

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชาด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อศึกษาสัดส่วนของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด
2. เพื่อศึกษาข้อมูลเบื้องต้นด้านสุขภาพจิตของประชาชนในหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด ตามตัวแปรด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ลักษณะครอบครัว การมีญาติพี่น้องอยู่ในหมู่บ้าน และการถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้าน

#### สมมติฐานของการวิจัย

ประชาชนที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา ลักษณะครอบครัว การมีญาติพี่น้องอยู่ในหมู่บ้าน และการถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้านแตกต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตแตกต่างกัน

#### วิธีดำเนินการวิจัย

##### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด ได้แก่ หมู่บ้านป้องกันตนเอง

ชายแดนทั้งหมดในอำเภอสอยดาว และโป่งน้ำร้อน จังหวัดจันทบุรี 12 หมู่บ้าน และหมู่บ้านในอำเภอเมือง บ่อไร่ และคลองใหญ่ จังหวัดตราด 7 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 19 หมู่บ้าน จำนวน 15,384 คน โดยศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2536 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2537

ส่วนกลุ่มตัวอย่างประชากรที่นำมาศึกษาคือ ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนไทย-กัมพูชา ด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด ซึ่งได้มาโดยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) โดยในจังหวัดจันทบุรีและตราดมีอำเภอที่ติดชายแดนกัมพูชาทั้งหมดรวมกัน 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอสอยดาว โป่งน้ำร้อน บ่อไร่ คลองใหญ่ และอำเภอเมือง ซึ่งเป็นจังหวัดจันทบุรี 2 อำเภอ และตราด 3 อำเภอ ตามลำดับ แล้วสุ่มตำบลที่จะศึกษาอำเภอละ 1 ตำบล โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) แล้วทำการจับฉลาก เมื่อได้ตำบลแล้วนำมาสุ่มเลือกหมู่บ้านด้วยวิธีจับฉลากอีกตำบลละ 1 หมู่บ้าน จะได้ 5 หมู่บ้าน แล้วนำหมู่บ้านมาสุ่มเลือกหลังคาเรือนโดยใส่หมายเลขหลังคาเรือนแล้วจับฉลาก โดยกำหนดว่า 2 คนต่อหนึ่งหลังคาเรือน จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านคิดตามสัดส่วนของประชากรทั้งหมดในแต่ละหมู่บ้าน โดยการเทียบอัตราส่วน (Proportional allocation) รวมทั้งหมด 375 คน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 : เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานและตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับอายุ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ ลักษณะครอบครัว การมีญาติพี่น้องอยู่ในหมู่บ้านและการถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้าน

ส่วนที่ 2 : เป็นเครื่องมือวัดสุขภาพจิต SCL-90 (Symptom Distress Check List-90) ประกอบด้วยข้อความ 90 ข้อ คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ในคำถามแต่ละข้อจะเป็นอาการแสดงซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิต 9 ด้าน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาหาความเที่ยงตรง

(Validity) และหาความเชื่อมั่น (Reliability) ใหม่อีกครั้ง เนื่องจากปัจจุบันสภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป ผลปรากฏว่าการหาความเที่ยงตรงโดยวิธี known group technique ได้ผลสอดคล้องกับความเป็นจริง ส่วนการหาความเชื่อมั่นนั้นใช้วิธี Alpha-coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.96 ซึ่งถือว่ามีความแม่นยำในการวัดค่อนข้างสูง และสามารถใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยขั้นแรกทำการสำรวจพื้นที่ในชุมชนก่อนแล้วจึงติดต่อขอความร่วมมือจากสำนักงานพัฒนาพื้นที่ชายแดน กองบัญชาการป้องกันชายแดนจันทบุรีและตราด เพื่อศึกษาข้อมูลภาคสนามและเอกสารที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยติดต่อขอความร่วมมือจากชุดปฏิบัติการพัฒนา 11, 12, 21 และ 22 ตามลำดับ ซึ่งชุดปฏิบัติการพัฒนานี้รับผิดชอบหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนฯ ที่ผู้วิจัยจะเข้าไปเก็บข้อมูล ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสัมภาษณ์และแบบทดสอบสุขภาพจิต SCL-90 ซึ่งผู้วิจัยได้เดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2536 ถึง เมษายน 2537

### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) คำนวณหาค่าร้อยละ ค่ามัชฌิมเลขคณิต ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (t-test) การทดสอบค่าเอฟ (F-test) และการทดสอบภายหลังเมื่อการวิเคราะห์ F-test พบว่า มีความแตกต่างโดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe)

