

ประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

The performance evaluation of village health volunteer: a case of mental health promotion and
prevention on Kokmon sub District, Namnao District, Petchabun province

วรรณ กองสังข์ สบ.

Wanna Kongsang B.P.H

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว

Namnow Distric Public Health office Petchaboon Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อประเมินผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 66 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 30 - 40 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมความรู้ในด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 49.9 ผลการปฏิบัติงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ ร้อยละ 93.9 และปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 21.1 เหตุผลของการไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 ด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน ปฏิบัติมากที่สุด คือการค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 93.9 และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 51.5 เหตุผลตอบมากที่สุดคือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วย ร้อยละ 22.7

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การส่งเสริมสุขภาพจิต, การป้องกันสุขภาพจิต

Abstract

The objective of this descriptive study was to evaluate performance of volunteer health workers of Kokmon Sub-District, Namnao District, Phetchabun province in the field of community mental health promotion and prevention. The data was collected using a questionnaire completed by population 66 persons is volunteer health workers, collect the data by use the questionnaire. Result, 72.7% were women, 45.5% were between the age of 30-40 year old, average age of 42 year old, 39.4% have only completed their elementary education, 80.3% were married, 39.4% have been volunteering between 1-5 year, 66.7 % also have another roles in community. 49.9% of the sample had graduated in the field of community mental health. The study revealed that community mental health practices among village health volunteers worked, mental health prevention (93.9%) the best work was collaboration with the leaders. the lowest performance was there participation in funding in various sources for supporting the mental health operation(21.1%), Reason of non action in such artificer was that the leader already in place (37.9%). In term of community prevention mental health. The work of these volunteer was outstanding (93.9%) Found raising and data collected of psychiatric patients was the lowest (51.5%) as well as risky groups or individuals mental health education this ,was their lack of information about the patient' exists (22.7%)

Keywords : Volunteer health, promotion mental health, prevention mental health

บทนำ

การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย เริ่มต้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2507 โดยได้มีการจัดตั้งหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ออกไปให้บริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล แต่สามารถครอบคลุมพื้นที่ได้จำกัดเนื่องจากขาดแคลนทรัพยากร ในปี พ.ศ. 2519 ได้มีโครงการสำรวจความต้องการบริการสุขภาพร่วมกับองค์การอนามัยโลก ซึ่งให้เห็นถึงความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชน จึงได้มีการขยายบริการสุขภาพจิตจากโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่ระบบบริการสาธารณสุข ภายใต้นโยบาย “สุขภาพดีถ้วนหน้าภายในปี 2543” ขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2521 ประเทศไทยได้เพิ่มงาน “สุขภาพจิต” เข้าเป็นส่วนหนึ่งของ “งานสาธารณสุขมูลฐาน” ทำให้เกิดการขับเคลื่อนครั้งสำคัญให้งานสุขภาพจิตไปสู่ระดับชุมชน การขับเคลื่อนครั้งสำคัญอีกครั้ง ได้แก่ บริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care Service Level -PHC) : ดำเนินการโดยประชาชนเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน โดยมี อสม. 1 คนต่อชุมชนประมาณ 8-15 หลังคาเรือน⁽¹⁾

จากข้อมูลปี 2550 มี อสม. ปฏิบัติงานจำนวน 831,774 คน ทำงานอยู่ใน 69,331 ชุมชนครอบคลุมเกือบร้อยละ 90 ของประเทศ⁽¹⁾ ให้บริการสาธารณสุขมูลฐาน ให้สุขภาพจิตศึกษา คัดกรองปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคจิต ออทิสติก โรคซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้การช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ สนับสนุนให้มีการดูแล

ผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมสุขภาพจิต (รายงานสุขภาพจิตชุมชน)ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้เริ่มเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในงานสุขภาพจิตในช่วงแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10⁽²⁾การดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทางด้านสุขภาพจิตชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ ได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอดตามโครงการต่างๆ เช่น โครงการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โครงการ To be number one ในชุมชน โครงการ ผู้ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมน อำเภอโนนหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ มีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่สำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ยังพบปัญหาสุขภาพจิตชุมชนเกิดขึ้น เช่น ปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชขาดยาขาดการดูแล และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขยังไม่มีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานที่แท้จริง ดังนั้น จึงทำการศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาเสริมสร้างการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะส่งผลต่อการดูแล

สุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนของเขตตำบลโคกมน ให้เป็นไปอย่างทั่วถึง ครอบคลุมและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ระหว่างเดือน กรกฎาคม ถึง เดือน สิงหาคม 2555

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลโคกมนอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิธดำเนินการศึกษามีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

ประชากรในการศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตตำบลโคกมน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนประวัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกมน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ซึ่งประยุกต์จากการศึกษาของ กรรณิกา กาวิวงศ์⁽³⁾

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย สถานะทางการเงิน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บทบาทหน้าที่อื่น และการได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต

ส่วนที่ 2 ผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 15 ข้อ ดังนี้

1.ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 10 ข้อ

2.ด้านการป้องกันและควบคุมโรค 5 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ โดยเลือกตอบว่า ปฏิบัติ หรือ ไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้น

