

ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขลุง จันทบุรี

เชษฐา แก้วพรม* ไชยณิสิริ ยุทธวิสุทธ์ ** ลลนา ประทุม** อริญญา บุญธรรม**

บทคัดย่อ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในทีมสุขภาพจิตชุมชน แต่ไม่พบว่ามีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มดังกล่าว การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในพื้นที่ 2 ตำบล อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 138 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตที่พัฒนาโดยทีมวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยสามารถจำแนกการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องร้อยละ 78.99 และ 59.42 ตามลำดับ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 80.00 มีความเห็นว่าการมีบุคลิกภาพวิตกกังวลและภาวะวิกฤติในชีวิตเป็นสาเหตุหลักของการเจ็บป่วยทางจิต และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าร้อยละ 96.00 เห็นว่าการออกกำลังกาย การพบปะผู้คนและการรับบริการให้การปรึกษาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตมีอาการดีขึ้น จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิควรได้รับการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิตและทักษะการให้คำปรึกษาเนื่องจากประชาชนคาดหวังว่าบุคลากรดังกล่าวจะให้การช่วยเหลือแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตได้

คำสำคัญ: ความฉลาดทางสุขภาพจิต, สุขภาพจิตชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

* อาจารย์พยาบาล โครงการจัดตั้งวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ E-mail : kaewck@gmail.com

** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

Mental health literacy among village health workers A case study of two sub-districts in Kloong, Chantaburi

Chettha Kaewprom * Sopinsiri Yuthavisut ** Lalana Pratoom ** Aranya Boontum **

Abstract

Village health workers are considered important persons within community mental health teams, however there is no study about their mental health literacy. This study aimed to survey mental health literacy among village health workers. Subjects were 138 village health workers in two sub-districts, Kloong, Chantaburi. Research instrument was a self-reported questionnaire developed by a research team. Data were analyzed using descriptive statistics. The findings reveal that the subjects were able to recognize psychiatric disorder with accuracy in diagnosing schizophrenia and depression at 78.99% and 59.42%, respectively. Over 80.00% considered an anxious personality and life crisis main causes of psychiatric disorders. In addition, exercise, social participation, and basic counseling were highly recommended by over 96.00% of the subjects, as helpful activities for people with psychiatric disorders. The findings suggest the need to improve mental health literacy and basic counseling skills among health workers at a primary care level as they are highly expected to help people with mental health disorder.

Keywords Mental health literacy, Community mental health, Village health worker

*Nurse instructor, Boromarajonani College of Nursing, Phrae E-mail : kaewck@gmail.com

** Nurse instructor, Phrapokklao Nursing College, Chantaburi

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความฉลาดทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) เป็นความรู้ ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต ทำให้บุคคลตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้¹ นอกจากนี้ยังรวมถึงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบำบัดรักษาบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ตลอดจนแหล่งประโยชน์ในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาดังกล่าว บุคคลที่มีความฉลาดทางสุขภาพจิตจะตระหนักถึงปัญหาการเจ็บป่วยทางจิต สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและคนรอบข้างได้ และมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต²

ในต่างประเทศมีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตในประชาชนกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มวัยรุ่น³ กลุ่มประชาชนทั่วไป⁴⁻⁶ กลุ่มพยาบาล⁷ และกลุ่มนักเรียนผดุงครรภ์⁸ เป็นต้น การศึกษาระดับความฉลาดทางสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มต่างๆ จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับประชาชน¹ อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในประเทศไทยยังไม่พบว่ามีการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน และเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสาธารณสุขของไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล⁹ การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ทางกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญมาโดยตลอด ทั้งนี้เห็นได้จากการผลิตคู่มือสุขภาพจิตชุมชนและครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน¹⁰ เพื่อให้เหล่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชนได้

การสำรวจระดับความฉลาดทางสุขภาพจิตในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตจะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถค้นหาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจะช่วยเหลือเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เหมาะสมต่อการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสภาพจิตสังคมให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต¹¹⁻¹²

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ 2 ตำบล อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Exploratory research) โดยใช้แบบประเมินตนเองที่พัฒนาโดยทีมวิจัย การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้นคว้านี้เป็นกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่ 2 ตำบล อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี จำนวนทั้งสิ้น 138 คน

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยเนื้อหาสำคัญ 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาและอาชีพ
2. แบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิต (Mental health literacy survey) เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาโดยดัดแปลงจากแบบสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของ Jorm และคณะ¹³ ซึ่งเป็นแบบสอบถามโดยกำหนดสถานการณ์ของบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า ดังนี้

สถานการณ์ที่ 1 “นายทะเล อายุ 30 ปี รู้สึกหดหู่ไม่สบายใจมาหลายสัปดาห์ กลางวันเขารู้สึกอ่อนเพลียเกือบตลอดทั้งวัน ส่วนกลางคืนเขากลับนอนไม่ค่อยหลับติดต่อกันมาหลายคืน เขารู้สึกไม่ค่อยอยากอาหารและรับประทานอาหารน้อยจนเป็นเหตุให้ร่างกายซูบผอม และน้ำหนักตัวลด เวลาทำงานเขามักไม่ค่อยมีสมาธิในการทำงานและไม่ค่อยอยากตัดสินใจในเรื่องใดๆ จนคนรอบข้างสังเกตเห็นว่าเขาทำงานได้ไม่ดีเท่าที่ควร”

สถานการณ์ที่ 2 “นางสาวสายน้ำ อายุ 24 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่ หลังจากเรียนจบเธอก็รับจ้างเล็กๆ น้อยๆ ปัจจุบันไม่ได้ทำงาน หกเดือนที่ผ่านมาเธอเก็บตัวไม่ออกไปพบปะกับใคร เธอเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง และไม่ยอมออกมารับประทานอาหารกับพ่อแม่ บางวันเธอก็ไม่อาบน้ำ แม่ของเธอเล่าว่า กลางคืนเธอไม่นอน

และได้ยินเสียงของเธอเหมือนพูดคุ้ยหรือกำลังถกเถียงกับใครอยู่
ทั้งๆ ที่เธออยู่ในห้องคนเดียว เมื่อสอบถามเธอก็บอกว่ามีสายลับ
จากข้างบ้านคอยติดตามเธอ พ่อแม่ไม่ได้พาไปรับการรักษาที่ไหน
เพราะเธอไม่ยอมออกจากห้อง”

ในตอนท้ายของแต่ละสถานการณ์จะเป็นการสอบถาม
ความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามในประเด็นต่อไปนี้การจำแนก
การเจ็บป่วยทางจิต (1 ข้อ) การบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต
(8 ข้อ) กิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (12 ข้อ)
และทัศนคติต่อบุคคลที่มีปัญหาทางจิต (15 ข้อ) แบบวัดนี้ใช้วิธีการ
ตอบแบบสองตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” และวิเคราะห์ข้อมูล
จากจำนวนและร้อยละของผู้ที่ตอบ “ใช่” ในข้อคำถามแต่ละข้อ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยนำ
แบบสอบถามที่พัฒนาให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลจิตเวช
จำนวน 3 คน ทำการตรวจสอบว่าตัวอย่างสถานการณ์ตัวอย่างเป็น
กรณีศึกษาของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าหรือไม่
จากนั้นทำการตรวจสอบว่าข้อคำถามแต่ละข้อสามารถวัดได้ตรง
ตามสิ่งที่ต้องการประเมินหรือไม่ จากนั้นทำแบบสอบถามไป
ทดลองใช้ (Try Out) ในกลุ่มประชาชนทั่วไปในเขตตำบลวันยาว
จำนวน 40 คน และทำการวัดซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเดิมหลังจากการ
วัดครั้งแรกสามสัปดาห์ จากนั้นทำการหาความเชื่อมั่นด้วย
วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest Reliability) ได้เท่ากับ 0.92

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามมีจำนวนทั้งสิ้น 138 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ของประชากรวิจัย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม
ตัวอย่างพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ตอบแบบสอบถามมีอายุระหว่าง 25–78 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 47.01 ปี เป็น
เพศหญิงร้อยละ 97.10 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 51.45) และมีอาชีพทำสวน (ร้อยละ 61.59)

ความสามารถในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต

ผลการวิเคราะห์ความสามารถของกลุ่มตัวอย่างในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตดังแสดงในตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตได้ อย่างไรก็ตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความแม่นยำในการจำแนกโรคจิตเภทสูงกว่าการจำแนก
โรคซึมเศร้า กล่าวคือกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 78.99 สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตของนางสาวสายน้ำซึ่งเป็นกรณีศึกษาโรคจิตเภท
ได้ถูกต้อง และกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 59.42 สามารถจำแนกการเจ็บป่วยของนายทะเลซึ่งเป็นกรณีศึกษาโรคซึมเศร้าได้ถูกต้อง ทั้งนี้พบว่า
ร้อยละ 30.44 มีความเห็นว่านายทะเลป่วยเป็นโรควิตกกังวล

