

ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว



นางสาวธำพร ทตียนุญสูง

สถาบันวิทยบริการ  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-031-744-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINION AND PRACTICE IN MENTAL HEALTH PROMOTION AND PROTECTION  
OF FAMILY HEALTH LEADER

Miss Thareeporn Tatiyabunsung

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Science in Community Medicine  
Department of Preventive and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-031-744-8



ธำพร ดติยบุญสูง : ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (OPINION AND PRACTICE IN MENTAL HEALTH PROMOTION AND PROTECTION OF FAMILY HEALTH LEADER) อ.ที่ปรึกษา : รศ.นพ.องอาจ วิพุทธศิริ, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, 112 หน้า. ISBN 974-031-744-8

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และความแตกต่างระหว่างจังหวัดใน 5 ด้าน ประกอบด้วย การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และการดูแลผู้สูงอายุ โดยแยกเป็นรายข้อ 30 ข้อนี้ชี้วัด โดยออกแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2544 – กุมภาพันธ์ 2545 ส่งแบบสอบถามจำนวน 500 ฉบับ/จังหวัด ไปยัง 4 จังหวัด (สิงห์บุรี ชัยภูมิ สุราษฎร์ธานี และเพชรบูรณ์) ใน 4 ภูมิภาค รวมจำนวน 2,000 ฉบับ มีผู้ตอบกลับ 1,416 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 70.8 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานทดสอบหาความแตกต่าง

จากการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.1 เพศหญิง ร้อยละ 62.9 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 มีสถานภาพเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในปัจจุบัน ร้อยละ 78.8 เคยได้รับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 86.4 ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 87.0 เป็นการได้รับความรู้ไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 60.1

จากการวิเคราะห์เชิงลึก พบว่า ในภาพรวม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตสูงกว่าการนำไปใช้ประโยชน์ ทั้ง 5 ด้าน 30 ข้อ และเมื่อแยกเป็นรายข้อ (ข้อนี้) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) ในทุกข้อ และพบว่าจังหวัด และ อายุ มีผลต่อความแตกต่างของความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิต และการนำไปใช้ประโยชน์ ทั้ง 5 ด้าน 30 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) นอกจากนั้น รายได้ ระดับการศึกษา และการได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง มีผลต่อความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในบางด้าน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ความสำคัญ รวมถึงต้องการความรู้เพิ่มเติม (ร้อยละ 68.8) ในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติดเป็นอันดับแรก และควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก 6 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 75.8 และระยะเวลาที่เหมาะสมในการอบรม คือ 1-2 วัน ร้อยละ 70.6

การศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้ความสำคัญต่องานสุขภาพจิตสูง แต่มีการนำไปใช้ประโยชน์ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และมีความต้องการความรู้เพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง สมควรที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะดำเนินการให้มีการฝึกอบรมให้ความรู้แก่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ รวมถึงมีการดำเนินการอบรมให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและประชาชนทั่วไป

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม  
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน  
ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิสิต.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 437 53562 30 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE

KEY WORD : OPINION / PRACTICE / MENTAL HEALTH PROMOTION AND PROTECTION / FAMILY HEALTH LEADER

THAREEPORN TATIYABUNSUNG : OPINION AND PRACTICE IN MENTAL HEALTH PROMOTION AND PROTECTION OF FAMILY HEALTH LEADER.

THESIS ADVISOR : ASSOC.PROF.DR.ONG-ARJ VIPUTSIRI ,

THESIS COADVISOR : DR.VITTOOL LOHSOONTHORN, M.D.,MSc. 112 pp.

ISBN 974-031-744-8

The purposes of this descriptive study were to examine the opinion and practice in mental health promotion and protection of family health leaders and the difference between 5 dimensions 30 indications. The study was conducted during October 2001 - February 2002 by sending 2,000 self administered questionnaires to registered family health leaders in 4 provinces (Singburi , Chaiyaphoom , Surajthani and Petchaboon) in 4 regions. The response rate of registered family health leaders was 70.8 %. The data was analyzed by descriptive statistic and estimated statistic in finding differences.

It is found that there were Male 37.1%, Female 62.9%, average Age 40.6 years, Primary School Education 67%, presently in the status of Family Health Leaders 78.8%, ever been trained in Family Health Leader 86.4%, have been educated about mental health from health official 87.0%, discontinuous education 60.1%.

By in depth analysis found that in overall Family Health Leaders gives average mark of opinion about the importance of mental health activity higher than practice in all 5 aspects, focusing on the 30 indicators found that there were statistically significant different means score ( $p < 0.01$ ) in all indicators, and also found that province and age had effects on statistically significant different ( $p < 0.01$ ) of opinion about the importance of mental health activity and the practice of all 5 aspects, 30 indicators. More over, income, education and continuous education were also resulting a significant difference in statistic means in some aspects. Family Health Leaders scored importance including need of additional knowledge (68.8%) in role of keeping children distant from narcotic as first ranking and should have knowledge regained training every 6 months to 1 year 75.8% and the appropriate timing for training is 1-2 days 70.6%.

It is indicated in this study that Family Health Leaders gave vital importance to mental health activity whilst the practice was lower than it should be with the requirement of continuous additional knowledge. The concerned organization should proceed knowledge training for Family Health Leader and extend to cover all areas including carrying out continuous knowledge training for better quality of life of Family Health Leader and general public.

Department of Preventive and Social Medicine  
Field of study Community Medicine  
Academic year 2001

Student's signature.....  
Advisor's signature.....  
Co-advisor's signature.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีจากความกรุณาช่วยเหลือของ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์บดี ฐนะมัน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์นายแพทย์องอาจ วิพุทธศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม นายแพทย์วชิระ เพ็งจันทร์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมรัตน์ เลิศมหาฤทธิ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ และชี้แนะข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ และให้กำลังใจด้วยดีมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งต่อ นายแพทย์วินัย วิริยกิจจา ปลัดกระทรวงสาธารณสุข (อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิต) นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข (อดีตรองอธิบดีกรมสุขภาพจิต) นายแพทย์พรเทพ ศิริวนารังสรรค์ รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต และผู้บริหารกรมสุขภาพจิตทุกท่าน ที่ได้กรุณาผลักดันให้เกิดหลักสูตรเวชศาสตร์ชุมชนภาคพิเศษ (นอกเวลา ราชการ) ครั้งนี้ขึ้น

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์วิรัชชัย กมลธรรม นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่ นายแพทย์ ณ์รัฐภูมิ ประเสริฐสิริพงศ์ นายแพทย์ 9 ด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี คุณวิระวรรณ ถิ่นยืนยง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ คุณยุพา โชติกะพัฒน์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี คุณจุไรวรรณ ศรีศักดิ์นอก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่กรุณา สละเวลาช่วยเหลือให้ความสะดวกในการประสานงานในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณระวีวรรณ คงพันธ์ คุณวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา เพื่อนนิสิตปริญญาโท ทุกท่าน และเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชนและสังคมทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาการทำวิจัยในครั้งนี้

ท้ายนี้ ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ผู้ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทุกท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเก็บแบบสอบถามเป็นอย่างดี เป็นผลให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

## สารบัญ

บทที่	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามในการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
สมมติฐานของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	4
ตัวแปร.....	4
นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย.....	5
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	5
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
ปัญหาจริยธรรม.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดและทฤษฎีสุขภาพจิต.....	7
ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี.....	8
การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต.....	10
ครอบครัว.....	13
ความหมายของครอบครัว.....	14
ลักษณะของครอบครัว.....	15
หน้าที่ของครอบครัว.....	15
ประเภทของครอบครัว.....	16



## สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
ความคิดเห็น.....	17
สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน.....	19
การวัดความคิดเห็น.....	19
การปฏิบัติ.....	21
การสำรวจทัศนคติ.....	21
หลักการสำรวจทัศนคติ.....	23
แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	26
บทบาทหน้าที่ของแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	29
โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว.....	30
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	31
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
รูปแบบการวิจัย.....	40
ระเบียบวิธีวิจัย.....	40
การสังเกตและการวัด.....	42
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย.....	43
การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม.....	44
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	45
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล</b>	
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล.....	47
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล.....	48
ส่วนที่ 3 การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์.....	53
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของแก่นนำสุขภาพ ประจำครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคลและภูมิภาคที่อาศัย.....	58
ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	80
<b>5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปผลการศึกษา.....	83
อัตราการตอบกลับของแบบสอบถาม.....	83



สารบัญ(ต่อ)

บทที่	หน้า
ข้อมูลทั่วไป.....	84
ข้อมูลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ .....	84
เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคล.....	85
ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ.....	87
อภิปรายผลการศึกษา.....	88
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	92
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	93
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	101
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	110
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	112

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถามจำแนกรายจังหวัด.....	48
2	จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับรายจังหวัด.....	48
3	จำนวนและร้อยละแสดงสถานการณ์เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและการได้รับการอบรมความรู้ในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	51
4	จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิตและความต่อเนื่องของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิต.....	52
5	จำนวนและร้อยละของการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับตนเองและบุคคลอื่น.....	53
6	จำนวนและร้อยละของบุคคลที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้.....	54
7	จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	54
8	จำนวนและร้อยละของความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นภายหลังได้รับการอบรม.....	56
9	จำนวนและร้อยละของการเพิ่มขึ้นของความสุขในครอบครัว ,ความภูมิใจในครอบครัว,ความภูมิใจในการเป็นแกนนำ ฯ และความพึงพอใจในสถานภาพทางสังคมภายหลังได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิต.....	56
10	ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามระดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวจำแนกรายข้อ.....	58
11	ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์จำแนกตามร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุดเรียงตามลำดับความสำคัญมากที่สุด.....	62
12	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ย.....	65

## สารบัญตาราง(ต่อ)

ตารางที่	หน้า	
13	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกรายจังหวัดรายชื่อ.....	68
14	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านและลำดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์แยกรายจังหวัด.....	72
15	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์จำแนกตามการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและไม่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	74
16	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและไม่เคยเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว.....	75
17	เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านและลำดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์.....	76
18	เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคล	77
19	จำนวนและร้อยละของระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดอบรมและจัดอบรมฟื้นฟูความรู้.....	80
20	จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องสุขภาพจิตที่ต้องการเพิ่มเติม.....	81
21	จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคที่พบในการให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัว,แกนนำสุขภาพ ฯ อื่น และเพื่อนบ้าน.....	82

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันแรกของสังคมที่เป็นจุดเริ่มต้นของความสุข ความรัก ความอบอุ่น จริยธรรม รวมทั้งการพัฒนาทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ครอบครัวจึงเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญ และมีอิทธิพลต่อการพัฒนาของมนุษย์ให้เติบโตรอบด้านอย่างมีคุณภาพ แต่จากสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในปัจจุบันที่มีการแข่งขันทางอุตสาหกรรมสูงทำให้เกิดการอพยพแรงงานจากภาคเกษตรกรรมมาสู่ภาคอุตสาหกรรม ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของคนในสังคมเป็นอย่างมาก พบว่ามีการดิ้นรนทำงานนอกบ้านมากขึ้นและให้ความสำคัญกับสถาบันครอบครัวลดน้อยลง ครอบครัวไม่สามารถเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของคนในครอบครัวได้ ก่อให้เกิดปัญหาความเครียด ปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสาเหตุก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย ได้แก่ ปัญหาครอบครัวแตกแยก ปัญหาการใช้ยาเสพติดในวัยรุ่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันสมควร และปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นต้น จากการศึกษาของ World Bank (1993) พบผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตราว 1,500 ล้านคนทั่วโลก และ 3 ใน 4 ของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา<sup>(1)</sup> สำหรับประเทศไทย พบอัตราป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 15.8 ต่อประชากรพันคนในปี 2526 เป็น 24.8 ต่อประชากรพันคน ในปี 2535 และเพิ่มเป็น 28.2 , 29.4 และ 30.7 ต่อประชากรพันคน ในปี 2538-2540 ตามลำดับ<sup>(2)</sup> จะเห็นว่าอัตราผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งสามารถขยายกลายเป็นปัญหาของสังคมต่อไปได้

ความต้องการบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต World Bank (1993)<sup>(1)</sup> ได้ทำการศึกษาพบว่า ร้อยละ 74 ควรได้รับการแนะนำเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และประชากรควรได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยชุมชน ร้อยละ 25 ควรได้รับการดูแลรักษาหรือขอรับคำแนะนำจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนที่เหลือประมาณ ร้อยละ 0.5-1 ควรได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช<sup>(1)</sup> ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544)<sup>(3)</sup> ซึ่งเน้นให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และสมาชิกในครอบครัว รวมถึงชุมชนให้มีสุขภาพอนามัยที่ดี โดยมีเป้าหมายการดำเนินงานคือ การพัฒนาให้มีแกนนำ

สุขภาพประจำครอบครัว (กสค.)<sup>(4)</sup> อย่างน้อยครอบครัวละ 1 คน เป็นตัวแทนเข้ารับการอบรม ความรู้พื้นฐานในเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลและครอบครัว, แหล่งความรู้และแหล่ง บริการสาธารณสุขที่จำเป็น, การดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และการป้องกันและแก้ไขปัญหา สาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน

นอกจากการพัฒนาให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพ อนามัยของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และชุมชนได้แล้ว กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมสุขภาพ จิตยังได้เห็นถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตใจ จึงได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้เรื่อง การ ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว<sup>(5)</sup> โดยใช้กลวิธี การดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเช่นเดียวกัน เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถดู แลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ เนื้อหาความรู้ที่ให้ประกอบด้วย บทบาทและ วิธีสร้างความสุขในครอบครัว , วิธีลดความขัดแย้งในครอบครัว, ความรู้ความเข้าใจในเรื่อง ความเครียด และวิธีผ่อนคลายความเครียด โดยคาดหวังว่า ความรู้ที่แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว ได้รับจากการอบรม จะเป็นผลดีต่อการดำรงรักษาไว้ซึ่งสถาบันครอบครัวที่มีความสุข และลดปัญหาครอบครัวแตกแยก

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษา ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ถึงเรื่องของความคิดเห็นเรื่องสุขภาพจิต การปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง บุคคลในครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวอื่น ๆ และปัญหาอุปสรรค รวมถึงข้อเสนอแนะในการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว ให้สามารถดำเนินการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุงพัฒนา รูปแบบการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้เกิดประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ สภาพความเปลี่ยนแปลงทางสังคม และความต้องการของผู้ปฏิบัติ (แกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัว) ซึ่งจะส่งผลให้ครอบครัว ชุมชน และสังคมมีความสุขมากขึ้น และนำเสนอผลการ วิจัยต่อกรมสุขภาพจิตในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต่อไป

### คำถามในการวิจัย (Research Question)

1. ความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็น อย่างไร
2. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการปฏิบัติ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อย่างไร

3. ปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่แตกต่างกัน มีผลต่อความคิดเห็นและการปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไร

4. การได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องแตกต่างกันมีผลต่อความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไร

5. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ได้รับการอบรมความรู้ เกี่ยวกับสุขภาพจิตตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวในแต่ละจังหวัดมีความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติตนในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างไร

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตนของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความคิดเห็นและการปฏิบัติ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคลของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

4. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความคิดเห็น และการปฏิบัติ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตามความต่อเนื่องของความรู้เรื่องการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

5. เพื่อศึกษาความแตกต่างของความคิดเห็นและการปฏิบัติ ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ได้รับการอบรมตามโครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ในแต่ละจังหวัด

### สมมติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

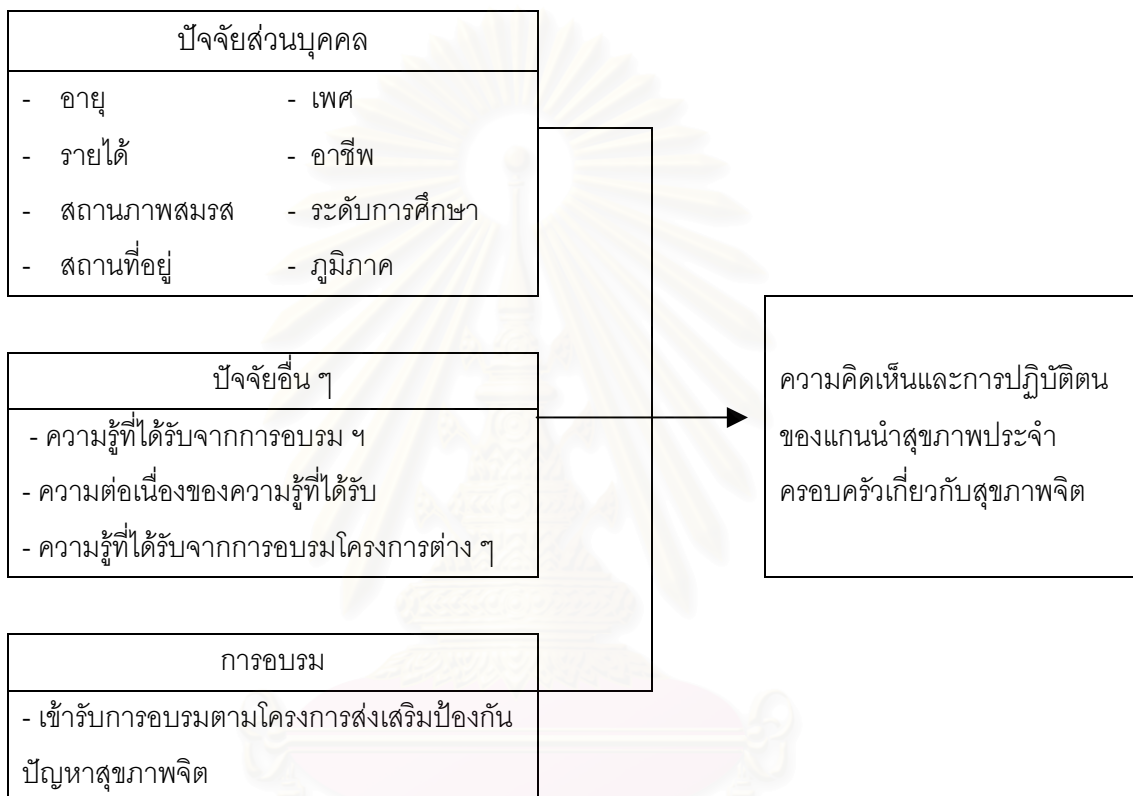
1. ความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น

2. การปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นต้น



3. ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ที่ได้รับการอบรมตามโครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวในแต่ละภาค มีความแตกต่างกัน

### กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



### ตัวแปร (Variables)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ได้รับจากการอบรม ความรู้ที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



## นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจ และอารมณ์ที่เป็นสุข มีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบุคคล สถานการณ์ และสิ่งแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมตามสภาพความเป็นจริง และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ และความเชื่อในสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ด้วยการพูด หรือเขียน โดยมีอารมณ์ ประสบการณ์ และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานการแสดงออก

3. การปฏิบัติ หมายถึง พฤติกรรมที่ได้กระทำหรือคาดว่าจะกระทำ เพื่อสนองตอบปรากฏการณ์ หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต เพื่อแก้ หรือลดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองครอบครัว และคนอื่น ๆ

4. แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัว ในการดูแลจัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ

## ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ถือว่าเป็นจริงเชื่อถือได้
2. ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเท่านั้น

## ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

ไม่มีข้อจำกัดในการวิจัย

## ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซง หรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงคาดว่าจะไม่มีปัญหาด้านจริยธรรม

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับกรมสุขภาพจิต ในการวางแผนพัฒนางานส่งเสริมป้องกัน  
ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
2. เป็นแนวทางสำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการพัฒนาศักยภาพของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับกรมสุขภาพจิต ในการพัฒนาสื่อ/เทคโนโลยี และ  
กระบวนการในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวต่อไป



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### แนวคิดและทฤษฎีสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1976)<sup>(6)</sup> (อ้างถึงในสุชาติ โสมประยูร) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคม และสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วย ความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งตอบสนองความต้องการของตนเอง ในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลง โดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มิได้หมายความว่ารวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

ศาสตราจารย์ ดร.สุชาติ โสมประยูร<sup>(6)</sup> ได้ให้คำนิยามสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของคนเราให้เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันรวมทั้งสถานการณ์ในอดีต และอนาคตด้วย

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2521)<sup>(7)</sup> ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่าสุขภาพจิต คือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์ที่มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

จากการสัมมนา เรื่อง การจัดตั้งองค์กรเครือข่าย และการนิยามความหมาย “สุขภาพจิต” ระหว่างวันที่ 22-23 กันยายน 2537 ณ โรงแรมหอลลูส์ เทเวียร์น กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต ไว้คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิถีการมองตนเองมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง

Kaplan , Louis & other<sup>(8)</sup> ได้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

จากคำจำกัดความข้างต้น สรุปได้ว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพจิตใจที่เป็นสุข มีความสามารถในการปรับตัว สามารถรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ มีการวางตัวอย่างเหมาะสมในสังคมวัฒนธรรมของตนเอง มีความสามารถในการแก้ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตต่าง ๆ ได้แก่ โรคจิต โรคประสาท และความผิดปกติทางอารมณ์

### ลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดี

Egbert<sup>(9)</sup> ได้กล่าวไว้ว่า ลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีคือ

1. รู้จักตนเองสามารถพัฒนาผสมผสานบุคลิกภาพได้เหมาะสมกับความเป็นจริง
2. เป็นผู้ตั้งความหวังไปในทางที่เป็นจริงได้
3. เป็นผู้ที่เข้าใจชีวิตและมีจุดมุ่งหมายในชีวิต
4. เป็นผู้มีพลังในการดำรงชีวิต สามารถก่อให้เกิดความหวังในชีวิต
5. มีความสามารถในการปรับความคิด พฤติกรรม ตามสถานการณ์แต่ละช่วงของชีวิตได้
6. สามารถเปิดเผยตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

ผู้มีสุขภาพจิตดีนั้น นอกจากปราศจากความเจ็บป่วยทางร่างกาย และจิตใจแล้วยังต้องเป็นผู้มีความสามารถในการสร้าง และคงไว้ซึ่งความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น และวางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวหรือทำตนให้มีประโยชน์ได้ในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสังคมและสิ่งแวดล้อม และสามารถปรับจิตใจให้ยอมรับความเป็นจริงได้ด้วย ความพอใจและเป็นสุข

สุภาพวรรณ โคตรจรัส<sup>(10)</sup> ให้นิยาม ผู้มีสุขภาพจิตดีดังนี้

1. ด้านปัญหาความคิด ความเข้าใจ เป็นผู้ที่มีการรับรู้ที่ตรงตามความเป็นจริง ใช้สติปัญญาประกอบการพิจารณาตนเองและสิ่งแวดล้อม คิดและทำอย่างมีเหตุผล รับรู้และเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง เต็มใจที่จะใช้วิธีการแก้ปัญหาโดยตรงในการเผชิญปัญหา
2. ด้านประสบการณ์ทางอารมณ์ สามารถเผชิญความตึงเครียดและความกดดันต่าง ๆ ได้อย่างดี เมื่อเผชิญปัญหาจะไม่กระทบกระเทือนเกินกว่าเหตุ รักษาอารมณ์ไว้ได้ในระดับที่สม่ำเสมอ แสดงอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีความมั่นคงทางอารมณ์ สามารถเอาชนะความขัดแย้งในใจทั้งภายในและภายนอกได้
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี ไม่แยกตัวอยู่คนเดียว หรือแสวงหากิจกรรมทางสังคมมากเกินไป จนทำให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างผิวเผิน หรือพึ่งพิงผู้อื่นจนรู้สึก

เป็นภาระ ไม่ได้คบผู้อื่นเพื่อหวังประโยชน์ส่วนตน ยอมรับและเข้าใจตนเอง มีความจริงใจ มีสัมพันธภาพที่อบอุ่น

4. ด้านการทำงาน ทำงานได้เต็มความสามารถ เลือกอาชีพได้ตรงกับความสนใจและความสามารถของตนเอง รับรู้และรู้สึกว่าเป็นประโยชน์กับสังคม มีคุณค่า มีความกระตือรือร้นในชีวิต มีแรงบันดาลใจ มีพลังในการทำงาน

5. ด้านความรัก สามารถรักได้อย่างแท้จริง เป็นความรักในมนุษยชาติ เป็นความรักที่ประกอบด้วยความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ ความเชื่อถือไว้วางใจ ความใกล้ชิดสนิทสนม ความพึงพอใจ เมื่อเห็นคนที่ตนรักมีความสุข รวมทั้งความรักทางเพศ

6. ด้านตน มีความเข้าใจตนเอง รู้จักตนเอง ยอมรับตนเอง รู้ว่าตนเองคือใคร ต้องการอะไรในชีวิต ยอมรับข้อบกพร่อง และภาคภูมิใจในส่วนตัวของตน สามารถเปิดเผยตัวจริงของตนเอง รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมโดยไม่สูญเสียความเป็นตนเอง สามารถพัฒนาตนได้เป็นอย่างดีที่สุดตามศักยภาพของตนเอง

จากผลการประชุมวิชาการทางสุขภาพจิต ได้ให้ความหมายและขอบเขตของคำว่า สุขภาพจิต ไว้ว่า ลักษณะของสุขภาพจิตที่ดี หมายถึง ลักษณะที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. สภาวะทางอารมณ์ อารมณ์ปกติมั่นคง ไม่เจ้าอารมณ์หรือถูกกระทบกระเทือนง่าย ปราศจากความเครียดหรือวิตกกังวล

2. สภาวะทางสังคมและการปรับตัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้เป็นปกติสุข ไม่สร้างพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ตนเองและผู้อื่น

3. สภาวะทางสติปัญญา สามารถเผชิญปัญหา หรือแก้ปัญหาได้ และดำเนินชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. สภาวะทางกาย ปราศจากอาการของโรคที่มีผลจากความเครียด และความวิตกกังวลทางจิตใจ

กล่าวโดยสรุป ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี คือ ผู้ที่สามารถปรับให้เข้ากับตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ การปรับตัวเป็นกระบวนการค้นหา และปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อม หรือการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการถูกสะกดกั้นด้วยสาเหตุต่าง ๆ ถ้าบุคคลใดสามารถบรรลุความต้องการของตนเองได้โดยไม่มี ความขัดแย้งย่อมถือได้ว่า การปรับตัวนั้นมีประสิทธิภาพ

## การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention)

นโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ<sup>(11)</sup> เน้นกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเป็นกิจกรรมหลักของงานสาธารณสุข หรืองานอนามัยชุมชนโดยทั่วไป สามารถแบ่งระดับการป้องกันได้เป็น 3 ระดับ คือ

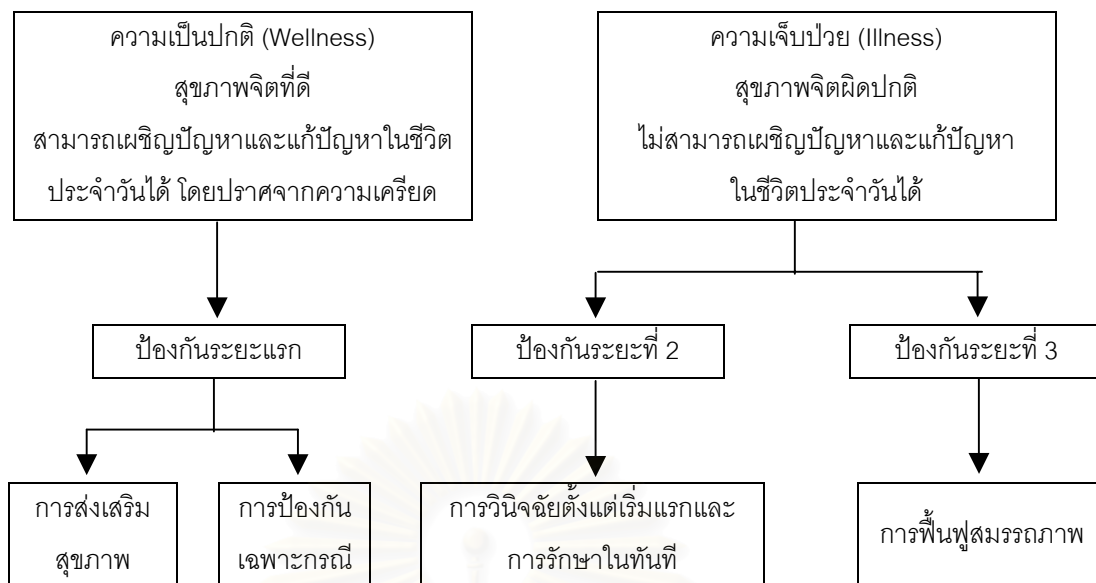
1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) หรือเรียกว่าขั้นป้องกัน (Prevention Measures) ระดับนี้มุ่งเน้นที่จะลดอัตราการเกิดภาวะผิดปกติทางจิต กิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นการลดหรือตัดต้นเหตุ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่คาดว่าจะให้ผลเสียต่อสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

2. การป้องกันระดับที่ 2 (Secondary Prevention) หรือเรียกว่า ขั้นแก้ไข (Correction Measures) การป้องกันระดับนี้เน้นที่การสกัดกั้นหรือยับยั้งปัญหาที่มีลักษณะอาการที่เริ่มเกิดขึ้นแล้วให้หยุดเพียงเท่านั้น ไม่ให้ลุกลามหรือรุนแรงต่อไปด้วยการวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ และรักษาแก้ไขโดยทันที ทั้งนี้เพื่อป้องกันความรุนแรง ความสูญเสียไปมากกว่าเดิม และเป็นการควบคุมปริมาณการเกิดผู้มีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นใหม่ (Incident Case) และปริมาณของผู้มีปัญหาหรือผู้ป่วยทั้งหมด (Prevalent Case) โดยการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่บุคคลทั่วไป หรือเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาทิ กลุ่มนักเรียน นักศึกษา กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรี กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมที่เครียด เช่น ในโรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุ และสำรวจหาผู้ที่มีที่คาดว่าจะเกิดปัญหา (Hidden Patient) เพื่อรีบให้การช่วยเหลือ เป็นต้น

3. การป้องกันระดับสุดท้าย (Tertiary Prevention) หรือเรียกว่าขั้นฟื้นฟู (Rehabilitation Measures) ขั้นนี้เน้นที่การลดผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เนื่องจากความผิดปกติทางจิต เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการรักษาแก้ไขแล้วให้กลับคืนสู่ปกติ กิจกรรมในขณะนี้รวมถึงการแนะนำงาน การติดต่อหาแหล่งฝึกงานให้ การเป็นสื่อกลางให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับและให้การช่วยเหลือระดับประคองสนับสนุนให้กำลังใจผู้ที่พึ่งหายป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีปมด้อย และสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขต่อไป

กิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับ แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องระหว่างความปกติ (Wellness) ไปสู่ความเจ็บป่วย (Illness) ดังแผนผังต่อไปนี้





อัมพร โอตระกูล ได้แบ่งระดับของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ

#### 1. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก จะเป็นเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดกับสมอง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับสมอง อุบัติเหตุทางสมอง และโรคไร้เชื้อที่เกิดกับสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน แต่ละช่วงอายุจะมีการป้องกันพิเศษ ดังนี้

1.1 วัยทารก การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรกคือ การให้การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อมิให้เกิดผลกระทบต่อเซลล์สมองของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ป้องกันความพิการต่อเด็กที่จะเกิดมา เช่น ทารกน้ำหนักน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น และป้องกันไม่ให้เกิดหญิงตั้งครรภ์กระทบกระเทือนทางจิตใจ เช่น การถูกสามีทอดทิ้ง หรือสามีไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ เพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ไม่สนใจดูแลสุขภาพตนเองหรือพยายามหาทางทำแท้ง เช่น กินยาขับเลือด ซึ่งถ้าการทำแท้งไม่สำเร็จก็จะมีผลต่อเด็กที่จะเกิดตามมาทำให้เกิดภาวะปัญญาอ่อนหรือเป็นโรคเกี่ยวกับสมอง ได้แก่ โรคลมชัก โรคออทิสซึม (Autism)

1.2 วัยเด็กเล็กและวัยรุ่น การป้องกันระยะแรกคือ การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย โดยให้อาหารเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับเด็ก

1.3 วัยรุ่น พ่อแม่ควรมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก เพื่อที่จะช่วยเหลือแนะนำแก่เด็กในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัวในสังคมที่จะพึ่งพาตนเองได้ การเลือกวิชาชีพ และแนวทางการดำเนินชีวิตในอนาคต



1.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะแรกคือการรู้จักแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงาน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญ ในการดำเนินชีวิต

1.5 วัยสูงอายุ การรู้จักเตรียมตัวเตรียมใจก่อนการเกษียณอายุ รู้จักการดำรงชีวิตอย่างเหมาะสมกับวัยที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจนเกินไป การรู้จักระวังรักษาสุขภาพต่อสิ่งขารที่เริ่มเสื่อมเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดตีบแข็ง และโรคข้อกระดูกต่าง ๆ เป็นต้น

## 2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง หมายถึงความสามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยโรคได้โดยไม่ล่าช้า เพื่อมิให้โรคหรืออาการเจ็บป่วยนั้นลุกลามเป็นมากจนแก้ไขหรือรักษาได้ยาก ในทางสาธารณสุขเราสามารถทราบหรือประเมินโดยดูอัตราความชุกของโรค (prevalence rate) ซึ่งจะพบว่าลดลงถ้าการป้องกันระยะที่สองได้ผล โดยถือหลักการดำเนินการที่ว่า การรักษาแต่เริ่มแรกก็คือการป้องกันที่ดี

2.1 วัยทารกและเด็กเล็ก การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิตก็คือ ความตระหนักและความเข้าใจในปัญหาทางอารมณ์และจิตใจของเด็ก เช่น อาการลงมือลงเท้า (temper tantrum) ความกลัวไม่ยอมไปโรงเรียน (school phobia) ปัญหาการพูดในเด็ก เป็นต้น ซึ่งถ้าเราเข้าใจว่าเป็นเรื่องที่สามารถจะแก้ไขได้ แล้วรีบให้ความช่วยเหลือแก้ไขก็จะป้องกันการลุกลามไม่ให้เป็นรุนแรงหรือเรื้อรังได้

2.2 วัยเด็กและวัยรุ่น การป้องกันคือ ความสามารถตรวจและให้การรักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางจิตใจของเด็ก เช่น พ่อ แม่ หรือครูควรตระหนักต่อปัญหาการเรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุว่าปัญหาผลการเรียนที่ตกต่ำมีสาเหตุจากอะไร อันได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือความพิการของระบบประสาทจนทำให้เด็กเรียนไม่ได้ หรือไม่ใช่ว่าปัญหาทางร่างกายแต่เป็นเรื่องปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากครอบครัวเด็กมีปัญหาก็มีผลกระทบทำให้เด็กไม่สนใจการเรียน ฯลฯ เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ถูกต้อง ปัญหาจะไม่ลุกลามต่อไปจนอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไป เช่น เด็กไม่มีจิตใจจะเรียน เมื่อเด็กไม่ยอมเรียน แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงก็จะใช้วิธีการพูดปิดกับพ่อแม่ หรืออาจถึงขั้นหนีโรงเรียน ซึ่งเมื่อถึงขั้นนั้นก็อาจนำไปสู่ปัญหายุ่งยากเลวร้ายอื่น ๆ อีก เช่น เมื่อเด็กไม่ไปโรงเรียนก็อาจเร่ร่อนไปเรื่อย ๆ ถ้าไปคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจชักจูงนำไปสู่การติดสิ่งเสพติดหรือไปรวมกับพวกแก๊งอันตรายในชุมชนได้ ดังนั้น พ่อ แม่ หรือครู ควรให้ความสำคัญต่อปัญหาเด็ก ๆ น้อย ๆ แล้วรีบช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง โรงเรียนควรมีบริการแนะแนวเพื่อช่วยให้ครูหรือผู้

แนะแนวสามารถตรวจกรองปัญหาให้ความช่วยเหลือได้แต่แรกเริ่มโดยไม่ต้องรอจนกระทั่งเด็กมีปัญหาแล้วจึงพาไปรักษากับจิตแพทย์

2.3 วัยรุ่น การป้องกันคือ สามารถตรวจให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาในการปรับตัวด้านต่าง ๆ เช่น ความไม่สบายใจในเรื่องทางเพศ ความซึมเศร้าในวัยรุ่น เมื่อพบเห็นปัญหาแล้วควรรีบให้การช่วยเหลือรักษาแต่เริ่มแรก ไม่ควรมองข้ามหรือเพิกเฉย เช่น การซึมเศร้าในวัยรุ่น ถ้าไม่ช่วยเหลือรักษาก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หรือการติดสารระเหย หรือสารเสพติดในวัยรุ่น ในระยะที่เริ่มเป็นถ้าตรวจพบแล้วรีบรักษาแก้ไขก็จะช่วยไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือเป็นจนเรื้อรังได้ เพราะในรายที่เป็นเรื้อรังแล้วโอกาสรักษาให้หายขาดจะทำได้ยากขึ้น จึงควรมีบริการสำหรับวัยรุ่น เพื่อให้วัยรุ่นสามารถพึ่งได้ทันทีเมื่อต้องการ เช่น บริการแนะแนวตามโรงเรียน ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน หรือบริการด่วนทางโทรศัพท์ (Hot Line)

2.4 วัยรุ่นผู้ใหญ่ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิต คือ การให้บริการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตในวัยรุ่นผู้ใหญ่ เช่น ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา หรือในครอบครัว ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาการทำงาน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น

### 3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม (Tertiary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิตให้หาย หรือทุเลาขึ้นจนมีสมรรถภาพกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถตรึงผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นแล้ว และจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับป่วยกำเริบอีก หรือกลับเป็นซ้ำอีกด้วยวิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วเหล่านั้นอย่างสม่ำเสมอ

## ครอบครัว

ครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่สำคัญที่สุด เป็นกลุ่มสังคมขนาดเล็กที่ประกอบด้วยคนต่างเพศ ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือทางการสืบสายโลหิต เป็นหน่วยของสังคมที่มีความสัมพันธ์และความร่วมมืออย่างใกล้ชิด เพราะเป็นแหล่งสร้างความสัมพันธ์ของผู้คนในสังคม ก่อให้เกิดความผูกพันกัน สร้างบรรทัดฐานของสังคมทั้งในด้านการอยู่ร่วมกันและการทำมาหาเลี้ยงชีพ และอบรมสมาชิกในครอบครัวให้เรียนรู้ระเบียบแบบแผนของสังคมเพื่อให้สังคมดำรงอยู่ต่อไป ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความคงทนที่สุด และยังไม่เคยปรากฏว่าสังคมมนุษย์ใดไม่มีสถาบันครอบครัวปรากฏอยู่ เพราะมนุษย์ทุกคนต้องอยู่ในสถาบันนี้เนื่องจากเป็น

สังคมกลุ่มแรกที่เราจะต้องเผชิญตั้งแต่แรกเกิดจนเติบโตในครอบครัว นอกจากนี้การรู้จักลักษณะของสถาบันครอบครัว จะช่วยให้รู้จักจุดเด่น จุดด้อยของบรรทัดฐานที่ใช้ อันจะเป็นแนวทางในการปรับปรุงสถาบันครอบครัวให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ของสังคมได้ดีขึ้น

### ความหมายของครอบครัว

ครอบครัว ตามพจนานุกรม<sup>(12)</sup> หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน ได้แก่ สามี ภรรยา และบุตร ในทางสังคมวิทยา ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า หมายถึง รูปแบบของการที่บุคคล 2 คน หรือกลุ่มบุคคลสร้างแบบ (Pattern) หรือโครงสร้าง (Structure) ของการอยู่ร่วมกัน ส่วนนักจิตวิทยา ได้ให้ความหมายของ ครอบครัวไว้ว่า ครอบครัวคือสถาบันทางสังคมแห่งแรกที่มนุษย์สร้างขึ้นจากความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน เพื่อเป็นตัวแทนของสถาบันทางสังคมภายนอกที่จะปลูกฝังความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติ กับสมาชิกรุ่นใหม่ของสังคมที่มีชีวิตอุบัติขึ้นในครอบครัว

Burgess และ Locke (อ้างในสุพัตรา สุภาพ)<sup>(13)</sup> ได้ให้คำจำกัดความของครอบครัวว่า จะต้องมียลักษณะสำคัญ 4 ประการ คือ

1. ครอบครัวประกอบด้วยบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส หรือความผูกพันทางสายโลหิต หรือการมีบุตรบุญธรรม การสมรสแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างสามี และภรรยา ส่วนความผูกพันทางสายโลหิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก รวมทั้งบุตรบุญธรรม
2. สมาชิกของครอบครัวเหล่านี้อยู่ร่วมกันภายในครัวเรือนเดียวกัน หรือบางครั้งก็แยกกันไปอยู่ต่างหาก สมัยโบราณครัวเรือนหนึ่งจะมีสมาชิก 3 – 4 – 5 ชั่วอายุคน ปัจจุบันครัวเรือน (โดยเฉพาะในประเทศพัฒนา) จะมีขนาดเล็ก ประกอบด้วยสามี ภรรยา และลูกหนึ่งหรือสองสามคนขึ้นไป หรือไม่มีเลย
3. ครอบครัวเป็นหน่วยของการกระทำระหว่างกัน เช่น สามี-ภรรยา พ่อ-แม่ ลูก พี่-น้อง โดยสังคมแต่ละแห่งจะกำหนดบทบาทของแต่ละครอบครัวไว้ ซึ่งก็ขึ้นอยู่กับประเพณีของแต่ละแห่ง ซึ่งหมายความว่า ไม่ใช่เพียงต่างคนต่างหากิน ต่างคนต่างอยู่ แต่ต่างคนต่างมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน เช่น รักกัน เอาใจใส่กัน สงสอนกัน จิตใจผูกพันกัน เป็นต้น
4. ครอบครัวถ่ายทอดรักษาวินัยธรรม สมาชิกจะถ่ายทอดและรับแบบของความประพฤติในการปฏิบัติต่อกัน เช่น ระหว่างสามี-ภรรยา และลูก และเมื่อผสมผสานกับวัฒนธรรมที่นอกเหนือไปจากครอบครัว ก็จะได้แบบของความประพฤติที่สมาชิกปฏิบัติต่อกันและต่อผู้อื่น

ปัจจุบัน ครอบครัวอาจหมายถึง กลุ่มบุคคลที่มาอยู่ร่วมกันโดยการสมรส โดยทางสายโลหิต หรือการรับเลี้ยงดู มีการตั้งเป็นครอบครัวขึ้น มีความสัมพันธ์ต่อกันในฐานะเป็น

สามีภรรยา เป็นพ่อแม่ เป็นลูกชายลูกสาว เป็นพี่เป็นน้อง โดยมีการรักษาวัฒนธรรมเดิม และอาจมีการสร้างสรรค์วัฒนธรรมใหม่เพิ่มเติมก็ได้

### ลักษณะของครอบครัว<sup>(14)</sup>

ครอบครัว เป็นกลุ่มสังคมที่มีสมาชิกมีความสัมพันธ์กันทางเพศ หรือทางการสืบสายโลหิต ทุกสังคมจะมีสถาบันครอบครัว แต่อาจแตกต่างกันในรูปแบบและบรรทัดฐานในการดำเนินชีวิตของผู้คนในครอบครัว อย่างไรก็ตามโดยทั่วไปครอบครัวในสังคมต่าง ๆ จะมีโครงสร้างที่เหมือนกัน เช่น ประกอบด้วยผู้หญิง ผู้ชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศต่อกัน มีการแบ่งหน้าที่การงาน มีการกำหนดความรับผิดชอบลักษณะโดยทั่วไปของครอบครัวทั่วไป ประกอบด้วย

1. มีการอยู่ร่วมกันระหว่างชายและหญิงอย่างถาวร
2. สมาชิกมีความสัมพันธ์ต่อกันในทางเพศหรือความสัมพันธ์ทางสายโลหิต
3. มีการกำหนดตำแหน่งหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว
4. มีหน้าที่หลัก เช่น ให้กำเนิดบุตรที่ถูกต้องตามกฎหมาย เลี้ยงดู อบรมให้เรียนรู้

ระเบียบแบบแผนของสังคม ให้ความรักความอบอุ่น และกำหนดสถานภาพทางสังคม

### หน้าที่ของครอบครัว<sup>(14)</sup>

ครอบครัวมีหน้าที่ในการรักษาสุขภาพของสังคม และสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ โดยทั่วไปหน้าที่ของครอบครัวมีดังนี้

1. ควบคุมความสัมพันธ์ทางเพศ ครอบครัวเป็นสถานที่แสดงออกของความสัมพันธ์ทางเพศที่สังคมยอมรับแต่กิจกรรมสัมพันธ์ใดจะเป็นที่ยอมรับของสังคมใดหรือไม่นั้นอาจแตกต่างกันไป
2. ให้กำเนิดบุตร ทั้งนี้เพื่อช่วยให้สังคมยังคงมีอยู่สืบไป และบางสังคมได้กำหนดกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการประกำหรือคุมครองชีวิตสมาชิกใหม่ด้วย เช่น ห้ามทำลายชีวิตเด็กทั้งที่ยังอยู่ในครรภ์และคลอดออกมาแล้ว
3. เลี้ยงดูและป้องกันอันตรายให้เด็ก ทั้งนี้เพื่อให้เด็กได้เจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ซึ่งเป็นภาระหน้าที่ที่สำคัญเช่นกัน เพราะโดยธรรมชาติเด็กย่อมเลี้ยงและช่วยตัวเองไม่ได้
4. อบรมให้เรียนรู้ระเบียบแบบแผนของสังคม เพื่อให้สมาชิกใหม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ รู้จักขนบธรรมเนียมประเพณี รู้จักคบหาสมาคม ทำงานร่วมกับผู้อื่น และสังสรรค์ร่วมกับผู้อื่นตามบรรทัดฐานของสังคม

5. กำหนดสถานภาพตำแหน่งหน้าที่ให้กับสมาชิกใหม่ตั้งแต่แรกเกิด และช่วยหาตำแหน่งหน้าที่อื่น ๆ ในสังคมตามโอกาส

6. ให้ความรักความอบอุ่น ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ประการหนึ่งและครอบครัวจะสามารถสร้างขึ้นได้ไม่ยาก เนื่องจากสมาชิกมีความใกล้ชิดกัน อยู่ร่วมกันเป็นระยะเวลานาน มีกิจกรรมสัมพันธ์กันเสมอ ๆ นั่นคือ มีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิ ความรัก ความอบอุ่น และความสนิทสนมกันนี้จะช่วยทำให้สมาชิกมีอารมณ์และสุขภาพจิตที่สมบูรณ์

7. หน้าที่ทางเศรษฐกิจ ครอบครัวเป็นหน่วยทางเศรษฐกิจหรือหน่วยผลิต หน่วยจัดหาสิ่งของ เพื่อการกินอยู่ของสมาชิกในครอบครัว อนึ่ง หน้าที่ในการผลิตในปัจจุบันมักเป็นครอบครัวของชาวชนบท (Economic Production) ส่วนครอบครัวในเมืองมักเป็นครอบครัวผู้บริโภค (Economic Consumption) มากกว่า

นอกจากนี้ ยังอาจกล่าวได้ว่า ครอบครัวเป็นปัจจัยหนึ่งที่ช่วยให้สังคมเจริญก้าวหน้าขึ้น ถ้าครอบครัวได้ปลูกฝังค่านิยมที่ดีให้เกิดแก่สมาชิก เช่น ความรับผิดชอบ ความมีระเบียบวินัย

### ประเภทของครอบครัว

Murdock (อ้างในสุพัตรา สุภาพ)<sup>(13)</sup> ได้แบ่งประเภทของครอบครัวออกเป็น 3 แบบ

1. ครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขนาดเล็ก (Nuclear Family) ได้แก่ครอบครัวที่ประกอบด้วย สามี - ภรรยา และลูก ๆ อยู่กันตามลำพัง เป็นครอบครัวที่มีความสำคัญอย่างใกล้ชิดที่สุดพบเห็นได้ทั่วไป และมีแนวโน้มจะมีครอบครัวแบบนี้มากขึ้นเนื่องจากเหตุผลทางเศรษฐกิจ นอกจากนี้ครอบครัวแบบนี้มีความเป็นอิสระ แต่ห่างเหินจากญาติพี่น้อง อาจทำให้เกิดความว้าเหวและขาดความอบอุ่นได้

ครอบครัวเดี่ยวแบ่งได้เป็น 2 รูปแบบ<sup>(12)</sup> คือ

1.1 ครอบครัวเดี่ยวชายเป็นหัวหน้าครอบครัว (Patriarchal) ครอบครัวชนิดนี้ผู้ชายเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบการพัฒนาของครอบครัว และอำนาจตัดสินใจอยู่ที่ผู้ชาย

1.2 ครอบครัวเดี่ยวหญิงเป็นหัวหน้า (Matriarchal) ครอบครัวชนิดนี้ผู้หญิงเป็นใหญ่ และมีอำนาจตัดสินใจปัญหาต่าง ๆ ของครอบครัว มีหน้าที่รับผิดชอบเศรษฐกิจของครอบครัวด้วย

2. ครอบครัวขยาย (Extended Family) เป็นครอบครัวที่ประกอบด้วยครอบครัวเดี่ยวและญาติพี่น้อง เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ ป้า น้า อา ฯลฯ อาศัยอยู่ด้วยเป็นบางคน หรือหลาย ๆ คน อาจอยู่ได้หลังคาเดียวกันหรือเขตบ้านเดียวกัน มีความรักความอบอุ่น และความรับผิดชอบ



ต่อกัน แต่ขาดความเป็นอิสระเพราะสมาชิกอาวุโสสูงสุดจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัว เป็นระบบที่ญาติพี่น้องมีความรักใคร่ผูกพันกันมาก จะพบมากในสังคมเกษตรกรรม

ครอบครัวขยายแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ<sup>(12)</sup> คือ

2.1 ครอบครัวขยายญาติพี่น้อง (Kinship group) คือ ครอบครัวที่อยู่รวมกันตั้งแต่ ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อ แม่ และญาติพี่น้องที่ใกล้ชิด ครอบครัวขยายแบบนี้มีลักษณะพิเศษของการอยู่รวมกันคือ

ก. ครอบครัวขยายญาติทางฝ่ายชาย (Patrilopal) ครอบครัวชนิดนี้จะมีผู้ชายเป็นใหญ่ ได้แก่ ปู่ หรือบิดา และญาติที่อาศัยเป็นญาติของฝ่ายชาย

ข. ครอบครัวขยายญาติทางฝ่ายหญิง (Matrilopal) ครอบครัวชนิดนี้ญาติที่อาศัยอยู่เป็นทางฝ่ายหญิง ฝ่ายหญิงอาจมีอำนาจเป็นหัวหน้าครอบครัว

2.2 ครอบครัวขยายร่วมเผ่าพันธุ์ (Sib) เป็นครอบครัวที่คนหมู่ชนเผ่าพันธุ์เดียวกัน (Consanguineal group) อยู่รวมกัน มีความคิดเห็นร่วมกัน แบ่งปันกัน โดยมีหัวหน้าครอบครัวเพียงคนเดียวเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบความเป็นอยู่ของสมาชิก ครอบครัวเช่นนี้ ได้แก่ ครอบครัวพวกยิปซี

2.3 ครอบครัวขยายรวมกลุ่ม (Clan) ครอบครัวชนิดนี้ประกอบด้วย ครอบครัวหลายครอบครัวอยู่รวมกัน (Compromise group) หัวหน้าครอบครัวเป็นเสมือนหัวหน้าหมู่บ้าน เป็นผู้รับผิดชอบทางเศรษฐกิจ ตลอดจนการเลือกคู่ครอง ให้กับสมาชิกในครอบครัว คนทั้งหมู่บ้านอยู่รวมกัน มีความรับผิดชอบร่วมกัน

3. Polygamous Family ประกอบด้วยสามีหนึ่งคนภรรยาหลายคน ครอบครัวแบบนี้จึงเป็นครอบครัวเดี่ยว 2 ครอบครัว หรือ มากกว่า ที่มีสามีหรือพ่อร่วมกัน

## ความคิดเห็น

Best John (1977)<sup>(15)</sup> ได้ให้ความหมายว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกของบุคคลในการพิจารณาข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือการประเมินผล(Evaluation) จากสิ่งใดสิ่งหนึ่งจากสิ่งแวดล้อม(Circumstances)

Mitchell Geoffrey Duncan (1971)<sup>(16)</sup> ให้ความหมายไว้ว่า “ความคิดเห็น เป็นความเชื่อหรือการพิจารณาตัดสิน (judgment) โดยบุคคล ซึ่งอาจจะไม่เป็นที่ยอมรับในแต่ละ

ช่วงเวลา ความคิดเห็นนี้ไม่สามารถที่จะทดสอบความรู้ และความจริงของความเชื่อมั่นของบุคคลได้ และต้องยอมรับว่าประชาชนโดยทั่วไปนั้นอาจมีความคิดเห็นที่แตกต่างกันไป”

บุญธรรม คำพอ (2520)<sup>(17)</sup> ให้ความหมายว่าความคิดเห็นของบุคคลจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติประจำตัวของแต่ละบุคคล เช่น พื้นความรู้ ประสบการณ์ในการทำงานติดต่อกันระหว่างบุคคล ซึ่งมีส่วนทำให้บุคคลแต่ละกลุ่มมีความคิดเห็นไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง

สงวน สุทธิเลิศอรุณ (2522)<sup>(18)</sup> ให้ความหมายของความคิดเห็น คือ การแสดงออกซึ่งวิจรรณญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ความคิดเห็นมีความหมายแคบกว่าเจตคติ (Attitude) เพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง (Fact) และเจตคติของบุคคล เป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งโดยเฉพาะ

ประภา เพ็ญสุวรรณ (2526)<sup>(19)</sup> กล่าวว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก

ชาติชาย อ่อนเจริญ (2535)<sup>(20)</sup> สรุปว่า ความคิดเห็น เป็นการแสดงออกทางด้านความรู้สึก หรือความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งด้วยการพูดหรือการเขียนโดยมีอารมณ์ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานการแสดงออก ซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจจะได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ ความคิดเห็นนี้อาจจะเปลี่ยนแปลงได้ตามกาลเวลา

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน<sup>(21)</sup> ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า “เป็นข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอก็ตาม ” และอีกความหมายหนึ่งคือ “ทัศนะหรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหา หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง”

พจนานุกรมเว็บสเตอร์ (Webster New Word Dictionary)(1974)<sup>(22)</sup> ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความเห็นหรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสารโดยความเชื่อนั้นจะขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น



การแสดงออกทางความคิดเห็น ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือ เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง

จากความหมายต่าง ๆ ของความคิดเห็นสรุปได้ว่า ความคิดเห็น หมายถึง การแสดงออกทางด้านความรู้สึก หรือรูปแบบของการประเมินผล โดยพิจารณาจากข้อเท็จจริงอย่างใดอย่างหนึ่งของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม หรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ด้วยการพูดหรือเขียนโดยมีอารมณ์ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานของการแสดงออกซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ หรืออาจได้รับการยอมรับหรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ ความคิดเห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

### สิ่งที่มีอิทธิพลทำให้ความคิดเห็นแตกต่างกัน

1. การอบรมของครอบครัว อิทธิพลของครอบครัวมีมากกว่าปัจจัยอื่น ๆ เพราะครอบครัวเป็นสถาบันแห่งแรกของคน
2. การศึกษา ระดับการศึกษาเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความคิดเห็นเพราะเป็นการจัดสถานการณ์ให้แก่บุคคล
3. วัฒนธรรมและประเพณี บุคคลเมื่อได้รับอิทธิพลจากวัฒนธรรมและประเพณีย่อมปฏิบัติตามวัฒนธรรมและประเพณีในทางที่ดี
4. กลุ่มและสังคมที่เกี่ยวข้อง บุคคลเมื่ออยู่ในกลุ่มใดหรือสังคมใดก็จะมีความคิดเห็นไปในทางเดียวกับกลุ่มหรือสังคมนั้น ๆ กลุ่มเป็นส่วนผลักดันให้บุคคลเรียนรู้ได้โดยตรง
5. สื่อมวลชน ได้แก่ หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ เป็นต้น เพราะเป็นสื่อที่สร้างความคิดเห็นทางด้านบวกและด้านลบได้

### การวัดความคิดเห็น

John Zadrozny Thomas (1959)<sup>(22)</sup> กล่าวว่า การวัดความคิดเห็น โดยทั่วไปต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง คือ บุคคลที่จะถูกวัด สิ่งเร้า และการตอบสนอง ซึ่งจะออกมาเป็นระดับสูง-ต่ำ, มาก-น้อย วิธีวัดความคิดเห็นนั้น โดยมากจะใช้การตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้ที่ถูกตอบคำถามเลือกตอบแบบสอบถาม

Clifford T. Morgan and Richard A. King (1971)<sup>(23)</sup> เสนอแนะว่า การที่จะให้ใครออกความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า (Face to face)

John W. Best (1977)<sup>(24)</sup> ได้เสนอแนะว่าวิธีที่ง่ายที่สุดที่จะบอกถึงความคิดเห็น คือ การแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบของแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าคุณจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้

พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ (2531)<sup>(25)</sup> ได้เขียนบรรยายในเอกสารของคณะสังคม - ศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง การวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็น มีหลายวิธี แต่ที่แพร่หลาย มี 4 วิธี คือ

1. วิธีของเทอร์สตัน (Thurston's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดออกมาเป็นปริมาณ แล้วเปรียบเทียบตำแหน่งของความคิดเห็น หรือทัศนคติไปในทางเดียวกันและเป็นเสมือนว่าเป็นมาตรวัด ที่มีช่วงห่างเท่ากัน (Equal Appearing Interval)

2. วิธีของกัตต์แมน (Guttman's Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติหรือความคิดเห็นในแนวเดียวกันและสามารถจัดอันดับข้อความทัศนคติสูง - ต่ำ แบบเปรียบเทียบกันและกันได้จากอันดับต่ำสุด ถึงสูงสุดได้ และแสดงถึงการสะสมของความคิดเห็น

3. วิธีจำแนกแบบ S - D Scale (Semantic Different Scale) เป็นวิธีวัดทัศนคติ หรือความคิดเห็น โดยอาศัยคู่คุณศัพท์ที่มีความหมายตรงกันข้าม (Bipolar Adjective) เช่น ดี-เลว ขยัน-ขี้เกียจ เป็นต้น

4. วิธีวัดแบบลิเคอร์ท (Likert's Method) เป็นวิธีสร้างมาตรวัดทัศนคติที่นิยมแพร่หลาย เพราะเป็นวิธีการสร้างมาตรวัดที่ง่ายและประหยัดเวลา ผู้ตอบสามารถแสดงทัศนคติในทางที่ชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งอาจมีคำตอบให้เลือก 5 คำตอบ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนการให้คะแนนขึ้นอยู่กับใจความว่าจะเห็นเชิงบวก (Positive) หรือเชิงลบ (Negative) สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้วิธีวัดความคิดเห็นตามแนวคิดของลิเคอร์ท (Likert)

## การปฏิบัติ

การปฏิบัติเป็นพฤติกรรมการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ พฤติกรรมด้านการปฏิบัติสามารถประเมินผลได้ง่าย แต่กระบวนการก่อให้เกิดพฤติกรรมต้องอาศัยเวลา และการตัดสินใจหลายขั้นตอน พฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นเป้าหมายขั้นสุดท้ายที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขถือว่าเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุดที่จะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพอนามัยที่ดีหายจากโรคและป้องกันไม่ให้เกิดโรค การที่บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมขั้นสุดท้ายนี้ ในด้านสุขศึกษาถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงความรู้ และทัศนคติของบุคคล เป็นส่วนประกอบที่สำคัญที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่คงทนถาวร

## การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

การสาธารณสุขมูลฐาน<sup>(26)</sup> คือ วิธีการดำเนินงานในรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่ชุมชนมีความต้องมีความร่วมมือกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐจัดให้มีขึ้น ใช้วิทยาการและทรัพยากรอย่างเหมาะสมสามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นไปตามแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรมและสภาพสังคมของท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งประชาชนตระหนักได้ด้วยตนเอง นอกจากนั้นการดำเนินการยังเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่น และบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการสนับสนุน การส่งมอบผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารภายในชุมชน

กลไกที่สำคัญในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ประเทศไทยได้อาศัยระบบอาสาสมัครเป็นหลัก เดิมกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งอาสาสมัครขึ้น 2 ประเภท คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) เพื่อให้มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุข การวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน ตลอดจนเป็นแกนสำคัญในการชักจูง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้าน ในปัจจุบันได้ดำเนินการอบรมและปรับเปลี่ยนบทบาทของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข เป็น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และดำเนินการคัดเลือกแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เพื่อให้เป็นตัวแทนของครอบครัว ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ และดำเนิน

งานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลด้านสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ในชุมชน สอดคล้องกับ แผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ที่เน้นคนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนาและให้ความสำคัญของการพัฒนาแบบองค์รวมใน 2 ลักษณะคือ เน้นการพัฒนาสาธารณสุขที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกับ เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ค่านิยม พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงของปัญหาสุขภาพและระบบสาธารณสุข และเน้นการพัฒนาศักยภาพของคนด้านสุขภาพอนามัยในการเสริมสร้างให้มีความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและครอบครัวควบคู่กับการพัฒนาปัจจัยสิ่งแวดล้อม ทั้งระบบบริการสาธารณสุข ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบบริหารจัดการ และสภาวะแวดล้อมต่าง ๆ ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

แนวการจัดกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน ในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544)

#### 1. วิสัยทัศน์ (Vision) งานสาธารณสุขมูลฐาน

1.1 คนไทยทุกคนรอบรู้มีความรู้พื้นฐาน ในเรื่อง การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและครอบครัว สามารถแก้ปัญหาสาธารณสุขได้ระดับหนึ่ง ตลอดจนสามารถถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ให้แก่บุคคลอื่นได้

1.2 คนไทยทุกคนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพอนามัย ของตนเองและชุมชนโดยสามารถเฝ้าสังเกต และรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงในสภาวะสุขภาพและสิ่งแวดล้อม

1.3 คนไทยทุกชุมชน มีการรวมตัวเพื่อปฏิบัติกิจกรรมทางสาธารณสุข ด้วยความเสียสละเห็นแก่ส่วนรวมให้สอดคล้องกับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกปัจจุบัน

1.4 คนไทยทุกคน มีหลักประกันทางสุขภาพที่เหมาะสมตามสภาวะทางสังคมตามกลุ่มอายุ และอาชีพ

#### 2. เป้าประสงค์ (Goal)

เป้าหมายของงานสาธารณสุขมูลฐาน เป็นกลวิธีที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประชาชนให้มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ ทั้งการพัฒนาโดยตรง คือการสร้างและพัฒนากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขและพัฒนาความรู้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถดูแลสุขภาพทั้งของตนเอง บุคคลในครอบครัว และชุมชน โดยมีสถานะทางสุขภาพ การประเมินความจำเป็นขั้นพื้นฐาน และการพึ่งตนเองของชุมชนเป็นตัวชี้วัดเป้าหมายนี้

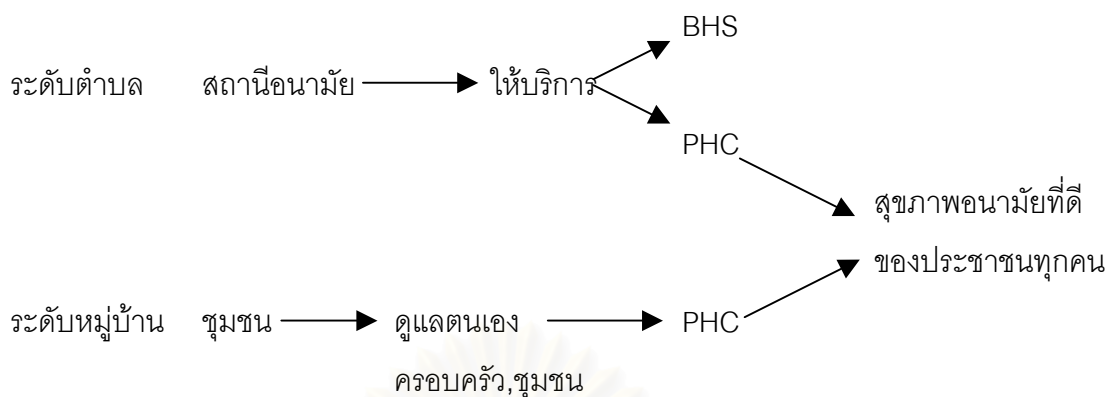
เป้าประสงค์ บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

ระดับ	ตัวชี้วัด
บุคคล	ใช้สถานะทางสุขภาพ เช่น การลดลงของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคทางเดินอาหาร โรคทางเดินหายใจ โรคที่เกิดจากพฤติกรรม โรคไม่ติดต่อ ฯลฯ เป็นต้น
ครอบครัว	ใช้ จปฐ. เป็นเครื่องมือที่ใช้ดูกระบวนการและผลกระทบที่เกิดกับ สถานะทางสุขภาพ
ชุมชน	ใช้เครื่องชี้วัดกลุ่มที่ 2 (การพึ่งตนเองของชุมชน) ในการวัดการบรรลุ สุขภาพดีถ้วนหน้า

ที่มา : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ , 2540

### หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ประชาชนควรเป็นผู้ดำเนินการเอง เพราะประชาชนเท่านั้นที่จะเป็นผู้รู้ปัญหาของชุมชนตนเองได้ดีที่สุด
2. การประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน (Intersectoral Co-ordination) เนื่องจากการแก้ปัญหาสาธารณสุขเพียงด้านเดียวย่อมประสบความสำเร็จได้ยาก จำเป็นต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ปัญหาอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน
3. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริม และป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพของร่างกายโดยใช้วิธีการง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ปลอดภัย และสามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน
4. ระบบการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ (Basic Health Service) เนื่องจากการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นการให้บริการที่เชื่อมต่อกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัย ซึ่งมีอยู่แล้วในทุกตำบล รัฐจึงจำเป็นต้องส่งเสริมและให้การสนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุขมูลฐาน



### ภาพประกอบ ลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุข

ที่มา : คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข. 2536

อมร นนทสุต<sup>(27)</sup> ได้สรุปแนวคิดและหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้

1. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดระบบบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง
2. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยที่ชุมชนร่วมมือจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่จึงจะถือว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือเป็นการแสวงหาความร่วมมือของชุมชนให้ประชาชนตระหนักและเข้าใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน
3. การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นได้ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมมือกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชน
4. หน้าที่และบทบาทของรัฐต้องเข้าใจว่ารัฐไม่ได้ทำงานแทนชุมชน ชุมชนไม่ได้ทำงานแทนรัฐ แต่เป็นการทำงานร่วมกัน
5. ความร่วมมือของชุมชนเป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจเพราะประชาชนมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เพราะหวังสิ่งตอบแทน
6. สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น



7. งานสาธารณสุขมูลฐานต้องใช้เทคนิคและวิธีการง่าย ๆ ไม่เกินขอบเขตและกำลังชุมชน จะเข้าใจและนำมาใช้ประโยชน์ได้ กล่าวคือ เทคนิคที่นำมาใช้ต้องมีความเหมาะสม ประหยัด ราคาถูก สามารถปรับให้เหมาะสมกับสภาพของสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ และมีผลต่อการแก้ปัญหา เช่น การสร้างที่เก็บน้ำฝน ก็ดำเนินการไปตามความสามารถของประชาชน และใช้วัสดุอุปกรณ์ กำลังเงิน แรงงาน ที่มีอยู่ในท้องถิ่นอยู่แล้ว เป็นต้น

8. งานสาธารณสุขมูลฐานจะต้องสอดคล้อง และอาศัยประโยชน์จากสถาบัน หรือระบบชีวิตประจำวันของชุมชน เป็นการอาศัยองค์กรต่าง ๆ ของท้องถิ่น และบุคลากรในท้องถิ่น เช่น พระสงฆ์ ครู ผู้นำท้องถิ่น ฯลฯ มาร่วมดำเนินกิจกรรมอันก่อให้เกิดประโยชน์แก่ชุมชน

9. การสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาให้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันในหมู่บ้าน กล่าวคือ เมื่อชุมชนได้ตระหนักในปัญหา มีการแก้ไขปัญหาคำคัญก่อนหลังตามลำดับ โดยที่ในแต่ละหมู่บ้านจะมีปัญหาแตกต่างกันออกไป

10. บริการสาธารณสุขที่ประชาชนสามารถดำเนินการได้เองในหมู่บ้านคือ

- 10.1 การสุขศึกษา
- 10.2 การควบคุมป้องกันโรคติดต่อในท้องถิ่น
- 10.3 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค
- 10.4 การอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว
- 10.5 การจัดหายาที่จำเป็นไว้ใช้ในหมู่บ้าน
- 10.6 การส่งเสริมโภชนาการ
- 10.7 การรักษาพยาบาลโรคที่พบบ่อยในท้องถิ่น
- 10.8 การสุขภาพสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด

11. การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้าน การให้การสนับสนุนการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อ การให้การศึกษารองรับต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุป แนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน หัวใจสำคัญคือการแสวงหาความร่วมมือของชุมชนในอันที่จะให้ประชาชนตระหนัก รับรู้ และเข้าใจปัญหา และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเองโดยรัฐเป็นผู้ให้ความสนับสนุนในส่วนที่เกินกำลังความสามารถของชุมชนนั่นเอง



## แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (Family Health Leader)

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว<sup>(28)</sup> หมายถึง สมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักของครอบครัวในการดูแล จัดการด้านสุขภาพอนามัยให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้ทุกคนในครอบครัวมีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ทั้งร่างกายและจิตใจ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่มีอยู่แล้วในแต่ละครอบครัว ซึ่งจะเป็นใครก็ได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของแต่ละครอบครัว ความพร้อมและความเต็มใจของผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนั้น ๆ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีขึ้นตามแนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยที่ชุมชนมีความต้องการร่วมมือกันเอง หรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐจัดให้มีขึ้น ใช้ทรัพยากรและวิทยาการที่ไม่สูงเกินไปอย่างเหมาะสม สามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ และเป็นไปในแนวทางที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และสภาพสังคมของท้องถิ่นในอันที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุข ซึ่งประชาชนสามารถตระหนักด้วยตนเอง นอกจากนั้นการดำเนินการยังเชื่อมโยงกับขบวนการพัฒนาท้องถิ่น และบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านสนับสนุน การส่งมอบผู้ป่วย การติดต่อสื่อสารภายในชุมชน

### แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีบทบาท ดังนี้

1. เป็นแกนหลักสำคัญของครอบครัวในการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัว
2. เป็นแบบอย่างที่ดีทางด้านการดูแลสุขภาพอนามัยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้แก่สมาชิกในครอบครัว
3. เป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหา และการพัฒนาสาธารณสุขของครอบครัวและชุมชน

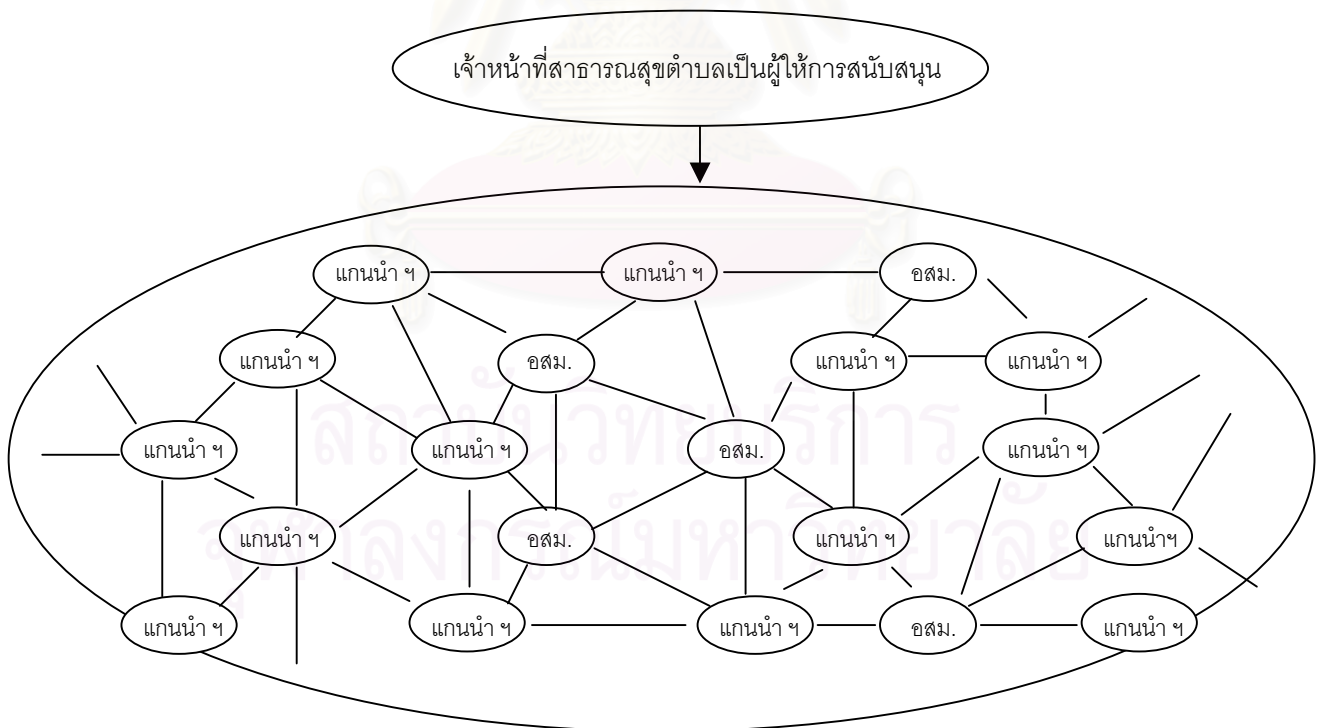
การพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานมีแนวทางในการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ดังนี้

1. การเตรียมชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำความเข้าใจกับอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และดำเนินการพิจารณาผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักในการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวในละแวกบ้าน/ชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขดูแล และ

ศึกษาสถานะทางสุขภาพอนามัยของแกนนำหลัก เพื่อใช้ประกอบการวางแผนดำเนินการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและสภาพปัญหาของครอบครัว

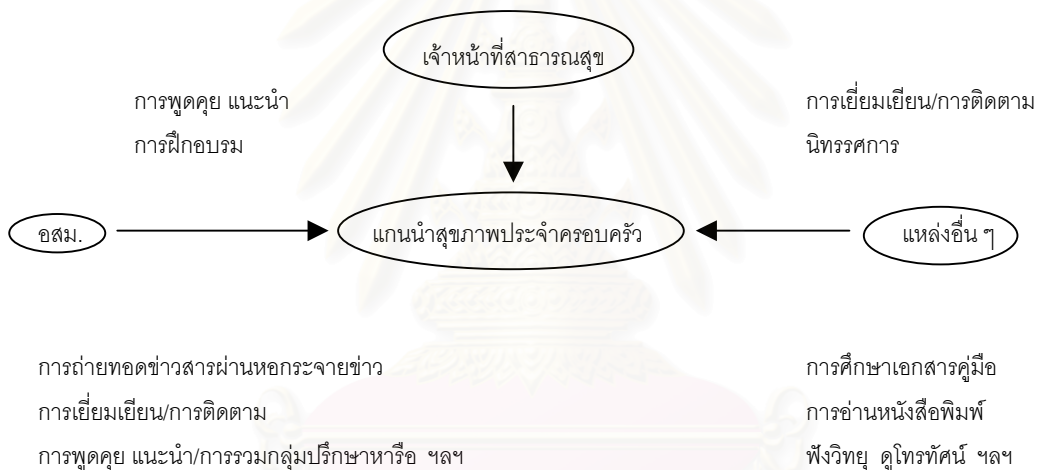
2. การถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะได้รับความรู้จาก อาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแลรับผิดชอบประจำละแวกบ้าน / พื้นที่เป็นหลัก ในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพอนามัย นอกจากนี้ยังเป็นผู้ดูแลจัดหาสื่อสิ่งพิมพ์อื่น ๆ ให้แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวเพื่อใช้ในการเรียนรู้ด้วยตัวเอง เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกิดประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยที่ดียิ่งขึ้น

3. การสร้างเครือข่ายแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะเป็นผู้ประสานงานของครอบครัวในการร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาและการพัฒนางานสาธารณสุขของท้องถิ่น ซึ่งจะเกิดเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยของชุมชน



เครือข่ายการประสานความร่วมมือระหว่างแกนนำ ฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม.

