



ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายสร้างเสริมสุขภาพจิต ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

เยาว์ยานีย์ สุธะ¹, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ^{2*}, อุฬาริกา โยสิทธิ์¹ และ พรณิภา ปัญญาไว¹

¹ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

(วันที่รับบทความ: 11 สิงหาคม 2568; วันที่แก้ไข: 8 พฤศจิกายน 2568; วันที่ตอบรับ: 16 ธันวาคม 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยตัวแทนผู้นำชุมชน กลุ่มสตรี กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มอสม. และจิตอาสาในชุมชน โดยการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 50 คน ระยะเวลา 20 สัปดาห์ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต แบบประเมินความรู้ในการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต แบบประเมินความรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบ t-test

ผลการวิจัยพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของแกนนำเครือข่าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 23.39, p < .001, t = 13.23, p < .001$ และ $t = 7.35, p < .001$ ตามลำดับ) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 45.67, p < .001$ และ $t = 7.35, p < .001$ ตามลำดับ) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ดังนั้นโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้จึงมีประสิทธิผลในการเพิ่มพูนความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตแก่แกนนำเครือข่ายชุมชน ซึ่งสามารถนำไปสู่การส่งเสริมให้แกนนำที่มีศักยภาพทำหน้าที่เป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพแกนนำ การสร้างเสริมสุขภาพจิต ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

***ผู้รับผิดชอบบทความ:** ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ; inchainthep@gmail.com



Effectiveness of the Capacity Development Program for Network Leaders in Promoting Mental Health in the Ban Mae Kui Public Health Service Center area of responsibility in Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

Yaoyanee Suya¹, Sriprapai Inchaihp^{2*}, Ularika Yosit¹, and Phannipha Panyawai¹

¹ Ban Mae Kui Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province

² Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Lampang, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: 11 August 2025; Revised: 8 November 2025; Accepted: 16 December 2025)

Abstract

This quasi-experimental study with a two-group, pretest-posttest design aimed to compare mental health literacy, knowledge of mental health screening, and promotion and participation in mental health promotion among community network leaders in an experimental and comparison group before and after the intervention. The study sample consisted of 100 participants, including representatives from community leaders, women's groups, youth groups, elderly groups, village health volunteers (VHVs), and community volunteers. Participants were equally divided into an experimental group ($n = 50$) and a comparison group ($n = 50$). The intervention lasted 20 weeks. The research instruments included a capacity development program for community network leaders in mental health promotion, a knowledge assessment on mental health screening and promotion, a mental health literacy assessment, and a participation in mental health promotion scale. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests for hypothesis testing.

The study revealed that the experimental group's mean scores for mental health literacy, knowledge regarding mental health screening and promotion, and participation in mental health promotion of the network leaders were significantly higher after participating in the program compared with before participation ($t = 23.39$, $p < .001$; $t = 13.23$, $p < .001$; and $t = 7.35$, $p < .001$, respectively). The results of the comparison between groups showed that the mean score for mental health literacy and participation in mental health promotion of the experimental group were significantly higher than those of the comparison group at the .05 level $t = 45.67$, $p < .001$ และ $t = 7.35$, $p < .001$. However, there was no significant difference between the experimental and comparison groups regarding knowledge of mental health screening and promotion. These findings suggest that empowering community leaders with sufficient capacity can foster sustainable community-based mental health promotion initiatives.

Keywords: Capacity development, mental health promotion, mental health literacy

***Corresponding author:** Sriprapai Inchaihp; inchaihp@gmail.com



บทนำ

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) รายงานว่ามีประชากรทั่วโลกประมาณ 970 ล้านคน ที่เผชิญกับภาวะความผิดปกติทางจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การทำงาน และการใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีนัยสำคัญ ในบริบทของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2566) ระบุว่า มีประชาชนไทยกว่า 10 ล้านคนที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยอัตราความชุกของปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลที่พบได้ถึงร้อยละ 10 และ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประมาณร้อยละ 5.5 และพบมีเพียงร้อยละ 20 ที่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังคงเป็นปัญหาใหญ่ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล เนื่องจากบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีจำนวนจำกัดและมักกระจุกตัวอยู่ในเขตเมืองเป็นหลัก (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) ด้วยเหตุนี้ การส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในชุมชน การพัฒนาศักยภาพของแกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชนจึงถูกมองว่าเป็นหนึ่งในแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการเหล่านี้ (Kruk et al., 2017)

แนวความคิดมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ (Community Participation in Health Care) ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางว่าเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาสุขภาพในระดับชุมชน (Rifkin, 2021) แนวทางหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลคือการใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชน (community-based networks) โดยเฉพาะแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และหน่วยงานภาคประชาสังคม เข้ามามีบทบาทร่วมในการดูแลสุขภาพจิต เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มีความใกล้ชิดกับประชาชน เข้าใจบริบทของชุมชน และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kola et al., 2021 ; Cohen & Syme, 2013) การเสริมสร้างความร่วมมือในชุมชนช่วยให้การดูแลสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชน และลดอุปสรรคทางกายภาพและจิตใจ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของชุมชนยังสนับสนุนการสร้างความรู้ความเข้าใจ ลดความเครียดทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อโรคทางจิตใจ การใช้กลยุทธ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนานวัตกรรมการบำบัดและส่งเสริมสุขภาพจิตที่ยั่งยืน (Nguyen et al., 2023)

บทบาทของแกนนำภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะตัวกลางที่สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้ สนับสนุนกิจกรรมเชิงป้องกัน และเป็นกลไกในการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงหรือผู้ที่ต้องการการดูแลสุขภาพจิตได้อย่างทันท่วงที (กรมสุขภาพจิต, 2565) อย่างไรก็ตาม บทบาทของภาคีเครือข่ายเหล่านี้จะเกิดประสิทธิผลได้ก็ต่อเมื่อมีการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านองค์ความรู้ ทักษะการประเมินเบื้องต้น การให้คำปรึกษาเบื้องต้น และการส่งต่อที่เหมาะสม รวมถึงมีการออกแบบบริการให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน จะสามารถสร้างผลลัพธ์ที่ชัดเจนต่อทั้งตัวแกนนำและกลุ่มเป้าหมายในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหา



ทางจิตเบื้องต้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลต่อการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนกับหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว (Nguyen et al., 2020) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีการพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้ PPRRCE Model ประกอบด้วย การส่งเสริม การป้องกัน การบรรเทา การส่งต่อ การดูแลรักษา และการเสริมพลัง ซึ่งพบว่าสามารถส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.ได้ (วิสสุตนา พินพิบูลย์ และ อรุณ บุญสร้าง, 2568). แต่ยังไม่พบการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมศักยภาพแกนนำที่มุ่งเน้นให้เกิดความรอบรู้สุขภาพจิต แม้ว่าจะมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในพื้นที่ต่างๆ แต่ยังขาดการประเมินผลที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564)

จากสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชากรในเขตศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี จากปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 มีอัตราการตาย 0.10 , 0.21 และ 0.41 ตามลำดับ และเมื่อศึกษาข้อมูลผู้ป่วยสุขภาพจิตของเขตศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย ที่เข้ารับการวินิจฉัยและรักษาในระบบโรงพยาบาล ลำปาง 3 ปี จากปีงบประมาณ 2564 ถึง 2566 พบมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 224 ราย 236 ราย และ 241 รายตามลำดับ ประกอบกับข้อมูลการคัดกรองสุขภาพประชาชน อายุ 35 ปีขึ้นไป พบมีความเสี่ยงภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจาก 10 รายในปีงบประมาณ 2564 เป็น 17 ราย ในปี 2566 (ข้อมูลจากระบบการบันทึกการให้บริการของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย JHCIS ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๖) ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย เป็นหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด มีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในพื้นที่ แต่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากรและทรัพยากรทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการเสริมสร้างบทบาทของแกนนำภาคีเครือข่ายจึงถือเป็นกลยุทธ์สำคัญในการยกระดับการทำงานด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน และยังเป็นการกระจายอำนาจการดูแลสุขภาพจิตจากบุคลากรวิชาชีพไปสู่ชุมชนได้อย่างยั่งยืน (อรัญญา สุริยจันทร์, 2561) ด้วยเหตุนี้การวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุข จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการออกแบบโปรแกรมพัฒนาศักยภาพที่เหมาะสมต่อบริบทของแกนนำในชุมชน จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขแห่งชาติ และตอบสนองต่อสถานการณ์สุขภาพจิตในระดับท้องถิ่นได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ



สมมติฐานของการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายภายหลังจากได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ

- การมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน
- การสร้างเครือข่าย กำหนดโครงสร้าง และบทบาทแกนนำ
- การส่งเสริมความรู้สุขภาพจิตและปัญหาด้านสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

- การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตร่วมกับแกนนำชุมชน
- การลงพื้นที่คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต
- การใช้ทรัพยากรในและนอกชุมชนในการสนับสนุนกิจกรรม
- การใช้เทคโนโลยีในการส่งต่อ รักษาและติดตาม

กิจกรรมที่ 3 การประเมินผลและถอดบทเรียนการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชนแบบมีส่วนร่วม

- การประเมินผล และถอดบทเรียนการดำเนินกิจกรรม
- การกำหนดรูปแบบที่ดำเนินการโดยภาคีเครือข่าย

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต
2. ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต
3. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังทดลอง (Two-Group Pretest-Posttest Design) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 18 สิงหาคม ถึง 30 ธันวาคม 2567

ประชากร แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่กีย ตำบลปงแสนทอง อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง จำนวน 341 คน ในพื้นที่ 13 ชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พระภิกษุสงฆ์ แกนนำสตรี แกนนำสูงอายุ แกนนำชุมชน และแกนนำเยาวชน



เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) อายุ 18 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาอย่างน้อย 6 เดือนก่อนวันคัดเลือก.2) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้ 3) ผ่านการคัดกรองเบื้องต้นว่าไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรืออาการทางจิตเฉียบพลันที่จำกัดความสามารถในการให้ความยินยอมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างน้อย 80% ของเวลาเรียน/กิจกรรมที่กำหนด 2) มีการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการเปลี่ยนแปลงที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

กลุ่มตัวอย่าง แกนนำภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 100 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G^* power กำหนด effect size =0.702 โดยอ้างอิงจากวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม (บัณฑิต พิทักษ์, 2566) กำหนด $\alpha = 0.05$, power 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 45 คน คำนวณเพิ่มเพื่อป้องกันการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยสุ่มชุมชนเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 3 ชุมชน โดยชุมชนที่ใช้เป็นพื้นที่ทดลองได้แก่ ชุมชนบ้านแม่กีย บ้านสำเภา และบ้านหมอสม ส่วนชุมชนที่เป็นพื้นที่เปรียบเทียบได้แก่ ชุมชนบ้านปงแสนทอง บ้านสบตุ๋ย และบ้านไร่นาน้อย

ขั้นที่ 2 เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 6 ชุมชน ที่มีคุณสมบัติเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำสตรี แกนนำสูงอายุ แกนนำชุมชน และผู้ดูแลผู้ป่วย

ขั้นที่ 3 สุ่มเข้ากลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการจับคู่ (Match paired) เพื่อให้กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะใกล้เคียงกัน ตามคุณลักษณะด้านเพศ อายุ บทบาท ประสบการณ์และระดับการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 38 คน แกนนำสตรี 14 คน แกนนำสูงอายุ 24 คน แกนนำชุมชน 12 คน และผู้ดูแลผู้ป่วย 12 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของการวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชนของ Rifkin (2009) และแนวคิดของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ของ Jorm et al. (1997) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ (Preparation Phase) ระยะเวลา 1 เดือน ประกอบด้วย

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการคั่นข้อมูลสุขภาพจิต (Mental Health Situation Workshop) ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพประจำศูนย์บริการฯ

2) การจัดประชุมสร้างเครือข่ายและโครงสร้างการดำเนินงาน (Network Formation Meeting) โดยแกนนำร่วมกำหนดโครงสร้างคณะกรรมการเครือข่าย กำหนดบทบาทหน้าที่ และวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน



3) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมความรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy Training) ดำเนินการโดยพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชและคณะผู้วิจัย เนื้อหาครอบคลุม: ความเข้าใจพื้นฐานสุขภาพจิต การคัดกรองภาวะซึมเศร้า/ความคิดฆ่าตัวตาย และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (Implementation Phase) เพื่อพัฒนาทักษะและพฤติกรรมความร่วมมือของแกนนำในการส่งเสริมสุขภาพจิต ระยะเวลา: 2 เดือน ประกอบด้วย

1) การลงพื้นที่จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต (Community Mental Health Promotion) แกนนำดำเนินกิจกรรมตามบทบาท เช่น การติดโปสเตอร์ จัดเสียงตามสาย จัดกิจกรรมรณรงค์ในชุมชน และเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง (ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุติดบ้าน ฯลฯ) เพื่อให้คำปรึกษาเบื้องต้น

2) การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Screening) ใช้แบบคัดกรองมาตรฐาน ได้แก่ 2Q+, 9Q, 8Q และ MIND-6 ให้การดูแลเบื้องต้นตามระดับความรุนแรง และส่งต่อเข้ารับบริการรักษาตามระบบ โดยบันทึกข้อมูลในแบบติดตามผลสุขภาพจิต

3) การใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตามและส่งต่อ (Digital Mental Health Support) จัดตั้งกลุ่มไลน์สำหรับการสื่อสารระหว่างแกนนำ-เจ้าหน้าที่-ทีมวิจัยใช้เป็นช่องทางให้คำปรึกษา ส่งต่อผู้ป่วย และติดตามผลการดูแลต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 3 การสรุปและกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (Evaluation & Model Development Phase) ระยะเวลา 2 เดือน ประกอบด้วย

1) การจัดกลุ่มประเมินผลและสะท้อนผล (Focus Group Evaluation) แกนนำแบ่งกลุ่มย่อย (8-10 คน) ร่วมกันประเมินผลการดำเนินกิจกรรมและเสนอแนวทางปรับปรุง ก่อนนำเสนอผลต่อกลุ่มใหญ่

2) การร่วมกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต (Participatory Model Design) ใช้ผลการประเมินในครั้งที่ 2 มาสังเคราะห์ร่วมกับแกนนำและภาคีเครือข่าย เพื่อกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

