



การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

วิสสุตา นพพิบูลย์¹ และอรุณ บุญสร้าง^{2*}

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2568; วันที่แก้ไข: 23 มิถุนายน 2568; วันที่ตอบรับ: 27 มิถุนายน 2568)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ระยะที่ 2 ดำเนินการตามแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย การวางแผนงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนกลับ ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกแบบเจาะจงประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มภาคีเครือข่ายพัฒนากระบวนการประกอบด้วย บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขอำเภอสีขรภูมิ บุคลากรกลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก ผู้นำชุมชน และประธาน อสม. ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน จำนวน 32 คน กลุ่มที่ 2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก จำนวน 33 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และแบบสังเกตพฤติกรรม การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลัง ด้วยสถิติ paired t-test ผลการศึกษา พบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. คือ PPRCE Model ประกอบด้วย 1. Promotion=P (การส่งเสริม) 2. Prevention=P (การป้องกัน) 3. Relief=R (การบรรเทา) 4. Referral=R (การส่งต่อ) 5. Care=C (การดูแลรักษา) 6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) และหลังการทดลองพบว่าผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. มีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ควรนำรูปแบบ PPRCE Model ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลด้านสุขภาพจิตในชุมชน ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ, สุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อรุณ บุญสร้าง; arun.b@ubu.ac.th



Potential Development for Mental Health Care of Village Health Volunteers, Nong Lek subdistrict, Sikhoraphum District, Surin province

Witsuta Noppiboon¹ and Arun Boonsang^{2*}

¹M.P.H. Student College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University

²College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University

(Received: 20 May 2025; Revised: 23 June 2025; Accepted: 27 June 2025)

Abstract

This action research aimed to develop the capacity of village health volunteers (VHVs) in mental health care in Nong Lek Subdistrict, Sikhoraphum District, Surin Province. The research was divided into three phases: Phase 1: Study of the local context Phase 2: The process of PAOR concept of Kemmis & McTaggart is carried out including planning, implementation, observation and reflection. Phase 3: The results of the development of the model for developing the capacity of VHVs in mental health care. The participants were selected using purposive sampling and divided into two groups. The first group consisted of 32 stakeholders involved in the development process, including personnel from the Sikhoraphum District Public Health Office, mental health and psychiatric departments of Sikhoraphum Hospital, local health promotion hospitals, the Subdistrict Administrative Organization, community leaders, and the chairperson of the VHVs. The second group consisted of 33 VHVs working in the Nong Lek Subdistrict Health Promotion Hospital service area using focus group discussion records, questionnaires, and behavioral observation forms. Data were collected from 33 VHVs working in the Nong Lek Subdistrict Health Promotion Hospital service area. Research instruments included focus group discussion records, questionnaires, and behavioral observation forms. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation. Mean not scores before and after the intervention were analyzed using the paired t-test. The findings revealed that the developed model, named the PPRRCE Model, consisted of six key components: 1) P=Promotion 2) P=Prevention 3) R=Relief 4) R=Referral 5) C=Care and 6) E=Empowerment. The comparison of VHVs' knowledge and practices before and after the intervention revealed a significant improvement in their mental health care capacity, with a statistical significance level of 0.05. These findings suggest that the PPRRCE Model can be effectively applied in other settings to enhance the capacity of VHVs in providing mental health care and to improve timely and equitable access to mental health services in community contexts.

Keywords: potential development, mental health, village health volunteers

***Corresponding author:** Arun Boonsang; arun.b@ubu.ac.th



บทนำ

สุขภาพจิตเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน ซึ่งเป็นสภาวะทางจิตใจของบุคคล มีการเปลี่ยนแปลงตามสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวของบุคคลนั้น ปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยี ส่งผลให้คนในสังคมเกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งความเครียดเป็นสาเหตุหลักของปัญหาสุขภาพจิต ถ้าสะสมเป็นระยะเวลานานสามารถกลายเป็นโรคทางจิตเวช ซึ่งเกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันทั้งทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม และถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง ต่อเนื่อง ทันเวลา อาจจะเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ โรคซึมเศร้าเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี จากสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 355,537 คน ปี พ.ศ. 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และพบว่า ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 20 และร้อยละ 70 ของผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าเสียชีวิตก่อนวัยอันควร อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 อยู่ที่ 7.38 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2547-2563 ที่ยังอยู่ในระดับ 5-6 รายต่อประชากรแสน และศูนย์โรคซึมเศร้าไทย พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 1.5 ล้านคน พบว่า ในปี พ.ศ.2564 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการทั้งหมด จำนวน 301,283 คน และในปี 2565 ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้ารับบริการ จำนวน 324,903 คน (กรมสุขภาพจิต, 2566) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการบริการยังมีอยู่เป็นจำนวนมาก

จากการศึกษาข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตของจังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 5,316 ราย ปี พ.ศ.2565 จำนวน 8,080 ราย และสถานการณ์การพยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต จังหวัดสุรินทร์เพิ่มสูงขึ้นทุกปีและมีแนวโน้มจะเพิ่มสูงขึ้นอีกในอนาคต ดังนี้ ปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 21, 37, 108, 91 และ 125 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีผู้เสียชีวิตจากการพยายามทำร้ายตนเองเป็นอันดับ 7 ของประเทศ (กระทรวงสาธารณสุข, ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง, 2566) และอำเภอศีขรภูมิเป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปี พ.ศ.2564 จำนวน 686 ราย และในปี พ.ศ.2565 จำนวน 707 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2566) จากข้อมูล พบว่า อำเภอศีขรภูมิมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 4 ของจังหวัดจากทั้งหมด 15 อำเภอ สถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จอำเภอศีขรภูมิ พบว่า มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2563 จำนวน 8 ราย ปี 2564 จำนวน 6 ราย และปี 2565 จำนวน 6 ราย ตำบลหนองเหล็กเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอศีขรภูมิจากทั้งหมด 15 ตำบล พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นอันดับ 3 ของอำเภอ ปี พ.ศ. 2561-2565 มีจำนวน 72, 67, 81, 178 และ 187 ราย ตามลำดับ และสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จตำบลหนองเหล็ก พบว่ามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปี 2564 จำนวน 3 ราย และปี 2565 จำนวน 1 ราย ดังนั้น การดูแลสุขภาพจิตเฉพาะในระบบจึงไม่เพียงพอต่อสถานการณ์และปัญหาที่พบเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับการดูแลและเข้าสู่ระบบบริการทางด้านสุขภาพจิตอย่างทั่วถึง จึงต้องมีการดำเนินงานเชิงรุกให้มากขึ้น เพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตให้ประชาชนได้รับรู้มากขึ้น ทั้งความรู้ การได้รับคัดกรองเบื้องต้น เพื่อส่งต่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการสาธารณสุขได้มีโอกาสได้ทำงานร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำให้เห็นว่า อสม. เป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ทั้งการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งต่อเพื่อดูแล รักษาต่อเนื่อง ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชน เพื่อส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การที่จะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดำเนินการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น อสม.ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดี



ที่ต้องเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ดังนั้น การพัฒนาศักยภาพของอสม.ให้มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงเป็นส่วนสำคัญที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพจิตที่ดีของสมาชิกในชุมชน ตลอดจนสามารถแนะนำให้ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตเข้ารับการรักษาตามระบบสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองเหล็ก อำเภอสักรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพอสม.ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสักรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาบริบท และสถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
- 3) เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดและทฤษฎีที่ใช้ คือ แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของ อสม. นโยบายการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม. และบทบาทของ อสม. เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ระยะที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) ประเมินสภาพปัญหา และศักยภาพ อสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต โดย การสร้างทีมแกนนำ การกำหนดกิจกรรม และการจัดทำชุดกิจกรรม การปฏิบัติการ (Action) การพัฒนาศักยภาพ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต บทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. คือ ส 1 สอดส่องมองหา (Look) ส 2 ใส่ใจรับฟัง (Listen) ส 3 ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) และแนวทางการดูแลสุขภาพจิต การสังเกตการณ์ (Observation) อสม. นำความรู้ไปดำเนินการในพื้นที่ มีการนิเทศ ติดตาม แนวทางการดูแลสุขภาพจิตและสนับสนุนให้คำแนะนำ เยี่ยมเสริมพลัง การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) สังเคราะห์กระบวนการและผลการปฏิบัติ และปรับปรุงการปฏิบัติขั้นต่อไป ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของ อสม. และการปฏิบัติเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีในการส่งเสริมสุขภาพจิต และแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2568 รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทพื้นที่ ศึกษาข้อมูลทั่วไปของ อสม. นโยบายการพัฒนาศักยภาพ ของ อสม. และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต



ระยะที่ 2 ดำเนินการตามกระบวนการแนวคิด PAOR ของ Kemmis & McTaggart การวางแผนการปฏิบัติงาน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection)

ระยะที่ 3 ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม.

ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในเขตพื้นที่ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก ผู้นำชุมชน และประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 32 คน
2. กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 206 คน

เกณฑ์การคัดเลือก มีดังนี้ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทเกี่ยวข้องกับตรงทำงานด้านสุขภาพในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก 2) เป็น อสม. ทั้งเพศชายและเพศหญิงในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และปฏิบัติงานอสม. มาเป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป 3) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) อสม. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การคัดออก มีดังนี้ 1) มีโรคประจำตัวด้านจิตเวช 2) ย้ายไปอาศัยนอกพื้นที่ตำบลหนองเหล็กก่อนการวิจัยเสร็จสิ้น หรือลาออกจากการเป็น อสม. ในช่วงระหว่างการเก็บข้อมูลวิจัย และ 3) ลาออกจากตำแหน่งหรือบทบาทระหว่างช่วงการดำเนินงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มภาคีเครือข่าย เพื่อให้ได้ผู้ร่วมวิจัยเป็นตัวแทนของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเป็นภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ได้แก่ ภาคีบริการสุขภาพ ภาคีบริการชุมชนและภาคีบริการสังคม ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้องและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนเลือกมาแบบเจาะจง ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 32 คน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็กจำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน และประธานอสม. จำนวน 11 คน
2. กลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติงานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก ตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ หมู่บ้านละ 3 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 33 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ใช้สำหรับเก็บข้อมูลการสนทนากลุ่มร่วมกับการบันทึกเทป โดยมีประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่ม ดังนี้ ข้อมูลทั่วไป สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพจิต เป็นอย่างไร ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต ที่ผ่านมามีอะไรบ้าง ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมาเป็นอย่างไร การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมาได้รับการสนับสนุนหรือช่วยเหลือและมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนอย่างไรบ้าง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะช่วยแก้ไขปัญหาในระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต



สุขภาพจิต ควรดำเนินการอย่างไรและจะพัฒนาการให้ดีขึ้นอย่างไร และใครจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงาน รวมทั้งแหล่งในการสนับสนุนงบประมาณดำเนินการ บทบาทหน้าที่ของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิตควรเป็นอย่างไร โดยใช้หลักการ 3ส. (สอดส่อง มองหา (Look), ใส่ใจรับฟัง (Listen), ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)) แนวทางการดูแลสุขภาพจิต โดย อสม. ควรดำเนินการอย่างไร และรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านควรเป็นอย่างไร

2) แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม โดยการสังเกตพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างขณะเข้าร่วมกิจกรรมมีกรอบเนื้อหาในการสังเกตการณ์มีส่วนร่วมกระบวนการวิจัย ประกอบด้วย ความสนใจ การแสดงความคิดเห็น การตอบคำถาม การยอมรับฟังคนอื่น และการปฏิบัติงานที่รับมอบหมาย พิจารณาตามเกณฑ์ด้านการประเมินผลการเรียนรู้และพฤติกรรม (ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2558) เกณฑ์การวัดผล มีดังนี้

ดีมาก=4 คะแนน สนใจฟัง ไม่หลับ ไม่คุยในที่ประชุม มีคำถามที่ดี ตอบถูกต้อง ทำงานครบและตรงเวลา (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ดี=3 คะแนน การแสดงออกและการมีส่วนร่วมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ยังไม่ครบทุกข้อ (ร้อยละ 70-79)

ปานกลาง=2 คะแนน การแสดงออกและการมีส่วนร่วมพอใช้ ทำได้ครึ่งหนึ่งของเกณฑ์ที่ตั้งไว้ (ร้อยละ 50-69)

ปรับปรุง=1 คะแนน เข้าร่วมกิจกรรมแต่แสดงออกน้อย ทำงานไม่ครบ หรือไม่ตรงเวลา (น้อยกว่าร้อยละ 50)

2. ชุดกิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม.

รายละเอียดต่อไปนี้เป็นผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพอสม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชน โดยมีรายละเอียดรูปแบบ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบไปด้วยกระบวนการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดกิจกรรมในการดำเนินการแต่ละครั้งและเนื้อหาของกิจกรรม จากนั้นจะทำการทดสอบความรู้อีกก่อนดำเนินการกิจกรรม (pre-test) และดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิตและบทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. ใช้เวลาทั้งหมดในครั้งนี้ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำการเริ่มกิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้จากครั้งก่อนหน้า เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวและพร้อมในการเรียนรู้ในหัวข้อใหม่ จากนั้นดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพจิต การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต และมีการทำกิจกรรมฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกการคัดกรองสุขภาพจิตกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมท่านอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตและข้อคำถามในการสอบถามเพื่อคัดกรอง ใช้เวลาสำหรับกิจกรรมในครั้งนี้ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง มีการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดย อสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพจิต โดยการพูดคุย สังเกต และคัดกรอง นอกจากนี้ได้มีการฝึกปฏิบัติในการพูดคุยและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ 1 สัปดาห์ เป็นการลงพื้นที่คัดกรองในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก

ครั้งที่ 4 เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการให้ อสม. สรุปผลการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแกนนำ อสม.



3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาการเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากพรสุตา แสงสุกวาว (2558) และคู่มือบทบาท อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชนของกรมสุขภาพจิต (2561) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องสุขภาพจิต จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต จำนวน 7 ข้อ ซึ่งมีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ตอบคำถามถูก ได้คะแนนเท่ากับ 1 ตอบคำถามผิด ได้คะแนนเท่ากับ 0 การแปลผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของ อสม. โดยรวม พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975, อ้างใน ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, 2561) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (10-12 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับดี คะแนนร้อยละ 60.00-79.99 (7-9 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 00.00-59.99 (0-6 คะแนน) หมายถึง ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยดัดแปลงจากพรสุตา แสงสุกวาว (2558) โดยมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นของ อสม. จำนวน 5 ข้อ การส่งเสริม สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย อสม. จำนวน 6 ข้อ และการป้องกันและค้นหาผู้ป่วยใหม่ในชุมชนโดย อสม. จำนวน 4 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating Scale) วัดระดับของการปฏิบัติตามบทบาทแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน และน้อยที่สุด 1 คะแนน การแปลผลคะแนนเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ดังนี้

คะแนนร้อยละ 80.00 ขึ้นไป (60.00-75.00 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับมากที่สุด
คะแนนร้อยละ 70.00-79.99 (52.50-59.99 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับมาก
คะแนนร้อยละ 60.00-69.99 (45.00-52.49 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับปานกลาง
คะแนนร้อยละ 50.00-59.99 (37.50-44.99 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับน้อย
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 40.00 (น้อยกว่า 37.49 คะแนน) หมายถึง ระดับการปฏิบัติตามบทบาทในระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้ว ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ (IOC) นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.67-1.00 และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ชุด ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะเนง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ จากนั้นนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้สูตรการวิเคราะห์ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) พบว่า แบบสอบถามความรู้เรื่องสุขภาพจิต ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.73 และวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอ



นบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของอสม.สำหรับการดูแลสุขภาพจิต เท่ากับ 0.93

สำหรับข้อคำถามใช้ในการสนทนากลุ่มได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย และขั้นตอนการปฏิบัติการวิจัย โดยมีกำหนดระยะเวลาดำเนินการรวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ ดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมการวิจัย

- 1) คัดเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา
- 2) ผู้ศึกษาสร้างเครื่องมือ จากกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา
- 3) นำเครื่องมือที่สร้างมาให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบและแก้ไข
- 4) ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก โดยนำหนังสือขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลพร้อมด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการทดสอบค่าความเชื่อมั่น และปรับปรุงแก้ไขแล้วไปส่งพร้อมอธิบายและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามด้วยตัวเอง

2. ขั้นตอนการปฏิบัติ

ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม. ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงาน โดยใช้ระยะเวลารวมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ดังนี้

การวางแผน (Planning) สัปดาห์ที่ 1-2

- 1) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ให้กับแกนนำ อสม.
- 2) จัดประชุมกลุ่มแกนนำอสม.
- 3) ผู้วิจัยสรุปการประชุมให้กับแกนนำ

การปฏิบัติ (Action) สัปดาห์ 3-6

- 1) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามก่อนการวิจัย โดยใช้แบบสอบถาม
- 2) ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยการบรรยายจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ
- 3) ให้ความรู้ทักษะในการตรวจคัดกรองสุขภาพจิต ใช้แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q) (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกอบรม ฝึกปฏิบัติการโดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ

- 4) ให้ความรู้ทักษะการรับฟังอย่างลึกซึ้ง โดยการบรรยายจากผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต โรงพยาบาลศีขรภูมิ



- 5) การดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดยอสม.
- 6) แขนงนำติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงมารับบริการ
- 7) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็กออกนิเทศติดตาม

การสังเกตการณ์ (Observing) สัปดาห์ที่ 7-9

- 1) การสังเกตกระบวนการดำเนินการดูแลสุขภาพจิต
- 2) การตรวจคัดกรองสุขภาพจิตโดย อสม. ในการเตรียมความพร้อมของแบบประเมินสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) วัสดุ อุปกรณ์ การนำความรู้ไปดำเนินการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ให้คำปรึกษา การค้นหาผู้ป่วยรายใหม่ การส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้อง การติดตามเยี่ยมประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย

- 3) เก็บรวบรวมข้อมูล

การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) สัปดาห์ที่ 10-12

- 1) การสังเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป โดยผู้วิจัย และ อสม. ประชุมกันเป็นระยะๆ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทำการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์
- 2) การประชุมสรุปบทเรียนการดำเนินงาน
- 3) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามหลังการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ คือ โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for Social Science: SPSS) ใบอนุญาตเลขที่ 7a314fecacab63221abc ซึ่งรายละเอียดของสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณสำหรับการศึกษามีดังนี้

1.1 ข้อมูลทั่วไปที่เป็นปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

1.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องสุขภาพจิต และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิต โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. สำหรับการดูแลสุขภาพจิตก่อน และหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ paired sample t-test โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ในการวิจัยระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เลขที่ใบรับรองการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ตามหนังสือรับรองเลขที่ UBU-REC-04/2567 ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาที่ทำการวิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะ



ปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อสัมพันธภาพและสถานะทางสังคม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากอาสาสมัครจะไม่มีข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลได้ ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.85 อายุเฉลี่ย 50.71 ปี ระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 75.76 สถานภาพสมรส ร้อยละ 72.73 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,406.06 บาท การประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 69.70 ระยะเวลาการเป็น อสม. เฉลี่ย 16.97 ปี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	5	15.15
หญิง	28	84.85
อายุ		
25-34 ปี	2	6.06
35-44 ปี	4	12.12
45-54 ปี	15	45.46
55-64 ปี	12	36.36
Mean=50.71, S.D.=8.44, Min=31, Max=63		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	21.21
มัธยมศึกษา	25	75.76
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	0	0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	0	0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	3.03
สถานภาพ		
โสด	5	15.15
สมรส	24	72.73
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	4	12.12
การประกอบอาชีพ		
เกษตรกร	23	69.70
ทอผ้าไหม	3	9.09
รับจ้างทั่วไป	5	15.15
ค้าขาย	2	6.06
อื่น ๆ	0	0



ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ (บาท/เดือน)		
0-2,000	5	15.15
2,001-4,000	15	45.46
4,001-6,000	8	24.24
6,001-8,000	2	6.06
8,001-10,000	1	3.03
10,001-12,000	2	6.06
มากกว่า 12,000	0	0
Mean=4,406.06, S.D.=3,050.42, Min=1,000, Max=12,000		
ระยะเวลาของการเป็น อสม. (ปี)		
Mean=16.97, S.D.=8.36, Min=1, Max=32		

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

2.1 การประชุมพัฒนากระบวนการครั้งที่ 1 ผู้ร่วมประชุมทั้งหมด 32 คนประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 11 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยเริ่มต้นกระบวนการเล่าสถานการณ์ ค้นข้อมูล เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการ ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เพื่อพัฒนากระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม.

1) การประชุมเชิงปฏิบัติการ ในระยะนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยประยุกต์ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) กระบวนการเริ่มต้นจากการแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันผู้เข้าร่วมประชุม และร่วมกันกำหนดแนวทางด้านการดูแลสุขภาพจิตของอสม. พร้อมการกำหนด Time Line ในการดำเนินงาน

ผู้วิจัยทำการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มย่อยได้ทำการวิเคราะห์และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนาตามประเด็นต่างๆ ดังนี้

ผลการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion)

จากการสนทนากลุ่มย่อยของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 32 คน ในประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชน การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต สถานการณ์ปัญหาของพื้นที่ แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และการแก้ปัญหาในการดำเนินงานสุขภาพจิต ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 สรุปข้อมูลจากเชิงคุณภาพเกี่ยวกับศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของ อสม.

ประเด็น	รายละเอียด
สถานการณ์และสภาพปัญหาสุขภาพจิต	พบปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการฆ่าตัวตาย ทั้งที่ไม่ค่อยมีมาก่อน ประชาชนมีความกลัว ความกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสิ้นหวัง เกิดการตำหนิ ตีตรา การ Bully และคนที่เป็นเหยื่อก็เกิดภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวมองข้ามปัญหา เนื่องจากมองว่าเป็นเพียงการเรียกร้องความสนใจ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการจัดการเมื่อพบเจอกรณีที่มีประชาชนพยายามจะฆ่าตัวตาย
ระบบและกระบวนการดูแลสุขภาพจิต	เมื่อประชาชนมีความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพจิต ญาติเป็นผู้แจ้งมาที่ รพ.สต. ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่ได้สนใจให้ความสำคัญจะไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก จนปัญหาถูกละเลยไปจนส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรง ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่ รพ. รพ. ไม่มีการคืนข้อมูลกลับมาที่ รพ.สต.
ผลการดำเนินงานการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมา	พบผู้ป่วยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายทุกปี จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรงมากขึ้น การรักษาเน้นรักษา แก้ไขปัญหาเฉพาะราย ไม่มีระบบป้องกันและเฝ้าระวังระบบการส่งต่อ และประสานงานไม่ชัดเจน
การแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านมา	มีความพยายามที่จะดึงหน่วยงานอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา แต่อย่างไรก็ตามผู้นำชุมชนยังมองว่าเรื่องสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาสำคัญของชุมชน
ผู้มีส่วน เกี่ยวข้องที่จะช่วยแก้ไขปัญหาระบบและกระบวนการดูแลผู้สุขภาพจิต	รพ.สต. และ อสม. เป็นแกนหลักในการดำเนินงาน และได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล
บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสำหรับการดูแลสุขภาพจิต	สอดส่อง มองหา (Look) ใส่ใจ รับฟัง (listen) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link)
แนวทางการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	รวมพลัง ร่วมใจกันคิดค้น ร่วมวางแผน ร่วมกันทำงาน ร่วมศึกษาเรียนรู้
รูปแบบการดูแลสุขภาพจิตโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	ส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา เสริมพลัง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action) จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชนยังคงพบอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องนั้นประกอบไปด้วยปัจจัยทางด้านข้อมูลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชน สัดส่วนผู้ที่มีภาวะเสี่ยงทางด้านสุขภาพจิตในชุมชน กระบวนการดำเนินงานที่ขาดความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายหน่วยงานในพื้นที่ระดับตำบล นอกจากนี้ปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งคือความตระหนักของคนในชุมชนที่ พบว่า คนในชุมชนยังขาดความตระหนักในเรื่องของอาการแสดงหรืออาการเตือนของอาการทางจิต กระบวนการสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตบทบาทในด้านของการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนนั้นกลไกสำคัญคือ อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่เฝ้าระวังในชุมชนได้อย่างใกล้ชิดและสามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วเมื่อพบสัญญาณอันตรายของปัญหาสุขภาพจิต และจากการจัดประชุมระดมสมองเรื่องการพัฒนาแบบกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพ



สม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิต ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก หลังการประชุมแล้วจึงตกลงจัดทำขั้นตอนกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพ อสม. ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิต

นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนารูปแบบกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพอสม.ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตคนในชุมชน โดยมีรายละเอียดรูปแบบ ดังต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 ประกอบไปด้วยกระบวนการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการ โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดกิจกรรมในการดำเนินการแต่ละครั้งและเนื้อหาของกิจกรรม จากนั้นจะทำการทดสอบความรู้ก่อนดำเนินการกิจกรรม (pre-test) และดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต และบทบาท อสม. ดูแลสุขภาพจิต โดยใช้หลัก 3ส. ใช้เวลาทั้งหมดในครั้งนี้อยู่ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำการเริ่มกิจกรรมด้วยการทบทวนความรู้จากครั้งก่อนหน้า เพื่อให้เกิดการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีความตื่นตัวและพร้อมในการเรียนรู้ในหัวข้อใหม่ จากนั้นดำเนินการกิจกรรมให้ความรู้เรื่องแนวทางการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต การตรวจคัดกรองสุขภาพจิต และมีการทำกิจกรรมฝึกปฏิบัติโดยการจับคู่ฝึกการคัดกรองสุขภาพจิตกับผู้เข้าร่วมกิจกรรมท่านอื่นๆ เพื่อสร้างความคุ้นเคยกับการใช้แบบคัดกรองสุขภาพจิตและข้อคำถามในการสอบถามเพื่อคัดกรอง ใช้เวลาสำหรับกิจกรรมในครั้งนี้อยู่ 3 ชั่วโมง

ครั้งที่ 3 เป็นการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง มีการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตโดย อสม. ค้นหากลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาเรื่องการดูแลสุขภาพจิต โดยการพูดคุย สังเกต และคัดกรอง นอกจากนี้ได้มีการฝึกปฏิบัติในการพูดคุยและให้คำปรึกษาเบื้องต้นแก่ประชาชนในชุมชนทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีความเสี่ยงใช้ระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติครั้งนี้ 1 สัปดาห์ เป็นการลงพื้นที่คัดกรองในชุมชนในเขตพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก

ครั้งที่ 4 เป็นการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติในการให้ อสม. สรุปผลการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงมารับบริการต่อที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแกนนำ อสม.

การสังเกตการณ์ (observation) การสังเกตกระบวนการดำเนินการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. กิจกรรมเยี่ยมและประเมินศักยภาพ อสม. โดยผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชะเนง โดยใช้แบบประเมินศักยภาพ ๓ ด้านความรู้ทัศนคติและแบบสังเกตพฤติกรรมการเข้าร่วมกระบวนการวิจัยของกลุ่ม เมื่อพบว่ามีความรู้ด้านใดที่อยู่ในระดับ น้อย-ปานกลาง อสม. จะได้รับกิจกรรมให้ความรู้ สร้างทัศนคติและการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต ในส่วนที่ขาดรายเดียว โดยการออกเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและภาคีเครือข่าย

การสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflection) ผู้วิจัย และแกนนำ อสม. มีการประชุมเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทำการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

2.2 การประชุมพัฒนากลุ่มการครั้งที่ 2 ผู้ร่วมประชุมทั้งหมด 32 คนประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จำนวน 2 คน กลุ่มงานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลศีขรภูมิ จำนวน 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 4 คน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชนจำนวน 11 คน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน

ขั้นการประเมินผลการปฏิบัติและการปรับปรุงในวงรอบที่ 2 จากการสังเกตการณ์และการสะท้อนผลการดำเนินงาน พบประเด็นที่ต้องปรับปรุง คือ



1. แกนนนำ อสม. ถึงแม้จะผ่านการอบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตการคัดกรอง และการดูแลประชาชนมาแล้ว จากการออกเยี่ยมและประเมินการปฏิบัติงานของแกนนำ พบว่าแกนนำส่งแบบประเมินปัญหาสุขภาพจิตล่าช้า เนื่องจากแกนนำใช้กระดาษในการประเมิน ทำให้บางครั้งไม่มีเวลาเดินทางมาส่งเอกสาร และแกนนำบางรายแต่ยังขาดความรู้และขาดเข้าใจในบางเรื่อง โดยเฉพาะข้อคำถามในการคัดกรอง แกนนนำใช้วิธีอ่านตามข้อคำถาม ทำให้ประชาชนรู้สึกอึดอัด ไม่อยากตอบคำถาม และบางครั้งการให้คำปรึกษาของแกนนำ แกนนนำบางรายมีความรู้สึกอารมณ์เอนเออนตามเรื่องที่เล่าหรือพูดขัดจังหวะเวลาที่ประชาชนกำลังระบายเรื่องที่ทุกข์ใจ ผู้รับผิดชอบงานและผู้วิจัยจึงจัดตั้งไลน์กลุ่มเฉพาะแกนนำขึ้น และเปลี่ยนแบบคัดกรองเป็นแบบคัดกรองออนไลน์ และได้จัดอบรมเพิ่มศักยภาพแกนนำโดยให้ทั้งความรู้และทั้งภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติขึ้นอีกครั้ง โดยเน้นเรื่องวิธีการคัดกรอง การรับฟัง และการให้คำปรึกษา เพื่อให้แกนนำมีความมั่นใจและความชำนาญมากขึ้น

2. มีการจัดทำทะเบียนผู้ป่วยสุขภาพจิตใหม่ขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย โดยมอบหมายให้แกนนำ อสม. ดูแลตามกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มปกติ เยี่ยมบ้านและคัดกรองซ้ำ ทุก 1 เดือน พูดคุย รับฟัง สอบถามความต้องการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มเสี่ยง เยี่ยมบ้านและคัดกรองซ้ำทุก 2 สัปดาห์ พูดคุย รับฟัง สอบถามความต้องการช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาเบื้องต้น

กลุ่มป่วย เยี่ยมบ้านและประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงและความคิดฆ่าตัวตาย ทุก 1 สัปดาห์ ติดตามการกินยาและการฉีดยา ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัว ให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตเบื้องต้น

3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตรายบุคคล จากการออกเยี่ยมบ้านและประเมินคัดกรองซ้ำ และมีการประชุมปรับแผนการดูแลทุก 1 เดือน บางครั้งผู้ป่วยสุขภาพจิตเปลี่ยนจากกลุ่มเสี่ยงเป็นกลุ่มป่วย หรือมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือแต่ละครั้งที่ออกเยี่ยมแตกต่างกัน

4. จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทุก 1 เดือน เพื่อให้แกนนำได้พูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในการดำเนินงานในพื้นที่ แลกเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละบุคคล หรือระบายความรู้สึกในการปฏิบัติงานการดูแลสุขภาพจิต บางครั้งแกนนำเกิดความรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติงาน มีความรู้สึกไม่กำลังใจในการปฏิบัติงานต่อ ผู้รับผิดชอบงานจึงได้เพิ่มชั่วโมงเสริมพลังในการปฏิบัติงานให้แก่แกนนำ 30 นาที-1 ชั่วโมง เพื่อให้แกนนำเกิดความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานและมีพลังใจในการดำเนินงานต่อไป

ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์ของรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

จากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. จำนวน 2 วงรอบ ได้รู้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตามรูปแบบของ PPRRCE Model ดังนี้

1. Promotion=P (การส่งเสริม) อสม. มีบทบาทในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้แก่ตนเองและคนในชุมชน โดยใช้กิจกรรมต่าง ๆ เช่น การให้ความรู้ผ่านการประชุมหมู่บ้าน การจัดเวทีสาธารณะ การใช้สื่อประชาสัมพันธ์ หรือการสื่อสารแบบไม่เป็นทางการในชีวิตประจำวัน อสม. ยังทำหน้าที่เป็น "ครูสุขภาพจิต" ที่ช่วยกระตุ้นให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการดูแลจิตใจเช่นเดียวกับร่างกาย ส่งเสริมให้มีวิถีชีวิตที่สมดุล สร้างความเข้มแข็งทางใจ และสร้างสภาพแวดล้อมชุมชนที่เกื้อหนุนต่อสุขภาพจิต



2. Prevention=P (การป้องกัน) หมายถึง อสม. มีหน้าที่ในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยสามารถใช้ทักษะในการสังเกตพฤติกรรม และอารมณ์ของบุคคลในชุมชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง เด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป ผู้ที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจหรือครอบครัว รวมถึงผู้ที่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต โดย อสม.จะพูดคุยสอบถามอย่างเป็นมิตร ใช้เครื่องมือคัดกรองพื้นฐาน เช่น แบบสอบถามสุขภาพจิต (แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q) (กรมสุขภาพจิต, 2562-2563) และให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตตนเองก่อนปัญหาจะเกิดขึ้น

3. Relief=R (การบรรเทา) หมายถึง เมื่อ อสม. พบว่ามีบุคคลที่ประสบปัญหาทางจิตใจ อสม. จะทำหน้าที่เป็นผู้รับฟังที่ดี ให้ความเข้าใจ ไม่ตัดสิน และให้กำลังใจในการฟื้นฟูจิตใจ อสม.จะใช้ทักษะการสื่อสารอย่างเห็นอกเห็นใจ (empathy) ให้คำแนะนำเบื้องต้นที่เหมาะสมกับสถานการณ์ พร้อมสนับสนุนให้ผู้ที่มีความทุกข์รู้จักวิธีผ่อนคลายความเครียด เช่น การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัวหรือชุมชน การออกกำลังกายเบา ๆ หรือแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่สามารถติดต่อได้ในยามฉุกเฉิน

4. Referral=R (การส่งต่อ) หมายถึง อสม. สามารถพิจารณาความจำเป็นในการส่งต่อผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตบกพร่องหรือมีแนวโน้มเป็นโรคทางจิตเวชไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจความจำเป็นในการรับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนช่วยเหลือในด้านการเดินทาง การนัดหมาย และติดตามหลังการส่งต่อ เพื่อให้การรักษาอย่างต่อเนื่อง

5. Care=C (การดูแลรักษา) หมายถึง อสม. มีบทบาทในการติดตามดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตหลังการวินิจฉัยหรือการรักษา โดยให้ความร่วมมือกับครอบครัวในการสร้างความเข้าใจต่อโรคและการรักษา ช่วยจูงใจให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เข้ารับบริการตามนัด และรายงานอาการผิดปกติให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทราบ อสม.ยังทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารที่เชื่อมโยงระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับครอบครัวผู้ป่วย และมีบทบาทในการลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยในชุมชน

6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) หมายถึง อสม. ทำหน้าที่เสริมพลังใจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ พูดคุยให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย และชื่นชมเมื่อผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ดีขึ้น และช่วยประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานหรือเครือข่ายต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มอาชีพ หรือกลุ่มสนับสนุนในชุมชน เพื่อสร้างความมั่นคงด้านชีวิตและสังคมแก่ผู้ป่วย นำไปสู่การฟื้นคืนสภาพทางจิตใจอย่างมีคุณภาพ

ส่วนที่ 4 ผลของกระบวนการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 รองลงมาคือมีความรู้ระดับน้อย ร้อยละ 45.45 และหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับดี ร้อยละ 96.97 รองลงมาคือมีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.03 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความรู้ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ระดับความรู้	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
น้อย (0-6 คะแนน)	15	45.45	0	0.00
ปานกลาง (7-9 คะแนน)	18	54.55	1	3.03
ดี (10-12 คะแนน)	0	0.00	32	96.97



การวัดผลการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อนการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.73 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับระดับมาก ร้อยละ 21.21 และหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.85 รองลงมา คือ มีการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิต ในระดับมาก ร้อยละ 15.15 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการปฏิบัติก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ระดับการปฏิบัติ	ก่อนดำเนินกิจกรรม		หลังดำเนินกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด (60-75 คะแนน)	0	0.00	28	84.85
มาก (52.50-59.99 คะแนน)	7	21.21	5	15.15
ปานกลาง (45-52.49 คะแนน)	24	72.73	0	0.00
ระดับน้อย (37.50-44.99 คะแนน)	2	6.06	0	0.00
ระดับน้อยที่สุด (น้อยกว่า 30 คะแนน)	0	0.00	0	0.00

ประสิทธิผลของการพัฒนาโดยการวัดผลในส่วนของความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ภายหลังการพัฒนา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้นโดยค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 10.94 คะแนน (S.D.=0.93) ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 93.94 และรองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 6.06 ด้านการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิต พบว่า มีทักษะการปฏิบัติสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยของคะแนนการปฏิบัติอยู่ที่ 67.88 คะแนน (S.D.=4.11) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับมากที่สุด ร้อยละ 84.85 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 15.15 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ดี	31	93.94
ปานกลาง	2	6.06
Mean=10.94, S.D.= 0.93, Min=9, Max=12		
การปฏิบัติ		
มากที่สุด	28	84.85
มาก	5	15.15
Mean=67.88, S.D.= 4.11, Min=61, Max=75		

การเปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ระหว่างก่อนและหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ด้านความรู้ก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับ 4.33 (S.D.=1.27, 95%CI=3.88 to 4.78) และด้านการปฏิบัติก่อนและหลังดำเนินกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<.001$ ค่าความต่างของค่าเฉลี่ย (mean difference) เท่ากับ 0.94 (S.D.=5.43, 95%CI=21.23 to 25.07) ดังตารางที่ 6



ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความรู้และการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ก่อน-หลังการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ (n=33)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean difference	S.D.	95%CI	t	p-value
ความรู้							
ก่อนทำกิจกรรม	6.60	0.79	4.33	1.27	3.88-4.78	19.65	<.001*
หลังทำกิจกรรม	10.94	0.93					
การปฏิบัติ							
ก่อนทำกิจกรรม	46.73	2.67	23.15	5.43	21.23-25.07	24.51	<.001*
หลังทำกิจกรรม	69.88	4.54					

*p-value<.001

ระดับคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม มีระดับคะแนนในการมีส่วนร่วมครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 66.67 และครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 60.61 และครั้งที่ 3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 90.91 ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงร้อยละของระดับคะแนนของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพจิตของ อสม. (n=33)

ครั้งที่	ร้อยละของระดับคะแนน			
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ปรับปรุง
1	-	66.67	33.33	-
2	60.61	36.30	3.09	-
3	90.91	9.09	-	-

อภิปรายผล

สถานการณ์การดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ในชุมชนและปัญหาอุปสรรคในปัจจุบัน พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนเพิ่มมากขึ้น มีการฆ่าตัวตาย ทั้งที่ไม่ค่อยมีมาก่อน ประชาชนมีความกลัว ความกังวล ความรู้สึกไม่ปลอดภัย ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสิ้นหวัง เกิดการตำหนิ ตีตรา การข่มเหงรังแก (Bully) และคนที่เป็นเหยื่อก็เกิดภาวะซึมเศร้า คนในครอบครัวมองข้ามปัญหา เนื่องจากมองว่าเป็นเพียงการเรียกร้องความสนใจ เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการจัดการเมื่อพบเจอกรณีที่มีประชาชนพยายามจะฆ่าตัวตาย เมื่อประชาชนมีความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพจิต ญาติเป็นผู้แจ้งมาที่ รพ.สต. ด้วยตัวเอง ผู้ป่วยที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่ได้สนใจให้ความสำคัญจะไม่ได้รับการดูแลตั้งแต่แรก จนปัญหาถูกละเลยไปจนส่งผลกระทบต่อคนรอบข้าง ข้อมูลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ที่โรงพยาบาลชุมชน ไม่มีการคืนข้อมูลกลับมาที่ รพ.สต. พบผู้ป่วยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีอัตราการฆ่าตัวตายทุกปี จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้นส่งผลกระทบต่อชุมชนรุนแรงมากขึ้น การรักษาเน้นรักษา แก้ไขปัญหาเฉพาะราย ไม่มีระบบป้องกันและเฝ้าระวัง ระบบการส่งต่อ และประสานงานไม่ชัดเจน ผู้นำชุมชนยังมองว่าเรื่องสุขภาพจิตไม่ใช่ปัญหาสำคัญของชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ ปณิดา เพชรรัตน์ (2564) ที่ศึกษาเรื่องรูปแบบการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเครือข่าย อสม. อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง พบว่า อสม. มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน ตั้งแต่การติดตามอาการ การเยี่ยมบ้าน การให้กำลังใจ ไปจนถึงการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ได้แก่



การขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแลผู้ป่วยเฉพาะทาง การขาดทักษะในการสื่อสารและรับมือกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต การขาดการสนับสนุน ทั้งในด้านองค์ความรู้ ทรัพยากร และระบบส่งต่อที่ชัดเจนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และทัศนคติเชิงลบหรือการตีตราจากชุมชนต่อผู้ป่วยโรคจิต ซึ่งอาจส่งผลให้ อสม. ทำงานได้ยากขึ้น

การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตามทฤษฎีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของเคมมิสและแมกแทกการ์ด (Kemmis and McTaggart, 2002) ร่วมกับการออกแบบกิจกรรมผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักการ (PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ดำเนินการศึกษาศาสนาการณปัญหาและการค้นหาแนวทางในการแก้ไข โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นภาคีเครือข่ายดำเนินงานสุขภาพระดับตำบล จำนวน 32 คน และพัฒนาหาแนวทางที่เหมาะสม กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. ในพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก จำนวน 33 คน ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 12 สัปดาห์ ได้รูปแบบที่มีความเหมาะสมกับพื้นที่ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1. Promotion=P (การส่งเสริม) 2. Prevention=P (การป้องกัน 3. Relief=R (การบรรเทา) 4. Referral=R (การส่งต่อ) 5. Care=C (การดูแลรักษา) และ 6. Empowerment=E (การเสริมพลัง) เนื่องจากทฤษฎีนี้เน้นการมีส่วนร่วมวางแผนและดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีการสังเกตและสะท้อนผลเพื่อนำไปสู่การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนที่ต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา และเสริมพลัง จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า รูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เนื่องจากมีลักษณะ ดังนี้ 1) เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตั้งแต่ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ครอบคลุมการดูแลด้านสุขภาพจิตทุกมิติ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน บรรเทา ส่งต่อ รักษา และเสริมพลัง 3) เน้นการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยเน้นให้ประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิตได้ จากความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งสอดคล้องกับ ระเบิดuffs ศรีแสน, รัชนี้ ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรรสาร และคณะ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพนสวรรค์ จังหวัดนครพนม พบว่าบทบาทของ อสม. ได้แก่ ค้นหาผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน ส่งเสริมความรู้ของประชาชนเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันความรุนแรง และประสานหน่วยงานอื่นเพื่อขอความช่วยเหลือ และ สอดคล้องกับการศึกษา ชัมภูา ลอมศรี, รัชนี้ ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรรสาร และคณะ (2566) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. พบว่าการพัฒนารูปแบบฯ จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของเครือข่ายทุกภาคส่วน และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและ อสม. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม ให้ฝึกปฏิบัติ และมีการติดตามการดำเนินงานต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับ ฉลาด ภูระหง, มาลี ไชยเสนา และกุลชญา ลอยหา (2564) ที่ศึกษาเรื่องศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. จังหวัดระยอง พบว่า ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของ อสม. มี 5 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านการป้องกันโรค 2. ด้านการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร 3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ 4. ด้านการรักษาสุขภาพ 5. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพและสอดคล้องกับ ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัททรา จุฑามณี และอรพินา เกตุพันธ์ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต พบว่า



ศักยภาพของ อสม. ควรมีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่างดังนี้ (1) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล (2) ด้านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (3) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ และ (4) ด้านการออกแบบสร้างคุณค่า ขับเคลื่อนและขยายผลแก่นำ อสม. ซึ่งสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิตต่อไปในอนาคต การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

ผลการใช้รูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ความรู้เฉลี่ยหลังการใช้รูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Mean diff = 4.33 ,95% CI; 3.88 - 4.78) ความรู้ส่วนใหญ่จากระดับปานกลาง เป็นระดับดี หลังทดลอง การปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ (Mean diff=23.15 ,95% CI; 21.23-25.07) จากส่วนใหญ่ระดับปฏิบัติระดับปานกลาง เป็นระดับปฏิบัติมากที่สุด เนื่องมาจากรูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. สามารถเพิ่มพูนความรู้และสร้างความมั่นใจให้กับ อสม. ในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติงานได้จริง และการฝึกปฏิบัติอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องช่วยให้ อสม. ได้รับประสบการณ์ตรงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และสามารถปรับใช้ความรู้ในสถานการณ์จริงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับ สุณารี ทะนะเป็ก, ทศนวรรณ สุพรรณสาย และฉลาด จิวน้อย (2562) ที่ศึกษาวิจัยเรื่อง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบ ว่าหลังการทดลองแก่นำ มีความรู้ทัศนคติและศักยภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับ สมิตพร จอมจันทร์ (2561) การพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรสา ตำบลดอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีกระบวนการเริ่มจากการอบรมให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติโดยใช้สถานการณ์จำลอง การประเมินความรู้และทัศนคติและทบทวนให้ความรู้เพิ่ม พบว่าสามารถพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลสุขภาพฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพรสาในด้านความรู้ ทัศนคติจากระดับปานกลางและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในระดับน้อยขึ้นมาเป็นระดับมาก รุจิรา อำพันธ์ (2565) จากผลการศึกษาการพัฒนาศักยภาพการใช้แบบสังเกตอาการด้านสุขภาพจิตของ อสม. เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าหลังอบรม อสม. มีค่าเฉลี่ย ความรู้และทัศนคติเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับคะแนนของพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมพัฒนาศักยภาพการดูแลสุขภาพจิตของ อสม. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.91

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านยะยาน องค์การบริหารส่วนตำบลหนองเหล็ก และปกครองท้องถิ่น ควรเป็นหน่วยงานหลักในการส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. และประเมินผลการดำเนินงาน
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปผลการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนองค์ความรู้ ประสบการณ์ และแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ ส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกัน พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง



3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการดูแลสุขภาพจิตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นในการคัดกรอง ดูแล และส่งต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับปทุมภูมิ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.
2. ควรมีการวิจัยแบบผสมผสาน (เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ) เพื่อศึกษาปัจจัยและกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จของรูปแบบด้านการดูแลสุขภาพจิตของ อสม.

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2561). คู่มือบทบาท อสม. เชี่ยวชาญสุขภาพจิตชุมชน. กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). แบบสอบถามสุขภาพจิต (แบบคัดกรองความเครียด, 2Q PLUS, 9Q, 8Q). กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). รายงานการเข้ารับบริการของผู้ป่วยซึมเศร้าในปี 2564 และ 2565. กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเอง. กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2566). รายงานผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในปี 2564 และ 2565. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.
- ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล ศิริภัทรา จุฑาณิ และอรพินา เกตุพันธ์. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชัยภูมิ ลอมศรี, รัชณี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร และธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา. (2566). การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2558). การวัดและประเมินผลการศึกษา. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉลาด ภูระหง, มาลี ไชยเสนา และกุลชญา ลอยหา. (2564). ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 9(1), 369-379.
- ดุชนิ บุญพิทักษ์สกุล, และคณะ. (2564). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนด้านสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 29(4), 99-110
- พรสุตา แสงสกวา. (2558). บทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตชุมชนในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า: กรณีศึกษาศูนย์สุขภาพจิตที่ 7. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.



เอกสารอ้างอิง

- ปณิดา เพชรรัตน์. (2564). รูปแบบการติดตามและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังวิเศษ จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิ ประสงค์, 8(3), 1-17.
- รุจิรา อำพันธ์. (2565). การพัฒนาศักยภาพการใช้แบบสังเกตอาการด้านสุขภาพจิตของ อสม. เพื่อส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคลองกลาง อำเภออุ้มผาง จังหวัดศรีสะเกษ. มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ.
- ระดิษฐ์ ศรีแสน, รัชนี ศรีแสน, แสงเดือน ศรีวรสาร และธวัชวิทย์ วงศ์เข้มมา. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยกระบวนการพัฒนาศักยภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอโพธาราม จังหวัดนครพนม. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 167-180.
- ศรัญญา จริญญา. (2564). สุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). อุดรธานี: ศักดิ์ศรีอักษรการพิมพ์.
- ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2561). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สลิลทิพย์ ไพบูลย์สิทธิวงศ์. (2566). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพื้นที่อำเภอรอยต่อเขตชายแดนจังหวัดสระแก้ว. มหราชชนนศรีธรรมราชเวชสาร 6(2), 71-89
- สายฝน เอกวารงูร และราณี เชษฐนท. (2022). การประเมินสภาพและคัดกรองปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต. ใน สายฝน เอกวารงูร (บ.ก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1 (พิมพ์ครั้งที่ 7, หน้า 55-77). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- สุนารี ทะนะเป็ก, ทศนวรรณ สุพรรณสาย, ฉลาด จิ๋วออต. (2562). การพัฒนารูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในตำบลเมืองเก่า อำเภอเมือง จังหวัดสุโขทัย. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมิตรพร จอมจันทร์และคณะ. (2561). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุที่เสพยา ตำบลคอนแก้ว อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 24(2), 37-49
- อมรพันธุ์ สมร และสีปตระกูล ตันตลานุกุล. (2562). การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่. วารสารโรงพยาบาลแพร่, 27(2), 74-85.
- อรรณ ดวงจันทร์. (2559). มาตรฐานการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชน (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- Bloom, B. S. (1975). *Learning for mastery. Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Kimmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Victoria: Deakin University Press.