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจะได้รับการอบรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยจากบุคลากรสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ที่ผ่านการอบรมความรู้ ฯ ตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน ความรู้พื้นฐานที่จะได้รับประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลและครอบครัว, ความรู้เกี่ยวกับแหล่งความรู้และแหล่งบริการสาธารณสุขที่จำเป็น, การดูแลอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น, ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ครอบครัวสามารถมีบทบาทร่วมกับชุมชน นอกจากนี้ได้รับความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพทางกายแล้ว ยังได้รับการอบรมให้ความรู้ในด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ในเรื่อง บทบาทและวิธีสร้างความสุขในครอบครัว, วิธีลดความขัดแย้งในครอบครัว, ความรู้ความเข้าใจในเรื่องความเครียด และวิธีผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้



แหล่งและวิธีการถ่ายทอดความรู้สู่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา<sup>(29)</sup> ได้ให้ความหมายของ แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวว่าหมายถึง บุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่มีความรู้และปฏิบัติตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยที่ถูกต้องเป็นแบบอย่างให้กับครอบครัว และสามารถถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนอื่น ๆ ในครอบครัว

แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว หรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้มาโดยอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งดูแลและแวก หรือคุ้มบ้านนั้น ๆ เป็นผู้คัดเลือกจากทุกครอบครัว ครอบครัวละ 1 คน อาจจะเป็นหัวหน้าครอบครัว แม่บ้าน ลูก หลาน หรือญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่ในครอบครัวนั้น ๆ

คุณสมบัติของผู้ที่จะเป็น แกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัวหรือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีดังนี้

1. ไม่เป็นผู้พิการ หูหนวก ตาบอด หรือป่วยเป็นโรคเรื้อรังนาน ๆ
2. พอที่จะอ่านออกเขียนได้ เพื่อฟังวิทยุ ฟังหออกระจายข่าว ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ หนังสือคู่มือ หนังสือคู่มือ หรือพูดคุยสนทนากับ อาสาสมัครสาธารณสุข และเพื่อนบ้านได้
3. มีการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในบ้านและเพื่อนบ้านได้
4. มีความเข้าใจ และสมัครใจที่จะเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ประจำครอบครัวของตนเอง
5. อายุของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เริ่มตั้งแต่เข้าโรงเรียนอ่านออกเขียนได้ คือ 10 ปีขึ้นไป จนถึงวัยสูงอายุ สามารถเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้
6. คุณสมบัติอื่น ๆ เป็นไปตามที่ชมรม อสม.ของหมู่บ้านนั้น ๆ จะระบุไว้เพิ่มเติม

**บทบาทหน้าที่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีดังนี้**

1. หน้าที่พื้นฐานของแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว คือ การปฏิบัติตัวเองด้านสุขภาพเป็นตัวอย่างที่ดีแก่คนในครอบครัวตนเอง รวมทั้งเป็นผู้ที่คอยพูดคุยและแนะนำความรู้ความเข้าใจต่องานสาธารณสุขแก่คนในครอบครัวของตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ด้านสาธารณสุขของโครช 37 ข้อ เพื่อให้ครอบครัวตนเองเข้าใจ และบรรลุ จปฐ. ทั้ง 37 ข้อได้
2. ได้รับความรู้จาก อาสาสมัครสาธารณสุข ในละแวกบ้านนั้นอย่างต่อเนื่อง ในรูปแบบของการพบปะพูดคุยกันเป็นประจำ หรือเข้ารับการอบรมที่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หรือที่อื่น ๆ ตามที่ อาสาสมัครสาธารณสุข จะเห็นสมควร
3. ร่วมกิจกรรมด้านสาธารณสุข หรือด้านอื่น ๆ ตามโอกาสจะอำนวย ซึ่งเป็นการพัฒนาครอบครัวหรือละแวกบ้าน หรือหมู่บ้านของตนเองให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า เหมือนกับหมู่บ้านอื่น ๆ
4. เสนอแนะข้อคิดเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาหมู่บ้านตนเองต่อ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจะเป็นหมู่บ้านสุขภาพดีถ้วนหน้าและยั่งยืนตลอดไป
5. หน้าที่อื่น ๆ ตามที่ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขของหมู่บ้านนั้นจะบัญญัติไว้เพิ่มเติม

## โครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว

ในปีงบประมาณ 2544 กรมสุขภาพจิตดำเนินการ โครงการส่งเสริมและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว<sup>(5)</sup> โดยใช้กลวิธีงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ ประชาชนเห็นความสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว และร่วมมือกัน เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน และเพื่อส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน มีบทบาทหลักในการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว ดำเนินงานโดยหน่วยงานสุขภาพจิตใน พื้นที่คือ ศูนย์สุขภาพจิตเขต 13 เขต (เขต 1 – 13) ในพื้นที่ 15 จังหวัด ดังนี้

- เขต 1 จังหวัดพระนครศรีอยุธยา และ จังหวัดสมุทรปราการ
- เขต 2 จังหวัดสิงห์บุรี และ จังหวัดลพบุรี
- เขต 3 จังหวัดจันทบุรี
- เขต 4 จังหวัดกาญจนบุรี
- เขต 5 จังหวัดชัยภูมิ
- เขต 6 จังหวัดกาฬสินธุ์
- เขต 7 จังหวัดร้อยเอ็ด
- เขต 8 จังหวัดอุทัยธานี
- เขต 9 จังหวัดเพชรบูรณ์
- เขต 10 จังหวัดพะเยา
- เขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานี
- เขต 12 จังหวัดตรัง
- เขต 13 จังหวัดกรุงเทพฯ ฯ

วิธีการดำเนินงานโดยหน่วยงานกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยการผลิตสื่อและ วรรณคดีผ่านสื่อในภาพรวม การอบรมวิทยากรเรื่องการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว แก่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตทั้ง 15 จังหวัด การติดตามนิเทศการดำเนินงาน การติดตาม ประเมินผลโครงการ และการพัฒนางานสุขภาพจิตครอบครัวทั้งในส่วนกลางและระดับจังหวัดใน ปีงบประมาณต่อไป การดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประกอบด้วย การสัมมนา วิทยากรและผู้รับผิดชอบโครงการระดับจังหวัด ๆ ละ 100 คน การสัมมนาแกนนำสุขภาพประจำ ครอบครัวในพื้นที่จังหวัด ๆ ละ 500 ครอบครัว (500 คน) การสัมมนาการเตรียมตัวเป็นครอบครัว ใหม่ (แต่งงานภายใน 3 ปี) ในพื้นที่ดำเนินการ จังหวัดละ 500 คน (250 คู่) และการจัดกิจกรรมวรรณคดีเพื่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวในวันสำคัญต่าง ๆ

ผลที่คาดว่าจะได้รับ คือ ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวทุกคนมีสุขภาพจิตดี และมีความสุข และเกิดการตั้งชมรมครอบครัวสุขภาพจิตดีมีสุขขึ้นในชุมชน และมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นตัวอย่างในการขยายให้ครอบครัวทุกพื้นที่

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2521)<sup>(30)</sup> ได้ศึกษาขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2520 – 2521 ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอายุน้อย การปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผลเพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หญิง ไม่ค่อยได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากในชนบทให้ความนับถือชายมากกว่าหญิง อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีภูมิลำเนา เช่น พวกนักเลง นักการพนันพบว่าไม่ได้รับการนับถือจากชาวบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เคยทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อน และ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านจะได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้านดีมาก ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ย่อมสะดวกเวลาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำและ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีสมาชิกในครอบครัวมาก ๆ ทำให้ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปฏิบัติงานได้ไม่เต็มที่

อัมพร โอตระกูล และคณะ (2522)<sup>(31)</sup> ได้สำรวจปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมืองโดยใช้แบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจาก Cornell Medical Index เก็บข้อมูลโดยการแจกแบบสอบถาม โดยให้ผู้ถูกสำรวจตอบเองอย่างอิสระ สำรวจในประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพญาไท กรุงเทพฯ จำนวน 2,000 คน สรุปได้ว่า

1. ประชาชนมีปัญหาสุขภาพจิต ประมาณร้อยละ 30
2. ช่วงอายุที่มีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตคือวัย 40-49 ปี
3. ความยากจนเป็นปัจจัยหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิต
4. การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมเมืองอันมีผลต่อความเป็นอยู่ของคนเรา เช่น ที่อยู่อาศัย ภาระหน้าที่การงาน สังคมอุตสาหกรรม ย่อมมีผลกระทบกระเทือนจิตใจ



## 5. ลักษณะโดยโครงสร้างของครอบครัวแบบขยายช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต

เบญจา ยอดดำเนิน (2522)<sup>(32)</sup> ได้ศึกษาโดยการประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข โครงการลำปาง ผลการศึกษาในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) พบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลทำให้โครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสบความสำเร็จ หรือล้มเหลว คือ การคัดเลือกตัวอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่เหมาะสมที่สุดสำหรับการให้บริการรักษาพยาบาลเบื้องต้น และการปฐมพยาบาล คือ ผู้ที่มีความสามารถหลายด้าน โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลตามแบบพื้นบ้าน เช่น รู้จักป่าเสกคาถา ทำน้ำมันต์ ต่อกะตุก ฯลฯ บุคคลที่น่าจะเหมาะสำหรับการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก อาหารประจำวัน การวางแผนครอบครัว การสำรวจหาจำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ ตลอดจนการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทางด้านสุขภาพ คือ บุคคลที่ช่วยเหลืองานของส่วนรวมอยู่เป็นประจำ เช่น เคยเป็นกรรมการพัฒนาหมู่บ้าน เพราะบุคคลเหล่านี้มีสถานภาพทางสังคมสูง และมีลักษณะเป็นผู้นำกลุ่มโดยธรรมชาติ ซึ่งมักเป็นแม่แบบหรือผู้นำในทางความคิดของสมาชิกผู้รับในกลุ่มสังคมของตนเอง

รชนีพร ภูกร (2523)<sup>(33)</sup> ได้ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผลการศึกษาพบว่า ประชากรตัวอย่างมีทัศนคติต่อการเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และการมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ไปในทางที่เห็นด้วย มีทัศนคติที่ดีต่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และทัศนคติของประชากรตัวอย่างต่ออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในแต่ละตำบลมีความแตกต่างกัน ทัศนคติของประชากรต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีแนวโน้มไปในทางที่ดี แต่อายุมีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แตกต่างกัน สำหรับรายได้ พบว่า ประชากรตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) แตกต่างกัน

ผ่องศรี ศรีมรกต (2526)<sup>(34)</sup> ได้ศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา เพราะการศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า สามารถรับรู้ เข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีต ตลอดจนพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบผลสำเร็จมาแล้วมาใช้ในการเผชิญปัญหา สรุปได้ว่า การศึกษามีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ

ภรรณิการ์ กันธะรักษา (2527)<sup>(35)</sup> ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ อำนาจภายใน – ภายนอกคน เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยกับพฤติกรรมกรปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้ตนเองเจ็บป่วยมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา

อุทัย สุดสุข (2527)<sup>(36)</sup> ศึกษาเรื่อง ที่ม้งงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนางาน สาธารณสุขมูลฐาน โดยศึกษาเฉพาะกรณีในประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัคร สาธารณสุข (อสม.) ที่มีอายุมาก จะมีผลการปฏิบัติงานมากกว่า อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีอายุน้อย และอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชายจะมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าเพศหญิง ใน ด้านการมีรายได้อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีรายได้ดีจะสามารถสละเวลาการปฏิบัติงานได้มากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำ และยังพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีประสบการณ์ด้านการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้านแต่อย่างใด

จินดา พูนเกษม (2527)<sup>(37)</sup> ศึกษาการยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตาม บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการ สาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ใน การปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการยอมรับบทบาทหน้าที่ แต่การ ยอมรับบทบาทหน้าที่ ไม่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุข แต่อย่างใด

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2527)<sup>(38)</sup> สรุปผลการศึกษาประเมินผล โครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย ในการประชุมเชิงปฏิบัติเรื่อง การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ทำงานนานขึ้นความกระตือรือร้นในงานจะค่อย ๆ ลดลง ผลการปฏิบัติงานจะต่ำลง อาสาสมัครสาธารณสุข เพศชายมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าเพศหญิง ผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข จะสัมพันธ์กับการมีและไม่มีเวลา ของตัวอาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านกระบวนการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขที่ผ่านมา ไม่ ใช้วิธีการสังคมนิยม เหตุผลสำคัญคือ วิธีสังคมนิยมไม่คล่องตัวในการปฏิบัติงาน ต้องใช้เวลามาก และยุ่งยาก เกิดปัญหาเทคนิคเสมอ และไม่ได้สร้างความรับรู้อย่างแท้จริงให้กับประชาชนในการมีส่วนร่วมคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุข

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2532)<sup>(39)</sup> ได้ประเมินผลทศวรรษแรกของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พ.ศ. 2521 – 2530 ในเรื่องความครอบคลุมในการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ทำได้ครอบคลุมประมาณร้อยละ 50 – 80 ของจำนวนประชาชน และร้อยละ 97 ของประชาชนที่รู้จัก อาสาสมัครสาธารณสุข ยอมรับว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีประโยชน์ ส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงาน ปรากฏว่า มีเพียงร้อยละ 50 ของจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งหมดที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กิจกรรม อาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการไปได้เพียงครั้งเดียว

ถาวร แพทย์รักษ์ (2530)<sup>(40)</sup> ศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมาก เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประชาชนมีกิจกรรมร่วมมาก งานโภชนาการประชาชนมีกิจกรรมร่วมปานกลาง งานจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาล ประชาชนมีกิจกรรมร่วมน้อย ส่วนการมีกองทุนในหมู่บ้านประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน พบว่า ความรู้ เจตคติ สภาพของสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน สามารถนำความรู้ เจตคติ ไปใช้พยากรณ์การมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานได้

ทัด ตาอ้ายเทียบ (2532)<sup>(41)</sup> ศึกษาการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข มีการทำงานในด้านการค้นหาปัญหาสาธารณสุข มีการประชุมเป็นบางครั้ง การให้คำแนะนำทำเป็นบางครั้ง การแจ้งข่าวสารสาธารณสุขทำทุกครั้ง ตัวแปรด้าน เพศ อายุ การสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532)<sup>(42)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพส่วนบุคคล การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการชักชวนจากเจ้าหน้าที่

ทางราชการ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ขนาดของครอบครัว การชักชวนเพื่อนบ้าน ความเชื่อถือต่อผู้นำในหมู่บ้าน ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และความต้องการยอมรับนับถือ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ไม่แตกต่างกัน

บุญพา ชูชื่น (2533)<sup>(43)</sup> ศึกษา บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

พระศักดิ์ รัตนะ (2534)<sup>(44)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้, การได้รับสิ่งสนับสนุน และการมีเวลาว่างในการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

เดิร์กเกอร์ ลิเดเนียส และอิคเคมมาร (อ้างใน วิไลลักษณ์ วรรณะ 2535)<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาเรื่องระบบการปกครองและองค์ประกอบทางด้านสังคมจิตใจภายในบ้าน โดยการสำรวจในเด็กวัยรุ่นประเทศสวีเดน พบว่า สภาวะอารมณ์ของแม่มีผลกระทบต่อลูกเพศหญิงมาก ส่วนสภาวะอารมณ์ของพ่อมีผลกระทบต่อลูกทั้งเพศชายและเพศหญิง แต่สภาวะอารมณ์ของแม่มีผลกระทบต่อลูกสูงกว่าพ่อ และจะกระทบต่อลูกเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

อัมพร ไชยตระกูลและคณะ (2527 อ้างใน วิไลลักษณ์ วรรณะ 2535)<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาพบว่า ผสส. และ อสม. ที่มีอายุมากและผ่านการอบรมสุขภาพจิตแล้วมีความรู้ไม่แตกต่างกับ ผสส. และ อสม. อายุน้อยที่ผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตแล้ว นั่นคือ อายุไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่บ่งชี้ถึงความรู้จากการผ่านการอบรมด้านสุขภาพจิตของ ผสส. และ อสม.

วิไลลักษณ์ วรรณะ (2535)<sup>(45)</sup> ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า

1. การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ทั้งในเขต

ชนบทและเขตเมือง โดยกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จะมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตสูงที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ระดับมัธยมศึกษา ระดับประถมศึกษา และกลุ่มที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ตามลำดับ

2. อาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต โดยพบว่า กลุ่มอาชีพที่มีระดับความรู้สูงสุดของประชาชนในเขตเมือง คือ ลูกจ้างบริษัทเอกชน ข้าราชการ และพนักงานรัฐวิสาหกิจ ตามลำดับ

3. รายได้ ความเพียงพอของรายได้และภาวะหนี้สิน มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมือง และเขตชนบท โดยกลุ่มที่มีรายได้สูงมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำ กลุ่มที่มีรายได้พอใช้และเหลือเก็บ จะมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีรายได้พอใช้และกลุ่มที่มีรายได้ไม่พอใช้ และกลุ่มที่ไม่มีภาวะหนี้สินมีความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีหนี้สิน

4. จำนวนคนในครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต

วิทยา โคตรท่าน (2536)<sup>(46)</sup> ศึกษาประสิทธิภาพผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีเพศต่างกัน อายุต่างกัน ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ผลต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีการศึกษาสูง จะมีประสิทธิภาพในการทำงานสาธารณสุขมูลฐานสูงกว่าอาสาสมัครที่มีความรู้ต่ำและอาสาสมัครที่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน จะมีประสิทธิภาพในการทำงานสูงกว่า อาสาสมัครที่ไม่มีตำแหน่งอื่น ๆ ในชุมชน อาสาสมัครที่มีรายได้สูง จะสามารถดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดประสิทธิผลมากกว่า อาสาสมัครที่มีรายได้ต่ำ

ฝ่ายนโยบายวางแผนและวิจัย กองแผนงานสาธารณสุข (2536)<sup>(47)</sup> ทำการประเมินผลการปฏิบัติงานของ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) / อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในปี 2524 ในส่วนที่เกี่ยวกับ อสม. พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นชายมีอายุระหว่าง 31 – 45 ปี แต่งงานแล้ว ครอบครัวอยู่ในขนาดกลาง (3-4 คน) จบประถมศึกษาตอนต้น นับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพด้านการเกษตร รายได้ของครอบครัว 29,127.61 บาท/ปี ได้รับการติดตามนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเดือนละ 1 ครั้ง และมีความคิดเห็นว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมานิเทศงานช่วยแก้ปัญหาได้พอสมควร อสม. ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้ในเกณฑ์พอดี มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. แรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติงานในหน้าที่คือ



ได้ช่วยเหลือชาวบ้าน มีส่วนน้อยที่อยากได้สิ่งตอบแทน ไม่เคยคิดที่จะลาออกจากการเป็น อสม. ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ และใช้ที่บ้านเป็นสถานที่ให้บริการ งานที่ปฏิบัติรองลงมา ได้แก่ แนะนำการใช้สถานบริการ สาธารณสุข การชี้ยา การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุข และแนะนำช่วยเหลือทางด้านการเกษตร ในด้านการรักษาพยาบาลแก่ชาวบ้าน อสม.ส่วนใหญ่ทำการรักษาพยาบาลโดยการ ใช้ยารับประทาน และเมื่อให้บริการแล้ว อสม. จะทำการติดตามการให้บริการด้วย เมื่อมีปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ไมตรี ดิยะรัตนกุล (2536)<sup>(48)</sup> ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร พบว่า ความเพียงพอต่อการใช้จ่าย สภาพาสุขภาพกาย และ สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยทั้ง 3 ตัวแปรดังกล่าวสามารถใช้ทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 33

สกาวรัตน์ ลับเลิศลบ (2537)<sup>(49)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ อาชีพค้าขาย เวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคประจำถิ่น ทักษะคติในการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทักษะคติต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและทักษะคติต่อการดูแลทันตสาธารณสุขของ อสม. ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานสาธารณสุขมูลฐาน

กรกช ใจหาญ (2539)<sup>(50)</sup> ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันตาม เพศ รายได้ของครอบครัว สถานภาพทางสังคม และความต้องการการยอมรับนับถือจากคนอื่น ส่วนอายุ อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโครงการฯ และความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ ไม่มีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน

ธงชัย ทวีชาติ (2539)<sup>(51)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทยโดยมีผลการศึกษาวិธีการแก้ไขเมื่อเกิดความเครียดขึ้น พบว่า คนไทยส่วนใหญ่ใช้วิธี



การหาความบันเทิงและใช้สถาบันครอบครัวเป็นเครือข่ายให้ความช่วยเหลือ อาการทางกายที่พบมากได้แก่ ปวดศีรษะ ซีดมึน นอนไม่หลับ และไม่มีสมาธิ

บัณฑิต ศรไพศาล และคณะ (2540)<sup>(52)</sup> ได้ทำการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเกิดความเครียด วิธีการคลายเครียดที่ใช้ 5 อันดับแรกของประชาชนทั่วไปคือ

1. ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น
2. พูดระบายกับผู้อื่น
3. หางานอดิเรก
4. ทำบุญตักบาตร
5. ออกกำลังกาย

ซึ่งเป็นกลไกคลายเครียดที่ดี และบุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดความเครียดของทั้งสองกลุ่มคือ บุคคลใกล้ชิด ได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และคู่สมรสหรือคู่รัก นอกจากนี้ยังขอความช่วยเหลือจาก พระ และหมอดู มากกว่าแพทย์และจิตแพทย์

ดารุณี ตั้งตรงมิตร และคณะ (2542)<sup>(53)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า คนในชุมชนทั้งสองแห่งเห็นปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาส่วนตัวและครอบครัว ไม่เกี่ยวกับชุมชนจึงไม่ได้มีแนวทางหรือมาตรการใด ๆ เป็นกรณีพิเศษในการป้องกันช่วยเหลือ ส่วนปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่สำคัญในชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายคือ ปัญหา ยาเสพติด ในขณะที่ชุมชนที่ปลอดการฆ่าตัวตายมีปัญหาเศรษฐกิจ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงการขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายว่าเป็นปัญหาของชุมชนที่ควรร่วมมือกันในการหามาตรการป้องกันและช่วยเหลือโดยการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐบาล

มานิดา สังข์หัฐิตและคณะ (2542)<sup>(54)</sup> ได้ทำการวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย และชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย เมื่อปี พ.ศ. 2541 ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

1. ด้านองค์ประกอบทางกายภาพของชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย มีความพร้อมมากกว่าชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย อาทิ โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคม และการติดต่อ

สื่อสาร ตลอดจนคุณภาพการศึกษา ในขณะที่ชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายมีความผันผวนในสถานการณ์การศึกษา และมีโครงสร้างที่ต้องพึ่งพิงผลผลิตทางการเกษตรกรรมมากกว่าชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย

2. ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เกิดจากความขัดแย้งในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียนรู้ ผิดหวังจากความรัก ปัญหาจากการติดเชื้อเอดส์ ยาเสพติด

3. ปัจจัยเกื้อหนุน ที่ส่งผลในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย คือ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ คือ บุตร มารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง และเพื่อนตามลำดับ

4. ไม่มีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากเห็นเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้

ศิริวรรณ เพียรสุข และคณะ (2542)<sup>(55)</sup> ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตของประชากรเป้าหมายก่อนและหลังการร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน ในด้านทัศนคติและความพร้อมของประชาชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคจิตก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างกัน ส่วนความพึงพอใจในการเข้าร่วมประชุมระดมสมอง พบว่า มีค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจอยู่ในระดับพึงพอใจมาก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

#### รูปแบบการวิจัย (Research Design)

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study)

#### ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากรเป้าหมาย (Target Population) คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐานทุกคน

ประชากรศึกษา (Study Population) คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน และผ่านการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ปี 2544 ของกรมสุขภาพจิต ในทุกภาคของประเทศไทย ซึ่งประกอบด้วย 4 ภาค แบ่งเป็นเขตสาธารณสุข 12 เขต และเขตกรุงเทพมหานคร รวม 13 เขต โดยภาคกลางมี 4 เขต (เขต 1-4) ภาคเหนือ มี 3 เขต (เขต 8-10) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี 3 เขต (เขต 5-7) และภาคใต้ มี 2 เขต (เขต 11-12) เขตละ 1 จังหวัด (เขต 1 และเขต 2 ดำเนินการเขตละ 2 จังหวัด) และกรุงเทพมหานคร รวม 15 จังหวัด (จังหวัดที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ปี 2544 ของกรมสุขภาพจิต จะไม่อยู่ในกรอบตัวอย่าง)

ตัวอย่าง (Sample) คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน และผ่านการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ปี 2544 ของกรมสุขภาพจิต ที่ถูกสุ่มเลือกโดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling) จำนวน 2,000 คน

หน่วยการศึกษา (Study unit) คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน และผ่านการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ปี 2544 ของกรมสุขภาพจิต ที่ถูกสุ่มเลือกได้

## ขนาดตัวอย่าง (Sample size)

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1)} + Z^2pq$$

$N =$  ขนาดประชากร     $p = 0.5$      $q = 0.5$      $d = 0.05$

จังหวัด	จำนวนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (คน)
สิงห์บุรี	30,118
ชัยภูมิ	203,563
เพชรบูรณ์	153,853
สุราษฎร์ธานี	106,480

แทนค่าในสูตร คำนวณขนาดตัวอย่างได้อย่างน้อย 384 คน/จังหวัด

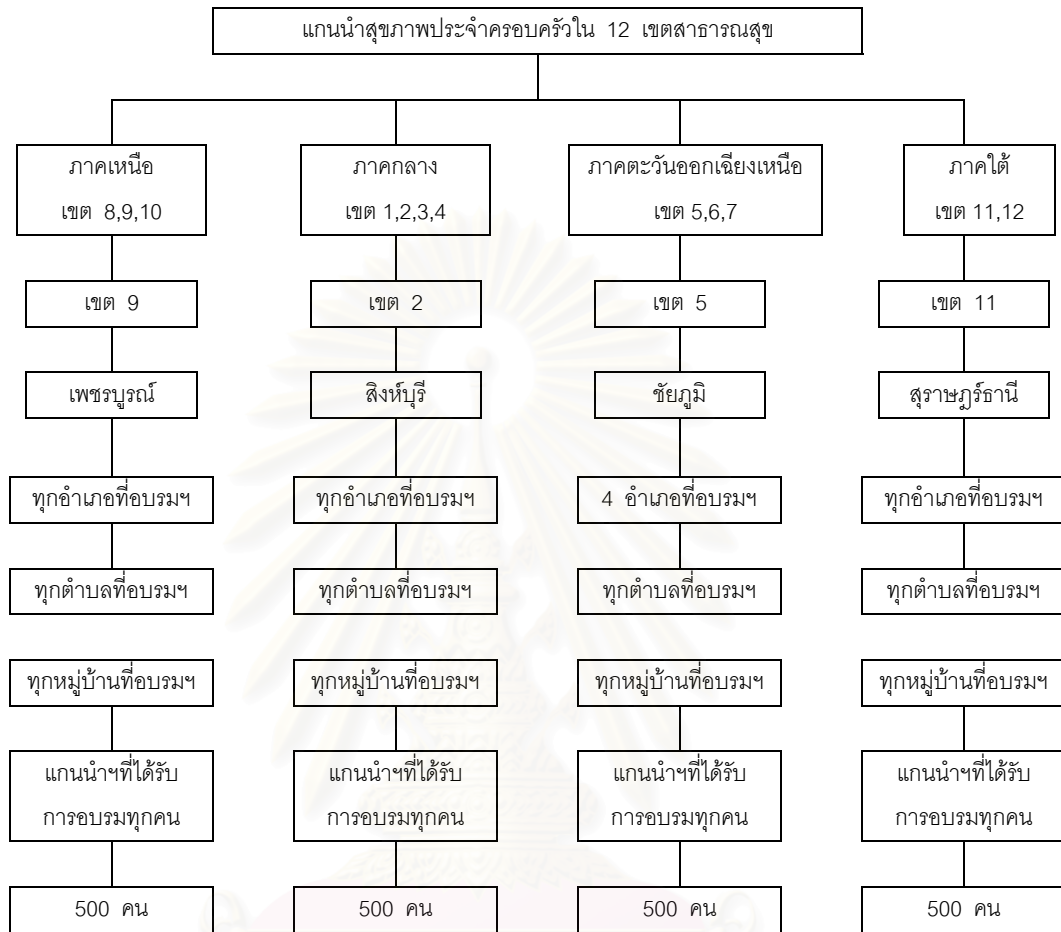
เนื่องจาก จังหวัดได้กำหนดเป้าหมายการอบรมไว้ จังหวัดละ 500 คน ยกเว้นจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งดำเนินการอบรมทั้งสิ้น 2,000 คน ดังนั้นในจังหวัดสิงห์บุรี , เพชรบูรณ์ และสุราษฎร์ธานีผู้วิจัยจึงกำหนดเก็บข้อมูลในผู้ที่ได้รับการอบรมทั้งหมด ส่วนจังหวัดชัยภูมิ ดำเนินการสุ่มเลือก 4 อำเภอ และเก็บข้อมูลโดยใช้ขนาดตัวอย่าง 500 คนเช่นเดียวกัน

## เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling techniques)

ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Multistage Cluster Sampling มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

- ขั้นที่ 1 ประเทศไทยมี 4 ภาค แบ่งเป็น 12 เขตตรวจราชการ ประกอบด้วย 75 จังหวัด
- ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกเขตโดยการจับฉลาก ภาคละ 1 เขต ได้ 4 เขต (เขต 2,5,9,11)
- ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกจังหวัดโดยการจับฉลากเขตละ 1 จังหวัด (โดยจังหวัดที่นำมาสุ่มเป็นจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวเขตละ 1 จังหวัด) ได้ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี , ชัยภูมิ , เพชรบูรณ์ และ สุราษฎร์ธานี
- ขั้นที่ 4 เลือกทุกอำเภอที่มีการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตฯ
- ขั้นที่ 5 เลือกทุกตำบลที่มีการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตฯ
- ขั้นที่ 6 เลือกทุกหมู่บ้านที่มีการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตฯ

ขั้นที่ 7 เลือกแกนนำครอบครัวที่ผ่านการอบรม ฯ จำนวน 500 คน/จังหวัด เป็นกลุ่มตัวอย่าง



**การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)**

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่ได้รับจากการอบรม ความรู้ที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ ความคิดเห็นและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

**ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย**

ตั้งแต่ พฤษภาคม 2544 - เมษายน 2545

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (Instrument)

ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ซึ่งครอบคลุมตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

### ส่วนที่ 1

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และจำนวนสมาชิกในความรับผิดชอบ

ข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ สถานะการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว การเข้ารับการอบรมแกนนำ ฯ ปี พ.ศ.ครั้งสุดท้ายที่เข้ารับการอบรมแกนนำฯ การเข้ารับการอบรมเรื่องสุขภาพทั่วไป การเข้ารับการอบรมเรื่องสุขภาพจิต การได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ความต่อเนื่องของการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต

แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความ

### ส่วนที่ 2

ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวและการนำไปใช้ประโยชน์ ประกอบด้วยข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบจำนวน 30 ข้อ แบ่งความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ของ ความคิดเห็น/ความสำคัญ และการนำไปใช้ประโยชน์ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

### ส่วนที่ 3

การนำความรู้ไปใช้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และปลายเปิดเติมข้อความ

### ส่วนที่ 4

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายเปิดเติมข้อความ



## การตรวจความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ความถูกต้องตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรายละเอียดของคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ นำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ

2. ความน่าเชื่อถือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาแล้วไปทดสอบ (retest Questionnaire) กับประชากรที่ลักษณะคล้ายประชากรที่ศึกษา จำนวน 30 ราย และนำไปแก้ไขข้อบกพร่องก่อนนำไปใช้จริง และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟาในภาพรวมเท่ากับ 0.9381

แบบสอบถามมีค่าความน่าเชื่อถือที่คำนวณได้ในแต่ละเรื่องพบว่า ส่วนใหญ่มีค่าความน่าเชื่อถือสูง ดังนี้

ความน่าเชื่อถือในเรื่อง	ค่า สปส. ครอนบาคอัลฟา
● การลดความขัดแย้งในครอบครัว	0.8106
● การสร้างความสุขในครอบครัว	0.8463
● บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด	0.8530
● ความเครียดและการลดความเครียด	0.7880
● การดูแลผู้สูงอายุ	0.8234

## การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. เตรียมอุปกรณ์การวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นและการปฏิบัติ
2. ขอความร่วมมือจาก สำนักพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุขสาธารณสุข ในการทำวิจัย โดยออกหนังสืออย่างเป็นทางการ พร้อมส่งแบบสอบถามให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อมอบหมายให้นักวิชาการประจำสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นแกนกลางในการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

3. หลังจัดส่งแบบสอบถามไปประมาณ 3 สัปดาห์ ส่งหนังสือติดตามจาก สำนักพัฒนา เครือข่ายบริการสุขภาพ พร้อมทั้งตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับกลับมา

4. โทรศัพท์ติดตามเป็นระยะ เพื่อติดตามแบบสอบถามที่ยังไม่ได้กลับมาทุกแห่ง รวมทั้ง ขอข้อมูลเพิ่มเติมจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่แบบสอบถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ หากติดต่อไม่ได้หรือพบว่าแบบสอบถามสูญหาย จัดส่งแบบสอบถามไปใหม่  
การจัดส่งแบบสอบถามไปยังสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

5. ขอความร่วมมือจาก ผู้ประสานงานเขต และสำนักงานสาธารณสุขเขต 2, 5, 9 และ 11 เพื่อ ช่วยกระตุ้นในการแจกแบบสอบถาม รวมทั้งขอความร่วมมือกับสมาคมศิษย์เก่าเวชศาสตร์ชุมชน คณะ แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาล ชุมชน ในพื้นที่ ที่ดำเนินการเก็บข้อมูล

6. สร้างคู่มือลงรหัส

7. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้รับการตอบกลับ และลงข้อมูลที่ได้เป็นรหัสตาม คู่มือลงรหัสที่จัดเตรียมไว้ พร้อมทั้งจะนำไปบันทึกข้อมูล ด้วย SPSS for Windows

## การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้แปลงรหัสตามคู่มือที่จัดเตรียมไว้มาสร้างเพิ่มข้อมูล บันทึกลงในเครื่อง ไมโครคอมพิวเตอร์ ประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows วิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) มีรายละเอียดดังนี้

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data)

1.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ จำนวนบุตร จำนวนสมาชิก ในครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบ สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.1.2 การเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ จำนวนปีที่ เป็นแกนนำสุขภาพ ประจำครอบครัว จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรมในเรื่องสุขภาพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการอบรม ในเรื่องสุขภาพจิต สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอเป็นตาราง

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

1.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ อาชีพ สรุปโดยใช้ ความถี่ ร้อยละ สัดส่วน นำเสนอเป็นตาราง

1.2.2 การเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ได้แก่ แหล่งความรู้เรื่องสุขภาพจิต ความต่อเนื่องของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรคที่พบในการปฏิบัติหน้าที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว สรุป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ สัดส่วน นำเสนอเป็นตาราง

1.2.3 ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว และการนำไปใช้ประโยชน์ สรุปโดยใช้ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเสนอเป็นตาราง

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ในการทดสอบสมมุติฐานการวิจัยโดย

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น/ความสำคัญ และการนำไปใช้ประโยชน์ โดยใช้ Unpaired t-test หรือ Mann-Whitney U-test ตามความเหมาะสม นำเสนอเป็นตาราง

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น/ความสำคัญ และการนำไปใช้ประโยชน์ สำหรับตัวแปรที่มีลักษณะมากกว่า 2 กลุ่ม (Categories) โดยใช้ One - way ANOVA หรือ Kruskal-Wallis test ตามความเหมาะสม นำเสนอเป็นตาราง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ผลการวิเคราะห์

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เกี่ยวกับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยศึกษาในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว ปีงบประมาณ 2544 ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้จำนวน 2,000 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 4 ภาค ๆ ละ 500 คน กลุ่มตัวอย่าง มีการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 1,416 คน จาก 2,000 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2544 - กุมภาพันธ์ 2545 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | อัตราการตอบกลับของข้อมูล   |
| ส่วนที่ 2 | ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล  |
| ส่วนที่ 3 | การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์  |
| ส่วนที่ 4 | เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคล และภูมิภาคที่อาศัย |
| ส่วนที่ 5 | ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ  |

#### ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า การตอบกลับของแบบสอบถามมีการตอบกลับจำนวน 1,416 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับ ร้อยละ 70.8 อัตราการตอบกลับส่วนใหญ่อยู่ในภาคกลาง คิดเป็นร้อยละ 88.6 รองลงมาได้แก่ ภาคใต้ และภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 79.8 และ 77.4 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของการตอบกลับแบบสอบถาม จำแนกรายจังหวัด

ภาค	จังหวัด	จำนวนแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว		อัตรา ตอบกลับ
		จำนวนคน	จำนวนตอบกลับ	
กลาง	สิงห์บุรี	500	443	88.6
ตะวันออกเฉียงเหนือ	ชัยภูมิ	500	187	37.4
ใต้	สุราษฎร์ธานี	500	399	79.8
เหนือ	เพชรบูรณ์	500	387	77.4
	รวม	2,000	1,416	70.8

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.9 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 60 ปี ร้อยละ 78.3 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี อายุต่ำสุด 17 ปี อายุสูงสุด 82 ปี ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 87.1 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.8 รายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 75.2 และรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายและมีเหลือเก็บ ร้อยละ 16.7

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับรายจังหวัด

ปัจจัยส่วนบุคคล	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ										
ชาย	167	37.7	67	35.8	147	37.1	142	37.1	523	37.1
หญิง	276	62.3	120	64.2	249	62.9	241	62.9	886	62.9
รวม	443	100.0	187	100.0	396	100.0	383	100.0	1,409	100.0
ชาย : หญิง	1 : 1.7		1 : 1.8		1 : 1.7		1 : 1.7		1 : 1.7	

ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกตามปัจจัย  
ส่วนบุคคลกับรายจังหวัด

ปัจจัยส่วนบุคคล	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)										
ต่ำกว่า 20 ปี	5	1.1	2	1.1	6	1.5	9	2.4	22	1.6
21 – 30 ปี	39	8.9	24	13.1	74	19.1	88	23.3	225	16.2
31 – 40 ปี	121	27.6	72	39.3	154	39.7	163	43.1	510	36.8
41 – 50 ปี	121	27.6	53	29.0	103	26.5	85	22.5	362	26.1
51 – 60 ปี	126	28.8	15	8.2	45	11.6	28	7.4	214	15.4
60 ปีขึ้นไป	26	5.9	17	9.3	6	1.5	5	1.3	54	3.9
รวม	438	100.0	183	100.0	388	100.0	378	100.0	1,387	100.0
	Mean = 40.6		SD = 10.6		Min = 17		Max = 82			
สถานภาพสมรส										
โสด	41	9.3	9	4.9	32	8.1	40	10.4	122	8.7
สมรส	367	83.0	167	90.3	351	88.4	341	88.8	1,226	87.1
ม่าย หย่า	34	7.7	9	4.9	14	3.5	3	0.8	60	4.3
รวม	442	100	185	100.0	397	100.0	384	100.0	1,408	100.0
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียน	0	0	4	2.2	0	0	7	1.8	11	0.8
ประถม	294	67.0	136	73.1	254	64.6	253	66.4	937	67.0
มัธยม	142	32.3	42	22.6	127	32.3	96	25.2	407	29.1
ปริญญาตรี	3	0.7	4	2.2	12	3.1	25	6.6	44	3.1
รวม	439	100.0	186	100.0	393	100.0	381	100.0	1,399	100.0
อาชีพ										
ไม่มีอาชีพ	11	2.5	4	2.2	3	0.8	5	1.3	23	1.7
เกษตรกร	207	47.3	139	75.5	282	72.7	219	57.2	847	60.8
รับจ้าง	160	36.5	14	7.6	49	12.6	68	17.8	291	20.9
ค้าขาย	32	7.3	8	4.3	18	4.6	24	6.3	82	5.9
รับราชการ	1	0.2	8	4.3	10	2.6	41	10.7	60	4.5
แม่บ้าน	27	6.2	11	6.0	26	6.7	26	6.8	90	6.5
รวม	438	100.0	184	100.0	388	100.0	383	100.0	1,393	100.0



ตารางที่ 2(ต่อ) จำนวนและร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกับรายจังหวัด

ปัจจัยส่วนบุคคล	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน										
ต่ำกว่า 5000	354	85.3	152	93.3	188	50.3	279	81.6	973	75.2
สูงกว่า 5000	61	14.7	11	6.7	186	49.7	63	18.4	321	24.8
รวม	415	100.0	163	100.0	374	100.0	342	100.0	1,294	100.0
	Mean = 4480.5		Min = 300		Max = 30000		SD. = 3245.5			
ความเพียงพอของรายได้										
ไม่เพียงพอ	77	17.7	65	35.1	90	23.1	129	33.8	361	26.0
พอใช้ไม่เหลือเก็บ	252	58.1	99	53.5	231	59.4	215	56.3	797	57.3
พอใช้มีเหลือเก็บ	105	24.2	21	11.4	68	17.5	38	9.9	232	16.7
รวม	434	100.0	185	100.0	389	100.0	382	100.0	1,390	100.0

ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ได้เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 21.2 และไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 13.6 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละแสดงสถานะการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและการได้รับการอบรมความรู้ในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

สถานะภาพการเป็น แกนนำสุขภาพ ฯ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
แกนนำสุขภาพ ฯ										
เป็นแกนนำ ฯ	391	89.7	155	84.7	309	79.4	237	62.9	1,092	78.8
ไม่เป็นแกนนำ ฯ	45	10.3	28	15.3	80	20.6	140	37.1	293	21.2
รวม	436	100.0	183	100.0	389	100.0	377	100.0	1,385	100.0
การได้รับการอบรมความรู้ ฯ										
เคยเข้ารับการอบรม	392	90.3	156	83.9	320	81.8	332	87.8	1,200	86.4
ไม่เคยเข้ารับการอบรม	42	9.7	30	16.1	71	18.2	46	12.2	189	13.6
รวม	434	100.0	186	100.0	391	100.0	378	100.0	1,389	100.0

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิต จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 87.0 และ ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 35.5 ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิตและความต่อเนื่องของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิต

สถานะภาพการเป็น แกนนำสุขภาพ ฯ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน (N=440)	ร้อยละ	จำนวน (N=184)	ร้อยละ	จำนวน (N=394)	ร้อยละ	จำนวน (N=371)	ร้อยละ	จำนวน (N=1,389)	ร้อยละ
ความรู้สุขภาพจิตได้รับจาก *										
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	395	89.8	172	93.5	335	85.0	307	82.7	1,209	87.0
วิทยุ	154	35.0	60	32.6	148	37.6	86	23.2	448	32.3
โทรทัศน์	221	50.2	100	54.3	265	67.3	178	47.9	764	55.0
คู่มือสุขภาพจิต	220	50.0	57	30.9	159	40.4	146	39.4	582	41.9
อื่น ๆ**	5	1.1	5	2.7	13	3.3	28	7.5	51	3.7
ความต่อเนื่องของความรู้ที่ได้รับ										
ไม่เคยได้รับเลย	20	4.6	6	3.3	7	1.8	28	7.4	61	4.4
ได้รับต่อเนื่อง	155	35.5	95	51.9	150	38.9	91	24.2	491	35.5
ได้รับไม่ต่อเนื่อง	262	59.9	82	44.8	229	59.3	257	68.4	830	60.1
รวม	437	100.0	183	100.0	386	100.0	376	100.0	1,382	100.0

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

\*\* หนังสือพิมพ์ , นิตยสาร

### ส่วนที่ 3 การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับตนเอง ร้อยละ 98.2 เป็นการนำไปใช้เป็นประจำ ร้อยละ 24.5 และมีการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับบุคคลอื่น ร้อยละ 96.0 เป็นการนำไปใช้แก้ปัญหาให้กับบุคคลอื่นเป็นประจำ ร้อยละ 12.1 ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับตนเอง และบุคคลอื่น

การนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ให้กับตนเอง</b>										
ไม่เคยใช้เลย	6	1.4	2	1.1	4	1.1	12	3.3	24	1.8
นาน ๆ ครั้ง	89	20.7	42	23.1	48	12.8	54	14.8	233	17.2
ใช้เป็นบางครั้ง	279	65.0	83	45.6	196	52.1	206	56.3	764	56.5
ใช้เป็นประจำ	55	12.8	55	30.2	128	34.0	94	25.7	332	24.5
รวม	429	100.0	182	100.0	376	100.0	366	100.0	1,353	100.0
<b>ให้กับบุคคลอื่น</b>										
ไม่เคยใช้เลย	10	2.3	12	6.7	13	3.3	20	5.3	55	4.0
นาน ๆ ครั้ง	115	26.1	52	28.9	65	16.6	73	19.5	305	22.0
ใช้เป็นบางครั้ง	280	63.6	98	54.4	249	63.5	231	61.8	858	61.9
ใช้เป็นประจำ	35	8.0	18	10.0	65	16.6	50	13.4	168	12.1
รวม	440	100.0	180	100.0	392	100.0	374	100.0	1,386	100.0

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ นำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาให้กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 83.7 ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของบุคคลที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้

การนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน N=437	ร้อยละ	จำนวน N=173	ร้อยละ	จำนวน N=385	ร้อยละ	จำนวน N=371	ร้อยละ	จำนวน N=1,366	ร้อยละ
บุคคลที่นำความรู้ไปแก้ปัญหาให้ *										
บุคคลในครอบครัว	387	88.6	144	83.2	314	81.6	299	80.6	1,144	83.7
แกนนำครอบครัว อื่น	45	10.3	28	16.2	88	22.9	86	23.2	247	18.1
เพื่อนบ้าน	260	59.5	68	39.3	179	46.5	206	55.5	713	52.2

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ปัญหาส่วนใหญ่ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการแก้ไข เป็นปัญหาภายในครอบครัว ร้อยละ 80.9 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากแกนนำ ฯ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน (N=428)	ร้อยละ	จำนวน (N=179)	ร้อยละ	จำนวน (N=375)	ร้อยละ	จำนวน (N=362)	ร้อยละ	จำนวน (N=1344)	ร้อยละ
ปัญหาของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)										
ปัญหาส่วนตัว	258	60.3	95	53.1	171	45.6	178	49.2	702	52.2
ปัญหาในครอบครัว	377	80.1	150	83.8	251	66.9	310	85.6	1,088	80.9
ปัญหาการเงิน	63	14.7	54	30.2	101	26.9	123	33.9	341	25.4
ปัญหาในการทำงาน	193	45.1	56	31.3	165	44.0	149	41.2	563	41.9

ปัญหาส่วนใหญ่ของบุคคลในครอบครัวแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว , แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอื่น และ เพื่อนบ้าน ที่ได้รับการแก้ไขจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว เป็นปัญหาในครอบครัว ร้อยละ 79.3 , 64.1 และ 62.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 7 (ต่อ)

ตารางที่ 7(ต่อ) จำนวนและร้อยละของปัญหาที่ได้รับการแก้ไขจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ปัญหาที่ได้รับการแก้ไข จากแกนนำ ๙	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาของบุคคลในครอบครัวของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว*										
ปัญหาส่วนตัว	346	78.8	91	52.0	179	40.0	156	41.5	772	55.9
ปัญหาในครอบครัว	338	76.9	131	74.9	310	79.7	314	83.5	1,093	79.3
ปัญหาการเงิน	63	14.7	54	30.2	101	26.9	123	33.9	341	25.4
ปัญหาในการทำงาน	193	45.1	56	31.3	165	44.0	149	41.2	563	41.9
	(N=439)		(N=175)		(N=389)		(N=376)		(N=1,379)	
ปัญหาของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอื่น*										
ปัญหาส่วนตัว	208	48.8	57	32.4	136	35.9	153	41.2	554	40.9
ปัญหาในครอบครัว	295	69.2	126	71.6	245	64.6	201	54.2	867	64.1
ปัญหาการเงิน	40	9.4	39	22.2	75	19.8	90	24.3	244	18.0
ปัญหาในการทำงาน	224	52.6	31	17.6	174	45.9	154	41.5	583	43.1
	(N=426)		(N=176)		(N=379)		(N=371)		(N=1,352)	
ปัญหาของเพื่อนบ้าน*										
ปัญหาส่วนตัว	124	28.4	68	38.6	128	33.5	130	35.2	450	33.0
ปัญหาในครอบครัว	290	66.5	103	58.5	229	59.9	227	61.5	849	62.3
ปัญหาการเงิน	49	11.2	26	14.8	73	19.1	81	21.9	229	16.8
ปัญหาในการทำงาน	247	56.7	48	27.3	179	46.9	169	45.8	643	47.2
	(N=436)		(N=176)		(N=382)		(N=369)		(N=1,363)	

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ



แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นภายหลังการอบรมได้ดีขึ้น  
ร้อยละ 71.0 ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของความสามารถในการให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นภายหลัง  
ได้รับการอบรม

ความสามารถในการ ให้คำแนะนำ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสามารถในการให้คำแนะนำ										
ให้คำแนะนำได้แย่ง	3	0.7	2	1.1	0	0	4	1.1	9	0.7
ให้คำแนะนำได้	114	26.0	66	36.3	100	26.1	110	29.3	390	28.3
เหมือนเดิม										
ให้คำแนะนำได้ดีขึ้น	322	73.3	114	62.6	283	73.9	261	69.6	980	71.0
รวม	439	100.0	182	100.0	383	100.0	375	100.0	1,379	100.0

ภายหลังได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิต แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความสุข  
ในครอบครัวเพิ่มขึ้น ร้อยละ 94.5 ดังแสดงในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 จำนวนและร้อยละของการเพิ่มขึ้นของความสุขในครอบครัว , ความภูมิใจใน  
ครอบครัว, ความภูมิใจในการเป็นแกนนำ ฯ และ ความพึงพอใจในสถานภาพทาง  
สังคม ภายหลังได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิต

ความสุขในครอบครัว/ ความภูมิใจ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสุขในครอบครัว										
เพิ่มขึ้น	399	93.2	167	94.4	358	96.0	344	94.5	1,268	94.5
ไม่เพิ่มขึ้น	29	6.8	10	5.6	15	4.0	20	5.5	74	5.5
รวม	428	100.0	177	100.0	373	100.0	364	100.0	1,342	100.0

ภายหลังได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิต แก่นำสุขภาพประจำครอบครัวมีความ  
ภูมิใจในครอบครัว , มีความภูมิใจในการเป็นแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว และมีความพึงพอใจ  
ในสถานภาพทางสังคม ร้อยละ 98.3 , 98.8 และ 88.6 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 9 (ต่อ)

ตารางที่ 9(ต่อ) จำนวนและร้อยละของการเพิ่มขึ้นของความสุขในครอบครัว , ความภูมิใจใน  
ครอบครัว, ความภูมิใจในการเป็นแก่นนำ ฯ และ ความพึงพอใจในสถานภาพ  
ทางสังคม

ความสุขในครอบครัว/ ความภูมิใจ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความภูมิใจในครอบครัว										
มีความภูมิใจ	435	99.3	168	93.9	376	98.2	374	99.2	1,353	98.3
ไม่มีความภูมิใจ	3	0.7	11	6.1	7	1.8	3	0.8	24	1.7
รวม	438	100.0	179	100.0	383	100.0	377	100.0	1,377	100.0
ความภูมิใจในการเป็นแก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว										
มีความภูมิใจ	432	98.9	175	100	375	98.9	368	37.9	1,350	98.8
ไม่มีความภูมิใจ	5	1.1	0	0	4	1.1	8	2.1	17	1.2
รวม	437	100.0	175	100.0	379	100.0	376	100.0	1,367	100.0
ความพึงพอใจในสถานภาพทางสังคม										
มีความพึงพอใจ	408	93.2	160	90.9	320	84.2	324	86.6	1,212	88.6
ไม่มีความพึงพอใจ	30	6.8	16	9.1	60	15.8	50	13.4	156	11.4
รวม	438	100.0	176	100.0	380	100.0	374	100.0	1,368	100.0

ส่วนที่ 4      เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคล  
และภูมิภาคที่อาศัย

ตารางที่ 10      ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามระดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน  
ปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวจำแนกรายข้อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว													
	ความคิดเห็น*							การนำไปใช้ประโยชน์**						
	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N
1. คนในครอบครัวท่านมีความสุขและมีสุขภาพจิตดี	1.0	1.9	29.4	45.7	22.1	3.9	1392	0.4	2.7	30.8	46.1	20.0	3.8	1275
2. คนในครอบครัวมีความสุขช่วยป้องกันปัญหาครอบครัวแตกแยก	1.2	2.7	16.5	45.0	32.4	4.1	1386	0.9	3.2	21.7	46.7	27.6	3.9	1278
3. การทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวช่วยทำให้เกิดความสุข	0.6	1.9	14.4	43.7	39.4	4.2	1383	0.5	3.2	19.6	44.0	32.8	4.1	1277
4. การใส่ใจ เชื้ออาหาร และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น	0.7	1.5	11.9	39.2	46.7	4.3	1388	0.6	3.2	17.5	42.0	36.7	4.1	1278
5. การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ดี ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	1.0	1.3	12.8	39.1	45.9	4.3	1378	0.6	3.3	19.3	40.8	35.9	4.1	1278
6. การใช้ชีวิตคู่ต้องปรับตัวเข้าหากันและ ต้องปรับตัวให้เข้ากับญาติพี่น้องของอีกฝ่ายหนึ่ง	0.9	2.1	17.6	42.4	37.0	4.1	1380	0.8	4.0	23.7	42.0	29.5	3.9	1272
7. การให้อภัยซึ่งกันและกันสามารถลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	0.7	1.1	11.8	40.5	46.0	4.3	1374	0.5	2.6	18.6	42.3	36.0	4.1	1276
8. การพูดคุย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	0.7	2.0	20.7	45.0	31.6	4.1	1379	0.4	4.5	25.2	43.8	26.1	3.9	1279

ตารางที่ 10 (ต่อ) ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามระดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวจำแนกรายข้อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว													
	ความคิดเห็น*							การนำไปใช้ประโยชน์**						
	1	2	3	4	5	$\bar{X}$	N	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N
9. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว วรพุดจกกันทันทีเพราะจะช่วยทำให้ปัญหายุติลงได้	5.0	6.6	23.4	39.0	26.0	3.7	1378	4.7	6.9	28.9	38.4	21.0	3.6	1278
10. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งควรเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายมีโอกาสพูดเท่ากัน	1.7	4.8	20.7	43.6	29.3	3.9	1382	1.6	6.0	26.8	42.4	23.2	3.8	1268
11. การพูดจากระทบกระทั่งแตกดันไม่ทำให้เกิดความเข้าใจและยังทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น	4.6	3.3	13.6	40.5	38.3	4.0	1380	5.1	5.6	21.6	40.0	27.7	3.8	1257
12. การดูดำดูดีหรือลงโทษด้วยความรุนแรงจะทำให้ผู้ถูกตำหนิเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง	3.5	4.9	17.3	44.0	30.2	3.9	1376	6.0	7.0	23.4	41.7	21.9	3.7	1255
13. การอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติด ทำให้บุตร-หลานมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่าย	3.2	2.3	12.8	35.1	46.5	4.2	1375	4.8	3.6	20.6	38.3	32.6	3.9	1253
14. การดูแล สอดส่องในเรื่องการคบเพื่อนของบุตร-หลาน เป็นการช่วยป้องกันการติดยาเสพติดได้วิธีหนึ่ง	0.7	1.7	12.2	42.5	42.9	4.3	1371	0.7	2.9	18.6	41.8	35.9	4.1	1269
15. การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ จะช่วยให้บุตร-หลาน ห่างไกลจากยาเสพติด	0.8	0.8	10.4	35.5	52.6	4.4	1378	0.8	2.2	16.2	37.5	43.3	4.2	1273

ตารางที่ 10 (ต่อ) ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามระดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวจำแนกรายข้อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว													
	ความคิดเห็น*							การนำไปใช้ประโยชน์**						
	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N
16.การร่วมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งจะเป็นเกราะช่วยป้องกันยาเสพติดให้สังคมได้	0.7	1.4	14.2	39.5	44.2	4.3	1377	0.7	4.2	20.6	38.8	35.6	4.1	1290
17.ท่านใช้วิธีทำสมาธิเพื่อช่วยในการคลายความเครียด	2.1	6.2	25.4	40.2	26.0	3.8	1367	2.5	8.2	28.3	37.8	23.2	3.7	1290
18.การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเช่น การสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดได้มาก	1.9	3.4	22.8	44.3	27.6	3.9	1281	3.3	7.0	29.4	38.2	22.1	3.7	1173
19.ความเครียดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเสีย นอนไม่หลับ หรือหงุดหงิดง่าย	1.6	4.4	20.1	44.3	29.6	3.9	1379	4.1	6.7	26.6	39.1	23.4	3.7	1254
20.ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาครอบครัว	1.6	3.8	20.8	43.5	30.3	3.9	1379	4.7	6.4	25.1	41.0	22.8	3.7	1244
21.การพูดระบายให้คนใกล้ชิดหรือ เพื่อนสนิทฟังเป็นวิธีช่วยผ่อนคลายความเครียด	3.4	3.0	20.4	44.6	28.6	3.9	1362	3.3	4.7	26.1	42.5	23.4	3.8	1243
* 22.การสูบบุหรี่,ดื่มสุรา,การใช้นอนหลับ หรือใช้สารเสพติด เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี	63.0	10.8	10.3	10.4	5.5	1.8	1369	51.4	13.3	14.0	13.3	0.8	2.1	1242
23.การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรง และช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มาก	1.0	2.1	16.3	43.2	37.4	4.1	1364	1.3	4.1	21.6	40.4	32.5	3.9	1256

ตารางที่ 10 (ต่อ) ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามระดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวจำแนกรายข้อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว													
	ความคิดเห็น*							การนำไปใช้ประโยชน์**						
	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N	1	2	3	4	5	$\bar{x}$	N
24.การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดีจะช่วยทำให้ไม่เกิดความเครียดและมีความสุขมากขึ้น	1.0	1.9	14.2	45.5	37.5	4.2	1369	0.7	3.1	23.3	43.0	29.9	3.9	1252
25.ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จะทำให้ชีวิตมีความสุขไม่เกิดความเครียด	1.3	2.3	16.5	42.9	37.1	4.1	1363	1.1	5.1	21.2	41.3	31.3	3.9	1252
*26.การให้ผู้สูงอายุช่วยดูแลหลานเป็นการรบกวนผู้สูงอายุ	22.5	20.4	27.5	18.8	10.9	2.8	1370	17.2	20.6	32.5	19.6	10.2	2.9	1237
27.การที่ลูกหลานไม่สนใจผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ และไม่มีคุณค่า	6.2	5.4	17.3	41.8	29.3	3.8	1373	6.2	6.6	25.1	40.5	21.7	3.7	1247
*28. พ่อ – แม่ ที่สูงอายุแล้วควรให้อยู่ บ้านเฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานอะไร	25.1	22.9	23.9	16.3	11.8	2.7	1378	16.8	23.5	28.6	18.5	12.6	2.9	1240
*29.ผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานมาดูแลหรือมาเยี่ยมบ่อย ๆ เป็นผู้นำราคาญ	43.3	21.0	15.8	12.5	7.3	2.2	1367	29.6	19.5	23.8	16.3	10.8	2.6	1234
30.การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	1.4	2.2	11.4	42.2	42.8	4.2	1365	2.0	2.5	17.9	40.7	36.9	4.1	1268

\* 1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด 2 = เห็นด้วยน้อย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 = เห็นด้วยมาก 5 = เห็นด้วยมากที่สุด

\*\* 1 = ใช้ประโยชน์น้อยที่สุด 2 = ใช้ประโยชน์น้อย 3 = ใช้ประโยชน์ปานกลาง 4 = ใช้ประโยชน์มาก 5 = ใช้ประโยชน์มากที่สุด



ตารางที่ 11 ความแตกต่างระหว่างการใช้ความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์จำแนกตามร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุดเรียงตามลำดับที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด

เรื่อง*	รายชื่อ	ความเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน		ร้อยละ		ลำดับ	
		ปัญหาสุขภาพจิต		(มาก-มากที่สุด)		ความสำคัญ	
		ความสำคัญ (N)	ใช้ประโยชน์ (N)	ความสำคัญ (N)	ใช้ประโยชน์ (N)		
3	15.	การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ จะช่วยให้บุตร-หลาน ห่างไกลจากยาเสพติด	88.1 (1378)	80.8 (1273)	1	1	
1	7.	การให้อภัยซึ่งกันและกันสามารถลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	86.5 (1374)	78.3 (1276)	2	3	
1	4.	การใส่ใจ ใช้อาหาร และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น	85.9 (1388)	78.7 (1278)	3	2	
3	14.	การดูแล สอดส่องในเรื่องการคบเพื่อนของบุตร-หลาน เป็นการช่วยป้องกันการติดยาเสพติดได้วิธีหนึ่ง	85.4 (1371)	77.7 (1269)	4	4	
1	5.	การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ดี ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	85.0 (1378)	76.7 (1278)	5	7	
5	30.	การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	85.0 (1365)	77.6 (1268)	5	5	
3	16.	การร่วมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งจะเป็นเกราะช่วยป้องกัน ยาเสพติดให้สังคมได้	83.7 (1377)	74.4 (1290)	6	8	
1	3.	การทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวช่วยทำให้เกิดความสุข	83.1 (1383)	76.8 (1277)	7	6	
4	24.	การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดีจะช่วยทำให้ไม่เกิดความเครียดและมีความสุขมากขึ้น	83.0 (1369)	72.9 (1252)	8	10	
3	13.	การอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติด ทำให้บุตร-หลานมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่าย	81.6 (1375)	70.9 (1253)	9	13	
4	23.	การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรง และช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มาก	80.6 (1364)	72.9 (1256)	10	10	
4	25.	ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จะทำให้ชีวิตมีความสุข ไม่เกิดความเครียด	80.0 (1363)	72.6 (1252)	11	11	

ตารางที่ 11(ต่อ)ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์จำแนกตามร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ให้คะแนนในระดับมากที่สุดมากที่สุดเรียงตามลำดับที่ให้ความสำคัญในระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด

เรื่อง*	รายชื่อ	ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต		ร้อยละ (มาก-มากที่สุด)		ลำดับ ความสำคัญ	
		ความสำคัญ (N)	ใช้ประโยชน์ (N)	ความสำคัญ (N)	ใช้ประโยชน์ (N)		
1	6.	การใช้ชีวิตคู่ต้องปรับตัวเข้าหากันและ ให้เข้ากับญาติพี่น้องของอีกฝ่ายหนึ่ง	79.4 (1380)	71.5 (1272)	12	12	
2	11.	การพูดจากระทบกระทั่งแตกดันไม่ทำให้เกิดความ เข้าใจและยังทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น	78.8 (1380)	67.7 (1257)	13	15	
1	2.	คนในครอบครัวมีความสุขช่วยป้องกันปัญหาครอบครัวแตก แยก	77.4 (1386)	74.3 (1278)	14	9	
1	8.	การพูดคุย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนจะ ช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	76.6 (1379)	69.9 (1279)	15	14	
2	12.	การดูตำตำหนิหรือลงโทษด้วยความรุนแรงจะทำให้ ผู้ถูกตำหนิเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง	74.2 (1376)	63.6 (1255)	16	21	
4	19.	ความเครียดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ หงุดหงิดหรือ ท้องเสีย นอนไม่หลับ หรือหุดหงิดง่าย	73.9 (1379)	62.5 (1254)	17	22	
4	20.	ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งและ ปัญหาครอบครัว	73.8 (1379)	63.8 (1244)	18	20	
4	22.	การสูบบุหรี่,ดื่มสุรา,การใช้ยานอนหลับ หรือใช้ สารเสพติด เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี	73.8 (1369)	64.7 (1242)	18	19	
4	21.	การพูดระบายให้คนใกล้ชิดหรือ เพื่อนสนิทฟังเป็น วิธีช่วยผ่อนคลายความเครียด	73.2 (1362)	65.9 (1243)	19	17	
2	10.	เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งควรเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายมี โอกาสพูดเท่ากัน	72.9 (1382)	65.6 (1268)	20	18	
4	18.	การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเช่น การสูญเสียบุคคลใน ครอบครัว หรือความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ เกิดความเครียดได้มาก	71.9 (1281)	60.3 (1173)	21	25	

ตารางที่ 11(ต่อ)ความแตกต่างระหว่างการให้ความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์จำแนกตามร้อยละของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ให้คะแนนในระดับมากถึงมากที่สุดเรียงตามลำดับที่ให้ความสำคัญในระดับมากถึงมากที่สุด

ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต		ร้อยละ (มาก-มากที่สุด)		ลำดับ	
เรื่อง*	รายชื่อ	ความ สำคัญ (N)	ใช้ประ โยชน์ (N)	ความ สำคัญ	ใช้ประ โยชน์
5	27. การที่ลูกหลานไม่สนใจผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณ เองหมดความสำคัญ และไม่มีคุณค่า	71.1 (1373)	62.2 (1247)	22	23
1	1. คนในครอบครัวท่านมีความสุขและมีสุขภาพจิตดี	67.8 (1392)	66.1 (1275)	23	16
4	17. ท่านใช้วิธีทำสมาธิเพื่อช่วยในการคลายความเครียด	66.2 (1367)	61.0 (1290)	24	24
2	9. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว วรพุดจากกัน ทันทีเพราะจะช่วยทำให้ปัญหายุติลงได้	65.0 (1378)	59.4 (1278)	25	26
5	29. ผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานมาดูแลหรือมาเยี่ยม บ่อย ๆ เป็นผู้ที่น่ารำคาญ	64.3 (1367)	49.1 (1234)	26	27
5	28. พ่อ - แม่ ที่สูงอายุแล้วควรให้อยู่ บ้านเฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานอะไร	48.0 (1378)	40.3 (1240)	27	28
5	26. การให้ผู้สูงอายุช่วยดูแลหลานเป็นการรบกวนผู้สูงอายุ	42.9 (1370)	38.2 (1237)	28	29

- \* เรื่อง
1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว
  2. การสร้างความสุขในครอบครัว
  3. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด
  4. ความเครียดและการลดความเครียด
  5. การดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมป้องกัน  
ปัญหาสุขภาพจิตเรียงตามลำดับค่าเฉลี่ย

ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับ	
เรื่อง*	รายชื่อ	ความ สำคัญ	ใช้ประ โยชน์	ความ สำคัญ	ใช้ประ โยชน์
3	15. การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหาให้คำแนะนำและให้กำลังใจจะช่วยให้บุตร-หลาน ห่างไกลจากยาเสพติด	4.4	4.2	1	1
1	4. การใส่ใจ เอื้ออาทร และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น	4.3	4.1	2	2
1	5. การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ดี ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.3	4.1	2	2
3	14. การดูแล สอดส่องในเรื่องการคบเพื่อนของบุตร-หลาน เป็นการช่วยป้องกันการติดยาเสพติดได้วิธีหนึ่ง	4.3	4.1	2	2
1	7. การให้อภัย ซึ่งกันและกันสามารถลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.3	4.1	2	2
3	16. การร่วมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งจะเป็นเกราะช่วยป้องกันยาเสพติดให้สังคมได้	4.3	4.0	2	3
1	3. การทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวช่วยทำให้เกิดความสุข	4.2	4.1	3	2
5	30. การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	4.2	4.1	3	2
3	13. การอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติด ทำให้บุตร-หลานมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่าย	4.2	3.9	3	4
4	24. การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้ไม่เกิดความเครียดและมีความสุขมากขึ้น	4.2	3.9	3	4
1	2. คนในครอบครัวมีความสุขช่วยป้องกันปัญหาครอบครัวแตกแยก	4.1	3.9	4	4
1	6. การใช้ชีวิตคู่ต้องปรับตัวเข้าหากันและต้องปรับตัวให้เข้ากับญาติพี่น้องของอีกฝ่ายหนึ่ง	4.1	3.9	4	4

ตารางที่ 12(ต่อ)เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเรียงตามลำดับ

ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับ	
เรื่อง*	รายชื่อ	ความ สำคัญ (N)	ใช้ประ โยชน์ (N)	ความ สำคัญ	ใช้ประ โยชน์
4	23. การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรง และ ช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มาก	4.1	3.9	4	4
4	25. ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จะทำให้ชีวิตมีความสุข ไม่เกิดความเครียด	4.1	3.9	4	4
1	8. การพูดคุย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจน จะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.1	3.9	5	4
1	1. คนในครอบครัวท่านมีความสุขและมีสุขภาพจิตดี	3.9	3.8	6	5
2	10. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งควรเปิดโอกาสให้ทั้ง สองฝ่ายมีโอกาสพูดเท่า กัน	3.9	3.8	6	5
4	21. การพูดระบายให้คนใกล้ชิดหรือ เพื่อนสนิทฟังเป็น วิธีช่วยผ่อนคลายความเครียด	3.9	3.8	6	5
2	12. การดูตำตำหนิหรือลงโทษด้วยความรุนแรงจะทำให้ผู้ถูก ตำหนิเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง	3.9	3.7	6	6
4	18. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเช่น การสูญเสียบุคคลใน ครอบครัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้ เกิด ความเครียดได้มาก	3.9	3.7	6	6
4	19. ความเครียดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ท้องผูกหรือ ท้องเสีย นอนไม่หลับ หรือหงุดหงิดง่าย	3.9	3.7	6	6
4	20. ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งและปัญหา ครอบครัว	3.9	3.7	6	6
5	27. การที่ถูกหลานไม่สนใจผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุ รู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ และไม่มีคุณค่า	3.8	3.7	6	6
2	11. การพูดจากระแทกกระแทกแตกดันไม่ทำให้เกิดความ เข้าใจและยังทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น	4.0	3.8	7	4

ตารางที่ 12(ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสำคัญและการนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมป้องกัน  
ปัญหาสุขภาพจิตเรียงตามลำดับ

ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับ	
เรื่อง*	รายชื่อ	ความ สำคัญ (N)	ใช้ประ โยชน์ (N)	ความ สำคัญ	ใช้ประ โยชน์
4	17. ท่านใช้วิธีทำสมาธิเพื่อช่วยในการคลายความเครียด	3.8	3.7	7	6
2	9. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว  வருஷจាក់ัน ทันทีเพราะจะช่วยให้ปัญหายุติลงได้	3.7	3.6	8	7
5	26. การให้ผู้สูงอายุช่วยดูแลหลานเป็นการรบกวนผู้สูงอายุ	2.8	2.9	9	8
5	28. พ่อ - แม่ ที่สูงอายุแล้วควรให้อยู่ บ้านเฉย ๆ ไม่ควร ให้ทำงานอะไร	2.7	2.9	10	8
5	29. ผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานมาดูแลหรือมาเยี่ยม บ่อย ๆ เป็นผู้ที่น่ารำคาญ	2.2	2.6	11	9
4	22. การสูบบุหรี่,ดื่มสุรา,การใช้ยานอน หลับ หรือใช้สาร เสพติดเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี	1.8	2.1	12	10

- \* เรื่อง
1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว
  2. การสร้างความสุขในครอบครัว
  3. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด
  4. ความเครียดและการลดความเครียด
  5. การดูแลผู้สูงอายุ

\*\* มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 13 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจําแนกรายจังหวัดและรายข้อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น**				p-value	ค่าเฉลี่ยการใช้ประโยชน์**				p-value
	สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์		สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์	
1. คนในครอบครัวท่านมีความสุขและมีสุขภาพจิตดี	3.9	3.8	3.9	3.8	0.02*	3.8	3.7	3.9	3.8	0.6
2. คนในครอบครัวมีความสุขช่วยป้องกันปัญหาครอบครัวแตกแยก	4.2	3.9	4.1	3.9	0.04*	4.0	3.8	4.0	3.9	0.06
3. การทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวช่วยทำให้เกิดความสุข	4.2	4.0	4.3	4.2	0.01*	4.0	3.9	4.2	4.0	<0.01*
4. การใส่ใจ เชื้ออาหาร และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นสิ่งจําเป็น	4.2	4.2	4.4	4.3	<0.01*	4.0	3.9	4.3	4.1	<0.01*
5. การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ดี ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.3	4.2	4.4	4.2	0.1	3.9	4.1	4.2	4.1	<0.01*
6. การใช้ชีวิตคู่ต้องปรับตัวเข้าหากันและ ต้องปรับตัวให้เข้ากับญาติพี่น้องของอีกฝ่ายหนึ่ง	4.2	3.9	4.1	4.1	0.3	3.9	3.8	4.0	3.96	0.06
7. การให้อภัยซึ่งกันและกันสามารถลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.3	4.2	4.4	4.3	0.2	4.1	3.9	4.2	4.1	<0.01*
8. การพูดคุย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้	4.1	3.9	4.1	3.9	0.02*	3.9	3.8	3.9	3.8	0.01*
9. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว วรพูดจากันทันทีเพราะจะช่วยทำให้ปัญหายุติลงได้	3.8	3.7	3.7	3.7	0.1	3.7	3.5	3.6	3.6	0.05*

ตารางที่ 13 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอรายจังหวัดและรายชื่อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ความคิดเห็น**				p-value	การใช้ประโยชน์**				p-value
	สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์		สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์	
10.เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งควรเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายมีโอกาสพูดเท่ากัน	4.0	3.8	3.9	3.9	0.1	3.9	3.6	3.8	3.8	0.02*
11.การพูดจากระทบกระทั่งแตกดันไม่ทำให้เกิดความเข้าใจและยังทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น	4.0	4.0	4.1	4.0	0.6	3.9	3.6	3.8	3.8	0.07
12.การดูค่าตำหนิหรือลงโทษด้วยความรุนแรงจะทำให้ผู้ถูกตำหนิเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง	4.0	3.9	3.9	3.9	0.5	3.8	3.4	3.7	3.6	0.01*
13.การอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มเพื่อนที่ติดยาเสพติด ทำให้บุตร-หลานมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่าย	4.2	4.0	4.3	4.1	0.01*	3.9	3.7	4.0	3.9	<0.01*
14.การดูแล สอดส่องในเรื่องการคบเพื่อนของบุตร-หลาน เป็นการช่วยป้องกันการติดยาเสพติดได้วิธีหนึ่ง	4.2	4.3	4.3	4.3	0.2	4.0	4.1	4.2	4.1	<0.01*
15.การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหาให้คำแนะนำและให้กำลังใจ จะช่วยให้บุตร-หลาน ห่างไกลจากยาเสพติด	4.3	4.3	4.5	4.4	<0.01*	4.1	4.1	4.4	4.2	<0.01*
16.การร่วมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งจะเป็นเกราะช่วยป้องกันยาเสพติดให้สังคมได้	4.2	4.2	4.3	4.3	0.2	3.9	3.9	4.2	4.1	<0.01*
17.ท่านใช้วิธีทำสมาธิเพื่อช่วยในการคลายความเครียด	3.9	3.7	3.8	3.7	0.03*	3.8	3.5	3.8	3.7	0.03*

ตารางที่ 13 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอรายจังหวัดและรายชื่อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ความคิดเห็น**				p-value	การใช้ประโยชน์**				p-value
	สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์		สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์	
18.การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเช่น การสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดได้มาก	3.9	3.9	3.8	3.9	0.02*	3.8	3.7	3.7	3.6	0.5
19.ความเครียดทำให้เกิดอาการปวด ศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเสีย นอนไม่หลับ หรือหงุดหงิดง่าย	3.9	4.0	3.9	3.9	0.3	3.7	3.6	3.8	3.7	0.3
20.ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาครอบครัว	3.9	3.9	3.9	4.0	0.2	3.7	3.7	3.7	3.7	0.9
21.การพูดระบายให้คนใกล้ชิดหรือ เพื่อนสนิทฟังเป็นวิธีช่วยผ่อนคลายความเครียด	3.9	3.9	3.9	3.9	0.1	3.8	3.7	3.9	3.7	0.02*
* 22.การสูบบุหรี่,ดื่มสุรา,การใช้ยานอนหลับ หรือใช้สารเสพติด เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี	1.7	1.9	1.7	2.1	<0.01*	2.1	2.1	2.2	2.3	0.4
23.การออกกำลังกายจะช่วยทำให้ ร่างกายแข็งแรง และช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มาก	4.1	4.1	4.2	4.2	0.02*	3.9	3.9	4.1	3.9	<0.01*
24.การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดีจะช่วยทำให้ไม่เกิดความเครียดและมีความสุขมากขึ้น	4.1	4.1	4.2	4.2	<0.01*	3.9	3.9	4.1	3.9	<0.01*
25.ความพึงพอใจในสิ่งที่เป็นอยู่จะทำให้ชีวิตมีความสุขไม่เกิดความเครียด	4.0	4.1	4.2	4.1	<0.01*	3.8	3.9	4.1	3.9	<0.01*
*26.การให้ผู้สูงอายุช่วยดูแลหลานเป็นการรบกวนผู้สูงอายุ	2.4	3.0	2.7	3.1	<0.01*	2.6	2.9	2.9	3.1	<0.01*

ตารางที่ 13 (ต่อ) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอำเภอรายจังหวัดและรายชื่อ

ความสำคัญของความคิดเห็น	ความคิดเห็น**				p-value	การใช้ประโยชน์**				p-value
	สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์		สิงห์บุรี	ชัยภูมิ	สุราษฎร์ฯ	เพชรบูรณ์	
27.การที่ลูกหลานไม่สนใจผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่ตนเองหมดความสำคัญ และไม่มีคุณค่า	3.9	3.9	3.7	3.9	0.4	3.7	3.6	3.6	3.6	0.6
*28.พ่อ – แม่ ที่สูงอายุแล้วควรให้อยู่ บ้านเฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานอะไร	2.4	2.9	2.6	3.1	<0.01*	2.6	3.1	2.9	3.1	<0.01*
*29.ผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานมาดูแลหรือมาเยี่ยมบ่อย ๆ เป็นผู้ที่น่ารำคาญ	2.0	2.4	2.2	2.5	<0.01*	2.4	2.8	2.7	2.7	<0.01*
30.การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	4.1	4.1	4.3	4.3	<0.01*	3.9	4.1	4.2	4.2	<0.01*

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

\*\* Kruskal Wallis Test

ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว , การสร้างความสุขในครอบครัว , บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และ ความเครียดและการลดความเครียด ของจังหวัดสิงห์บุรี, ชัยภูมิ, สุราษฎร์ธานี และ เพชรบูรณ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และให้ ความสำคัญในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด เป็นลำดับ 1 ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านและลำดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ แยกรายจังหวัด

	สิงห์บุรี				ชัยภูมิ				สุราษฎร์ธานี				เพชรบูรณ์			
	ค่าเฉลี่ย**		ลำดับความสำคัญ		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับความสำคัญ		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับความสำคัญ		ค่าเฉลี่ย**		ลำดับความสำคัญ	
	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประโยชน์ (N)	ความ คิดเห็น	การใช้ ประโยชน์	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประโยชน์ (N)	ความ คิดเห็น	การใช้ ประโยชน์	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประโยชน์ (N)	ความ คิดเห็น	การใช้ ประโยชน์	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประโยชน์ (N)	ความ คิดเห็น	การใช้ ประโยชน์
บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด	4.2 (433)	3.9* (416)	1	1	4.2 (179)	3.9* (164)	1	1	4.4 (370)	4.2* (355)	1	1	4.3 (360)	4.1* (311)	1	1
การลดความขัดแย้งในครอบครัว	4.2 (428)	3.9* (411)	1	1	4.1 (179)	3.9* (161)	2	2	4.2 (369)	4.1* (327)	2	2	4.1 (364)	3.9* (320)	2	2

\*\* Wilcoxon Signed Ranks Test

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 14(ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านและลำดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ แยกรายจังหวัด

	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์									
	ค่าเฉลี่ย**	ลำดับความสำคัญ	ค่าเฉลี่ย**	ลำดับความสำคัญ	ค่าเฉลี่ย**	ลำดับความสำคัญ	ค่าเฉลี่ย**	ลำดับความสำคัญ								
	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประ โยชน์ (N)	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประ โยชน์ (N)	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประ โยชน์ (N)	ความ คิดเห็น (N)	การใช้ ประ โยชน์ (N)								
ความสำคัญของความคิดเห็น																
การสร้างความสุขในครอบครัว	3.9 (430)	3.8* (416)	2	2	3.8 (183)	3.5* (165)	3	3	3.9 (367)	3.7* (323)	3	3	3.9 (368)	3.7* (319)	3	3
ความเครียดและการลดความเครียด	3.7 (395)	3.6* (361)	3	3	3.7 (168)	3.5* (152)	4	3	3.8 (321)	3.7* (282)	4	3	3.8 (313)	3.6* (272)	4	4
การดูแลผู้สูงอายุ	3.0 (398)	3.0 (398)	4	4	3.3 (162)	3.3 (162)	5	4	3.3 (320)	3.3 (320)	5	4	3.3 (304)	3.1 (304)	5	5

\*\* Wilcoxon Signed Ranks Test

\* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ตารางที่ 15 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จำแนกตามการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและไม่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ความสำคัญของความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์		
	เป็นแกนนำ ฯ	ไม่เป็นแกนนำ ฯ	p-value	เป็นแกนนำ ฯ	ไม่เป็นแกนนำ ฯ	p-value
	(N)	(N)		(N)	(N)	
การลดความขัดแย้งในครอบครัว	4.16 (1,033)	4.08 (279)	0.05*	4.00 (948)	3.98 (248)	0.6
การสร้างความสุขในครอบครัว	3.94 (1,040)	3.82 (280)	0.01*	3.73 (947)	3.68 (249)	0.4
บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด	4.27 (1,037)	4.23 (278)	0.4	4.04 (946)	4.07 (253)	0.5
ความเครียดและการลดความเครียด	3.77 (926)	3.72 (249)	0.1	3.62 (827)	3.59 (222)	0.5
การดูแลผู้สูงอายุ	3.20 (916)	3.24 (249)	0.5	3.20 (916)	3.24 (245)	0.5

ตารางที่ 16 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้านของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวและไม่เคยเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ความสำคัญของความคิดเห็น	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น			ค่าเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์		
	เคยเข้ารับการอบรมฯ (N)	ไม่เคยอบรม (N)	p-value	เคยเข้ารับการอบรมฯ (N)	ไม่เคยอบรม (N)	p-value
การลดความขัดแย้งในครอบครัว	4.15 (1,133)	4.11 (182)	0.5	4.00 (1,034)	3.99 (163)	0.8
การสร้างความสุขในครอบครัว	3.92 (1,142)	3.86 (182)	0.3	3.72 (1,040)	3.71 (160)	0.9
บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด	4.26 (1,137)	4.27 (179)	0.8	4.04 (1,039)	4.08 (165)	0.5
ความเครียดและการลดความเครียด	3.77 (1,007)	3.69 (169)	0.07	3.61 (901)	3.55 (147)	0.5
การดูแลผู้สูงอายุ	3.20 (1,003)	3.25 (159)	0.5	3.20 (1,003)	3.24 (245)	0.5

ค่าเฉลี่ยความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในภาพรวม เรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว, การสร้างความสุขในครอบครัว, บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และความเครียดและการลดความเครียด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และให้ความสำคัญในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด เป็นอันดับ 1 ดังแสดงในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรายด้าน และลำดับความสำคัญของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

ความรู้เรื่องสุขภาพจิต	คะแนนเฉลี่ย		ลำดับ	
	ความคิดเห็น (จำนวน)	การใช้ประโยชน์ (จำนวน)	ความคิดเห็น (จำนวน)	การใช้ประโยชน์ (จำนวน)
บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด	4.3 (1,342)	4.0* (1,226)	1	1
การลดความขัดแย้งในครอบครัว	4.1 (1,340)	4.0* (1,219)	2	1
การสร้างความสุขในครอบครัว	3.9 (1,348)	3.7* (1,223)	3	2
ความเครียดและการลดความเครียด	3.8 (1,197)	3.6* (1,067)	4	3
การดูแลผู้สูงอายุ	3.2 (1,184)	3.2 (1,184)	5	4

\*\* Paired – Samples T Test

\* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อความคิดเห็น และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ดังนี้