3) การสรุปและประกาศใช้รูปแบบ (Consensus & Implementation Planning) จัดประชุมกลุ่มใหญ่เพื่อรับรองรูปแบบที่พัฒนา กำหนดคณะทำงาน บทบาทหน้าที่ และแผนการดำเนินงานระยะต่อไป

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพจิต พัฒนาโดย ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์ และคณะ (2561) ตามกรอบแนวคิดความรู้สุขภาพจิตของ Jorm et al. (1997) จำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต เป็นแบบทดสอบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ข้อผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การประเมินระดับความรู้ คือ คะแนน 12-15 มีความรู้ในระดับ ดี คะแนน 8-11 มีความรู้ในระดับ ปานกลาง และคะแนน 0-7 มีความรู้ในระดับ ไม่ดี



ตอนที่ 2 แบบประเมินความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตจำนวน 12 ข้อเป็น มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ระดับความความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต กำหนดด้วยคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต อยู่ในระดับไม่ดี

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตจำนวน 21 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย 3 หมายถึง เห็นด้วยมาก และ 4 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต กำหนดคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.00 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับพอใช้

คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน จัดการปัญหาทางจิตอยู่ในระดับไม่ดี

2.2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นแบบประเมินที่คณะผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต และความรู้และความสามารถในการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิต การแปลผล และให้การดูแลเบื้องต้นตามเกณฑ์ที่แบบคัดกรองระบุไว้ ประกอบด้วยความรู้ในการคัดกรองด้วย แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม แบบสังเกตอาการโรคจิต MIND-6 แบบคัดกรอง ASSIST ฉบับภาษาไทย ลักษณะเครื่องมือเป็นเลือกตอบ ถูกผิดจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนข้อที่ถูกได้ 1 คะแนน ข้อผิดได้ 0 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนความรู้โดยใช้จุดตัดของ Bloom (1968).ดังนี้ คะแนน 12-15 มีความรู้ในระดับ ดี คะแนน 8-11 มีความรู้ในระดับ ปานกลาง และคะแนน 0-7 มีความรู้ในระดับ ไม่ดี

2.3 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต พัฒนาโดย นางคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2561) จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม การมีส่วนร่วมในกิจกรรม การมีส่วนร่วมในการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ แบ่งระดับตามค่าเฉลี่ยคะแนนรวม ดังนี้

2.51 – 3.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับมาก

1.51 – 2.50 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับปานกลาง

1.00 – 1.50 หมายถึง มีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ในระดับน้อย



การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยส่งโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตและ แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วย จิตแพทย์ และพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of congruence: IOC) พบว่า เครื่องมือทั้งสองชุดมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.0 ซึ่งถือว่าข้อคำถามนั้นมีความสอดคล้องเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ (สุวิมล ตรีภานันท์, 2565)

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้สุขภาพจิต แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ไปทดลองใช้กับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้เข้าร่วมในโครงการวิจัย จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของ แบบประเมินความรู้ในการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์ KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนแบบประเมินความรู้สุขภาพจิต และแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบความเที่ยง ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพบกลุ่มเป้าหมาย ประชุมชี้แจงการดำเนินกิจกรรมการวิจัย และขอคำยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามรายละเอียดในหัวข้อการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบในพื้นที่ ที่ห่างกัน หลีกเลี่ยงการเปิดเผยกิจกรรมที่กลุ่มทดลองได้รับในช่องทางสาธารณะ ตามรายละเอียดดังนี้ต่อไป

2.1 กลุ่มทดลอง รายละเอียดการดำเนินการดังนี้

2.1.1 ขอความร่วมมือในการตอบแบบข้อมูล เกี่ยวกับความรู้สุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ก่อนเริ่มกิจกรรม

2.1.2 ดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพแกนนำภาคีเครือข่ายในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตามรายละเอียดที่ระบุไว้ในเครื่องมือการดำเนินการวิจัยดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างเครือข่ายและพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นกิจกรรมกลุ่มในการค้นหาข้อมูลสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมศักยภาพของแกนนำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพลังอำนาจแก่แกนนำเครือข่ายในชุมชน ใช้เวลาดำเนินการ 1 เดือน

กิจกรรมที่ 2 การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่ใช้เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการส่งเสริมพลังอำนาจแก่แกนนำเครือข่ายในชุมชน แกนนำดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มเสี่ยงเป็นระยะเวลา 2 เดือน



กิจกรรมที่ 3 กำหนดรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพจิตในชุมชน เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการหลังจากแกนนำชุมชนได้ลงพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มและร่วมกันกำหนดรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิต และร่วมกันให้ข้อเสนอแนะและสรุปรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลา 2 เดือน

2.2 กลุ่มเปรียบเทียบ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตตามปกติ ได้แก่ ได้รับการประชุมประจำเดือน พัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ผ่านช่องทางการประชาสัมพันธ์การให้ความรู้การดูแลสุขภาพพระบอบออนไลน์ของศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านแม่ก๊วย รวมถึงกำกับติดตามให้อสม.ดำเนินการกิจกรรมการคัดกรอง ให้คำปรึกษาเบื้องต้น และส่งต่อแก่บุคลากรสุขภาพ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการกับกลุ่มเสี่ยง 2 เดือน

4. เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม เกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิต ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลทุกชุดจนได้ข้อมูลครบตามที่กำหนดเพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

5. หลังสิ้นสุดการวิจัยถ้าพบว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้และความรอบรู้สุขภาพจิต นำกิจกรรมของโปรแกรมไปจัดให้แก่กลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้ได้รับการพัฒนาเทียบเท่ากลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Chi-square หรือ Fisher exact test

2. วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับ ความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้ และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำ ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ใช้สถิติการทดสอบที่ (paired t-test) โดยมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

4. เปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติการทดสอบที่แบบเป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) โดยมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ โดยพิจารณาจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E2566/ 139 รับรองวันที่ 16 มกราคม 2567 ก่อนวิจัยผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโปรแกรมจากกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ตอบรับหรือปฏิเสธการเข้า



ร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจโดยไม่มีผลต่อการรับบริการรักษาพยาบาลใดๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย และเก็บข้อมูลการวิจัยไว้เป็นความลับ หลังเสร็จสิ้นการวิจัยผู้วิจัยจะทำลายเอกสารทันที ทั้งนี้การนำเสนอข้อมูลผลการวิจัยจะไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงผู้ให้ข้อมูลได้

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 78 อายุ 51-60 ปี และ 61-70 ปี กลุ่มร้อยละ 40 เป็น อสม. ร้อยละ 38 โดยมีประสบการณ์น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 48 และระดับการศึกษา ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76 อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40 เป็น อสม. ร้อยละ 38 โดยมีประสบการณ์ 11-20 ปี ร้อยละ 38 และระดับการศึกษา ระดับศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 38 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's Exact Test พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง

รายการ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Chi-square/ Fisher exact test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ					0.56 ^{X²}	1	.812
ชาย	11	22	12	24			
หญิง	39	78	38	76			
อายุ					0.502 ^{Fisher}	3	.973
น้อยกว่า 50 ปี	5	10	4	8			
51-60 ปี	20	40	20	40			
61-70 ปี	20	40	19	38			
มากกว่า 70 ปี	5	10	7	14			
บทบาท					1.227 ^{X²}	4	.873
อสม.	19	38	19	38			
กลุ่มผู้สูงอายุ	9	18	12	24			
ผู้นำชุมชน	7	14	6	12			
กลุ่มสตรี	8	16	7	14			
ผู้ดูแลผู้ป่วย	8	16	6	12			
ประสบการณ์					3.413 ^{X²}	2	.332
น้อยกว่า 10 ปี	24	48	17	34			



รายการ	กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Chi-square/ Fisher exact test	df	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
11-20 ปี	18	36	19	38	5.111 ^{Fisher}	3	.164
มากกว่า 20 ปี	8	16	14	28			
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา	20	40	12	24			
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	20	10	20			
มัธยมศึกษาตอนปลาย	17	34	19	38			
ปริญญาตรี	3	6	9	18			

X² Chi-square test, ^{Fisher} Fisher's exact

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และ การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต

หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 23.39$, $p < .001$, Mean diff = 4.00, 95% CI = 3.29–3.90) คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 13.23$, $p < .001$, Mean diff = 1.70, 95% CI = 1.70–2.81) คะแนน เฉลี่ยด้านการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน สูงวก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ($t = 7.35$, $p = .001$, Mean diff = 0.44, 95% CI = 0.37–0.51) ทั้งนี้ คะแนนเฉลี่ยรายด้านของทั้งสาม ตัวแปรพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลัง ใช้โปรแกรม

ด้าน	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม		Mean diff	95%CI	t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1. ความรอบรู้สุขภาพจิตรวม	7.52	0.24	11.52	0.28	4.00	3.29- 4.12	23.39	< .001*
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	8.86	0.35	10.28	0.57	1.42	1.24- 1.59	16.48	< .001*
1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.04	0.58	3.68	0.47	0.64	0.49-0.79	3.91	.001*
1.3 ความสามารถในการรับรู้	2.34	0.62	3.35	0.48	1.01	0.87 – 1.71	9.07	< .001*
ปัญหา การป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิต								
2. ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต	6.90	0.77	8.80	0.57	1.90	1.70 - 2.81	13.23	< .001*
3. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	2.21	0.08	2.55	0.16	0.44	0.37- 0.51	7.35	.001*
3.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนกิจกรรม	2.18	0.22	2.62	0.26	0.42	0.34- 0.50	12.83	< .001*
3.2 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรม	2.35	0.32	2.77	0.22	0.14	0.11- 0.17	10.47	< .001*
3.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.11	0.12	2.25	0.08	0.34	0.30- 0.38	9.35	.003*