ตารางที่ 1 ความสามารถในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต

การจำแนกการเจ็บป่วยทางจิต	โรคซึมเศร้า (นายทะเล)		โรคจิตเภท (น.ส.สายน้ำ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความถูกต้องในการจำแนกโรค				
จำแนกได้ถูกต้อง	82	59.42	109	78.99
จำแนกไม่ถูกต้อง	56	40.58	29	21.01
การจำแนกโรค				
โรคจิต	5	3.62	109	78.99
โรควิตกกังวล	42	30.44	17	12.32
โรคซึมเศร้า	82	59.42	7	5.07
ไม่ทราบ	9	6.52	5	3.62

ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตดังแสดงใน ตารางที่ 2 จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าสาเหตุหลัก 3 ประการของการเจ็บป่วยทางจิตได้แก่ 1) ความวิตกกังวล 2) ปัญหาวิกฤติในชีวิตและ 3) การมีบุคลิกภาพที่อ่อนแอ อย่างไรก็ตามประมาณ ร้อยละ 30 ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชื่อว่าการติดเชื้อในร่างกายเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

ตารางที่ 2 ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต

สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต	โรคซึมเศร้า (นายทะเล)		โรคจิตเภท (น.ส.สายน้ำ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความวิตกกังวล	116	84.06	122	88.41
2. ปัญหาวิกฤติในชีวิต	113	81.88	112	81.16
3. มีบุคลิกภาพอ่อนแออยู่แล้ว	86	62.32	88	63.77
4. การสูญเสียสิ่งของหรือบุคคลอันเป็นที่รัก	64	46.38	82	59.42
5. มีปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่วัยเด็ก	46	33.33	65	47.10
6. ได้รับสารเคมี หรือสารเสพติด	39	28.26	60	43.48
7. มีเหตุการณ์ที่ทำให้ตกใจอย่างรุนแรง	33	23.91	80	57.97
8. มีการติดเชื้อในร่างกาย	29	21.01	30	21.74

หมายเหตุ แสดงจำนวนและร้อยละของการตอบ “ใช่” เท่านั้น

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิตดังแสดงในตารางที่ 3 พบกลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่ามีหลายกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตมีอาการดีขึ้น โดยกิจกรรม 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่อนามัย 2) การออกไปพบปะผู้คน 3) การออกกำลังกาย 4) การปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ และ 5) การอ่านหนังสือเกี่ยวกับการลดความเครียด ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต

กิจกรรมการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต	โรคซึมเศร้า (นายทะเล)		โรคจิตเภท (น.ส.สายน้ำ)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่อนามัย	137	99.28	137	99.28
2. การออกไปพบปะผู้คน	134	97.10	137	99.28
3. การออกกำลังกาย	133	96.38	136	98.55
4. การปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิ	130	94.20	125	90.58
5. การอ่านหนังสือเกี่ยวกับการลดความเครียด	127	92.03	123	89.13
6. การไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล	113	81.89	131	94.93
7. การขอรับบริการจิตบำบัดที่โรงพยาบาล	96	69.57	127	92.23
8. การไปให้พระรดน้ำมนต์ ทำบุญ สะเดาะเคราะห์	49	35.51	43	31.16
9. การรับประทานยาทางจิต	46	33.33	115	83.33
10. การนวดหรือจับเส้น	37	26.81	30	21.74
11. การใช้ยาสมุนไพร	27	19.57	21	15.22
12. การดื่มเหล้าเพื่อดับกลุ่ม	4	2.90	13	9.42

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการสำรวจความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบประเด็นที่น่าสนใจดังต่อไปนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถจำแนกการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทได้แม่นยำกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า

ความรู้ด้านสุขภาพจิตถือเป็นเรื่องใหม่สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อเทียบกับความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย โดยทั่วไปในต่างประเทศก็พบว่าบุคคลทั่วไปก็ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและไม่สามารถชี้หรือระบุประเภทของการเจ็บป่วยทางจิตได้¹⁴

ในประเทศอินเดีย Kermode และคณะ¹⁵ ได้ทำการศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวน 300 คน โดยใช้แบบสอบถามในลักษณะคล้ายกับการวิจัยครั้งนี้ ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความแม่นยำในการระบุการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทร้อยละ 56.7 และ 36.5 ตามลำดับ ผลการศึกษาของ Kermode และคณะเป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนหรือยืนยันว่าความถูกต้องในการจำแนกการเจ็บป่วยทางจิตยังเป็นเรื่องที่ยากสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขบางคน

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความแม่นยำในการระบุโรคจิตเภทสูงกว่าโรคซึมเศร้าเนื่องจากยังมีความสับสนในการแยกโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวลซึ่งความสับสนในการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องที่พบได้บ่อย แม้กระทั่งกลุ่มบุคลากรระดับวิชาชีพก็ยังพบว่ามีความสับสนดังกล่าว จากการศึกษาของ Yeo และคณะ⁷ พบว่าพยาบาลมีความแม่นยำในการวินิจฉัยโรคจิตเภทได้ดีกว่าโรคซึมเศร้า โดยอธิบายว่าอาการของโรคจิตเภทมีความผิดปกติที่ชัดเจนจึงทำให้ความแม่นยำในการจำแนกโรค ในขณะที่โรคซึมเศร้ามีอาการคล้ายคลึงกับปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น โรคเครียด (Stress Reaction) หรือโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) เป็นต้นทำให้พยาบาลเกิดความสับสนในการวินิจฉัยแยกโรค

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า ปัญหาทางจิตเกิดจากปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยด้านบุคลิกภาพของบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น บุคลิกภาพที่อ่อนแอและปัญหาวิกฤติในชีวิต เป็นต้น

บุคลิกภาพอ่อนแอและปัญหาวิกฤติในชีวิตเป็นสิ่งที่ถูกกล่าวอ้างในงานวิจัยหลายชิ้นว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทาง

จิต เช่น ในการศึกษา Nakane และคณะ¹⁶ ที่ทำการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนในประเทศญี่ปุ่นและออสเตรเลียจำนวนทั้งสิ้น 5,998 คน โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพจิตพบว่าประชาชนทั้งสองประเทศเห็นว่าปัจจัยด้านสังคมและปัจจัยด้านบุคคลเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

นอกจากนี้ในการศึกษาของ Phil Upshall และคณะ¹⁷ (Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health) ที่ทำการศึกษาความคิดเห็นประชากรชาวแคนาดา จำนวน 1,000 คน โดยใช้แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพจิต ก็พบว่าร้อยละ 36 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเหตุการณ์เครียดในชีวิตประจำวันหรือเหตุการณ์วิกฤติเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ขณะที่ร้อยละ 14 มีความเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตเกิดจากปัจจัยด้านบุคลิกภาพส่วนบุคคล

3. กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่อนามัย การออกไปพบปะผู้คน การออกกำลังกาย การปฏิบัติธรรม นั่งสมาธิและการอ่านหนังสือเกี่ยวกับการลดความเครียดเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลที่มีปัญหาทางจิตมีอาการดีขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlberg และคณะ¹⁸ ที่ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของประชาชนกลุ่มต่างๆ ในประเทศสวีเดน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่า การรับบริการจิตบำบัด การออกกำลังกาย การผ่อนคลายและการจัดการกับความเครียด และการอ่านหนังสือที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เป็นวิธีการที่ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น

นอกจากนี้ Cotton และคณะ⁴ ได้ทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตของวัยรุ่นออสเตรเลียจำนวน 1,207 คน พบว่ากลุ่มวัยรุ่นเห็นว่าการออกกำลังกาย การอ่านหนังสือเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต การออกไปพบปะผู้คนและการรับบริการจิตบำบัดหรือการรับบริการให้คำปรึกษาเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้อาการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทดีขึ้น

เป็นที่น่าสังเกตว่าเกือบร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่อนามัยเป็นกิจกรรมที่สำคัญในการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิต ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความคาดหวังของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่มีต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Ganasen และคณะ¹⁹ อธิบายว่าในประเทศกำลังพัฒนา บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่งในการให้บริการสุขภาพจิตเพราะบุคลากรกลุ่ม

ดังกล่าวถือเป็นบุคลากรด้านแรกในการให้บริการสุขภาพทุกประเภท ดังนั้นประชาชนจึงมีความคาดหวังที่จะที่ได้รับบริการสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะ

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีความฉลาดทางสุขภาพจิต เพราะถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ความเข้าใจปัญหาการเจ็บป่วยทางจิตจะช่วยค้นหาหรือเฝ้าระวังการเกิดปัญหาทางจิตในชุมชน ตลอดจนให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสม^{15, 19}

2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาบุคลากรวิชาชีพให้มีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิต ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคาดหวังว่าบุคลากรดังกล่าวจะให้คำปรึกษาแก่บุคคลที่มีปัญหาทางจิตได้ ดังนั้นการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตจะช่วยลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยทางจิตได้¹⁹

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดกิจกรรมเชิงรุกในการให้บริการสุขภาพจิตชุมชน ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตมีโอกาสรอคอยพบปะผู้คนจะช่วยให้อาการดีขึ้น ดังนั้นการดูแลในเชิงรุกหรือการออกไปเยี่ยมบ้านจึงเป็นกลยุทธ์ที่ช่วยให้บุคคลในกลุ่มดังกล่าวสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย และยังช่วยลดปัญหาการตีตรา (Stigma) ในกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาทางจิตได้

4. นักวิจัยควรทำการศึกษาความฉลาดทางสุขภาพจิตในประชากรกลุ่มอื่นๆ ตลอดจนศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพจิตและภาวะสุขภาพจิตของบุคคล เนื่องจากความสัมพันธ์ของตัวแปรดังกล่าวยังไม่ชัดเจน¹ นอกจากนี้ควรทำการศึกษาประสิทธิผลของกิจกรรมส่งเสริมความฉลาดทางสุขภาพจิตในรูปแบบต่างๆ ว่ากิจกรรมใดมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพจิต⁴

เอกสารอ้างอิง

1. Jorm AF, Barney LJ, Christensen H, Highet NJ, Kelly CM, Kitchener BA. Research on mental health literacy: what we know and what we still need to know. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2006;40(1):3-5.

2. Langlands RL, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA. First aid for depression: a Delphi consensus study with consumers, carers and clinicians. *Journal of Affective Disorders*. 2008;105(1-3):157-65.
3. Mc Carthy J, Bruno M, Fernandes TE. Evaluating mental health literacy and adolescent depression: what do teenagers "know?" *The Professional Counselor: Research and Practice* 2011;1(2):133-42.
4. Cotton SM, Wright A, Harris MG, Jorm AF, McGorry PD. Influence of gender on mental health literacy in young Australians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006;40(9):790-6.
5. Fisher LJ, Goldney RD. Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2003;18(1):33-40.
6. Kermode M, Bowen K, Arole S, Joag K, Jorm AF. Community beliefs about treatment and outcomes of mental disorder: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Public Health*. 2009;123(7):476-83.
7. Yeo SG, Parker G, Mahendran R, Jorm AF, Yap HL, Les C, et al. Mental health literacy survey of psychiatrically and generally trained nurses employed in a Singapore psychiatric hospital. *International Journal of Nursing Practice*. 2001;7(6):414-21.
8. McCann TV, Clark E. Australian Bachelor of Midwifery students' mental health literacy: an exploratory study. *Nursing and Health Science*. 2010;12(1):14-20.
9. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ. "อสม.: ศักยภาพและยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง." *หมออนามัย*. 2550;17(3):7-20.
10. กรมสุขภาพจิต. คู่มือความรู้สุขภาพจิตครอบครัวสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพฯ: อุดมศึกษา; 2546.

11. Jensen LW, Wadkins TA. Mental health success stories: finding paths to recovery. *Issues in Mental Health Nursing*. 2007;28(4):325-40.
12. Smith M. Recovery from a severe psychiatric disability: finding of a qualitative study. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2000;24(2):149-58.
13. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997;32(3):143-8.
14. Bourget Management of Consulting for the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. Mental health literacy: a review of the literature [Internet]. 2007 [cited 2011 Oct 20]; Available from: http://www.camimh.ca/files/literacy/LIT_REVIEW_MAY_6_07.pdf.
15. Kermode M, Bowen K, Arole S, Pathare S, Jorm, AF. Attitudes to people with mental disorders: a mental health literacy survey in a rural area of Maharashtra, India. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(12):1087-96.
16. Nakane Y, Jorm AF, Yoshioka K, Christensen H, Nakane H, Griffiths KM. Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia [Internet]. 2005 [cited 2011 Jul 3]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/33>
17. Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. Mental Health Literacy in Canada: Phase One Report Mental Health Literacy Project [Internet]. 2007 [cited 2011 Oct 10]; Available from: <http://www.nald.ca/library/research/mhl/mhl.pdf>.
18. Dahlberg KM, Waern M, Runeson B. Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample-investigating the role of personal experience of mental health care [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 8]; Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/8>.
19. Ganasen KA, Parker S, Hugo CJ, Stein DJ, Emsley RA, Seedat S. Mental health literacy: focus on developing countries. *African Journal of Psychiatry*. 2008;11(1):23-8.