1. ความคิดเห็นและการใช้ประโยชน์ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว ได้แก่ อายุ, การศึกษา และรายได้
  2. ความคิดเห็นในเรื่อง การสร้างความสุขในครอบครัว ได้แก่ อายุ, รายได้, และการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว
  3. การใช้ประโยชน์ในเรื่อง การสร้างความสุขในครอบครัว ได้แก่ เพศ, อายุ, รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย
  4. ความคิดเห็นในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ได้แก่ อายุ, ระดับการศึกษา, รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย
  5. การใช้ประโยชน์ในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ได้แก่ อายุ, รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย
  6. ความคิดเห็นในเรื่อง ความเครียดและการลดความเครียด ได้แก่ อายุ
  7. การใช้ประโยชน์ในเรื่องความเครียดและการลดความเครียด ได้แก่ อายุ, รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย
  8. ความคิดเห็นและการใช้ประโยชน์ในเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, อาชีพ และภูมิภาคที่อาศัย
- ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น**					ค่าเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์**				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	N=1342	N=1340	N=1348	N=1197	N=1184	N=1226	N=1219	N=1223	N=1067	N=1184
เพศ										
ชาย	4.1	3.9	4.2	3.8	3.2	4.0	3.8	4.1	3.7	3.2
หญิง	4.1	3.9	4.3	3.7	3.2	3.9	3.7	4.0	3.6	3.2
p-value	0.4	0.8	0.3	0.7	0.04*	0.1	0.01*	0.1	0.07	0.04*

\* มีความแตกต่างกัน/แตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

\*\* ความคิดเห็น / การนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง

1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว
2. การสร้างความสุขในครอบครัว
3. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด
4. ความเครียดและการลดความเครียด
5. การดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 18 (ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น**					ค่าเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์**				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	N=1342	N=1340	N=1348	N=1197	N=1184	N=1226	N=1219	N=1223	N=1067	N=1184
สถานภาพสมรส										
โสด	4.2	3.9	4.3	3.9	3.2	3.9	3.8	4.1	3.6	3.2
สมรส	4.1	3.9	4.3	3.8	3.2	4.0	3.7	4.0	3.6	3.2
ม่าย หย่า แยก	4.1	4.0	4.2	3.7	2.9	3.9	3.8	4.1	3.6	2.9
p-value	0.4	0.3	0.6	0.8	0.02*	0.7	0.7	0.9	0.9	0.02*
อายุ										
ต่ำกว่า 20 ปี	3.9	3.8	4.3	3.7	3.1	3.6	3.4	3.8	3.3	3.1
21 – 30 ปี	4.1	3.9	4.3	3.7	3.2	4.0	3.7	4.0	3.6	3.2
31 – 40 ปี	4.2	3.9	4.3	3.8	3.3	4.0	3.7	4.1	3.6	3.3
41 – 50 ปี	4.2	3.9	4.3	3.8	3.3	4.1	3.8	4.1	3.6	3.3
51 – 60 ปี	4.1	3.9	4.1	3.8	2.9	4.1	3.9	4.1	3.4	2.9
61 ปีขึ้นไป	3.9	3.8	4.1	3.7	2.9	3.9	3.7	3.9	3.7	2.9
p-value	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*
รายได้										
ต่ำกว่า 5,000 บาท	4.1	3.9	4.2	3.7	3.2	3.9	3.7	4.0	3.6	3.2
มากกว่า 5,000 บาท	4.2	3.9	4.3	3.8	3.3	4.1	3.8	4.1	3.7	3.3
p-value	<0.01*	0.03	0.01*	0.1	0.7	<0.01*	0.03*	0.01*	0.02*	<0.01*
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียน	3.5	3.6	3.9	3.7	3.5	3.2	3.0	3.5	3.3	3.5
ประถมศึกษา	4.1	3.9	4.2	3.8	3.2	3.9	3.7	4.0	3.6	3.2
มัธยมศึกษา	4.2	3.9	4.3	3.8	3.2	4.0	3.7	4.1	3.6	3.2
ปริญญาตรี	4.2	4.1	4.4	3.9	3.1	4.0	3.8	4.1	3.8	3.1
p-value	<0.01*	0.08	0.04*	0.3	0.5	<0.01*	0.2	0.05*	0.1	0.5

\* มีความแตกต่างกัน/แตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

\*\* ความคิดเห็น / การนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง

1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว
2. การสร้างความสุขในครอบครัว
3. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด
4. ความเครียดและการลดความเครียด
5. การดูแลผู้สูงอายุ

ตารางที่ 18(ต่อ) เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นเรื่องสุขภาพจิตตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าเฉลี่ยความคิดเห็น**					ค่าเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์**				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
	N=1342	N=1340	N=1348	N=1197	N=1184	N=1226	N=1219	N=1223	N=1067	N=1184
อาชีพ										
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4.1	3.9	4.2	3.7	2.7	3.9	3.7	3.9	3.4	2.7
เกษตรกร	4.1	3.9	4.2	3.7	3.2	4.0	3.7	4.0	3.6	3.2
รับจ้าง	4.1	4.0	4.3	3.8	3.1	3.9	3.8	4.0	3.6	3.1
ค้าขาย	4.2	3.9	4.2	3.8	3.1	3.9	3.7	4.2	3.6	3.1
รับราชการ	4.3	4.0	4.3	3.9	3.2	4.0	3.8	4.1	3.6	3.2
แม่บ้าน	4.2	3.9	4.4	3.8	3.2	4.1	3.8	4.1	3.6	3.2
p-value	0.1	0.07	0.1	0.5	0.02*	0.6	0.8	0.4	0.3	0.02*
จังหวัดที่อาศัย										
สิงห์บุรี	4.2	3.9	4.2	3.7	3.0	3.9	3.8	3.9	3.6	3.0
ชัยภูมิ	4.1	3.8	4.2	3.7	3.3	3.9	3.5	3.9	3.5	3.3
สุราษฎร์ธานี	4.2	3.9	4.4	3.8	3.3	4.1	3.7	4.2	3.7	3.3
เพชรบูรณ์	4.1	3.9	4.3	3.8	3.3	3.9	3.7	4.1	3.6	3.3
p-value	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*	<0.01*
การเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว										
ไม่ได้เป็นแกนนำ ฯ	4.1	3.8	4.2	3.7	3.2	3.9	3.7	4.1	3.6	3.2
เป็นแกนนำ ฯ	4.2	3.9	4.3	3.8	3.2	4.0	3.7	4.0	3.6	3.2
p-value	0.2	0.04*	0.7	0.2	0.4	0.6	0.1	0.8	0.3	0.4
ความต่อเนื่องของการได้รับความรู้										
ไม่ได้รับ	3.9	3.8	4.1	3.6	3.2	3.8	3.7	3.8	3.4	3.2
ได้รับต่อเนื่อง	4.2	3.8	4.2	3.7	3.3	4.0	3.7	4.0	3.6	3.3
ได้รับไม่ต่อเนื่อง	4.2	3.9	4.3	3.8	3.2	4.0	3.7	4.0	3.6	3.2
p-value	0.2	0.01*	0.2	0.09	0.01*	0.08	0.1	0.2	0.1	0.01*

\* มีความแตกต่างกัน/แตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

\*\* ความคิดเห็น / การนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง

1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว
2. การสร้างความสุขในครอบครัว
3. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด
4. ความเครียดและการลดความเครียด
5. การดูแลผู้สูงอายุ



## ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดอบรม 2 วัน ร้อยละ 39.2 และระยะเวลาที่เหมาะสมในการอบรมฟื้นฟูความรู้ ทุก 1 ปี ร้อยละ 39.0 ดังแสดงในตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนและร้อยละของระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดการอบรม และจัดอบรมฟื้นฟูความรู้

ระยะเวลาที่เหมาะสม	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ในการจัดอบรมความรู้										
จำนวน 1 วัน	120	27.5	62	33.5	127	32.9	124	33.5	433	31.4
จำนวน 2 วัน	158	36.2	58	31.4	173	44.8	151	40.8	540	39.2
จำนวน 3 วัน	152	34.8	61	33.0	77	19.9	84	22.7	374	27.1
อื่น ๆ (7 วัน)	7	1.6	4	2.2	9	2.3	11	3.0	31	2.2
รวม	437	100.0	185	100.0	386	100.0	370	100.0	1,378	100.0
ในการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้										
ทุก 3 เดือน	64	15.3	53	29.0	92	24.1	99	26.8	308	22.8
ทุก 6 เดือน	191	45.7	50	27.3	122	31.9	134	36.3	497	36.8
ทุก 1 ปี	161	38.5	72	39.3	162	42.4	132	35.8	527	39.0
อื่น ๆ (ทุกเดือน)	2	0.5	8	4.4	6	1.6	4	1.1	20	1.5
รวม	418	100.0	183	100.0	382	100.0	369	100.0	1,352	100.0

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้องการความรู้เพิ่มเติม ในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด , การสร้างความสุขในครอบครัว และ ความเครียดและการลดความเครียด ร้อยละ 68.8 , 54.9 และ 54.3 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องสุขภาพจิตที่ต้องการเพิ่มเติม

ความรู้ที่ต้องการเพิ่มเติม	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน (443)	ร้อยละ	จำนวน (187)	ร้อยละ	จำนวน (399)	ร้อยละ	จำนวน (387)	ร้อยละ	จำนวน (1416)	ร้อยละ
การลดความขัดแย้ง ในครอบครัว	210	47.4	123	65.8	205	51.4	227	58.7	765	54.0
การสร้างความสุขใน ครอบครัว	197	44.5	122	65.2	231	57.9	228	58.9	778	54.9
บทบาทการเป็น พ่อ-แม่	158	35.7	88	47.1	150	37.6	165	42.6	561	39.6
บทบาทการทำให้ลูก ห่างไกลยาเสพติด	321	72.5	98	71.5	258	64.7	263	68.0	940	68.8
บทบาทการแก้ ปัญหาครอบครัว	175	39.5	102	54.5	197	49.4	222	57.4	696	49.2
ความเครียดและ การลดความเครียด	265	59.8	106	56.7	189	47.4	209	54.0	769	54.3
ความรู้ในการเลี้ยงดู บุตร	130	29.3	68	49.6	122	30.6	170	43.9	490	35.9
อื่นๆ (การดูแลผู้สูง อายุ)	22	5.0	6	4.4	12	3.0	16	4.1	56	4.1

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวร้อยละ 52.4 ไม่มีปัญหาในการให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัว การให้คำแนะนำแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอื่น และเพื่อนบ้าน พบปัญหาอุปสรรคในการให้คำแนะนำร้อยละ 65.4 และ 66.7 ตามลำดับ เป็นปัญหาในเรื่องการมีความรู้ไม่เพียงพอ และไม่มีเวลาร้อยละ 47.1 ในทั้ง 2 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนและร้อยละของปัญหาอุปสรรคที่พบในการให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัว ,แกนนำสุขภาพ ฯ อื่น และเพื่อนบ้าน

ปัญหาอุปสรรคในการให้คำแนะนำ	จังหวัด								รวม	
	สิงห์บุรี		ชัยภูมิ		สุราษฎร์ธานี		เพชรบูรณ์			
	จำนวน (443)	ร้อยละ	จำนวน (187)	ร้อยละ	จำนวน (399)	ร้อยละ	จำนวน (387)	ร้อยละ	จำนวน (1416)	ร้อยละ
<b>บุคคลในครอบครัว</b>										
ไม่มีปัญหา	271	61.6	87	48.3	212	55.1	151	40.6	721	52.4
ไม่ได้รับความเชื่อถือ	54	12.3	32	17.8	60	15.6	56	15.1	202	14.7
ความรู้ไม่เพียงพอ	57	13.0	33	18.3	62	16.1	105	28.2	257	18.7
ไม่มีเวลา	58	13.2	28	15.6	51	13.2	60	16.1	197	14.3
รวม	440	100.0	180	100.0	385	100.0	372	100.0	1377	100.0
<b>แกนนำ ฯ อื่น</b>										
ไม่มีปัญหา	118	27.2	75	41.9	153	40.1	127	34.0	473	34.6
ไม่ได้รับความเชื่อถือ	75	17.3	51	28.5	59	15.4	66	17.6	251	18.3
ความรู้ไม่เพียงพอ	60	13.8	35	19.6	83	21.7	97	25.9	275	20.1
ไม่มีเวลา	181	41.7	18	10.1	87	22.8	84	22.5	370	27.0
รวม	434	100.0	179	100.0	382	100.0	374	100.0	1369	100.0
<b>เพื่อนบ้าน</b>										
ไม่มีปัญหา	111	25.6	73	40.6	150	38.8	124	33.2	458	33.3
ไม่ได้รับความเชื่อถือ	77	17.7	44	24.4	76	19.6	72	19.3	269	19.6
ความรู้ไม่เพียงพอ	62	14.3	27	15.0	78	20.2	95	25.5	262	19.1
ไม่มีเวลา	184	42.4	36	20.0	83	21.4	82	22.0	385	28.0
รวม	434	100.0	180	100.0	387	100.0	373	100.0	1374	100.0

## บทที่ 5

### สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว โดยออกแบบเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Descriptive Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นและการปฏิบัติของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และความแตกต่างตามภูมิภาคในเรื่องสุขภาพจิต 5 ด้าน ประกอบด้วย การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ความเครียดและการลดความเครียด และการดูแลผู้สูงอายุ แยกเป็นรายชื่อ 30 ดัชนีชี้วัด

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ผ่านการอบรมตามโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2544 ใน 4 ภูมิภาค 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี, ชัยภูมิ, สุราษฎร์ธานี และเพชรบูรณ์ จังหวัดละ 500 คน รวมจำนวน 2,000 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 – เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือในการวิจัย ส่งแบบสอบถามไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง และได้ติดต่อประสานงานกับผู้ประสานงานในพื้นที่ด้วยตนเอง นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS for windows วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานหาค่าความแตกต่าง สรุปได้ดังนี้

### สรุปผลการศึกษา

#### 1. อัตราการตอบกลับของข้อมูล

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 1,416 คน คิดเป็นร้อยละ 70.8 แยกเป็นรายภาค ภาคกลาง จังหวัดสิงห์บุรี มีอัตราการตอบกลับมากที่สุด ร้อยละ 88.6 ภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี และภาคเหนือ จังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราการตอบกลับใกล้เคียงกัน ร้อยละ 79.8 และ 77.4 ตามลำดับ ภาคตะวันออกเฉิยงเหนือ จังหวัดชัยภูมิ มีอัตราการตอบกลับต่ำที่สุด ร้อยละ 37.4

## 2. ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.8) เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 31 – 60 ปี ร้อยละ 78.3 อายุเฉลี่ย 40.6 ปี สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 87.1 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 67.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 60.8 รายได้เฉลี่ย 4,480.50 บาท/เดือน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.2) มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.5) มีรายได้เพียงพอต่อการใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ร้อยละ 78.8 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86.4) เคยได้รับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 86.0 โดยได้รับความรู้อย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 35.5

ปัจจัยพื้นฐานของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในการศึกษาคั้งนี้ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายกัน ยกเว้นปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ โดยจังหวัดเพชรบูรณ์มีแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 6.6 (จังหวัดสิงห์บุรี ชัยภูมิ และสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 0.7 , 2.2 และ 3.1 ตามลำดับ) และประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 10.7 (จังหวัดสิงห์บุรี ชัยภูมิ และสุราษฎร์ธานี ร้อยละ 0.2 , 4.3 และ 2.5 ตามลำดับ) ส่วนปัจจัยด้านรายได้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่า 5,000 บาท/เดือน ร้อยละ 49.7 (จังหวัดสิงห์บุรี ชัยภูมิ และเพชรบูรณ์ ร้อยละ 14.7 , 6.7 และ 18.4ตามลำดับ)

## 3. ข้อมูลการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98.2) มีการนำความรู้เรื่องสุขภาพจิตไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับตนเอง เป็นการนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาเป็นประจำ ร้อยละ 24.5 ปัญหาของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่พบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 79.3) เป็นปัญหาภายในครอบครัว และมีการนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาให้กับบุคคลอื่น ร้อยละ 96.0 เป็นการให้ความรู้ในการแก้ปัญหาให้กับบุคคลอื่นเป็นประจำร้อยละ 12.1 บุคคลที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวนำความรู้ไปใช้แก้ปัญหาให้เป็นบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 83.7 เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอื่น ร้อยละ 18.1 และเป็นเพื่อนบ้าน ร้อยละ 52.2 ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ เป็นปัญหาในครอบครัว ปัญหาจากการทำงาน และปัญหาส่วนตัว ตามลำดับ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิตส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.0) สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นได้ดีขึ้น เนื่องจากมีความรู้และความมั่นใจในการช่วยแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 94.5) มีความสุขในครอบครัวเพิ่มขึ้น ทั้งนี้เนื่องมาจากมีการนำความรู้ไปใช้ปฏิบัติจริงในการสร้างความสุขในครอบครัว และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีความภูมิใจในครอบครัวของตนเอง ร้อยละ 98.3 มีความภูมิใจในการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และมีความภูมิใจในสถานภาพทางสังคม ร้อยละ 98.8 และ 88.6 ตามลำดับ

#### 4. เปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดเห็นของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวตามปัจจัยส่วนบุคคล

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อสำคัญของงานสุขภาพจิต และการนำไปใช้ประโยชน์ รายละเอียดตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า

##### การลดความขัดแย้งในครอบครัว

คะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เมื่อแยกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p \leq 0.01$ ) ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ สถานภาพความเป็นแกนนำครอบครัว และความต่อเนื่องของการได้รับความรู้ มีผลต่อความแตกต่างของความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในบางด้าน

เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

##### การสร้างความสุขในครอบครัว

คะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ ) เมื่อแยกตามปัจจัยส่วนบุคคล



บุคคล พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และภูมิภาคที่อาศัย มีผลต่อความแตกต่างของ ความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ปัจจัยเกี่ยวกับสถานภาพความเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และความต่อเนื่องของการได้ รับความรู้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\leq 0.01$ ) ปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนน เฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเกี่ยวกับ สถานภาพสมรส มีผลต่อ ความแตกต่างกันอย่างไรไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและ การนำไปใช้ประโยชน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ )

### **บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด**

คะแนนเฉลี่ย ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ ประโยชน์ ในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) เมื่อแยกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และภูมิภาคที่อาศัย มีผลต่อความแตก ต่างของความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ ความเป็นแกนนำครอบครัว และความต่อเนื่องของการได้รับความรู้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น ต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและ การนำไปใช้ประโยชน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ )

### **ความเครียดและการลดความเครียด**

คะแนนความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ ประโยชน์ ในภาพรวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) เมื่อแยกตาม ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า อายุ รายได้ และภูมิภาคที่อาศัย มีผลต่อความแตกต่างของคะแนน เฉลี่ยความสำคัญและการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) ปัจจัยเกี่ยวกับ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ ความเป็นแกนนำครอบครัว และ

ความต่อเนื่องของการได้รับความรู้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

### การดูแลผู้สูงอายุ

คะแนนเฉลี่ย คิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในภาพรวม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 1.0$ ) เมื่อแยกตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ภูมิภาคที่อาศัย และความต่อเนื่องของการได้รับความรู้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ปัจจัยเกี่ยวกับ ระดับการศึกษา และความเป็นแกนนำครอบครัว มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเกี่ยวกับ รายได้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิต อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยเกี่ยวกับรายได้ มีผลต่อความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.014$ )

เมื่อแยกเป็นรายข้อ พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

### ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอนะ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว พบปัญหาในการให้คำแนะนำความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่บุคคลในครอบครัว ร้อยละ 47.6 ปัญหาที่พบคือ การมีความรู้ไม่เพียงพอร้อยละ 18.7 ในการให้คำแนะนำความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่เพื่อนบ้าน และแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอื่น พบปัญหาในการให้คำแนะนำร้อยละ 66.7 และ 65.4 ตามลำดับ เป็นปัญหาในเรื่องของการไม่มีเวลา ร้อยละ 28.0 และ 27.0 ตามลำดับ

แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวต้องการความรู้เรื่องสุขภาพจิตเพิ่มเติม ในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ร้อยละ 68.8 รองลงมาได้แก่ การสร้างความสุขในครอบครัว ร้อยละ 54.9 ความเครียดและการลดความเครียด และการลดความขัดแย้งในครอบครัว 54.3 และ 54.0 ตามลำดับ

การจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.8) ตอบว่าควรมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก 6 เดือน - 1 ปี และระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดอบรมให้ความรู้ ควรเป็น 1-2 วัน ร้อยละ 70.6

### อภิปรายผลการศึกษา

ผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนมาทั้งสิ้น 1,416 ฉบับ จากจำนวนที่ส่งไปทั้งสิ้น 2,000 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 70.8 แยกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสิงห์บุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี และจังหวัดเพชรบูรณ์ มีการตอบกลับของข้อมูล ร้อยละ 88.6 79.8 และ 77.4 ส่วนจังหวัดชัยภูมิมีการตอบกลับเพียงร้อยละ 37.4 ผู้วิจัยได้พยายามตามเก็บแบบสอบถามจากผู้ประสานงานในพื้นที่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่ไม่ได้ตอบแบบสอบถาม เนื่องจาก ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการไปประกอบอาชีพในพื้นที่อื่น ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่สามารถตามเก็บข้อมูลได้ อัตราการตอบกลับของข้อมูลต่ำกว่าจังหวัดอื่น

ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีผลต่อความแตกต่างกันของความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1. เพศ เพศชาย และเพศหญิง มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ความเครียดและการลดความเครียด และการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัด อ้ายตาเทียบ (2532)<sup>(41)</sup> ที่พบว่าตัวแปรด้านเพศ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข

2. สถานภาพสมรส แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีสถานภาพสมรส โสด คู่ และ ม่าย หย่า แยก มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้อุณหภูมิภายในร่างกายเสถียร และความเครียดและการลดความเครียด แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความคิดเห็นและการนำความรู้ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุไปปฏิบัติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.02$ ) แยกรายกลุ่ม พบว่า ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ ในผู้มีสถานภาพสมรสคู่ และ ม่าย หย่า แยก มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.02 ส่วนสถานภาพสมรสโสด กับม่าย หย่า แยก มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3. แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับนัยสำคัญ ( $p < 0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิพร ภูกร (2523)<sup>(33)</sup> ที่พบว่า อายุมีผลทำให้ทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของอุทัย สุดสุข (2527)<sup>(36)</sup> ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุมาก จะมีผลการปฏิบัติงานมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุน้อย และ การศึกษาของ วิทยา ไครตทาน (2536)<sup>(46)</sup> ที่พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอายุต่างกัน ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ผลต่างกัน

เมื่อแยกรายกลุ่มอายุ พบว่า ในภาพรวมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 61 ปีขึ้นไป มีความคิดเห็นและการปฏิบัติต่างกับกลุ่มที่มีอายุ 21 – 60 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ  $\leq 0.05$

4. แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวสูงกว่า 5,000 บาท/เดือน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ แตกต่างจากแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ( $p \leq 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชนิพร ภูกร (2523)<sup>(33)</sup> ที่พบว่า ประชากรที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ วิทยา ไครตทาน (2536)<sup>(46)</sup> พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้สูงจะสามารถดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้เกิดประสิทธิภาพมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ไมตรี ตินะรัตนะกูร (2536)<sup>(48)</sup> ที่พบว่า ความเพียงพอต่อการใช้จ่ายสามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้

5. ระดับการศึกษา แขนงนำแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัวและบทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี ศรีมรกต (2526)<sup>(34)</sup> พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา และการศึกษามีส่วนสำคัญที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจและเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปฏิบัติ วิไลลักษณ์ วรรณะ (2535)<sup>(45)</sup> พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต กรรณิการ์ กันธะรักษา (2527)<sup>(35)</sup> พบว่า ระดับการศึกษาสูงขึ้น สามารถป้องกันไม่ให้เห็นเองเจ็บป่วยมากกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษา ในส่วนของความคิดเห็นและการนำความรู้ไปปฏิบัติ ในเรื่อง การสร้างความสุขในครอบครัว ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด และการดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

6. อาชีพ แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ ( $p < 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ วรรณะ (2535)<sup>(45)</sup> ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ส่วนความคิดเห็นและการนำความรู้ไปปฏิบัติ ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด และบทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

7. จังหวัดที่อาศัย แขนงนำสุขภาพประจำครอบครัวที่มีอาชีพต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่อง การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.01$ )

8. สถานภาพการเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในปัจจุบัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิต ในเรื่อง การสร้างความสุขในครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.04$ ) ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง ความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และการดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ



9. ความต่อเนื่องของการได้รับความรู้เรื่องสุขภาพจิต แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตในเรื่อง การสร้างความสุขในครอบครัว และการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ( $p=0.01$ ) การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p=0.01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิระศักดิ์ รัตนะ(2534)<sup>(44)</sup> ที่พบว่า การได้รับสิ่งสนับสนุน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนความคิดเห็นและการนำความรู้ไปปฏิบัติ ในเรื่องการลดความขัดแย้งในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และความเครียดและการลดความเครียด มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

10. การเข้ารับการอบรมแก่นำสุขภาพประจำครอบครัว ผู้ตอบแบบสอบถามที่เคยเข้ารับการอบรมแก่นำสุขภาพประจำครอบครัว และไม่เคยเข้ารับการอบรมแก่นำสุขภาพประจำครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่องการลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ความเครียดและการลดความเครียด และการดูแลผู้สูงอายุ แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

11. ลำดับความสำคัญของความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ แก่นนำสุขภาพประจำครอบครัว ให้ลำดับความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด เป็นอันดับแรก มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ในภาพรวมเท่ากับ 4.3 และ 4.0 ตามลำดับ เมื่อแยกรายจังหวัด พบว่าทุกจังหวัดที่ทำการศึกษานี้ให้ความสำคัญในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด เป็นลำดับแรกเช่นเดียวกัน

เมื่อแยกลำดับความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์เป็นรายข้อคำถาม พบว่าลำดับความสำคัญลำดับแรก ยังคงเป็นเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด ในข้อ 15. การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหาและให้กำลังใจ จะช่วยให้บุตรหลาน ห่างไกลยาเสพติด โดยให้ความสำคัญต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ มากถึงมากที่สุด ร้อยละ 88.1 และ 80.8 ตามลำดับ



เมื่อพิจารณาความต้องการความรู้เพิ่มเติม แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.8) มีความต้องการความรู้เพิ่มเติมในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด สอดคล้องกับการให้ลำดับความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์

12. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ในด้าน การลดความขัดแย้งในครอบครัว การสร้างความสุขในครอบครัว บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด และ ความเครียดและการลดความเครียด แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและนำไปใช้ประโยชน์ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น ๙ 3.8 – 4.3 คะแนนเฉลี่ยการนำไปใช้ประโยชน์ 3.6 – 4.0 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตและการนำไปใช้ประโยชน์ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.2 พบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ความสำคัญ ต่องานสุขภาพจิตในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณาถึงการนำไปใช้ประโยชน์ พบว่ามีการนำไปใช้ประโยชน์ไม่มากเท่าที่ควร เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ก็จะพบลักษณะเช่นเดียวกัน คือ แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดเห็นต่อความสำคัญของงานสุขภาพจิตสูงกว่าการนำไปใช้ประโยชน์

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีการดำเนินการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต แก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และขยายผลการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
2. การจัดหลักสูตรให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิต ควรพิจารณาจัดให้สอดคล้องตามความต้องการของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว จากการศึกษาพบว่า แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวให้ความสำคัญในเรื่อง บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด สะท้อนให้เห็นถึง ปัญหา ยาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรก
3. ควรสร้างเครือข่ายในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ให้มีความเชื่อมต่อกัน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่กับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ท้องถิ่นเกิดความตระหนักและเกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ที่มีการดำเนินงานโครงการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว และพื้นที่ที่ไม่ได้ดำเนินการ
2. ศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขระดับปฏิบัติ และระดับบริหารต่องานส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
3. ศึกษาหารูปแบบวิธีการส่งเสริมให้แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวสามารถดำเนินการสำรวจหาปัจจัย ที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสานงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
4. ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตในบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

1. สมชาย จักรพันธ์, หม่อมหลวง และอมรภาณุ อินโชนานนท์. "สุขภาพจิต : ปัญหาสุขภาพในศตวรรษนี้", วารสารหมออนามัย ฉบับที่ 5 ปีที่ 10 (มีนาคม-เมษายน 2544) : 88.
2. สุขภาพจิต, กรม. สถิติสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
3. สาธารณสุขภูมิภาค, กอง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาการสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544). กรุงเทพฯ : มปท., 2540.
4. คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.). เอกสารอัดสำเนา. นนทบุรี : สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุข มูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
5. สุขภาพจิต, กรม. โครงการและกิจกรรมสำคัญทางด้านสุขภาพจิตที่ดำเนินการในประเทศไทย. เอกสารอัดสำเนา. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
6. สุชาติ โสมประยูร. การบริหารงานสุขภาพศึกษาในโรงเรียน. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
7. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2521.
8. Kapal, Louis and other. Comprehensive Textbook of Psychiatry III. Baltimore : William and Wilking, 1980.
9. Egbert, E. Concept of Wellness, Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Service. 18 : 9-12, September, 1980.
10. สุภาพรณ โคตรจรัส. "สุขภาพจิต," จิตวิทยาในการดำรงชีวิต. กรุงเทพมหานคร : คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2525.
11. สุขุทัยธรรมาริราช มหาวิทยาลัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาริราช, 2532.
12. พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. จิตวิทยาครอบครัว. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
13. สุพัตรา สุขภาพ. สังคมและวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี. กรุงเทพมหานคร : ไทยวัฒนาพานิช, 2536.

14. ณรงค์ เล็งประชา. สังคมวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : พัทธอักษร, 2537.
15. Best John W. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall Inc., 1977.
16. Duncan, Geoffrey Mitchell. A New Dictionary of Sociology. London : Roulledge & Kegan Paul, 1971.
17. บุญธรรม คำพอ. การศึกษาความแตกต่างระหว่างผู้ยอมรับและไม่ยอมรับวิทยาการ  
แผนใหม่ศึกษา เฉพาะมูลนิธิบูรณะชนบท หมู่ที่10 ตำบลโพธิ์งาม อำเภอสรรคบุรีจังหวัด  
ชัยนาท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2520.
18. สงวน สุทธิเลิศอรุณ. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แพรววิทยา, 2522.
19. ประภา เพ็ญสุวรรณ. "ทัศนคติ" : การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย.  
กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.
20. ชาติชาย อ่อนเจริญ. ความรู้และความคิดเห็นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ใน  
จังหวัดสมุทรปราการเกี่ยวกับมลพิษทางสิ่งแวดล้อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
21. ราชบัณฑิตยสถาน. พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ. พิมพ์ครั้งที่ 2 .  
กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2532.
22. Thomas, John Zadrozny. Dictionary New Word Dictionary : Oxford & BM. Polishing Co.,1974.
23. Clifford T. Morgan and Richard A King. Introduction to Psychology. Tokyo Japan : International Student Edition. McGraw – Hill Kogabusha Ltd, 1971.
24. Best John W. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall Inc., 1977.
25. พรเพ็ญ เพชรสุขศิริ. การวัดทัศนคติ. เอกสารเย็บเล่มคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
26. สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. มปท., 2535.
27. อมร นนทสุต. แนวความคิดหลักการและวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารอัดสำเนา. มปท.: 2524.

28. สาธารณสุข, กระทรวง. โครงการพัฒนาแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว. มปท., 2540.
29. นครราชสีมา, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด. คู่มือแกนนำสาธารณสุขประจำครอบครัว(กสค.). นครราชสีมา : สมบูรณ์การพิมพ์ จำกัด, 2541.
30. สุขศึกษา, กอง กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ผสส./อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย, 2521.
31. อัมพร โอตระกูล และคณะ. ปัญหาสุขภาพจิตในเขตเมือง. รายงานการวิจัย, 2522.
32. เบญจา ยอดดำเนิน. การประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในโครงการลำปาง อำเภอห้างฉัตร จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
33. รัชนีพร ภูกร. ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2523.
34. ผ่องศรี ศรีมรกต. วิธีการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจในผู้ป่วยอุบัติเหตุที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
35. กวรรณิการ์ กันธรักษา. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายในตนภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย กับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
36. อุทัย สุดสุข. รายงานผลการวิจัยเรื่องที่มีงานสาธารณสุขเพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานศึกษาเฉพาะกรณีในประเทศไทย. กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2527.เอกสารอัดสำเนา.
37. จินดา พูนเกษม. การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดนครสวรรค์ ในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
38. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนา. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภาคการพิมพ์, 2527.
39. คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. ประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข, 2532.

40. ถาวร แพทย์รักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2530.
41. ทัด ตาอ้ายเทียบ. การศึกษาปฏิบัติงานของ ผสส./อสม. ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัยจังหวัดสุโขทัย. ภาคนิพนธ์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
42. ศุภฤกษ์ โรจนธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2532.
43. บุญพา ชูชื่น. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจนจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2533.
44. พีระศักดิ์ รัตนะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบทจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2534.
45. วิไลลักษณ์ วรรณะ. การศึกษาความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
46. วิทยา โคตรท่าน. ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2536.
47. สาธารณสุข, กระทรวง สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนองนโยบายรัฐบาลตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
48. ไมตรี ดิยะรัตนกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิจัยประชากรและสังคม. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.



49. สگارรัตน์ ลับเลิศลพ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข  
ในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์สังคม  
ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2537.
50. กรกช ใจหาญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุน  
โครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดี  
ถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2539.
51. ธงชัย ทวีชาชาติและคณะ. ความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทย. นนทบุรี : กรม  
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
52. บัณฑิต ศรีไพศาลและคณะ. การสำรวจภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในภาวะวิกฤต  
ทางเศรษฐกิจ ปี 2540. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2540.
53. ดารุณี ตั้งตรงมิตรและคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือ  
ผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด  
นครพนม, 2542.
54. มานิดา สังข์ขจิตและคณะ. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือ  
ผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย. อุบลราชธานี : โรงพยาบาล  
พระศรีมหาโพธิ์, 2542.
55. ศิริวรรณ เพียรสุขและคณะ. ผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชน  
ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. อุบลราชธานี : โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์,  
2542.
56. คณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน, สำนักงาน. ข้อมูลพื้นฐานด้านสาธารณสุข  
มูลฐานประจำปีงบประมาณ 2544. เอกสารอัดสำเนานนทบุรี. นนทบุรี : สำนักงานคณะ  
กรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน. กระทรวงสาธารณสุข, 2544.
57. ฉันทนา กิตติเกิดกุลชัย. ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิตวัยรุ่นของ  
ผู้ปกครองชั้นมัธยมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโท มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
58. ปณีชดา ต่วนชื่น. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงาน  
สาธารณสุขมูลฐานเขตชนบท จังหวัดสมุทรสงคราม. วิทยานิพนธ์การศึกษา  
มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2541.

59. พวงเพชร รัชสรศักดิ์ชิต. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2542.
60. ไพรัช เตชะรินทร์. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒน. กรุงเทพฯ : ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
61. ยุพดี ศิริวรรณ. หม่อมหลวง. ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2539.
62. สุขภาพจิต, กรม. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 8. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
63. สุขภาพจิต, กรม. การดูแลสุขภาพจิตครอบครัวสำหรับแกนนำครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. มปท., 2544.
64. สุขภาพจิต, กรม. คู่มืออบรมหลักสูตรแกนนำครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
65. สุขภาพจิต, กรม. คู่มืออบรมหลักสูตรการเตรียมตัวเป็นครอบครัวใหม่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2544.
66. สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. อุดรราชธานี : ยงสวัสดิ์การพิมพ์, 2535.
67. สาธารณสุข, กระทรวง สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนองนโยบายรัฐบาล ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ ฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัย  
เรื่อง ความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต  
ของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

คำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน คือ
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
  - ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวและการนำไปใช้ประโยชน์
  - ส่วนที่ 3 เกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้
  - ส่วนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ
2. คำว่า การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว คนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ฯ
3. คำตอบตามความเป็นจริงของท่านมีความสำคัญยิ่งในการวิจัย และเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว แบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

แบบสอบถามความคิดเห็นและการปฏิบัติในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน  หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมค่าลงในช่องว่าง

- |   |  |   |                |
|---|--|---|----------------|
| 1. เพศ  | <input type="checkbox"/> 1. ชาย                    | <input type="checkbox"/> 2. หญิง                        | สำหรับผู้วิจัย |
| 2. อายุ.....ปี  |  |   | ...11          |
| 3. สถานภาพสมรส  | <input type="checkbox"/> 1. โสด                    | <input type="checkbox"/> 2. สมรส                        | ...12-13       |
|   | <input type="checkbox"/> 3. ม้าย หย่า แยก          | <input type="checkbox"/> 4. อื่น ๆ ระบุ.....            | ...14          |
| 4. จำนวนบุตร.....คน   |  |   | ...15-16       |
| 5. ระดับการศึกษา  | <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ศึกษา            | <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา                  | ...17          |
|   | <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา             | <input type="checkbox"/> 4.ปริญญาตรี                    |                |
|   | <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....       |   |                |
| 6. อาชีพปัจจุบัน  | <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ      | <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกร                     | ...18          |
|   | <input type="checkbox"/> 3. รับจ้าง                | <input type="checkbox"/> 4. ค้าขาย                      |                |
|   | <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ              | <input type="checkbox"/> 6. แม่บ้าน                     |                |
|   | <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ ระบุ.....       |   |                |
| 7. รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท  |  |   | ... 19-23      |
| 8. ความเพียงพอของรายได้   | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เพียงพอ             | <input type="checkbox"/> 2. พอใช้ไม่เหลือเก็บ           | ... 24         |
|   | <input type="checkbox"/> 3. พอใช้มีเหลือเก็บ       |   |                |
| 9. จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบของท่าน.....คน                |  |   | ... 25-26      |
| 10. ท่านเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือไม่                                 | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็น                | <input type="checkbox"/> 2. เป็น (ระบุจำนวนปี).....ปี   | ... 27-28      |
| 11. ท่านเคยเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวหรือไม่                    | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย                 | <input type="checkbox"/> 2. เคย.....ครั้ง ระบุพ.ศ. .... | ... 29-32      |
| 12. ท่านเข้ารับการอบรมแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวครั้งสุดท้ายเมื่อปี พ.ศ. .... |  |   | ... 33-34      |
| 13. ท่านเคยเข้ารับการอบรมในเรื่องสุขภาพทั่วไปหรือไม่                        | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย                 | <input type="checkbox"/> 2. เคย.....ครั้ง ระบุ พ.ศ..... | ... 35-38      |
| 14. ท่านเคยเข้ารับการอบรมเฉพาะเรื่องสุขภาพจิตหรือไม่                        | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคย                 | <input type="checkbox"/> 2. เคย.....ครั้ง ระบุ พ.ศ..... | ... 39-42      |
| 15. ส่วนใหญ่ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตจาก(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)     | <input type="checkbox"/> 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข   | <input type="checkbox"/> 2. วิทยุ                       | ... 43-47      |
|   | <input type="checkbox"/> 3. โทรทัศน์               | <input type="checkbox"/> 4. คู่มือสุขภาพจิต             |                |
|   | <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ ระบุ.....       |   |                |
| 16. ท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตต่อเนื่องหรือไม่                     | <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยได้รับความรู้เลย | <input type="checkbox"/> 2. ต่อเนื่อง                   | ... 48         |
|   | <input type="checkbox"/> 3. ไม่ต่อเนื่อง           |   |                |



**ตอนที่ 2**      **ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวและการนำไปใช้ประโยชน์**

**คำชี้แจง**      โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

**ความคิดเห็น/ความสำคัญ**      ความคิดเห็น/ความสำคัญในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต      เห็นด้วยมากน้อยเพียงใดตามความคิดเห็นของท่าน

1 = เห็นด้วยน้อยที่สุด    2 = เห็นด้วยน้อย    3 = เห็นด้วยปานกลาง    4 = เห็นด้วยมาก    5 = เห็นด้วยมากที่สุด

**การนำไปใช้ประโยชน์**      การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีการนำไปใช้ประโยชน์มากน้อยเพียงใดตามความคิดเห็นของท่าน

1 = ใช้ประโยชน์น้อยที่สุด    2 = ใช้ประโยชน์น้อย    3 = ใช้ประโยชน์ปานกลาง    4 = ใช้ประโยชน์มาก    5 = ใช้ประโยชน์มากที่สุด

ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	ความคิดเห็น/ความสำคัญ					การนำไปใช้ประโยชน์					สำหรับผู้วิจัย
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
17. คนในครอบครัวท่านมีสุขภาพจิตดีและมีความสุข											-- 49-50
18. คนในครอบครัวมีความสุขช่วยป้องกันปัญหาครอบครัวแตกแยกได้											-- 51-52
19. การทำกิจกรรมร่วมกันของคนในครอบครัวช่วยทำให้เกิดความสุข											-- 53-54
20. การใส่ใจ เอื้ออาทร และรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกันในครอบครัวเป็นสิ่งจำเป็น											-- 55-56
21. การพูดจาด้วยถ้อยคำที่ดี ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัวลงได้											-- 57-58
22. การใช้ชีวิตคู่ต้องปรับตัวเข้าหากันและต้องปรับตัวให้เข้ากับญาติพี่น้องของอีกฝ่ายหนึ่ง											-- 59-60
23. การให้อภัยซึ่งกันและกันสามารถลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้											-- 61-62
24. การพูดคุย และแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างชัดเจนจะช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวลงได้											-- 63-64
25. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว ควรพูดจากรับฟังกันที่เพราะจะช่วยทำให้ปัญหายุติลงได้											-- 65-66
26. เมื่อเกิดปัญหาความขัดแย้งควรเปิดโอกาสให้ทั้งสองฝ่ายมีโอกาสพูดเท่า ๆ กัน											-- 67-68
27. การพูดจากระทบกระทั่งกันมากเกินไปทำให้เกิดความเข้าใจและยังทำให้เกิดความขัดแย้งมากขึ้น											-- 69-70
28. การดุด่าตำหนิหรือลงโทษด้วยความรุนแรงจะทำให้ผู้ถูกตำหนิเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเอง											-- 71-72
29. การอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือกลุ่มเพื่อนที่ดียาเสพติด ทำให้บุตร-หลานมีโอกาสติดยาเสพติดได้ง่าย											-- 73-74
30. การดูแล สอดส่องในเรื่องการคบเพื่อนของบุตร-หลาน เป็นการช่วยป้องกันการติดยาเสพติดได้วิธีหนึ่ง											-- 75-76
31. การเอาใจใส่ใกล้ชิด รับฟังปัญหา ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ จะช่วยให้บุตร-หลาน ห่างไกลจากยาเสพติด											-- 77-78
32. การร่วมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง จะเป็นกระาะช่วยป้องกันยาเสพติดให้สังคมได้											-- 79-80

ความคิดเห็นในการปฏิบัติในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	ความคิดเห็น/ความสำคัญ					การนำไปใช้ประโยชน์					สำหรับผู้วิจัย	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
33. ท่านใช้วิธีทำสมาธิเพื่อช่วยในการคลายความเครียด												-- 81-82
34. การเปลี่ยนแปลงในชีวิตเช่น การสูญเสียบุคคลในครอบครัวหรือความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เกิดความเครียดได้มาก												-- 83-84
35. ความเครียดทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ท้องผูกหรือท้องเสีย นอนไม่หลับ หรือหงุดหงิดง่าย												-- 85-86
36. ความเครียดเป็นสาเหตุให้เกิดความขัดแย้งและปัญหาครอบครัว												
37. การพูดระบายให้คนใกล้ชิดหรือเพื่อนสนิทฟังเป็นวิธีช่วยผ่อนคลายความเครียด												-- 87-88
38. การสูบบุหรี่ , ดื่มสุรา , การเข้านอนหลับ หรือใช้สารเสพติด เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ดี												-- 89-90
39. การออกกำลังกายจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง และช่วยผ่อนคลายความเครียดได้มาก												-- 91-92
40. การมีอารมณ์ขัน และมองโลกในแง่ดีจะช่วยให้ไม่เกิดความเครียดและมีความสุขมากขึ้น												-- 93-94
41. ความพึงพอใจในสิ่งที่ทำอยู่ จะทำให้ชีวิตมีความสุข ไม่เกิดความเครียด												-- 95-96
42. การให้ผู้สูงอายุช่วยดูแลหลานเป็นการรบกวนผู้สูงอายุ												-- 97-98
43. การที่ลูกหลานไม่สนใจผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญ และไม่มีคุณค่า												-- 99-100
44. พ่อ - แม่ ที่สูงอายุแล้วควรให้อยู่บ้านเฉย ๆ ไม่ควรให้ทำงานอะไร												-- 101-102
45. ผู้สูงอายุที่ต้องการให้ลูกหลานมาดูแลหรือมาเยี่ยมบ่อย ๆ เป็นผู้ที่น่ารำคาญ												-- 103-104
46. การให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง												-- 105-106

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับการนำความรู้ไปใช้

คำอธิบาย โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ตามความเป็นจริง และเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

47. หลังอบรมท่านนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหาให้กับตนเองหรือไม่

1. ไม่ได้นำไปใช้เลย  2. นำไปใช้นาน ๆ ครั้ง  3. นำไปใช้เป็นบางครั้ง  4. นำไปใช้เป็นประจำ

— 107

48. ท่านนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหากับตนเองในเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปัญหาส่วนตัว  2. ปัญหาภายในครอบครัว  3. ปัญหาเรื่องการเงิน  
 4. ปัญหาจากการทำงาน  5. ปัญหาอื่น ๆ .....

----- 108-112

49. หลังอบรมท่านได้นำความรู้ไปแนะนำ หรือแก้ไขปัญหากับบุคคลอื่นหรือไม่

1. ไม่ได้นำไปใช้เลย  2. นำไปใช้นาน ๆ ครั้ง  3. นำไปใช้เป็นบางครั้ง  4. นำไปใช้เป็นประจำ

— 113

50. ท่านนำความรู้ไปใช้ในการแนะนำ หรือแก้ไขปัญหากับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. คนในครอบครัวตนเองจำนวน.....คน  2. แกนนำครอบครัวอื่น จำนวน.....คน.....ครอบครัว  
 3. เพื่อนบ้าน (ที่ไม่ใช่แกนนำครอบครัว)จำนวน.....คน  4. บุคคลอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุข้างต้นจำนวน.....คน

----- 114-117

51. ท่านนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหากับบุคคลในครอบครัวเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปัญหาส่วนตัว  2. ปัญหาภายในครอบครัว  3. ปัญหาเรื่องการเงิน  
 4. ปัญหาจากการทำงาน  5. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

----- 118-122

52. ท่านนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหากับแกนนำครอบครัวอื่นเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปัญหาส่วนตัว  2. ปัญหาภายในครอบครัว  3. ปัญหาเรื่องการเงิน  
 4. ปัญหาจากการทำงาน  5. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

----- 123-127

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

53. ท่านนำความรู้ไปใช้แก้ไขปัญหากับเพื่อนบ้านเรื่องใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. ปัญหาส่วนตัว                       2. ปัญหาภายในครอบครัว                       3. ปัญหาเรื่องการเงิน  
 4. ปัญหาจากการทำงาน                       5. ปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

54. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการให้คำแนะนำแก่คนในครอบครัวหรือไม่

1. ไม่มีปัญหาอุปสรรค                       2. มีปัญหาเนื่องจากไม่ได้รับความเชื่อถือ                       3. ปัญหาเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอ  
 4. มีปัญหาเนื่องจากไม่มีเวลา                       5. มีปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

55. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการให้คำแนะนำแก่ แกนนำครอบครัว อื่นหรือไม่

1. ไม่มีปัญหาอุปสรรค                       2. มีปัญหาเนื่องจากไม่ได้รับความเชื่อถือ                       3. ปัญหาเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอ  
 4. มีปัญหาเนื่องจากไม่มีเวลา                       5. มีปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

56. ท่านมีปัญหาอุปสรรคในการให้คำแนะนำแก่ เพื่อนบ้าน หรือไม่

1. ไม่มีปัญหาอุปสรรค                       2. มีปัญหาเนื่องจากไม่ได้รับความเชื่อถือ                       3. ปัญหาเนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอ  
 4. มีปัญหาเนื่องจากไม่มีเวลา                       5. มีปัญหาอื่น ๆ ระบุ.....

57. ก่อนเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับเรื่องความรู้สุขภาพจิตท่านเคยให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นหรือไม่

1. ไม่เคยให้คำแนะนำเลย                       2. ให้คำแนะนำนาน ๆ ครั้ง                       3. ให้คำแนะนำเป็นบางครั้ง                       4. ให้คำแนะนำเป็นประจำ

58. หลังได้รับการอบรมท่านสามารถให้คำแนะนำแก่บุคคลอื่นเป็นอย่างไรเปรียบเทียบกับก่อนได้รับการอบรม

1. ให้คำแนะนำได้แย่งลง                       2. ให้คำแนะนำได้เหมือนเดิม                       3. ให้คำแนะนำได้ดีขึ้น เพราะ (ระบุเหตุผล).....

59. ท่านคิดว่าการอบรมให้ความรู้สุขภาพจิตแก่แกนนำสุขภาพประจำครอบครัวมีประโยชน์หรือไม่

1. ไม่แน่ใจ                       2. ไม่มีประโยชน์                       3. มีประโยชน์ ระบุ.....

60. ท่านคิดว่ารูปแบบและระยะเวลาที่ท่านเข้ารับการอบรมในเรื่องสุขภาพจิตที่ผ่านมา เหมาะสมหรือไม่

1. ไม่แน่ใจ                       2. เหมาะสม                       3. ไม่เหมาะสม ระบุ.....

61. ถ้าท่านเป็นผู้จัดอบรมให้ความรู้ ท่านจะจัดอบรมอย่างไร

1. จัดวิทยากรบรรยาย                       2. จัดวิทยากรบรรยายและผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น  
 3. ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นโดยมีวิทยากรเป็นผู้เสนอแนะ                       4. อื่น ๆ ระบุ.....

62. ท่านคิดว่าระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดอบรมควรเป็นเท่าไร

1. 1 วัน     2. 2 วัน     3. 3 วัน     4. อื่น ๆ ระบุ.....

— 141

63. หลังการอบรมแล้วควรจัดให้มีการฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่องหรือไม่

1. ไม่แน่ใจ     2. ไม่ต้องมี     3. ควรมี การอบรมต่อเนื่อง

— 142

64. หลังอบรมแล้วควรจัดอบรมฟื้นฟูความรู้ทุก ๆ .....เดือน

1. ทุก 3 เดือน     2. ทุก 6 เดือน     3. ทุก 1 ปี     4. อื่น ๆ ระบุ.....

— 143

65. ท่านต้องการสิ่งสนับสนุนอย่างไรบ้างเพื่อให้สามารถดำเนินการให้คำแนะนำได้ ระบุ.....

66. ท่านต้องการความรู้เรื่องสุขภาพจิตเพิ่มเติมในเรื่อง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. การลดความขัดแย้งในครอบครัว | <input type="checkbox"/> 2. การสร้างความสุขในครอบครัว       |
| <input type="checkbox"/> 3. บทบาทการเป็นพ่อแม่         | <input type="checkbox"/> 4. บทบาทการทำให้ลูกห่างไกลยาเสพติด |
| <input type="checkbox"/> 5. บทบาทการแก้ปัญหาครอบครัว   | <input type="checkbox"/> 6. ความเครียด และการลดความเครียด   |
| <input type="checkbox"/> 7. ความรู้ในการเลี้ยงดูบุตร   | <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ ระบุ.....                |

144-151

67. ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตทำให้ครอบครัวของท่านมีความสุขเพิ่มมากขึ้นหรือไม่

1. ไม่เพิ่มขึ้น     2. เพิ่มขึ้น ระบุ.....

— 152

68. ท่านมีความภูมิใจในครอบครัวของท่านหรือไม่

1. มีความภูมิใจ     2. ไม่มีระบุเหตุผล.....

153

69. ท่านมีความภูมิใจในความเป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวของท่านหรือไม่

1. มีความภูมิใจ     2. ไม่มีระบุเหตุผล.....

— 154

70. ท่านพึงพอใจกับสถานภาพในสังคมที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของท่านหรือไม่

1. พึงพอใจ     2. ไม่พึงพอใจระบุเหตุผล.....

— 155

**ตอนที่ 4** ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

**คำชี้แจง** ให้แก่นำสุขภาพประจำครอบครัวให้ข้อเสนอแนะในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว

71. ท่านจะอย่างไรเพื่อที่จะสนับสนุนให้คนในครอบครัวท่านมีสุขภาพจิตดีขึ้น

- 1..... 2.....  
3..... 4.....

72. ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้การดำเนินงานของท่าน(แก่นำสุขภาพประจำครอบครัว)ประสบความสำเร็จ

- 1..... 2.....  
3..... 4.....

73. ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่สุดที่จะทำให้การดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวประสบผลสำเร็จ

- 1..... 2.....  
3..... 4.....

74. ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชนของท่านที่ควรรับแก้ไขประกอบด้วย

- 1..... 2.....  
3..... 4.....

75. ปัญหา/อุปสรรคที่ท่านพบในการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวที่ควรรับแก้ไขมากที่สุด ตามลำดับ ได้แก่

- 1..... 2.....  
3..... 4.....

ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ – สกุล	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. รศ.นพ.องอาจ วิพุธศิริ	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
2. อาจารย์กิติกร มีทรัพย์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักวิชาการ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
4. คุณยุพา โชติกะพัฒน์	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
5. คุณศิริลักษณ์ แก้วเกียรติพงศ์	ศูนย์สุขภาพจิตเขต 5 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวธารีพร ตติยบุญสูง เกิดเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2509 ที่ อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์ สำเร็จการศึกษา ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น จาก วิทยาลัยพยาบาลสุรินทร์ (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์) ในปีการศึกษา 2530 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) จาก วิทยาลัยพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี) ในปีการศึกษา 2536 หลังจากนั้นได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาวิชา สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2543 ปัจจุบันรับราชการใน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 5 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย