ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่องานสุขภาพจิตชุมชนใน 4 จังหวัด

นางสาวนันท์นภัส ประสานทอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2545
ISBN 974-17-2396-2
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

OPINION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS TOWARD COMMUNITY MENTAL HEALTH ACTIVITY IN THE FOUR PROVINCES

Miss Nunnapas Prasanthong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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 2002

ISBN 974-17-2396-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชนใน 4 จังหวัด
โดย	นางสาวนันท์นภัส ประสานทอง
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร)

..... กรรมการ
(แพทย์หญิงอินทิรา พัวสกุล)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นันท์นภัส ประสานทอง : ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชนใน 4 จังหวัด (OPINION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS TOWARD COMMUNITY MENTAL HEALTH ACTIVITY IN THE FOUR PROVINCES) อ. ที่ปรึกษา : รศ.นพ.พรชัย สิทธิศรัณย์กุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร, จำนวนหน้า 119 หน้า. ISBN 974-17-2396-2.

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสุขภาพจิตชุมชนในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มเติมในกิจกรรมดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ตัวอย่างที่ศึกษาคือ อสม.ในจังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา จำนวน 2,000 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งเป็นชนิดตอบเอง โดยส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ อัตราการตอบกลับ 74.1% เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยโดยใช้ One-Way ANOVA และ Unpaired t-test

ผลการศึกษาพบว่า อสม.เป็นเพศชายต่อหญิงคิดเป็น 1:3.7 มีอายุเฉลี่ย 43.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ (78.9%) ส่วนใหญ่จบประถมศึกษา (66.8%) มีอาชีพเกษตรกรรม(38.7%) รายได้เฉลี่ย 4,903.69 บาท/เดือน มีประสบการณ์การทำงาน อสม.เฉลี่ย 7.1 ปี บทบาทหน้าที่อื่นนอกเหนือจากการเป็น อสม. คือ กรรมการหมู่บ้าน (31.8%)

ในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นด้านความสำคัญ และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในระดับมาก แต่ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับความคิดเห็นพบว่า ตัวแปร เพศ และสถานที่อยู่ ที่แตกต่างกันจะมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าอสม.ให้ความสำคัญและปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพจิต ด้านการค้นหาและคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมอื่นๆ เนื่องจาก อสม. ยังขาดองค์ความรู้ ทักษะ สื่อ และเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิต ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนโดยการฝึกอบรมให้ความรู้แก่อสม.อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม	ลายมือชื่อนิสิต……..
สาขาวิชา เวชศาสตร์ชุมชน	ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา……..
ปีการศึกษา 2545	ลงมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม……...

447 5358630 : MAJOR COMMUNITY MEDICINE
KEY WORD : OPINTION/ HEALTH VOLUNTEERS/ COMMUNITY MENTAL HEALTH ACTIVITY

NUNNAPAS PRASANTHONG : OPINION OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS TOWARD COMMUNITY MENTAL HEALTH ACTIVITY IN THE FOUR PROVINCES, THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. PORNCHAI SITHISARANKUL, MD, Dr. PH., CO – ADVISOR : VITOOL LOHSOONTHORN, MD, MSc. 119 PP. ISBN 974-17-2396-2.

The purpose of this descriptive study was to explore the opinion of village health volunteers (VHVs) toward the importance, practice, and knowledge/skill needed for community mental health activities. The study was conducted during November 2002 and February 2003 by mailing self - administered questionnaires to 2,000 VHVs in 4 provinces (Nonthaburi, Saraburi, Kanchanaburi, and Nakornratchasima). The response rate was 74.1 % . One – way ANOVA and unpaired t-test were used for statistical analyses.

The results revealed that the ratio of male to female VHVs was 1:3.7. They were 43.5 years old on average, 78.9% were married, 66.8% had primary school education, 38.7% were farmers and earned 4,903.69 Baht per month on average. They served as VHVs for an average of 7.1 years, and 31.8 % of them also served as members in village committee.

In general, VHVs' opinion toward importance and knowledge/skill needed for community mental health activities were high but those toward practice were moderate. Furthermore, all dimensions of the opinions were significantly different by gender and the different provinces ($p<0.05$). Whereas educational level and income were not significantly different.

This research revealed that VHVs' opinion toward importance and practice were least in screening and searching the risk group with mental health problems due to their lack of knowledge, skill, media and technology of mental health. The concerned bodies should provide education and training to VHVs continuously and in every region so that they can effectively perform community mental health activities.

Department of Preventive and Social Medicine
Field of study Community Medicine
Academic year 2002

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

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์นายแพทย์พรชัย สิทธิศรัณย์กุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่ได้กรุณาให้คำแนะนำช่วยเหลือ และชี้แนะข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ซึ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้บังคับบัญชาของผู้วิจัยในการสนับสนุนให้รับการศึกษาในหลักสูตรนี้

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์นายแพทย์ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร ที่กรุณาเป็นประธานในการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงอินทิรา พัวสกุล ที่กรุณาสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ และเจ้าหน้าที่ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ และคำแนะนำในการวิจัย

ขอขอบคุณ คุณณัฐวดี ศรีส่ง คุณนันทกานต์ ธนะสถิตย์ และเพื่อนๆ นิสิตปริญญาโท รุ่นที่ 13 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ๆ น้องๆ ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ เป็นผลให้วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นันท์นภัส ประสานทอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... จ

กิตติกรรมประกาศ..... ฉ

สารบัญ..... ช

สารบัญตาราง..... ฌ

สารบัญแผนภูมิ..... ฎ

บทที่

1. บทนำ..... 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1

คำถามการวิจัย..... 3

วัตถุประสงค์การวิจัย..... 3

สมมติฐานการวิจัย..... 4

กรอบแนวคิดในการวิจัย..... 4

คำนิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย..... 5

ข้อตกลงเบื้องต้น..... 5

ข้อจำกัดในการวิจัย..... 5

ปัญหาทางจริยธรรม..... 5

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 5

2. ทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต..... 7

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น..... 15

แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน..... 19

แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐาน และระบบสุขภาพภาคประชาชน..... 29

แนวคิดและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต..... 41

แนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชน โดยชุมชน..... 45

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 47

.

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3. วิธีการดำเนินการวิจัย.....	56
รูปแบบการวิจัย.....	56
ระเบียบวิธีวิจัย.....	56
ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	59
การตรวจสอบความสมบูรณ์และถูกต้องของแบบสอบถาม.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	61
ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล.....	61
ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่นๆ.....	62
ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม.....	70
ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของ อสม. ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่นๆ กับความคิดเห็น ในงานสุขภาพจิตชุมชน.....	83
ส่วนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ.....	85
5. สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	91
สรุปผลการศึกษา.....	91
อภิปรายผลการศึกษา.....	97
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	102
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	103
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	109
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	119

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
3.1	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล……	60
4.1	จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามจังหวัด……	62
4.2	จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล……	62
4.3	จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมสุขภาพจิตในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน……..	66
4.4	จำนวนและร้อยละของความสามารถในการระดม/ขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน…….	66
4.5	จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยอื่นๆ ……	67
4.6	จำนวนและร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน……	70
4.7	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน……	72
4.8	ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในการดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน……..	74
4.9	ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน เรียงตามค่าคะเฉลี่ยการให้ความสำคัญจากมากไปน้อย……..	76
4.10	เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม……..	79
4.11	จำนวนร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อสิ่งสำคัญที่สุด 3 อันดับแรก ที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวสุขภาพจิตดี……	85
4.12	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อปัญหาสุขภาพจิตชุมชนที่ควรรีบแก้ไขที่สุด 3 อันดับแรก……..	86
4.13	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเรื่องวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน……..	86

สารบัญตาราง(ต่อ)

ตาราง		หน้า
4.14	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เรื่องปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่ควรรีบแก้ไขมากที่สุด 3 อันดับแรก……..	87
4.15	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อเนื้อหาความรู้สุขภาพจิตที่ควรถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพครอบครัว…….	87
4.16	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อประเภทของสื่อที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการสิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน……..	88
4.17	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ต่อกลุ่มบุคคลที่จะนำสื่อที่ต้องการสนับสนุนไปใช้……..	88
4.18	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อวิธีการต่างๆในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน……	89
4.19	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการเลือกโอกาสในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน…….	89
4.20	จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านข้อเสนอแนะ……	90

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
2.1	กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน.....	35
2.2	ความต้องการของภาคประชาชน ในการสนับสนุนจากรัฐ และองค์กรภายนอกในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน	39
2.3	แนวคิดกลยุทธ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน การสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของชุมชน...	40
2.4	กิจกรรมการป้องกันสุขภาพจิต 3 ระดับ.....	42
2.5	แนวทางการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมโครงการสุขภาพใจ ในชุมชน.....	46
3.1	ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	58

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในภาพรวมสังคมโลกในปัจจุบันนั้นปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากรายงานองค์การอนามัยโลกปีค.ศ.2001[1] กล่าวว่าความผิดปกติทางจิตพบได้อย่างแพร่หลายทั่วโลก มีประชากรประมาณ 450 ล้านคนทั่วโลกที่มีความผิดปกติทางจิตและประสาทในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ซึ่งจะรวมทั้งความผิดปกติที่เกิดจากการติดแอลกอฮอล์และสารเสพติดอื่น ๆ ด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่า ประชากร 1 ในทุก ๆ 4 คนที่ไปรับบริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานจะมีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยทางจิตใจด้วย มีรายงานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายประมาณ 1 ล้านรายทุกปี พบว่าคนที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า และพบว่า DALY (Disability Adjusted Life Year) จากปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลก

สำหรับประเทศไทยสภาพสังคมปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สภาพเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ประชาชนไม่มีงานทำ อุตสาหกรรมหลายแห่งปิดตัว คนงานจำนวนมากย้ายกลับภูมิลำเนาเดิม การต่อสู้แข่งขันเพื่อการอยู่รอด ทำให้บุคคลต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง และหากไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา ประชาชนมีความเครียดสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ จะเห็นได้จากรายงานของกรมสุขภาพจิตปี 2544[2]สถิติของอัตราป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 424.81 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2542 เป็น 451.02 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2543 และเพิ่มเป็น 519.56 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ.2544 ตามลำดับ เมื่อประเทศไทยได้เผชิญภาวะวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา ทำให้ผู้คนในสังคมเกิดความเครียด ปรากฏเป็นข่าวในหนังสือพิมพ์ทุกวัน และในปี พ.ศ. 2541 คนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,096 ราย คิดเป็นอัตรา 8.3 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมาก โดยมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่านี้ 10-20 เท่าหรือปีละประมาณ 5 หมื่นถึง 1 แสนราย[3] เห็นได้ว่าอัตรา ผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากจำนวนผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่เพิ่มขึ้นทุกปี รัฐบาลได้ตระหนักถึงสุขภาพจิตของประชาชนเป็นอย่างมากได้มีการพัฒนาคุณภาพและเพิ่มขีดความสามารถในการบริการสุขภาพจิต ขยายบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุม โดยประชาชนเป็นเป้าหมายสำคัญของบริการสุขภาพจิต ซึ่งได้ดำเนินงานด้านสุขภาพจิตมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2507-2509) จนถึงแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) แต่การดำเนินงานสุขภาพจิตที่ผ่านมาพบว่าในหน่วยงานให้บริการด้านสุขภาพจิตมีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นหลายด้าน เช่น รูปแบบการ

ดำเนินงานยังไม่เหมาะสม ประชาชนยังไม่มีส่วนร่วมเต็มที่ เจ้าหน้าที่ขาดความรู้ ขาดทักษะในการดำเนินงานและที่สำคัญ คือขาดบุคลากรที่จะให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งมีความขาดแคลนสูงมาก จากรายงานในสุขภาพจิตไทย ปี 2543-2544[4] อัตราส่วนของจิตแพทย์ต่อประชากร 1 : 175,674 ใน พ.ศ. 2542, 1:153,545 ใน พ.ศ. 2542 อัตราส่วนพยาบาลจิตเวช 1: 59,233 ใน พ.ศ.2542 และ1: 36,037 ในพ.ศ. 2543 ทั้งนักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักอาชีวบำบัด มีความขาดแคลนสูงมากในทุกสาขา และกลุ่มบุคลากรดังกล่าวส่วนใหญ่จะกระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร มากกว่าในส่วนภูมิภาค ทำให้ไม่สามารถให้บริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศได้ ปัญหาดังกล่าวรัฐบาลได้พยายามแก้ไข โดยมีนโยบาย แผนงาน โครงการ และมาตรการต่าง ๆ เพื่อแก้ไขมาตลอด เช่น ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) มีโครงการสุขภาพจิตชุมชนเกิดขึ้น โดยมีกิจกรรมหลักคือการสร้างครูฝึกด้าน สุขภาพจิตทุกระดับ ได้แก่ ครูฝึกส่วนกลาง ครูฝึกระดับจังหวัด/อำเภอ/ตำบล ให้มีความรู้และสามารถถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามลำดับ จนถึงกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน รวมทั้งพัฒนาศักยภาพจัดฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ตั้งแต่แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในชุมชน เป็นการเพิ่มเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนให้มากขึ้น เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานให้ครอบคลุมในทุกเขตพื้นที่อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

ความต้องการบริการของผู้มีปัญหาสุขภาพจิต World Bank (1993) [5] ได้ทำการศึกษา พบว่า ร้อยละ74 ควรได้รับการแนะนำเพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต และประชากรควรได้รับการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตโดยชุมชน ร้อยละ 20 ควรได้รับการดูแลหรือขอคำแนะนำจากสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนที่เหลือประมาณร้อยละ 0.5-1 ควรได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวช ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์การพัฒนาสุขภาพจิตประชาชน แผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) มุ่งให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ รวมทั้งสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่มีมาตรฐาน อย่างเสมอภาคและเป็นธรรม[6] ประชาชนในชุมชนอีกจำนวนมากต้องได้รับการถ่ายทอดความรู้ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และมีทักษะในการดำเนินชีวิต การสร้างเสริมเครือข่ายภาคประชาชนให้เข้ามาทำหน้าที่ด้านสุขภาพจิต สร้างเครือข่ายการฝึกอบรมให้เข้าสู่ระบบอื่น ๆ และชุมชนต้องได้รับการเสริมศักยภาพ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว ได้นำแนวคิดการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน โดยภาคประชาชนซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เป็นผู้นำในการส่งผ่านงานสุขภาพจิตสู่ชุมชน จึงได้มีข้อตกลงร่วมมือในการสนับสนุนงานสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2545 โดยครอบคลุมพื้นที่ 6 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา มุกดาหาร ศรีสะเกษ กรมสุขภาพจิตซึ่งเป็นหน่วยงานทางวิชาการในฐานะผู้ผลิตเทคโนโลยีสุขภาพจิต ได้เห็นความสำคัญของการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนโดยให้ความสำคัญกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้นำชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด และเป็นที่นับถือของประชาชนในชุมชน มีศักยภาพในการดึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้ด้วยตนเองทั้งยังเป็นการส่งผ่านเทคโนโลยีจากกรมสุขภาพจิตไปสู่ประชาชนโดยตรงเพื่อให้ประชาชนได้รับภูมิคุ้มกันทางจิตใจอย่างทั่วถึง โดยผลิตคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วยองค์ความรู้ กิจกรรมและทักษะในเรื่องสุขภาพจิตครอบครัว ยาบ้า และชุมชนสุขภาพจิตดี เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถนำองค์ความรู้และเทคโนโลยีไปใช้ในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชนของตนเองให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองได้

อนึ่งการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 15 ปี ดังนั้น จึงเห็นควรที่จะศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชน รวมทั้งปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ผลการวิจัยจะได้นำเสนอต่อกรมสุขภาพจิต เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแนวทางในการให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะให้อาสาสมัครสาธารณสุข ได้ตรงตามความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อไป

คำถามในการวิจัย (Research Questions)

1. ความคิดเห็นในด้านความสำคัญ การปฏิบัติจริงและความต้องการสนับสนุนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชนเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกันมีผลต่อความคิดเห็นในงานสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกันอย่างไร
3. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชน

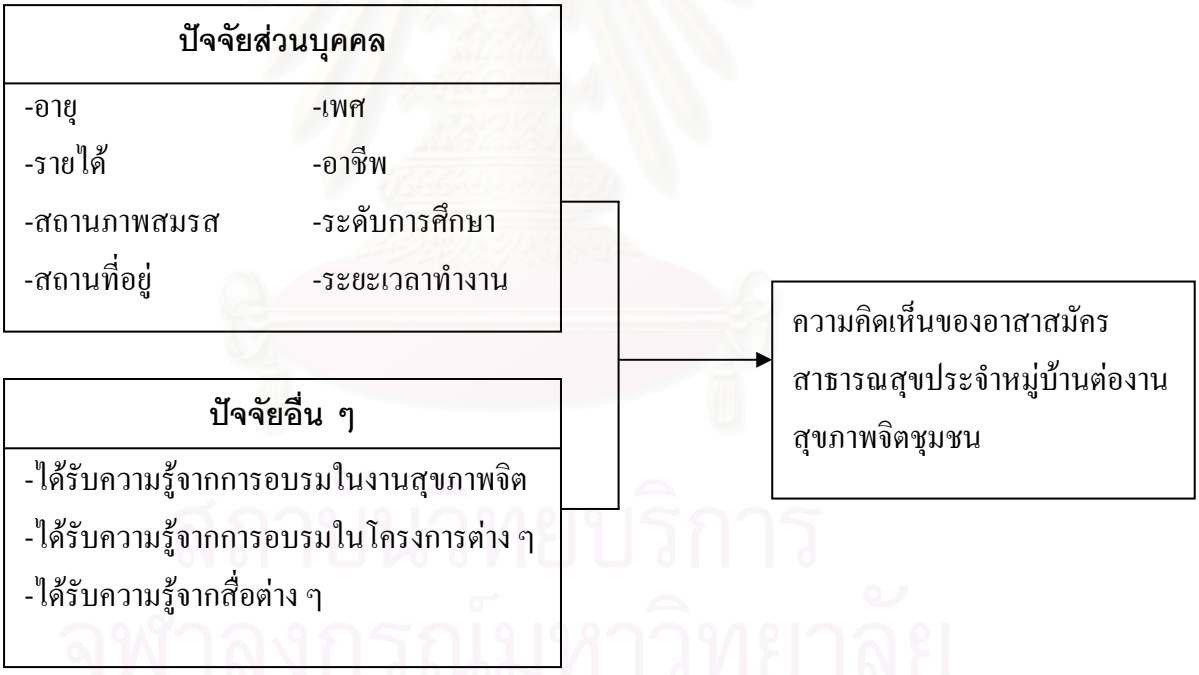
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นในความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงและความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชน
2. เพื่อศึกษาว่าปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านที่แตกต่างกันมีผลต่อความคิดเห็นในงานสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกันอย่างไร
3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน

สมมุติฐานของการวิจัย (Hypothesis)

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตชุมชนแตกต่างกันตามปัจจัยส่วนบุคคล

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวแปร (Variables)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานที่ ระยะเวลาการทำงาน การได้รับความรู้จากการอบรมในงานสุขภาพจิต การได้รับความรู้จากการอบรมในโครงการต่าง ๆ การได้รับความรู้จากสื่อต่าง ๆ

2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable)ได้แก่ ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ในกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

นิยามเฉพาะของคำศัพท์ในการวิจัย (Operational Definition)

1. งานสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง กิจกรรมงานสุขภาพจิตงานตามคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื้อหาประกอบด้วย องค์ความรู้ กิจกรรม และทักษะในเรื่องสุขภาพจิตครอบครัว ยาบ้า และชุมชนสุขภาพจิตดี

2. การปฏิบัติจริงหมายถึงปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงโดยมีสภาพการปฏิบัติที่เป็นจริง หรือบริบทที่เป็นจริงในการดำเนินงานสุขภาพจิต

3. ความต้องการ หมายถึง ความต้องการการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต ได้แก่ ความรู้/ทักษะ/สื่อเผยแพร่ หรือองค์ความรู้ในด้านวิชาการต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการคัดเลือกและฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหมู่บ้าน

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

คะแนนความคิดเห็น (1-5) ซึ่งเป็น Ordinal Scale จะพิจารณาตัวแปรว่ามีอันตรภาคชั้นเท่ากัน (Equal interval) และคะแนนเดียวกันของแต่ละคนมีค่าเท่ากัน[7] เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลนี้เป็น Interval scale ต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย (Limitation)

ไม่มีข้อจำกัดในการวิจัย

ปัญหาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาไม่ได้ใส่สิ่งแทรกแซงหรือการทดลองใด ๆ ให้กับกลุ่มที่ศึกษา จึงคาดว่าจะไม่มีปัญหาด้านจริยธรรม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ (Expected Benefit and Application)

1. ทราบลักษณะความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสุขภาพจิตชุมชน เป็นข้อมูลสำหรับกรมสุขภาพจิตในการวางแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เหมาะสม มีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและตรงกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน นำข้อมูลไปประกอบการวางแผนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานสุขภาพจิต สามารถจัดกระบวนการความรู้ในการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

3. ทราบความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มเติมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเป็นข้อมูลสำหรับกรมสุขภาพจิตในการพัฒนาสื่อ/เทคโนโลยีสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีประสิทธิภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชนในครั้งนี้ ศึกษาความคิดเห็นในความสำคัญ การปฏิบัติและความต้องการทักษะและความรู้เพิ่มที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน โดยนำแนวทางและทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ได้ศึกษา มาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อเป็นพื้นฐานนำไปสู่การอธิบาย ดังนี้

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต
2. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับเรื่องความคิดเห็น
3. แนวคิดสุขภาพจิตชุมชน
4. แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน
5. แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
6. แนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน
7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับสุขภาพจิต

1.1 ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization,1976) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุขอยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสมดุลอย่างสุขสบาย รวมทั้งตอบสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ มิได้หมายความรวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น

ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2518) [8] ได้ให้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า สุขภาพจิตคือ สภาพจิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถที่จะปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม

จากการสัมมนา การจัดตั้งองค์กรเครือข่ายและพัฒนาสุขภาพจิต(2537)[9] และการนิยามความหมาย “สุขภาพจิต” ระหว่างวันที่ 22-23 กันยายน พ.ศ.2537 ณ โรงแรมหลุยส์ แทเวิร์น กรุงเทพมหานคร ได้ให้ความหมายสุขภาพจิต ไว้คือ สภาพชีวิตที่เป็นสุขอันเป็นผลมาจากการมีวิธีการมองตนมองโลก รวมทั้งสามารถจัดการกับความคิดอารมณ์ และการแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสมและสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลง

Kaplan Feedman & Sadock (อ้างในวิไลลักษณ์ วรรณะ, 2535) [10] ได้นิยามสุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึง ความรู้สึกเป็นสุข สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

1.2 ลักษณะผู้มีสุขภาพจิตดี มีนักวิชาการทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศได้กล่าวถึงลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดีที่น่าสนใจและควรกล่าวถึง ดังนี้

Jahoda (1958) อ้างใน อภิชัย มงคล และคณะ,2544) [11] ได้กล่าวถึงดัชนีที่จะบ่งชี้ว่าบุคคลมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ดี คือ

1. ทัศนคติที่บุคคลมีต่อตัวเอง (Attitude of an individaul toward his own self) เขาคิดอย่างไรกับตัวเอง เช่นดูถูกตัวเองหรือไม่ หรือว่าหลงตัวเอง เขามีภาพพจน์เกี่ยวกับตัวเองถูกต้องหรือไม่ และเขารู้สึกอย่างไรต่อตนเอง สงสารตนเอง สมเพชตนเอง รู้สึกว่าตนเองต่ำต้อย หรือรู้สึกว่าตนเองยิ่งใหญ่เกินเลยความเป็นจริง

2. มีความต้องการทำตนให้เป็นประโยชน์ (Growth and development or self actualization) เขาจะต้องมีแรงดลใจในด้านที่จะพัฒนาให้ตนเองเจริญก้าวหน้าขึ้น (Growth motivation) ในด้านทำความเจริญให้แก่สังคมที่เขาอยู่ ซึ่งตรงข้ามกับบุคคลที่มีความป่วยเจ็บทางจิตใจ มักเป็นผู้ที่ขาดแรงดลใจ(Deficiency of motivation) จึงดูคล้ายคนขาดชีวิตชีวาและอยู่ไปอย่างไร้ประโยชน์ บุคคลที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ดีจะใช้ชีวิตของตนอย่างมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและสังคม

3. มีบุคลิกภาพที่ประสมประสานดี (Integration) คำว่าประสมประสานคือความสมดุลของพลังดลใจและพลังควบคุม (Balance of Psychic forces) ในคนปกติโดยทั่วไปเรามีความอยาก ความต้องการ(Need)ด้วยกันทั้งสิ้น และขณะเดียวกันเราก็มีแรงควบคุม (Controlling force) ซึ่งแรงทั้งสองนี้จะต้องสมดุลกัน เราจึงจะมีชีวิตอยู่อย่างสุขสบายได้ หากแรงทั้งสองนี้ขัดแย้งกันเองคือมีแรงใดแรงหนึ่งมากเกินไป ก็จะทำให้เราหมดความสุขเพราะไม่ได้ตอบสนองความต้องการส่วนตัว หรือตอบสนองความต้องการส่วนตัวมากไปทำให้ขัดแย้งกับสังคมส่วนใหญ่

4. มีความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy or independence from social influence) มีความสามารถควบคุมความประพฤติของตนให้อยู่ในแบบแผน โดยไม่ต้องอาศัยแรงควบคุมภายนอก และยังปฏิบัติตนโดยยึดถือความเชื่อมั่นของตนเองเป็นหลัก ไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

5. จะรับรู้สถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นจริง (Perception of reality) การรับรู้ของเขาจะไม่ถูกบิดเบือนโดยอคติในตนเอง โดยความต้องการของตนเอง หรือบิดเบือนโดยอารมณ์ส่วนตัวเขาจะสามารถรับรู้เหตุการณ์อย่างที่เป็นจริง

6. สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ (Environment mastery) ผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีจะต้องเป็นผู้ที่สามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ จะต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงตนเองให้เหมาะแก่ภาวะการณ์ได้อย่างเหมาะสม จะต้องมีทักษะในมนุษย์สัมพันธ์อย่างพอเพียงที่จะให้ชีวิตดำเนินได้อย่างราบรื่น จะต้องผจญภัยกับปัญหาชีวิตได้อย่างไม่ย่อท้อ

กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์(2527)[12] ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตดีประกอบด้วย

1. เป็นผู้ที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ แล้วยังต้องมีความสามารถที่จะผูกสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น วางตัวในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2. สามารถปรับตัวให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ หรือทำตนให้มีคุณค่าได้ ในสภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

3. เมื่อมีอุปสรรคมาขัดขวางความต้องการก็สามารถผ่อนปรนหาทางออก ที่ราบรื่น ถูกต้อง กับทำนองธรรมได้ และสามารถปรับจิตใจให้พอใจในผลที่ได้รับนั้น ๆ ด้วย

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว (2527) [13]ได้กล่าวว่าผู้มีสุขภาพจิตดีมีลักษณะดังนี้

1. บุคคลจะต้องมองตนเองในด้านดี เห็นคุณค่าตนเอง ไม่ดูถูกเหยียดหยามตนเองหรือเห็นว่าตนเองต่ำต้อยไร้ค่า น่ารังเกียจ

2. รู้จักตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเอง พึ่งตนเองได้ สามารถรับผิดชอบผลที่เกิดจากการตัดสินใจของตนเอง และยอมรับความผิดพลาดที่เกิดขึ้น

3. มีความรู้สึกที่ดีต่อคนอื่น มีความเชื่อในความสามารถของผู้อื่น

4. ยอมรับขอบเขตความสามารถของตนเอง รู้ว่าตนเองมีจุดเด่นและจุดอ่อน ใช้ความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นประสบการณ์การเรียนรู้

5. สามารถยับยั้งความต้องการทั้งหลายได้จนกว่าจะถึงเวลาอันสมควร และไม่ขัดกับประเพณีและวัฒนธรรม

6. สามารถสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเหมาะสม

7. สามารถสร้างสัมพันธภาพอันอบอุ่นกับผู้อื่นได้

8. สำนึกผิดชอบ ชั่วดี มีคุณธรรม

9. ยอมรับและสามารถปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ระเบียบ ข้อบังคับของสังคมได้

10. ไม่มีความรู้สึกอิจฉาริษยาคนอื่น

11. สามารถรับรู้ความจริงของชีวิต อยู่ในโลกของความเป็นจริง

12. สามารถอยู่ได้โดยลำพังและรวมกลุ่มกับผู้อื่น หรือสามารถช่วยตนเองและพึ่งพาผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

13. ยอมรับว่าภาวะเครียดและการเปลี่ยนแปลงเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต

14. มีอารมณ์ขัน

15. มีอารมณ์หนักแน่น มั่นคง ไม่หวั่นไหวต่อสิ่งเร้า

Johnsและคณะ,1975 (อ้างในมนตรีและคณะ,2543)[14] ได้ให้เกณฑ์ (Criteria) การประเมินสุขภาพจิต ไว้ 13 ประการดังนี้คือ

1 ความต้องการ (Needs) ในการประเมินสุขภาพจิตควรจะดูว่าบุคคลสามารถที่จำแนกความต้องการของตนเองได้หรือไม่ และเมื่อจำแนกได้แล้วสามารถสนองตอบความต้องการของตนเองได้ดีเพียงไร ความต้องการต่าง ๆ ของคนเราตามแนวคิด Maslow มีดังนี้

- ความต้องการด้านร่างกาย (Physiology Needs) ได้แก่ การกินอยู่ หลับนอน การขับถ่าย การมีความสัมพันธ์ทางเพศ
- ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs) ความต้องการที่อยู่ที่มั่นคง ปลอดภัย ความปลอดภัยจากภัยอันตรายทั้งหลาย
- ความต้องการด้านความรัก (Love Needs) ความต้องการนี้ปรากฏให้เห็นเมื่อเรารู้สึกเหงา โดดเดี่ยว เราต้องการเพื่อนหรือกลุ่มเพื่อน ความต้องการนี้รวมตั้งแต่การให้ความรักและรับความรักจากคนอื่น
- ความต้องการให้ตนเองเป็นที่นับถือ (Esteem Needs) คนเราแสดงออกให้เห็นด้วยการแสวงหาอำนาจ ตำแหน่งหน้าที่สำคัญ ๆ
- ความต้องการประจักษ์ในความสามารถ(Needs for Self Actualization) ความต้องการนี้ปรากฏให้เห็นเมื่อบุคคลเริ่มใช้สมรรถภาพและความสามารถในตนอย่างเต็มที่เพื่อสร้างสรรค์สังคม

2 จุดมุ่งหมายในชีวิต (Goals) การจะประเมินสุขภาพจิตจะประเมินได้จากการที่บุคคลมีเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายในชีวิต ผู้ที่มีเป้าหมายในชีวิตจะมีพฤติกรรมที่แน่วแน่ มั่นคง และเต็มไปด้วยจุดมุ่งหมาย ไม่ปล่อยชีวิตให้ล่องลอยไปอย่างไร้ประโยชน์

3 ภาพพจน์ที่บุคคลมีต่อตนเอง (Self Image) บุคคลมีความรู้สึกอย่างไรกับตัวเอง เป็นความรู้สึกที่ดี หรือรู้สึกดูถูกเหยียดหยามตัวเอง นักวิชาการสุขภาพจิตเชื่อว่าผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง

4 การเติบโตและพัฒนาการและการใช้ศักยภาพในตนเอง (Growth,Development and Self-actualization) สุขภาพจิตจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะของบุคคล ซึ่งวุฒิภาวะเป็นผลมาจากการเติบโตและพัฒนาการ ผู้มีสุขภาพจิตดีจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์สมวัยและรู้จักตนเอง ศักยภาพของตนเองและใช้ศักยภาพนี้ทำประโยชน์ให้สังคม

5 บุคลิกภาพประสมกลมกลืนกันดี (Integration) บุคลิกภาพที่ประสมกลมกลืน ดูได้จากความสามารถของบุคคลในการควบคุมและสนองตอบความต้องการของตน ไม่แสดงออกซึ่ง

ความอยากความต้องการที่ขัดกับสังคมส่วนใหญ่และไม่เข้มงวดกับความเชื่อ ค่านิยมจนความต้องการของตนไม่ได้รับการสนองตอบ

6 ความรักและเพศสัมพันธ์ (Love and Sex) การจะดูว่าบุคคลใดมีสุขภาพจิตดีหรือไม่ ดูได้จากการที่บุคคลสามารถให้ความรัก รับความรัก ความรักทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ทำให้เกิดการช่วยเหลือกัน ทำให้มีการให้อภัยแก่กันและกัน ความรักในเพศตรงข้าม และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม เมื่อถึงเวลาอันสมควร โดยมีจุดมุ่งหมายในการสร้างครอบครัว ดำรงชีวิตครอบครัวและพัฒนาความเจริญให้คนรุ่นหลังเป็นเครื่องชี้วัดภาวะจิตใจที่พัฒนาการได้ทางหนึ่ง

