



ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงาน ของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับ สุขภาพจิตชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี

ยุพา โชติกะพัฒน์, วท.ม.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรีที่ได้รับและไม่ได้รับ การอบรมเรื่องสุขภาพจิตตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านทางสถานีอนามัยกลุ่มตัวอย่างคือ อาสาสมัครฯ ที่ได้รับการอบรม 320 คนและอาสาสมัครฯที่ไม่ได้รับการอบรมที่ได้จากการสุ่มแบบสุ่มชั้นเดียว 320 คน รวม 640 คน ได้รับแบบสอบถามคืนจำนวน 635 ฉบับ ร้อยละ 99.2 วิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานด้วย t-test ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครฯ ส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 70.1 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 61.1 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 8.8 ปี และเคยอบรมสุขภาพจิตชุมชนร้อยละ 49.6 อาสาสมัครฯ ที่ได้รับการอบรมมีความรู้มากกว่าอาสาสมัครฯที่ไม่อบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทั้ง 2 กลุ่มยังขาดความรู้เกี่ยวกับการให้คำปรึกษาและแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพจิต ส่วนความคิดเห็นและการปฏิบัติงานโดยรวมไม่พบความแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ความคิดเห็นด้านบทบาทของอาสาสมัครฯ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาสาสมัครฯ เป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนางานในชุมชน ดังนั้น อาสาสมัครฯ จะปฏิบัติงานได้ดีต้องใฝ่รู้ใฝ่ทำและใฝ่พัฒนา ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาผลกระทบจากการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครฯ จะช่วยให้ได้ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

คำสำคัญ : ความรู้ อาสาสมัครสาธารณสุข สุขภาพจิต

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี



Knowledge, opinion and practice of health worker volunteers toward community mental health, Singburi

Yupa Chotikapat, M.Sc.*

Abstract

The objective of this descriptive study was to determine knowledge, opinion and practice of health worker volunteers toward community mental health in Singburi. Questionnaires were sent to 320 trained health workers and 320 untrained health workers, and the researcher received a response rate of 99.22%. Results were analyzed by using mean, percentage and t-test. The results showed that the majority of respondents were women (70.1%) with an average age of 45.4 years, 61.6% graduated from primary school, spent an average time of 8.8 years working as volunteers, and 49.6% of the respondents are health worker volunteers trained on issues of community mental health. The statistical difference between the trained and untrained group was calculated at ($p < 0.05$) in mean score of knowledge. Both groups, however, need more knowledge on how to give practical advice when caring for and helping patients as well as in ways needed to improve mental health. There were no significance differences between the trained and untrained group in the mean score of their overall opinion and practice. However, there was statistical difference ($p < 0.05$) in the mean score of the health worker volunteers' perception on their role. Health worker volunteers gave the first rank to making themselves an example for improving attitude towards health and the acquisition of more knowledge. The study indicated that we should allow health worker volunteers a chance to expand their knowledge in cases where they have not received an ongoing education in community mental health and lend support by allowing them to actively practice their skills. It is suggested that refresher courses be arranged for them once a year. In addition, there should be more emphasis on practical training than on theory as well in evaluating what is needed. The primary emphasis is on knowledge and then practice with an emphasis on real-life problems.

Keywords : knowledge, health worker volunteers, Mental Health

* Public Health Center, Singburi Province

บทนำ

กรมสุขภาพจิตมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 โดยเน้นหนักในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน โดยนำศักยภาพที่มีอยู่ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้เข้ามามีส่วนร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดทำเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและเป็นผู้ส่งต่อความรู้และเทคโนโลยีดังกล่าวให้ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพจิตด้วยตนเองภายใต้ชื่อโครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนและในปี 2546 ได้ดำเนินการต่อเนื่องภายใต้ชื่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชนใน 1,070 หมู่บ้าน จนถึงปี 2547 ได้ขยายการดำเนินงานโดยใช้ชื่อโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจภาคประชาชน จำนวน 2,280 หมู่บ้าน¹ ซึ่งจังหวัดสิงห์บุรีได้เข้าร่วมโครงการมาตั้งแต่ปี 2546 จนถึงปี 2547 และมีหมู่บ้าน/ชุมชน เข้าร่วมโครงการจำนวน 64 แห่ง จากจำนวนหมู่บ้านทั้งหมด 363 แห่ง มีอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตจำนวน 320 คน จากจำนวนอาสาสมัครทั้งหมด 4,239 คน พบว่ามีจำนวนอาสาสมัครเพียงบางส่วนเท่านั้นที่เข้ารับการอบรม ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการอบรมว่ามีความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบเทียบกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรม โดยหวังที่จะทราบความแตกต่างของความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผู้วิจัยคาดว่าจะสามารถนำผลการศึกษาในครั้งนี้ไปวางแผนพัฒนาความรู้ความสามารถในการเสริมสร้างสุขภาพใจในชุมชนและเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนาการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขต่อไป

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาชนิดภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรีที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเรื่องสุขภาพจิต ต่อบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข การสร้างเสริมสุขภาพใจและการให้ความช่วยเหลือ ผลการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน โดยตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น เก็บแบบสอบถามผ่านทางสถานีอนามัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2548 โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมทุกคนจำนวน 320 คน ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการอบรมได้จากการสุ่มแบบสุ่มชั้นเดียว (Single Stage Cluster sampling) จำนวน 320 คน รวมเป็นจำนวน 640 คน หลังจากส่งแบบสอบถามประมาณ 1 เดือนได้ประสานอย่างไม่เป็นทางการเป็นระยะๆ เพื่อติดตามและเก็บรวบรวมแบบสอบถามและขอข้อมูลเพิ่มเติม ได้รับแบบสอบถามคืน 635 ชุด คิดเป็นร้อยละ 99.2

เครื่องมือในการวิจัย คือแบบสอบถามที่นักวิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ การมีภาระ การฝึกอบรม มีข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก (Check list) และเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือก ถูกต้อง, ไม่ถูกต้อง ถ้าตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ข้อละ 0 คะแนน ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติ ประกอบด้วยคำถาม 27 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก มี 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับ 2 ไม่เห็นด้วย

ระดับ 3 ไม่แน่ใจ ระดับ 4 เห็นด้วย ระดับ 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยความคิดเห็นได้แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ คือ ด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนและการให้ความช่วยเหลือด้านผลการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติงาน ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกมี 5 ระดับ คือ ระดับ 1 ไม่มีการปฏิบัติ หมายถึงไม่มีการปฏิบัติหรือมีการปฏิบัติน้อยที่สุด ระดับ 2 ปฏิบัติน้อย ระดับ 3 ปฏิบัติปานกลาง ระดับ 4 ปฏิบัติมาก ระดับ 5 ปฏิบัติมากที่สุด โดยการปฏิบัติได้แบ่งออกเป็น 3 ด้านเช่นเดียวกับการความคิดเห็น ส่วนที่ 5 ความต้องการความรู้เพิ่มเกี่ยวกับสุขภาพจิต ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือก 1 ข้อ และแบบเติมคำในช่องว่าง 2 ข้อ ข้อที่ 1 การเสนอสิ่งที่ต้องการได้รับการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ข้อที่ 2 การแสดงความคิดเห็นในสิ่งที่ปัญหาอุปสรรคสำคัญต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิต ข้อที่ 3 การแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อเสนอแนะ

นำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องแม่นยำและรายละเอียดด้านเนื้อหาความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบไปปรับปรุงแก้ไขทดสอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient alpha)³ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถามครั้งนี้ค่าความน่าเชื่อถือโดยรวม เท่ากับ 0.88 ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชนเท่ากับ .85 ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเท่ากับ 0.86 การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปทางประชากร ได้แก่

เพศ อายุ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ การมีภาระ การฝึกอบรม โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบลักษณะทางประชากรของอาสาสมัครสาธารณสุข กับค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความคิด และการปฏิบัติงานและ เปรียบเทียบความรู้ ความคิด เห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ไม่ได้รับการอบรมและอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรม ใช้สถิติ t-test ในส่วนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ใช้การบรรยายประกอบการอภิปรายผล

ผล

อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่เป็นหญิงร้อยละ 70.1 มีอายุระหว่าง 41 ถึง 50 ปีร้อยละ 38.7 อายุเฉลี่ย 45.4 ปี เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 1 ถึง 5 ปี ร้อยละ 40.9 เฉลี่ยเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 8.8 ปี สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 61.1 มีอาชีพเกษตรกรกรรมร้อยละ 50.4 มีรายได้พอมีพอใช้ ไม่เป็นหนี้ร้อยละ 56.9 มีภาระในดูแลคนในครอบครัว ร้อยละ 84.6 และเคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 49.6 อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน มีความรู้แตกต่างกัน และพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชนมีค่าเฉลี่ยของความรู้ 15.6 ซึ่งสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับการอบรมซึ่งมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.07 สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยรวม 15.36 เมื่อเปรียบเทียบความรู้กับข้อมูลทั่วไป พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การได้รับและไม่ได้รับการฝึกอบรม ความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีความแตกต่างกัน

แต่ความคิดเห็นด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านการสร้างเสริมสุขภาพใจ การให้ความช่วยเหลือ ผลการปฏิบัติงานและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติ ไม่มีความแตกต่างกัน ความคิดเห็นด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม มีความแตกต่างกันตามอายุ การได้รับการฝึกอบรม ความคิดเห็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพใจและการให้ความช่วยเหลือแตกต่างกันตามอายุ การมีภาระ ความคิดเห็นด้านการผลการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติมีความแตกต่างกันตามอายุ การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรม

เกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การปฏิบัติด้านบทบาทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตามเพศ อายุ อาชีพ การปฏิบัติด้านการสร้างเสริมสุขภาพใจการให้ความช่วยเหลือด้านผลการปฏิบัติและความพึงพอใจต่อการปฏิบัติแตกต่างกันตามอายุ รายได้ ปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขแสดงความคิดเห็นว่าขาดความมั่นใจในความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในตัวอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต โดยเสนอแนะว่าควรมีการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นระยะๆ⁴ ในเรื่องสุขภาพจิตครอบครัว สุขภาพจิตผู้สูงอายุ การให้คำปรึกษาดังตาราง

ตาราง เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน

	อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับ	อาสาสมัครสาธารณสุขที่ไม่ได้รับ	t	p
	การอบรม(n = 315)	การอบรม(n = 320)		
	X (S.D.)	X(S.D.)		
ความรู้	15.6(2.43)	15.07(2.86)	2.60	0.01*
ความคิดเห็น	3.9(0.32)	3.85(0.31)	1.89	0.06
การปฏิบัติ	2.8(0.65)	2.88(0.64)	0.72	0.88

* p<0.05

* คะแนนเฉลี่ยรวม 15.36

วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรีเท่านั้น จึงไม่อาจเป็นตัวแทนของอาสาสมัครทั่วประเทศได้ ผลการศึกษาจึงนำไปใช้ได้เฉพาะประชากรที่อยู่ในท้องถิ่นที่มีลักษณะและสิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกัน จากการศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชนมีความรู้ต่างกัน^๗ และความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกันตามอายุ^๘ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษารายได้ เพศและการได้รับการอบรม^{๗,๘} แต่ยังคงความมั่นใจในความรู้ในการดำเนินงานเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนยังต้องอาศัยศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข จึงควรขยายการอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขที่ยังไม่ได้รับการอบรมให้ทั่วถึง และสนับสนุนให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจอย่างทอ่งแท้ อันจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ในความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ภาพรวมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในรายละเอียดของความคิดเห็นต่อการปฏิบัติด้านบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขต่างกัน โดยเฉพาะในบทบาทการเป็นบุคคลที่มีคุณค่าต่อการพัฒนาและการใฝ่รู้ใฝ่ทำใฝ่พัฒนา ซึ่งตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำการปฏิบัติด้านต่างๆ หรือการทำให้เป็นตัวอย่าง ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรจะต้องคอยสนับสนุนและเป็นพี่เลี้ยงในการเอื้อให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ได้ ด้านการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ทั้งภาพรวมและการปฏิบัติงานได้ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ผู้ศึกษาใช้วิธีการรวบรวมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยแบบ

สอบถามซึ่งเป็นการวัดพฤติกรรมทางอ้อม เนื่องจาก การวัดพฤติกรรมที่จะได้ผลอย่างแท้จริงควรต้องศึกษาพฤติกรรมโดยตรง ทำได้โดยการสังเกต โดยเฉพาะการสังเกตแบบธรรมชาติจะทำให้สามารถนำผลที่ได้ไปอภิปรายในสถานที่ใกล้เคียงหรือเหมือนกัน แต่มีข้อจำกัดคือต้องใช้เวลามากและต้องสังเกตเป็นเวลาดิคต่อกันเป็นจำนวนหลายครั้ง^๙

สรุป

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้าน มีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลเบื้องต้น การสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการสนับสนุนการปฏิบัติงานรวมทั้งสร้างความเชื่อมั่นให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขโดยการสนับสนุนความรู้เป็นระยะๆ และเน้นการปฏิบัติจริงมากกว่าทฤษฎี จะช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้ประชาชนในชุมชนทั้งที่มีปัญหาและไม่มีปัญหาสามารถแก้ไขปัญหาคำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ในการให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน ควรคำนึงถึงการประเมินความรู้ก่อนการอบรม ให้เน้นการฝึกทักษะที่สามารถปฏิบัติได้มากกว่าการอบรมด้านเนื้อหาทฤษฎี ให้ความสำคัญกับความรู้ที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริงในพื้นที่หรือเฉพาะปัญหาที่เกิดขึ้นจริง การปฏิบัติงานโดยเฉพาะด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ควรจะต้องคอยสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาให้เกิดกิจกรรมที่ประชาชนในชุมชนได้รับโดยตรงซึ่งจะทำให้ประชาชนเกิดการยอมรับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข และควรทำการศึกษาผลกระทบจากการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งจะช่วยให้ได้ผลที่เป็นจริงมากกว่าจากการตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณนายแพทย์ศิริชัย ลิ้มสกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ที่สนับสนุนให้เกิดการวิจัย และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยที่ช่วยประสานการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม

รายการอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. โครงการสุขภาพจิตภาคประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2547.
2. บุญธรรม กิจปรีดานันท์. ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร ; 2531.
3. กัลยา วานิชปัญญา. การวิเคราะห์สถิติเพื่อการตัดสินใจ. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.

4. กรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยเรื่อง การประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชนพึ่งประมาณ 2546. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2546.
5. ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลการดำเนินงานสุขภาพจิตของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคเหนือของประเทศไทย. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธารณสุข]. นครปฐม:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2534.
6. ม.ล.ยุพดี ศิริวรรณ. รายงานวิจัยเรื่อง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2539.
7. ทิพย์ภาณุ. ความรู้และการปฏิบัติด้านสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนแออัดบริเวณวัดโคกสมานคุณ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา.[วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. นครปฐม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2522.
8. วิไลลักษณ์ วรรณะ. การศึกษาความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน ในเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการระบาดวิทยา]. นครปฐม:บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2535.
9. สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. ความหมายของพฤติกรรม. เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 1-7 มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร ; 2526.