*p-value < .05

ส่วนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านสุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบแนวทางระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่าย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวม ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 7.55$, $p < .001$, Mean difference = 2.30, 95% CI = 2.11–2.49) คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนในภาพรวม ในกลุ่มทดลอง



มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 12.66$, $p < .001$, Mean diff = 0.49, 95% CI = 0.44 - 0.53) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ ($t = 1.81$, $p = 0.74$, Mean diff = 0.30, 95% CI = -0.19-0.42) ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยรายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต และด้านความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และจัดการปัญหาทางจิตพบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยรายด้านของการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกด้าน (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความรอบรู้สุขภาพจิต และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองหลังการทดลอง

ด้าน	กลุ่ม เปรียบเทียบ (n = 50)		กลุ่มทดลอง (n = 50)		Mean diff	95%CI	t	p- value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
1.ความรอบรู้สุขภาพจิตรวม	9.22	0.61	11.52	0.28	2.30	2.11- 2.49	7.55	<.001*
1.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต	9.64	0.51	10.28	0.57	0.64	0.43- 0.85	2.69	.045*
1.2 ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต	3.19	0.88	3.68	0.47	0.49	0.21- 0.77	2.75	.007*
1.3 ความสามารถในการรับรู้ ปัญหา การป้องกัน และจัดการ ปัญหาทางจิต	3.02	0.42	3.35	0.48	0.33	-0.17- 0.43	1.95	.054
2.ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและ การส่งเสริมสุขภาพจิต	8.50	0.42	8.80	0.57	0.30	-0.19- 0.42	1.81	.074
3. การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริม สุขภาพจิตในชุมชน	2.06	0.16	2.55	0.16	0.49	0.44- 0.53	12.66	.001*
3.1 การมีส่วนร่วมในการวางแผน กิจกรรม	2.08	0.24	2.62	0.26	0.54	0.49- 0.61	15.24	< .001*
3.2 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	2.24	0.24	2.77	0.22	0.53	0.48- 0.57	11.25	< .001*
3.3 การมีส่วนร่วมในการ ประเมินผล	1.86	0.28	2.25	0.08	0.37	0.32- 0.41	7.39	< .001*

*p-value< .05



อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต แกนนำภาคีเครือข่ายมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิต ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิต และการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของแกนนำภาคีเครือข่ายสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยสะท้อนถึงประสิทธิผลของการออกแบบกิจกรรมของโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การเรียนรู้เชิงปฏิบัติ และการเชื่อมโยงกับบริบทชุมชน ตามแนวคิด การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ตามแนวคิดของ Rifkin (2009) ที่อธิบายว่าการเปิดโอกาสให้แกนนำภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ไปจนถึงการประเมินผล ทำให้ประชาชนเกิดความเป็นเจ้าของ และมีพลังในการจัดการสุขภาพของตนเอง กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมให้แกนนำเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม กระบวนการส่งเสริมความรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ช่วยเพิ่มความรู้และความมั่นใจในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตของแกนนำในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ (Nguyen et al., 2020 และ Kola et al., 2021) นอกจากนี้กิจกรรมของโปรแกรมยังมีการสอดแทรกเนื้อหาที่ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การสร้างความรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต การส่งเสริมสุขภาพจิตและจัดการปัญหาทางจิตยังเป็นไปตามแนวคิดของความรอบรู้สุขภาพจิต (Mental Health Literacy) ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญที่ช่วยให้บุคคลสามารถประเมิน คัดกรอง และจัดการกับภาวะสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Jorm, A. F., 2012) เหตุผลดังกล่าวนี้จึงทำให้แกนนำ มีความมั่นใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลในความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น

ผลการวิจัยที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งเสริมสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ รียาพันธ์, นียดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ (2564) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สามารถเพิ่มความรู้อและความสามารถในการเฝ้าระวังภาวะสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับการศึกษาของ สสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง (2568) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถพัฒนาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต ยังสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของแกนนำในการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเมื่อแกนนำชุมชนมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น จะสามารถแสดงบทบาทเชิงรุกในการร่วมออกแบบแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับพื้นที่ตนเองมากขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Rifkin (2009) ที่ระบุว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีหลายระดับ เริ่มจากการเข้าร่วมกิจกรรม ไปจนถึงการวางแผน ร่วมตัดสินใจ และประเมินผล ซึ่งแต่ละระดับต้องการความรู้ ความเข้าใจ และพลังอำนาจที่ต่างกัน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลนั้นต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการสะท้อนความคิดเห็น จะเห็นได้ว่า โปรแกรมพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้อ ความสามารถในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาทางจิตเบื้องต้น ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคประชาชนกับหน่วยงานสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว ตอบสนองต่อนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตเวช (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข, 2565)



ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า แกนนำภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพจิต มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้สุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 เนื่องจากโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมที่หลากหลาย มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องของแกนนำ แตกต่างจากกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพแกนนำในกลุ่มเปรียบเทียบที่มุ่งเน้นการให้ความรู้ผ่านการอบรม แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมให้แกนนำมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิต แลกเปลี่ยนความเชื่อโดยการจัดกิจกรรมเชิงรุก การสื่อสารความรู้ที่เข้าใจง่าย การอภิปรายแลกเปลี่ยนร่วมกัน และการใช้สถานการณ์จำลองในการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเรียนรู้ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและการเพิ่มความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ ธิยาพันธ์, นียดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประครองยศ (2564) ที่พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตที่มีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถส่งผลต่อการเพิ่มความรอบรู้สุขภาพจิตของแกนนำชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ การจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นการเรียนรู้ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม และการเรียนรู้ร่วมกันอย่างมีระบบ ทำให้แกนนำเกิดการเรียนรู้เชิงลึกและปรับทัศนคติเชิงบวกต่อสุขภาพจิตมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของความรอบรู้สุขภาพจิต ที่ช่วยให้บุคคลสามารถประเมิน คัดกรอง และจัดการกับภาวะสุขภาพจิตได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น (Jorm J.F, 2012) อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้สุขภาพจิตรายด้านพบว่า ด้านความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน เนื่องจากทักษะเหล่านี้จำเป็นต้องพัฒนาจากประสบการณ์จริง มีการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงต่อเนื่อง หรือการติดตามผลในระยะยาวจึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงชัดเจน ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) (2566) ที่ระบุว่า การพัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพจิตในระดับชุมชน ควรมีการจัดกิจกรรมต่อเนื่อง มีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมอย่างยั่งยืน โดยเฉพาะทักษะในการคัดกรองและการให้คำแนะนำเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตนั้นต้องอาศัยการฝึกปฏิบัติภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Wei et al. (2015) ที่พบว่าหลังการอบรมด้านสุขภาพจิต แกนนำชุมชนมีความรู้และทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน แต่ยังคงมีข้อจำกัดในการนำความรู้ไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะการให้การดูแลหรือส่งต่อกรณีซับซ้อน ข้อค้นพบนี้ยังตรงกับรายงานของ Kitchenner & Jorm (2006) ที่ระบุว่า การฝึกอบรมด้านการดูแลสุขภาพจิตเบื้องต้น สามารถเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชได้ดีในระยะสั้น แต่การพัฒนาทักษะจำเป็นต้องมีการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้อาจมีปัจจัยด้านบริบท เช่น ประสบการณ์เดิมของกลุ่มเปรียบเทียบ บทบาทหน้าที่ของแกนนำในชุมชนที่อาจได้รับข้อมูลสุขภาพจิตจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งทำให้คะแนนในด้านทักษะการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มที่ใช้โปรแกรมกับกลุ่มเปรียบเทียบใกล้เคียงกัน

ผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ใช้ในงานวิจัยนี้ประกอบด้วยกิจกรรมของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างแกนนำในชุมชน ที่จะช่วยให้แกนนำได้รับข้อมูล ความรู้ และทักษะที่ชัดเจนในการทำหน้าที่ด้านสุขภาพจิตในชุมชน โดยอาศัยการสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายและทีมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมบัติ ธิยาพันธ์, นียดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประครองยศ (2564) ที่พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถส่งเสริมการปฏิบัติในการดูแล



สุขภาพจิตของ อสม.ได้ และการวิจัยของ ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทตรา จุฑามณี และ อรพิชา เกตุพันธ์ (2563) ที่ศึกษาการพัฒนาศักยภาพของ อสม.เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต ให้สามารถขับเคลื่อนและขยายผลแกนนำ พบว่า อสม. สามารถส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมในด้านสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชนได้ การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายที่เพิ่มขึ้นภายหลังการใช้โปรแกรม จึงสะท้อนถึงประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาแกนนำ ซึ่งสามารถนำไปขยายผลใช้กับการเสริมสร้างพลังชุมชนด้านสุขภาพจิตในระดับพื้นที่อื่น ๆ ได้

โดยสรุป โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพในครั้งนี้มีประสิทธิผลในแง่ของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ในด้านทักษะการดูแล และคัดกรองยังคงต้องการการเสริมพลังผ่านกิจกรรมต่อเนื่อง เช่น การฝึกภาคสนาม การสร้างกลุ่ม เครือข่ายความช่วยเหลือ การกำหนดให้มีที่ปรึกษา หรือการให้คำปรึกษาระหว่างทำงาน ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติจริง อันจะนำไปสู่ระบบสุขภาพจิตชุมชนที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระยะยาว อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการสุ่มพื้นที่วิจัย ที่อาจจะส่งผลต่อการส่งต่อข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากเป็นวิจัยที่ศึกษาในชุมชนถึงแม้จะมีการแยกพื้นที่การศึกษาให้ห่างไกลกันแล้ว ยังอาจจะมีการสื่อสารวิธีอื่นๆที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคลาดเคลื่อนของการวิจัยได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือสำนักงานสาธารณสุข กำหนดนโยบายในการบูรณาการโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพเข้าในงานส่งเสริมสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุข หรือรพ.สต. เพื่อให้แกนนำภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาศักยภาพ และส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

บุคลากรสุขภาพในระดับปฐมภูมิควรนำโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพไปใช้ โดยควรเพิ่มช่วงเวลาในการทำกิจกรรม โดยเพิ่มระยะของการฝึกฝนการคัดกรอง ประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น และการดูแลเบื้องต้นแก่ประชาชน กลุ่มเสี่ยง โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นพี่เลี้ยงหรือเป็นที่ปรึกษา เพื่อให้โปรแกรมนี้สามารถพัฒนาความรอบรู้สุขภาพจิตของแกนนำภาคีเครือข่ายได้ทุกด้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเพื่อติดตามประเมินผลบทบาทแกนนำภาคีเครือข่ายในการดูแลเบื้องต้นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชน ในระยะ 6 เดือนหรือ 1 ปี เพื่อดูความต่อเนื่องและยั่งยืนของผลลัพธ์การวิจัย
2. การศึกษาผลกระทบของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ในด้านการค้นหาผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้สามารถเข้าถึงกระบวนการดูแลส่งเสริมป้องกันและส่งต่อเข้ารับการรักษา



3.การขยายผลการนำกิจกรรมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อขยายการมีส่วนร่วมในการให้บริการอย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565). รายงานการดำเนินงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประจำปี 2565. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตประเทศไทย ปี 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนปฏิบัติราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566. กระทรวงสาธารณสุข.
- นงคราญ ศรรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2561). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนาวิ, 47(2), 446-463.
- บัณฑิต พิกักษ์. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, 15(3), 38-52.
- ดุชนี บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทรา จุฑาภรณ์ และ อรพิชา เกตุพันธ์ (2563). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110.
- วิสสุตา นพพิบูลย์ และ อรุณ บุญสร้าง. (2568). การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา, 5(2), 1-21.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี ทุ่งมีผล และวินัย รอบคอบ. (2561). การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุตรดิตถ์, 10(2), 97-109.
- สมบัติ รียาพันธ์, นิดดา ภู่อุสาสน์ และ ญาดา ประคองยศ. (2564). การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เขตบางซื่อ กรุงเทพมหานคร. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 65(2), 143-152.
- สุวิมล ตรีภานันท์. (2565). การสร้างและพัฒนาเครื่องมือวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2566). รายงานสุขภาพคนไทย 2565: ครอบครัวไทยในวิกฤตโควิด-19. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. สืบค้นจาก <https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/report/thaihealth.php?l=thai&y=2022>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). รายงานสถานการณ์ระบบสุขภาพไทย พ.ศ. 2564. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580).



- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *การทบทวนวรรณกรรมเชิงระบบเรื่องสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย*. กระทรวงสาธารณสุข.
- อรัญญา สุริยจันทร์. (2561). กลยุทธ์ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดอุดรธานี. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 12(28), 52-71.
- Bloom, B. S. (1968). Learning for mastery: Instruction and curriculum (Topical papers and reprints, No. 1). Evaluation Comment, 1(2), n2.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (Eds.). (2013). *Social support and health*. Academic Press.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231–243. <https://doi.org/10.1037/a0025957>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2006). Mental health first aid training: Review of evaluation studies. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 6–8. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01735.x>
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., et al (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: Reimagining global mental health. *The Lancet Psychiatry*, 8(6), 535–550. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
- Kruk, M. E., Gage, K. D., Arsenault, S., Jordan, K., Leslie, H. H., Roder-DeWan, S., et al (2017). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *The Lancet Global Health*, 5(11), e1196–e1252.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), 113–120.
- Laverack, G. (2006). Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 24(1), 113–120. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3013267/>
- Nguyen, A. J., Weiss, B., Trung, L. T., Ngo, V. K., & Pollack, A. A. (2020). Mental health literacy, help-seeking behavior, and exposure to health communication messages among caregivers in Vietnam. *Health Education & Behavior*, 47(5), 693–702. <https://doi.org/10.1177/1090198120939184>



- Nguyen, T. T., Lee, S. M., & Tran, Q. T. (2023). Community engagement and mental health promotion: Strategies and impact. *Journal of Community Health*, 48(2), 189–202. <https://doi.org/10.1007/s10900-022-01020-3>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Rifkin, S. B. (2009). Lessons from community participation in health programmes: A review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, 1(1), 31–36, <https://doi.org/10.1016/j.inhe.2009.02.001>
- Rifkin, S. B. (2021). Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Global Health*, 6(12), e007469.
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15, 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>