7 ความเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) การจะดูว่าบุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ดูได้จากความเป็นอิสระของบุคคล การมีอิสระในการเลือกและตัดสินใจ การมีอิสระทางด้านความคิด การมีค่านิยมเป็นของตนเอง

8 การอุทิศตนเพื่องาน (Commitment to work) การอุทิศตนเพื่อการงานและเพื่อทำงานเป็นคุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี การทำงานเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของชีวิตเช่นเดียวกับปัจจัยด้านอาหาร อากาศ และการพักผ่อน การทำงานทำให้ตนได้ใช้พลังความสามารถและศักยภาพแห่งตน การทำงานทำให้คนได้รับการสนองตอบด้านความต้องการขั้นพื้นฐานแห่งตนและความต้องการขั้นพื้นฐานอื่น ๆ เช่น อาหาร เครื่องนุ่งห่ม การสังคม ฯลฯ

9 การรับรู้ความจริง (Perception of reality) การรับรู้ความจริง ประเมินดูจากการมองดูโลกรอบตัวของบุคคลว่าสอดคล้องกับคนส่วนใหญ่หรือไม่ ถ้าการรับรู้สภาพแวดล้อมสอดคล้องกับ คนอื่น ๆ โดยส่วนรวม แสดงว่าสภาพการรับรู้ความเป็นจริงของบุคคลยังดีอยู่ และเป็นคุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี การรับรู้ที่มีการบิดเบือนความเป็นจริง เป็นอาการแสดงของความเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่ง

10 การสังคมและทักษะทางสังคม (Social Relationship-Social Competency) การสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานของมนุษย์การมีทักษะสังคมทำให้คนได้รับการสนองตอบปัจจัยพื้นฐานด้านอื่น ๆ เช่น ความปลอดภัย การเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ความรัก ฯลฯ การหนีสังคม เป็นอาการแสดงของการเจ็บป่วยทางจิต ทักษะทางสังคมเป็นคุณสมบัติที่เป็นผลตามมาของการสังคมและเป็นเครื่องชี้วัดสุขภาพจิตดีได้

11 ประสบการณ์ทางอารมณ์ (Emotional Experience) การประเมินดูว่าบุคคลมีความสามารถควบคุมและแสดงออกซึ่งภาวะอารมณ์ได้มากน้อยเพียงไร เป็นเกณฑ์สำคัญในการวัดภาวะสุขภาพจิต การควบคุมอารมณ์ได้ในบางสถานการณ์เป็นสิ่งจำเป็นเช่นเดียวกันกับการแสดงออกซึ่งภาวะอารมณ์ในโอกาสที่เหมาะสมเป็นสิ่งที่ควร การควบคุมอารมณ์จนเกินไปจนไม่มีการแสดงออกในภาวะโกรธ กลัว วิตก นั้นก่อให้เกิดผลเสียแก่สุขภาพจิต เช่นเดียวกับ การปล่อย

อารมณ์จนไม่สามารถควบคุมได้หรือการไม่คุมอารมณ์เลย ก็ทำให้ผู้ที่อยู่ร่วมด้วยต้องเกิดความทุกข์ ก็ไม่ใช่คุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี

12 การเผชิญปัญหาและการแก้ปัญหา (Coping or Adapting) การเผชิญกับปัญหาและการหาหนทางแก้ปัญหาเป็นสิ่งจำเป็นในชีวิตประจำวัน เมื่อมีปัญหาหรือมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้น ผู้มีสุขภาพจิตดีจะสามารถเผชิญและแก้ปัญหาในทางที่สร้างสรรค์ ผู้มีสุขภาพจิตดีจะไม่หนีปัญหาด้วยการใช้สิ่งดับทุกข์ เช่น เหล้า ยา ฯลฯ

13 ความสุข (Happiness) ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเชื่อว่า ความสุขเป็นเกณฑ์สำคัญในการวัดสุขภาพจิต ผู้มีสุขภาพจิตดีสามารถแสวงหาความสุขจากชีวิตและประสบการณ์ชีวิต มีความสุขในการเข้าสมาคมและสังคม ผู้มีความสุขคือผู้ที่ปรับตัวได้ในสังคมที่เขาอยู่ ภาวะไร้ความสุข เป็นอาการบ่งชี้ความผิดปกติทางจิต คนจะไม่สามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม นอกเสียจากเขาจะมีความสุขและมีสุขภาพดี

Jahoda กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาผู้ที่มีสุขภาพจิตดี ได้แก่

1. การมีทัศนคติในทางบวกเกี่ยวกับตนเอง (Positive Attitudes toward Self) คือ การยอมรับตนเองอย่างใกล้เคียงกับความเป็นจริงและความพยายามที่จะให้เป้าหมายของชีวิตที่บรรลุผลอย่างเหมาะสม ซึ่งทัศนคติต่อตนเองนี้จะเปลี่ยนไปตามวัย นอกจากนี้ผู้ที่มีสุขภาพดีต้องเป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีเอกลักษณ์ในตน มีความรู้สึกว่าชีวิตทั้งชีวิตของตนเป็นหน่วยเดียว มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกมั่นคงและชีวิตนี้มีความหมาย

2. การเจริญเติบโตมีพัฒนาการและประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง (Growth, Development, and Self-actualization) ซึ่งหมายถึงว่า บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีต้องมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่สมวัยและมีความรู้สึกประจักษ์ในคุณค่าของตนเอง โดยสามารถกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง มีความคิดริเริ่มพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งใหม่ ๆ โดยไม่มีภาวะคับข้องใจทางอารมณ์ในเกณฑ์นี้เน้นความสามารถของบุคคลที่จะใช้พลังความสามารถของตนที่ได้จากกระบวนการเจริญเติบโต และพัฒนาการ ให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและส่วนรวม

3. การผสมผสานกระบวนการของชีวิตอย่างสมดุลย์ (Integration) ซึ่งหมายถึงความสามารถของบุคคลที่จะผสมผสานระหว่างสิ่งที่บุคคลมีอยู่กับการแสดงออก, ระหว่างความต้องการกับแรงควบคุมที่มีความขัดแย้ง, และการควบคุมตนเอง รวมถึงความสามารถในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าภายนอกและสิ่งเร้าภายใน ได้แก่ เป้าหมายชีวิต ความต้องการ และความสามารถในการเผชิญภาวะความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงวัยของชีวิต

4. การเป็นตัวของตัวเอง (Autonomy) เป็นความมุ่งมั่นที่เกิดจากแรงดันภายใน (Self-determination) เป็นความสมดุลของการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น (Independence and Dependence) และหมายรวมถึงการยอมรับผลที่ตามมาจากการกระทำของตนโดยนัยนี้แสดงถึงว่า

บุคคลที่มีความเป็นตัวของตัวเองสูงจะเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง มีความสามารถในการกระทำ การคิด ความรู้สึกของตน และตัดสินใจในทางเลือกต่าง ๆ ที่ตนมีอยู่ได้

5. การรับรู้ (Reality Perception) เป็นความสามารถของบุคคลในการทดสอบปรากฏการณ์รอบตัวด้วยการกระทำของตนเอง ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีจะสามารถปรับเปลี่ยนการรับรู้ของตนได้ เมื่อได้รับข้อมูลใหม่ นั่นคือ การเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ในโลกได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถในการร่วมรู้สึก(Empathy) หรือไวต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม (Social Sensitivity) สามารถยอมรับนับถือความรู้สึกและความคิดของผู้อื่นด้วย

6. การเอาชนะสิ่งแวดล้อม (Environment Mastery) บุคคลที่มีสุขภาพจิตดีจะรู้สึกว่า ประสบความสำเร็จและมีบทบาทเป็นที่ยอมรับในสังคม บุคคลนี้จะดำรงชีวิตในโลกส่วนตัวและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ทั้งยังสามารถแสวงหาความพึงพอใจจากการดำรงชีวิต ความสามารถเหล่านี้รวมถึง ความสามารถในการเข้าสังคม, เผชิญกับความรู้สึกว้าเหว่ ความก้าวร้าว และความคับข้องใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสามารถในการตอบสนองระหว่างบุคคลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อม ในเรื่องการให้ความรักและการรับความรัก การสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างบุคคล การคบเพื่อนใหม่และการพึงพอใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและคณะ (2537) [15] ได้แยกลักษณะองค์รวมของสุขภาพจิตออกมาเป็น 3 มิติ คือ

1. มิติที่เกี่ยวกับคุณภาพของจิตที่เป็นคุณสมบัติภายในของบุคคล ได้แก่

1.1 ความสงบผ่อนคลายของจิต หมายถึง การมีสมาธิ มีความพึงพอใจกับสิ่งต่าง ๆ พอใจในชีวิตโดยทั่วไป มีความมั่นคงภายใน มีความสงบ อดทน เข้มแข็ง สามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมไม่อ่อนไหวไปตามสิ่งเร้ารอบตัว

1.2 มีการสำรวจและเข้าใจตนเอง หมายถึง การสำรวจจิตใจ ทำความเข้าใจความต้องการของตนเองในสภาพที่สอดคล้องกับความเป็นจริงของโลกภายนอก

1.3 วิธีการมองโลกและการเข้าใจความเป็นไปของโลกภายนอก หมายถึง ความสามารถในการมองโลกตามความเป็นจริงภายนอก สามารถประเมินสถานการณ์ได้อย่างถูกต้อง มีความคาดหวังที่สอดคล้องกับความเป็นจริง กำหนดวิธีดำเนินชีวิต แก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2. มิติเกี่ยวกับการจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวและโลกภายนอก ได้แก่

2.1 ความสามารถในการปรับตัวเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หมายถึงความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างปกติสุข มีระบบระเบียบแห่งความคิด สามารถจัดการกับปัญหา สิ่งแวดล้อมรอบตัว และโลกภายนอกได้

โดยไม่ก่อความเดือดร้อนแก่ตนเอง บุคคลอื่นและสังคมวงกว้าง รวมทั้งสามารถทำหน้าที่ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การทำประโยชน์ต่อสังคม บุคคลจะมีความพอใจกับการได้ทำประโยชน์ต่อสังคม มีมนุษย์สัมพันธ์ มีเพื่อนที่สามารถช่วยเหลือในยามต้องการ รวมถึงสามารถร่วมทำประโยชน์ต่อสังคมด้วยความสุข สงบและมีความพอใจ

2.3 ความสามารถสร้างสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อมในสังคม หมายถึง ความสามารถในการสร้างสัมพันธ์ภาพที่มีความหมาย มีความผูกพัน สื่อสารกับสิ่งแวดล้อมภายนอกได้ตามที่ตนต้องการ เหมาะสมกับสถานการณ์ สร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะเกื้อหนุนต่อกันได้

3. มิติทางสังคม เกี่ยวข้องกับกระบวนการทางสังคมและวิธีการดำเนินชีวิต สุขภาพจิตเป็นสิ่งแยกไม่ได้จากกระบวนการทางสังคม มิตินี้จึงเป็นกระบวนการทางสังคม มีส่วนร่วมกำหนดทางเลือกของบุคคล และวิธีการดำเนินชีวิตประจำวันของสมาชิกในสังคม

ประยุกต์ เสรีเสถียร (2539)[16] ได้แบ่งความสำคัญของสุขภาพจิตออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. ครอบคลุมองค์ประกอบของชีวิตทั้งหมด หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์จะต้องเป็นแบบองค์รวม (Holistic) ซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม สังคม และวัฒนธรรม

2. ครอบคลุมทุกระดับองค์กรหรือสถาบันในสังคม คือ องค์กรทุกระดับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และองค์กรต่าง ๆ ก็มีสภาพปัญหาและความต้องการทางสุขภาพจิตทั้งสิ้น

3. ครอบคลุมตลอดชั่วชีวิตของมนุษย์ กล่าวคือ มนุษย์ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดต่างก็มีสภาวะสุขภาพจิตที่แตกต่างกันออกไป เริ่มตั้งแต่ การเกิด การเรียนรู้ การแต่งงาน การทำงาน และการตายก็มีผลกระทบต่อจิตใจหรือสุขภาพจิตทั้งสิ้น

อภิชัย มงคลและคณะ (2544) [17] ได้ทำการศึกษาเรื่อง สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน ผลการศึกษาในด้านลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ประกอบด้วย 4 ประการคือ

1. สุขภาพจิตดี จิตใจดี มีคุณธรรม จิตใจเยือกเย็น สบายใจ ยิ้มแย้มแจ่มใส หน้าตาสดชื่น จิตใจร่าเริง สนุกสนาน จิตใจสบาย ไม่โกรธ ไม่ดุด่า และปล่อยวาง

2. สุขภาพกายแข็งแรง ไม่เจ็บไข้ สบายกาย สุขภาพดี ร่างกายสมบูรณ์ และนอนหลับได้

3. ความผาสุก อยู่ดีกินดี มีเงินทอง มีความสุข ไม่มีปัญหาครอบครัว ลูกอยู่ในโอวาท พอใจในสิ่งที่มีอยู่ไม่อยากได้อะไรเกินความพอดี เพื่อนบ้านดีไม่มีศัตรู มีเพื่อนฝูง และสิ่งแวดล้อมดี

4. คุณลักษณะส่วนบุคคลเชิงบวก เคารพผู้ใหญ่ ลูกหลานรักใคร่ดูแล เคารพนับถือกัน พูดจาดี พูดคุยกันกับคนอื่นดี ไม่บ่นดุด่า รู้จักทำมาหากิน ไม่เกี่ยงงาน และไม่ใช้สารเสพติด

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับเรื่องความคิดเห็น

2.1. ความหมาย

พจนานุกรมคอลลิ คอบิลด์(Collins Cobuild Learner's Dictionary,1996)[18]ได้ให้ความหมายของความคิดเห็น หมายถึง ความคิดหรือความเชื่อของคนในสิ่งต่างๆ การตัดสินในคุณลักษณะหรือความสามารถของบุคคล การให้คำแนะนำหรือตัดสินจากผู้ที่มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างมาก

พจนานุกรมเวบสเตอร์ (Webster New World Dictionary) [19] ให้ความหมายของความคิดเห็น (Opinion) หมายถึง การตัดสินใจ คำวิจารณ์ ความเห็นหรือรูปแบบของการประเมินผลในจิตใจเกี่ยวกับข่าวสารที่ได้รับ เป็นความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์หรือข่าวสาร โดยความเชื่อนั้นขึ้นกับประสบการณ์และการสังเกตของแต่ละบุคคล หรือความคิดเห็น การแสดงออกทางความคิด ความสนใจ ความรู้สึกของผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด หรือเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง

พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน(พ.ศ.2532) [20] ให้ความหมายของความคิดเห็นว่า “เป็นข้อพิจารณาเห็นว่าเป็นจริงจากการใช้ปัญญา ความคิดประกอบ ถึงแม้จะไม่ได้อาศัยหลักฐานพิสูจน์ยืนยันได้เสมอก็ตาม” และอีกความหมายหนึ่งคือ “ทัศนะ หรือประมาณการเกี่ยวกับปัญหา หรือประเด็นใดประเด็นหนึ่ง”

อุทัย หิรัญโต (พ.ศ.2519)[21] ให้ความเห็นเกี่ยวกับความคิดเห็นไว้ว่า ความคิดเห็นของคนมีหลายระดับ คือ อย่างผิวเผิน อย่างลึกซึ้งก็มี สำหรับความคิดเห็นที่เป็นทัศนคตินั้นเป็นความคิดเห็นอย่างลึกซึ้งและติดตัวไปเป็นเวลานาน เป็นความคิดเห็นทั่ว ๆ ไปไม่เฉพาะอย่างซึ่งมีลักษณะประจำตัวของบุคคลทุกคน ความคิดเห็นที่ไม่ลึกซึ้งและเป็นความคิดเห็นเฉพาะอย่างและมีอยู่เป็นเวลาสั้น เรียกว่า Opinion เป็นความคิดเห็นประเภทหนึ่งที่ไม่ตั้งอยู่บนรากฐานของพยานหลักฐานที่เพียงพอแก่การพิสูจน์ ความรู้แห่งอารมณ์ในระดับน้อย และเกิดขึ้นได้ง่ายแต่ก็สลายตัวเร็ว

สุชา จันทร์เอม และ สุรางค์ จันทร์เอม (2520) [22] ให้ความเห็นว่า "เราไม่สามารถแยกทัศนคติและความคิดเห็นออกจากกันได้ เพราะทัศนคติและความคิดเห็นนั้นมีลักษณะคล้าย ๆ กันแต่ลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ"

เรืองเวทย์ แสงรัตนา (2522) [23] ได้กล่าวว่า "ความคิดเห็นเป็นส่วนหนึ่งของทัศนคติ (Attitude) สามารถจะแยกความคิดเห็นและทัศนคติออกจากกันได้ เพราะทัศนคติและความคิดเห็นนั้นมีลักษณะคล้ายกัน แต่ลักษณะของความคิดเห็นจะไม่ลึกซึ้งเหมือนทัศนคติ"

สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคนอื่น ๆ (2522)[24] ให้ความหมายไว้ว่า "คือการแสดงออกซึ่งวิจารณญาณที่มีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ความคิดเห็นมีความหมายแคบกว่าทัศนคติ (Attitude) เพราะความคิดเห็นของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปตามข้อเท็จจริง (Fact) และทัศนคติของบุคคล ความคิดเห็นเป็นการอธิบายเหตุผลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดโดยเฉพาะ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) [25] กล่าวว่า "ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกทางด้านทัศนคติอย่างหนึ่ง แต่การแสดงความคิดเห็นนั้นมักจะมีอารมณ์เป็นส่วนประกอบ และเป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก"

จิราพร เขียวอยู่ (2543)[26] ได้ให้ความหมายของการวัด (Definition of measurement) หมายถึง กระบวนการในการกำหนดค่าให้แก่บุคคล หรือสัตว์ หรือวัตถุสิ่งของใดๆ (Objects) เพื่อแสดงถึงปริมาณหรือคุณภาพของลักษณะที่สนใจของบุคคล หรือสัตว์ สิ่งของนั้น ๆ โดยกระบวนการนี้จะกระทำภายใต้เกณฑ์หรือวิธีการที่ชัดเจนแน่นอน ในการกำหนดค่านั้นนิยมกำหนดเป็นตัวเลข ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการวิเคราะห์ผลที่ได้ของการวัด ตัวอย่างของลักษณะที่สนใจในการวัด เช่น ภาวะสุขภาพกาย จิต ความเชื่อด้านสุขภาพพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ คุณภาพชีวิต เป็นต้น

จากความหมายต่าง ๆ ของความคิดเห็นสรุปได้ว่า ความคิดเห็นเป็นการแสดงออกด้านความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจและความเชื่อต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งด้วยการพูดหรือการเขียนโดยมีอารมณ์ ประสบการณ์และสภาพแวดล้อมในขณะนั้นเป็นพื้นฐานของการแสดงออกซึ่งอาจจะถูกต้องหรือไม่ก็ได้ อาจได้รับการยอมรับ หรือปฏิเสธจากคนอื่นก็ได้ความคิดเห็นอาจเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา

2.2 การวัดความคิดเห็น การวัดความคิดเห็น สามารถวัดความคิดเห็นของบุคคลได้หลายวิธี วิธีที่ใช้กันทั่วไปคือ การใช้การตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์ เบสท์ (John W. Best 1977) [27] ได้เสนอแนะว่า วิธีที่ง่ายที่สุดในการที่จะบอกถึงความคิดเห็น ก็คือการแสดงให้เห็นถึงร้อยละของคำตอบในแต่ละข้อความ เพราะจะทำให้เห็นว่าความคิดเห็นจะออกมาในลักษณะเช่นไร และจะได้ทำตามข้อคิดเห็นเหล่านั้นได้

มอร์แกน และ คิง (Clifford T. Mowgan and Richard A. King ค.ศ.1971) [28] เสนอแนะว่า "การที่จะให้ใครออกความคิดเห็นควรถามกันต่อหน้า (Face to Face)"

การวัดความคิดเห็นมีหลายวิธีด้วยกันและที่แพร่หลายมี 4 วิธี คือ

1.แบบลิเคิต (Likert – Type หรือ Summated Rating Scale) เป็นแบบวัดทัศนคติที่สร้างขึ้นโดยนักจิตวิทยาชื่อลิเคิต ลักษณะการวัดจะมีข้อความหลาย ๆ ข้อความที่ครอบคลุมหัวข้อที่จะศึกษา ซึ่งข้อความนี้จะมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ เรียงกันอยู่อย่างไม่จงใจ และมีปริมาณที่พอ ๆ กัน การตอบแบบสอบถามนี้มีข้อให้เลือกตอบได้ตั้งแต่ 2 ตัวเลือกขึ้นไป ส่วนใหญ่นิยม 4 หรือ 5

ตัวเลือก เช่น เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ผู้ตอบจะใส่เครื่องหมายลงในตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งเท่านั้น สำหรับการให้คะแนนขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อความว่าเป็นบวกหรือลบ คะแนนทัศนคติของผู้ถูกวัดแต่ละคนจะได้จากผลรวมของคะแนนในแต่ละข้อ หรือเป็น
ค่าเฉลี่ยของผลรวมของทุกข้อ

2. แบบเธอร์สโตน (Thurstone–Type) เป็นแบบวัดทัศนคติโดยนักจิตวิทยาชื่อเธอร์สโตน ในปี ค.ศ. 1920 การสร้างสเกลแบบนี้เป็นการพยายามทำให้แต่ละข้อคำถามมีน้ำหนักในแต่ละช่วงเท่ากัน เพราะฉะนั้นสเกลที่ได้จะมีช่วงห่างเท่ากัน หรือดูเหมือนว่าเท่ากัน(Equal appearing interval) ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีข้อคำถามให้เลือกตอบได้ 2 ทางเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และแต่ละข้อคำถามจะมีค่าคะแนนอยู่ในคู่มือ เพื่อเป็นดัชนีบอกทิศทางและความเข้มของทัศนคติ ค่าคะแนนนี้จะมีค่าอยู่ระหว่าง 0-11 ถ้าทัศนคติดีค่าจะเข้าใกล้ 11 แต่ถ้าไม่ดีค่าจะเข้าใกล้ 0 อย่างไรก็ตามแบบของเธอร์สโตน มีข้อด้อยคือ สร้างเครื่องมือยาก เพราะซับซ้อนและใช้เวลามาก จึงมีผู้ใช้น้อยกว่าแบบลิเคิต

3. แบบกัทท์แมน (Guttman-Type or Cumulative Scale) สเกลแบบนี้จะมีความเป็นมิติเดียว วัดไปในแนวเดียวกัน คะแนนรวมที่ได้จะเป็นคะแนนสะสมของแต่ละคำตอบ นั่นคือทุกคะแนนของสเกลที่เพิ่มขึ้น สะท้อนถึงการเพิ่มขึ้นของทัศนคติในเรื่องนั้น ดังนั้นจะเห็นแบบแผนของคำตอบเป็นสามเหลี่ยมแบบขั้นบันได เพราะฉะนั้นจากคะแนนทัศนคติที่ได้สามารถทราบถึงแบบแผนของคำตอบได้ คนที่ได้คะแนนเท่ากัน จะมีแบบแผนของคำตอบเหมือนกัน ลักษณะของแบบวัดแบบนี้คะแนนรวมของแต่ละคนจะได้จากผลรวมของแต่ละข้อโดยมีทิศทางเดียวกัน เห็นด้วยเท่ากับ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 0 คะแนน ข้อดีของแบบกัทท์แมนคือ มีความเป็นมิติเดียว ให้ภาพความต่อเนื่องของทัศนคติตามคะแนนที่เพิ่มขึ้น

4. แบบออสกูด (Osgood Scale or Semantic Differential Scale) เป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นโดยออสกูด และคณะ ในปี ค.ศ. 1957 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความคิดรวบยอดหรือมโนทัศน์ของสิ่งต่าง ๆ ลักษณะของแบบวัดนี้จะมีประโยคหรือวลีเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจจะเป็นสถานที่ บุคคล เหตุการณ์ หรือสิ่งของที่ต้องการให้ผู้ตอบแสดงความรู้สึกในมิติต่าง ๆ 3 มิติ คือ ด้านการประเมินผล เช่น ดี-เลว น่าเกลียด-สวยงาม ด้านศักยภาพ เช่น แข็งแรง-อ่อนแอ บอบบาง-ทนทาน และด้านกิจกรรมหรือปฏิกิริยา เช่น รวดเร็ว-เชื่องช้า มืด-สว่าง เป็นต้น ผู้วิจัยต้องหาคำคุณศัพท์ที่มีความหมายตรงข้ามกันเป็นคู่ ๆ และมีลักษณะทั้ง 3 มิติปะปนกัน ระหว่างคู่คำจะมีสเกลให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีแบบลิเคิต(Likert-Type หรือ Summated Rating Scale)

3. แนวคิดเรื่องสุขภาพจิตชุมชน

3.1 ความหมายของสุขภาพจิตชุมชน

มีผู้ให้ความหมาย คำที่เกี่ยวข้องไว้หลายประการดังนี้

สมศรี เชื้อหิรัฐ (2525, อ้างถึงในสมบูรณ์ พู่มนตรี, 2540)[29] ให้ความเห็นว่า

สุขภาพจิตชุมชน (Community Mental health) คือการป้องกันทางจิตเวชชุมชน คำว่าชุมชน หมายถึง หมู่บ้าน หรือตำบล หรือชาวบ้าน นอกโรงพยาบาล ลักษณะการปฏิบัติงานของสุขภาพจิตชุมชนมุ่งไปนอกโรงพยาบาล จึงได้รับการเรียกว่างานสุขภาพจิตชุมชน นั่นคือการป้องกันโรคจิต โรคประสาทในชุมชน

ส่วน “จิตเวชศาสตร์ชุมชน” เป็นสาขาของวิชาจิตเวชศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคทางจิตเวช การค้นหาผู้ป่วยที่เริ่มเป็นโรคทางจิตเวช การรักษาและการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ วิชานี้มุ่งให้ประโยชน์แก่กลุ่มประชาชน ที่จำกัดขอบเขต มากกว่า กับ ผู้ป่วยจิตเวชคนใดคนหนึ่ง

“จิตเวชชุมชน” เป็นวิชาการแขนงหนึ่งของจิตเวชศาสตร์ ว่าด้วยการนำเอาการปฏิบัติงานทางด้านการรักษา การป้องกันโรคทางจิตเวชและการส่งเสริมสุขภาพจิตมาผสมผสานกันนำไปเสนอให้กับชุมชน โดยเน้นการเข้าถึงชุมชนหรือลดอุปสรรคต่างๆ ที่ทำให้ประชาชนเข้าไม่ถึงบริการ หรืออาจกล่าวได้อีกอย่างว่า เป็นการปฏิบัติงานทางด้านจิตเวชศาสตร์ในแนวทางของวิชาสาธารณสุขศาสตร์

งานสุขภาพจิตชุมชน หมายถึง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง การยกระดับสุขภาพจิตของประชาชน และการลดจำนวนผู้ป่วยจากความผิดปกติของจิตใจของประชาชน ซึ่งประกอบด้วยการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และโรคทางจิตเวช

วิฑูร แสงสิงแก้ว (2527,อ้างถึงใน ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู, 2534)[30] ให้ความเห็นว่าสุขภาพจิตชุมชนที่ดี หมายถึง ชุมชนนั้นประกอบด้วย สมาชิกที่มีสุขภาพดีตลอดจนชุมชนนั้น มีความสามารถที่จะยอมรับและแก้ไขสมาชิกจำนวนน้อยที่อาจมีสุขภาพจิตไม่ดีได้

ในการประชุมสมัชชาขององค์การอนามัยโลก ที่เมืองอัลมา อตา ประเทศรัสเซีย ในปี พ.ศ. 2521 มีมติให้ “ประชากรโลกมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ภายในปี 2543” (Health For All by the year 2000) องค์การอนามัยโลก ได้ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการพัฒนาบริการแบบเบ็ดเสร็จขึ้น (Comprehensive Health Care) มีการป้องกันและควบคุมโรค ดูแลสภาพสิ่งแวดล้อม มีการพัฒนาบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ตลอดจนถึงการร่วมและพัฒนางานการแพทย์ กับงานวิจัยต่างๆ และการวางแผนงานด้านสาธารณสุข โดยไม่พยายามที่จะรวมกิจกรรมต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน และงานส่งเสริมสุขภาพจิตก็ได้ระบุไว้ด้วย เนื่องจากได้เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยนั้นต้องดูแลคนทั้งคน (Holistic Approach) คือ การดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ควบคู่กันไปจึง

ให้ได้ความหมายของคำว่าสุขภาพ (Health) ว่า “Health is state of complete physical, mental and social well-being”

ในปี ค.ศ. 1975 โดยความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก ได้มีการศึกษารูปแบบของงานให้บริการสุขภาพจิตที่เป็นไปได้ และมีประสิทธิภาพมากที่สุดในประเทศที่กำลังพัฒนา 7 ประเทศ คือ Columbia, India, Senegal, Sudan, Philippines, Egypt และ Brazil ระยะเวลาในการศึกษา 5 ปี โดยใช้นโยบายในการพัฒนาการมีส่วนร่วมในชุมชนของ งานสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) จุดสำคัญและทิศทางใหม่ของการดำเนินงานโครงการสุขภาพจิต (Mental Health Program) เน้นงานสาธารณสุขและลักษณะของสังคมในด้านสุขภาพจิต ความต้องการด้านพัฒนาและประเมินผลทางเลือกต่างๆ ตลอดถึงวิธีการดำเนินงานที่ลงทุนน้อย แต่ได้ประโยชน์สูงสุด (Low–Cost Methods of Mental Health Care) โดยได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาไว้ คือ ในประเทศที่กำลังพัฒนา สามารถกระจายงานและผสมผสานงานด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งการตั้งสมมติฐานดังกล่าว ได้มีรูปแบบการดำเนินการของงานสุขภาพจิตในประเทศที่พัฒนาแล้ว คือ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้จัดให้มีศูนย์สุขภาพาจิตชุมชน (Community Mental Health Care) รับผิดชอบดูแลและให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว ทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิต โดยการจัดให้มีการผสมผสานงานเข้ากับการบริการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว และจากผลการศึกษาดังกล่าว ได้พบว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการผสมผสานงานเข้าในงานสาธารณสุขมูลฐาน องค์การอนามัยโลกจึงได้ให้แนวความคิดในการดำเนินงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน ไว้ดังนี้

แนวความคิดที่ 1 ให้ความสำคัญกับการป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มอาการทางจิตและประสาท โดยการจัดให้มีการผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับบริการทางสุขภาพที่มีอยู่แล้ว และให้ปฏิบัติโดยบุคลากรสาธารณสุขทั่วไป ในเดือนธันวาคม ปี ค.ศ.1985 ได้จัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญจากองค์การอนามัยโลกที่ เมืองโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ ได้สรุปแนวคิดไว้ว่า

1. ขอบเขตของกิจกรรมงานสุขภาพจิต ควรผนวกเข้ากับงานบริการสุขภาพทั่วๆ ไป

2. งานสุขภาพจิตต้องเป็นบริการที่ไม่เพิ่มงานให้แก่เจ้าหน้าที่ แต่เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากให้การดูแลผู้ป่วยทั้งคน โดยดูทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วยด้วยในเวลาเดียวกัน

แนวความคิดที่ 2 เน้นเรื่องปัจจัยทางจิต–สังคม (Psychosocial Factors) สำหรับงานด้านสุขภาพจิตนั้น บุคลากรทางการแพทย์ทั่วไปมักมองข้ามความสำคัญละเลยที่จะให้บริการควบคู่ไปด้วย แต่ในความเป็นจริงแล้ว ความเจ็บป่วยทางกายและจิตใจมักเกี่ยวข้องกันเสมอ คือ

- ภาวะความเจ็บป่วยทางกายสามารถเป็นผลมาจากมีความเจ็บป่วยทางจิตได้
- ภาวะความเจ็บป่วยทางกายอาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตได้เช่นเดียวกัน
- ภาวะทางร่างกายและสภาพอารมณ์ มักพบเป็นต้นเหตุสำคัญทางการติดสุรา และสารเสพติดเสมอ
- สุขภาพของมนุษย์จะดีไม่ได้ ถ้าหากมองข้ามถึงสภาพทางจิตใจของคนๆ นั้น จึงได้ให้แนวคิดในการผนวกงานสุขภาพจิตเข้ากับบริการต่างๆ ดังนี้

1. การบริการก่อนคลอด และระยะคลอด (Prenatal, prenatal Care)
2. การอนามัยแม่และเด็ก ทั้งด้านการศึกษา และด้านโภชนาการ
3. การวางแผนครอบครัว
4. การให้ความรู้และฝึกอบรมแก่บุคลากรสาธารณสุข

การดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน

โดยได้มีการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับชาติ ไว้ดังนี้

1. ในสถานบริการทุกระดับ ให้งานบริการด้านสุขภาพจิตผสมผสานเข้าไปในการให้บริการสุขภาพทั่วๆ ไปให้มากที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้

2. ให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในชุมชน โดยจัดตั้งศูนย์ให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน โดยตรงทำหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน ซึ่งอาจไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

3. ให้มีการฝึกอบรมทักษะที่จะเป็นด้านสุขภาพจิตและจิต–สังคมแก่บุคลากรทางสาธารณสุข

4. ควรมีการส่งเสริมทัศนคติของการมีสุขภาพจิตดีตั้งแต่วัยเด็ก ป้องกันพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน

5. ควรจัดเป็นนโยบายระดับชาติ ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดสุราและสารเสพติด

6. ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตใจ ควรได้รับการดูแลรักษาและให้ความช่วยเหลือเช่นเดียวกับผู้ป่วยทางกายต่างๆ

7. ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด จากชุมชนของตนโดยใช้ทรัพยากรที่มีในชุมชน

โดยนโยบายดังกล่าวควรได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีทั้งภาครัฐและเอกชน ในชุมชนและเป็นนโยบายที่จะนำมาสู่การวางแผนงาน/โครงการสำหรับดำเนินงานของประเทศต่างๆ ในลำดับต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การดำเนินงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย

ในการดำเนินงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทย ได้ดำเนินการโดยยึดแนวทางและเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดไว้ คือ การมีสุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี 2543 โดยใช้กลวิธีของการสาธารณสุขมูลฐาน มีการพัฒนาในการดำเนินงาน สรุปได้ดังนี้

1. การจัดรูปแบบการดำเนินงาน มีแนวความคิดในการลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวชและขยายเตียงในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป โดยการจัดตั้งฝ่ายจิตเวชขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง และจัดหลักสูตรอบรมแพทย์อายุรกรรมในวิชาจิตเวชศาสตร์ และกลับไปทำงานในฝ่ายจิตเวชที่ตั้งขึ้น

2. จัดทำโครงการ Monitoring of Mental Health Need ขึ้นที่ จ.ขอนแก่น ในปี พ.ศ.2520 พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการบริการสุขภาพจิตพอสมควร

3. จัดทำโครงการ Triaxial Record System เน้นให้แพทย์เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งคน ซึ่งประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ และสังคม

4. การผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน ได้มีการทดลองดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2522 เพื่อศึกษารูปแบบ ที่ อ.เขื่องใน จ.อุบลราชธานี ต่อมาได้ทดลองดำเนินการเต็มรูปแบบทั้งจังหวัดในปี พ.ศ.2524 ที่ จ.นครราชสีมา พบว่าได้ผลดี และเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ โดยการอบรมความรู้สุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และอาสาสมัคร โดยผ่านทางวิทยากรระดับจังหวัด และถือเป็นรูปแบบในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนเรื่อยมา จนกระทั่งในปี พ.ศ.2525 เมื่อเริ่มเข้าสู่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่5 ได้บรรจุงานสุขภาพจิตให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงได้ดำเนินการเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

5. การดำเนินงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน เน้นปัจจัยทางจิต–สังคม มีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุข มีการจัดทำคู่มือความรู้ในการปฏิบัติงานของบุลากรสาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการให้บริการปรึกษาปัญหาในกลุ่มเสี่ยง ในเรื่องการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนั้น เน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และมีแนวโน้นในการใช้ชุมชนเป็นที่รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแทนการอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน

วิวัฒนาการของงานสุขภาพจิตชุมชน

สุขภาพจิตชุมชนในประเทศไทยเริ่มต้นเมื่อ พ.ศ.2508 โดยการจัดหน่วยจิตเวชเคลื่อนที่ออกไปให้บริการตามโรงพยาบาลทั่วไปและสถานีอนามัยของจังหวัดต่างๆ ในภาคใต้ การบริการในรูปแบบนี้ต้องยุติไปภายหลัง

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 1 (พ.ศ.2507 – 2509) ซึ่งได้ให้ความสำคัญด้านการป้องกันโรคและขยายบริการสาธารณสุขในพื้นที่ชนบทที่ห่างไกล แต่ลักษณะของการให้บริการก็ยังเป็นการรักษาในโรงพยาบาลอยู่

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 2 (พ.ศ.2510 – 2514) เริ่มดำเนินการด้านการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเป้าหมายเด็กและเยาวชน (School Mental Health) ในปี พ.ศ.2512 โดยเน้นการวินิจฉัยและแก้ไขปัญหานักเรียน แต่ครอบคลุมโรงเรียกรุงเทพมหานครเพียง 4 โรงเรียนเท่านั้น และมีจุดอ่อนคือเป็นการปฏิบัติงานในรูปแบบบริการโดยเจ้าหน้าที่รัฐเพียงฝ่ายเดียว ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชน นอกจากนี้ยังได้เพิ่มบริการสาธารณสุขในชนบทที่ห่างไกล และปรับปรุงคุณภาพบริการให้มีประสิทธิภาพ ทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาคในด้านสุขภาพจิต มีโครงการปรับปรุงจิตเวช และการจัดตั้งแผนกจิตเวชในโรงพยาบาลทั่วไป

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 3 (พ.ศ.2515 – 2519) รัฐได้พัฒนางานสาธารณสุขให้สอดคล้องกับการขยายตัวทางเศรษฐกิจด้วยการใช้ทรัพยากรทั้งในด้านคน วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณให้เกิดประโยชน์สูงสุด และได้เน้นความสำคัญด้านจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน การพัฒนาเริ่มเข้าสู่รูปแบบการให้บริการโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาด้วยตนเองและเป็นการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น การให้ความรู้แก่ครู และนักเรียน โดยเริ่มที่โรงเรียนมัธยมสาธิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และให้อาจารย์ประจำชั้น อาจารย์แนะแนวดำเนินการเองจนสามารถแก้ปัญหาเด็กได้ด้วยตนเอง ทำให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้มากกว่าการใช้บุคลากรทางสุขภาพจิต

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 – 2524) รัฐได้มีนโยบายในการทำงานสุขภาพจิตผสมผสานเข้ากับระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่แล้ว ก็คือ การพัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และอำเภอให้มีความรู้ ความเข้าใจทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถวินิจฉัย และให้การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนในชนบทที่ห่างไกลสามารถได้รับบริการสุขภาพจิตชุมชนเช่นเดียวกับชุมชนในเขตเมือง งานสุขภาพจิตจึงรวมเข้าเป็นองค์ประกอบหนึ่งในงานสาธารณสุขมูลฐาน แต่งานสาธารณสุขมูลฐาน ยังเป็นลักษณะการกระจายเป็นโครงการๆ ในกลุ่มปัญหาที่สำคัญ คือ กลุ่มที่เกิดจากความเครียด สุขภาพจิตบกพร่องและการติดยาเสพติด

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่5 (พ.ศ.2525–2529) ได้พยายามแก้ไขปัญหาต่างๆ อันจะส่งผลให้สุขภาพอนามัยของประชาชนในชนบทให้ดีขึ้น เร่งรัดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้นโดยนโยบายให้ถือว่าการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นนโยบายสำคัญของการสาธารณสุขของชาติ ในอันที่จะก่อให้เกิดการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยจะก่อนให้เกิดมาตรฐานของสุขภาพอนามัยทุกคนในระดับหนึ่ง นอกจากนั้น การ

ผสมผสานระหว่างสาขาต่างๆ ในการพัฒนา 4 กระทรวงหลัก คือ เกษตร ศึกษาธิการ สาธารณสุข และมหาดไทย ก็เป็นหัวใจของการพัฒนาแนวใหม่และงานสุขภาพจิตได้มีการกำหนดเป็นแผนงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในฉบับนี้

ในส่วนของแผนงานสุขภาพจิต ได้มีการพยายามที่จะแก้ไขอุปสรรคและปัญหาต่างๆ ในแผนฯ ที่ผ่านมา เช่น นโยบายไม่ชัดเจน กำหนดเป้าหมาย และการกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสม ขาดการประสานงานที่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานจึงไม่ประสบผลสำเร็จทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ คือ ไม่สามารถลดปัญหาและควบคุมสภาวะโรคจิตโรคประสาทได้ จึงได้จัดระบบงาน และเพิ่มขีดความสามารถในการบริการ โดยผนึกกำลังร่วมกันดำเนินงานตามกิจกรรมที่กำหนดให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เพื่อแก้ไขข้อจำกัดทั้งด้านกำลังคน และงบประมาณและยังได้วางหลักการดำเนินงานสุขภาพจิตระยะยาวไว้เป็นครั้งแรกด้วย ดังต่อไปนี้

1. เน้นเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต
2. เร่งรัดการผสมผสานงานสุขภาพจิตโดยใช้การสาธารณสุขมูลฐาน
3. มุ่งส่งเสริมคุณภาพของเด็กและเยาวชน
4. ปรับปรุง และยกระดับมาตรฐานของหน่วยบริการสุขภาพจิต
5. เพิ่มและพัฒนาคุณภาพของผู้ร่วมงานสุขภาพจิต
6. สนับสนุนการศึกษาวิจัยที่จะให้ผลในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต
7. เพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการของการดำเนินงานสุขภาพจิต

โดยเหตุที่งานสุขภาพจิตเป็นงานหนึ่งที่รับผิดชอบในเรื่องการพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงได้นำนโยบายดังกล่าวมาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดโครงการดำเนินงานด้วย สรุปปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525 – 2529) มีดังนี้

1. งานสุขภาพจิตยังไม่ได้รับการบรรจุไว้ในกรอบนโยบาย และแผนงานสาธารณสุขจะดำเนินการไปสู่ชุมชนได้ก็โดยการจัดทำเป็นรูปแบบโครงการทดลอง
2. ขาดการสนับสนุนด้านงบประมาณ
3. การประสานงานระหว่างสาขาไม่เพียงพอ
4. การกระจายทรัพยากรไม่เหมาะสม
5. ขาดเครื่องชี้วัดทางสุขภาพจิต
6. สถิติไม่สมบูรณ์และไม่เป็นระบบ ยังไม่มีหลักเกณฑ์ที่เป็นเอกรูป
7. การวางแผนไม่มีข้อมูลทางด้านระบาดวิทยารองรับ

8. ขาดนักวางแผน เนื่องจากบุคลากรแพทย์ในแผนงานสุขภาพจิตได้รับการฝึกอบรมและมีประสบการณ์หนักทางด้านการรักษาพยาบาล ขาดทักษะทางด้านการส่งเสริมป้องกันและอื่นๆ

9. บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตและมีเจตคติที่ไม่ดีต่องานสุขภาพจิต

10. การนิเทศงานไม่อยู่ในแผนนิเทศงานประจำของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้นิเทศงานได้ไม่ทั่วถึง และขาดความต่อเนื่อง

11. การดำเนินงานไม่ได้เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน

ในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 – 2534) รัฐมุ่งพัฒนาสุขภาพอนามัยทั้งทางกายและจิตใจให้ประชาชนมีคุณภาพที่ดี มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การบรรลุภาวะสุขภาพดีถ้วนหน้าในระยะยาว มีการดำเนินการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นพื้นฐานทั้งในปัจจุบันและอนาคตเพื่อให้ประชาชนพึ่งพาตนเองได้ และเสริมสร้างความเป็นธรรมทางสังคมในแผนพัฒนาฯ ฉบับนี้ งานสุขภาพจิตได้มีการกำหนดไว้เป็นแผนงานของสุขภาพาจิตโดยแบ่งออกเป็น 2 งาน คือ งานบริการสุขภาพจิต ฟื้นฟูสภาพจิต และงานบริการผู้ป่วยปัญญาอ่อน ในส่วนของงานบริการสุขภาพจิตและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยทางจิตได้มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั้งระบบและครบวงจรของการบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพโดยมุ่งเน้น

1. การส่งเสริมการพัฒนาคุณภาพชีวิต คุณธรรม จริยธรรม และสุขภาพจิตของประชาชนในชาติ กลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญลำดับสูง อันได้แก่ เด็กและเยาวชนเป็นลำดับแรก และผู้สูงอายุเป็นลำดับต่อไป

2. การป้องกันมิให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มทวีมากขึ้น เฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวแล้ว และการจัดบริการทางสังคมต่างๆ เพื่อคลี่คลายปัญหาที่มีอยู่ให้ทุเลาลง

3. ปรับปรุงระบบบริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยจิตเวชทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ โดยคำนึงถึงสถานภาพที่แท้จริงในแต่ละชุมชน รวมทั้งให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมจัดการด้วยตนเองให้มากยิ่งขึ้น โดยนโยบายของรัฐและแผนงานของสุขภาพจิต หน่วยปฏิบัติได้แปลงเป็นแนวปฏิบัติให้เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน ดังนี้

1. พัฒนาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพจิตในท้องถิ่นของตนเอง

2. เพิ่มขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพจิต ในการให้บริการสุขภาพจิตระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น รวมทั้งพัฒนาระบบส่งต่อให้ตอบสนองความต้องการของประชาชน

3. ในส่วนของประชาชน การถ่ายทอดด้านวิชาการสุขภาพจิตจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้แก่ประชาชน เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องทำไปอย่างต่อเนื่องตลอดไป

แผนพัฒนาสุขภาพจิตฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535 – 2539)สำหรับแผนงานสุขภาพจิตในแผนการพัฒนาสาธารณสุขแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 นั้น ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน ดังนี้

1. เพื่อปรับปรุงและขยายการบริการสุขภาพจิตให้ครอบคลุมประชากรทั่วประเทศอย่างครบวงจร

2. เพื่อส่งเสริมพัฒนาการและสร้างเสริมสมรรถภาพจิตใจของประชาชนให้มีคุณภาพ

3. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองและช่วยเหลือซึ่งกันและกันในด้านบริการสุขภาพจิต

4. เพื่อป้องกันการเกิดภาวะปัญญาอ่อนในประชาชนทั่วไปและให้บริการบุคคลที่มีภาวะปัญญาอ่อน

สาระสำคัญของแผนงาน / งานในแผนพัฒนาสุขภาพจิตฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544)

1. สาขาการบริหารจัดการการสาธารณสุข
2. สาขาการบริการสาธารณสุข
3. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค
4. สาขาการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ

1. สาขาการบริหารจัดการสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้บริหารจัดการด้านสาธารณสุขมีระบบที่ดี มีประสิทธิภาพ สามารถสนับสนุนหน่วยงานต่างๆ ให้บริการพัฒนาสาธารณสุขสู่ประชาชน ให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า โดยในที่นี้จะขอกล่าวถึงเฉพาะงานนโยบายและแผนซึ่งเป็นแผน / โครงการใหม่ ที่จะเริ่มในปี 2541 เป็นต้นไป

- งานนโยบายและแผน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มีนโยบาย การวางแผนและการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2. เพื่อพัฒนาระบบการวางแผนและประสานแผนสุขภาพจิตทั้งระดับชาติ ระดับกระทรวง กรมและระดับท้องถิ่น ให้สอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่และสนับสนุนการกระจายอำนาจ

3. เพื่อพัฒนา ปรับปรุงและประสานงาน แผนงบประมาณ และแผนกำลังคน ให้มีความสอดคล้องกัน

4. เพื่อพัฒนาเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตของชาติ ให้เกิดการประสานแลกเปลี่ยนและสนับสนุนทั้งด้านนโยบาย ทรัพยากร และวิชาการซึ่งกันและกันอย่างมีประสิทธิภาพ

5. เพื่อพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ ให้ทันต่อสถานการณ์และสอดคล้องกับสภาพปัญหาสาธารณสุข

6. เพื่อพัฒนาระบบการควบคุมกำกับและการประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

โดยมีกลวิธีในการดำเนินงาน ดังนี้

ก. พัฒนางาน

1. ศึกษาวิจัย เพื่อการกำหนดนโยบาย การวางแผน การนำแผนสู่การปฏิบัติและการประเมินผล

2. วิเคราะห์ ประสาน และพัฒนาการจัดทำแผนงาน แผนงบประมาณ และแผนกำลังคน ด้านสุขภาพจิต

3. ติดตาม ควบคุม กำกับและวิเคราะห์ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบาย แผนงานและโครงการที่สำคัญๆ ด้านสุขภาพจิต

ข. พัฒนาบุคลากร

คือพัฒนาบุคลากรระดับต่างๆ ให้มีความรู้ความสามารถในด้านการวางแผน การประเมินผลการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ และงานข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิต

ค. พัฒนากลไกการบริหาร

คือ ส่งเสริมการจัดตั้งฝ่ายสุขภาพจิตในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2. สาขาการบริการสาธารณสุข

งานบริการสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บริการสุขภาพจิตมีคุณภาพ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง รวมทั้งสามารถสนับสนุนบริการสาธารณสุขผสมผสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เพื่อให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลปัญญาอ่อนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณภาพตามศักยภาพของตนและครอบครัว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กลวิธี

1. ขยายความครอบคลุมบริการสุขภาพจิต

1.1 จัดตั้งสถานบริการสุขภาพจิต

1.2 ขยายและปรับปรุงสถานบริการสุขภาพจิต

1.3 สนับสนุนและพัฒนาให้มีบริการสุขภาพจิตในสถานบริการสุขภาพจิตทั่วไปให้มีบริการดูแลผู้ป่วยในชุมชน (Community Care)

2. พัฒนาคุณภาพและบริการสุขภาพจิต

2.1 ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ

2.2 พัฒนาการให้บริการจิตเวชให้ได้บริการและวิชาการที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและสังคมไทย โดยเน้นความพึงพอใจของผู้รับบริการส่งเสริมและสนับสนุนบริการสาธารณสุขให้จัดบริการสุขภาพจิตตามเกณฑ์ พ.บ.ส.

2.3 ส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุข

3. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม และป้องกันโรค

3.1 แผนงานสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดี มีสภาพชีวิตที่ปกติสุข มีศักยภาพทั้งด้านจิตใจ และอารมณ์ สามารถแสดงออกต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคมอย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ภายใต้สภาพแวดล้อม และเวลาที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

2. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตเชิงรุกให้ครบวงจร ให้มีความครอบคลุมทุกพื้นที่และผสมผสานกับการบริการด้านอื่นๆ

3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยี และองค์ความรู้ ตลอดจนบูรณาการภูมิปัญาท้องถิ่นในด้านสุขภาพจิตเพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในด้านส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพให้มีคุณภาพสอดคล้องกับสภาพวัฒนธรรมและสังคมไทย ทำให้สามารถดูแลสุขภาพจิตตนเองได้

3.2 แผนงานรอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

วัตถุประสงค์

เพื่อให้บุคคลและสถาบัน มีภูมิคุ้มกันต่อปัญหาสุขภาพจิตและสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างหมาะสม มีจิตสำนึกที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพจิตตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสถาบัน รวมทั้งมีความสามารถในการดูแลสุขภาพจิตของตนเอง และแนะนำช่วยเหลือผู้อื่นได้เป็นอย่างดีด้านสุขภาพจิต

จากนโยบายการดำเนินงานสุขภาพจิตของกระทรวงสาธารณสุข ในแผนพัฒนาสุขภาพจิต ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ได้มีการกำหนดกรอบการดำเนินงานสุขภาพจิตในส่วนภูมิภาคของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวม 8 โครงการ ซึ่งมีกรมสุขภาพจิตเป็นผู้สนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าว ดังนี้

1. โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน มีเป้าหมายประชากรอยู่ที่ผู้ป่วย 3 กลุ่มโรค ให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบครบวงจรและเป็นระบบระหว่างชุมชนหน่วยบริการในพื้นที่กับหน่วยบริการของโรงพยาบาลจิตเวช

2. โครงการบริการคลายเครียด เป้าหมายอยู่ที่ประชาชนทั่วไป ให้สถานบริการสาธารณสุขมีคลินิกคลายเครียด และให้บริการแก่ประชาชนเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการคลายเครียดได้ด้วยตนเอง เป็นการป้องกันการเกิดอาการทางจิตที่ร้ายแรงอื่นๆ

3. โครงการบริการให้คำปรึกษา เป้าหมายอยู่ที่ผู้ติดเชื้อ HIV ผู้ป่วยโรคเอดส์ และญาติผู้ป่วย รวมถึงผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เป็นการช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต มีการพัฒนาเครือข่ายของผู้ให้บริการปรึกษา

4. โครงการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป้าหมายอยู่ที่ประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ให้มีการจัดกลุ่มกันเองของผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาแกนนำผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิต โครงการสุขภาพจิตในสถานศึกษา เป้าหมายอยู่ที่ครู–อาจารย์ และนักเรียน โดยให้ ครู–อาจารย์ มีความรู้ความสามารถในการสอนทักษะชีวิต และการให้บริการปรึกษาด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน เพื่อให้นักเรียนมีศักยภาพในการป้องกันตนเองจากปัญหาทางเพศ สารเสพติด และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ

5. โครงการสุขภาพจิตในสถานประกอบการ เป้าหมายอยู่ที่ผู้บริหารสถานประกอบการ และลูกจ้าง / คนงานในสถานประกอบการ ให้มีความรู้ด้านสุขภาพจิต สามารถจัดการกับความเครียดในการทำงาน ให้บริการปรึกษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดวิกฤตการณ์ที่รุนแรงในสถานประกอบการ

6. โครงการสุขภาพจิตกับการออกกำลังกาย เป้าหมายอยู่ที่ประชาชนทั่วไป เยาวชนและนักกีฬา ให้มีการจัดกิจกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสม ส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีขึ้น และนักกีฬาได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจในการแข่งขันระดับจังหวัด / ระดับเขต

7. โครงการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เป้าหมายอยู่ที่เด็กที่มีปัญหาด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคม และการรับรู้ ให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กที่มีปัญหา เป็นการส่งเสริมการพัฒนาของเด็กที่มีปัญหาดังกล่าว

จากการดำเนินงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่1-7พบว่า มีปัญหาและอุปสรรคเกิดขึ้นในหลายๆ ด้าน และก็ได้มีการนำข้อปัญหาเหล่านั้นมาวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไข และใช้แนวทางนั้นมากำหนดเป็นนโยบายในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับต่อๆ มา ซึ่งทำให้แผนงานสุขภาพจิตมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น ดังจะเห็นได้จาก แผนพัฒนาสุขภาพจิต ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ กลวิธีและกิจกรรมโครงการไว้ชัดเจนในการที่จะให้บริการสุขภาพจิตมีคุณภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้อย่างทั่วถึง สามารถสนับสนุนบริการสาธารณสุขด้านอื่นๆ โดยผสมผสานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และสนับสนุนสถานบริการสาธารณสุข โดยเฉพาะสถานีอนามัยให้มีการจัดบริการสุขภาพจิต ซึ่งแผนพัฒนาสุขภาพจิต ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 – 2544) นั้นมีความสอดคล้องกับแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540 – 2544) ซึ่งทำให้น่าที่จะศึกษาการนำแนวคิดในเรื่องการสร้าง primary care ที่เข้มแข็ง กับการพัฒนาการบริการสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล โดยมีสถานีอนามัยเป็นโครงสร้างรองรับที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายเดียวกัน คือทำให้เกิดคุณภาพ (Quality) ประสิทธิภาพ (Efficiency) ความเป็นธรรมและความเสมอภาค (Equity) ของระบบบริการที่ดี

4. แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน

3.1 การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care)

ความหมายของสาธารณสุขมูลฐาน

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของสาธารณสุขมูลฐานในรูปของหลักการ ซึ่งอาจจำแนกออกเป็นหัวข้อได้ 6 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. เป็นบริการสุขภาพอนามัยอันจำเป็นแก่การดำรงชีพของประชาชน
2. จักต้องใช้ทั้งวิธีการและเทคโนโลยีตามหลักวิทยาศาสตร์ซึ่งยอมรับกันโดยทั่วไป
3. เป็นบริการให้แก่ตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ซึ่งตัวบุคคล ครอบครัวและชุมชนเหล่านั้นจะต้องมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
4. เป็นบริการที่สังคม ชุมชน และประเทศชาตินั้น ๆ สามารถบริหารจัดการให้บริการเหล่านั้น ดำเนินไปได้ด้วยดี ในลักษณะของการพึ่งตนเอง และใช้ดุลยพินิจดำเนินการต่าง ๆ ได้โดยตลอดไป
5. เป็นส่วนสำคัญยิ่งส่วนหนึ่งของระบบบริการสาธารณสุขแห่งชาติทั้งระบบ ซึ่งต้องถือว่าเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนหรือประเทศชาติด้วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6. การสาธารณสุขมูลฐานนี้ จะต้องเป็นกลไกเชื่อมโยงระหว่างตัวบุคคลทุกคน ครอบครัวทุกครอบครัว และชุมชนทุกชุมชนกับบริการสาธารณสุขแห่งชาติ เพื่อให้บริการสาธารณสุขแห่งชาติ ได้ลงถึงที่อยู่อาศัย และที่ทำงานของประชาชนให้มากที่สุดเท่าที่จะกระทำได้

การสาธารณสุขมูลฐาน[31] คือวิธีการดำเนินงานในรูปแบบที่ผสมผสานระหว่างการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ โดยชุมชนมีความต้องการหรือได้รับการสนับสนุนจากรัฐจัดให้มีขึ้น ใช้วิทยากรและทรัพยากรอย่างเหมาะสม สามารถหาได้จากท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ 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 และดำเนินงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลด้านสาธารณสุข และด้านอื่น ๆ ในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แนวคิดและหลักการสาธารณสุขมูลฐาน

แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในส่วนที่ประชาชนสามารถทำได้ ทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลที่ง่าย ๆ โดยประชาชนจะต้องเป็นผู้ริเริ่มแก้ปัญหา วางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน เป็นการปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนจากผู้รับบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการมาเป็น การให้บริการแก่ชุมชนโดยประชาชน มีเจ้าหน้าที่ของรัฐให้การสนับสนุน โดยมีการปรับระบบบริการของรัฐให้สามารถรองรับสาธารณสุขมูลฐาน

หลักการสาธารณสุขมูลฐาน ประกอบด้วย

1. การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) ในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในชุมชน ประชาชนควรเป็นผู้ดำเนินการเอง เพราะประชาชนเท่านั้นที่จะเป็นผู้รู้ปัญหาของชุมชนตนเองได้ดีที่สุด

2. การประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน (Intersectoral Co-ordinate) เนื่องจากการแก้ปัญหาสาธารณสุขเพียงด้านเดียวย่อมประสบความสำเร็จได้ยาก จำเป็นต้องมีการประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อแก้ปัญหาอื่น ๆ ไปพร้อม ๆ กัน

3. การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม (Appropriate Technology) เพื่อให้ประชาชนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพของแต่ละชุมชนในการรักษาพยาบาล การดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพของร่างกายโดยใช้วิธีการง่าย ๆ ไม่ซับซ้อน ปลอดภัย และสามารถปฏิบัติได้ทั้งอาสาสมัคร และประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ควรมีความสอดคล้องกับความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ของชุมชน

4. ระบบการสาธารณสุขพื้นฐานของรัฐ (Basic Health Service) เนื่องจากการสาธารณสุขมูลฐานนั้น ประชาชนเป็นผู้ดำเนินการเอง เป็นการจัดบริการที่เชื่องต่อกับระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ได้แก่ สถานีอนามัย ซึ่งมีอยู่แล้วในทุกตำบล รัฐจึงจำเป็นต้องส่งเสริมและให้การสนับสนุนระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเต็มที่ ซึ่งจะมีลักษณะเฉพาะของงานสาธารณสุขมูลฐาน

อมร นนทสุต (พ.ศ.2524) [32] ได้สรุปแนวคิดและหลักการของการสาธารณสุขมูลฐานไว้ดังนี้

1. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นระบบบริการสาธารณสุขที่เพิ่มเติม หรือเสริมจากระบบบริการสาธารณสุขของรัฐ ซึ่งจัดระบบบริการในระดับตำบล หมู่บ้าน โดยประชาชนและความร่วมมือของชุมชนเอง

2. การสาธารณสุขมูลฐาน เป็นการพัฒนาชุมชนให้มีความสามารถในการที่จะแก้ไขปัญหาสาธารณสุขด้วยตนเอง โดยการที่ชุมชนร่วมมือจัดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงจะถือว่าเป็นงานสาธารณสุขมูลฐาน กล่าวคือเป็นการแสวงหาความร่วมมือของชุมชนให้ประชาชนตระหนักและเข้าใจ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชน

3. การสาธารณสุขมูลฐาน จะเกิดขึ้นได้ต้องให้ชุมชนรับรู้และทราบว่าปัญหาของชุมชนคืออะไร และร่วมมือกันพิจารณาถึงแนวทางที่จะแก้ไขปัญหาของชุมชน

4. หน้าที่และบทบาทของรัฐ ต้องเข้าใจว่ารัฐไม่ได้ทำงานแทนชุมชน ชุมชนไม่ได้ทำงานแทนรัฐ แต่เป็นการทำงานร่วมกัน

5. ความร่วมมือของชุมชนเป็นหัวใจของการสาธารณสุขมูลฐาน การสนับสนุนอาจจะเป็นรูปของแรงงาน แรงเงิน ความร่วมมือในการปฏิบัติตนด้วยความสมัครใจเพราะประชาชนมองเห็นและรับรู้ปัญหา ไม่ใช่เพราะหวังสิ่งตอบแทน

6. สุขภาพอนามัยที่ดีมีความสัมพันธ์กับฐานะความเป็นอยู่และการดำรงชีวิต ดังนั้นงานบริการสาธารณสุขต้องผสมผสานกับงานพัฒนาด้านอื่น ๆ อาทิ การเกษตรและสหกรณ์ การศึกษา และการพัฒนาชุมชน เป็นต้น

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

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

9. การสาธารณสุขมูลฐาน ควรมีความยืดหยุ่นในการที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาตามความเหมาะสมของสภาพสิ่งแวดล้อมและปัญหาที่ประสบอยู่ ไม่จำเป็นจะต้องเป็นเรื่องที่เหมือนกันในหมู่บ้าน กล่าวคือ เมื่อชุมชนได้ตระหนักในปัญหา มีการแก้ไขปัญหาสำคัญก่อนหลังตามลำดับโดยที่ในแต่ละหมู่บ้านจะมีปัญหาแตกต่างกันออกไป

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 การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม และการจัดหาน้ำสะอาด

10.9 งานสุขภาพจิต

10.10 งานทันตสาธารณสุข

10.11 งานป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมที่เป็นพิษเป็นภัย

10.12 งานคุ้มครองผู้บริโภค

10.13 งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

10.14 งานป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุ อุบัติภัยและโรคไม่ติดต่อ

การสาธารณสุขมูลฐาน ต้องมีความเชื่อมโยงกับงานบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการให้การสนับสนุนการส่งผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาพยาบาลต่อการให้การศึกษาอย่างต่อเนื่อง การให้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข

กล่าวโดยสรุป แนวคิดของงานสาธารณสุขมูลฐาน สิ่งสำคัญคือการแสวงหาความร่วมมือของชุมชนในอันที่จะให้ประชาชนตระหนัก รับรู้ และเข้าใจปัญหา และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง โดยรัฐเป็นผู้ให้ความสนับสนุน

3.2 ระบบสุขภาพภาคประชาชน

ความหมายระบบสุขภาพภาคประชาชน [33]

ระบบสุขภาพภาคประชาชนหมายถึง กระบวนการที่สมาชิกของสังคมหรือชุมชนนั้น มีความรู้ ความเข้าใจ ร่วมมือกันดูแล และบริหารจัดการให้สุขภาวะที่ดีขั้นพื้นฐานด้วยตนเอง ด้วยการสนับสนุนองค์ความรู้ เทคโนโลยีและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นวัฒนธรรมการดูแลความสุขสมบูรณ์ทางสุขภาพกายและใจของตนเอง สมาชิกในครอบครัว สมาชิกในชุมชนและสังคมของตน ระบบสุขภาพภาคประชาชนจึงเป็นระบบสุขภาวะทุกมิติลักษณะองค์รวม ซึ่งรวมถึงระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การศึกษา วิถีชุมชน และวัฒนธรรม

ระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นคำที่มีความหมายรวบยอดของงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างเป็นระบบ เป็นกระบวนการของการดำเนินงานที่มิใช่กิจกรรมเดี่ยว ๆ ของชุมชน มิใช่ภารกิจของหน่วยงานหรือองค์กรภายนอกที่จะต้องกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมดำเนินงานให้ชุมชน จึงเป็นเรื่องของชุมชนที่จะคิด ตั้งเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จ

ด้วยตนเอง หน่วยงานหรือองค์กรภายนอกสามารถทำได้เพียงการร่วมมือกันอย่างจริงจัง และต่อเนื่องในการส่งเสริมสนับสนุนหรือสร้างกลไกปัจจัยที่เกื้อหนุนการจัดการด้านสุขภาพของชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน มีจุดมุ่งหมาย เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชน ด้วยการส่งเสริมผลักดันให้ประชาชนตระหนักในการดูแลสุขภาพ และถือเป็นหน้าที่ของตนเอง มิใช่ผลักภาระให้กับคนอื่น และพัฒนาองค์กรอาสาสมัครและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว มีส่วนร่วมได้พัฒนาขีดความสามารถและทักษะในการจัดการงานบริการส่งเสริมสุขภาพด้านต่าง ๆ ของ กรม กอง ในกระทรวงสาธารณสุขให้สามารถเป็นระบบ และเกิดผลที่ประจักษ์ชัด สามารถตรวจวัดได้ในระดับชุมชนนั้นเป็นสิ่งที่ต้องมุ่งมั่นดำเนินการให้สำเร็จ ตลอดจนการสร้างกระแสผลักดันให้ประชาชนในชุมชนต่าง ๆ ได้หันมามีบทบาทส่วนร่วมรับผิดชอบของการดูแลชีวิตและสุขภาพพื้นฐานได้โดยตนเองซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ประการคือ

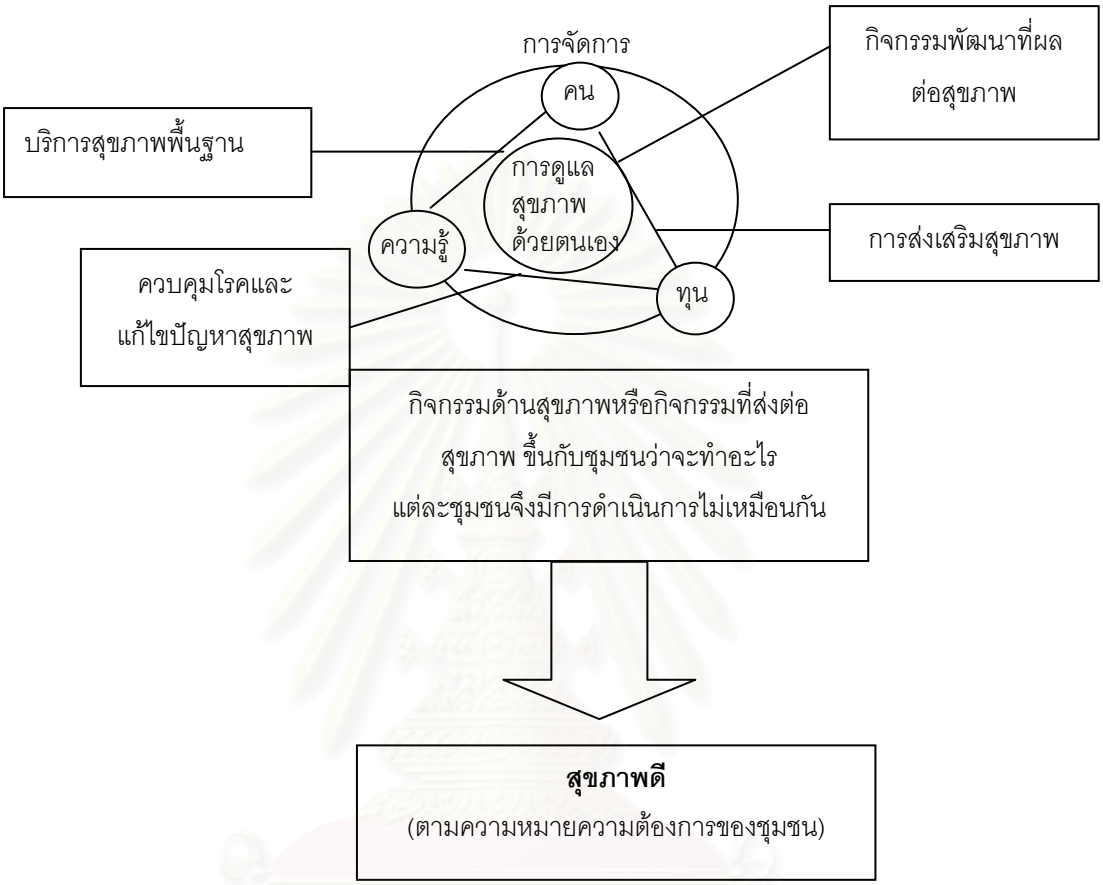
คน เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญในการพัฒนาใด ๆ ก็ตามจะต้องมีคนที่อยู่ในชุมชนรวมตัวกัน ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ อาจเริ่มจากคนกลุ่มหนึ่ง อาจจะมากหรือน้อยก็ตามซึ่งมีความแตกต่างหลากหลาย ต่างกลุ่ม ต่างอาชีพ ต่างฐานะ ต่างความคิด ต่างเพศ ต่างวัย แต่มีจิตใจเดียวกันเพื่อส่วนรวม และมีเป้าหมายร่วมกัน มีการขยายแนวร่วมออกไปเรื่อย ๆ

องค์ความรู้ ในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน จำเป็นต้องมีองค์ความรู้ วิธีการ เทคโนโลยี ภูมิปัญญาและประสบการณ์ จะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การถ่ายทอดและการกระจายความรู้ข้อมูลข่าวสารในชุมชน

ทุน เพื่อการพัฒนาสุขภาพ การดำเนินงานพัฒนาสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยทุนที่เป็นตัวเงิน และทุนที่ไม่ใช่ตัวเงินหรือทุนทางสังคมและทรัพยากรธรรมชาติ ซึ่งทุนที่เป็นตัวเงินจะมีความหมายในลักษณะการเงินการคลัง ด้านสุขภาพและการพัฒนาด้านต่าง ๆ เพื่อจัดบริการให้กับคนในชุมชนอย่างคุ้มค่า คุ้มเวลาที่ทำงานและประชาชนได้รับประโยชน์สูงสุด ซึ่งแต่ละชุมชนสามารถแสวงหาแหล่งทุนได้ทั้งภายในและภายนอกชุมชน และนำมาบริหารจัดการให้เกิดผลกำไรแล้วนำดอกผลนั้นมาใช้ในการพัฒนาต่อไป

นอกจากองค์ประกอบหลัก 3 ประการแล้ว หัวใจสำคัญของระบบสุขภาพภาคประชาชนคือ **การจัดการ** เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการจัดการในที่นี้ คือ การปฏิบัติการประสานให้เกิดความสมดุล เพื่อการเคลื่อนไหวของปัจจัย คน องค์ความรู้หรือวิธีการทำงาน และทุนเพื่อการพัฒนาสุขภาพ ให้เกิดการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการของคนในชุมชน ป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ทั้งนี้กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพที่ดำเนินโดยชุมชนนั้นขึ้นกับการตัดสินใจของชุมชนว่าจะ

ดำเนินการในเรื่องใด อย่างไร ซึ่งสามารถแสดงเป็นแผนภาพเชิงแนวคิดองค์ประกอบระบบสุขภาพภาคประชาชน ดังแผนภูมิที่ 2.1



แผนภูมิที่ 2.1 กรอบแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน

(ที่มา:กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ)

หลักสำคัญและกลยุทธ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน

ด้วยแนวคิดพื้นฐานว่าระบบสุขภาพภาคประชาชนเป็นการจัดการสุขภาพของประชาชนโดยประชาชน ดังนั้นในการดำเนินงานระบบสุขภาพภาคประชาชน จึงมีหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การปรับความคิดและบทบาท
2. ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี
3. ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน
4. การสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกันของชุมชน

การปรับแนวคิดและบทบาท

ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะเกิดขึ้นและมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาวะของประชาชนทุกภาคส่วน จะต้องปรับแนวคิดและบทบาทในการดำเนินงานให้ภาคประชาชนได้กระทำด้วยตัวเองอย่างแท้จริง โดยเฉพาะกระบวนการวางแผนการคิดการตัดสินใจ รวมทั้งการกำหนดตัวชี้วัดในการประเมินและตรวจสอบ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่และกลุ่มแกนนำต้องสร้างเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและตั้งประเด็นคำถามหรือข้อสังเกตสิ่งที่เกิดขึ้นในชุมชน กระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันคิดร่วมกันทำ พูดคุยกันบ่อย ๆ เพื่อจะได้ปรับแนวคิดและบทบาทตนเอง

ในส่วนของเจ้าหน้าที่ภาครัฐต้องปรับแนวคิดและบทบาทจากผู้ปฏิบัติ ผู้สั่งการหรือ คิดตัดสินใจ ทำแทนประชาชน ควบคุม ตรวจสอบและประเมินผล เพื่อสนองงานหรือความต้องการของหน่วยงาน มาเป็นผู้สนับสนุนและสร้างกลไกปัจจัยที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นหุ้นส่วนการทำงานซึ่งกันและกัน เป็นพี่เลี้ยงเคียงข้างประชาชนด้วยความจริงใจ มีความหนักแน่น ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องแก่ประชาชน เป็นผู้ลดความขัดแย้งในการทำงาน สร้างความร่วมมือทุกระดับ สร้างความพร้อมและความสามารถในการทำงานให้แก่ทีมงาน สร้างพลังปัญญาอย่างรู้เท่าทันให้แก่ประชาชน เป็นผู้ขายแนวคิดระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นผู้กระตุ้นให้มีการใช้ทุนทางสังคมของท้องถิ่น ทำงานเป็นเครือข่ายและเจ้าหน้าที่ต้องรู้บทบาทตนเอง รู้ว่าอะไรคือปัญหาของชุมชน ถ่ายทอดให้ชุมชน จุดสำคัญประชาชนต้องวินิจฉัยปัญหาได้ด้วยตัวเอง เจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้แนะนำการวางแผนอย่างง่าย โดยกระบวนการทั้งหมดประชาชนจะต้องเป็นผู้คิด ตัดสินใจทำด้วยตนเอง ตามวิธีการของประชาชน

สำหรับประชาชนต้องเป็นผู้สร้างความเข้มแข็งขององค์กรด้วยตนเอง เปลี่ยนจากผู้รับมาเป็นผู้ลุกขึ้นมากระทำ ลดการพึ่งพาและพึ่งพิงผู้อื่นค้นหากัลยาณมิตร วิจัย สำรวจข้อมูลชุมชนตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลชุมชนและสังคม องค์ความรู้ของตนเอง รับรู้ข้อมูลอย่างเป็นเหตุเป็นผล และใช้ข้อมูลอย่างมีเหตุมีผล สมเหตุสมผลในการทำแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อการพึ่งตนเอง

ความร่วมมือระหว่างพหุภาคี

การทำงานระบบสุขภาพภาคประชาชนจะต้องมีรูปแบบการทำงานเป็นประชาคมมีภาคีอื่นเข้ามาร่วมด้วยทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วม เนื่องจากปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนไม่ได้มีปัญหาเดียว แม้แต่ปัญหาทางด้านสุขภาพอนามัยยังเกิดจากปัจจัยหลายสาเหตุที่เกี่ยวเนื่องกัน ดังนั้นในการแก้ปัญหาจำเป็นต้องทำพร้อมกันหลายด้านในการทำงานหน่วยราชการ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงต้องใช้ประชาชนและชุมชนเป็นตัวตั้ง ยึดแนวอุดมการณ์เพื่อส่วนรวม มีเครื่องมือซึ่งเป็นเครื่องชี้วัดในการวินิจฉัยปัญหา

ร่วมกัน แก้ปัญหาแบบบูรณาการ และพุ่งเป้าของการพัฒนาไปที่ประชาชนครอบครัวเดียวกันในชุมชน ดังนั้นในการเตรียมการดำเนินงานทุกครั้ง ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมาพูดคุย ปรึกษาหารือกันถึงวิธีการทำงาน โดยร่วมกันคิดแล้วแยกกันทำจะทำให้ประชาชนได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ เกิดการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ทุกหน่วยได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน

ความร่วมมือจากประชาชนและชุมชน

ระบบสุขภาพภาคประชาชน เป็นการดำเนินกิจกรรมภายใต้การตัดสินใจและความต้องการของประชาชนและชุมชนตามศักยภาพของท้องถิ่น ประชาชนและชุมชนมีอำนาจเต็มที่ สามารถคิดเอง ทำเองได้ มีอิสระ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนร่วมกัน กำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ด้วยวิธีที่สอดคล้องกับวิถีชุมชน และจัดทำแผนชุมชน มีความรู้ความสามารถแก้ปัญหาของชุมชน มีกองทุนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน มีการบริหารจัดการ โดยคณะกรรมการระดับพื้นที่ที่ได้มาจากการเลือกตั้งและท้องถิ่นยอมรับ มีสถานบริการสร้างสุขภาพที่ประชาชนคุ้นเคยรวมทั้งสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในชุมชน ช่วยกันปลุกระดมให้ประชาชนหันมามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมของชุมชน รับผิดชอบ ดูแลสุขภาพตนเองไม่ให้เจ็บป่วย เพื่อจะได้มีโอกาสในการทำงานที่มากกว่าวันเวลาป่วยเจ็บ

การสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกันของชุมชน

ประชาชนในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ภาครัฐและองค์กรเอกชนต้องสร้างจุดยืนร่วมกัน มองเห็นเป้าหมายในทิศทางเดียวกัน ร่วมกันสร้างความปรารถนาและสร้างสะพานสู่ความปรารถนาร่วมกันของชุมชน ว่าต้องการเห็นชุมชนมีหน้าตาเป็นอย่างไร จะไปให้ถึงจุดหมายได้อย่างไร แล้วแปลงความปรารถนาหรือความต้องการของชุมชน เป็นแผนปฏิบัติหรือเป็นรูปธรรมที่ต่อเนื่อง เป็นจริง สัมผัสได้ วัดได้และประเมินผลได้ในการสร้างความปรารถนาร่วมกันของชุมชน จะต้องวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลร่วมกันอย่างมีเหตุมีผล สมเหตุสมผล และเป็นเหตุเป็นผล คิดร่วมกันแล้วแบ่งแยกกันไปทำตามความถนัด ตามศักยภาพ ตามบทบาทหน้าที่ แล้วกลับมาพูดคุย ซักถาม ทบทวนกระบวนการ และวิธีการที่จะสู่ความปรารถนาร่วมกันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ภายใต้หลักการและกติกาเดียวกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

ส่วนกลยุทธ์ที่จะขับเคลื่อนสู่ระบบสุขภาพภาคประชาชน จะให้ความสำคัญกับนัยยะของคำว่า “ของ”ประชาชน “โดย” ประชาชน และ “เพื่อ”ประชาชน จากบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมา ถ้าจะให้มีการมุ่งสู่การพึ่งตนเองอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องคำนึงถึง

“การได้ลงมือทำโดยประชาชน และการสร้างปัจจัยเอื้อจากองค์กรภายนอกชุมชน” ซึ่งกลยุทธ์ในที่นี้เสนอเพื่อเป็นทิศทางสำหรับทุกองค์กรทุกระดับที่เข้ามาดำเนินการกับระบบสุขภาพภาคประชาชน ที่มุ่งเน้นระดมสรรพกำลังและมุ่งเน้น ระดมทรัพยากร ดังนั้นจึงเป็นภาพกว้างเพื่อเปิดโอกาสให้มีการวางกลวิธีและกิจกรรมได้หลากหลาย ภายใต้กลยุทธ์หลัก ดังต่อไปนี้

กลยุทธ์ที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมเป็นหัวใจหลักของขบวนการในภาคประชาชน ที่ต้องเสริมสร้างให้เกิดขึ้นและเป็นไปอย่างแท้จริง ทั้งในส่วนของประชาชน และองค์กรภายนอกชุมชน กลยุทธ์นี้เป็นการมุ่งเน้นการสร้างโอกาสให้ประชาชน องค์กรภาครัฐ องค์กรภาคเอกชน องค์กรภาคประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานแบบหุ้นส่วน (partner participation) โดยการสร้างแกนนำการเปลี่ยนแปลง (Change Agents) ทั้งภาครัฐและภาคประชาชน การสร้างเครือข่ายการทำงานแบบพหุภาคี จัดกระบวนการที่เหมาะสมให้ทุกภาคส่วนเห็นความเชื่อมโยงของปัญหา เข้ามาร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ และปรับแนวทางให้เหมาะสมในบริบทต่าง ๆ

กลยุทธ์ที่ 2 สร้างกระบวนการเรียนรู้

กลยุทธ์นี้มุ่งเน้นในการจัดการความรู้ที่เกิดขึ้น ทั้งในการแสวงหาองค์ความรู้ การจัดกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน การนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนา การสร้างความสมดุลระหว่างการเรียนรู้และการปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้มีความเสมอภาคในการรับรู้และการปฏิบัติ การเปิดโอกาสให้มีความเสมอภาคในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งการสร้างเสริมปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนาความรู้และภูมิปัญญา ตลอดจนการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิตที่มีมิติเชิงสังคม และสอดคล้องในวิถีวัฒนธรรม เพื่อให้เกิดจิตสำนึกร่วมในการพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน ตลอดจนการพัฒนาการเรียนรู้ตลอดชีวิต เพื่อพัฒนาไปสู่วัฒนธรรมสุขภาพของชุมชน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเข้าร่วมในขบวนการประชาคมทั้งในระดับสังคมรวมและระดับท้องถิ่น

กลยุทธ์ที่ 3 การเคลื่อนไหวทางสังคม

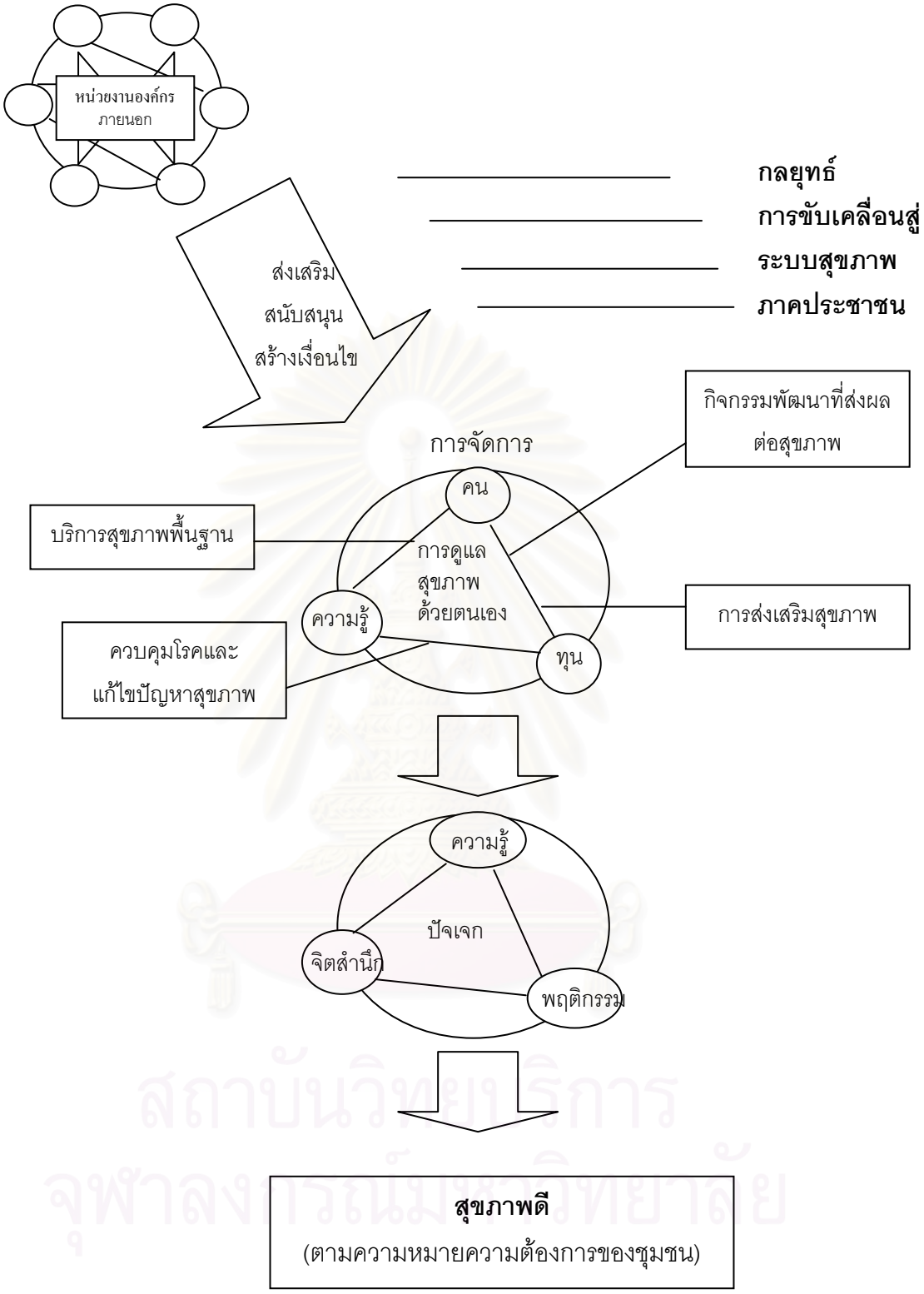
การเคลื่อนไหวทางสังคมมีความสำคัญต่อการเกิดความรู้สึกร่วมและกระแสสังคม ซึ่งในภาวะปัจจุบันถือว่า กระแสสังคมมีพลังต่อความเปลี่ยนแปลงสูงมาก และระบบสุขภาพจะแสดงถึงความเป็นภาคประชาชนได้ชัดเจนก็ควรมีภาวะหรือกระแสเป็นของสังคม กลยุทธ์นี้มีทิศทางมุ่งไปในเรื่อง การรวมพลังสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วนอย่างจริงจังถึงขั้นเกิดกระแสในสังคม หรืออาจนำไปสู่นโยบายสาธารณะในระดับต่าง ๆ อันจะนำไปสู่การสร้างจิตสำนึก ค่านิยม และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมขบวนการเคลื่อนไหวของภาคประชาชนเพื่อประเมิน ตรวจสอบคุณภาพและพิทักษ์สิทธิทางสุขภาพของมวลชน

กลยุทธ์ที่ 4 การสื่อสารเพื่อประชาชน

สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป การสื่อสารเผยแพร่การโฆษณาประชาสัมพันธ์ มีบทบาทต่อการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมทางสุขภาพโดยเฉพาะในมิติเชิงสังคม ดังนั้น กลยุทธ์นี้มุ่งเน้นการนำระบบสุขภาพภาคประชาชน ทั้งในแง่แนวคิด กระบวนการผลงาน และกรณีศึกษาต่าง ๆ สู่การเผยแพร่ สื่อสารที่หลากหลาย ดังแผนภูมิที่ 2.2

แผนภูมิที่ 2.2 ความต้องการของภาคประชาชน ในการสนับสนุนจากรัฐ และองค์กรภายนอกในการจัดการสุขภาพภาคประชาชน

(ที่มา:กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน)



แผนภูมิที่ 2.3 แนวคิดกลยุทธ์การขับเคลื่อนระบบสุขภาพภาคประชาชน การสนับสนุนและความช่วยเหลือที่ตรงกับความต้องการของชุมชน
(ที่มา:กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Mental Health Prevention)

นโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติ[34] เน้นกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันเป็นกิจกรรมหลักของงานสาธารณสุข หรืองานอนามัยชุมชนโดยทั่วไป สามารถแบ่งระดับการป้องกันได้เป็น 3 ระดับ คือ

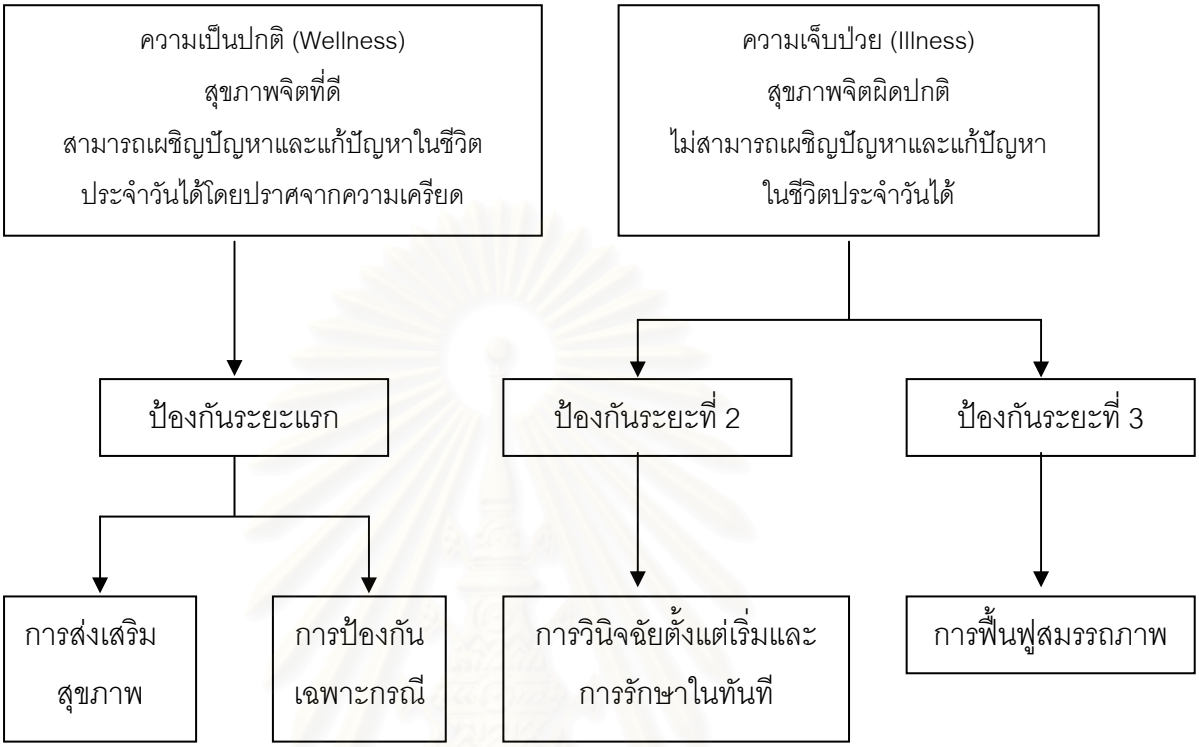
1. การป้องกันระดับแรก (Primary Prevention) หรือเรียกว่าขั้นป้องกัน (Prevention Measures) ระดับนี้มุ่งเน้นที่จะลดอัตราการเกิดภาวะผิดปกติทางจิต กิจกรรมต่าง ๆ จึงเป็นการลดหรือตัดต้นเหตุ ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่คาดว่าจะให้ผลเสียต่อสุขภาพจิต รวมทั้งส่งเสริมสุขภาพทั้งกายและจิตของประชาชนอย่างสม่ำเสมอ

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 และสำรวจหาผู้ที่มีทีท่าว่าจะเกิดปัญหา (Hidden Patient) เพื่อรีบให้การช่วยเหลือ เป็นต้น

3. การป้องกันระดับสุดท้าย (Tertiary Prevention) หรือเรียกว่าขั้นฟื้นฟู (Rehabilitation Measures) ขั้นนี้เน้นที่การลดผลกระทบหรือผลข้างเคียงที่เกิดขึ้น เนื่องมาจากความผิดปกติทางจิต เป็นการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับการรักษาแก้ไขแล้วให้กลับคืนสู่ปกติ กิจกรรมในระยะนี้รวมถึงการแนะนำงาน การติดต่อหาแหล่งฝึกงานให้ การเป็นสื่อกลางให้ครอบครัวและชุมชนยอมรับและให้การช่วยเหลือประคับประคองสนับสนุนให้กำลังใจผู้ที่เพิ่งหายป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดี ไม่มีปมด้อย และสามารถอยู่ได้อย่างปกติสุขต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมการป้องกัน 3 ระดับ แสดงให้เห็นถึงความต่อเนื่องระหว่างความปกติ (Wellness) ไปสู่ความเจ็บป่วย (Illness) ดังแผนภูมิที่ 2.4



แผนภูมิที่ 2.4 กิจกรรมการป้องกันสุขภาพจิต 3 ระดับ

อัมพร โอตระกูล ได้แบ่งระดับของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตออกเป็น 3 ระดับ

1. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก (Primary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะแรก จะเป็นเรื่องการป้องกันโรคที่เกิดกับสมอง ได้แก่ โรคติดเชื้อที่เกี่ยวกับสมอง และอุบัติเหตุทางสมอง รวมทั้งการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะปัญญาอ่อน แต่ละช่วงอายุจะมีการป้องกันพิเศษ ดังนี้

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

1.2 วัยเด็กเล็กและวัยเรียน การป้องกันระยะแรกคือ การให้พ่อแม่ตระหนักถึงการเลี้ยงดูเด็กให้เหมาะสมตามวัย โดยให้โอกาสเด็กได้เรียนรู้ ได้ฝึกหัดระเบียบวินัย พ่อแม่ควรเข้าใจการให้อาหารเด็กที่มีคุณภาพและการป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดกับเด็ก

1.3 วัยรุ่น พ่อแม่ควรมีความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็ก เพื่อที่จะช่วยเหลือแนะนำแก่เด็กในการปรับตัวเกี่ยวกับเรื่องเพศ การคบเพื่อนต่างเพศ การวางตัวในสังคมที่จะพึ่งพาตัวเองได้ การเลือกวิชาชีพ และแนวทางการดำเนินชีวิตในอนาคต

1.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะแรกคือการรู้จักแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบในการดำรงชีวิต ได้แก่ ปัญหาในอาชีพการงาน ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตสมรสและครอบครัว การรู้จักปรับตัวอย่างเหมาะสมเมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นหรือมีเหตุการณ์รุนแรงที่ต้องเผชิญในการดำเนินชีวิต

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

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง (Secondary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สอง หมายถึง ความสามารถตรวจสอบโรคได้ในระยะเริ่มแรก 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 วัยเด็กและวัยเรียน การป้องกันคือ ความสามารถตรวจและให้การรักษาแต่เริ่มแรกของการเจ็บป่วยหรือปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางกายและทางจิตใจของเด็ก เช่น พ่อ แม่ หรือครูควรตระหนักต่อปัญหาการเรียนในเด็ก ควรสืบหาสาเหตุว่าปัญหาผลการเรียนที่ตกต่ำมีสาเหตุจากอะไร อันได้แก่ ความบกพร่องทางสติปัญญา หรือความพิการของระบบประสาทจนทำให้เด็กเรียนไม่ได้ หรือไม่ใช่ปัญหาทางร่างกายแต่เป็นเรื่องปัญหาทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากครอบครัว

เด็กมีปัญหาจนมีผลกระทบทำให้เด็กไม่สนใจการเรียนฯลฯ เพื่อจะได้ช่วยเหลือแก้ไขให้ถูกต้อง ปัญหาก็จะไม่ลุกลามต่อไปจนอาจก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมอื่น ๆ ต่อไป เช่น เด็กไม่มีจิตใจจะเรียน เมื่อเด็กไม่อยากเรียน แต่ไม่อาจหลีกเลี่ยงก็จะใช้วิธีการพูดปดกับพ่อแม่ หรืออาจถึงขั้นหนีโรงเรียน ซึ่งเมื่อถึงขั้นนั้นก็อาจนำไปสู่ปัญหายุ่งยากเลวร้ายอื่น ๆ อีก เช่น เมื่อเด็กไม่ไปโรงเรียนก็อาจเร่ร่อนไปเรื่อย ๆ ถ้าไปคบเพื่อนที่ไม่ดีก็อาจชักจูงนำไปสู่การติดสิ่งเสพติดหรือไปรวมกับพวกแก๊งอันธพาลในชุมชนได้ ดังนั้นพ่อ แม่ หรือครู ควรให้ความสำคัญต่อปัญหาเล็ก ๆ น้อย ๆ แล้วรีบช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่ปัญหายังไม่รุนแรง โรงเรียนควรมีบริการแนะแนวเพื่อช่วยให้ครูหรือผู้แนะแนวสามารถตรวจกรองปัญหาให้ความช่วยเหลือได้แต่แรกเริ่มโดยไม่ต้องรอจนกระทั่งเด็กมีปัญหาแล้วจึงพาไปรักษากับจิตแพทย์

2.3 วัยรุ่น การป้องกันคือ สามารถตรวจให้ความช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีปัญหาในการปรับตัวด้านต่าง ๆ เช่น ความไม่สบายใจในเรื่องทางเพศ ความซึมเศร้าในวัยรุ่น เมื่อพบเห็นปัญหาแล้ว ควรรีบให้การช่วยเหลือรักษาแต่เริ่มแรก ไม่ควรมองข้ามหรือเพิกเฉย เช่น การซึมเศร้าในวัยรุ่น ถ้าไม่ช่วยเหลือรักษาก็อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ หรือการติดสารระเหยหรือสารเสพติดในวัยรุ่น ในระยะที่เริ่มเป็นถ้าตรวจพบแล้วรีบรักษาแก้ไขก็จะช่วยไม่ให้เป็นมากขึ้นหรือเป็นจนเรื้อรังได้ เพราะในรายที่เป็นเรื้อรังแล้ว โอกาสรักษาให้หายขาดจะทำได้ยากขึ้น จึงควรมีบริการสำหรับวัยรุ่นเพื่อให้วัยรุ่นสามารถพึ่งได้ทันทีเมื่อต้องการ เช่น บริการแนะแนวตามโรงเรียน ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน หรือบริการด่วนทางโทรศัพท์ (Hot Line)

2.4 วัยผู้ใหญ่ การป้องกันระยะที่สองทางสุขภาพจิต คือ การให้บริการปรึกษาปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต เพื่อช่วยแก้ปัญหาภาวะวิกฤตในวับผู้ใหญ่ เช่น ภาวะวิกฤตที่เกิดจากสัมพันธภาพระหว่างสามีภรรยา หรือในครอบครัว ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาการทำงาน ภาวะวิกฤตที่เกิดจากปัญหาที่อยู่อาศัยและเศรษฐกิจ เป็นต้น

3. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม (Tertiary Prevention)

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระยะที่สาม หมายถึง การดูแลรักษาผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช หรือมีปัญหาสุขภาพจิตให้หาย หรือทุเลาขึ้นจนมีสมรรถภาพกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ โดยการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ และสามารถตรึงผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นแล้ว และจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้วให้คงดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ต้องกลับป่วยกำเริบอีกหรือกลับเป็นซ้ำอีกด้วยวิธีการเฝ้าระวังดูแลติดตามผู้ป่วยที่จำหน่ายไปแล้วอย่างสม่ำเสมอ

6. แนวคิดโครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน [35]

อสม.เป็นองค์กรประชาชนที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสุขภาพมากว่า 20 ปี มีเครือข่ายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ชุมชนทั่วประเทศ นับเป็นกลุ่มพลังประชาชนที่มีบทบาทสำคัญต่อการดำเนินงานสุขภาพที่ทำให้เกิดครอบคลุมและยั่งยืน ดังนั้น การเสริมศักยภาพอสม. ให้สามารถส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและให้ความช่วยเหลือในเบื้องต้นได้ จะทำให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดีอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ประชาชนทุกคนต้องได้รับ

กรอบเนื้อหาเทคโนโลยีการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน

กรอบเนื้อหาที่จัดทำขึ้นสอดคล้องกับความต้องการของ อสม. ที่จะนำไปใช้ในพื้นที่ ซึ่งมี 2 ประเด็นหลักคือ

1. สุขภาพจิตครอบครัว ครอบครัวที่มีสุขภาพจิตดีเป็นพื้นฐานสำคัญให้คนทุกเพศ ทุกวัยมีคุณภาพ สามารถทำประโยชน์ให้แก่ครอบครัว ชุมชนได้ เนื้อหาความรู้เรื่องสุขภาพจิตครอบครัว ประกอบด้วย
   - การสร้างความสุขในครอบครัว
   - การเลี้ยงดูลูกวัยต่าง ๆ ให้มีคุณภาพ
   - การส่งเสริมสุขภาพจิตวัยผู้ใหญ่การลดความเครียดและการสร้างสุขในชีวิตคู่
   - การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
   - การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้น
2. สุขภาพจิตชุมชน ชุมชนที่กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ร่วมมือกัน มีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน ย่อมทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างสงบสุขและมีภูมิคุ้มกันจากปัญหาต่าง ๆ เนื้อหาความรู้เรื่องสุขภาพจิตชุมชนประกอบด้วย
   - บทบาทของ อสม. ในการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน
   - การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสุขภาพจิตแก่คนในชุมชน การให้ความรู้ การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้ด้อยโอกาส และการพัฒนาคุณภาพคนในชุมชน
   - การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในเบื้องต้น

บทบาทของ อสม. ในการสร้างสุขภาพใจแก่คนในชุมชน

บทบาทของ อสม. ที่จะทำให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดีได้แก่

1. ประสานกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชนเพื่อการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต
2. จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตแก่คนในชุมชน

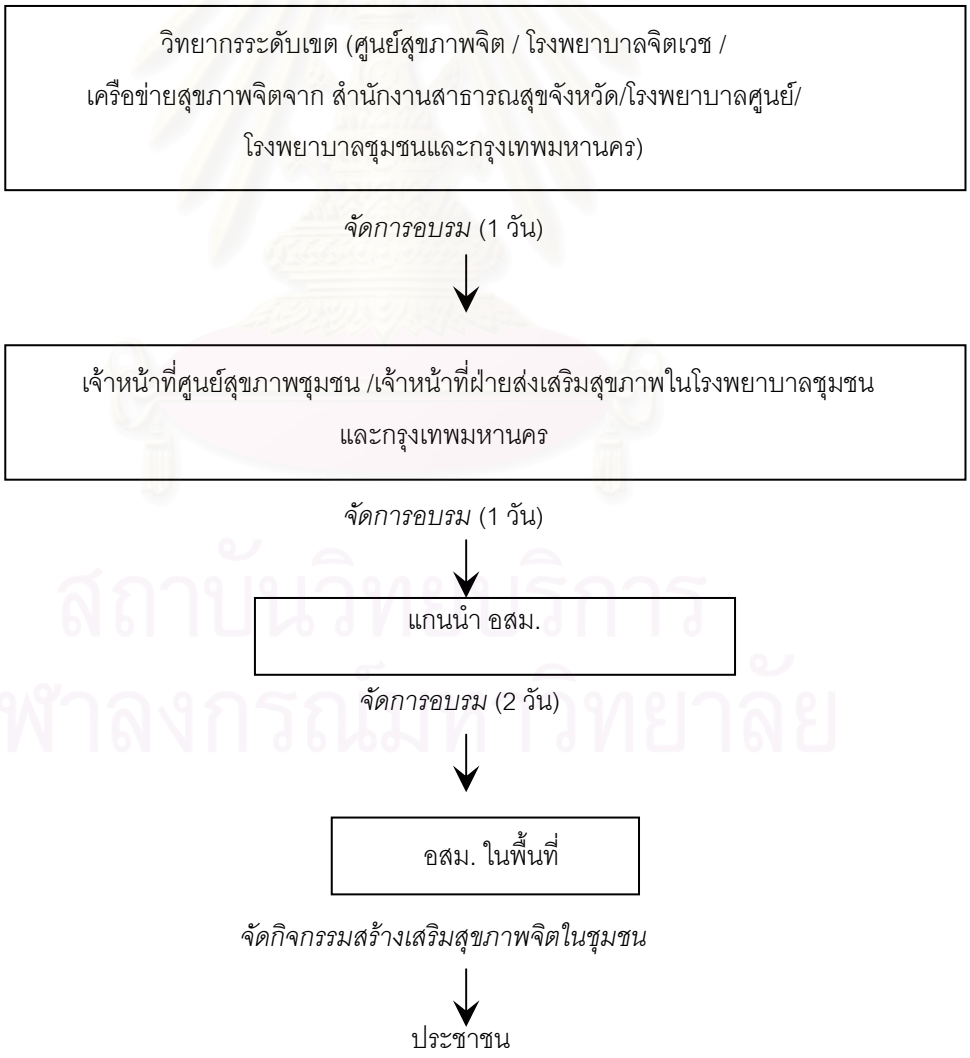
3. ให้ความรู้สุขภาพจิตผ่านหอกระจายข่าวอย่างสม่ำเสมอ / การให้ความรู้ผ่านวิทยุชุมชน / การพูดคุยกับคนในชุมชนอย่างไม่เป็นทางการ / การอบรมให้ความรู้ในกลุ่มย่อย และจัดกิจกรรมรณรงค์ในวันสำคัญต่าง ๆ

4. จัดกิจกรรมช่วยเหลือเกื้อกูลโดย ให้คำปรึกษาแก่ผู้มีปัญหาทุกข์ใจ / ช่วยลดความขัดแย้งในครอบครัว / ช่วยดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ / ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว

5. จัดกิจกรรมพัฒนาคนในชุมชนโดยส่งเสริมการปฏิบัติศาสนกิจ / พัฒนาเยาวชนเพื่อป้องกันการติดสารเสพติด / ส่งเสริมผู้สูงอายุให้ทำประโยชน์แก่ชุมชน

แนวทางการดำเนินงาน

เนื่องจาก อสม. ต้องมีความรู้และทักษะบางอย่างเพิ่มเติม เพื่อการดำเนินงานได้อย่างมีศักยภาพมากขึ้นและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ส่วนกลางได้ดำเนินการจัดทำหลักสูตรการอบรม โดยมีแนวทางการดำเนินงานดังแผนภูมิที่ 2.5



แผนภูมิที่ 2.5 แนวทางการจัดทำหลักสูตรฝึกอบรมโครงการสุขภาพใจในชุมชน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พื้นที่ดำเนินการ / การสนับสนุนด้านงบประมาณ

ปีงบประมาณ 2546 มีพื้นที่ดำเนินการ 30 จังหวัด และ กรุงเทพมหานคร (2 เขต) และมีการสนับสนุนด้านงบประมาณดังนี้

พื้นที่ที่เคยดำเนินการในปีงบประมาณ 2545 ให้การสนับสนุนคือ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา มุกดาหาร ศรีสะเกษ จังหวัดเป็นผู้กำหนดพื้นที่

พื้นที่ใหม่ที่เริ่มโครงการในปีงบประมาณ 2546 ให้การสนับสนุน ในเขต 1-13 คือ อยุธยา อ่างทอง / ลพบุรี นครนายก / สระแก้ว จันทบุรี / นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ / บุรีรัมย์ ชัยภูมิ / อุดรธานี ขอนแก่น / อุบลราชธานี นครพนม / สุโขทัย อุทัยธานี / เพชรบูรณ์ แพร่ / เชียงราย พะเยา / ภูเก็ต ชุมพร / พัทลุง สงขลา / กรุงเทพมหานคร ทั้งนี้แต่ละจังหวัดให้ดำเนินการใน 2 อำเภอ เป็นอำเภอในเขตเมือง 1 อำเภอ ในเขตชนบท 1 อำเภอ แต่ละอำเภอให้คัดเลือก 10 หมู่บ้าน รวมทั้งสิ้น 500 หมู่บ้าน มี อสม. ร่วมโครงการนี้จำนวน 6,200 คน จาก 620 หมู่บ้าน จากอสม. ทั่วประเทศ 714,072 คน 71,060 หมู่บ้าน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2521) [36] ได้วิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานผู้สื่อข่าวสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่ ด้วยการใช้วิธีการสังเกตการณ์โดยเข้าไปมีส่วนร่วมในชุมชนประกอบการศึกษาด้วย ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและครอบครัวของอาสาสมัครสาธารณสุขมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอายุน้อย การปฏิบัติงานไม่ค่อยได้ผล เพราะไม่กล้าพูด ไม่กล้าอธิบาย เกิดความรู้สึกอาย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิง ไม่ค่อยได้รับการยอมรับนับถือ เนื่องจากในชนบทชาวบ้านให้การนับถือชายมากกว่าหญิง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยทำประโยชน์เพื่อส่วนรวมมาก่อนแล้ว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านนั้นจะได้รับการยอมรับนับถือจากชาวบ้านดีมาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะเศรษฐกิจดีย่อมสละเวลาปฏิบัติงานให้แก่ประชาชนได้ดีกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีฐานะเศรษฐกิจต่ำ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสมาชิกในครอบครัวมากๆ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติงานไม่ได้เต็มที่

เบญจา ยอดดำเนิน (2522) [37] ได้ศึกษาถึงปัจจัยสำคัญมีผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. คือ การประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. ซึ่งหมายถึง ลักษณะและระบบการนิเทศงาน การส่งสิ่งสนับสนุน เช่น ยา ผ้าพันแผล ฯลฯ อสม. มักเกิดความเบื่อหน่ายท้อแท้ ถ้าข้อมูลที่ได้จากการอบรมและการปฏิบัติจริงไม่ตรงกัน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่ได้มา

ตรวจนิเทศงาน เมื่อ อสม. มีปัญหาการปฏิบัติงานก็ไม่ทราบจะไปถามใคร การได้รับสิ่งสนับสนุนไม่สม่ำเสมอ หรือได้รับน้อยเกินไปไม่พอใช้เป็นสิ่งหนึ่งที่บั่นทอนการปฏิบัติงานของ อสม. ได้เช่นเดียวกัน

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่น ๆ (2523) [38] ได้ประเมินผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดขอนแก่น เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานและการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยวิธีการสอบถามข้อมูลจากอาสาสมัครและจากประชาชนในหมู่บ้านนั้น ผลการศึกษาพบว่า ในการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานนั้น ผู้ที่สามารถจะปฏิบัติงานในบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีประสิทธิผลดีนั้นจะมีคุณลักษณะส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป มีอาชีพและหลักฐานที่มั่นคง มีภูมิลำเนาประกอบอาชีพอยู่ในหมู่บ้านนั้น และเป็นผู้ได้รับการยอมรับจากประชาชนในหมู่บ้าน ตลอดจนคณะกรรมการหมู่บ้านนั้นด้วย นอกจากนี้ยังพบว่าสภาพทางคมนาคม และระยะทางใกล้ไกลจากสถานบริการของรัฐมีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับการยอมรับจากประชาชนในหมู่บ้านนั้นส่วนมากเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เคยมีประสบการณ์เป็นหมอพื้นบ้านมาก่อน และเป็นผู้ปฏิบัติงานได้ดีเด่นกว่าผู้ที่ได้รับการเลือกมาจากอาชีพอื่น

รัชนี ภู่กร (2523) [39] ได้วิจัยเรื่อง ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตอำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก ผลจากการศึกษาพบว่าประชาชนเห็นด้วยกับการมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นส่วนมาก เพื่อช่วยเหลือยามเจ็บป่วยและทำให้รู้เรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ แต่ยังมีปัญหาในเรื่องการให้บริการ เนื่องจากประชาชนเห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ความสามารถที่จะให้บริการประชาชนยังไม่เพียงพอ ถึงร้อยละ 22.5 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดยาและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล ร้อยละ 12.0 ไปหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ค่อยพบเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน ร้อยละ 4.0 และมีประชาชนที่ยังไม่ค่อยรู้จักหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 9.0 ซึ่งแสดงว่าการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงบทบาทและหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่ทั่วถึง

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ (2524) [40] ได้ศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย ผลของการศึกษาที่เกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ในขั้นน่าพึงพอใจ แต่ก็เป็นผลงานในระยะสั้น ซึ่งเมื่อศึกษาในระยะยาว พบว่า การมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีผลต่อ

พฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพต่ำมาก โดยเฉพาะจากปัญหาการนิเทศงานและปัญหาในการสนับสนุนยา จะทำให้ความสามารถในการคงระดับ หรือยกระดับการบริการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นไปได้ยาก นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มักเน้นหนักด้านการรักษา การจำหน่ายยาสามัญประจำบ้านและบริการวางแผนครอบครัว ในการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนนั้น เน้นหนักด้านรักษาพยาบาล ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานสุขาภิบาลและงานโภชนาการ ยังไม่มีการเข้าร่วมเท่าที่ควร

สุขชัย อรรคธรรม (2525) [41] ได้วิจัยเรื่องทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในจังหวัดชัยภูมิที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ผลจากการศึกษาพบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางที่ดีต่อการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานเช่นเดียวกับประชาชนส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางที่ดีต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปฏิบัติงานตามหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนั้นพบว่า ไม่มีกิจกรรมใดที่ระบุว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนใหญ่จะปฏิบัติเป็นบางครั้ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้บริการด้านรักษาพยาบาลร้อยละ 44.8 ส่วนกิจกรรมวางแผนทางด้านครอบครัวไม่ได้ปฏิบัติเลย นอกจากนั้นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นว่างานในหน้าที่รับผิดชอบอยู่ในระดับพอดีร้อยละ 82.1 มีความตั้งใจที่จะทำหน้าที่ตลอดไป ร้อยละ 82.8 มีความเห็นว่าประชาชนให้ความร่วมมืออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.6

พรพิมล วรดิลก และคนอื่น ๆ (2526) [42] ได้ศึกษาเรื่องสาธารณสุขมูลฐานพบว่าขึ้นอยู่กับเงื่อนไขต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ศรัทธา มีความรู้ ความสามารถ และความตั้งใจในการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเปรียบเสมือนจุดเชื่อมโยง ระหว่างรัฐและประชาชนในหมู่บ้าน ถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้สื่อข่าวสาธารณสุข มีประสิทธิภาพ สามารถสร้างศรัทธาในหมู่บ้าน การขยายบริการด้านสาธารณสุขมูลฐานจะสามารถทำได้ครบถ้วน

2. ความพร้อมของหมู่บ้าน หมู่บ้านที่มีศักยภาพทางสังคมดี ประชาชนมีความกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วม

3. เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความเข้าใจในแนวความคิดในหลักการสาธารณสุขมูลฐาน เชื่อในความสามารถของชาวบ้าน ปฏิบัติงานด้วยประสิทธิภาพ หมั่นเยี่ยมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และประเมินผลงานสาธารณสุขมูลฐานอย่างสม่ำเสมอ

สุพล รุจิรพิพัฒน์ (2526) [43] ได้สำรวจความเป็นไปได้ของบริการสุขภาพจิตชุมชนระดับตำบลในจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีการให้บริการอยู่ในระดับต่ำคือ ร้อยละ 45.2 นอกจากนี้จากการประเมินผลการดำเนินงานสุขภาพจิตเมื่อสิ้นสุดแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 5 (พ.ศ. 2525-2529) พบว่า ผลการดำเนินงานยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้อย่างทั่วถึงเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน อาทิ ปัญหาด้านบุคลากร พบว่า บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ทางด้านสุขภาพจิต มีเจตคติที่ไม่ดีและไม่ตระหนักถึงเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาด้านงบประมาณ พบว่า ขาดการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ปัญหาด้านการนิเทศงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้รับการนิเทศงานไม่ทั่วถึง ขาดความรู้ต่อเนื่อง

จินดา พูนเกษม (2527) [44] ได้วิจัยเรื่อง การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่จังหวัดนครสวรรค์ ผลการวิจัยพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่ยังมีประชาชนบางกลุ่มนิยมรักษาโรคแผนโบราณอยู่เมื่อเวลาเจ็บป่วยร้อยละ 34.0 ยอมรับบทบาทหน้าที่ในระดับปานกลางร้อยละ 65.1 กิจกรรมการปฏิบัติงานของอาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นอันดับสูงสุด ได้แก่การเป็นผู้แจ้งข่าวสาธารณสุขแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และชาวบ้านในเขตรับผิดชอบ ร้อยละ 14.3 สำหรับการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดในรายที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ตรวจแล้ว เป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ปฏิบัติเป็นอันดับต่ำสุด ร้อยละ 2.5

วิญญู เอี่ยมวชีรางกูร และคนอื่น ๆ (2527) [45] ได้ประเมินบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการควบคุมวัณโรค โดยประเมินความคิดเห็นของผู้ป่วย 54 ราย ที่มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลราษีไศล ผู้ป่วยทุกรายบอกว่าในหมู่บ้านของตนมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอยู่ประจำ แต่มีเพียง 1 ราย ที่สถานีอนามัยหรือสถานผดุงครรภ์อยู่และผู้ป่วยส่วนใหญ่ มารับการตรวจรักษาจากคำแนะนำของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยเกือบทุกรายเห็นด้วยกับการที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทเป็นส่วนประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับตัวผู้ป่วยเอง เพราะสามารถช่วยผู้ป่วยในด้านความสะดวก ประหยัดค่ารถ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คำแนะนำที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 83.3 มีความรู้ว่าวัณโรคที่ต้องกินยารักษาอย่างน้อย 1-2 ปี มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร้อยละ 92.6 รู้สึกภูมิใจที่มีบทบาทช่วยควบคุมวัณโรคในหมู่บ้านของตนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นว่าปัญหาสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยในหมู่บ้านของตนขาดยา คือผู้ป่วยขาดความรู้ ไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยไม่มีเงินเสียค่ารถ

เชลง อินจันและคณะ[46] (2527 ,อ้างถึงใน อรศรี เสงี่ยมศักดิ์, 2536) ได้ศึกษาเรื่อง "การประเมินผลการผสมผสานงานสุขภาพจิตกับงานสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดนครราชสีมา" โดยได้สนใจปัจจัยนำเข้ากระบวนการ ผลที่ได้รับและผลกระทบ พบว่า ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุข สามารถจำแนกโรคและให้การช่วยเหลือในระดับต้นได้ มีถึงร้อยละ 73.9 และมีความรู้ด้านสุขภาพาจิตดีกว่าชาวบ้าน และโครงการ อบรมความรู้สุขภาพจิตแก่ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เกิดผลกระทบต่อชาวบ้าน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้สื่อข่าวสาธารณสุข / อาสาสมัครสาธารณสุข ข. ที่อบรมแล้วไม่ถ่ายทอด ต่อให้แก่ชาวบ้าน โดยคาดว่าขาดแรงจูงใจ

อนันต์ ลิขิตประเสริฐ (2528) [47] ได้ศึกษาบทบาทผู้นำหมู่บ้านในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยมีจุดรวมความสนใจอยู่ที่บุคลิกภาพและพฤติกรรมผู้นำ ซึ่งคาดว่าความแตกต่างในเรื่องต่าง ๆ นี้ทำให้การพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานก้าวหน้าไปได้ไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งตัวแปรที่เกี่ยวกับคุณสมบัติ ผู้นำที่เห็นว่ามีบทบาทในการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ ความทันสมัย พฤติกรรมติดต่อสื่อสารและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ ตลอดจนการยอมรับนับถือของชาวบ้านที่มีต่อผู้นำในหมู่บ้านของตน

การศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งหมู่บ้านเป็น 3 ระดับคือ หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาสูง หมู่บ้านที่มีระดับการพัฒนาปานกลาง และหมู่บ้านที่มีการพัฒนาต่ำ

ผลการศึกษาพบว่า คุณสมบัติและพฤติกรรมผู้นำเป็นตัวอธิบายความแตกต่างกันในระดับการพัฒนาสาธารณสุขมูลฐาน

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นการศึกษาวิจัยบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เฉพาะด้านและบทบาทโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการศึกษาปัจจัยทางด้านประชากรในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับภาคใต้ยังไม่มีผู้ใดศึกษามาก่อนด้วย

สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2532)[48] ได้ประเมินผลทศวรรษแรกของงานสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย พ.ศ.2521-2530 ในเรื่องความครอบคลุมการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ทำได้ครอบคลุมประมาณ ร้อยละ 50-80 ของจำนวนประชาชน และร้อยละ 97 ของประชาชนที่รู้จักอาสาสมัครสาธารณสุข ยอมรับว่า อาสาสมัครสาธารณสุข มีประโยชน์ ส่วนจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ปรากฏว่ามีเพียงร้อยละ 50 ของจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้กิจกรรมอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการไปได้เพียงครึ่งเดียว

ถาวร แพทยารักษ์ (2530) [49] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานมาก เมื่อแยกตามองค์ประกอบพบว่า งานอนามัยแม่และเด็ก และงานวางแผนครอบครัว

งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ประชาชนมีกิจกรรมร่วมมาก งานโภชนาการประชาชนมีกิจกรรมร่วมปานกลาง งานจัดหาน้ำสะอาดและการสุขาภิบาลประชาชนมีกิจกรรมร่วมน้อย ส่วนการมีกองทุนในหมู่บ้านประชาชนมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานพบว่า ความรู้ เจตคติ สภาพของสังคม มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน สามารถนำความรู้ เจตคติ ไปใช้พยากรณ์การมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐานได้

ทัด ตาอ้ายเทียบ(2532) [50] ศึกษาการปฏิบัติงานของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า ผู้สื่อข่าว สาธารณสุข/อาสาสมัครสาธารณสุข มีการทำงานในด้านการค้นหาปัญหาสาธารณสุข มีการประชุมเป็นบางครั้ง การให้คำแนะนำทำเป็นบางครั้ง การแจ้งข่าวสารสาธารณสุขทำทุกครั้ง ตัวแปรด้าน เพศ อายุ การสมรส ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ศุภฤกษ์ โรจนธรรม (2532) [51] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน กรณีศึกษาเฉพาะหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ได้แก่ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพส่วนบุคคล การได้รับความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐาน และการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ทางราชการ ส่วนปัจจัยด้านอายุ ขนาดของครอบครัว การชักชวนของเพื่อนบ้าน ความเชื่อถือต่อผู้นำในหมู่บ้าน ความต้องการความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และความต้องการยอมรับนับถือไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน การมีส่วนร่วมในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐานของประชาชนในหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่น ของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลา และพัทลุง ไม่แตกต่างกัน

บุญพา ชูชื่น (2533) [52] ศึกษา บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

พีระศักดิ์ รัตนะ (2534) [53] ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบท จังหวัดสงขลา พบว่า ความรู้ การได้รับสิ่งสนับสนุน และการมีเวลาว่างในการทำงานสาธารณสุขมูลฐาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู[54] ได้ศึกษา "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน ในภาคเหนือของประเทศไทย" โดยกำหนดให้ปัจจัยนำได้แก่ เจตคติต่องานสุขภาพจิตชุมชนและการรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของ

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ ขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิตชุมชนของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตชุมชนของบุคลากรของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ และแผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสริมได้แก่ พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.1 อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาร้อยละ 9.4 อยู่ในระดับสูง และร้อยละ 6.5 อยู่ในระดับต่ำ

2. เจตคติต่องานสุขภาพจิตชุมชน การรับรู้บทบาทในการดำเนินงานสุขภาพจิตขนาดของโรงพยาบาล จำนวนบุคลากร และการได้รับการนิเทศงานสุขภาพจิตชุมชน ของหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพกับผลการดำเนินสุขภาพจิต ไม่สัมพันธ์กัน

3. การได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิต ของบุคลากร แผนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของฝ่ายการพยาบาลและฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ กับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตไม่สัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่ 0.05, 0.01 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมสนับสนุนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล แพทย์ และพยาบาลกับผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5. ปัจจัยที่สามารถทำนายผลการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน คือ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม โดยสามารถอธิบายได้ร้อยละ 14.8

วิทยา โคตรท่าน (2536) [55] ศึกษาประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน จังหวัดร้อยเอ็ด ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศต่างกันอายุต่างกัน ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนให้ผลต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีการศึกษาสูง จะมีประสิทธิผลในการทำงานสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความรู้ต่ำ และอาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีตำแหน่งอื่นๆ ใน ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ที่มีรายได้สูง จะมีประสิทธิผลในการทำงานสูงกว่าอาสาสมัคร สาธารณสุขที่มีรายได้ต่ำ

ฝ่ายนโยบายวางแผนและวิจัย กองแผนงานสาธารณสุข (2536) [56] 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 ได้รับการนิเทศจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

เดือนละ 1 ครั้ง และมีความคิดเห็นว่า เมื่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมานิเทศงานช่วยแก้ปัญหาได้พอสมควร อสม.ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าบทบาทหน้าที่ที่กำหนดไว้อยู่ในเกณฑ์พอดี มีความภาคภูมิใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม. แรงจูงใจที่สำคัญที่สุดในการปฏิบัติหน้าที่คือได้ช่วยเหลือชาวบ้าน ไม่เคยคิดที่จะลาออกจากการเป็น อสม. ในส่วนที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร ปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเป็นส่วนใหญ่และใช้ที่บ้านเป็นสถานที่ให้บริการ งานที่ปฏิบัติรองลงมา ได้แก่แนะนำการใช้สถานบริการสาธารณสุข การใช้ยา การเผยแพร่ความรู้ทางด้านสาธารณสุข และแนะนำช่วยเหลือทางด้านการเกษตร ในด้านการรักษาพยาบาลแก่ชาวบ้าน อสม.ส่วนใหญ่ทำการรักษาพยาบาลโดยใช้ยารับประทาน และเมื่อให้บริการแล้ว อสม. จะทำการติดตามการให้บริการด้วย เมื่อมีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจะปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

อินทิรา พัวสกุล และคณะ(2536) [57] ได้ศึกษาเรื่อง การสาธารณสุขมูลฐานกลยุทธแบบบูรณาการของโครงการสุขภาพจิตชุมชน เป็นการศึกษาจากกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานีอนามัยตำบลของจังหวัดเชียงใหม่ ผลที่ได้ พบว่า มีผลการปฏิบัติงานประจำในพื้นที่ให้บริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชทุกด้าน ซึ่ความสัมพันธ์ของงานบริการประจำในสถานีอนามัยกับงานบริการสุขภาพจิตทุกด้าน ได้แก่ ด้านการรักษา ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรับการรักษา และการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P=0.5) โดยปัจจัยการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบริการประจำในสถานีอนามัยตำบลสูงกว่าปัจจัยอื่นๆ ในกลุ่มเดียวกัน

อรศรี เสงี่ยมศักดิ์[46] ได้ศึกษา "รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในตำบลน้ำปลีก อำเภออำนาจเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี" ผลการศึกษาพบว่า ควรมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ปัจจัยนำต่องานสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ดี ส่วนปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ต้องการสนับสนุน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพร้อมในการสนับสนุนงานสุขภาพจิตชุมชน ส่วนผู้มารับบริการและประชาชนทั่วไป เห็นความสำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่องานสุขภาพจิต แต่ขาดความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้อง หลังการดำเนินงานประเมินผลพบว่า ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปมีพฤติกรรมต่องานสุขภาพจิต ดีขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ผู้บังคับบัญชาทุกส่วนควรให้การสนับสนุนในเรื่องนี้

กลุ่มงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน ได้ทำ "การประเมินผลการดำเนินงานแผนงานการสนับสนุนงานสุขภาพจิตในงานส่งเสริมสุขภาพดีถ้วนหน้า อำเภอไทรน้อย จังหวัด

นนทบุรี" โดยเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ผลการศึกษาในครั้งนี้ทำให้ทราบว่า ปัญหาการดำเนินงานจิตเวชชุมชนนั้นมิใช่อยู่ที่ชุมชนเท่านั้น แต่การมีนโยบาย มีรูปแบบการดำเนินงาน และการมีกิจกรรมที่ชัดเจน จะเป็นส่วนเสริมให้การทำงานจิตเวชในชุมชนนั้นดำเนินไปได้ด้วยดี และที่สำคัญที่สุด คือ ความพร้อมของชุมชน การประสานงานที่ดีระหว่างงานสุขภาพจิตกับชุมชนและการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

สกาวรัตน์ ลับเลิศลบ (2537) [58] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.)ในงานสาธารณสุขมูลฐาน ในเขตปริมณฑลจังหวัดนนทบุรี พบว่า อายุ อาชีพ เวลาที่ปฏิบัติงาน ระดับการศึกษาชั้นปริญญาตรี ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยแม่และเด็ก และการวางแผนครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคประจำถิ่น ทัศนคติในการป้องกันและแก้ไขมลภาวะและสิ่งแวดล้อมเป็นพิษ ทัศนคติต่อการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคและทัศนคติต่อการดูแลทันตสาธารณสุขของอสม. ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอสม.ในงาน สาธารณสุขมูลฐาน

กรกช ใจหาญ (2539) [59] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานแตกต่างกันตาม เพศ รายได้ของครอบครัว สถานภาพทางสังคม และความต้องการยอมรับนับถือจากคนอื่น ส่วนอายุ อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโครงการฯ และความสัมพันธ์ที่ดีกับเจ้าหน้าที่ ไม่มีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน

ยุพดี สิริวรรณ ,2539[60] ได้ศึกษา "ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต" ด้วยการสัมภาษณ์อาสาสมัคร 649 คน ทั่วประเทศ ผลการศึกษาพบว่า 1. อาสาสมัครมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเฉลี่ยปานกลาง อาสาสมัครที่มีเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และการสูบบุหรี่ต่างกัน จะมีความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 2. อาสาสมัครที่มีทัศนคติต่อสุขภาพจิต อาสาสมัครทีมีเพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการอบรมสุขภาพจิตต่างกันจะมีทัศนคติต่อสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 3. อาสาสมัครที่ปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพจิต และการให้บริการสุขภาพจิตอยู่ที่ระดับปานกลาง อาสาสมัครที่มีการอบรมสุขภาพจิต การปฏิบัติศาสนกิจ และความพอใจสภาพความเป็นอยู่ต่างกัน จะมีการปฏิบัติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology)

ประชากร

1. ประชากรเป้าหมาย หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน

2. ประชากรที่ศึกษา (Study Population) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน ใน 4 จังหวัด จังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี นครราชสีมา โดยมีจำนวน 3,485 คน, 6,637 คน, 9,564 คน และ 40,474 คน ตามลำดับ

3. ตัวอย่าง (Sample) หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรของสำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานทุกคนที่ปฏิบัติงานในจังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling) จำนวน 1,819 คน

4. ขนาดตัวอย่าง (Sample Size)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Yamane [61]

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

เมื่อ N = ขนาดประชากร

จังหวัดนนทบุรีมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จำนวน = 3,485

จังหวัดสระบุรีมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จำนวน = 6,637

จังหวัดกาญจนบุรีมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จำนวน = 9,564

จังหวัดนครราชสีมามีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จำนวน = 40,474

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

e = ความคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างกำหนดให้เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

จังหวัดนนทบุรี

$n = 3485 / (1 + 3485 \times 0.05^2)$

$= 359$ คน

จังหวัดสระบุรี

$n = 6637 / (1 + 6637 \times 0.05^2)$

$= 377$ คน

จังหวัดกาญจนบุรี

$n = 9564 / (1 + 9564 \times 0.05^2)$

$= 384$ คน

จังหวัดนครราชสีมา

$n = 40474 / (1 + 40474 \times 0.05^2)$

$= 396$ คน

เนื่องจากคาดว่าการตอบกลับของแบบสอบถามประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างเป็นจังหวัดละ 500 คน

5. เทคนิคการเลือกตัวอย่าง [62] (Sampling Technique)

หน่วยการสุ่มตัวอย่าง (Sampling Unit) คือ อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน มีขั้นตอนการสุ่มดังนี้