## สรุปผลการวิจัย

### สรุปข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนจากหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดน จำนวน 375 ราย ซึ่งมาจากหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนจากจังหวัดจันทบุรี 2 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านสวนส้ม และเนินดินแดง จำนวน 86 และ 53 ราย ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดตราด 3 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่บ้านปะอา นากะลือ และเจ๊กลัก จำนวน 132, 49 และ 55 ราย ตามลำดับ จากกลุ่มตัวอย่าง 375 ราย เป็นเพศหญิง 213 ราย (56.8%) เพศชาย 162 ราย (43.2%) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 21-40 ปี (57.3%) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 41-60 ปี (30.4%) มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่ คู่ 253 ราย (67.5%) รองลงมาได้แก่ โสด 95 ราย (25.3%) สถานภาพสมรสหย่า น้อยที่สุดคือ 5 ราย (1.3%) ในด้านรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 1,001-3,000 (58.4%) บาทต่อเดือน มีการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ คือ 290 ราย (77.3%) การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมถึง 201 ราย (53.6%) รองลงมาได้แก่ รับจ้าง 100 ราย (26.67%) ที่เป็นส่วนน้อยได้แก่ อาชีพประมงมีเพียง 18 ราย (4.8%) มีระยะเวลาอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ส่วนใหญ่จะอยู่อาศัยมากกว่า 10 ปีขึ้นไป มีจำนวน 243 ราย (64.8%) และส่วนใหญ่มิมีญาติพี่น้องอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน ซึ่งจะเป็นครอบครัวเดี่ยวเป็นส่วนมาก

สำหรับในเรื่องภัยคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้านนั้นพบว่า ประชาชนที่ตอบว่ามีกระสุนปืนใหญ่ตกเข้ามาในหมู่บ้านมี 136 ราย ซึ่งมีตกมากกว่า 2 ครั้งถึง 91 ราย ในเรื่องการปล้นสะดมภายในหมู่บ้านที่เคยมีตอบ 43 ราย ส่วนมากเกิด 1-2 ครั้ง 25 ราย และมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป 18 ราย ส่วนการได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมร เช่น ถูกกับระเบิด ถูกจับตัวไปเรียกค่าไถ่ ถูกทำร้ายร่างกาย เป็นต้นนั้น ที่โดนกระทำต่อตนเองมีตอบ 11 ราย ส่วนใหญ่ถูกกระทำ 1-2 ครั้ง ที่ถูกกระทำมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปมี 3 ราย ในส่วนที่เกิดต่อพี่น้องและญาติที่ได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมรนั้นมี 17 ราย ซึ่ง

ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้น 1-2 ครั้ง มี 12 ราย ในด้านการโจรกรรมที่ได้รับจากฝ่าย  
เขมร ซึ่งเกิดโดยตรงต่อตัวเองพบว่ามี 17 ราย ส่วนใหญ่เกิดจำนวน 1-2 ครั้ง  
ส่วนที่เกิดกับพี่น้องและญาติพบ 12 ราย ส่วนใหญ่เกิดจำนวน 1-2 ครั้ง เช่นกัน

### สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน

1. ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนมี  
คะแนนสุขภาพจิตสูงไปจากเกณฑ์ปกติทั้งหมด 157 ราย จาก 375 ราย คิดเป็น  
สัดส่วน 1 ต่อ 2.3885 หรือ 1 ต่อ 2.5 หรือ 2 ต่อ 5 หรือคิดเป็นร้อยละ  
41.87 และยังพบว่า ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีปัญหาสุขภาพจิต  
มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานทุกด้าน คือ ด้านความรู้สึกผิด  
ปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ความซึมเศร้า  
ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ ความคิด  
หวาดระแวง และพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  
ระดับ 0.001 ในส่วนปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดคือ ปัญหาสุขภาพจิตด้านความ  
รู้สึกผิดปกติของร่างกาย พบร้อยละ 27.20 รองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพจิตด้าน  
ความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุและความซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 21.33 และ  
12.80 ตามลำดับ

2. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนเพศหญิงมีปัญหาสุขภาพจิต  
ด้านความผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำทำ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น  
ความซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ แตกต่างจาก  
เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านความคิดหวาดระแวงแตกต่าง  
จากเพศชายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึก  
ไม่เป็นมิตร และด้านพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิต ไม่มีความแตกต่างกัน  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีอายุแตกต่างกันมีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านการย่ำคิดย่ำเท้า และความซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำกลุ่มอายุมาเปรียบเทียบกันเป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ในปัญหาสุขภาพจิตด้านที่ต่างกันคือ ด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำเท้า และความซึมเศร้า ผลปรากฏว่า ปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายนั้นมีความแตกต่างกันทั้ง 3 กลุ่มอายุ โดยกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายสูงกว่ากลุ่มอายุ 21-40 ปี และ 15-20 ปี และกลุ่มอายุ 21-40 ปี ก็มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านเดียวกันนี้สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

สำหรับปัญหาสุขภาพจิตด้านการย่ำคิดย่ำเท้านั้นพบว่า มีความแตกต่างกันทุกกลุ่มอายุ โดยสรุปได้ว่า กลุ่มอายุ 41-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านการย่ำคิดย่ำเท้าสูงกว่า กลุ่มอายุ 21-40 ปี และ 15-20 ปี ส่วนกลุ่มอายุ 21-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านเดียวกันนี้สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านความซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบตามกลุ่มอายุ ผลปรากฏเช่นเดียวกันว่า ทุกกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านความซึมเศร้าแตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 41-60 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุ 21-40 ปี และ 15-20 ปี และกลุ่มอายุ 21-40 ปี มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอายุ 15-20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

4. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกาย การย่ำคิดย่ำเท้า ความซึมเศร้า และความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำปัญหาสุขภาพจิตด้านที่มีความแตกต่างกันมาเปรียบเทียบ เป็นรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ตามสถานภาพสมรส หย่า คู่ หม้าย และโสด ผลปรากฏดังนี้

ปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายนั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้มีความแตกต่างกันทุกคู่ในกลุ่มสถานภาพสมรส โสด คู่ หม้าย และหย่า โดยกลุ่มสถานภาพสมรสมหย่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าหม้าย คู่ และโสด กลุ่มหม้ายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มคู่และโสด และกลุ่มคู่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ โดยสรุปได้ว่า กลุ่มสถานภาพสมรสมหย่ามีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้สูงสุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มหม้าย และคู่ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโสดมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

ปัญหาสุขภาพจิตด้านการย้ายคิดย้ายเท่านั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เฉพาะกลุ่มสถานภาพสมรสคู่กับหม้ายเท่านั้น นอกนั้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกคู่ กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้ของกลุ่มสถานภาพสมรสมหย่าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มคู่ หม้าย และโสด ส่วนคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มคู่และหม้ายสูงกว่ากลุ่มโสด สำหรับคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มคู่และหม้ายไม่แตกต่างกัน

ปัญหาสุขภาพจิตด้านความซึมเศร้านั้น ค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้ของกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสมหย่าสูงกว่ากลุ่มคู่และโสดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ แต่ไม่แตกต่างกับกลุ่มหม้าย สำหรับกลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้ายนั้นคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มโสดและคู่ ส่วนกลุ่มสถานภาพสมรสคู่มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มโสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตามลำดับ

และปัญหาสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวลนั้น เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยจำแนกตามสถานภาพสมรสปรากฏว่า แตกต่างกันทุกคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยที่กลุ่มสถานภาพสมรสมหย่ามีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มหม้ายและกลุ่มคู่ ตามลำดับ ส่วนกลุ่มโสดมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

5. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีรายได้แตกต่างกัน มีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีการศึกษาแตกต่างกัน มีปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกลบปวดของร่างกาย ความวิตกกังวลและความรู้สึกกลัวโดยไม่มีสาเหตุ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.05 และ 0.01 ตามลำดับ ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อนำปัญหาสุขภาพจิตด้านที่มีความแตกต่างกันมาเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe) ตามระดับการศึกษา ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่น ๆ พบว่าปัญหาสุขภาพจิตด้านความผิดปกติของร่างกาย นั้น กลุ่มไม่ได้เรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้สูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มประถมศึกษา มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มมัธยมศึกษา และอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มมัธยมศึกษาและอื่น ๆ ค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปว่า ทุกคู่แตกต่างกัน ยกเว้นคู่มัธยมศึกษา กับอื่น ๆ ไม่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มไม่ได้เรียนมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด

ปัญหาสุขภาพจิตด้านความวิตกกังวล พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกคู่ โดยกลุ่มที่ไม่ได้เรียนจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตด้านนี้สูงสุด รองลงมาได้แก่ กลุ่มประถมศึกษา กลุ่มอื่น ๆ และกลุ่มมัธยมศึกษา ตามลำดับ

ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกกลัวโดยไม่มีเหตุผล เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยตามระดับการศึกษานั้นพบว่า กลุ่มไม่ได้เรียนมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และกลุ่มประถมศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มมัธยมศึกษาและกลุ่มอื่น ๆ มี

คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปว่า ทุกคู่แตกต่างกันหมด ยกเว้นคู่เดียวหรือคู่มัธยมศึกษากับอื่น ๆ

7. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีลักษณะครอบครัวแตกต่างกันมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีและไม่มีญาติพี่น้องอยู่ด้วยในหมู่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9. ในส่วนของการถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้านนั้นแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีกระสุนปืนใหญ่ตกในหมู่บ้าน การปล้นสะดมภ์ การได้รับอันตรายจากฝ่ายเขมรและการโจรกรรม ซึ่งพบว่า การมีกระสุนปืนใหญ่ตกไม่มีผลต่อสุขภาพจิต ส่วนการปล้นสะดมภ์ การได้รับอันตรายจากฝ่ายเขมรและการโจรกรรมมีผลต่อสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

9.1 ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่เคยมีและไม่เคยมีกระสุนปืนใหญ่ตกในหมู่บ้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9.2 ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่เคยมีการปล้นสะดมภ์ในหมู่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาสุขภาพจิตด้านการย่ำคิดย่ำท่า ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่น ความซึมเศร้า ความวิตกกังวลและพฤติกรรมที่บ่งชี้ถึงอาการของโรคจิตสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยมีการปล้นสะดมภ์ในหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9.3 ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่เคยได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมรมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาสุขภาพจิตด้านความคิดหวาด

ระวางสูงกว่ากลุ่มประชาชนที่ไม่เคยได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนที่มีผลต่อพี่น้องและญาติ พบว่าประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีพี่น้องและญาติเคยได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมร มีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาสุขภาพจิตด้านการยึดติดย้ำๆ ความรู้สึกไม่ชอบติดต่อกับคนอื่นและความคิดหวาดระแวงสูงกว่ากลุ่มประชาชนที่พี่น้องและญาติไม่เคยได้รับอันตรายจากการกระทำของฝ่ายเขมร ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9.4 ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่เคยได้รับการโจรกรรมจากฝ่ายเขมรมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาสุขภาพจิตด้านความรู้สึกผิดปกติของร่างกายสูงกว่า กลุ่มประชาชนที่ไม่เคยได้รับการโจรกรรมจากฝ่ายเขมรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัญหาสุขภาพจิตด้านอื่น ๆ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในส่วนที่มีผลต่อพี่น้องและญาติ พบว่าประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนที่มีพี่น้องและญาติซึ่งเคยและไม่เคยได้รับการโจรกรรมจากฝ่ายเขมรมีค่าเฉลี่ยคะแนนปัญหาสุขภาพจิตทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า ประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนมีสัดส่วนของปัญหาสุขภาพจิตค่อนข้างสูงในอัตรา 2:5 หรือร้อยละ 41.87 ซึ่งเป็นจำนวนไม่น้อยเมื่อคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนวทางการวางแผนเพื่อลดปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนดังต่อไปนี้

1. ระยะเวลาป้องกันที่หนึ่ง (Primary Prevention) เป็นการป้องกันในระยะที่ยังไม่มีโรคเกิดขึ้น โดยการลดสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคโดย

1.1 ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขอื่น ๆ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ในการส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ตลอดจนปรับปรุงพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับความเป็นอยู่

1.2 การคุ้มกันเฉพาะ (Specific protection) กระตุ้นให้สังคมและชุมชนตระหนักและยอมรับความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิต โดยจัดวิทยากรออกให้ความรู้ให้เหมาะกับกลุ่มคนต่าง ๆ กัน เช่น กลุ่มนักเรียน ครู แม่บ้าน เป็นต้น หรืออาจจัดนิทรรศการ ตลอดจนให้บริการให้คำแนะนำปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้และเข้าใจถึงความผิดปกติทางจิต และสามารถใช้บริการทางการแพทย์สาธารณสุขที่มีอยู่ได้ถูกต้อง

2. ระยะเวลาป้องกันที่สอง (Secondary prevention) การป้องกันระยะที่โรคได้เกิดแล้ว

2.1 การค้นหาผู้ป่วยระยะยังไม่มีอาการ (Early detection) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และการถูกคุกคามจากประเทศเพื่อนบ้าน

ดังนั้นประชาชนที่มีปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดความแปรปรวนทางจิต จึงควรได้รับความสนใจในการช่วยเหลือให้คำแนะนำตั้งแต่ระยะที่ยังไม่มีอาการผิดปกติ

