 1 ครั้ง/สัปดาห์ 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 96.96 ใช้บริการ 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 รับการช่วยเหลือด้านสังคมจากหน่วยงานต่างๆ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 24.24 เมื่อทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test มีรายละเอียดตามตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดสอบเครื่องมือวิจัย (n = 33)

สภาวะสุขภาพจิต	ก่อนทดสอบ	หลังทดสอบ	Z	p-value
	Mean (S.D.)/Median	Mean (S.D.)/Median		
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 ก่อนและหลังการทดสอบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยมีแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาลดลงหลังการทดสอบ

3. เปรียบเทียบผลของโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

ในระยะที่ 3 กลุ่มทดลองที่มีปัญหาสุขภาพจิต 35 ราย สมัครใจเข้าสู่ระบบติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต อายุเฉลี่ย 51.37 ปี อายุ ต่ำสุด 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 และทดสอบสถิติ Wilcoxon Sign Rank Test และ Mann-Whitney U test พบรายละเอียดตามตารางที่ 2 ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 35)

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 หลังการทดลอง กลุ่มทดลองแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (p-value < 0.05) โดยเบื่อหน่ายงานน้อยกว่า ที่ค่า Z = -3.132 มีพลังใจมากกว่า ที่ค่า Z = -6.444 เครียดน้อยกว่า ที่ค่า Z = -6.390 ซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ที่ค่า Z = -6.943 และเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่า ที่ค่า Z = -7.651

ระยะที่ 4 ประเมินผลกระทบ ตัวอย่าง 375 ราย พบชาย 141 ราย หญิง 234 ราย อายุเฉลี่ย 51.07 (S.D. = 15.30) สูงสุด 91 ปี ต่ำสุด 18 ปี ทดสอบ Fisher's Exact Test และ Odds Ratio (OR) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่า Fisher's Exact Test และ Odds Ratio(OR) ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต (n = 35)

ปัจจัยเสี่ยง	พลังใจ (RQ)		(p-value)	95%CIforOR		
	ไม่เสี่ยง	เสี่ยง		OR	lower	upper
ไม่ป่วย	307 (98.7%)	59 (92.2%)	0.009	6.504	1.696	24.939

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

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
ป่วยเรื้อรัง/ป่วยจิต-รับยา	99 (31.8%)	10 (15.6%)				
ปัจจัยเสี่ยง	**ภาวะเครียด (ST5)**		**(p-value)**	**95%CIforOR**		
	ไม่เครียด	**เครียด**		**OR**	**lower**	**upper**
ไม่ป่วย	300 (99.3%)	66 (90.4%)	0.000	15.909	3.232	78.319
ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	2 (0.7%)	7 (9.6%)				
ปัจจัยเสี่ยง	**ซึมเศร้า (9Q)**		**(p-value)**	**95%CIforOR**		
	ไม่	**ซึมเศร้า**		**OR**	**lower**	**upper**
ไม่ป่วย	320 (99.7%)	46 (85.2%)	0.000	55.652	6.803	544.240
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
รายได้น้อย/หนี้สิน	51 (15.9%)	2 (3.7%)				
ปัจจัยเสี่ยง	**เสี่ยงฆ่าตัวตาย (ST5)**		**(p-value)**	**95%CIforOR**		
	ไม่มี	**มี**		**OR**	**lower**	**upper**
ไม่ป่วย	343 (99.4%)	23 (76.7%)	0.000	52.196	10.256	265.651
ป่วยจิต-รับยา/สุรา/เสพติด	2 (0.6%)	7 (23.3%)				

จากตารางที่ 3 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

4. วัดผลลัพธ์ของการขยายผลโปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิต

ระยะที่ 4-5 คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม กำหนดให้ใช้เครื่องมือวิจัย ครอบคลุม 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 เสี่ยงฆ่า ตัวตาย 911 ราย ร้อยละ 1.25 และมีภาวะหมดไฟ 122 ราย ร้อยละ 1.07 เมื่อแยกรายอำเภอ พบว่า อำเภอวาปีปทุม มีผู้เข้ามาประเมินสุขภาพจิตตนเองมากที่สุด คือ ร้อยละ 21.861 รองลงมา คือ อำเภอเชียงยืน ร้อยละ 17.352 นาเชือก ร้อยละ 17.252 กุดรัง 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 นาดูน ร้อยละ 0.793 แกดำ ร้อยละ 0.245 และชื่นชม ร้อยละ 0.227 ซึ่งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าว ยินยอมเข้าสู่ระบบการติดตามดูแล สุขภาพจิต ร้อยละ 100 นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2565-2567 และเป็นประเด็นการพัฒนา

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

สุขภาพจิต 3 รูปแบบ คือ 1) อำเภอสุขภาพดี 2) สถานีสุขภาพใจ หรือ “Mental Health Station” และ 3) สุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่น “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” พร้อมกำหนดข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นต้นสังกัดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่ง

สรุปผลการวิจัย

ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน เช่น ผู้มีอาการทางจิตดื่มสุราและใช้สารเสพติดมีพลังใจลดลง 6.504 เท่า เครียด 15.909 เท่า ซึมเศร้า 55.652 เท่า เสี่ยงฆ่าตัวตาย 52.196 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้มีสุขภาพดี และจังหวัดมหาสารคามได้ขยายผลการใช้โปรแกรมครบทุกอำเภอและบูรณาการร่วมกับอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ TO BE NUMBER ONE-YC-HERO

ข้อค้นพบจากการวิจัย คือ ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมตรวจสุขภาพใจและติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงสุขภาพจิตร่วมกับเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Pomaki G. และคณะ เรื่อง การป้องกันความพิการจากการทำงานสำหรับพนักงานที่มีปัญหาสุขภาพจิต ที่พบว่า การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาทางโทรศัพท์ และสมุดฝึกปฏิบัติทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตศึกษา มีผลเชิงบวกระดับปานกลางต่อผลผลิตของงาน เช่นเดียวกับ การให้คำปรึกษาเพื่อแก้ไขความเครียด และการทำงานรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มเพื่อลดความเครียด เป็นต้น[14] นอกจากนี้ยังพบว่า ระบบเศรษฐกิจและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผลต่อปัญหาสุขภาพจิตลดลงแต่โรคทางจิตเวชและยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตเชิงผกผัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Yangyuen และคณะ ที่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตวิทยากับการรับรู้การติดสารเสพติดในหญิงที่ติดสารเสพติดประเทศไทย มีความเครียดด้วยค่าเฉลี่ย 19.2 (ส่วนค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.5) ร้อยละ 56.1 ซึมเศร้าเล็กน้อย และร้อยละ 34.8 รับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ[15] อย่างไรก็ตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิตที่เปลี่ยน แปลงไปของจังหวัดมหาสารคามแตกต่างกับ ผลการศึกษาของ กรมสุขภาพจิต ช่วง 4 กรกฎาคม-11 สิงหาคม พ.ศ. 2566 โดยผลยังคงพบ ผู้มีปัจจัยเสี่ยงธุรกิจประสบปัญหาสภาพคล่อง/ล้มเหลว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้าน พลังใจ ด้วยค่า OR = 3.6 (95% CI = 2.8-4.6)

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

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)[16]

การนำเครื่องมือวิจัย CHAR-FIG เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการใช้โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการสาธารณสุขระดับอำเภอ แล้วนำไปบูรณาการกับการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี สถานีสุขภาพใจ และ “TO BE NUMBER ONE-YC-HERO” และเผยแพร่แลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดังกล่าว ในเวทีการประชุมระดับประเทศ แล้วกำหนดเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายนำสู่การปฏิบัติให้กับองค์การบริหารส่วนจังหวัดมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลทุกแห่งนำไปใช้ประเมินสุขภาพจิตและค้นหากลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้ต่อไป สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Enrico, G. C. และคณะ ที่จัดกิจกรรมแทรกแซงชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและความเท่าเทียมทางสังคม โดยดูแลผู้ป่วยทางจิตร่วมกันตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งในโรงเรียน ดูแลคนไร้บ้าน ขับเคลื่อนกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ติดตามสถานการณ์สุขภาพจิตเพื่อส่งเสริม/ป้องกัน ใช้ทรัพยากรและฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง ใส่ใจต่อจริยธรรม และกระบวนการเพื่อเสริมความร่วมมือที่เท่าเทียมกันนำไปสู่ความยั่งยืนระยะยาว[17]

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การขับเคลื่อนงานเพื่อแก้ไขปัญหาระบบเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคทางจิตเวช และยาเสพติดแบบบูรณาการภายใต้บทบาทหน้าที่ของคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตระดับจังหวัด คือ

(1) การวิเคราะห์สถานการสุขภาพจิตควบคู่กับการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างต่อเนื่อง

(2) การค้นหาและทดลองใช้นวตกรรมและกระบวนการพัฒนาที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่

(3) การขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตและยาเสพติดควบคู่กันอย่างต่อเนื่อง และที่สำคัญกระบวนการดำเนินงานควรอยู่ภายใต้แนวคิดการดูแลสุขภาพกายและจิตใจทุกกลุ่มวัยร่วม แก้ไขปัญหาเศรษฐกิจและยาเสพติด นำสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ (Health related Quality of Life: HQOL) ได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรม Mental Health Check in & E-mail Alert [Internet]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://checkin.dmh.go.th/

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 18 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2568
Research and Development Health System Journal
Vol.18 No.3 Sep - Dec 2025
DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://mkho-web.moph.go. th/web2023/frontend/web/index.php/showdetail?id=135

3. Gloster AT, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, Nicolaou C, Papacostas S, Aydın G, Chong YY, Chien WT, Cheng HY, Ruiz FJ, Garcia-Martin MB, Obando-Posada DP, Segura-Vargas MA, Vasiliou VS, McHugh L, Höfer S, Karekla M. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. PLoS One 2020; 15(12): e0244809. doi:10.1371/journal.pone.0244809

4. จังหวัดมหาสารคาม. คำสั่งจังหวัดมหาสารคาม เรื่อง แต่งตั้งคณะอนุกรรมการสุขภาพจิตจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 1253/2567 ลงวันที่ 27 พฤษภาคม พ.ศ. 2567. มหาสารคาม: จังหวัดมหาสารคาม; 2567.

5. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement; 30(3): pp. 607-610.

6. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.

7. Julious SA. Sample size of 12 per group rule of thumb for a pilot study. Pharm Stat 2005; 4(4): 287-91.

8. กัญจนี ศรีโสภา และคณะ. โมเดลเชิงเหตุและผลของความเหนื่อยหน่ายในงานของครู. วารสารวิชาการธรรม ทรรศน์ 2565; 22(2): 220-238.

9. นงนุช พลรวมเงิน และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างพลังสุขภาพจิตกับปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่นตอนปลายในเขตเมือง. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2565; 66(4): 267-76.

10. Teeravisutkul P, Chumchua V, Saengcharnchai P, Leelahanaj T. Stress and craving reduction under treatment with heart rate variability biofeedback and the Phramongkutklao model among patients with alcohol use disorder. Psychol Res Behav Manag 2019; 12 :619-627. doi: 10.2147/ prbm.s199762.

11. Levis B, Sun Y, He C, Wu Y, Krishnan A, Bhandari PM, Neupane D, Imran M, Brehaut E, Negeri Z, Fischer FH, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of the PHQ-2 alone and in combination with the PHQ-9 for screening to detect major depression: systematic review and meta-analysis. JAMA 2020; 323(22): 2290. doi: 10.1001/jama.2020.6504.

DOI: https://doi.org/10.64962/rdhsj.v18i3.2025.279242

12. ฉัตรศิริ ปิยะพิมลสิทธิ์. การใช้ IBM SPSS Statistics เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://sornorpoom.files.wordpress.com/2017/06/e0b 8a3e0b8a7e0b8a1spss.pdf
13. ปัตพงศ์ เกษสมบูรณ์. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 เมษายน 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://fammed.kku.ac.th/file_download/file_65.pdf
14. Pomaki G, Franche RL, Murray E, Khushrushahi N, Lampinen TM. Workplace-based work disability prevention interventions for workers with common mental health conditions: a review of the literature. J Occup Rehabil 2012; 22: 182-195. doi: 10.1007/s10926-011-9338-9.
15. Yangyuen S, Kanato M, Somdee T. Relationship between psychological factors and perceived stigma of addiction among women with substance use disorders, Thailand. J Educ Health Promot 2022; 11: 16. doi: 10.4103/jehp.jehp_572_21.
16. กรมสุขภาพจิต. การสำรวจสถานการณ์สุขภาพจิตคนไทยผ่าน Mental Health Check In. ใน: การประชุมเชิงปฏิบัติการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินโครงการประเมินสุขภาพจิตคนไทย; 6-7 มิถุนายน 2567; โรงแรมไมด้า งามวงศ์วาน จังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2567: หน้า 1-15.
17. Enrico GC, et al. Community interventions to promote mental health and social equity. Curr Psychiatry Rep 2019; 21(35): 1-14. doi: 10.1007/s11920-019-1017-0.