

นิพนธ์ต้นฉบับ

ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของ ประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย

รวีพรดี พูลลาภ

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชน ในเขตเทศบาลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงรายกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน ชุมชนน้ำจ้ำและชุมชนบ้านเด่น จำนวน 403 คน โดยใช้แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิตใหม่ (ST-5) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิตใหม่ (DS8) และแบบสอบถามข้อมูลด้านการจัดการความเครียด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า 12 คน คิดเป็นร้อยละ 2.96 เสี่ยงคิดฆ่าตัวตาย 13 คน คิดเป็นร้อยละ 3.20 และส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย 353 คน คิดเป็นร้อยละ 86.95 ส่วนการจัดการความเครียดใช้วิธี พูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวหรือเพื่อที่ไว้ใจสูงสุด มีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา ได้แก่ เมื่อเกิดปัญหาพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทนมีค่าเฉลี่ย 2.04 และ ยอมรับในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อแก้ไขอะไรไม่ได้มีค่าเฉลี่ย 2.02 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ ผู้ที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ การดูแลสุขภาพจิตและกิจกรรมสานสัมพันธ์ เพื่อพัฒนาจิตใจของคนในชุมชน

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, การคิดฆ่าตัวตาย, ความเครียด

Original Article

Depression, Suicide, Stress and Stress Management in Tambon Mueangphan, Amphor mueangphan Chaing Rai Province

Rawipat Pullarp
School of Health Science, Chiang Rai Rajabhat University

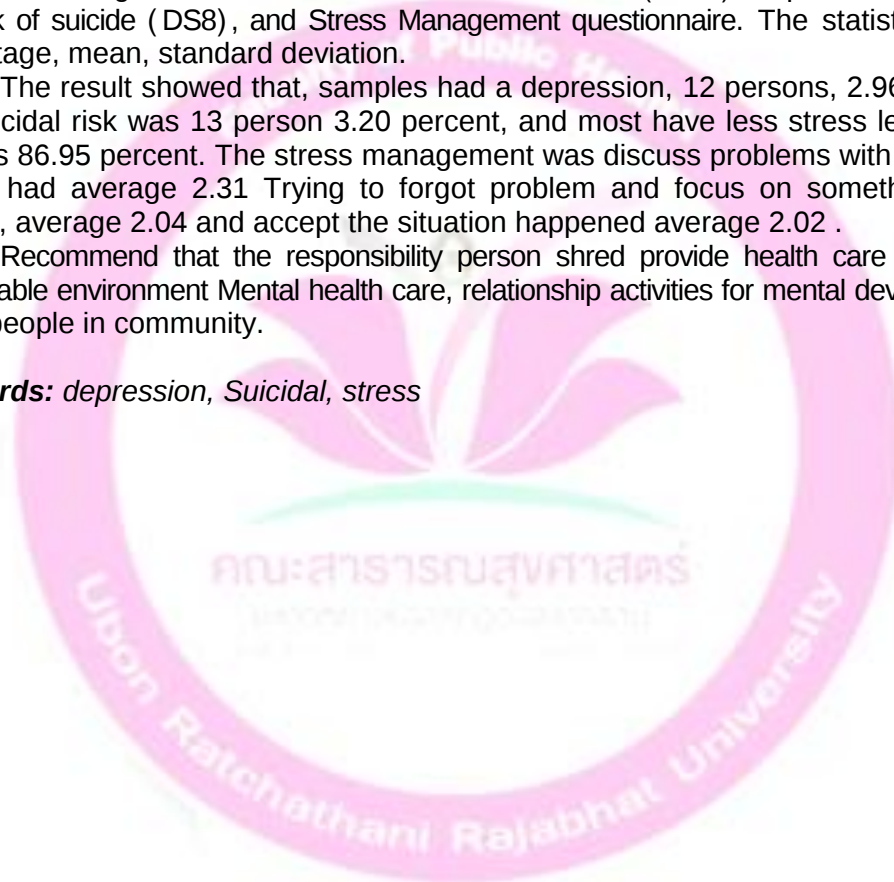
Abstract

This research aimed to study depression, suicide, stress and stress management in Ampor MueangPhan. Samples were 403 persons, in Numjum and Baden village of Tumbon MueangPhan. Tool was a stress assessment (ST-5), depress assessment and risk of suicide (DS8), and Stress Management questionnaire. The statistics were percentage, mean, standard deviation.

The result showed that, samples had a depression, 12 persons, 2.96 percent and suicidal risk was 13 person 3.20 percent, and most have less stress levels 353 persons 86.95 percent. The stress management was discuss problems with family or friends had average 2.31 Trying to forgot problem and focus on something else instead, average 2.04 and accept the situation happened average 2.02 .

Recommend that the responsibility person shred provide health care activities, comfortable environment Mental health care, relationship activities for mental development of the people in community.