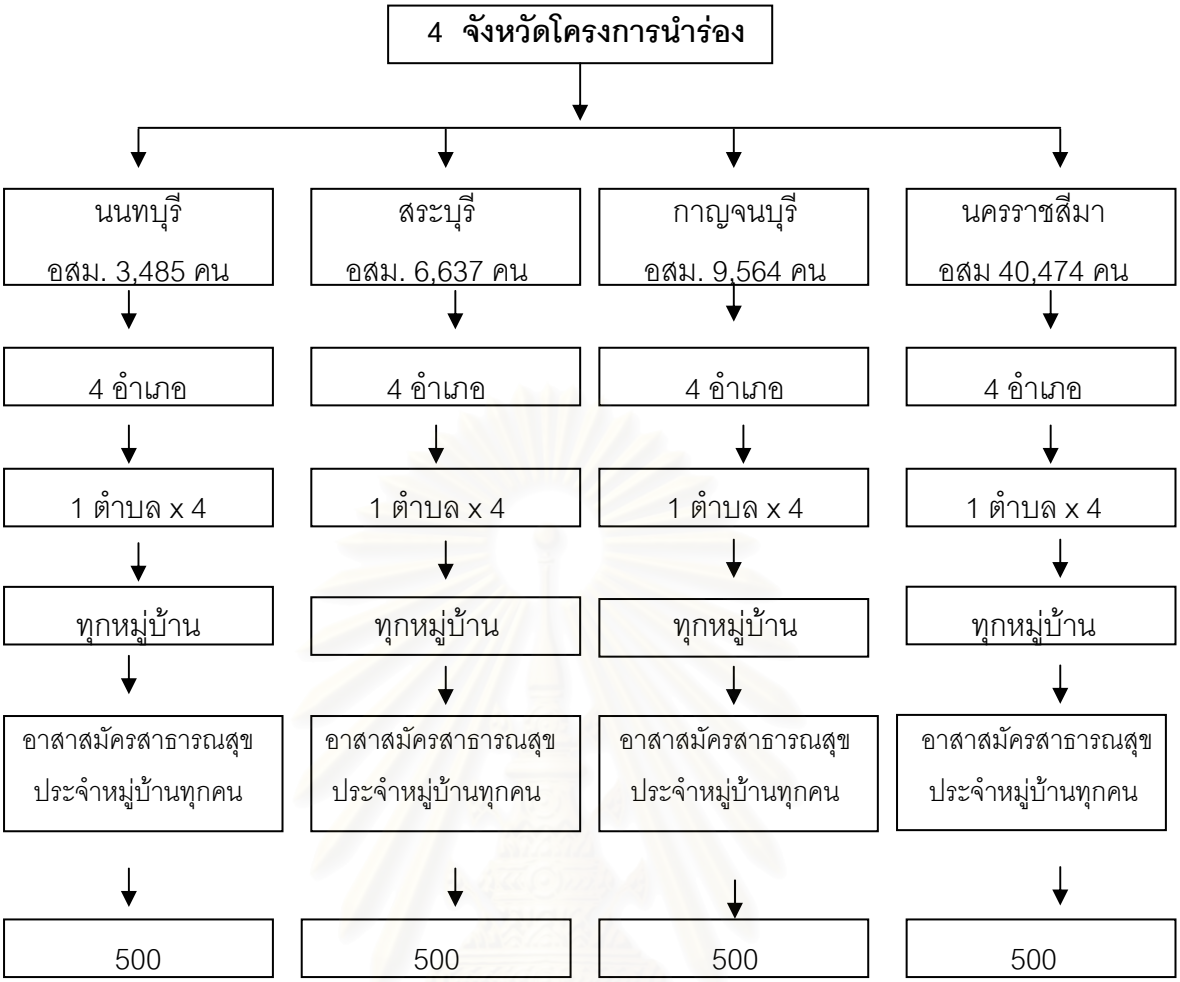
ขั้นที่ 1 เลือกจังหวัดในโครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 4 จังหวัด คือ นนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอโดยการจับสลากจังหวัดละ 4 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบลโดยการจับสลากอำเภอละ 4 ตำบล

ขั้นที่ 4 เลือกทุกหมู่บ้าน ในตำบลที่เลือกเป็นตัวอย่าง

ขั้นที่ 5 เลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคนในหมู่บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่าง ดังแผนภูมิข้างล่างนี้



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

6. หน่วยศึกษา (Study Unit) คืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2,000 คน

7. การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานที่ ระยะเวลาการทำงาน การได้รับความรู้จากการอบรมในงานสุขภาพจิต การได้รับความรู้จากการอบรมในโครงการต่าง ๆ

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกิจกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน ในกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ตั้งแต่ พฤษภาคม 2545 – เมษายน 2546

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยประยุกต์จากคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และเติมข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกิจกรรมงานสุขภาพจิตในด้านความสำคัญ ด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงและด้านความต้องการความรู้และทักษะเพิ่ม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมีข้อให้เลือกตอบ จำนวน 5 ระดับ คือ สำคัญมากที่สุด สำคัญมาก สำคัญ สำคัญน้อย สำคัญน้อยที่สุด ด้านปริมาณที่ปฏิบัติจริงคือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมากที่สุด ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมาก ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงปานกลาง ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงน้อย ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด ด้านความต้องการความรู้และทักษะเพิ่ม คือ ต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในระดับที่มากที่สุด ต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม ในปริมาณมาก ต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในระดับปานกลาง ต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในระดับน้อย ต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในระดับที่น้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 คือ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมข้อความ และแบบให้เลือกตอบ (Check list)

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. หาความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และรายละเอียดของข้อคำถาม ความเหมาะสมของภาษาในข้อคำถามทุกข้อ

2. นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วไปทดสอบในพื้นที่จังหวัดสมุทรปราการ โดยให้อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

3. การหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Coefficient alpha) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมอุปกรณ์การวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ความคิดเห็น
2. ทำหนังสือจากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา โดยให้ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแต่ละจังหวัดเป็นแกนกลางการประสานงานในการจัดส่งและเก็บรวบรวมแบบสอบถาม
3. หลังจากส่งแบบสอบถามประมาณ 1 เดือน ส่งหนังสือติดตามอย่างเป็นทางการและโทรศัพท์ติดตามเป็นระยะและประสานงานอย่างเป็นทางการ
4. รวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สร้างคู่มือลงรหัส
2. แปลงข้อมูลเป็นรหัสตามคู่มือลงรหัส
3. สร้างแฟ้มข้อมูล และบันทึกข้อมูลลงแฟ้ม
4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows, Microsoft Excel

ตารางที่ 3.1 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ชนิดของสถิติ	ตัวแปรที่วิเคราะห์	ชนิดของข้อมูล	วิธีการวิเคราะห์
สถิติเชิงพรรณนา	ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	เชิงคุณภาพ เชิงปริมาณ	ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
สถิติเชิงอนุมาน	ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของความคิดเห็น		
	-ลักษณะทั่วไปของประชากร	เชิงปริมาณ 2 กลุ่ม เชิงปริมาณ > 2 กลุ่ม	t-test One-Way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ต่องานสุขภาพจิตชุมชน ใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา โดยการสุ่มเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multistage Cluster Sampling) และการสุ่มเลือกอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ได้ตัวอย่างทั้งหมด 2,000 คน กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด 1,482 คน คิดเป็นร้อยละ 74.10 ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2545 – กุมภาพันธ์ 2546 โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่นๆ

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของ อสม. ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่นๆ กับความคิดเห็นในงานสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 5 ปัญหาและข้อเสนอแนะ

ส่วนที่ 1 การตอบกลับของข้อมูล

จากการศึกษาพบว่า อสม. ที่เป็นประชากรศึกษามีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1,482 คน จากจำนวนที่ส่งไปให้ อสม. ทั้งหมด 2,000 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 74.10 โดยจังหวัดสระบุรีมีอัตราตอบกลับมากที่สุด ร้อยละ 93 และต่ำที่สุดในจังหวัดกาญจนบุรีร้อยละ 66.8 (ดังตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของการตอบแบบสอบถาม จำแนกตามจังหวัด

จังหวัด	จำนวนแบบสอบถามที่ส่ง (ชุด)	จำนวนแบบสอบถามที่ตอบกลับ (ชุด)	อัตราการตอบกลับ (ร้อยละ)
นนทบุรี	500	348	69.6
สระบุรี	500	465	93.0
กาญจนบุรี	500	334	66.8
นครราชสีมา	500	335	67.0
รวม	2,000	1,482	74.1

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่นๆ

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	310	20.9
หญิง	1150	77.6
ไม่ระบุเพศ	22	1.5
รวม	1482	100.0
ชาย: หญิง		1:3.7
สถานภาพสมรส		
โสด	159	11.0
คู่	1141	78.9
ม่าย หย่า แยก	146	10.1
รวม	1446	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	15	1.0
21 - 30 ปี	166	11.2
31 - 40 ปี	427	28.8
41 - 50 ปี	415	28.0
51 - 60 ปี	277	18.7
มากกว่า 60 ปี	90	6.1
ไม่ระบุ	95	6.4
รวม	1482	100.0
Min =18 Max =80 Median =43.0 Mean=43.5 SD =11.19		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	953	66.8
มัธยมศึกษา	428	30.0
ปริญญาตรี	21	1.5
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.2
อื่นๆ	21	1.5
รวม	1426	100.0
อาชีพ		
เกษตรกรรม	543	38.7
รับจ้าง	323	23.0
ค้าขาย	161	11.5
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	0.6
แม่บ้าน	287	20.4
อื่นๆ	81	5.8
รวม	1404	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ย (บาท /เดือน)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2500	382	30.3
2501 - 5000	647	51.4
5001 - 7500	103	8.2
7501-10000	65	5.2
มากกว่า 10000	62	4.9
รวม	1259	100.0
Min =200 Max= 60,500 Median = 3,000 Mean = 4,903.69 SD = 7,168.17		
สถานะทางการเงิน		
มีหนี้สิน	557	40.3
พอใช้	783	56.7
เหลือเก็บ	42	3.0
รวม	1382	100.0
ระยะเวลาที่อยู่ ในชุมชน (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	383	27.5
21 – 30 ปี	248	17.8
31 – 40 ปี	332	23.9
41 – 50 ปี	260	18.7
มากกว่า 50 ปี	169	12.1
รวม	1392	100.0
Min =1 Max =80 Median =33.0 Mean =32.8 SD =15.63		
ระยะเวลาที่ทำงาน อสม. (ปี)		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	635	52.3
6 - 10 ปี	332	27.3
11 - 20 ปี	209	17.2
มากกว่า 20 ปี	38	3.2
รวม	1214	100.0
Min=1 Max=26 Median=5 Mean=7.12 SD=5.27		

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของ อสม. จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล(ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บทบาทหน้าที่อื่น(n=1482) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
ไม่มีบทบาทอื่น	663	44.7
มีบทบาท	819	55.3
กรรมการหมู่บ้าน	471	57.5
ผู้ใหญ่บ้าน /กำนัน	34	4.2
สมาชิก อบต.	80	9.8
อื่นๆ	356	43.5
รวม	1482	100.0

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 77.6 เป็นชายเพียงร้อยละ 20.9 ด้านช่วงอายุพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 28.8 และช่วงอายุระหว่าง 41 ถึง 50 ปี ร้อยละ 28.0

อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 78.9 เป็นโสดร้อยละ 11.0 และเป็นม่าย หย่า แยกอีกร้อยละ 10.1 สำเร็จการศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 66.8 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 30.0 และสำเร็จการศึกษาระดับสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาอีกเล็กน้อย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจำนวนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรมคิดเป็นร้อยละ 38.7 อาชีพรับจ้างร้อยละ 23.0

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,903.69 บาท โดยพบกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 2501ถึง 5,000 บาท มากกว่ากลุ่มอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 51.4 ด้านสถานภาพทางการเงินพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพทางการเงินในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 56.7 รองลงมามีหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 40.3 มีสัดส่วนผู้มีเหลือเก็บน้อยมากคิดเป็นร้อยละ 3.0 ด้านระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้นพบว่า มีระยะเวลาเฉลี่ยรวม 32.8 ปี โดยมีกลุ่มที่อาศัยอยู่ไม่เกิน 20 ปี มากที่สุดร้อยละ 27.5 รองลงมาอาศัยอยู่ในชุมชนระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 23.9 และ 41-50 ปีร้อยละ18.7ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบระยะเวลาเฉลี่ย 7.12 ปี โดยมีระยะเวลาทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุดร้อยละ 52.3 รองลงมา ระยะเวลาทำงานระหว่าง 6 -10 ปี ร้อยละ 27.3

ด้านบทบาทหน้าที่อื่นๆ นอกเหนือจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่า จำนวนมากเป็นกรรมการหมู่บ้านคิดเป็นร้อยละ 57.5

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของการทำกิจกรรมสุขภาพจิตในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การทำกิจกรรมสุขภาพจิตในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบมากกว่า 1ข้อ)	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ไม่ได้ทำ	368	27.5
ได้ทำ	970	72.5
- เผยแพร่ความรู้	523	53.91
- ให้คำแนะนำ	743	76.59
- เยี่ยมบ้าน	441	45.46
- อบรม	403	41.54
- อื่นๆ	69	7.11

ผลการวิเคราะห์ในด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในรอบ 3 เดือน พบว่าส่วนใหญ่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตคิดเป็นร้อยละ 72.5 ไม่ได้ทำร้อยละ 27.5 โดยกิจกรรมที่ทำโดยการให้คำแนะนำมากที่สุดร้อยละ 76.59 รองลงมาทำกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ร้อยละ 53.91 และไปเยี่ยมบ้านร้อยละ 45.46

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของความสามารถในการระดม/ขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน

ความสามารถของอสม.ในการระดม / ขอความร่วมมือในการจัดกิจกรรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตจากประชาชนในหมู่บ้าน	**จำนวน (คน) n=1,289**	**ร้อยละ**
ทุกครั้ง	531	41.2
นานๆ ครั้ง	682	52.9
ไม่ได้รับความร่วมมือ	76	5.9
รวม	1289	100.0

ด้านความสามารถในการระดม/ขอความร่วมมือในกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตจากประชาชนในหมู่บ้าน พบประชากรให้ความร่วมมือทุกครั้งร้อยละ 41.2 ให้ความร่วมมือนานๆ ครั้ง ร้อยละ 52.9 และไม่ได้รับความร่วมมือ ร้อยละ 5.9

2.2 ปัจจัยอื่น ๆ

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัยอื่น ๆ	**จำนวน (คน) n=1,475**	**ร้อยละ**
การอบรมความรู้สุขภาพจิต		
ไม่เคย	72	4.9
เคย	1403	95.1
น้อยกว่า 5 ครั้ง	113	8.0
6 - 10 ครั้ง	375	26.7
11 - 15 ครั้ง	16	1.2
มากกว่า 15 ครั้ง	899	64.1
Min=0 Max=41 Median= 21 Mean=16.65 SD=7.08		
ได้รับความรู้จากการอบรม		
มาก	350	29.6
ปานกลาง	736	62.3
น้อย	45	3.8
ไม่ได้เลย	51	4.3
รวม	1182	100.0
ได้รับความพอใจจากการอบรม		
มาก	465	39.9
ปานกลาง	619	53.1
น้อย	35	3.0
ไม่ได้เลย	47	4.0
รวม	1166	100.0
การได้รับสื่อเทคโนโลยีสุขภาพจิต		
ไม่ได้	668	57.5
ได้	494	42.5
รวม	1162	100.0

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยอื่นๆ(ต่อ)

ปัจจัยอื่น ๆ	จำนวน (คน) n=1,475	ร้อยละ
การได้รับคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิต สำหรับ อสม.		
ไม่ได้	317	22.5
ได้	1094	77.5
- ไม่ได้อ่าน	155	14.2
- ได้อ่าน	939	85.8
ประเภทของสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตมากที่สุด		
โทรทัศน์	457	35.4
การประชุมในหมู่บ้าน	424	33.6
หนังสือเพื่อน ผสส./อสม.	396	30.6
แผ่นพับ	320	24.7
หอกระจายข่าว/เสียงตามสาย	300	23.2
วิทยุ	195	15.1
โปสเตอร์	177	13.7
อื่นๆ	110	8.8
ป้ายประกาศ	76	5.9
ประเภทของสื่อบุคคลที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตมากที่สุด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	609	50.9
ชมรม อสม.	341	28.5
เพื่อน อสม.	191	16.0
ผู้ใหญ่บ้าน	39	3.3
อื่นๆ	17	1.4

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.5 จำนวนและร้อยละของ อสม. ที่แสดงความคิดเห็นต่อปัจจัยอื่นๆ (ต่อ)

ปัจจัยอื่น ๆ	จำนวน (คน) n=1,475	ร้อยละ
ควรนำกิจกรรมสุขภาพจิตไปผสมผสานกับชมรมหรือกลุ่มใดในชุมชน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
กลุ่มแม่บ้าน	917	62.4
กลุ่มเยาวชน	854	57.9
กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ	817	55.5
กลุ่มผู้นำทางศาสนา/พระ	538	36.5
กลุ่มกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ	422	28.6
กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ของชุมชน	334	23.0
กลุ่มกิจกรรมรักษาสิ่งแวดล้อม การปลูกป่า	258	17.5
กลุ่มผู้นำทางการเมือง	226	15.3
อื่น ๆ	47	3.3

ในด้านการอบรมความรู้สุขภาพจิตนั้นพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์ในการอบรมความรู้สุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 95.1 พบผู้ที่ไม่เคยอบรมเพียงร้อยละ 4.9 และในกลุ่มที่เคยอบรม มีการอบรมเฉลี่ย 16.65 ครั้ง โดยเห็นว่า ได้รับความรู้จากการฝึกอบรมในระดับปานกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.3 ได้รับความรู้ในระดับมากร้อยละ 29.6 และได้รับความรู้น้อยร้อยละ 3.8 และไม่ได้รับความรู้เลยร้อยละ 4.3

จากการฝึกอบรมดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจจากการฝึกอบรมในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.1 รองลงมาพึงพอใจในระดับมากร้อยละ 39.9

การวิเคราะห์การรับสื่อเทคโนโลยีสุขภาพจิต พบผู้ที่ไม่ได้รับ ร้อยละ 57.5 มีผู้ได้รับร้อยละ 42.5 ด้านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าส่วนใหญ่ได้รับร้อยละ 77.5 ไม่เคยได้รับร้อยละ 22.5 และในกลุ่มที่เคยได้รับนี้ส่วนใหญ่เพียงนำไปอ่านต่อคิดเป็นร้อยละ 83.4 มีผู้ได้รับแล้วไม่นำไปอ่านร้อยละ14.2 ด้านสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตนั้น พบสัดส่วนได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากสื่อจากโทรทัศน์มากที่สุดร้อยละ 35.4 รองลงมาจากการประชุมหมู่บ้าน จากหนังสือเพื่อน ผสส./อสม. ร้อยละ 30.6

ผลการวิเคราะห์สื่อบุคคลทั่วไปได้รับข่าวสารมากที่สุดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 50.9 รองลงมาจากชมรม อสม. ร้อยละ 28.5 และได้รับข่าวสารจากเพื่อน อสม.ร้อยละ 16.0

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในด้านการนำกิจกรรมสุขภาพจิตไปผสมผสานกับกลุ่มหรือชมรมใดในชุมชน เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนประสบผลสำเร็จ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เห็นว่า กลุ่มแม่บ้าน พบสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ มากกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาเห็นว่าควรร่วมกับกลุ่มเยาวชนร้อยละ 57.9 และร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.5

ส่วนที่ 3 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม

3.1 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของการให้ความสำคัญ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัย 0-5 ปี	1358	2.9	7.1	24.0	31.8	34.2	3.87
2	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น	1366	2.0	4.1	14.8	35.7	43.4	4.14
3	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน	1369	1.2	4.2	16.7	35.4	42.7	4.14
4	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยรุ่น	1359	1.9	10.4	20.6	30.0	37.0	3.90
5	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยทำงาน	1364	2.3	6.8	24.5	33.4	33.0	3.88
6	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1386	1.5	4.9	18.1	31.2	44.3	4.12
7	การแนะนำให้ความรู้เรื่องปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว	1370	4.1	7.4	20.1	31.8	36.6	3.89

ตารางที่ 4.6 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน(ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของการให้ความสำคัญ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
8	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	1357	1.2	3.1	13.6	28.0	54.2	4.31
9	การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	1367	2.4	5.0	24.9	35.8	31.9	3.90
10	การแนะนำให้ความรู้เรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์	1362	3.2	8.5	30.2	31.9	26.2	3.70
11	การจัดค่ายครอบครัว	1244	8.8	20.9	28.7	20.2	21.4	3.24
12	การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า	1354	2.0	6.1	16.3	30.5	45.1	4.10
13	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	1338	2.5	5.5	17.5	32.4	42.2	4.06
14	การจัดค่ายต้านยาเสพติด	1317	6.5	7.0	19.8	28.8	38.0	3.85
15	การเยี่ยมบ้าน	1325	4.2	6.9	34.8	26.6	27.5	3.66
16	การแนะนำให้ความรู้แก่ญาติ/คนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	1355	3.8	10.3	28.6	31.2	26.1	3.65
17	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว	1343	4.8	8.4	30.4	30.1	26.3	3.65
18	การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน	1339	1.8	4.1	19.4	39.0	35.7	4.03
19	การเป็นวิทยากร	1275	8.5	12.9	33.3	21.4	23.8	3.39
20	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชัก	1293	9.7	20.6	24.7	21.5	23.5	3.29
21	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน	1351	10.7	19.2	24.2	23.0	23.0	3.28
22	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต	1317	7.7	9.4	30.6	26.0	26.3	3.54
23	การค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	1330	9.6	12.6	27.2	26.6	24.0	3.43
24	การค้นหาคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า	1328	11.8	14.9	25.2	25.5	22.6	3.32
25	การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	1326	14.3	17.5	23.9	20.6	23.7	3.22
	ค่าเฉลี่ยรวม	1419						3.74

1 = การให้ความสำคัญในระดับน้อยที่สุด 2 = การให้ความสำคัญในระดับน้อย

3 = การให้ความสำคัญในระดับปานกลาง 4 = การให้ความสำคัญในระดับมาก

5 = การให้ความสำคัญในระดับมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นด้านความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิต อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญในระดับมาก (3.74) โดยให้ความสำคัญในกิจกรรมออกกำลังกายมากที่สุด (4.31) และรองลงมาคือ การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (4.14) และการแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน (4.14) ส่วนกิจกรรมที่สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นความสำคัญน้อยที่สุด คือ การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (3.22)

3.2 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัย 0-5 ปี	1308	4.5	9.6	33.2	28.4	24.3	3.58
2	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น	1315	3.5	8.2	26.2	32.5	29.5	3.76
3	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน	1301	2.6	8.1	25.7	32.6	31.0	3.81
4	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยรุ่น	1308	4.7	15.1	28.0	26.7	25.5	3.53
5	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยทำงาน	1307	4.1	10.9	30.1	30.9	24.1	3.60
6	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1313	2.7	8.8	23.2	31.8	33.4	3.84
7	การแนะนำให้ความรู้เรื่องปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว	1299	5.2	9.2	30.6	28.1	26.8	3.62
8	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	1298	2.5	5.7	22.0	25.4	44.3	4.03
9	การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	1326	4.1	8.5	32.4	34.2	20.7	3.59
10	การแนะนำให้ความรู้เรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์	1312	4.5	13.3	36.3	28.5	17.4	3.41
11	การจัดค่ายครอบครัว	1188	10.9	21.8	32.1	20.3	14.9	3.06
12	การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า	1306	4.6	10.9	25.4	29.3	29.8	3.69

ตารางที่ 4.7 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง 1	2	3	4	5	ค่าเฉลี่ย
13	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	1305	4.8	10.6	25.0	32.0	27.7	3.67
14	การจัดค่ายต้านยาเสพติด	1273	8.6	11.0	26.1	27.1	27.3	3.53
15	การเยี่ยมบ้าน	1270	5.4	9.6	38.1	24.2	22.8	3.49
16	การแนะนำให้ความรู้แก่ญาติ/คนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	1308	5.3	15.4	33.8	27.2	18.3	3.38
17	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว	1301	6.8	11.8	34.6	26.1	20.8	3.42
18	การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน	1297	3.3	7.9	26.5	35.9	26.4	3.47
19	การเป็นวิทยากร	1229	12.1	15.2	33.0	21.9	17.7	3.18
20	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชัก	1256	11.9	24.0	26.3	19.2	18.6	3.08
21	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน	1288	11.9	21.4	28.9	20.0	17.9	3.10
22	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต	1272	9.0	13.2	33.6	24.8	19.4	3.32
23	การค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	1292	10.6	14.7	31.2	24.4	19.1	3.27
24	การค้นหาคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า	1292	13.3	19.2	27.0	22.5	18.0	3.13
25	การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	1292	15.0	22.4	24.3	20.2	18.1	3.04
	ค่าเฉลี่ยรวม	1385						3.47

1 = ปริมาณการปฏิบัติจริงในระดับน้อยที่สุด 2 = ปริมาณการปฏิบัติจริงในระดับน้อย
3 = ปริมาณการปฏิบัติจริงในระดับปานกลาง 4 = ปริมาณการปฏิบัติจริงในระดับมาก
5 = ปริมาณการปฏิบัติจริงในระดับมากที่สุด

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่า ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมีระดับมาก (3.47) โดยกิจกรรมที่มีปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมากที่สุด คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย (4.03) และกิจกรรมที่มีปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด คือ การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (3.04)

3.3 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม

ตารางที่ 4.8 ร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในการดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของความต้องการ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
1	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัย 0-5 ปี	1324	1.9	5.5	26.1	30.5	36.0	3.93
2	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น	1325	1.6	3.6	16.9	36.8	41.1	4.12
3	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน	1322	1.4	3.8	21.4	32.3	41.1	4.08
4	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยรุ่น	1329	2.3	9.2	22.2	29.8	36.6	3.89
5	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยทำงาน	1313	2.0	6.4	24.4	35.0	32.2	3.89
6	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	1321	1.4	4.4	20.1	31.7	42.4	4.09
7	การแนะนำให้ความรู้เรื่องปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว	1318	2.9	6.1	23.6	32.5	34.9	3.91
8	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	1309	.9	3.8	18.4	25.2	51.6	4.23
9	การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	1332	1.8	4.6	23.9	39.8	29.9	3.91
10	การแนะนำให้ความรู้เรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์	1307	1.7	7.7	31.6	31.4	27.6	3.76
11	การจัดค่ายครอบครัว	1201	7.3	17.5	26.9	23.3	25.0	3.41
12	การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า	1317	2.6	6.6	16.0	32.3	42.5	4.06
13	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า	1306	2.1	5.1	17.3	34.2	41.3	4.08
14	การจัดค่ายต้านยาเสพติด	1263	5.6	5.6	19.4	28.1	41.3	3.94
15	การเยี่ยมบ้าน	1271	3.0	5.7	33.7	28.2	29.4	3.75
16	การแนะนำให้ความรู้แก่ญาติ/คนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	1306	2.8	9.8	28.3	31.5	27.6	3.71

ตารางที่ 4.8 จำนวนร้อยละและค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มในการดำเนินงานกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละของความต้องการ					ค่าเฉลี่ย
			1	2	3	4	5	
17	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว	1297	3.9	6.9	29.5	31.2	28.5	3.74
18	การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน	1297	1.8	4.2	20.0	37.6	36.5	4.03
19	การเป็นวิทยากร	1250	7.2	10.2	29.6	26.3	26.7	3.55
20	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชัก	1257	8.6	17.2	24.3	23.1	26.8	3.42
21	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน	1274	8.1	17.6	25.0	23.2	26.1	3.42
22	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต	1273	6.7	7.1	30.3	27.7	28.3	3.64
23	การค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	1294	8.3	9.2	26.0	30.4	26.1	3.57
24	การค้นหาคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า	1295	10.0	12.6	25.3	26.5	25.6	3.45
25	การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	1289	11.3	16.2	23.4	23.4	25.7	3.36
	ค่าเฉลี่ยรวม	1380						3.79

1 = ความต้องการความรู้/ทักษะในระดับน้อยที่สุด 2 = ความต้องการความรู้/ทักษะในระดับน้อย
3 = ความต้องการความรู้/ทักษะในระดับปานกลาง 4 = ความต้องการความรู้/ทักษะในระดับมาก
5 = ความต้องการความรู้/ทักษะในระดับมากที่สุด

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม ในกิจกรรมสุขภาพจิตในระดับมาก (3.79) โดยกิจกรรมที่ต้องการความรู้เพิ่มมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย (4.23) รองลงมาคือการแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (4.12) และการแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ (4.09)

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.9 ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน เรียงตามค่าคะเฉลี่ยการให้ความสำคัญจากมากไปน้อย

ลำดับ	ข้อ	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย		
			การให้ความสำคัญ	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม
1	8	การส่งเสริมการออกกำลังกาย	4.31	4.03	4.23
2	2	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น	4.14	3.76	4.12
3	3	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน	4.14	3.81	4.08
4	6	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	4.12	3.84	4.09
5	12	การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า	4.10	3.69	4.06
6	13	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูใน วัยรุ่นที่เสพยาบ้า	4.06	3.67	4.08
7	18	การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน	4.03	3.47	4.03
8	4	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยรุ่น	3.90	3.53	3.89
9	9	การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว	3.90	3.59	3.91
10	7	การแนะนำให้ความรู้เรื่องปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว	3.89	3.62	3.91
11	5	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยทำงาน	3.88	3.60	3.89
12	1	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัย 0-5 ปี	3.87	3.58	3.93
13	14	การจัดค่ายต้านยาเสพติด	3.85	3.53	3.94

ตารางที่ 4.9 ร้อยละ และค่าเฉลี่ยของความคิดเห็นด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชน เรียงตามค่าคะเฉลี่ยการให้ความสำคัญจากมากไปน้อย (ต่อ)

ลำดับ	ข้อ	กิจกรรม	ค่าเฉลี่ย		
			การให้ความสำคัญ	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม
14	10	การแนะนำให้ความรู้เรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์	3.70	3.41	3.76
15	15	การเยี่ยมบ้าน	3.66	3.49	3.75
16	16	การแนะนำให้ความรู้แก่ญาติ/คนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน	3.65	3.38	3.71
17	17	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว	3.65	3.42	3.74
18	22	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต	3.54	3.32	3.64
19	23	การค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ	3.43	3.27	3.57
20	19	การเป็นวิทยากร	3.39	3.18	3.55
21	24	การค้นหาคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า	3.32	3.13	3.45
22	20	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชัก	3.29	3.08	3.42
23	21	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน	3.28	3.10	3.42
24	11	การจัดค่ายครอบครัว	3.24	3.06	3.41
25	25	การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	3.22	3.04	3.36

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จากตารางที่ 4.9 เมื่อนำค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านมาเปรียบเทียบกันรายกิจกรรม พบว่ากิจกรรมสุขภาพจิตที่ อสม. ให้ความสำคัญใน 7 อันดับแรกจาก 25 กิจกกรม คือ 1)การส่งเสริมการออกกำลังกาย 2) การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น 3) การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน 4) การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ 5) การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า / การแก้ไขปัญหายาบ้า 6) การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัด และการฟื้นฟูในวัยรุ่นที่เสพยาบ้า 7) การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่มีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ในระดับมาก แต่คะแนนเฉลี่ยปริมาณที่ปฏิบัติจริงอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณากิจกรรมที่มีความสำคัญ 3 อันดับสุดท้าย ได้แก่ 1) การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน 2) กาจัดค่ายครอบครัว 3) การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

แต่อย่างไรก็ตามจะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่ม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกิจกรรมสุขภาพจิตทั้ง 25 กิจกรรมพบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางถึงมากในทุกกิจกรรม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม

ปัจจัยส่วนบุคคล		การให้ความสำคัญ			p-value	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง			p-value	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม			p-value
		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
เพศ[a]					< .001				< .001				.004
	ชาย	297	3.5	.74		285	3.2	.82		286	3.6	.74	
	หญิง	1105	3.7	.78		1084	3.5	.83		1078	3.8	.79	
อายุ[b]					.301				.208				.046
	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	12	3.8	.99		12	3.1	1.2		11	4.1	.76	
	21 - 30 ปี	162	3.7	.84		160	3.4	.83		158	3.7	.84	
	31 - 40 ปี	411	3.8	.76		402	3.5	.81		403	3.8	.76	
	41 - 50 ปี	400	3.8	.77		391	3.5	.83		388	3.8	.77	
	51 - 60 ปี	261	3.8	.76		254	3.5	.87		255	3.8	.82	
	มากกว่า 60	82	3.6	.77		80	3.4	.76		79	3.7	.71	
สถานภาพสมรส[b]					.013				< .001				.055
	โสด	154	3.5	.88		151	3.1	.88		150	3.6	.93	
	สมรส	1091	3.7	.76		1066	3.5	.80		1061	3.8	.76	
	ม่าย หย่า แยก	142	3.7	.79		138	3.4	.92		139	3.7	.79	

[a] Unpaired t-test [b] One-Way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		การให้ความสำคัญ			p-value	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง			p-value	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม			p-value
		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ระดับการศึกษา[b]					.114				.391				.402
	ประถมศึกษา	917	3.7	.79		895	3.5	.83		892	3.8	.79	
	มัธยมศึกษา	408	3.7	.73		396	3.4	.83		393	3.8	.75	
	สูงกว่ามัธยมศึกษา	44	3.9	.83		43	3.4	.92		44	3.9	.88	
อาชีพ[b]					0.150				< 0.001				0.071
	เกษตรกรรม	530	3.8	.73		513	3.5	.76		513	3.8	.71	
	รับจ้าง	305	3.7	.91		298	3.4	.92		298	3.8	.91	
	ค้าขาย	155	3.8	.70		152	3.4	.81		152	3.8	.74	
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	7	4.4	.54		7	4.1	.79		7	4.2	.63	
	แม่บ้าน	275	3.8	.78		274	3.6	.86		270	3.9	.79	
	อื่นๆ	74	3.6	.80		70	3.1	.96		70	3.6	.93	
รายได้[a]					.875				.204				.657
	น้อยกว่า /เ ท่ากับ 3000	675	3.7	.76		660	3.5	.78		656	3.7	.79	
	มากกว่า 3001	535	3.7	.75		523	3.4	.86		525	3.7	.76	

[a] Unpaired t-test [b] One-Way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การให้ความสำคัญ			p-value	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง			p-value	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม			p-value
	จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
สถานที่อยู่[b]				< .001				< .001				< .001
สระบุรี	461	3.9	.79		455	3.7	.78		456	4.0	.76	
นนทบุรี	320	3.5	.74		310	3.1	.80		310	3.6	.80	
กาญจนบุรี	324	3.5	.74		314	3.1	.75		309	3.6	.76	
นครราชสีมา	313	3.9	.69		306	3.6	.76		305	3.9	.75	
ระยะเวลาดำเนินงาน[a]				.070				.009				.023
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	603	3.7	.81		589	3.4	.87		592	3.7	.82	
มากกว่า 5 ปี	589	3.8	.75		572	3.5	.83		564	3.9	.79	
ความรู้ที่ได้จากการอบรม[b]				< .001				< .001				< .001
มาก	337	4.1	.68		333	3.8	.80		328	4.1	.69	
ปานกลาง	709	3.7	.76		688	3.4	.78		689	3.7	.78	
น้อย	40	3.5	.72		39	3.1	.80		39	3.7	.74	
ไม่ได้เลย	48	3.4	.87		47	3.0	.88		46	3.6	.88	

[a] Unpaired t-test [b] One-Way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.10 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การให้ความสำคัญ			p-value	ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง			p-value	ความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม			p-value
	จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		จำนวน (คน)	คะแนน (เฉลี่ย)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	
ความพอใจที่ได้รับจากการอบรม [b]				< 0.001				< 0.001				< 0.001
พอใจมาก	449	4.0	.66		445	3.8	.76		439	4.0	.68	
พอใจปานกลาง	596	3.7	.79		577	3.4	.80		578	3.7	.81	
น้อย	34	3.5	.67		33	3.1	.75		34	3.7	.80	
ไม่ได้เลย	42	3.5	.79		41	3.0	.82		40	3.7	.79	
การได้อ่านคู่มือ[a]				< .001				< .001				.001
ไม่ได้อ่าน	200	3.44	.87		193	3.13	.96		195	3.6	.89	
ได้อ่าน	1030	3.81	.75		1010	3.56	.78		1006	3.8	.27	
กิจกรรมใน 3 เดือน[a]				< 0.001				< 0.001				.001
ไม่ได้ทำ	350	3.6	.79		336	3.2	.91		336	3.7	.84	
ได้ทำ	948	3.8	.77		933	3.6	.79		929	3.8	.77	

[a] Unpaired t-test [b] One-Way ANOVA

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของ อสม. ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่น ๆ กับความคิดเห็นในงานสุขภาพจิตชุมชน

จากตารางที่ 4.10 ผลการวิเคราะห์เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเห็นความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงและความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามปัจจัยส่วนบุคคล ดังนี้

โดยภาพรวมพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่อาศัย ความรู้ที่ได้จากการอบรม ความพอใจที่ได้รับจากการอบรม การได้อ่านคู่มือ และการทำกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมา ที่แตกต่างกันจะมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มแตกต่างกันอย่างมีนับสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ส่วนตัวแปรอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ที่แตกต่างกัน จะมีคะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงและความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม พบว่า

เพศ พบว่าเพศชายจะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยพบว่าเพศหญิงจะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มมากกว่าเพศชาย

อายุ พบว่าด้านความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยพบว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีคะแนนความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มสูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ แต่ในด้านการให้ความสำคัญ และปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

สถานภาพสมรส อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ และปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) โดยพบว่าสถานภาพสมรสคู่ จะให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าสถานภาพสมรสอื่นๆ แต่ในด้านความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P>0.05$)

ระดับการศึกษา พบว่า ด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05)

อาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีอาชีพแตกต่างกันจะให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่เคยเป็นข้าราชการจะให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงสูงกว่าอาชีพอื่นๆ แต่ด้านการให้ความสำคัญและความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P>0.05)

รายได้ พบว่า ด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีรายได้ที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยในทุกด้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P>0.05)

สถานที่อยู่อาศัย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานที่อยู่อาศัยแตกต่างกันจะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในจังหวัดสระบุรี จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อยู่ในจังหวัดอื่นๆ

ระยะเวลาดำเนินงาน อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาทำงานที่แตกต่างกันจะให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.05) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่ทำงานมากกว่า 5 ปีจะให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงสูงกว่าผู้ที่ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี แต่ด้านการให้ความสำคัญและความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ(P>0.05)

ความรู้ที่ได้จากการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับความรู้ที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.001) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมาก จะให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มมากที่สุด

ความพอใจที่ได้รับจากการอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับความพอใจที่แตกต่างกัน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.001) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านที่มีความพอใจมาก จะให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มมากที่สุด

การได้อ่านคู่มือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อ่านคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ได้อ่านคู่มือ จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อ่านคู่มือมาก จะให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่านคู่มือ

การทำกิจกรรมสุขภาพจิตใน 3 เดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตใน 3 เดือนที่ผ่านมา กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตใน 3 เดือน จะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตใน 3 เดือนที่ผ่านมา จะให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิต

ส่วนที่ 5 ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ตารางที่ 4.11 จำนวนร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ในเรื่องสิ่งสำคัญที่สุด 3 อันดับแรกที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสุขภาพจิตดี (จำนวนผู้ตอบ 811 คน)

ลำดับ	สิ่งสำคัญที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวสุขภาพจิตดี	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ความรัก ,ความผูกพัน, ดูแลเอาใจใส่	421	51.9
2	ความเข้าใจ ให้อภัยซึ่งกันและกัน	256	31.5
3	ความซื่อสัตย์ ความสามัคคี	134	16.8
	รวม	811	100.0

อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าสิ่งที่สำคัญที่สุด 3 อันดับแรกที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี พบว่าความคิดเห็นว่าความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของคนในครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมาคิดว่า ความเข้าใจซึ่งกันและกัน การรู้จักให้อภัยกันและกันคิดเป็นร้อยละ 31.5 และคิดว่าคนในครอบครัวควรมีความซื่อสัตย์ต่อกันและกันคิดเป็นร้อยละ 16.8

ตารางที่ 4.12 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ในเรื่องปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชนที่ควรรีบแก้ไข 3 อันดับแรก (จำนวนผู้ตอบ 501 คน)

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ปัญหายาเสพติด	343	68.4
2	ปัญหาขาดความรักความอบอุ่นจากครอบครัว	96	19.2
3	ปัญหาเศรษฐกิจ	62	12.4
	รวม	501	100.0

ส่วนความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตที่ควรรีบแก้ไข 3 อันดับแรก พบว่า ปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาที่ควรรีบแก้ไขมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคือปัญหาขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัวร้อยละ 19.2 และปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 12.4

ตารางที่ 4.13 จำนวนและร้อยละ ความคิดเห็นของ อสม. เรื่องวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 501 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	มีการปรึกษาหารือให้คำแนะนำและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน	368	73.4
2	ตั้งชมรม และสมาคมต่างๆ เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน	301	60.0
3	มีการจัดอบรมวิชาการเป็นระยะๆ เช่น เรื่องยาเสพติด การส่งเสริมสนับสนุนทุกกลุ่มอายุ	264	52.7
4	มีการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เช่น การออกกำลังกาย ในชุมชน ทุกวัน	209	41.7
5	มีการสร้างอาชีพ และส่งเสริมอาชีพในชุมชน	156	31.1

ด้านวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่าควรมีการให้คำปรึกษาและแนะนำให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากที่สุดร้อยละ 73.4 การจัดตั้งชมรมสมาคมต่างๆ ร้อยละ 60.0 ควรมีการจัดอบรมวิชาการเป็นระยะร้อยละ 52.7 ส่งเสริมสุขภาพการออกกำลังกายร้อยละ 41.7 และมีการสร้างอาชีพและส่งเสริมอาชีพในชุมชนร้อยละ 31.1

ตารางที่ 4.14 จำนวนและร้อยละ ความคิดเห็นของ อสม. เรื่องปัญหา / อุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิต ที่ควรรีบแก้ไขมากที่สุด 3 อันดับแรก (จำนวนผู้ตอบ 489 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	ปัญหา/อุปสรรคที่ควรรีบแก้ไข	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เห็นความสำคัญ	447	91.4
2	ขาดงบประมาณในการจัดอบรม	162	33.1
3	อสม.ขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต	142	29.0

ด้านปัญหาและอุปสรรคในการทำงาน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิต 3 อันดับแรกที่ควรรีบแก้ไข คือ ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือและไม่เห็นความสำคัญมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 91.4 รองลงมาคือขาดงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนร้อยละ 33.1 และอาสาสมัครสาธารณสุขขาดองค์ความรู้เรื่องสุขภาพจิตร้อยละ 29.0

ตารางที่ 4.15 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ต่อเนื้อหาความรู้วิชาการที่ควรจะถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพครอบครัว (จำนวนผู้ตอบ 1,482 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	เนื้อหาความรู้วิชาการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	สุขภาพจิตครอบครัว	1048	71.9
	สุขภาพจิตวัยรุ่น	680	46.4
	สุขภาพจิตกับยาบ้า	658	44.9
	สุขภาพจิตผู้สูงอายุ	589	40.2
	สุขภาพจิตวัยทำงาน	334	22.8
	สุขภาพจิตโรงเรียน	225	17.4
	อื่นๆ	52	3.5

ผลการวิเคราะห์ความต้องการสนับสนุนด้านเนื้อหาความรู้วิชาการที่ควรจะถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขต้องการความรู้เนื้อหาวิชาการด้านสุขภาพจิตครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 71.9 รองลงมาเป็นเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตวัยรุ่น ร้อยละ 45.9 และเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตยาบ้า ร้อยละ 44.9

ตารางที่ 4.16 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ต่อประเภทของสื่อที่ อสม. ต้องการการสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิต (จำนวนผู้ตอบ 1,482 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	ประเภทของสื่อ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	หนังสือคู่มือ	1008	68.5
	โปสเตอร์	781	53.1
	แผ่นพับ	644	43.8
	เทปเสียง	544	37.0
	วิดีโอ	369	25.1
	แผ่นภาพพลิก	304	20.7
	อื่นๆ	52	3.5

ผลการวิเคราะห์ความต้องการการสนับสนุนสื่อประเภทต่างๆ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องการหนังสือคู่มือมากที่สุด ร้อยละ 68.5 รองลงมาคือโปสเตอร์ ร้อยละ 53.1 และแผ่นพับ ร้อยละ 43.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.17 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ต่อกลุ่มบุคคลที่จะนำสื่อที่ต้องการสนับสนุนไปใช้ (จำนวนผู้ตอบ 792 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	กลุ่มบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	เพื่อนบ้านในชุมชน (กลุ่มเด็ก,วัยรุ่น,ผู้สูงอายุ)	786	98.8
2	คนใกล้ตัว, คนในครอบครัว	130	29.0
3	แกนนำครอบครัว	119	15.0

ด้านการนำสื่อสนับสนุนไปใช้กับใครในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่า สื่อที่ต้องการการสนับสนุนควรนำไปใช้กับเพื่อนบ้านมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 98.8 รองลงมาเป็นคนใกล้ตัวและคนในครอบครัว ร้อยละ 29.0 และแกนนำสุขภาพครอบครัวร้อยละ 15.0

ตารางที่ 4.18 จำนวนและร้อยละของ วิธีการต่างๆ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. (จำนวนผู้ตอบ 788 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	วิธีการต่าง ๆ ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	สื่อสิ่งพิมพ์	356	45.1
2	การพบปะพูดคุย	256	32.4
3	โปสเตอร์	194	24.6
4	เสียงตามสาย	174	22.0
5	จัดอบรม	113	14.3
6	สื่อ โทรทัศน์,วิดีโอเทป	97	12.3

ด้านเทคนิควิธีการในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่าควรใช้สื่อสิ่งพิมพ์มากที่สุดร้อยละ 45.1 รองลงมาควรใช้การพบปะพูดคุยร้อยละ 3และควรใช้โปสเตอร์ร้อยละ 24.6

ตารางที่ 4.19 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของ อสม. ต่อการเลือกโอกาสต่างๆ ในการดำเนินสุขภาพจิตในชุมชน (จำนวนผู้ตอบ 612 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	โอกาสต่าง ๆ ในการดำเนินสุขภาพจิตในชุมชน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	วันประชุมในชุมชน	285	46.5
2	ทุกโอกาสที่เหมาะสม	266	43.4
3	วันสำคัญต่างๆ หรือวันหยุด	165	26.7
4	เยี่ยมบ้าน	56	9.1
5	วันรณรงค์	20	3.2

ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในโอกาสต่างๆ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่า ควรเป็นวันประชุมของคนในชุมชนมากที่สุดร้อยละ 46.5 รองลงมาคิดเห็นว่าทุกโอกาสที่เหมาะสม และในวันสำคัญหรือวันหยุดต่าง ๆ อีกร้อยละ 26.7

ตารางที่ 4.20 จำนวนและร้อยละความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านข้อเสนอแนะ (จำนวนผู้ตอบ 190 คน) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ลำดับ	ข้อเสนอแนะ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1	ของบประมาณสนับสนุน	80	42.1
2	จัดอบรมวิชาการเรื่องสุขภาพเป็นระยะและต่อเนื่อง	62	32.6
3	จัดสื่อสนับสนุนให้เพียงพอกับ อสม. เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ และไว้ให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้าน	48	25.2
4	เจ้าหน้าที่ของรัฐ ควรทำงานมุ่งมั่น และจริงจังให้มากกว่านี้	40	21.0
5	ควรจะเชิญจิตแพทย์มาอบรม อสม. ในชุมชนและจัดเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคจิตบ้าง	36	19.0
6	จัดตั้งชมรม และสมาคมต่างๆ เพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน	32	16.9

ด้านข้อเสนอแนะ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีข้อเสนอในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ควรมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานมากที่สุดร้อยละ 42.1 ให้การอบรมด้านวิชาการเป็นระยะอย่างต่อเนื่องร้อยละ 32.6 และควรจัดสื่อสนับสนุนให้เพียงพอกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเรียนรู้และให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านร้อยละ 25.2 ตามลำดับ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross - sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่องานสุขภาพจิตชุมชนใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดนนทบุรี สระบุรี กาญจนบุรี และนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ อสม 4 จังหวัด ๆ ละ 500 คน รวมจำนวน 2,000 คน ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่าง เดือนพฤศจิกายน 2545 ถึง กุมภาพันธ์ 2546 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นเครื่องมือในการวิจัย ส่งแบบสอบถามไปยังประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 4 จังหวัด นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS for Windows สรุปผลได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 อัตราการตอบกลับของข้อมูล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 1,482 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 74.1 เมื่อจำแนกเป็นรายจังหวัด พบว่า จังหวัดสระบุรี ตอบแบบสอบถามกลับมากที่สุด ร้อยละ 93.0 และจังหวัดกาญจนบุรี มีการตอบกลับน้อยที่สุด ร้อยละ 66.8

5.1.2 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ ร้อยละ 77.6 เป็นเพศหญิง อายุอยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 28.8 และ อายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.0 อายุเฉลี่ย 43.5 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 78.9 ระดับการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 66.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.7 รายได้เฉลี่ย 4,903.69 บาทต่อเดือน ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่ มีรายได้เฉลี่ย ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 81.7 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.7 มีรายได้พอใช้ ผู้ตอบแบบสอบถามอาศัยอยู่ในชุมชน เฉลี่ย 32.8 ปี ส่วนใหญ่อาศัยอยู่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ร้อยละ 27.5 และระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัคร น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี มากที่สุด ร้อยละ 52.3 ระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 7.12 ปี นอกจากบทบาทการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ตอบแบบสอบถาม มีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน มากที่สุด ร้อยละ 57.5

5.1.3 ข้อมูลด้านการดำเนินงานสุขภาพจิต

ในด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่ได้ทำร้อยละ 72.5 กิจกรรมที่ได้ทำมากที่สุดเป็นกิจกรรมการให้คำแนะนำร้อยละ 76.5 รองลงมาคือเผยแพร่ความรู้ร้อยละ 53.9 และเยี่ยมบ้านร้อยละ 45.4 ด้านความสามารถในการระดม / ขอความร่วมมือในกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตจากประชาชนในหมู่บ้าน พบสัดส่วนประชากรให้ความร่วมมือทุกครั้งร้อยละ 41.2 ให้ความร่วมมือนานๆ ครั้ง ร้อยละ 52.9 ไม่ได้รับความร่วมมือเลย ร้อยละ 5.9

5.1.4 ปัจจัยอื่น ๆ

ด้านการอบรมความรู้สุขภาพจิตนั้นพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกือบทั้งหมดมีประสบการณ์ในการอบรมความรู้สุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 95.1 ในกลุ่มที่เคยอบรม มีการอบรมเฉลี่ย 16.65 ครั้ง โดยเห็นว่า ได้รับความรู้จากการฝึกอบรมในระดับปานกลาง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 62.3 จากการฝึกอบรมดังกล่าว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความพึงพอใจจากการฝึกอบรมในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มอื่น คิดเป็นร้อยละ 53.1

การรับสื่อเทคโนโลยีสุขภาพจิต พบสัดส่วนผู้ที่ได้รับ ร้อยละ 42.5 มีผู้ได้รับร้อยละ 42.5 ด้านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่าส่วนใหญ่ได้รับร้อยละ 77.5 ในกลุ่มที่เคยได้รับนี้ส่วนใหญ่นำไปอ่านต่อคิดเป็นร้อยละ 83.4

ด้านสื่อที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตนั้น พบสัดส่วนได้จากโทรทัศน์ร้อยละ 35.4 รองลงมาได้จากสื่อการประชุมหมู่บ้าน ร้อยละ 33.6 ผลการวิเคราะห์สื่อบุคคลทั่วไปได้รับข่าวสารมากที่สุด จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขร้อยละ 50.9

ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นต่อชมรมหรือกลุ่มที่ควรนำกิจกรรมสุขภาพจิตไปผสมผสาน เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนประสบผลสำเร็จ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เห็นว่า ควรผสมผสานกับกลุ่มแม่บ้าน พบสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ มากกว่าครึ่งหนึ่งคิดเป็นร้อยละ 62.4 รองลงมาร่วมกับกลุ่มเยาวชนร้อยละ 57.9 และร่วมกับกลุ่มชมรมผู้สูงอายุร้อยละ 55.5

5.1.5 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม

5.1.5.1 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการให้ความสำคัญ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เห็นความสำคัญในกิจกรรมสุขภาพจิตในระดับมาก โดยให้ความสำคัญในกิจกรรมออกกำลังกายมากที่สุด (4.31) และรองลงมาคือ การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (4.14) และการแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน (4.14)

5.1.5.2 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในกิจกรรมสุขภาพจิต พบคะแนนเฉลี่ยในระดับ 3.47 ซึ่งหมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เห็นว่าปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมีระดับปานกลางค่อนข้างมาก โดยกิจกรรมที่มีปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมากที่สุด คือ กิจกรรมการออกกำลังกาย(4.03)รองลงมาคือการแนะนำให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตผู้สูงอายุ(3.84) และการแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างสุขในบ้าน และกิจกรรมที่มีปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงน้อยที่สุด คือ การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

5.1.5.3 ความคิดเห็นของ อสม. ต่อความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่มพบคะแนนเฉลี่ยในระดับ 3.79 ซึ่ง หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิตในระดับมาก โดยกิจกรรมที่ต้องการความรู้เพิ่มมากที่สุด คือ การออกกำลังกาย (4.23) รองลงมาคือ การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น (4.12) การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ (4.09)

5.1.6 เปรียบเทียบความแตกต่างความคิดเห็นของ อสม. ตามปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยอื่น ๆ กับความคิดเห็นในงานสุขภาพจิตชุมชน จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

5.1.6.1 เพศ

จำแนกตามเพศ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุข เพศชายและเพศหญิงมีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.005$) โดยพบแนวโน้มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง ให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขเพศชาย

5.1.6.2 อายุ

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีช่วงอายุแตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตว่าไม่แตกต่างกัน

5.1.6.3 ด้านสถานภาพสมรส

พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นต่อความสำคัญ ปริมาณงานปฏิบัติจริง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) ส่วนความต้องการความรู้และทักษะเพิ่ม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกันมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

5.1.6.4 การศึกษา

จำแนกตามระดับการศึกษาสูงสุด พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาสูงสุดที่แตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริงและความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

5.1.6.5 อาชีพ

จำแนกตามปัจจัยด้านอาชีพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความคิดเห็นด้าน ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงแตกต่างกัน($P<0.001$) โดยพบว่ากลุ่มที่มีอาชีพเคยรับราชการ/รัฐวิสาหกิจให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนคะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิต พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

5.1.6.6 รายได้

จำแนกตามปัจจัยด้านระดับรายได้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีรายได้แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นในความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ /ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่ม พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกันมีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

5.1.6.7 จังหวัดที่อาศัย

จำแนกตามจังหวัดที่อยู่อาศัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่อาศัยอยู่ในแต่ละจังหวัดมีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.001$) โดยพบแนวโน้มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากจังหวัดสระบุรี และจังหวัดนครราชสีมาให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นสูงกว่าจังหวัดนนทบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี

5.1.6.8 ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

จำแนกตามระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยความคิดเห็น ในด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาทำงานนานกว่า 5 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระยะเวลาทำงานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนในด้านการให้ความสำคัญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขแตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน

5.1.6.9 ความรู้ที่ได้รับจากการอบรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ที่ได้รับจากการอบรมแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.001$) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความรู้ที่ได้รับจากการอบรมมากจะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่มสูงกว่ากลุ่มอื่น

5.1.6.10 ความพอใจที่ได้รับจากการอบรม

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ความพอใจที่ได้รับจากการอบรมที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความพอใจที่ได้รับจากการอบรมมากจะให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่มสูงกว่ากลุ่มอื่น

5.1.6.11การได้อ่านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อ่านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้อ่านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้อ่านหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้อ่าน

5.1.6.12 การได้ทำกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ทำกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมาและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ได้ทำกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมา ให้คะแนนเฉลี่ยการให้ความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในกิจกรรมสุขภาพจิต แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้ทำกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมาให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญ ปริมาณงานการปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ ทักษะในกิจกรรมสุขภาพจิตเพิ่มสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทำกิจกรรม

5.1.7 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่า 3 อันดับแรกที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพจิตดี คือ ความรัก ความผูกพัน การดูแลเอาใจใส่ซึ่งกันและกันของคนในครอบครัวมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 51.9 รองลงมา คือความเข้าใจซึ่งกันและกัน รู้จักให้อภัยกันและกันคิดเป็นร้อยละ 31.5 รองลงมาคือความซื่อสัตย์ต่อกันและกันคิดเป็นร้อยละ16.8

ความคิดเห็นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่ควรรีบแก้ไขคือปัญหายาเสพติดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมา คือปัญหาขาดความรักความอบอุ่นในครอบครัวร้อยละ 19.2 และปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 12.4

ความคิดเห็นด้านวิธีการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นว่า ควรมีการให้คำแนะนำปรึกษาและแนะนำให้กำลังใจซึ่งกันและกันมากที่สุดร้อยละ 73.4 รองลงมาคือ การตั้งชมรมและสมาคมต่างๆ เพื่อทำงานร่วมกันร้อยละ 60.0 และควรมีการจัดอบรมทางวิชาการเป็นระยะๆร้อยละ 52.7

ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิต 3 อันดับแรก ที่ควรรีบแก้ไข คือ คนในชุมชนไม่ให้ความร่วมมือมากที่สุดร้อยละ 91.4 รองลงมา ขาดงบประมาณในการจัดอบรมร้อยละ 33.1 และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต ร้อยละ 29.0

ด้านความต้องการการสนับสนุนองค์ความรู้เนื้อหาความรู้วิชาการที่ควรถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพครอบครัว เนื้อหาความรู้วิชาการที่ควรถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพครอบครัว คือเนื้อหาด้านสุขภาพจิตครอบครัวเป็นเนื้อหาที่ต้องการมากที่สุดร้อยละ 71.9 รองลงมาคือเนื้อหาสุขภาพจิตวัยรุ่นร้อยละ 46.4 และเนื้อหาสุขภาพจิตกับยาบ้าร้อยละ 44.9

ด้านความต้องการสื่อสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการหนังสือคู่มือมากที่สุดร้อยละ 68.5 รองลงมาคือโปสเตอร์ร้อยละ 53.1 และสื่อแผ่นพับร้อยละ 43.8

ด้านความต้องการสื่อสนับสนุนที่ต้องการจะนำไปใช้กับใครในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่าควรนำไปใช้กับเพื่อนบ้านในชุมชนมากที่สุดร้อยละ 98.8 รองลงมาคือคนในครอบครัวร้อยละ 29.0 และใช้กับแกนนำสุขภาพครอบครัวร้อยละ 15.0

ด้านเทคนิควิธีการในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความคิดเห็นว่า ควรใช้สื่อสิ่งพิมพ์มากที่สุดร้อยละ 45.1 รองลงมาเป็นการพบปะพูดคุยร้อยละ 32.4 และใช้โปสเตอร์ร้อยละ 24.6

ด้านการดำเนินงานสุขภาพจิตในโอกาสต่าง ๆ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเห็นว่า ควรเป็นวันประชุมของคนในชุมชนมากที่สุดร้อยละ 46.5 รองลงมาคือ ทุกโอกาสที่เหมาะสมร้อยละ 43.4 และในวันสำคัญต่าง ๆ หรือวันหยุดในวันสำคัญร้อยละ 26.7

ด้านข้อเสนอแนะ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีข้อเสนอว่า ควรมีงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงานมากที่สุดร้อยละ 42.1 ควรมีการอบรมวิชาการเป็นระยะๆและต่อเนื่องร้อยละ 32.6 และควรสนับสนุนสื่อต่างๆ ให้อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างเพียงพอเพื่อใช้ในการศึกษาหาความรู้และใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิต สามารถให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านได้ร้อยละ 25.1

5.2 อภิปรายผลการศึกษา

การอภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูลในประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

5.2.1 การตอบกลับของแบบสอบถาม

พบการตอบกลับของแบบสอบถามในจังหวัดสระบุรีสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ เนื่องจากผู้วิจัยได้มีการประสานงานส่งแบบสอบถามให้ในวันประชุมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จึงทำให้ได้รับความร่วมมืออย่างดี ส่วนจังหวัดกาญจนบุรีที่มีการตอบกลับต่ำเนื่องจากมีน้ำท่วมในช่วงนั้นทำให้เป็นอุปสรรคแก่ผู้ประสานงานในการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ดังนั้นการหากต้องการให้อัตราการตอบกลับสูงควรมีการประสานงานกับคนในพื้นที่เพื่อขอทราบแผนงาน หรือวันประชุม เพื่อที่จะได้นำแบบสอบถามไปให้ก่อนวันที่จะประชุม

5.2.2 ข้อมูลทั่วไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้ง 4 จังหวัด เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจะต้องเสียสละเวลาในการดำเนินงาน เพศหญิงที่เป็นแม่บ้านมีเวลาในการทำกิจกรรมได้มากกว่าเพศชาย ซึ่งขัดแย้งกับ สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่นๆ (2523)[38] ที่ศึกษาในจังหวัดขอนแก่น พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย

5.2.3 ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อกิจกรรมงานสุขภาพจิตชุมชน

ในภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญต่อกิจกรรมสุขภาพจิตในระดับปานกลางค่อนข้างมากถึงมาก เช่นเดียวกับความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คะแนนเฉลี่ยมาก ส่วนการให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงนั้นน้อยกว่าทั้ง 2 ด้าน แต่คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงก็ยังอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก สาเหตุที่ทำให้ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงน้อย มีปัจจัยหลายประการ เช่น อาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต ทำให้ขาดความมั่นใจในการนำความรู้สุขภาพจิตไปถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านในความรับผิดชอบ ประกอบกับการขาดสื่อสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความต้องการสื่อสิ่งพิมพ์เพื่อประกอบการเผยแพร่ความรู้และทำกิจกรรมในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับผลการ สำรวจความเป็นไปได้ของบริการสุขภาพจิตชุมชน ระดับตำบลในจังหวัดนครราชสีมา ของสุพล รุจิรพิพัฒน์ (2526) [43] ที่พบว่า ผลการดำเนินงานยังไม่สามารถครอบคลุมประชาชนได้อย่างทั่วถึงเนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน อาทิ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ทางด้านสุขภาพจิต มีเจตคติที่ไม่ดีและไม่ตระหนักถึงเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ปัญหาด้านงบประมาณ พบว่า ขาดการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ ปัญหาด้านการนิเทศงาน พบว่า ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตได้รับการนิเทศงานไม่ทั่วถึง ขาดความรู้ต่อเนื่อง ปัญหาอุปสรรคสำคัญประการหนึ่งที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประสบ คือ ไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชนทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตมีความยากลำบากยิ่งขึ้น ดังจะเห็นว่ากิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งในชุมชน เป็นกิจกรรม 1ใน 7 กิจกรรมแรกที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญ และต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นว่าความร่วมมือของชุมชนคือสิ่งสำคัญมากในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน

กิจกรรมอันดับสุดท้ายที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญคือ กิจกรรมการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะดำเนินการได้เมื่อได้รับการอบรมจึงจะสามารถใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด

กิจกรรมสุขภาพจิตที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญใน 7 อันดับแรก มีกิจกรรม 3 กิจกรรมที่น่าสนใจคือ การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูในวัยรุ่น จะพบว่าความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มในทั้ง 3 กิจกรรมอยู่ในระดับมาก ซึ่งปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นเป็นปัญหาที่กำลังคุกคามทุกชุมชน และเป็นปัญหาที่ต้องแก้ไข เป็นนโยบายสำคัญของรัฐบาลในการปราบปรามและทำสงครามกับยาเสพติด การให้ความรู้/ทักษะเพิ่มในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในวัยรุ่นควรบรรจุในหลักสูตรการอบรม หัวข้อการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัว การให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มเสพควรได้รับการพิจารณาอบรมให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถที่จะดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

5.2.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างกันของความคิดเห็นในความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงและความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยอื่น พบว่า

5.2.4.1เพศ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีเพศต่างกันมีความคิดเห็นแตกต่างกัน โดยพบแนวโน้ม เพศหญิง มีความเห็นสูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วิทยา โคตรท่าน (2536)[55] ที่พบว่าเพศที่แตกต่างกันมีการปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชนแตกต่างกัน

5.2.4.2 อายุ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุแตกต่างกันมีความคิดเห็นในความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และ ความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ทัด ตาอ้ายเทียบ (2532) [50]พบว่า อายุของผู้สื่อข่าวสาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสาธารณสุข และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุญพา ชูชื่น (2533) [52]ศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจน จังหวัดสงขลา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอายุต่างกันมีการปฏิบัติงานไม่ต่างกัน

5.2.4.3 สถานภาพสมรส

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความคิดเห็นในความสำคัญ และ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงในภาพรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($P<0.05$) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสคู่ให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกัน

5.2.4.4 ระดับการศึกษาสูงสุด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความคิดเห็นในความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มไม่แตกต่างกัน ประเด็นนี้มีความเป็นไปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีจำนวนการอบรมเฉลี่ยถึง 16.65 ครั้ง การได้รับความรู้สุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และมีความตระหนักในความสำคัญได้เท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะสำเร็จการศึกษาในระดับใด

5.2.4.5 อาชีพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพแตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยด้านปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.001) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่เคยมีอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจให้คะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มอื่น ส่วนความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีอาชีพที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ กรกช ใจหาญ (2539)[59] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุข โดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า อาชีพ ไม่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานของประชาชน

5.2.4.6 รายได้

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีรายได้แตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ไม่แตกต่างกัน

5.2.4.7 สถานที่อยู่อาศัย

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีสถานที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน มีความคิดเห็นในการให้ความสำคัญปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้และทักษะเพิ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05) โดยพบแนวโน้มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดสระบุรีและจังหวัดนครราชสีมา มีแนวโน้มเห็นด้วยสูงกว่าจังหวัดนนทบุรี และ จังหวัดกาญจนบุรี

5.2.4.8 ระยะเวลาดำเนินงานเป็น อสม.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ /ทักษะเพิ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P<0.05) โดยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครนานกว่า 5 ปี ให้คะแนนเฉลี่ยปริมาณการปฏิบัติจริงและต้องการความรู้/ทักษะเพิ่ม สูงกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 5 ปี ส่วนในด้านการให้ความสำคัญอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกันให้คะแนนเฉลี่ยความสำคัญไม่แตกต่างกัน

5.2.4.9 ส่วนปัจจัยอื่น พบว่า

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับความรู้ที่ได้จากการฝึกอบรม ความพอใจจากการฝึกอบรม การได้อ่านหนังสือคู่มือ และการดำเนินกิจกรรมใน 3 เดือนที่ผ่านมา ให้คะแนนเฉลี่ยมีความคิดเห็นในด้านการให้ความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้/ทักษะเพิ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การให้ความรู้สุขภาพจิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านมาจะเป็นลักษณะของการฝึกอบรม ซึ่งความรู้ที่ได้รับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนมากมีความรู้ในระดับปานกลาง ควรพิจารณาการให้ความรู้สุขภาพจิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยผ่านช่องทางอื่น เช่น การให้ความรู้ผ่านโทรทัศน์ซึ่งเป็นสื่อกึ่งบันเทิงและมีใช้ทุกบ้าน หรือการให้ความรู้ผ่านสื่ออินเตอร์เน็ต ปัจจุบันมีอินเตอร์เน็ตตำบลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถเรียนรู้การค้นคว้าได้โดยอาจจะเป็นหัวข้อหนึ่งในหลักสูตรการอบรม เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถค้นคว้าหาข้อมูลเพิ่มเติมจากเว็บไซต์ของกรมสุขภาพจิตและเว็บไซต์อื่นที่เกี่ยวข้องได้ เป็นการเพิ่มศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยประหยัดค่าใช้จ่ายในการอบรมลง แต่อย่างไรก็ตามการอบรมความรู้สุขภาพจิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านคงต้องดำเนินการต่อไป โดยเน้นอบรมในหลักสูตรที่เพิ่มทักษะในการดำเนินงานสุขภาพจิต เช่น ทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ครอบครัว และวัยรุ่นที่มีปัญหาการเสพยาบ้า หรือทักษะในการใช้แบบประเมินต่าง ๆ ของกรมสุขภาพจิต เช่น แบบประเมินความเครียด แบบประเมินความซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า ขาดความร่วมมือของคนในชุมชนและคนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญมากที่สุด ประกอบกับที่อาสาสมัครสาธารณสุขขาดความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากมีความรู้ในด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอที่จะให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้ในเรื่องสุขภาพจิตน้อย ขาดเทคนิคในการพูดคุย และเทคนิคในการให้ความช่วยเหลือมีปัญหาในการสร้างความศรัทธาและยอมรับนับถือในตัวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และขาดอุปกรณ์สื่อต่างๆ ขาดคู่มือและเอกสารในการแนะนำเพื่อนบ้าน มีปัญหาในเรื่องของสถานที่ในการดำเนินงาน ขาดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงาน และปัญหาที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบคือเจ้าหน้าที่ของรัฐ ไม่จริงจัง และต่อเนื่อง

5.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

5.3.1 ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข

5.3.1.1 ควรมีการจัดการฝึกอบรม ควรมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการอบรมให้ความรู้สุขภาพจิต แก่อาสาสมัครสาธารณสุขในเนื้อหาความรู้เรื่องสุขภาพจิตครอบครัว การเลี้ยงดูลูกวัยเด็กเล็กและวัยรุ่น การให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตกับยาบ้า โดยมีการจัดอบรมเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง มีการฟื้นฟูความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นระยะๆ โดยการอบรมอาจเป็นการอบรม 2 ระดับ คือ จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจาก

กลุ่มแกนนำ อสม. ที่นำความรู้ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ถ่ายทอดสู่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ให้ครอบคลุม

5.3.1.2 การให้ความรู้โดยผ่านสื่อต่างๆ สื่อที่ควรจะให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมากที่สุด คือ สื่อโทรทัศน์ เพราะเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมแพร่หลาย เป็นสื่อกึ่งบันเทิง ผู้รับสื่อจำง่าย และสามารถจะสื่อสารกับเพื่อนบ้านได้ดีกว่าสื่ออื่นๆ

5.3.1.3 ควรสนับสนุนสื่อเอกสารต่างๆ แก่ อสม. เช่น คู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิต โปสเตอร์ แผ่นพับ เพื่อใช้ในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน

5.3.1.4 การนำกิจกรรมสุขภาพจิตไปผสมผสานกับกลุ่มแม่บ้าน จะทำให้การดำเนินงานสุขภาพจิตประสบผลสำเร็จที่สุด เพราะกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนมากเป็นเพศหญิงและเป็นแม่บ้าน ที่เป็นกลุ่มที่มีพลังในครอบครัว และเป็นกลุ่มที่จะทำงานให้กับชุมชนได้ผลดีมากกว่ากลุ่มอื่นๆ รองลงมาเป็นกลุ่มเยาวชนที่เป็นกลุ่มที่จะดำเนินงานสุขภาพจิตได้สำเร็จ

5.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.2.1 รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 บัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่า รัฐบาลต้องมีการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ., อบต. และเทศบาล) ให้ดำเนินการแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2553 ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขควรมีการสร้างเครือข่ายในการในการถ่ายโอนงานด้านสาธาณสุขให้กับท้องถิ่น โดยให้ อสม. ซึ่งมีบทบาทอื่น ๆ ในชุมชน (55.3 %) เป็นตัวแทนในการร่วมดำเนินงานด้านสุขภาพในชุมชนร่วมกับหน่วยงาน หรือกลุ่มบุคคลต่างๆ ในชุมชน เพื่อร่วมกันพัฒนาพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น

5.3.2.2 ควรมีการเพิ่มศักยภาพของอสม.ทุกรูปแบบ เช่น อบรมความรู้สุขภาพจิตให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมทั่วประเทศ

5.2.2.3 การจัดสร้างหลักสูตรควรให้สอดคล้องกับความต้องการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ความรู้เรื่องสุขภาพจิตครอบครัว การเลี้ยงดูลูกวัยเรียนและวัยรุ่น ความรู้สุขภาพจิตกับยาบ้า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญของชุมชนที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเห็นว่า ควรรีบแก้ไขอย่างเร่งด่วน การจัดการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขมีเทคนิคและวิธีการที่ถูกต้องในการให้คำแนะนำเพื่อนบ้าน เพื่อป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต และช่วยเหลือเพื่อนบ้านที่ประสบปัญหาความทุกข์ทางใจ

5.2.2.4 ควรมีการสนับสนุนสื่อเทคโนโลยี ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง และมีคู่มือในการดำเนินงานให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข และมีเอกสารให้อาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่แก่เพื่อนบ้าน

5.2.2.5 ควรสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน แก่อาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง

5.2.2.6 ควรสร้างเครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนได้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

5.3.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.3.3.1 การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีโครงการส่งเสริมสุขภาพใจในชุมชน ดังนั้นควรทำการศึกษากลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ไม่ได้เข้าโครงการส่งเสริมสุขภาพใจในชุมชนเปรียบเทียบกัน

5.3.3.2 ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในประชาชนเปรียบเทียบกัน ระหว่างพื้นที่ ที่มีโครงการส่งเสริมสุขภาพใจในชุมชนและไม่มีโครงการลงพื้นที่

5.3.3.3 ควรมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในอาสาสมัครสาธารณสุขทั่วประเทศ

5.3.3.4 ควรมีการศึกษาความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

5.3.3.5 ควรมีการศึกษารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระบบขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

5.3.3.6 ควรมีการศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่น

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. World Health Organization. Mental Health in Southeast Asia : Reaching out to the Community. “Information document released on World Health Day, 7 April 2001”
2. สุขภาพจิต, กรม. สถิติสุขภาพจิต. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544.35
3. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สุขภาพคนไทย ปี 2543 : ฝ่าวิกฤตสุขภาพ. กรุงเทพฯ : อุษาการพิมพ์, 2543:26.
4. สุขภาพจิต, กรม. สุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2543-2544. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2545:62.
5. สมชาย จักรพันธุ์, หม่อมหลวง และอมรากุล อินโอชานนท์. “สุขภาพจิต : ปัญหาสุขภาพในศตวรรษนี้”. วารสารอนามัย ฉบับที่ 5 ปีที่ 10 (มีนาคม-เมษายน 2544) : 88.
6. สุขภาพจิต, กรม. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 .นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2544:49.
7. McDowell L,Nowell C,Measuring Health: A Guide to Rating Scales an Questionnaires . 2nd Ed. Ny Oxford University Press. 1996.
8. ฝน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิต .กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2518:19.
9. เครือข่ายวิทยากรและพัฒนาสุขภาพจิต .สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยามความหมายสุขภาพจิต และองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต, 2537:26.
10. วิไลลักษณ์ วรรณะ. การศึกษา ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535:28.
11. อภิชัย มงคล และคณะ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล) .ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544:14.
12. กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์. คู่มือการฝึกอบรมความรู้สุขภาพจิตสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล. ขอนแก่น : ศิริภัณฑ์ ออฟเซ็ท, 2527:3.
13. สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานทางการพยาบาลจิตเวช .เชียงใหม่ :โรงพิมพ์ปอง, 2527: 13-19.
14. มนตรี นามมงคล และคณะ .รายงานการวิจัยการสำรวจภาวะสุขภาพจิตชาวไทยภูเขา. เชียงใหม่: ศูนย์สุขภาพจิตเขต 10, 2543:13 -17.

15. ประเวช ตันติพิวัฒนสกุลและคณะ. สรุปรายงานการวิเคราะห์ นิยาม ความหมายสุขภาพจิตและองค์ประกอบของสุขภาพจิต. นนทบุรี : สถาบันสุขภาพจิต, 2537:26.

16. ประยุกต์ เสรีเสถียร. งานสุขภาพจิตในประเทศไทย : จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี .พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539:443-444.

17. อภิชัย มงคล และคณะ. สุขภาพจิตคนไทย : มุมมองของประชาชนชาวอีสาน .ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2544:46.

18. Collins, C.Collins Cobuild Learner's Dictionary. Harper collins Publishers 1996:769.

19. Webster N. New Webster's Dictionary of the English Language. USA : Lexicon Publication. 1985.

20. ราชบัณฑิตสถาน. พจนานุกรม ศัพท์สังคมวิทยาไทย-อังกฤษ .พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป จำกัด, 2532.

21. อุทัย หิรัญโต. สังคมวิทยาประยุกต์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2519:80-81.

22. สุชา จันทร์เอม และสุรางค์ จันทร์เอม. จิตวิทยาสังคม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แพร่พิทยา, 2520:104.

23. เรืองเวทย์ แสงรัตนา. ความคิดเห็นและความสนใจของนักเรียนเตรียมทหารเกี่ยวกับอัตราการเพิ่มของประชากรของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522:14.

24. สงวน สุทธิเลิศอรุณ และคนอื่น ๆ .จิตวิทยาสังคม.กรุงเทพมหานคร ศิริชัยการพิมพ์, 2522:99.

25. ประภาเพ็ญ สุวรรณ.“ทัศนคติ” การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย .กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์, 2526.

26. จิราพร เขียวอยู่.โครงการอบรมระยะสั้นและการประชุมเชิงปฏิบัติการประจำปี 2543 หลักสูตรการสร้างมาตรวัดสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ .ขอนแก่น : ภาควิชาชีวสถิติ และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,2543.

27. Best JW. Research in Education. New Jersey : Prentice Hall, Inc., 1977:177.

28. Morgan CT,and King RA. Introduction to Psychology. Tokyo Japan: International Student Edition. McGraw Hill kogabusha Ltd,1971.

29. สมบูรณ์ พู่มนตรี.วิสัยทัศน์ของพยาบาลวิชาชีพต่อการปฏิบัติงานจิตเวชและสุขภาพจิตชุมชน. นนทบุรี:โรงพยาบาลศรีธัญญา,2540: 3-10,12-13.

30. ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,2534:17-18.

31. สาธารณสุข, กระทรวง. แนวทางการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า. มปท., 2535.

32. อมร นนทสุต. แนวความคิดหลักการและวิธีดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน. เอกสารอัดสำเนา. มปท, 2524.

33. กองสนับสนุนภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. สิทธิ หน้าที่ พลเมืองระบบสุขภาพภาคประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร : บริษัท เรดิเอชั่น จำกัด, 2546:16-34.

34. สุโขทัยธรรมาธิราช มหาวิทยาลัย. กรณีเลือกสรรการพยาบาลอนามัยชุมชน .กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2521.

35. สุขภาพจิต, กรม. โครงการสร้างเสริมสุขภาพใจในชุมชนโดยชุมชน . นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2546: (เอกสารอัดสำเนา).

36. สุขศึกษา, กอง กระทรวงสาธารณสุข. โครงการวิจัยขั้นต้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานผสส./อสม. อำเภอสะเมิง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย, 2521:208-209.

37. เบญจา ยอดดำเนิน. รายงานการประเมินผล ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขโครงการลำปางการศึกษาทางมานุษยวิทยา. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522:52-56.

38. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และคนอื่น ๆ .การปฏิบัติงานของ อสม. .จังหวัดขอนแก่น. มปท.,2523:185-229.

39. รัชนี ภู่กร. ทัศนคติของประชาชนต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอพรหมพิราม จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. 2523:54-69.

40. ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคนอื่น ๆ. บทสรุปการศึกษาประเมินผลโครงการสาธารณสุขมูลฐานไทย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์, 2524:3-4.

41. สุขชัย อรรคธรรม. ทัศนคติอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในจังหวัดชัยภูมิที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2525:60.

42. พรพิมล วรดิลก และคนอื่น ๆ. สาธารณสุขมูลฐานความสำเร็จของบ้านด่านกรงกวาง, “ในชนบทไทย 2526”. กรุงเทพฯ : ยูไนเต็ดโปรดักชั่น, 2526: 70-77.

43. สุพล รุจิรพิพัฒน์. สำรวจความเป็นไปได้ของบริการสุขภาพจิตชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา . นครราชสีมา, 2526:26.

44. จินดา พูนเกษม .การยอมรับบทบาทและการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของจังหวัดนครสวรรค์ในโครงการสาธารณสุขมูลฐานกระทรวงสาธารณสุข.วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527:84-86.

45. วิญญู เอี่ยมวชีรางกูร. บทบาทของ อสม. กับการควบคุมวัณโรค ประสบการณ์โรงพยาบาลราษีไศล,แพทยสภาสาร. 13 (11) : 578-592 : พฤศจิกายน 2527:587-592.

46. อรศรี เสงี่ยมศักดิ์.รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนในตำบลน้ำปลีกอำเภออำนาจเจริญในจังหวัดอุบลราชธานี.ม.ป.ท., 2536:25.

47. อนันต์ ลิขิตประเสริฐ. อิทธิพลของหมู่บ้านที่มีต่อการพัฒนาสาธารณสุขขั้นมูลฐาน : การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทผู้นำในสามหมู่บ้านของจังหวัดบุรีรัมย์. วิทยานิพนธ์ รด.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2528 อัดสำเนา:82-85.

48. คณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน,สำนักงาน.ประเมินทศวรรษแรกแห่งการสาธารณสุขไทยในแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 5. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข,2532.

49. ถาวร แพทยารักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมร่วมของประชาชนในงานสาธารณสุขมูลฐาน. ฉะเชิงเทรา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา,2530: บทคัดย่อ.

50. ทัด ตาอ้ายเทียบ. การศึกษาปฏิบัติงานของผสส./อสม. ในเขตอำเภอศรีสัชนาลัย จังหวัดสุโขทัย.ภาคนิพนธ์บัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

51. ศุภฤกษ์ โรจนธรรม. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาหมู่บ้านตามโครงการสาธารณสุขมูลฐาน : ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านสาธารณสุขมูลฐานดีเด่นของจังหวัดนครศรีธรรมราช สงขลาและพัทลุง . วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา, 2532.

52. บุญพา ชูชื่น. บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน : ศึกษาเฉพาะพื้นที่ยากจนจังหวัดสงขลา.วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ สงขลา,2533.

53. พีระศักดิ์ รัตนะ. ปัจจัยที่ความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบทจังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร,2534:69.

54. ประณีตศิลป์ วงษ์ชมภู.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของโรงพยาบาลชุมชนในภาคเหนือของประเทศไทย.วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.2534.

55. วิทยา โคตรท่าน. ประสิทธิผลการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานจังหวัดร้อยเอ็ด.วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2536:127-128.

56. สาธารณสุข , กระทรวง สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข. แผนกลวิธีและแผนปฏิบัติการสนองนโยบายรัฐบาลตามแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก,2536.

57. อินทิรา พัวสกุลและคณะ. รายงานการวิจัย การสาธารณสุขมูลฐาน กลยุทธแบบบูรณาการของโครงการสุขภาพจิตชุมชน ความคาดหวังที่น่าติดตาม เฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.ม.ป.ท,2536:79.

58. สกาวรัตน์ ลับเลิศลบ. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐาน เขตปริมณฑล จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,2537:(ก-ข).

59. กรกช ใจหาญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการสนับสนุนโครงการพัฒนาสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน เพื่อบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้า 2543 ในจังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ,2539.

60. ยุพดี สิริวรรณ. รายงานการวิจัย ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการให้บริการสุขภาพจิต. นนทบุรี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2539:60-62.

61. Yamane T. Statistics : An Introduction Analysis Tokoys : Harper International Edition, 1973:1088.

62. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชาลาปราวรรตน์, ทวีสิน ตันประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : เท็ก แอน เจอร์นัล พับลิเคชั่น, 2542:19-26.

ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามโครงการวิจัย
เรื่อง ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ต่องานสุขภาพจิตใน 4 จังหวัด

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามทั้งหมดมี 3 ส่วน
2. แบบสอบถามทั้ง 3 ส่วนนี้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อการวิจัยเท่านั้น ไม่มีผลใดๆ ต่อท่านขอให้ท่านตอบตามความเป็นจริงที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเห็นความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ต่อกิจกรรมสุขภาพจิต ชุมชน

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เลขที่แบบสอบถาม □□□□

แบบสอบถามความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่องานสุขภาพจิตชุมชน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน □ หน้าข้อความที่เป็นจริง และเติมคำลงในช่องว่าง

หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ข้อมูลส่วนบุคคล	**สำหรับผู้วิจัย**
1. เพศ □ 1. ชาย □ 2. หญิง	sex
2. อายุ.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)	age
3. สถานภาพสมรส □ 1. โสด □ 2. สมรส □ 3. ม่าย หย่า แยก	status
4. ระดับการศึกษาสูงสุด □1. ประถมศึกษา □ 2. มัธยมศึกษา □ 3. ปริญญาตรี	
□4. สูงกว่าปริญญาตรี □ 5. อื่นๆ ระบุ.....	edu
5. อาชีพ □ 1. เกษตรกรรม □ 2. รับจ้าง □ 3. ค้าขาย	
□ 4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ □ 5. แม่บ้าน □ 6. อื่นๆ ระบุ.....	occ
6. รายได้เฉลี่ย.....บาท / เดือน	income
7. สถานะทางการเงิน □ 1. มีหนี้สิน □ 2. พอใช้ □ 3. เหลือเก็บ	finance
8. ท่านอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้นาน.....ปี	time
9. ระยะเวลาที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข.....ปี (เกิน 6 เดือน นับเป็น 1 ปี)	thv
10. นอกจากการเป็น อสม. ท่านมีบทบาทหน้าที่ในตำแหน่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	role
□ 1. กรรมการหมู่บ้าน □ 2. ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน	
□ 3. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล □ 4. อื่นๆ ระบุ.....	
11. ท่านเคยอบรมความรู้สุขภาพจิต หรือเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น ครอบครัว ผู้สูงอายุ	trian
□ 1. ไม่เคย	
□ 2. เคย จำนวน.....ครั้ง **(ถ้าเคยตอบข้อ 12)**	
2.1 เรื่อง.....ระบุ เมื่อ พ.ศ.....	
2.2 เรื่อง.....ระบุ เมื่อ พ.ศ.....	
2.3 เรื่อง.....ระบุ เมื่อ พ.ศ.....	
2.4 เรื่อง.....ระบุ เมื่อ พ.ศ.....	
12. ท่านได้รับความรู้จากการอบรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด	obk
□ 1. มาก □ 2. ปานกลาง □ 3. น้อย □ 4. ไม่ได้เลย	
13. ท่านพึงพอใจการอบรมดังกล่าวมากน้อยเพียงใด	stf
□ 1. มาก □ 2. ปานกลาง □ 3. น้อย □ 4. ไม่ได้เลย	

	สำหรับผู้วิจัย
14. ท่านได้รับความรู้สุขภาพจิตด้วยวิธีอื่นๆดังต่อไปนี้หรือไม่ (กรุณาเรียงลำดับ)	obm
1. อ่านจากหนังสือพิมพ์ / เอกสาร / นิตยสาร / หนังสือ	
☐ 1. ลำดับที่ 1 ☐ 2. ลำดับที่ 2 ☐ 3. ลำดับที่ 3 ☐ 4. ลำดับที่ 4	news
2. ชมภาพยนต์ / TV ☐ 1. ลำดับที่ 1 ☐ 2. ลำดับที่ 2 ☐ 3. ลำดับที่ 3 ☐ 4. ลำดับที่ 4	TV
3. วิทยุ ☐ 1. ลำดับที่ 1 ☐ 2. ลำดับที่ 2 ☐ 3. ลำดับที่ 3 ☐ 4. ลำดับที่ 4	radio
4. ฟังการบรรยายในโอกาสต่างๆ มีโอกาสพูดคุยกับผู้เชี่ยวชาญ	lecture
☐ 1. ลำดับที่ 1 ☐ 2. ลำดับที่ 2 ☐ 3. ลำดับที่ 3 ☐ 4. ลำดับที่ 4	
15. ท่านเคยได้สื่อเทคโนโลยีสุขภาพจิตหรือไม่ ☐ 1. ไม่ได้ ☐ 2.ได้	retech
ระบุเรื่อง 1.	
2.....	
เรื่องที่ได้อ่าน 1.	
2.....	
16. ท่านได้รับหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขหรือไม่	retvo
☐ 1. ไม่ได้ ☐ 2. ได้	
17. กรณีที่ได้รับหนังสือคู่มือการดำเนินงานสุขภาพจิตสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข	read
ท่านได้อ่านหรือไม่ ☐ 1. ไม่ได้ ☐ 2. ได้	
18. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตจากสื่อประเภทใดมากที่สุด	media
☐1. การประชุมในหมู่บ้าน ☐ 2. หอกระจายข่าว / เสียงตามสาย	conf, broad
☐ 3. วิทยุ ☐4. โทรทัศน์ ☐5. แผ่นพับ ☐ 6. โปสเตอร์	radio, TV,brif
☐ 7. ป้ายประกาศ ☐ 8. หนังสือเพื่อน ผสส./ อสม. ☐ 9. อื่นๆ ระบุ.....	post, cuto,ot
19. ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากสื่อบุคคลประเภทใดมากที่สุด **(เลือก 1 ข้อ)**	mp
☐1. เพื่อน อสม. ☐ 2. ชมรม อสม. ☐ 3. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	
☐ 4.ผู้ใหญ่บ้าน ☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....	
20. จำนวนครัวเรือนที่ท่านรับผิดชอบ.....ครัวเรือน.....คน/หมู่บ้าน	nf1, nf2
21. มีครอบครัวที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต ในความดูแลของท่าน (มากน้อยเพียงใด)	
☐ 1. ไม่รู้ ☐ 2. ไม่มี	
☐ 3. มี ดังนี้	mf
3.1 ผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัวเช่น มะเร็ง, เอดส์, เบาหวาน ฯลฯ จำนวน.....ครัวเรือน	mf1
3.2 มีผู้ติดยาเสพติดในครอบครัว จำนวน.....ครัวเรือน	mf2
3.3 มีผู้ป่วยโรคจิตเวชในครอบครัว จำนวน.....ครัวเรือน	mf3
3.4 มีครอบครัวแตกแยกอย่าร้าง จำนวน.....ครัวเรือน	mf4
3.5 มีครอบครัวมีเด็กกำพร้า / เด็กหนีออกจากบ้าน จำนวน.....ครัวเรือน	mf5
3.6 มีครอบครัวที่ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองไม่ได้/ถูกทอดทิ้ง จำนวน.....ครัวเรือน	mf1

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำหรับผู้วิจัย

3.7 มีครอบครัวมีการทำร้ายร่างกายกันภายในครอบครัว
(เด็กถูกทารุณ, พ่อแม่ตีกัน) จำนวน.....ครัวเรือน mf7

3.8 อื่น ๆ ระบุ..... จำนวน.....ครัวเรือน mf8

22. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านได้ดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชนของท่านหรือไม่ act

☐1.ไม่ได้ทำ ☐ 2.ได้ทำ

23. กรณีที่ท่านได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตได้ทำอะไรบ้าง act1-5

☐1. เผยแพร่ความรู้ ☐ 2. ให้คำแนะนำ ☐ 3. เยี่ยมบ้าน

☐ 4. อบรม ☐ 5. อื่นๆ ระบุ.....

24. ท่านสามารถระดม / ขอความร่วมมือกิจกรรมเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและจากประชาชน ในหมู่บ้านได้มากน้อยเพียงใด par

☐1. ทุกครั้ง ☐ 2. นาน ๆ ครั้ง ☐ 3. ไม่ได้รับความร่วมมือเลย

25. ท่านคิดว่าควรนำกิจกรรมสุขภาพจิตไปผสมผสานกับชมรมหรือกลุ่มใดในชุมชน จึงประสบผลสำเร็จ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐1. กลุ่มสหกรณ์ออมทรัพย์ของชุมชน ms1

☐ 2. กลุ่มแม่บ้าน ms2

☐ 3. กลุ่มผู้นำทางศาสนา พระ ms3

☐ 4. กลุ่มผู้นำทางการเมือง ms4

☐ 5. กลุ่มเยาวชน ms5

☐ 6. กลุ่มกิจกรรมวันสำคัญต่างๆ ms6

☐ 7. กลุ่มกิจกรรมรักษาสิ่งแวดล้อม การปลูกป่า ms7

☐ 8. กลุ่มชมรมผู้สูงอายุ ms8

☐ 9. อื่นๆ ระบุ..... ms9

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเห็นความสำคัญ ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง และความต้องการความรู้ / ทักษะเพิ่ม ต่อกิจกรรมสุขภาพจิตชุมชน

คำชี้แจง โปรดให้คะแนนโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ความหมายในแต่ละข้อ

1 หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง หรือความต้องการความรู้ / ทักษะในระดับน้อยที่สุด

2 หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง หรือความต้องการความรู้ / ทักษะในระดับน้อย

3 หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง หรือความต้องการความรู้ / ทักษะในระดับปานกลาง

4 หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง หรือความต้องการความรู้ / ทักษะในระดับมาก

5 หมายถึง การให้ความสำคัญ หรือปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง หรือความต้องการความรู้ / ทักษะในระดับมากที่สุด

ข้อ	กิจกรรม	ความสำคัญ (น้อยที่สุด → มากที่สุด)					ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง (น้อยที่สุด → มากที่สุด)					ความต้องการความรู้ /ทักษะเพิ่ม (น้อยที่สุด → มากที่สุด)					สำหรับผู้วิจัย
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัย 0-5 ปี																IM1 AC1 SK1
2	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตในการเลี้ยงลูกวัยเรียนและวัยรุ่น																IM2 AC2 SK2
3	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการสร้างความสุขในบ้าน																IM3 AC3 SK3
4	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยรุ่น																IM4 AC4 SK4
5	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการคลายเครียดในวัยทำงาน																IM5 AC5 SK5
6	การแนะนำให้ความรู้สุขภาพจิตผู้สูงอายุ																IM6 AC6 SK6
7	การแนะนำให้ความรู้เรื่องปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว																IM7 AC7 SK7
8	การส่งเสริมการออกกำลังกาย																IM8 AC8 SK8
9	การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตครอบครัว																IM9 AC9 SK9

ส่วนที่ 2 โปรดให้คะแนนโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ลงใน □ ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ความหมายในแต่ละข้อ (ต่อ)

ข้อ	กิจกรรม	ความสำคัญ					ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริง					ความต้องการความรู้ /ทักษะเพิ่ม					สำหรับผู้วิจัย
		น้อยที่สุด ◄ ► มากที่สุด					น้อยที่สุด ◄ ► มากที่สุด					น้อยที่สุด ◄ ► มากที่สุด					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
10	การแนะนำให้ความรู้เรื่องความสามารถในการควบคุมอารมณ์																IM10 AC10 SK10
11	การจัดค่ายครอบครัว																IM11 AC11 SK11
12	การแนะนำให้ความรู้เรื่องยาบ้า/การแก้ไขปัญหายาบ้า																IM12 AC12 SK12
13	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการบำบัดและการฟื้นฟูใน วัยรุ่นที่เสพยาบ้า																IM13 AC13 SK13
14	การจัดค่ายต้านยาเสพติด																IM14 AC14 SK14
15	การเยี่ยมบ้าน																IM15 AC15 SK15
16	การแนะนำให้ความรู้แก่ญาติ/คนในชุมชนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน																IM16 AC16 SK16
17	การแนะนำให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว																IM17 AC17 SK17
18	การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน																IM18 AC18 SK18
19	การเป็นวิทยากร																IM19 AC19 SK19
20	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคลมชัก																IM20 AC20 SK20
21	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคปัญญาอ่อน																IM21 AC21 SK21
22	การค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโรคจิต																IM22 AC22 SK22
23	การค้นหาคัดกรองผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ																IM23 AC23 SK23
24	การค้นหาคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า																IM24 AC24 SK24
25	การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย																IM25 AC25 SK25

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

คำชี้แจง ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

สุขภาพจิต

1. **ท่านคิดว่าอะไรคือสิ่งสำคัญที่สุด 3 ลำดับแรกที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวสุขภาพจิตดี**

   1.……

   2. ……..

   3. ……..

2. **ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชนของท่านที่ควรรีบแก้ไข 3 ลำดับแรก ได้แก่**

   1.……..……..

   2. ……

   3. ……

3. **จากปัญหาข้อ 2 วิธีการแก้ไขตามความคิดเห็นของท่าน**

   1.……..……..

   2. ……..……

   3. ……

4. **ปัญหา / อุปสรรค ที่ท่านพบในการดำเนินงานสุขภาพจิตที่ควรรีบแก้ไขมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่**

   1.……..……..

   2. ……

   3. ……

5. **ความต้องการ**

   5.1 ด้านเนื้อหาความรู้วิชาการที่ควรถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านแกนนำสุขภาพครอบครัว

   ☐1. สุขภาพจิตครอบครัว ☐ 2. สุขภาพจิตวัยรุ่น ☐ 3. สุขภาพจิตวัยทำงาน

   ☐ 4. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ ☐ 5. สุขภาพจิตกับยาบ้า ☐ 6. สุขภาพจิตโรงเรียน

   ☐ 7. อื่นๆ ระบุ……

   5.2 ด้านสื่อสนับสนุน ท่านต้องการสื่อประเภทใด **(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)**

   ☐1. แผ่นพับ ☐ 2. โปสเตอร์ ☐ 3. หนังสือคู่มือ ☐ 4. แผ่นภาพพลิก

   ☐ 5. เทปเสียง ☐ 6. วิดีโอ ☐ 7. อื่นๆ ระบุ……

   5.3 สื่อที่ท่านต้องการสนับสนุนจะนำไปใช้กับใครบ้าง……

   โดยวิธีใด……..

   ในโอกาสใด……..

6. **ข้อเสนอแนะอื่น ๆ** ……

   ……..

   ……..

   ……..

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่าน

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์สุจริต	สุวรรณชีพ	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. รศ. นพ. องอาจ	วิพุธศิริ	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางสุชาดา	สาครเสถียร	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
4. นางเยาวนาฏ	ผลิตนนท์เกียรติ	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
5. นางสาวอมรากุล	อินโอชานนท์	สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว นันท์นภัส ประสานทอง เกิดเมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2506 ที่จังหวัดอุบลราชธานี ในปีการศึกษา 2529 สำเร็จการศึกษาปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ ที่มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในปีการศึกษา 2545 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันรับราชการตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย