

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร*

FACTORS RELATED TO THE IMPLEMENTING MENTAL
HEALTH PROMOTION BY HEALTH VOLUNTEERS IN LAKSI
COMMUNITY, BANGKOK

พัชรียา รอดสวัสดิ์, สม. (Patcharee Rodsawad, MPH)**

เกษร สัมภาพทอง, PhD (Kaysorn Sumpowthong, PhD)***

Abstract

Objectives: This research aimed to study the implementation of health volunteers in promoting mental health, personal factors, and environmental factors in relation with job performance of health volunteers working in a community.

Methods: The population included 302 health volunteers in Laksi community, Bangkok; however, a participating sample of 163 health volunteers was selected using Stratified Random Sampling. The main instruments for data collection were the demographic characteristics questionnaire, environmental factors, and the implementation mental health promotion questionnaire. The data collected were analyzed using Descriptive Statistics, the Chi Square Test, and the Pearson's Correlation Coefficients.

Results: The results indicated that the implementing mental health promotion by health

volunteers was at a moderate level. The relationship among personal factors, and attitude and awareness of mental health community, were found to be insignificantly significant in relation to the implementation of mental health promotion by health volunteers. However, the environmental factors in the implementation correlated with a positive direction in the implementation of mental health promotion with a statistic significance ($p < .01$).

Conclusions: There is a strong support for environmental factors in the implementation of all factors. For example, health volunteers should receive training and increase community's mental health knowledge, supervision and monitoring in the area. Funding and materials should also be sufficiently supported. These can accelerate the implementation in promoting mental health in the community more effectively.

* การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสร้างเสริมสุขภาพ
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทุ่งสองห้อง

*** Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ E-mail: kaysorns@gmail.com

Keywords: Mental health promotion, Health volunteers, Community

คำสำคัญ: การสร้างเสริมสุขภาพจิต อาสาสมัคร สาธารณสุข ชุมชน

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

วิธีการศึกษา: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยคืออาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิตามชุมชนจำนวน 163 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงาน การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแคว์และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยพบว่าการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวก กับ การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

สรุป: การสนับสนุนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานให้ครอบคลุมได้แก่การฝึกอบรมและพัฒนาความรู้เรื่องสุขภาพจิต มีการติดตามนิเทศงานในพื้นที่การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ จะช่วยให้การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าปัญหาสุขภาพจิตก่อให้เกิดภาระโรคที่สูงมาก (Burden of disease) โดยแสดงตามหน่วยวัดของโรคที่ทำให้เกิดความพิการเรื้อรังยาวนานที่เรียกว่า DALYs (Disability Adjusted Life Years) การเจ็บป่วยทางจิตมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นโดยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 4 ของภาระโรคทั้งหมดในปี 1990 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นอันดับที่ 2 รองจากโรคหัวใจในปี 2020 (WHO, 2004) สำหรับประเทศไทยจากการรายงานในปี 2553, 2554 และ 2555 จำนวนผู้ป่วยโรคจิตทั่วประเทศมีจำนวน 362,855 412,815 และ 388,125 ราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวน 154,242 186,971 และ 466,784 ราย ตามลำดับ ส่วนกรุงเทพมหานคร ในปี 2553, 2554 และ 2555 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตจำนวน 43,518 40,092 และ 45,394 ราย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีจำนวน 24,377 26,580 และ 61,523 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2555) จากสภาพปัญหาถ้าไม่ได้รับการแก้ไขที่เหมาะสมก็จะกลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ยากต่อการแก้ไขในอนาคต อันจะเป็นผลทำให้คุณภาพของประชาชนด้อยลงจนกลายเป็นภาระของสังคมได้

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์และการพัฒนานโยบายสุขภาพจิตของประเทศ มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีโดยมุ่งเน้นเสริมสร้างศักยภาพให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตและบูรณาการการดูแลสุขภาพจิตเข้าสู่ระบบสาธารณสุขตลอดจน

เสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรหลักในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริการสุขภาพจิตพื้นฐานได้แก่งานด้านส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และให้การดูแลอย่างต่อเนื่องแก่ผู้ป่วยโรคจิต สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนของตนเองได้ ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานในพื้นที่ (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550)

กรุงเทพมหานครเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบพิเศษมีนโยบายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชน โดยมีสำนักอนามัยทำหน้าที่ในการจัดบริการผ่านศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่งครอบคลุมพื้นที่ 50 เขตในกรุงเทพมหานครมีหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่แบบองค์รวม 4 มิติคือการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกายศูนย์บริการสาธารณสุขแบ่งงานบริการออกเป็น 2 ส่วนคือ งานบริการภายในศูนย์จะมีการให้บริการในคลินิกต่างๆ ส่วนงานบริการภายนอกศูนย์จะมีงานอนามัยชุมชนเป็นผู้ให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นเครือข่ายในการทำงานในพื้นที่ เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดรับรู้ปัญหาได้รับความไว้วางใจจากประชาชน การให้บริการเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต้องครอบคลุมการให้บริการทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2542)

ศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร

มีคลินิกสุขภาพจิตอยู่ 5 แห่ง ประกอบด้วยศูนย์บริการสาธารณสุข 3, 4, 21, 23, 24 และ 33 สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร จึงมีนโยบายที่จะพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านงานสุขภาพจิต เพื่อสร้างระบบเครือข่ายในการทำงานด้านสุขภาพจิตในเขตกรุงเทพมหานคร จึงให้ทุนการศึกษาในการเข้ารับการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเวลา 4 เดือน แก่พยาบาลของศูนย์บริการสาธารณสุขทั้ง 68 แห่งๆ ละ 1 คน ผู้วิจัยเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับทุนการศึกษา จึงเป็นผู้ปฏิบัติงานหลักในงานสุขภาพจิตของศูนย์บริการสาธารณสุข 53 แห่งสองห้อง

ศูนย์บริการสาธารณสุข 53 แห่งสองห้องรับผิดชอบดูแลสุขภาพประชากรในเขตหลักสี่มีพื้นที่ขนาด 22.841 ตารางกิโลเมตร มีชุมชนขึ้นทะเบียน 73 ชุมชน (ข้อมูล ณ วันที่ 14 ธันวาคม 2554 จากฝ่ายทะเบียน สำนักงานเขตหลักสี่) มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนการปฏิบัติงานจำนวน 302 คน อาสาสมัครสาธารณสุขเหล่านี้ได้รับการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตสอดแทรกไปกับการอบรมประจำเดือน เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิต กรุงเทพมหานคร ซึ่งครอบคลุม 4 ด้านได้แก่ ด้านการส่งเสริมมีกิจกรรมให้ความรู้สุขภาพจิตเรื่องต่างๆแก่ประชาชนในชุมชน ด้านการป้องกันเพื่อค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน ด้านการให้ความช่วยเหลือเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ด้านการบำบัด/ฟื้นฟู มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (กองส่งเสริมสุขภาพ, 2552) ร่วมกับการสนับสนุนคู่มือการ

ปฏิบัติงาน แบบคัดกรอง แบบรายงานผลการปฏิบัติงาน และสื่อต่างๆ เช่น แผ่นพับ โปสเตอร์ เป็นต้น

จากการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในปี 2554 ที่ผ่านมา จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องอาศัยข้อมูลพื้นฐานในการประเมินผลการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนว่าอยู่ในระดับใด เพื่อช่วยในการวางแผนงานพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในชุมชน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกันได้แก่ การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอ กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีมีระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง (กิตติพงษ์ บัวติก, 2551) การสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขชมรมรักใจ 11 ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร มีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง (ทยาน โคตะนนท์, 2554) และการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับค่าตอบแทนในกรุงเทพมหานครพบว่าอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง (พรทิพย์ จักขุทิพย์, 2551) จากที่กล่าวมาพบว่าการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนแต่ละงานวิจัยมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร มีการปฏิบัติเป็นอย่างไร เพื่อนำข้อมูลมาเป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตามการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขจำเป็นต้องมีการศึกษาปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานว่ามีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับใด โดยปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประกอบด้วยเพศอายุ การศึกษาอาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข การดำรงตำแหน่งอื่นๆ ในชุมชน ทักษะและความตระหนักต่องานสุขภาพจิต เป็นข้อมูลส่วนบุคคลเบื้องต้นในงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งอาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในแต่ละด้าน เนื่องจากพื้นที่ในการปฏิบัติงานแต่ละจังหวัด แต่ละเขต/อำเภอ แต่ละชุมชน/หมู่บ้านมีความแตกต่างกัน อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตชนบทและในเขตเมืองก็มีความแตกต่างกันทั้งโครงสร้างของสังคม ภารกิจและความหลากหลายของวิถีชีวิต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขพบว่าตัวแปรเหล่านี้เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ (กิตติพงษ์ บัวติก, 2551; ณัฐกฤตา ทูมวงศ์, 2552; ทยาน โคตะนนท์, 2554; ศิริขวัญ ตันทาไพบูลย์, 2549; อาธร อุคคิต, วันชัย ธรรมสัจการ, และสุเมธ พรหมอินทร์, 2551) และไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์, 2553; ยุพา โชติกะพัฒน์, 2548; วรวิทย์สาแสงไพบูลย์, 2550; ศันสนีย์ รัศมี, 2550; อารีย์ ธวัชวัฒนานันท์, 2553;) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษา เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลจะ

มีความสัมพันธ์อย่างไรต่อการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่

นอกจากนี้ตัวแปรของปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานประกอบด้วย การได้รับการฝึกอบรม/การศึกษาดูงาน/การได้รับการติดตามนิเทศงาน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ และการยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ ว่ามีความสัมพันธ์อย่างไรกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ และจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นในระดับมากที่ได้รับการสนับสนุนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน (กิตติพงษ์ บัวติก, 2551; ทยาน โคตะนนท์, 2554) การได้รับปัจจัยส่งเสริมเหล่านี้เป็นตัวแปรที่ทำนายการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (ศิริขวัญ ตันทีไพบูลย์, 2549; อารุณ อุดคติ, วันชัย ธรรมสังการ และ สุเมธ พรหมอินทร์, 2551) แต่อาสาสมัครสาธารณสุขยังมีความคิดเห็นว่าได้รับการสนับสนุนในระดับปานกลาง(บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์, 2553) และในระดับน้อยต่อการปฏิบัติงาน (นันทนา เชี่ยวชาญ, 2553) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการได้รับการสนับสนุนปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานเพื่อประกอบการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

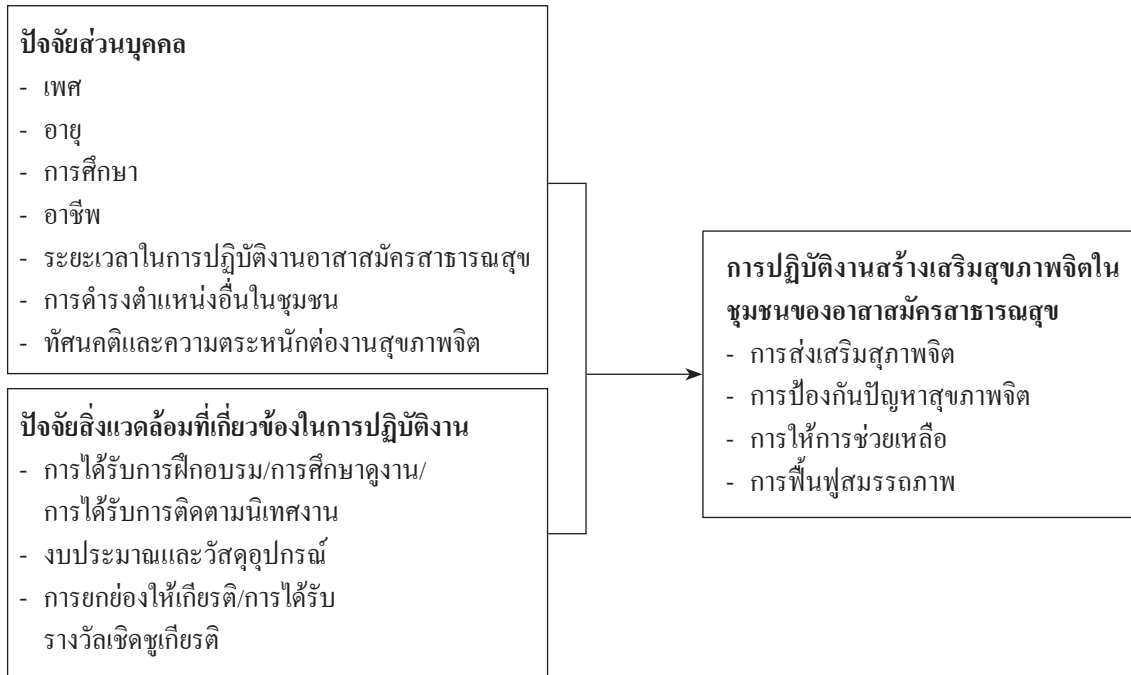
เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน กับ การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยพบวาทฤษฎีที่สนใจคือแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory; SCT) พัฒนาขึ้นโดย อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) ซึ่งได้อธิบายถึงพฤติกรรมของมนุษย์สามารถกำหนดและควบคุมได้จากปัจจัย 3 ด้านที่มีอิทธิพลต่อกันและกัน (Triadic reciprocal determinism) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยสภาพแวดล้อม (Environmental factors) และพฤติกรรม (Behavior) โดยที่ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยความคิด ความเชื่อ โครงสร้างทางกายภาพ ชีวภาพซึ่งจะมีเป้าหมายที่กำหนดทิศทางพฤติกรรม และพฤติกรรมภายนอกของบุคคลก็มีผลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกิริยาทางอารมณ์ภายในบุคคล ในขณะที่ความคาดหวัง ความเชื่อ และอารมณ์ของมนุษย์จะมีการเปลี่ยนแปลงได้จากอิทธิพลของสภาพแวดล้อมในรูปแบบของข้อมูลและการชักจูงจากสังคม นอกจากนี้ปัจจัยพฤติกรรมยังเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม และสภาพแวดล้อมก็ไม่หยุดนิ่งมีผลกระทบต่อพฤติกรรม (Bandura, 1989) การใช้กรอบแนวคิดนี้มาประกอบการวิจัยจะช่วยสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขได้ตรงความต้องการดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดในการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยวิธีการสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสส.) ในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครที่ขึ้นทะเบียนการปฏิบัติงานไม่ต่ำกว่า 1 ปีกับศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ฟุ่งสองห้องในปีงบประมาณ 2555 จำนวน 302 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Wayne, 2004) จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 163 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยการคัดเลือกตามจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละชุมชนเพื่อให้ได้ตัวอย่างของอาสาสมัคร

สาธารณสุขครอบคลุม 73 ชุมชนและคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของอาสาสมัครของชุมชนนั้น หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นตัวแทนในแต่ละชุมชนได้จำนวนอาสาสมัครทั้งสิ้น 163 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ตำรา บทความ เอกสารวิชาการ วารสาร และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และการดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติและความตระหนักของอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสุขภาพจิตในชุมชน พัฒนาจากแบบประเมินทัศนคติต่อการทำงานของวิภาพร มาพบสุข (วิภาพร มาพบสุข, 2545) และแบบประเมินความตระหนักต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลของศิริขวัญ ตันขันธ์ไพบูลย์ (2549) มีจำนวน 10 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน มีข้อคำถามเชิงบวก 7 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 10-40 คะแนนสูง หมายถึงมีระดับความคิดเห็นที่ดีต่องานสุขภาพจิตในชุมชน จากการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .97 และจากการหาค่าความเที่ยง โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คืออาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสายไหม จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาจากงานวิจัยที่ศึกษาถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข (นพพร รากวงศ์, จุฑาธิป ศีลบุตร, และบุญยง เกี่ยวการคำ, 2553; ญัฐกฤตาทุมวงศ์, 2552) มีจำนวน

16 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 16-64 คะแนนสูง หมายถึง มีความคิดเห็นว่าการได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานเป็นประจำ จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขพัฒนาจากคู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (กรมสุขภาพจิต, 2546) และมาตรฐานบริการสุขภาพจิตกรุงเทพมหานคร (กองส่งเสริมสุขภาพ, 2552) มีจำนวน 33 ข้อ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพจิตจำนวน 9 ข้อ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตจำนวน 7 ข้อ การให้การช่วยเหลือจำนวน 10 ข้อ การฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 7 ข้อ เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 33-132 คะแนนสูง หมายถึง มีการปฏิบัติหรือเข้าร่วมกิจกรรมนั้นมาก จากการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .93

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคำถามแบบปลายเปิด ให้เติมความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ตอบ

การพิทักษ์สิทธิ์ต่อกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัย

ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครเพื่อพิจารณาถึงการพิทักษ์สิทธิในการเก็บข้อมูลในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข 53 ทั้งสองห้องในการดำเนินการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขโดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและไม่มีผลต่อตัวอาสาสมัครสาธารณสุข แต่นำผลที่ได้มานำเสนอในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในเอกสารยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขในแต่ละชุมชนที่สุ่มได้ตามรายชื่อที่จับฉลากจำนวน 163 คน มาส่งรายงานที่ศูนย์บริการสาธารณสุขทุกวันที่ 15-20 ของทุกเดือน เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมาถึงได้ชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยด้วยการแจกเอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยให้ลงนามในเอกสารหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Consent form) จึงดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเอง หากมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถามสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน และการ

ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยตัวแปร เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข การดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชน กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ส่วนตัวแปร อายุ ทักษะคิดและความตระหนักรู้ต่องานสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

3. ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชน รวบรวมข้อมูลทั้งหมดและเรียบเรียงในความคิดเห็นที่เหมือนกันรวบรวมไว้ด้วยกัน

ผลการวิจัย

อาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.60 ช่วงอายุที่พบมากที่สุดคือ ระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 33.10 อายุมากที่สุดคือ 86 ปี อายุน้อยที่สุดคือ 33 ปี (Mean = 60.47, SD = 10.65) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.60 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.60 เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน

ร้อยละ 45.40 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่าง 6-10 ปีมากที่สุดร้อยละ 60.10 การดำรงตำแหน่งทางสังคมอื่นๆ ในชุมชนส่วนใหญ่ไม่มีการทำหน้าที่อื่นในชุมชนร้อยละ 47.20 อาสาสมัครสาธารณสุขมีทัศนคติและความตระหนักต่องานสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด คะแนนอยู่ระหว่าง 10-38 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 27 คะแนน (SD = 4.66)

อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนอยู่ระหว่าง 18-64 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 40.10 คะแนน (SD = 9.71) เมื่อพิจารณาปัจจัยสิ่งแวดล้อมรายด้านพบว่า การได้รับการฝึกอบรม/การศึกษาดูงาน/การได้รับการติดตามนิเทศงาน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 15.82 คะแนน (SD = 4.67) ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์มีคะแนนอยู่ระหว่าง 4-16 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 10.85 คะแนน (SD = 2.81) ด้านการยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 13.42 คะแนน (SD = 3.88)

การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่าง 48-132 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 90.96 คะแนน (SD = 19.40) เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานในแต่ละด้านพบว่า

การส่งเสริมสุขภาพจิตมีการปฏิบัติงานมากที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 13-36 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 26.76 คะแนน (SD = 4.55) รองลงมาเป็นการให้การช่วยเหลือมีคะแนนอยู่ระหว่าง 15-40 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 28.91 คะแนน (SD = 5.89) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-28 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 18.70 คะแนน (SD = 4.90) และการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการปฏิบัติน้อยที่สุด มีคะแนนอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.58 คะแนน (SD = 6.50) เมื่อจำแนกการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มเป้าหมาย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีการปฏิบัติมากที่สุดมีคะแนนอยู่ระหว่าง 9-20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 16.37 คะแนน (SD = 2.47) กลุ่มที่มีการปฏิบัติงานน้อยที่สุดคือ กลุ่มผู้ป่วยโรคจิต มีคะแนนอยู่ระหว่าง 6-24 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 13.39 คะแนน (SD = 5.60)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน อาสาสมัครสาธารณสุข และการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน กับ การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยการทดสอบสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุข (n = 163)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับการปฏิบัติงาน				p-value
	ต่ำ N (%)	ปานกลาง N (%)	สูง N (%)	รวม N (%)	
เพศ					.337
ชาย	5 (3.10)	14 (8.60)	11 (6.70)	30 (18.40)	
หญิง	14 (8.60)	81 (49.70)	38 (23.30)	133 (81.60)	
รวม	19 (11.70)	95 (58.30)	49 (30.10)	163 (100)	
ระดับการศึกษา					.641
ประถมศึกษา	10 (6.10)	46 (28.20)	20 (12.30)	76 (46.60)	
มัธยมศึกษา/ปวช.	8 (4.90)	35 (21.50)	23 (14.10)	66 (40.50)	
ระดับ ปวส.ขึ้นไป	1 (0.60)	14 (8.60)	6 (3.70)	21 (12.90)	
รวม	19 (11.70)	95 (58.30)	49 (30.10)	163 (100)	
อาชีพ					.420*
ว่างงาน/แม่บ้าน/พ่อบ้าน	12 (7.40)	55 (33.70)	24 (14.70)	91 (55.80)	
รับจ้าง/ค้าขาย	5 (3.10)	33 (20.20)	23 (14.10)	61 (37.40)	
รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการบำนาญ	2 (1.20)	7 (4.30)	2 (1.20)	11 (6.70)	
รวม	19 (11.70)	95 (58.30)	49 (30.10)	163 (100)	
ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน					.212*
1-5 ปี	5 (3.10)	15 (9.20)	5 (3.10)	25 (15.30)	
6-10 ปี	10 (6.10)	61 (37.40)	27 (16.60)	98 (60.10)	
มากกว่า 10 ปี	4 (2.50)	19 (11.70)	17 (10.40)	40 (24.50)	
รวม	19 (11.70)	95 (58.30)	49 (30.10)	163 (100)	
การดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน					.436
ไม่มี	12 (7.40)	46 (28.20)	19 (11.70)	77 (47.20)	
กรรมการชุมชน	4 (2.50)	31 (19.00)	17 (10.40)	52 (31.90)	
อปพร. และอื่นๆ	3 (1.80)	18 (11.00)	13 (8.00)	34 (20.90)	
รวม	19 (11.70)	95 (58.30)	49 (30.10)	163 (100)	

*Fisher's exact test

ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่อายุทัศนคติและความตระหนักต่องานสุขภาพจิตกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ทดสอบด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment

Correlation) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (n = 163)

การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	r	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	-.06	.42
ทัศนคติและความตระหนักต่องานสุขภาพจิต	.12	.11

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานประกอบด้วย การได้รับการฝึกอบรม/การศึกษา/งาน/การได้รับการติดตามนิเทศงาน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับ

รางวัลเชิดชูเกียรติพบว่าในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กับ การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (n = 163)

การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน	r	p-value
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน	.65	<.01
การได้รับการฝึกอบรม/การศึกษา/งาน/การได้รับการติดตามนิเทศงาน	.57	< .01
งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์	.57	< .01
การยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ	.53	< .01

แบบสอบถามการแสดงความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุข ได้คัดลอกทุกข้อความและจัดข้อความที่มีลักษณะเดียวกันนำมารวมไว้ด้วยกัน

โดยความคิดเห็นเรื่องปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของอาสาสมัครสาธารณสุขจำแนกตามปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน สร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (n = 59)

ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงาน	จำนวน (ร้อยละ)
1. ประชาชนในชุมชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญ ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	38 (64.41)
2. ผู้ป่วยโรคจิตไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่ไปรับการรักษา สร้างปัญหาในชุมชน	10 (16.95)
3. สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตมองว่าเป็นเรื่องในครอบครัว ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข	8 (13.56)
4. ผู้ป่วยโรคจิตมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย	3 (5.09)

การอภิปรายผล

การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานครส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาของ ทยาน โคตะนนท์ (2554) อาสาสมัครสาธารณสุขชมรมรักใจ 11 ศูนย์บริการสาธารณสุขในกรุงเทพมหานครมีการปฏิบัติงานอยู่ในระดับปานกลาง แต่ต่างจากการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวติก (2551) ที่พบว่า การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกุ่มกาวปี จังหวัดอุดรธานี มีระดับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง และการศึกษาของพรทิพย์ จักขุทิพย์ (2551) ที่พบว่า การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับค่าตอบแทนในกรุงเทพมหานครอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง อาจอธิบายได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในต่างจังหวัดมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนเป็นระยะเวลานานกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขในกรุงเทพมหานคร ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขใน

จังหวัดอุดรธานีมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับสูง แต่เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ได้มีการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง ประกอบกับการได้รับค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาทซึ่งต้องมีรายงานการปฏิบัติงานทุกเดือนทำให้การปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนในแต่ละด้านพบว่า การส่งเสริมสุขภาพจิตมีการปฏิบัติงานมากที่สุด ส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพมีการปฏิบัติงานน้อยที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของกรณีกาวิวงศ์ (2549) แตกต่างจากการศึกษาของกิตติพงษ์ บัวติก (2551) และ ทยาน โคตะนนท์ (2554) ที่พบว่า การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมีการปฏิบัติมากที่สุด แต่การฟื้นฟูสมรรถภาพมีการปฏิบัติต่ำสุดเช่นเดียวกัน ซึ่ง จารุวรรณ ต. สกุล (2554) กล่าวว่า วัฏจักรการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติในด้านส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าเนื่องจากการได้รับการอบรมให้ความรู้ นำมาเผยแพร่ให้กับ

ประชาชนในชุมชนได้ง่ายกว่าทักษะในการให้การ รักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งอาจจะต้องใช้ ความรู้ ทักษะ และการได้รับความไว้วางใจจากผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว มากกว่า จึงทำให้การปฏิบัติงานด้านฟื้นฟู น้อยกว่า ด้านอื่นๆ สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติ งานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัคร สาธารณสุข ที่พบว่าผู้ป่วยโรคจิตและครอบครัว มองว่าเป็นเรื่องในครอบครัว ไม่ให้ความร่วมมือ ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้าง เสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการปฏิบัติงานสร้าง เสริมสุขภาพจิตในชุมชน ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลา ในการปฏิบัติงานอาสาสมัครสาธารณสุข การดำรง ตำแหน่งอื่นในชุมชน ทักษะคิดและความตระหนัก ต่องานสุขภาพจิต ไม่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน สอดคล้อง กับการศึกษาของบุปผชาติ ศรีพิบูลย์(2553) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขทั้งเพศชายและเพศหญิง มีการปฏิบัติงานดำเนินกรควบคุมป้องกันโรค ใช้เลือดออกในเขตหลักสี่อยู่ในระดับเดียวกัน อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ส่วนใหญ่มี อายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษา ของนันทนา เชี่ยวชาญ (2553) ในเขตสายไหม และ อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษา ของอารีย์ รัชชพัฒน์ (2553) ที่พบว่าอายุไม่มี ความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ของอาสาสมัคร ประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัด สมุทรสาคร

อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่มีการศึกษา ระดับประถมศึกษาเช่นเดียวกับเช่นเดียวกับอาสาสมัคร สาธารณสุขทั่วประเทศส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับ ประถมศึกษา (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) แต่อาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการอบรม ปฐมนิเทศ การอบรมประจำเดือน และการอบรม ฟื้นฟูในเรื่องต่างๆ ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้และทักษะที่เพิ่มขึ้น ทำให้ผลการศึกษานี้ พบว่า ระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการ ปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน (วรวิทย์ศา แสงไพบุลย์, 2550) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ศันสนีย์ รัชมี (2550) ที่พบว่าอาชีพไม่มีความ สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรค เบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขเนื่องจาก มีการปฏิบัติงานในช่วงวันหยุด จึงไม่กระทบกับ การประกอบอาชีพ

ระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัคร สาธารณสุขสอดคล้องกับการศึกษาของบุปผชาติ ศรีพิบูลย์ (2553) เนื่องจากมีการปฐมนิเทศ และ การสอนต่อเนื่องทุกเดือน อาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนใหญ่ไม่มีการดำรงตำแหน่งอื่นในชุมชน และ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงาน เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลุ่มคนที่มีจิตอาสา เสียสละ บทบาทหน้าที่ที่แตกต่างกันแต่ก็ไม่ีผล ต่อการทำงาน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ, 2550) อาสาสมัครสาธารณสุขเขตหลักสี่ส่วนใหญ่ มีทัศนคติและความตระหนักต่องานสุขภาพจิตอยู่ ในระดับปานกลาง จากการศึกษาพบว่าทัศนคติ และความตระหนักต่องานสุขภาพจิตไม่มีความ สัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิต

ในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของยูพา โชติกะพัฒน์ (2548) พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรีมีความคิดเห็นด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน ถึงแม้จะได้รับการอบรมความรู้เรื่องสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรม/การศึกษา ฐานงาน/การได้รับการติดตามนิเทศงาน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ และการยกย่องให้เกียรติ/การได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาจิตติพงษ์ บัวติก (2551) และอาทร อุดคติ, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์ (2551) พบว่าการฝึกอบรม การศึกษา ฐานงานเป็นกระบวนการที่จะช่วยพัฒนาความคิด พฤติกรรม และการกระทำที่เหมาะสมในการทำงานทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้และสมรรถภาพในการทำงานเพิ่มขึ้น รวมถึงการได้รับการติดตามนิเทศงานจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นการช่วยเหลือ ชี้แจง ปรับปรุงแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ช่วยพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ช่วยให้อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถจัดทำกิจกรรม การตรวจคัดกรอง และการติดตามเยี่ยมประชาชนในชุมชนได้ ส่วนการได้รับการยกย่องให้เกียรติและการได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข (ทยาน โคตะนนท์, 2554) อธิบายได้ว่า

บุคคลที่มาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลที่มีจิตอาสาและเสียสละ ปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานคือ การได้รับการยกย่อง ไม่ว่าจะเป็นการได้รับการยกย่องจากเพื่อนร่วมงาน ประชาชนในพื้นที่และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติ หรือการได้รับการคัดเลือกให้เป็นตัวแทนในการประกวดอาสาสมัครสาธารณสุขดีเด่นในด้านต่างๆ ย่อมทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่เพิ่มมากขึ้น (วิษณุกร อ่อนประสงค์ และสุวัฒนา อ่อนประสงค์, 2550)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดทำแผนในการสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการฝึกอบรม คู่มือความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานให้มีมาตรฐานเดียวกันและมีแผนงานของพยาบาลที่เลี้ยงในการติดตามนิเทศงานอาสาสมัครสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุข

2. ควรมีการจัดสรรงบประมาณในการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน โดยสร้างการมีส่วนร่วมกับแกนนำในชุมชนด้วย สนับสนุนเอกสาร แผ่นพับ ไปสเตอร์ แบบคัดกรองต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานให้แก่ออาสาสมัครสาธารณสุข และเป็นการประชาสัมพันธ์งานสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

3. สนับสนุนการให้คุณค่าและยกย่องให้เกียรติแก่งานอาสาสมัครสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานตามเป้าหมายที่กำหนดต้องได้รับเข็มเชิดชูเกียรติ

ครบทุกคน และมีการสนับสนุนให้อาสาสมัคร
สาธารณสุขได้รับการคัดเลือกเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุขดีเด่นในด้านสุขภาพจิตและด้านอื่นๆ
ต่อไป

4. ควรมีการเสริมสร้างทัศนคติและความ
ตระหนักต่องานสุขภาพจิตให้มืออย่างต่อเนื่อง เพื่อ
ให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความตระหนัก
ในปัญหาและผลกระทบ เกิดทัศนคติที่ดีในการ
ปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงวรรณ
จินตฤทธิ์ นายแพทย์เชื้อวชาญ (ด้านเวชกรรม
ป้องกัน) คุณมยุรี เถลัดดา นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการพิเศษ คุณจิรานันท์ ตินสุวรรณ
นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษกรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ
ตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือในการศึกษา
ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2546). *คู่มือความรู้สุขภาพจิต
ชุมชน สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2552). *สุขภาพจิตชุมชน: รายงาน
ระดับประเทศ พ.ศ. 2551*. (พิมพ์ครั้งที่ 2).
นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปีกรม
สุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555*. กรุงเทพฯ:
ห้างหุ้นส่วนจำกัดบางกอกบล็อกล.

กรรมิกา กาวิวงศ์. (2549). *การประเมินผลการ
ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย*. การ
ค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะ
พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

กองส่งเสริมสุขภาพ. (2552). *มาตรฐานบริการ
สุขภาพจิตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ:
สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.

กิตติพงษ์ บัวดิก. (2551). *การปฏิบัติงานสุขภาพจิต
ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา
วิชาการบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุข
ศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ. (2550).
*อาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสา กับสุขภาพ
ไทย*. นนทบุรี: บริษัท มีดี กราฟฟิค จำกัด.

จารุวรรณ ต.สกุล. (2554). *การส่งเสริมสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 7 จิตเวช
ชุมชน*. (พิมพ์ครั้งที่ 11). นนทบุรี: อรุณ
การพิมพ์.

ฉัฐกฤตา ทุมวงศ์. (2552). *การพัฒนาบทบาทอาสา
สมัครสาธารณสุขในการคัดกรองปัญหา
สุขภาพจิต โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอ
ท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์*. *วารสารวิจัยและ
พัฒนาระบบสุขภาพ*, 2(2), 51-65.

ชยาน โคตะนนท์. (2554). *แนวทางการพัฒนา
บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขในการสร้าง
เสริมสุขภาพจิตในชุมชน*. สารนิพนธ์
ปริญญาโท สาขาการบริหารและ

- นโยบายสวัสดิการสังคม, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นพพร รากวงศ์, จุฑาธิป สีลบุตร, และ บุญยง เกี่ยวการค้า. (2553). การปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกี่ยวกับการป้องกันวัณโรคในพื้นที่อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร ประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา*, 8(3), 252-264.
- นันทนา เชี่ยวชาญ. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุปผาชาติ ศรีพิบูลย์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปราชญ์ บุญยงศิริโรจน์. (2546). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- พรทิพย์ จักกุกุญ. (2551). การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับคำตอบแทน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพา โชติกะพัฒน์. (2548). ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(2), 96-102.
- วริทธิ์สา แสงไพบูลย์. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการเสริมพลังอำนาจกับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขเทศบาลเมืองจังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิภาพร มาพบสุข. (2545). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.
- วิญญูกร อ่อนประสงค์ และ สุวัฒนา อ่อนประสงค์. (2550). ปัจจัยที่มีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2549. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 16(3), 463-470.
- ศิริขวัญ ตันคำไพบูลย์. (2549). *การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนของสมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจังหวัดนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุข, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สันสนีย์ รัชมี. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังโรคเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขในเขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร. การค้นคว้าอิสระปริญญาโท สาขาบริหารสาธารณสุขศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2542). *คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร หมดการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
- อาทร อุกคิตี, วันชัย ธรรมจักร, และ สุเมธ พรหมอินทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล. *สงขลานครินทร์ เวชสาร*, 26(6), 527-538.
- อารีย์ ธวัชวัฒนนันท์. (2553). *แนวทางการเสริมพลังอำนาจแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดสมุทรสาคร*. สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Bandura, A. (1989). *Social Cognitive Theory*. In R. vasta (Ed.), *Annals of child development*. Vol 6. *Six theories of child development* (pp. 1 - 60). Greenwich. CT: JAI Press.
- Kalra, G., Christodoulou, G., Jenkins, R., Tsipas, V., Christodoulou, N., Lecic-Tosevski, D., et al. (2012). Mental health promotion: Guidance and strategies. *European Psychiatry*, 27(2), 81-86.
- Wayne, W. D. (2004). *Biostatistics: A Foundation for analysis in the health sciences* (8th Eds.). Singapore: John Wiley & Sons, Inc.
- World Health Organization. (2004). *Promoting Mental Health, Concept, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.