- ปฏิบัติ หมายถึง การได้ทำกิจกรรมตามข้อความ

- ไม่ปฏิบัติ หมายถึง การไม่ได้ทำกิจกรรมตามข้อความ

ทั้งนี้หากตอบว่า ไม่ปฏิบัติ ให้ระบุเหตุผลที่ไม่สามารถปฏิบัติได้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้ศึกษานำแบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 ท่าน ผู้ทรงคุณวุฒิที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 1 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index [CVI]) โดยได้ค่าความตรงเท่ากับ 0.90

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้ศึกษานำแบบแบบสอบถามการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปหาความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขต ตำบลน้ำหนาว อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของ กูเดอร์ริชาร์ดสัน 21 (Kuder-Richardson Formula 21 [KR-21]) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

1.ประชุมชี้แจง รายละเอียดการดำเนินงาน ศึกษาวิจัยกับ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์

3.เจ้าหน้าที่เป็นผู้ตรวจทานและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

4.สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลและอภิปรายการวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ และ ความถูกต้องข้อมูล ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสัดส่วน ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุดต่ำสุด ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.7 อยู่ในระหว่าง อายุ 30 - 40 ปี ร้อยละ 45.5 อายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 80.3 มีระยะการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 39.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 77.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาท และอยู่ในช่วง 4,001 - 6,000 บาท ร้อยละ 43.9 สถานะทางการเงินไม่พอใช้ ร้อยละ 83.3 ส่วนใหญ่มีบทบาทหน้าที่อื่น ร้อยละ 66.7 มากที่สุด เป็นกรรมการหมู่บ้าน ร้อยละ 60.6 เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 49.9

ผลการประเมินการปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพชุมชน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N = 66)

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน	10	(15.2)	56	(84.8)
2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป	52	(78.8)	14	(21.2)
3. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในวันสำคัญต่างๆ เช่น การรณรงค์ในโอกาสวันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติและเทศกาลหรือประเพณีสำคัญต่างๆ	45	(68.2)	21	(31.8)
4. การกระตุ้นหรือรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาความเครียดปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการป่วยทางจิตเวช เป็นต้น	24	(36.4)	42	(63.6)
5. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชนเพื่อนำปัญหาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	50	(75.8)	16	(24.2)
6. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนในการคิดวิธีการดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	51	(77.3)	15	(22.7)
7. การนำเอาทุนทางสังคม เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตของชุมชน	50	(75.8)	16	(24.2)
8. การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล(อบต.) องค์กรเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน	8	(12.1)	58	(87.9)
9.การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น อบต. ครู หรือในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตเช่นการออกกำลังกายกิจกรรมทางพุทธศาสนาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุพระสงฆ์	62	(93.9)	4	(6.1)
10.การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตามประเมินผลกิจกรรมนั้น	58	(87.9)	8	(12.1)

จากตารางที่ 1 พบว่ามีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ครู หรือพระสงฆ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย

กิจกรรมทางพุทธศาสนาการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.9 และปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล องค์การเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 21.1

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละเหตุการณ์การไม่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง (N =66)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	25	37.9
2. ขาดความรู้ และไม่ได้รับการอบรม	10	15.2
3. ไม่มีเวลาในการปฏิบัติงาน	9	13.6
4. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและคนในชุมชน	5	7.6
5. ขาดอุปกรณ์ สื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น หอกระจายข่าว โปสเตอร์	2	3.0

* ตอบได้หลายเหตุผล

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือมีแกนนำ

หรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ขาดอุปกรณ์ สื่อ ร้อยละ 3.0

ผลการประเมินการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (N = 66)

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ		ไม่ปฏิบัติ	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
1. การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง	51	(77.3)	15	(22.7)
2. การค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีการล่าช้า ในชุมชน	53	(80.3)	13	(19.7)
3. การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียด ในชุมชน	60	(90.9)	6	(9.1)
4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด	34	(51.5)	32	(48.5)
5. การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วนแล้วนำเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป	62	(93.9)	4	(6.1)

จากตารางที่ 3 แสดงว่ามีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติดหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

อย่างครบถ้วนแล้วนำเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป ร้อยละ 93.9 และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด ร้อยละ 51.5

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละเหตุผลการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (N=66)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน	15	22.7
2. ไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม	14	21.2
3. มีเจ้าหน้าที่แกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	13	19.7
4. ขาดทักษะในการใช้แบบประเมินด้านสุขภาพจิต	10	15.2
5. ไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญ	8	12.1
6. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำหรือคนในชุมชน	3	4.5

* ตอบได้หลายเหตุผล

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ เหตุผลคือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและ ไม่มีข้อมูลของผู้ป่วย (ร้อยละ 22.7) และเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญ (ร้อยละ 4.5)

สรุป

ในการพัฒนาการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลโคกมน มีจุดเด่นทางด้านการค้นหาผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงการส่งเสริมการปฏิบัติงานต่อไป และพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมป้องกันสุขภาพจิตชุมชน เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มเสี่ยง การอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบาย โครงการบูรณาการสุขภาพจิตและจิตเวชนอกเครือข่ายระบบสาธารณสุข ตามแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกระบบ ในการดำเนินงานสุขภาพจิต เน้นให้ การสนับสนุน อสม. ผู้นำชุมชน และแกนนำในหมู่บ้านร่วมกับดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต

วิจารณ์ผล

การปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการศึกษาค้นคว้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล ครู หรือพระสงฆ์ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมทางพุทธศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.9 และรองลงมา คือ การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตาม

ประเมินผลกิจกรรมนั้น ร้อยละ 87.9 และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป ร้อยละ 78.8 (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับศิริขวัญ ดันไพบูลย์ ได้ศึกษาการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม พบว่าความตระหนักในความสำคัญของปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนและการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับดีมาก และการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนเมื่อจำแนกตามอายุและระดับการศึกษามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05⁽⁶⁾ และด้านกิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน ร้อยละ 87.9 รองลงมาคือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน ร้อยละ 84.8 และการกระตุ้นหรือรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาความเครียด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการป่วยทางจิตเวช ร้อยละ 63.6 (ตารางที่ 2) และเหตุผลที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือ มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว ร้อยละ 37.9 รองลงมา ไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม ร้อยละ 21.2 แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน ส่วนใหญ่มีการได้รับความร่วมมือกับผู้นำชุมชนในการส่งเสริมด้านสุขภาพจิต

ในด้านการจัดกิจกรรมต่าง ในวันสำคัญทางศาสนา และการปฏิบัติด้านการให้ความรู้สุขภาพจิตรายกลุ่ม และส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานร่วมกับผู้นำชุมชนได้นั้น อสม.ก็มีบทบาทอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น กรรมการหมู่บ้าน สมาชิก อบต. หรือผู้ใหญ่บ้าน ด้านที่ต้องพัฒนาในการปฏิบัติงาน ควรพัฒนาการปฏิบัติงานด้านการประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือองค์กรอื่นๆ ให้มากขึ้น และกระตุ้นพัฒนาทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพจิตชุมชน อสม.ส่วนมากยังไม่เคยผ่านการอบรมทางด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ผลการวิจัย ครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติคือ การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วน แล้วนำส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป ร้อยละ 93.9 และรองลงมาคือ การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียดในชุมชน ร้อยละ 90.9 และการค้นหาผู้ป่วยโรคจิตลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน ร้อยละ 80.3 (ตารางที่ 3) การไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ

ผู้ติดสารเสพติด ร้อยละ 48.5 การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวานโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 22.7 (ตารางที่ 4) เหตุผลของการไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ คิดว่าไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน ร้อยละ 22.7 จึงไม่ปฏิบัติ แสดงให้เห็นว่า การปฏิบัติงานด้านการ ป้องกันสุขภาพจิต จะเน้นไปทางด้านการ ค้นหา ผู้ป่วย มากกว่าการป้องกันของกลุ่มเสี่ยง เพื่อการส่ง ต่อให้ผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลได้ทันเวลา

จะเห็นได้ว่าเหตุผลการไม่ปฏิบัติทั้งการ ส่งเสริมและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต อันดับ ดัชนีที่คล้ายกันก็คือ ตอบว่า ไม่มีความรู้ และไม่ได้ อบรม แต่ส่วนมากก็สามารถปฏิบัติทั้งการส่งเสริม สุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพา โชติกะพัฒน์⁷ ศึกษาเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิต ชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี พบกว่า กลุ่มที่ได้รับอบรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับการอบรม สามารถปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตชุมชนได้ไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

- 1.ควรมีการศึกษาการเปรียบเทียบผลการ ปฏิบัติงาน และปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่ อาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติงานอยู่
- 2.ศึกษาเพิ่มเติมด้านบริการและฟื้นฟู สุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ตำบลโคกมน อำเภอเนินหลาว ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โคกมนทุกท่านเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข อำเภอเนินหลาว ที่ให้การสนับสนุน

เอกสารอ้างอิง

- 1 กรมสุขภาพจิต.รายงานระดับประเทศ สุขภาพจิต ชุมชน 2551.ค้นเมื่อ 10 เมษายน 2554 . จาก <http://www.dmh.go.th/download/Ebooks/CommuMH2551/rptCommunity2551th.pdf>
- 2 กรมสุขภาพจิต . แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงครึ่งหลังของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2553 – 2554) .ค้นเมื่อ 10 เมษายน 2554. สืบค้นได้จาก
- 3 กรรณิกา กาวิวงศ์. การประเมินผลการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสนจังหวัดเชียงราย. การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช,เชียงใหม่ ,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : 2549.
- 4 ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทาง พฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ; 2542.
- 5 อรุณ จิรวัดณ์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทาง วิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและ ประชากรศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 1.ขอนแก่น. มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.

6. ศิริขวัญ ตันไพบูลย์.การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนขอสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จังหวัดนครปฐม(ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จิตวิทยาชุมชน,บัณฑิตวิทยาลัย ,กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยศิลปากร :2549

7.ยุพา โชติกะพัฒน์. 2548. ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548 ; 13 :96-102

8. กรมสุขภาพจิต. ผลการปฏิบัติยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ยุทธศาสตร์2. รายงานประจำปี 2554 ;2555: หน้า 35-44.