Keywords: depression, Suicidal, stress



บทนำ

ในยุคที่สภาพสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วมีการแข่งขันกันสูงทำให้ความเครียดเป็นปัญหาของคนตั้งแต่วัยเด็กจนถึงผู้สูงอายุและทุกชนชั้นของสังคม (เบญจายอด ดำเนิน-แอ็ดติกิจ 2542) จากผลการประชุมระดับชาติเรื่องความเครียดโดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี พ.ศ.2540 พบว่า คนไทยมีความเครียดไม่ต่ำกว่า 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากร (วรเดช ช้างแก้วและคณะ 2545) และจากการสำรวจความเครียดของประชาชนในประเทศไทย 76 จังหวัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันราชภัฏสวนดุสิต และสวนดุสิตโพล ในปี พ.ศ. 2539 กลุ่มตัวอย่าง 10,755 ราย พบว่า มีความเครียดร้อยละ 67.6 สาเหตุที่ทำให้เครียด ได้แก่ ปัญหาการทำงานและอาชีพ ปัญหาการเรียนและการศึกษา และปัญหาทางการเงินและเศรษฐกิจ การปรับตัวของคนในองค์กรและสถานบันทางสังคมไม่ทันกัน จึงเกิดความขัดแย้งขึ้นก่อนให้เกิดความเครียดในสังคมนำไปสู่การเสื่อมสลายขององค์กรหรือสถาบันหรือพฤติกรรมเบี่ยงเบนต่างๆ เช่น ความรุนแรง การฆ่าตัวตาย (ประเวศ วะสี 2541) พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆที่หากดำเนินไปจนสำเร็จจะทำให้เกิดอันตรายรุนแรง จนถึงแก่ความตายได้ พฤติกรรมฆ่าตัวตายมีตั้งแต่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicide)

นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพทางจิตวิทยาสังคมในการทำงาน (Psychosocial Working Condition) เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดจากการทำงานโดยเฉพาะสภาพแวดล้อมจากการทำงานที่อาจเป็นสาเหตุของโรคสุขภาพจิต ได้แก่

งานที่ต้องใช้อิริยาบถซ้ำซาก งานประกอบชิ้นส่วน ในอุตสาหกรรม งานควบคุมเครื่องจักร งานล่วงเวลา การจ้างเหมาค่าแรงเป็นรายชิ้น เวลาการทำงานที่ขาดความยืดหยุ่น การควบคุมกำกับงานที่ไม่ชัดเจน และงานที่ไม่ตรงกับความรู้ความสามารถของผู้ทำงานเป็นต้น (ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุขและคณะ 2544)

ความเครียดเกิดจากการปรับตัวใหม่ของบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่ว่าจะพอใจหรือไม่พอใจก็ตาม การปรับตัวใหม่ทำให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้นจึงนับได้ว่าความเครียดเป็นกระบวนการของชีวิตเป็นสิ่งที่บุคคลไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้มีผลต่อบุคคลทั้งในด้านผลดีและผลเสีย ผลดี คือ การที่บุคคลมีความเครียดในระดับที่พอเหมาะ จะทำให้มีแรงกระตุ้นเป็นภาวะที่ทำให้ร่างกายตื่นตัว เพื่อการตอบสนองทำท่ายต่างๆ ในชีวิตประจำวันสามารถกระทำกิจกรรมให้บรรลุเป้าหมายได้ (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์และคณะ 2547) ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเครียดมากเกินไปไม่สามารถจัดการกับความเครียดหรือปรับลดพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเครียดก็จะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจได้ผลกระทบที่เกิดขึ้นทางด้านร่างกาย เช่น อาการปวดศีรษะ อ่อนเพลีย คลื่นไส้อาเจียนมือเท้าเย็นนอนไม่หลับหรือนอนมากเกินไปเกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดโรคเกี่ยวกับกระเพาะอาหารและลำไส้โรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและโครงสร้างรวมถึงโรคมะเร็ง (วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์และคณะ 2547) และผลกระทบทางด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล โกรธง่าย ก้าวร้าว หวาดกลัว หลงลืม ขาดสมาธิ ขาดความอบอุ่น กลุ่มอาชีพที่มีความเครียดสูงและอาจป่วยด้วยโรคที่เกิดจากผลกระทบของความเครียดสูงและอาจป่วยด้วยโรคที่เกิดจากผลกระทบของความเครียดที่มีต่อร่างกายและจิตใจ ได้แก่ กลุ่มอาชีพ ด้านบริการลูกค้าในโรงงานอุตสาหกรรมและบุคลากรทางการแพทย์เป็นต้น (ทองศักดิ์ ยิ่งรัตนสุขและคณะ 2544)

ความเครียดจึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานทั้งร่างกายและจิตใจ หรือแม้กระทั่งในระดับที่ต่ำความเครียดจะนำไปสู่ความไม่สบายทางจิตประสาท โรคพิษสุราเรื้อรัง การใช้ยาเสพติดเกิดเหตุหรือสภาพพฤติกรรมอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร เช่น การขาดงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวมีมากขึ้น การสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งเป็นการสูญเสียทรัพยากรที่สำคัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับความเครียดประชาชนในชุมชนน้ำจืดและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย ซึ่งการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพจิตจะเกิดผลดีต่อสภาพเศรษฐกิจของจังหวัดและของชาติ

หากมีประวัติการเจ็บป่วยโรคซึมเศร้าของคนในครอบครัวก็เพิ่มการป่วยโรคนี้กับสมาชิกอื่นในบ้านแต่ก็มีได้หมายความว่าจะเป็นกันทุกคน ปัจจัยที่กระตุ้นให้คนที่ป่วยเสี่ยงเหล่านี้มีโอกาสเกิดอาการก็คือความเครียดแต่ทั้งนี้คนที่ไม่มีญาติเคยป่วยก็อาจเกิดเป็นโรคนี้ได้มักพบว่าผู้ป่วยโรคนี้ จะมีความผิดปกติของระดับสารเคมีที่เซลล์สมองสร้างขึ้นเพื่อรักษาสมดุลของอารมณ์สภาพจิตใจที่เกิดจากการเลี้ยงดูก็เป็นปัจจัยที่เสี่ยงอีกประการหนึ่งต่อการเกิดโรคซึมเศร้าเช่นกันคนที่ขาดความภูมิใจในตนเองมองตนเองและโลกที่เขาอยู่ในแง่ลบตลอดเวลาหรือเครียดง่ายเมื่อเจอกับมรสุมชีวิต ล้วนทำให้เขาเหล่านั้นมีโอกาสป่วยง่ายขึ้น นอกจากนี้หากชีวิตพบกับการสูญเสียครั้งใหญ่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรังความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น หรือต้องมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ปรารถนา ก็อาจกระตุ้นให้โรคซึมเศร้ากำเริบได้สาเหตุที่จะกระตุ้นการเกิดโรคซึมเศร้าที่พบบ่อยก็คือการมีทั้งความเสี่ยงทางพันธุกรรมทางสภาพจิตใจจะจบกับการเผชิญกับสถานการณ์เลวร้ายร่วมกันทั้ง 3 ปัจจัยมีผู้ที่ฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 60 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยคนที่เป็นโรคนี้เมื่อประสบกับความ

ผิดหวังหรือปัญหาในชีวิตไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว ความรัก หรือการศึกษา ผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า จากการสำรวจประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือมากกว่า 3 ล้านคนยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วยและโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อแม่สู่ลูกอีกด้วย

โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองชื่อ เซโรโทนิน (Serotonin) มีปริมาณลดลงทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกท้อแท้หงอยเหงาเบื่อหน่ายไม่สนุกสนานกับชีวิต นอนไม่หลับ สะดุ้งตื่นกลางดึก ฝันร้ายบ่อยครั้งส่งผลกระทบให้ความสามารถในการทำงานลดลง ซึ่งโรคนี้มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมจากพ่อแม่สู่ลูกได้แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ที่ป่วยจะต้องอยากฆ่าตัวตายเสมอไปขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและปัจจัยกระตุ้นด้วย ลักษณะของคนที่เป็นโรคซึมเศร้ามักชอบแยกตัวอยู่คนเดียวย่ำคิดย่ำทำเชื่อข้างซึมเก็บตัว ชอบพูดเปรยว่าถ้าไม่มีเขาอะไรคงจะดีขึ้นและพูดสิ่งเสียอยู่เรื่อยๆ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหนักราว 2-3 เดือนถือเป็นช่วงอันตรายที่สุดเพราะมีโอกาสคิดสั้นฆ่าตัวตายสูงมากหากมีเรื่องกระทบจิตใจเพียงนิดเดียว แต่ถ้าพ้นช่วงนี้ไปได้ก็จะกลับสู่ภาวะปกติ ซึ่งอาการของโรคจะกำเริบเมื่อไรไม่มีใครรู้ล่วงหน้า บางคน 1-2 ปี จึงจะออกอาการบางคนเพียง 6 เดือนแต่ถ้ารู้ว่าตัวเองป่วยก็สามารถรักษาให้หายได้ด้วยการเข้าพบจิตแพทย์และกินยาตามที่แพทย์สั่ง

ปัญหาการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ดังเห็นได้จากอุบัติการณ์ที่พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตาย 1 ใน 5 อันดับแรกของเกือบทุกประเทศโดยในแต่ละปีมีค่าฆ่าตัวตายทั่วโลกมากกว่า 1,000,000 คน หรือวันละ 2,739 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 114 คน หรือนาทีละ 2 คน การฆ่าตัวตายหรือการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขและปัญหาสังคมที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษา

พบว่าแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000-5,000 คน มากกว่าฆ่ากันตายซึ่งมีประมาณ 3,300-3,800 ราย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2546) และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมดทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิตพบว่ามีจำนวนรวมสูงถึง 25,000-27,000 คนต่อปี (อภิรัชย์ มงคลและคณะ 2546) ลักษณะประชากรของผู้ฆ่าตัวตายพบมากในวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 34-35 ปี รองลงไปคือระหว่างอายุ 20-24 ปี พบสูงสุดคือภาคเหนือ รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ ตามลำดับ เพศชายทำร้ายตนเองมากกว่าเพศหญิง และมากกว่าร้อยละ 50 มีสถานะภาคู่ (ทวี ตั้งเสรี 2549) สาเหตุของการฆ่าตัวตายไม่สามารถที่จะบอกสาเหตุโดยเฉพาะของการฆ่าตัวตายได้มีทั้งปัญหาด้านร่างกาย ด้านจิตวิทยา เช่น การปรับตัว บุคลิกภาพของบุคคลความเข้มแข็ง ด้านจิตใจการอบรมเลี้ยงดูรวมทั้งปัญหาทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและการเจ็บป่วย

ปัจจุบันการฆ่าตัวตายอันเนื่องมาจากปัญหาเฉลี่ยบพล้นมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างมากและปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายจากการรวบรวมผลงานการศึกษาวิจัยปัจจัยเสี่ยงระยะยาวได้แก่บุคคลที่มีญาติสนิทฆ่าตัวตายซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรม การฆ่าตัวตายเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงอัตราสามคนต่อหนึ่ง บุคคลที่ไม่มีญาติสนิท ไม่มีที่พึ่งอยู่ตามลำพัง ไม่มีคู่ครองไม่มีงานทำ เศรษฐกิจตกต่ำ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะหน้า ได้แก่ โรคทางจิตเวช ภาวะติดสุรา และสารเสพติด กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีชีวิตอย่างโดดเดี่ยว มีการสูญเสีย เคยพยายามฆ่าตัวตาย เป็นโรคทางจิตเวช กลุ่มเด็ก และวัยรุ่นที่มีปัญหาในโรงเรียนมีญาติฆ่าตัวตาย เด็กกับพ่อแม่พูดกันไม่รู้เรื่อง (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล 2543)

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความเสียหายทั้งต่อผู้ฆ่าตัวตายเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบต่อผู้ป่วยได้แก่ การเสียชีวิตเกิดการบาดเจ็บทางร่างกายเกิดความพิการ ผลทางด้านจิตใจเกิดความรู้สึกผิดโกรธตัวเอง รู้สึกไร้ค่า และทำให้ผู้อื่นลำบากอาจเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจนสำเร็จได้ผลกระทบต่อบริการทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกเสียใจ เกิดความทุกข์ เกิดปัญหาเศรษฐกิจกระทบต่อความเป็นอยู่และยังส่งผลกระทบต่อสังคม ประเทศชาติทั้งในแง่ปัญหาสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง ปัญหาเศรษฐกิจทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือพิการ สูญเสียทรัพยากรมนุษย์ในการพัฒนาสังคมและประเทศชาติ ผลกระทบของการฆ่าตัวตายไม่สามารถบอกได้ว่าจะดีขึ้นหรือหมดไปเมื่อไร ดังนั้นปัญหาการฆ่าตัวตายต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าจะไม่สามารถลดอุบัติการณ์ปัญหาสุขภาพจิต หรือการพยายามฆ่าตัวตายตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ แม้ว่าจะมีมาตรการป้องกันและการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยความร่วมมือกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งการพัฒนายุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพจิตปรับปรุงการบริการทางสุขภาพจิต มีคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพัฒนาเครือข่าย มีแผนและโครงการเกี่ยวกับการป้องกันช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้มีภาวะเสี่ยงในการฆ่าตัวตายรวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้ ศักยภาพนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ปรับใช้ตามวัฒนธรรมและวิถีชีวิตรวมทั้งการศึกษาสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนในปัจจุบันยังมีอยู่จำนวนไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสภาพปัญหาทางจิตในภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และความเครียดในเขตเทศบาลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย
2. เพื่อศึกษาความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย จำนวน 7,135 คน (ข้อมูลจากเทศบาลตำบลเมืองพาน จังหวัดเชียงราย 25 มีนาคม 2557)

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการเปิดตารางของเครซีและมอร์แกนจำนวนประชากรในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน จำนวน 7,135 คน เปิดตารางเครซีและมอร์แกนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 364 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เลือกชุมชน 2 ชุมชน อย่างจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ชุมชนน้ำจ้ำ และชุมชนบ้านเด่นจากหมู่บ้านในเขตเทศบาล จำนวนทั้งสิ้น 10 หมู่บ้าน

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 13 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดกรมสุขภาพจิต (ใหม่) (ST-5) จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต (ใหม่) (DS8) จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามข้อมูลด้านการจัดการความเครียด จำนวน 8 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียด นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ คำนวณหาค่าร้อยละ คำนวณค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าความสัมพันธ์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายและความเครียด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะปกติ มีจำนวน 394 คน ร้อยละ 97.04 และมีภาวะซึมเศร้า มีจำนวน 12 คน ร้อยละ 2.96

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปรากฏว่าผู้ที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 393 คน ร้อยละ 96.80 และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 13 คน ร้อยละ 3.20

จำแนกตามระดับความเครียด ประกอบด้วย เครียดน้อย มีจำนวนมากที่สุด คือ 353 คน ร้อยละ 86.95 รองลงมาเครียดปานกลาง จำนวน 39 คน ร้อยละ 9.61 รองลงมาเครียดมากที่สุด จำนวน 9 คน ร้อยละ 2.22 และเครียดมากมีจำนวนน้อยที่สุด คือ 5 คน ร้อยละ 1.23

แจกแจงตามรายข้อ พบว่า มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก จำนวน 243 คน เป็นบางครั้ง 122 คน บ่อยครั้ง 30 คน และเป็นประจำ 5 คน ข้อที่ 2 มีสมาธิน้อย เลือกแทบไม่มีจำนวน 268 คน เป็นบางครั้ง 103 คน บ่อยครั้ง 27 คน และเป็นประจำ 2 คน ข้อที่ 3 หงุดหงิด/กระวนกระวายใจ/ว้าวุ่นใจเลือกแทบไม่มีจำนวน 294 คน เป็นบางครั้ง 77 คน บ่อยครั้ง 24 คน และเป็นประจำ 5 คน ข้อที่ 4 รู้สึกเบื่อ เซ็ง เลือกแทบไม่มีจำนวน 310 คน เป็นบางครั้ง 67 คน บ่อยครั้ง 22 คน และเป็นประจำ 1 คน ข้อที่ 5 ไม่อยากพบปะผู้คนเลือกแทบไม่มีจำนวน 353 เป็นบางครั้ง 37 คน บ่อยครั้ง 8 คน และเป็นประจำ 2 คน

จำแนกตามการจัดการความเครียด ประกอบด้วยข้อที่ 1 เมื่อคุณเกิดความเครียดออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมที่ใช้แรงกายให้เหนื่อย มีผลรวม 689 คะแนน ค่าเฉลี่ย 1.78 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 ข้อที่ 2 คุณเตรียมตัวเตรียมใจรับกับสิ่งเลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้น มีผลรวม 710 คะแนน ค่าเฉลี่ย 1.83 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.47 ข้อที่ 3 เมื่อเกิดปัญหาคุณพยายามตัดปัญหานั้นออกไปจากจิตใจและหันไปสนใจเรื่องอื่นแทน มีผลรวม 791 คะแนน ค่าเฉลี่ย 2.04 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44 ข้อที่ 4 คุณพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้นกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนที่ไว้วางใจมีผลรวม 896 คะแนน ค่าเฉลี่ย 2.31 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.44 ข้อที่ 6 เมื่อคุณเกิดความเครียดคุณปรึกษาปัญหากับผู้รู้ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น มีผลรวม 325 คะแนน ค่าเฉลี่ย 0.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.22 ข้อที่ 7 เมื่อคุณเกิดความเครียดคุณพยายามออกจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดมีผลรวม 704 คะแนน ค่าเฉลี่ย 1.81 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.45 และข้อที่ 8 เมื่อคุณเกิดความเครียดคุณสวดมนต์หรือมีความเชื่อมั่นต่อสิ่งศักดิ์สิทธิ์มีผลรวม 671 คะแนน ค่าเฉลี่ย 1.73 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.49

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับอายุ ระดับการศึกษา ขาดทุน ความเครียดมีความสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเย็น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน การออกกำลังกาย และผลกระทบทางสิ่งแวดล้อมทางด้านหมอกควัน สารเคมีพ่นยา และฝุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

บทสรุปและอภิปรายผล

ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มตัวอย่างในเขตเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า พบภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 12 คน ร้อยละ 2.96 ซึ่งอุปติการณ์การเกิดภาวะซึมเศร้าของการศึกษาครั้ง

นี้ใกล้เคียงกับความชุกของภาวะซึมเศร้าของประชากรโลกซึ่งพบร้อยละ 21 แต่สูงกว่าความชุกของประชากรในประเทศไทย ซึ่งพบความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.7 (ทวี ตั้งเสรี และคณะ 2546) และจากการศึกษาของสุวรรณ อรุณพงษ์ ไพศาลและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2553) พบความชุกภาวะซึมเศร้าของชาวบ้านทั่วไปใน 8 จังหวัดภาคอีสาน ร้อยละ 10.4 และการศึกษาของทวี ตั้งเสรีและคณะ (2546) พบความชุกในกลุ่มประชาชนทั่วไป ณ ศูนย์สุขภาพชุมชน 4 แห่งในอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น พบภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 10.4 ซึ่งเบ็ค (Beck 1967) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงมีความคิดด้วยคุณค่าเช่นเป็นคนไร้ค่าเป็นที่รังเกียจของสังคมเป็นคนไม่ดีสร้างภาระให้กับผู้อื่น ตัดสินใจอะไรไม่ได้คิดว่าร่างกายผิดปกติมักมีอาการเศร้ารุนแรงตลอดเวลา รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากสิ้นหวังไม่ยอมมีชีวิตอยู่ ไม่สนใจตนเองด้านแรงจูงใจหมดแรงจูงใจที่จะมีกิจกรรมต่างๆ ทุกชนิดแม้จะได้รับการกระตุ้นจากผู้อื่นต้องการการดูแลจากผู้อื่นทุกอย่าง รู้สึกทุกข์ทรมานใจอย่างมากจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่และด้านร่างกายและพฤติกรรมไม่รับประทานอาหารจนน้ำหนักลด ตื่นนอนแล้วไม่สามารถหลับต่อไปได้อีก หรือนอนไม่หลับเลย ไม่มีความต้องการทางเพศไม่มีเรี่ยวแรงที่จะทำกิจกรรมใดๆ ได้ ทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าต้องทนทุกข์ทรมานจากอาการซึมเศร้ามดังกล่าว ต้องเผชิญกับการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดีเกิดความขัดแย้งในครอบครัว สมาชิกในครัวต้องเผชิญกับความลำบากใจในการอยู่ร่วมกับผู้มีภาวะซึมเศร้าอีกทั้งกระทบต่อความสามารถในการประกอบอาชีพและการทำหน้าที่ในสังคม สุนทรี ศรีโกสโยและคณะ (2550) กล่าวว่ามีความจำเป็นต้องตรวจพบผู้ป่วยในระยะแรกและให้การรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อไม่ให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีอาการเรื้อรังและรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อที่รุนแรง

กลุ่มตัวอย่างไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีจำนวน 13 คน ร้อยละ 3.20 ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเป็น ผู้สูงอายุ

ความเครียดโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างใน เขตเทศบาลตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย มีความเครียดส่วนใหญ่ อยู่ใน ระดับน้อยมีจำนวนมากที่สุด คือ จำนวน 353 คน ร้อยละ 86.95 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรสนัน แก้วเสน (2551) ที่ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตและ ความเครียดของผู้หญิงวัยสูงอายุที่เข้าร่วม โปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำ ซึ่งเป็นกลุ่ม ตัวอย่างในวัยเดียวกันโดยใช้แบบทดสอบ ความเครียดของส่วนปรง พบว่า หญิงวัยสูงอายุมี ความเครียดอยู่ในระดับปานกลางทั้งก่อน และหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกายในน้ำและ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์พิสาข์ จอมศรี (2553) ที่ศึกษาเรื่อง ความเครียดและความรู้สึกมี คุณค่าในตนเองของนักศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย พบว่า ความเครียดโดย ภาพรวมของนักศึกษาส่วนมากอยู่ในระดับสูงมาก และในระดับรุนแรงอาจเป็นเพราะนักศึกษาอยู่ใน วัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ต้องเจอกับ สถานการณ์ที่หลากกลายทำให้อาจเกิด ความเครียดได้บ่อยกว่าวัยสูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะ ซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และความเครียด องค์การ อนามัยโลก กล่าวว่า เพศ มีอิทธิพลต่อการเกิด ภาวะซึมเศร้าในผู้หญิงและผู้ชายแตกต่างกัน ซึ่ง เกิดจากความคาดหวังของสังคม เป็นสิ่งที่เรารู้ ถ่ายทอดผ่านกระบวนการเรียนรู้และขัดเกลาทาง สังคม (Social construction) และมีความแตกต่าง ในแต่ละสังคมขึ้นอยู่กับ ค่านิยม ความเชื่อ ประเพณี วัฒนธรรม การศึกษา ชนชั้น ซึ่งความ แตกต่างของการเกิดภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงและ ชาย อาจจะเป็นผลมาจากค่านิยม ความเชื่อว่า ผู้หญิงมีความอดทนน้อยกว่าผู้ชาย และมีแนวโน้ม

จะรายงานอาการไม่สบายทางกายแสดงออกทาง อารมณ์ชัดกว่า รวมทั้งการใช้บริการดูแลสุขภาพ สุขภาพมากกว่าผู้ชาย ขณะที่สังคมคาดหวังต่อ ความเป็นชาย ว่าต้องเข้มแข็ง อดทน อดกลั้น ไม่ แสดงความอ่อนไหว ร้องไห้ออกมาให้คนอื่นทำให้ ผู้ชายไม่ค่อยแสดงออกทางอารมณ์หรือยอมรับว่า ตนเองมีปัญหาอาจจะเป็นผลเนื่องมาจากผู้หญิง ต้องประสบกับความเครียดหลายอย่างในชีวิตการ ทำงานบ้านการหารายได้มาจุนเจือครอบครัว การ ตั้งครรภ์ การให้กำเนิดบุตรการเลี้ยงดูบุตรและต้อง ดูแลสมาชิกในครอบครัวหรืออาจเกี่ยวข้องกับ ฮอร์โมนเพศหญิง การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นของ ระดับเอสโตรเจน (estrogen) ในระหว่างมีรอบ เดือนการตั้งครรภ์และวัยใกล้หมดประจำเดือนจะมี ผลต่อภาวะอารมณ์ในระยะที่รุนแรงทำให้เกิดภาวะ ซึมเศร้าได้ (พูนศรี รังสิขจี 2549) สอดคล้องกับ การศึกษาของ Beck กล่าวถึง เพศหญิง มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับค่าของคะแนนภาวะ ซึมเศร้าแสดงว่าเพศหญิงมีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า มากกว่าเพศชาย มีแนวโน้มที่จะพบภาวะซึมเศร้า ในเพศหญิงมากกว่าเพศชายจากการศึกษา งานวิจัยเชิงระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าพบว่า โรค ซึมเศร้าพบในเพศหญิงมากกว่าชาย ซึ่งพบ อุบัติการณ์ในผู้หญิงประมาณ 2 เท่าของผู้ชาย สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยจาก การศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบความชุกของโรค ซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชายอัตราส่วน 1.6 ต่อ 1 และจากการศึกษาของสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ (2553) ศึกษาการ ปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KKU-DI เพื่อให้มีความไวต่อเพศภาวะพบอัตราความชุกของ ภาวะซึมเศร้าในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า และผู้หญิงมีแนวโน้มในการพึ่งพาคนอื่นข้างสูง ฉะนั้นเมื่อสัมพันธ์ภาพถูกรบกวนหรือได้รับการ ดำเนินจะรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง ทำให้มีโอกาส เกิดภาวะซึมเศร้าได้ง่าย ซึ่งการศึกษาความ แตกต่างในด้านเพศในการเกิดปัญหาสุขภาพจะ

นำไปสู่การให้บริการสุขภาพที่เท่าเทียมและเป็นธรรมระหว่างเพศหญิงและชาย

รายได้เป็นปัจจัยช่วยตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของสมาชิกในครอบครัว และการดำรงชีวิตประจำวันให้ดำเนินไปด้วยความราบรื่นเป็นที่ยอมรับของสังคม ครอบครัวที่มีรายได้ไม่เพียงพอจะทำให้การดำรงชีวิตสังคมดำเนินไปด้วยความยากลำบากขาดแคลนโอกาสในด้านต่างๆ เช่น การเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมจากรายงานของกรมสุขภาพจิต (2545) กล่าวว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจการมีปัญหากการเงินรายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้และครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ดีเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีของครอบครัวทำให้เกิดการรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์วิกฤติที่ลดลงสอดคล้องจากการศึกษาของวรรณภา ด้านธนวานิช (2551) ศึกษาภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกว่าภาวะซึมเศร้าแสดงให้เห็นว่ารายได้ของครอบครัวที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่ลดลงนอกจากนี้การศึกษาของพูนศรี รังสิขจีและคณะ (2549) ศึกษาความชุกของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตติดยาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า ผู้ที่มีรายได้สูงเป็นโรคซึมเศร้าน้อยกว่าผู้มีรายได้ต่ำ อธิบายว่ามีรายได้สูงและความมั่นคงจะช่วยลดความเครียดต่อปัญหาเศรษฐกิจได้และจากการศึกษาของธรรณินทร์ กองสุขและคณะ (2551) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตกับการเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มารับบริการของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 5 แห่ง ปี 2549 พบว่า การมีปัญหาหนักทางการเงินมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคซึมเศร้า

ความพิการ และการมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาที่ประเทศออสเตรเลียเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลและภาวะซึมเศร้าของบิดา มารดาเด็กออทิ

สติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วยมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพดี (sharply et al 1997) และจากการศึกษาของพิเชษฐ์ อดมรัตน์ (2550) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโรคซึมเศร้าของคนไทยปี 2549 พบว่า การมีโรคประจำตัวรุนแรงและความพิการเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 4.13 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงอาจอธิบายได้ว่าชาวเขาที่มีโรคประจำตัวอาจเป็นโรคที่ไม่รุนแรงประกอบกับมีความจำกัดเรื่องการไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนหนังสือต่ำทำให้ไม่สามารถเข้าถึงการสื่อสารหรือข้อมูลต่างๆ อาจทำให้รู้สึกถึงความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ไม่รุนแรงจึงมีผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของชิตเจน จันทรพัฒน์ (2547) ได้ศึกษาระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ พบว่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะซึมเศร้าในระดับค่อนข้างต่ำแสดงว่าการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากมีแนวโน้มที่จะมีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงอธิบายว่าบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยอยู่มีความรุนแรงทำให้เกิดความรู้สึกกลัววิตกกังวลไม่แน่ใจและมั่นใจต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรือสิ่งที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รู้สึกว่าเหตุการณ์ในอนาคตเป็นสิ่งไม่แน่นอนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา

การฆ่าตัวตายในวัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีการทำของงานต่อมเพศที่ทำให้การผลิตฮอร์โมนลดลงทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หงุดหงิดง่ายสมาธิสั้น ซึมเศร้า หดหู่ ควบคุมอารมณ์ได้น้อยลงสมรรถภาพการทำงานลดน้อยลงอาจเกิดการเบื่อหน่ายในงานที่ซ้ำซากจำเจวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและวัยผู้ใหญ่ตอนกลางเป็นวัยที่มีภาระความรับผิดชอบที่มากขึ้นต้องสร้างรากฐานของชีวิตความคาดหวังต่อการมีครอบครัวที่อบอุ่น รายได้มั่นคงไม่มั่นคงสะสมเป็นความเครียด (พูนศรี รังสิขจี 2549) จากการศึกษา

ในประเทศนอร์เวย์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และภาวะซึมเศร้า พบว่า ผู้มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า 0.71, 1.51, 2.45, 2.84, 3.72 และ 4.93 เท่าตามลำดับซึ่งภาวะซึมเศร้าจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุในที่สุด

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประชาชนในชุมชนน้ำจ้ำ และชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย ทางเทศบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความดูแลด้านสุขภาพจิตของคนในชุมชน

3. ควรมีการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในประชาชนชุมชนน้ำจ้ำ และชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในรายที่ผลการประเมินความเสี่ยงในด้านต่างๆ ประกอบกันพบว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามมาได้และรีบส่งต่อเพื่อการรักษาอย่างทันทั่วถึง

4. ทางภาครัฐควรให้ความสำคัญกับรายได้ของครอบครัว มีการรวมกลุ่มเพิ่มอาชีพ รายได้เสริม เพราะอาจทำให้คนในชุมชนขาดโอกาสในด้านต่างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตขาด

โอกาสในด้านต่างๆ อาจทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสนอต่อผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันคิดมาตรการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีรายได้น้อย

5. เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อจัดทำแนวทางการพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตายของชุมชนและในสถานบริการให้สอดคล้องกับเพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันและกลุ่มคนพิการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนช่วยในการทำวิจัยครั้งนี้ ซึ่งวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ พัทธรา ก้อยชูสกุล ที่ให้คำปรึกษา ตรวจสอบ และแนะนำแก้ไขสิ่งที่บกพร่อง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย รวมทั้งเป็นผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการจัดการความรู้ และการวิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณชาวบ้านอำเภอเมืองพาน เข้าร่วมวิจัยทุกท่านในการให้ข้อมูลสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และทำยื่นขอขอบคุณครอบครัวที่คอยให้กำลังใจในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). รายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.
- ชัดเจน จันทรพัฒน์. (2547). "ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทั่วไปภาคใต้ของ
ไทย," วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(2), 80-89.
- ทงศักดิ์ ยิ่งรัตน์สุข และคณะ. (2544). "การประเมินความเครียดจากการทำงานของพนักงานผู้ทำงานในสำนักงานของโรงงาน
อุตสาหกรรมแหลมฉบัง อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี," วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 31(3) (2544) : 186-196.
- ทวี ตั้งเสรี และคณะ. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า. ขอนแก่น:
พระธรรมชนนีย์.
- ธณินันท์ กองสุขและคณะ. (2550). แนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติง. (2542). พฤติกรรมสุขภาพ ปัญหา ตัวกำหนดและทิศทาง. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากร
และสังคม.
- ประเวศ วะสี. (2541). ความสุข. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ปริทรรศน์ธรรมสารจำกัด.
- พิมพ์พิลา จอมศรี. (2553). ความเครียดและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของนักศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัย
เชียงใหม่. การค้นคว้าแบบอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พูนศรี รังสิขีและคณะ. (2549). ความทุกข์ของโรคซึมเศร้าในคู่สมรสของผู้ป่วยโรคจิตตสุราที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์. วารสาร
สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 51(3), 14-24.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2547). ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศ. กรุงเทพฯ : ลิขมราเดอร์การพิมพ์.
- รสนัน แก้วเสน. (2551). การประเมินคุณภาพชีวิตและความเครียดของหญิงวัยผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมการออกกำลังกาย
ภายในน้ำ. การค้นคว้าแบบอิสระวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรเดช ช้างแก้วและคณะ. (2545). ศึกษาความเครียดของคณานโรงงานอุตสาหกรรมเครื่องเคลือบดินเผาในเขตจังหวัด
ราชบุรี. รายงานการวิจัย.
- วรรณภา ด่านธนวานิช. (2551). ภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลเด็กบกพร่องทางสติปัญญา. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณวิไล ชุมภิมย์ และคณะ. (2547). ความเครียดและวิถีจัดการกับความเครียดของบุคลากรคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน. (2546). สรุปรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน. ลำพูน: สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดลำพูน.
- สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2553). การปรับปรุงเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า KGU-DI เพื่อให้มีความไว
ต่อเพศภาวะ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 55(2), 177-189.
- สุนทรี ศรีโกสย และคณะ (2550). "สถานการณ์การให้บริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัด
ลำพูน," วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 52(2), 124 – 137.
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2546). รายงานผลการศึกษาระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตาย ปี
การศึกษา 2545. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชนนีย์
- Beck, A. T. (1967). Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Heber Medical Division.
- Sharpley, C. F., Bitsika, V., & Efremids, B. (1997). Influence of gender, parental health and perceived
expertise of assistance upon stress, anxiety, and depression among parents of children with autism. Journal
of intellectual & Developmental Disability, 22, 19 – 28

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามภาวะซีมเศร้า

ภาวะซีมเศร้าปกติ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ซีมเศร้า	394	97.04
ซีมเศร้า	12	2.96
รวม	406	100

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่เสี่ยง	393	96.80
เสี่ยง	113	3.20
รวม	406	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เครียดน้อย	353	86.95
เครียดปานกลาง	39	9.61
เครียดมาก	5	1.23
เครียดมากที่สุด	9	2.22
รวม	406	100

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเครียด ในระยะ 2 – 4 สัปดาห์

ข้อที่	ในระยะ 2 – 4 สัปดาห์	คะแนน			
		แทนไม่มี	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เป็นประจำ
1	มีปัญหานอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก	243	122	30	5
2		268	103	27	2
3		294	77	24	5
4		310	67	22	1
5		353	37	8	2

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความเครียด ในระยะ 2 – 4 สัปดาห์

ปัจจัยบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		ความเครียด		การฆ่าตัวตาย	
	χ^2	P - value	χ^2	P - value	χ^2	P - value
1. เพศ	7.93	0.01*	6.83	0.08	0.16	0.69
2. อายุ	2.54	0.47	44.39	0.00*	10.65	20.0*
3. ระดับการศึกษา	6.96	0.22	24.51	0.06*	10.34	0.07
4. ชาติพันธุ์	0.22	0.99	88.42	0.00*	0.04	1.00
5. รายได้รวมของครอบครัว	9.16	0.05*	13.65	0.32	1.85	0.76
6. ความพอเพียงของรายได้	0.03	0.98	3.70	0.71	1.09	0.58
7. อาชีพ	9.36	0.23	21.68	0.42	12.68	0.08

*P < 0.05

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านโรคประจำตัว กับภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และความเครียด

ปัจจัยบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		ความเครียด		การฆ่าตัวตาย	
	χ^2	P - value	χ^2	P - value	χ^2	P - value
โรคประจำตัว						
โรคเบาหวาน	0.03	0.87	121	0.77	0.15	0.70
โรคความดันโลหิตสูง	1.53	0.23	3.12	0.37	0.60	0.44
โรคหัวใจ	0.25	0.62	6.57	0.09	0.41	0.84
โรคไต	0.19	0.67	0.54	0.91	0.03	0.86
โรคเก๊าท์	0.09	0.96	0.45	1.00	0.02	0.99
ฟิการ	32.91	0.01*	0.15	0.99	0.01	0.94
อัมพฤกษ์	0.03	0.86	9.43	0.02	0.01	0.94
โรคกระเพาะอาหาร	0.06	0.81	0.30	0.96	0.01	0.92

*P < 0.05

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านการรับประทานอาหาร การส่งเสริมร่วมในกิจกรรมของชุมชน และการออกกำลังกาย กับภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และความเครียด

ปัจจัยบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		ความเครียด		การฆ่าตัวตาย	
	x ²	P - value	x ²	P - value	x ²	P – value
การรับประทานอาหารเย็น	2.28	0.52	23.29	0.01*	1.39	0.71
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน	3.44	0.49	16.00	0.19	1.81	0.77
การออกกำลังกาย	10.69	0.03*	38.57	0.01*	2.45	0.65

*P < 0.05

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม กับภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และความเครียด

ปัจจัยบุคคล	ภาวะซึมเศร้า		ความเครียด		การฆ่าตัวตาย	
	x ²	P - value	x ²	P - value	x ²	P – value
ผลกระทบทางสิ่งแวดล้อม						
หมอกควัน	0.22	0.64	14.56	0.02*	0.04	0.85
ขยะ	0.06	0.81	3.80	0.28	0.01	0.92
สารเคมีปนเปื้อน	0.03	0.86	9.43	0.02*	0.01	0.94
ฝุ่น	0.03	0.86	44.22	0.00	0.01	0.94

*P < 0.05