#### แนวทางปฏิบัติ

2.1.1 แผนกจิตเวชชุมชนร่วมกับหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ของจังหวัดซึ่งออกให้บริการแก่ผู้ที่อยู่ในชุมชนที่ห่างไกล โดยเข้าไปมีบทบาททางการให้ความรู้ คำแนะนำในเรื่องสุขภาพจิตศึกษา เช่น การปรับตัวต่อปัญหาความเครียดในแต่ละวัย ทุกกลุ่มอายุ สุขภาพจิตในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว

ความอบอุ่นในครอบครัว โรคทางกายที่มีสาเหตุจากจิตใจ ความเครียด จะมีวิธี  
แก้ไขอย่างไร หรือป้องกันอย่างไร การปฏิบัติตนเพื่อความสุขในชีวิต เป็นต้น  
ตลอดจนกระตุ้นให้ อสม. เห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพจิตศึกษามากขึ้น โดย  
การจัดอบรมและฟื้นฟูความรู้เรื่องสุขภาพจิตศึกษามากขึ้น รมรงค์กิจกรรมที่ส่งเสริม  
สุขภาพจิต เช่น โครงการแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง เป็นต้น หรือการนำ  
ศาสนามาใช้ในการดำรงชีวิต หรือจัดอบรมผู้นำทางศาสนาให้มีความรู้ในเรื่อง  
สุขภาพจิตศึกษา เพื่อที่จะได้สามารถนำหลักศาสนาประกอบกับความรู้ด้านสุขภาพ  
จิตไปใช้ในการแนะนำประชาชนต่อไป

2.1.2 แผนกจิตเวชชุมชนให้ความรู้สุขภาพจิตผ่านสื่อ  
มวลชนต่าง ๆ เช่น วิทยุกระจายเสียง หนังสือพิมพ์ท้องถิ่น หรือในหมู่บ้านโดยใช้  
หอกระจายข่าวสอดแทรกไปกับศิลปะพื้นบ้านต่าง ๆ ที่ประชาชนนิยม ในเรื่อง  
ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว เช่น บุคคลต้องการความเอาใจใส่ต่างกัน  
การปรับตัวในการใช้ชีวิตคู่ ฯลฯ เป็นต้น

2.2 การวินิจฉัยรวดเร็วเมื่อมีอาการ (Early diagnosis)  
ในกลุ่มที่มีคะแนนปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติมาก ควรได้รับการส่งต่อผู้  
เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยและรักษาต่อไป ก่อนที่จะมีอาการผิดปกติทางจิตรุนแรงมาก  
ขึ้น ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาแก่ตัวเขาเองและสังคมได้

3. ระยะป้องกันที่สาม (Tertiary prevention) สำหรับในด้าน  
จิตเวช หมายถึง การป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้นจนเกิดอันตราย  
หรือเกิดโรคซ้ำอีก หาสาเหตุการเกิดโรคในแต่ละบุคคลแล้วพยายามแก้ไขสาเหตุ  
อาจเป็นที่ตัวผู้ป่วยหรือสภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหา โดยใช้วิธีทางจิตวิทยาเข้าช่วย  
และมีการติดตามผลการรักษาให้เป็นไปอย่างถูกต้องต่อเนื่อง ทาวิธีการที่ทำให้  
ครอบครัวยอมรับผู้ที่เจ็บป่วยกลับสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้อย่าง  
ปกติมากที่สุด

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนด้านจังหวัดจันทบุรีและตราด ในช่วงเวลา 2-3 ปีข้างหน้า เพราะสถานการณ์ในประเทศกัมพูชาอาจเปลี่ยนแปลงไป
2. ควรทำการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในหมู่บ้านป้องกันตนเองชายแดนด้านอื่น เช่น ชายแดนด้านไทย-ลาว ไทย-พม่า และไทย-มาเลเซีย เมื่อเปรียบเทียบดูว่ามีความแตกต่างกับชายแดนด้านไทย-กัมพูชาอย่างไร
3. ควรศึกษาในทางลึกในกลุ่มเป้าหมายอื่นที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่น กลุ่มบุคคลที่พิการเนื่องจากถูกกับระเบิด บุคคลที่ถูกจับตัวไปเรียกค่าไถ่ เป็นต้น เพื่อศึกษาปัจจัยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตดูว่าแตกต่างกันหรือไม่
4. ในเรื่องของเครื่องมือที่ใช้ น่าจะมีการหาเกณฑ์มาตรฐานใหม่ในคนไทยในช่วงเวลาปัจจุบันอีกครั้ง เพื่อให้ทันสมัยและสอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน และคำนึงถึงว่าวัฒนธรรมที่ต่างกันอาจจะมีผลต่อการใช้เครื่องมือนี้

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย