

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม ถึงเดือน สิงหาคม 2549 กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 279 ราย ผู้ศึกษาได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1

จำนวน และร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 279$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	48.7
หญิง	143	51.3
อายุ (ปี)		
≤ 20 ปี	1	0.4
21- 40 ปี	109	39.1
41-60 ปี	165	59.1
61 ปีขึ้นไป	4	1.4
(range = 20-64 ปี, $\bar{X} = 43.19$ ปี, SD = 8.43)		
สถานภาพสมรส		
โสด	9	3.2
คู่	247	88.5
ม้าย	18	6.5
หย่า/แยก	5	1.8
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	0.7
ประถมศึกษา	215	77.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	38	13.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	7.5
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	2	0.7
ปริญญาตรี	1	0.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
เกษตรกรรวม	177	63.4
รับจ้างทั่วไป	67	24.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	25	9.0
พนักงานลูกจ้างบริษัท/โรงงาน	4	1.4
อื่นๆ	6	2.1
<b>รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)</b>		
ต่ำกว่า 2,000	124	44.4
2,001- 4,000	124	44.4
4,001 – 6,000	22	7.9
มากกว่า 6,000	9	3.3
(range = 300-1,300 บาท, $\bar{X}$ = 2678.92 บาท, SD = 1489.22)		
<b>สถานะทางการเงิน</b>		
พอใช้	160	57.3
ไม่พอใช้	114	40.9
เหลือเก็บ	5	1.8
<b>ระยะเวลาการปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน</b>		
1-5 ปี	80	28.7
6-10 ปี	73	26.2
11-15 ปี	76	27.2
15-20 ปี	16	5.7
> 20 ปี	34	12.2
(range = 1-26 ปี, $\bar{X}$ = 10.21 ปี, SD = 6.474)		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
บทบาทหน้าที่อื่น (n=279) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ		
ไม่มีบทบาทหน้าที่อื่น	92	33.0
มีบทบาทหน้าที่อื่น	187	67.0
กรรมการหมู่บ้าน	129	46.2
สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล	5	1.8
ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน	1	0.4
อื่นๆ	65	23.3
การได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต		
เคยได้รับการอบรม	149	53.4
ไม่เคยได้รับการอบรม	130	46.6

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.3) มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี (ร้อยละ 59.1) อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 76.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 88.5) มีระยะเวลาปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 28.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 63.4) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 2,000 บาทและอยู่ในช่วง 2001-4000 บาท (ร้อยละ 44.4) มีสถานะทางการเงินพอใช้ (ร้อยละ 57.3) มีบทบาทหน้าที่อื่น (ร้อยละ 67.0) และมีบทบาทเป็นกรรมการหมู่บ้าน (ร้อยละ 46.2) กลุ่มตัวอย่างเคยได้รับการอบรมความรู้ในด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 53.4)

## ตารางที่ 2

จำนวน และร้อยละการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 297$ )

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน	111 (39.8)	168 (60.2)
2. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มประชาชนทั่วไป	219 (78.5)	60 (21.5)
3. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมการณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในวันสำคัญต่างๆ เช่น การรณรงค์ในโอกาสวันพ่อแห่งชาติ วันแม่แห่งชาติและเทศกาลหรือประเพณีสำคัญต่างๆ	225 (80.6)	54 (19.4)
4. การกระตุ้นหรือรณรงค์ให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และ เข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น ปัญหาความเครียด ปัญหาการฆ่าตัวตาย ปัญหาการป่วยทางจิตเวช เป็นต้น	209 (74.9)	70 (25.1)
5. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนสำรวจปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชน เพื่อนำปัญหาที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	215 (71.1)	64 (22.9)
6. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนในการคิดวิธีการดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น	186 (66.7)	93 (33.3)
7. การนำเอาทุนทางสังคม เช่น ภูมิปัญญาท้องถิ่น ความเชื่อทางศาสนา มาใช้ในการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพจิตของชุมชน	206 (73.8)	73 (26.2)
8. การมีส่วนร่วมในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) องค์กรเอกชนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตในชุมชน	178 (63.8)	101 (36.2)
9. การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น อบต. ครู หรือ พระสงฆ์ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมทางพุทธศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	225 (91.4)	24 (8.6)
10. การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตามประเมินผลกิจกรรมนั้น	187 (67.0)	92 (33.0)

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตมากที่สุด คือการประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ครู หรือ พระสงฆ์ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมทางพุทธศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ร้อยละ 91.4) และการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตน้อยที่สุด คือการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน (ร้อยละ 39.8)

### ตารางที่ 3

จำนวน และร้อยละเหตุการณ์ไม่ปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 279$ )

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	108	27.00
2. ขาดความรู้ และไม่ได้รับการอบรม	89	22.25
3. ไม่มีนโยบายให้ดำเนินการในชุมชน	84	21.00
4. ไม่เห็นความสำคัญ ไม่เป็นปัญหาของชุมชน	54	13.50
5. ไม่มีเวลาในการปฏิบัติงาน	37	9.25
6. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำชุมชนและคนในชุมชน	21	5.25
7. ขาดอุปกรณ์ สื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต เช่น หอกระจายข่าว ไปสเตอร์	7	1.75

\* ตอบได้หลายเหตุผล

ตารางที่ 3 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลไม่ปฏิบัติมากที่สุดคือมีแกนนำหรือผู้นำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว (ร้อยละ 27.00) และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ขาดอุปกรณ์ สื่อ เช่น หอกระจายข่าว (ร้อยละ 1.75)

## ตารางที่ 4

จำนวน และร้อยละการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 297$ )

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง	268 (96.1)	11 (3.9)
2. การค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน	191 (68.5)	88 (31.5)
3. การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียด ในชุมชน	162 (58.1)	117 (41.9)
4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดสารเสพติด	225 (80.6)	54 (19.4)
5. การค้นหาและเก็บข้อมูลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เช่น ผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครบถ้วนแล้วนำเสนอให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อนำไปใช้ต่อไป	186 (66.7)	93 (33.3)

ตารางที่ 4 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด คือการสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96.1) และการปฏิบัติที่น้อยที่สุด คือการค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียดในชุมชน (ร้อยละ 58.1)

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University  
All rights reserved

## ตารางที่ 5

จำนวน และร้อยละเหตุการณ์การไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง  
(n =279)

เหตุผล*	จำนวน	ร้อยละ
1. ไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน	147	42.61
2. ไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม	84	24.35
3. ขาดทักษะในการใช้แบบประเมินด้านสุขภาพจิต	45	13.04
4. ไม่มีนโยบายให้ดำเนินการในชุมชน	29	8.41
5. ไม่มีเวลาและไม่เห็นความสำคัญ	16	4.64
6. มีเจ้าหน้าที่ แกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว	15	4.35
7. ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำหรือคนในชุมชน	9	2.60

\* ตอบได้หลายเหตุผล

ตารางที่ 5 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลคือ ไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.61) และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ขาดการสนับสนุนและขาดความร่วมมือจากผู้นำหรือคนในชุมชน (ร้อยละ 2.61)

## ตารางที่ 6

จำนวน และร้อยละการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 297$ )

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	201 (72.0)	78 (28.0)
2. การให้คำปรึกษาครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	205 (73.5)	74 (26.5)
3. การแนะนำผู้ที่มีความเครียดให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง เล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำบุญ เป็นต้น	228 (81.7)	51 (18.3)
4. การช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างความรู้สึกที่ดี เช่น การแสดงความห่วงใย ความเอื้ออาทร พุดคุยเพื่อถามความรู้สึกและประเมินความคิดอยากทำร้ายตัวเอง	208 (74.6)	71 (25.4)
5. การช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยการพูดคุยปลอบใจ และแนะนำญาติให้อยู่ใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจ	176 (63.1)	103 (36.9)
6. การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าด้วยการส่งต่อไปสถานอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการช่วยเหลือต่อไป	192 (68.8)	87 (31.2)
7. การส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน	153 (54.8)	126 (45.2)

ตารางที่ 6 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด คือการแนะนำผู้ที่มีความเครียดให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย เช่น ฟังเพลง เล่นดนตรี ปลูกต้นไม้ ทำบุญ เป็นต้น (ร้อยละ 81.7) และการปฏิบัติน้อยที่สุด คือการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ร้อยละ 54.8)

## ตารางที่ 7

จำนวน และร้อยละเหตุการณ์ไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง  $n = 279$ )

เหตุผล*	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1. มีผู้ป่วยน้อย ไม่ได้เป็นปัญหาของชุมชน	175	61.62
2. ไม่ได้อบรม และขาดทักษะ	57	20.07
3. ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือ	28	9.86
4. ไม่มีนโยบายให้มีการดำเนินการในชุมชน	12	4.23
5. ไม่เห็นความสำคัญ ผู้ป่วยมีญาติคอยดูแลอยู่แล้ว	10	3.52
6. ไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วยสุขภาพจิต และจิตเวช	2	0.70

\* ตอบได้หลายเหตุผล

ตารางที่ 7 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผลส่วนใหญ่คือ มีผู้ป่วยน้อย ไม่ได้เป็นปัญหาของชุมชน (ร้อยละ 61.62) และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือไม่อยากพูดคุยกับผู้ป่วยสุขภาพจิต และจิตเวช (ร้อยละ 0.70)

## ตารางที่ 8

จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ( $n = 297$ )

การปฏิบัติงาน	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ในชุมชนที่บ้าน เช่น ผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กำลังใจ สอบถามอาการจากญาติ/ครอบครัว และให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ	164 (58.8)	115 (41.2)
2. การให้ความรู้ที่ถูกต้องกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตถึงอาการผิดปกติของผู้ป่วยว่าไม่ใช่เป็นอาการของการถูกผีเข้าหรือเจ้าเข้าทรง และจำเป็นต้องพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ด้านจิตใจ	186 (66.7)	93 (33.3)
3. การแนะนำญาติผู้ป่วยโรคจิตถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่มากขึ้น เช่น ไม่พูด เก็บตัว หวาดกลัว นอนไม่หลับ หงุดหงิดทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ซึ่งจะต้องพาไปรับการรักษา	176 (63.1)	103 (36.9)
4. การแนะนำผู้ป่วยโรคจิตหรือญาติให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างที่สามารถทำได้เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น	184 (65.9)	95 (34.1)
5. การแนะนำผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ	192 (68.8)	87 (31.2)
6. การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน	172 (61.6)	107 (38.4)

ตารางที่ 8 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุด คือการแนะนำผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 68.8) และที่มีการปฏิบัติน้อยที่สุด คือการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่บ้าน เช่นผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กำลังใจ สอบถามอาการจากญาติ/ครอบครัว และให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ (ร้อยละ 58.8)

#### ตารางที่ 9

จำนวน และร้อยละเหตุผลการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 279$ )

เหตุผล*	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ไม่มีผู้ป่วย ไม่พบปัญหาในชุมชน	263	70.70
2. ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย	72	19.35
3. มีเจ้าหน้าที่ แกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการ	16	4.30
4. ผู้ป่วยและญาติไม่เชื่อถือ และไม่ให้ความร่วมมือ	13	3.48
5. ไม่มีนโยบายให้ดำเนินการ ไม่มีโครงการ	8	2.15

\* ตอบได้หลายเหตุผล

ตารางที่ 9 แสดงให้เห็นเหตุผลของการไม่ปฏิบัติกิจกรรม ด้านการฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง เหตุผล คือไม่มีผู้ป่วย ไม่พบปัญหาในชุมชน (ร้อยละ 70.70) และเหตุผลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ไม่มีนโยบายให้ดำเนินการ และไม่มีโครงการ (ร้อยละ 2.15)

## การอภิปรายผล

ผลการศึกษาระเบียบผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษิตตามวัตถุประสงค์และคำถามการศึกษา ดังนี้

### การปฏิบัติกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตเป็นการปฏิบัติที่ปฏิบัติได้มากเป็นลำดับที่สอง รองจากการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยกิจกรรมที่มีการปฏิบัติมากที่สุด คือ การประสานความร่วมมือกับผู้นำชุมชนต่างๆ เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล ครู หรือพระสงฆ์ ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การออกกำลังกาย กิจกรรมทางพุทธศาสนา การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (ร้อยละ 91.4) และรองลงมา คือ การร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตในวันสำคัญต่างๆ (ร้อยละ 80.6) และการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่ม (ร้อยละ 78.5) (ตารางที่ 2) แสดงถึงกิจกรรมการปฏิบัติที่อาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน ที่มีนโยบายการดำเนินงานภายใต้กลยุทธ์ รวมพลังสร้างสุขภาพ ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการรณรงค์สร้างสุขภาพทั่วไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีความรู้และทักษะด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการออกกำลังกาย การเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมและปลอดภัย สามารถลด ละ เลิก อบายมุข และมีสุขภาพจิตดี รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ประชาชนทุกชุมชนรวมกลุ่มกันจัดกิจกรรมด้านสุขภาพในรูปแบบของชมรม (กองสุขศึกษา, 2547) ซึ่งชมรมสร้างสุขภาพในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นชมรมสร้างสุขภาพในระยะเริ่มต้น กิจกรรมเน้นการออกกำลังกาย ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2545 เป็นต้นมา กรมสุขภาพจิตมีนโยบายส่งเสริมการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของแกนนำ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนในทุกจังหวัดทั่วประเทศ การร่วมมือกับองค์กรในชุมชน และจากการศึกษาของฉิมห์จุฑา ฤทธิสวัสดิ์ (2542) สำรวจปัญหาสุขภาพจิตและส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน โดยการพัฒนาศักยภาพชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ผลการศึกษาพบว่าจากการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับชุมชน เกิดโครงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตตามปัญหาที่พบ และพบว่าชุมชนมีการตื่นตัวในการรวมกลุ่มกัน มีความสามัคคี และให้ความร่วมมือกันในการจัดทำโครงการเพราะตระหนักว่าเกิดประโยชน์ต่อชุมชน จากการประเมินผลโครงการสุขภาพใจภาคประชาชนประจำปี 2548 (กรมสุขภาพจิต, 2548) พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของโครงการ คือการมีส่วนร่วมของประชาชนและผู้เกี่ยวข้อง เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและการตัดสินใจของชุมชนเป็นการสร้างความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ปัญหาและการพัฒนาสุขภาพใจของประชาชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นกลไกขับเคลื่อนโครงการที่เป็นวิธีการที่ได้ผล เพราะเป็นบุคคลที่รู้จักและได้รับการยอมรับจากประชาชนในท้องถิ่น ส่วนการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตด้วยการแนะนำรายบุคคลหรือให้ความรู้รายกลุ่มที่มีการปฏิบัติมากเป็นลำดับที่ 3 เป็นการปฏิบัติที่สอดคล้องกับการศึกษาของนันทน์ทนต์ ประสานทอง (2545) พบว่าการดำเนินกิจกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา กิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้ทำมากที่สุดในด้านสุขภาพจิตเป็นกิจกรรมการให้คำแนะนำและรองลงมาคือการเผยแพร่ความรู้

กิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่คนในชุมชนผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน (ร้อยละ 60.2) รองลงมาคือการมีส่วนร่วม ในการระดมทุนจากแหล่งต่างๆ เพื่อสนับสนุนงานสุขภาพจิต (ร้อยละ 36.2) การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนในการคิดวิธีการดำเนินงาน จัดทำแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพจิตชุมชนในชุมชนนั้น (ร้อยละ 33.3) การมีส่วนร่วมกับผู้นำชุมชนจัดกิจกรรมตามแผนงานหรือโครงการด้านสุขภาพจิตที่กำหนดไว้และติดตามประเมินผลกิจกรรมนั้น (ร้อยละ 33.3) (ตารางที่ 2) เนื่องจากการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชนเป็นกิจกรรมที่มีบุคคลในชุมชนที่ได้รับมอบหมาย และผ่านการอบรมเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ เมื่อมีข้อมูลด้านสุขภาพจิตหรือความรู้ด้านสุขภาพจิตก็จะมีการมอบหมายให้ผู้รับผิดชอบเป็นผู้ดำเนินการ หรือมีสาเหตุมาจากในหมู่บ้านไม่มีหอกระจายข่าวหรือเกิดการชำรุดและยังไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งจากการสำรวจตัวเลขของหอกระจายข่าวที่จัดตั้งขึ้นในประเทศไทยทั้งหมดมีหอกระจายข่าวทั่วประเทศประมาณ 60,000 หอ แต่มีหอกระจายข่าวที่ใช้ได้จริงมีเพียง 17,000 หอเท่านั้น แต่ก็ยังไม่มีการยืนยันตัวเลขที่แน่นอนอย่างแท้จริง กระทรวงสาธารณสุข ได้เข้าไปดำเนินการและสนับสนุนหอกระจายข่าวหลายรูปแบบ เช่น การจัดอบรมผู้ดำเนินรายการ สนับสนุนงบประมาณดำเนินการ แต่การดำเนินงานนั้นขาดความต่อเนื่อง ทำให้หอกระจายข่าวหลายหอต้องหยุดการดำเนินงาน และกลายเป็นหอร้างที่ใช้การไม่ได้จำนวนมาก แม้ว่าจะมีการจัดฝึกอบรมผู้ดำเนินรายการที่จะช่วยส่งเสริม และเกิดพัฒนาการในการดำเนินงาน ซึ่งในการอบรมแต่ละครั้งก็ยังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่ทางหน่วยงานวางไว้ได้ อันเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ เช่น เมื่อจบหลักสูตรการอบรมผู้ดำเนินรายการหลายคนไม่มีหอกระจายข่าวให้ดำเนินงาน บางครั้งผู้ที่เข้าร่วมฝึกอบรมไม่ใช่คนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานหอกระจายข่าว ทำให้หน่วยงานที่จัดการอบรมสูญเสียบประมาณไปโดยไม่เกิดประโยชน์ และผู้ดำเนินรายการเองก็ได้ประโยชน์ไม่เต็มที่ด้วย (นิภาพร ทับหุ่น, มปป.)

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพจิตมากที่สุด คือ มีแกนนำหรือผู้นำชุมชนดำเนินการอยู่แล้ว (ร้อยละ 38.71) รองลงมาคือขาดความรู้ และไม่ได้รับการอบรม (ร้อยละ 31.90) และไม่มียุทธศาสตร์ให้ดำเนินการในชุมชน (ร้อยละ 30.11) (ตาราง 3) ซึ่งจากการศึกษาของ นันทน์ภัส ประสานทอง (2545) สาเหตุที่ทำให้ปริมาณงานที่ปฏิบัติจริงมีน้อย มีปัจจัยหลายประการ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต ทำให้ขาดความมั่นใจในการนำความรู้สุขภาพจิตไปถ่ายทอดแก่เพื่อนบ้านในความรับผิดชอบ ประกอบกับการขาดสื่อสนับสนุนในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และจากการศึกษาของ สุพล รุจิรพัฒน์ (2526) ที่พบว่าผลการดำเนินงานสุขภาพจิตยังไม่สามารถครอบคลุมประชากรได้อย่างทั่วถึง เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน อาทิ บุคลากรไม่เพียงพอ บุคลากรขาดความรู้ด้านสุขภาพจิต มีเจตคติที่ไม่ดีและไม่ตระหนักถึงเรื่องการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

#### การปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมากที่สุด โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติคือ การสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 96.1) และรองลงมาคือ การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตรายกลุ่มหรือรายบุคคลกับผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้คิดสารเสพติด (ร้อยละ 80.6) และการค้นหาผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อนหรือผู้มีพัฒนาการล่าช้าในชุมชน (ร้อยละ 68.5) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นถึงการบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้าไปในงานบริการด้านสุขภาพของชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติสำรวจหรือประเมินปัญหาด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ผู้พิการหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ มาก อาจเนื่องมาจากในชุมชนส่วนใหญ่มีชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการรวมตัวกันทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย และการทำอาชีพเสริมร่วมกัน จึงเป็นการง่ายที่จะเข้าไปประเมินสุขภาพจิตของประชาชนในกลุ่มนี้ และจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ( พ.ศ. 2540-2544 ) (กรมสุขภาพจิต. 2544ข) มีโครงการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยให้มีการจัดกลุ่มกันเองของผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ พัฒนาแกนนำผู้สูงอายุ และมีการดำเนินกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตในส่วนของกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง รวมทั้งผู้คิดสารเสพติดได้มีการดูแลในการบำบัดรักษาจากสถานบริการสาธารณสุขลงสู่ในชุมชน ทำให้การประเมินปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเหล่านี้ทำได้ง่ายเช่นกัน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการบริการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันความเจ็บป่วยทางจิตตาม

แนวปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ที่เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ที่มีบริการให้ปรึกษา ผสมผสานระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม (ทัศนาศิลป์ บัญทอง, 2543) และโครงการ ค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อน เริ่มมีในปี 2536 ได้ใช้กลไกของงาน สาธารณสุขมูลฐาน คือให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการค้นหาและติดตาม ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนในชุมชน โดยใช้เครื่องมือของกรมสุขภาพจิตได้สร้างขึ้น ได้แก่ แบบสำรวจผู้ป่วยสุขภาพจิต คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก ปัญญาอ่อน ทะเบียนผู้ป่วย สุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2544) ซึ่งเป็นโครงการที่มีนโยบายให้ทำทั่วประเทศและมีแนวปฏิบัติ ที่ชัดเจนทำให้การปฏิบัติกิจกรรมนั้นมีมาก

กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติน้อยคือ การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย และผู้มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ เช่น ผู้มีภาวะเครียด ในชุมชน (ร้อยละ 58.1) (ตาราง ที่ 4) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส ประสานทอง (2545) เรื่องความคิดเห็นของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานสุขภาพจิตชุมชนใน 4 จังหวัด พบว่ากิจกรรมอันดับ สุดท้ายที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ความสำคัญคือกิจกรรมการประเมินความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะดำเนินการได้เมื่อได้รับการ อบรมจึงจะสามารถใช้แบบประเมินได้อย่างถูกต้อง

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต มากที่สุดคือ ไม่มีผู้ป่วยและไม่มีข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน (ร้อยละ 42.61) รองลงมาคือไม่มีความรู้ และไม่ได้อบรม (ร้อยละ 24.35) และการขาดทักษะในการใช้แบบประเมินด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 13.04) (ตารางที่ 5) ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมโยงของการไม่ปฏิบัติทั้ง 3 ข้อ คืออาสาสมัครขาดความรู้ และขาดทักษะในการใช้แบบประเมินจากผลการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับการอบรม (ร้อยละ 46.6) (ตารางที่ 1) และในส่วนที่ได้รับการอบรมส่วนใหญ่เป็นการอบรมพื้นฐาน ซึ่งงานสุขภาพจิตเป็น หัวข้อหนึ่งในการอบรมเท่านั้น ไม่ได้จัดอบรมในเรื่องของสุขภาพจิตโดยตรง เนื้อหาจึงไม่ ครอบคลุมการดำเนินงานสุขภาพจิตทั้งหมด จากการศึกษาของ ยุพดี ศิริวรรณ (2539) ได้ศึกษาวิจัย เรื่อง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตและ การให้บริการสุขภาพจิต ผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครมีการปฏิบัติแตกต่างกันตามการอบรม ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ ยูพา โชติกะพัฒน์ (2548) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง ความรู้ ความคิดเห็น และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าการ ปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับและไม่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชนไม่มี ความแตกต่างกัน

## การปฏิบัติงานด้านการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นลำดับที่สามจากการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนทั้ง 4 ด้าน โดยรองจากการปฏิบัติกิจกรรมในด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยกิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การแนะนำผู้ที่มีความเครียดให้ทำกิจกรรมที่ผ่อนคลาย (ร้อยละ 81.70) รองลงมาคือการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยการสร้างความรู้สึที่ดี เช่น การแสดงความห่วงใย ความเอื้ออาทร พุดคุยเพื่อถามความรู้สึกและประเมินความคิดอยากทำร้ายตัวเอง (ร้อยละ 74.60) และการให้คำปรึกษาครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคลมชัก โรคปัญญาอ่อน ผู้ติดสารเสพติด หรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 73.50) (ตารางที่ 6) แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างได้มีการดูแลกลุ่มผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในโรคที่กำลังเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตของประเทศอยู่ในปัจจุบัน จากผลการสำรวจความเครียดและสุขภาพจิตของคนไทยโดย รงชัย ทวีชาติ (2540) พบว่าประชาชนมีความเครียด (ร้อยละ 67.6) ซึ่งปัญหาความเครียดเป็นปัญหาที่ประชาชนประสบเสมอ เพราะสภาพร่างกายถูกบีบคั้น รวมทั้งพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มของขนาดและความรุนแรงของปัญหาเพิ่มขึ้นทั้งอัตราป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและปัญหาสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต (วชิระ เฟ็งจันทร์, และ สมจิตร ลุประสงค์, 2546) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติงานในกิจกรรมนี้มากเนื่องมาจากการได้รับการกระตุ้นจากนโยบายของกรมสุขภาพจิต ให้มีการดำเนินการเพื่อป้องกันการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยในกลุ่มนี้ตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) (กรมสุขภาพจิต 2544ก) มีเป้าหมายลดอัตราป่วยด้วยโรคจิตจากเดิมร้อยละ 1.8 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1.7 ลดปัญหาความเครียดของประชาชนจากเดิมร้อยละ 57.8 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 50 และลดปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายจากเดิม 35.2 ต่อแสนประชากร ให้เหลือไม่เกิน 33.5 ต่อแสนประชากร

กิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติมาก คือการส่งต่อผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น พยายามฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนไปรับการรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน (ร้อยละ 45.2) การช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยการพูดคุยปลอบใจ และแนะนำญาติให้อยู่ใกล้ชิดและคอยให้กำลังใจ (ร้อยละ 36.9) การให้ความช่วยเหลือเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ด้วยการส่งต่อไปสถานอนามัยและโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อการช่วยเหลือต่อไป (ร้อยละ 31.2) (ตารางที่ 6) ซึ่งในกิจกรรมนี้อาจเชื่อมโยงถึงการปฏิบัติงานด้านการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างที่มีการปฏิบัติในการค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย (ร้อยละ 58.1) (ตาราง

ที่ 4) ที่ซึ่งส่งผลถึงการไม่มีผู้ป่วยที่จะส่งต่อ รวมทั้งเหตุผลในการปฏิบัติที่พบว่าผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนมีน้อย

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มากที่สุด คือ มีผู้ป่วยด้านสุขภาพจิตน้อยและเห็นว่าสุขภาพจิตไม่ได้เป็นปัญหาของชุมชน ร้อยละ 62.72 รองลงมา คือ ไม่ได้รับการอบรม และขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 20.43) (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทน์ภัส ประสานทอง (2545) พบว่าปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ ขาดความร่วมมือของ คนในชุมชนและคนในชุมชนไม่เห็นความสำคัญมากที่สุด ประกอบกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความมั่นใจในตนเองเนื่องจากมีความรู้ในด้านสุขภาพจิตไม่เพียงพอที่จะให้คำแนะนำแก่เพื่อนบ้านที่อยู่ในความรับผิดชอบได้ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ ยุพา โชติพัฒน์ (2548) พบว่าสิ่งที่เป็อุปสรรคสำคัญต่อการดูแลสุขภาพจิตชุมชน คือ ขาดความมั่นใจในความรู้สุขภาพจิต ประชาชนขาดความเชื่อมั่นในตัวอาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนไม่ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต

#### การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ผลการศึกษานี้พบว่า การปฏิบัติงานด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีการปฏิบัติน้อยที่สุด โดยมีกิจกรรมที่ปฏิบัติในด้านนี้คือ การแนะนำผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยโรคจิต โรคประสาท โรคซึมเศร้า โรคลมชัก ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและการไปพบแพทย์เมื่อมีอาการผิดปกติ (ร้อยละ 68.8) รองลงมาคือ การให้ความรู้ที่ถูกต้องกับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตถึงอาการผิดปกติของผู้ป่วยว่าไม่ใช่เป็นอาการของการถูกผีเข้าหรือเจ้าเข้าทรง และจำเป็นต้องพาผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษาด้านจิตใจ (ร้อยละ 66.7) การแนะนำผู้ป่วยโรคจิตหรือญาติให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างที่สามารถทำได้เมื่ออาการของผู้ป่วยดีขึ้น (ร้อยละ 65.9) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมที่มีการปฏิบัติในด้านนี้มากเป็นกิจกรรมที่มีการดำเนินการมานานและมีโครงการที่ชัดเจน คือ โครงการค้นหาและดูแลผู้ป่วยโรคจิต ลมชัก และปัญญาอ่อนที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2536 โดยกรมสุขภาพจิตสนับสนุนงบประมาณทั่วประเทศ (นลินี อนุวัชมงคล, 2540) เมื่อมีการค้นหาและมีข้อมูลของผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ชัดเจนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการปฏิบัติในกิจกรรมด้านนี้มากขึ้น และจากการศึกษาของ ขวัญฤทัย ชนารักษ์, อังคณา สามัตติยะ, อรุมา ภูโสภา, และ เมธิสา พงษ์ศักดิ์ศรี (2547) เรื่องการพัฒนาแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวทางกิจกรรมบำบัดหรืออาชีพบำบัด

พบว่าญาติผู้ป่วย เพื่อนบ้านและผู้นำชุมชน เสนอให้มีบุคคลช่วยกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งในสวนอาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแลเรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคจิต และการประสานงานกับผู้นำชุมชนและหน่วยงานต่างๆ ให้ผู้ป่วยมีารับประทานอย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมที่ปฏิบัติน้อย คือ การติดตามดูแลผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนที่บ้าน เช่นผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อให้กำลังใจ สอบถามอาการจากญาติหรือครอบครัว และให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือ (ร้อยละ 41.2) รองลงมาคือ การสนับสนุนให้มีการจัดตั้งเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน (ร้อยละ 38.4) และการแนะนำญาติผู้ป่วยโรคจิตถึงการสังเกตอาการผิดปกติที่มากขึ้น เช่น ไม่พูด เก็บตัว หวาดกลัว นอนไม่หลับ หงุดหงิดทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น ซึ่งจะต้องพาไปรับการรักษา (ร้อยละ 34.1) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเป็นสิ่งที่สำคัญ จากการศึกษาของ ซโลม สรรพสุ (2544) พบปัญหา และอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชนขึ้นอยู่กับว่าญาติของผู้ป่วยและคนในชุมชนนั้นรู้จักโรคจิตได้ดีเพียงใด รู้อาการของผู้ป่วยในการจะนำมาส่งโรงพยาบาล ให้ได้รับการรักษาต่อเนื่องรวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการรักษาโรคทางจิตเวชขาดความต่อเนื่อง มีการกลับมารักษาซ้ำบ่อย และจากการรวบรวมสาเหตุการกลับมารักษาซ้ำที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือถ้าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขาดความเข้าใจต่อผู้ป่วย และไม่ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชแล้ว หรือขาดการติดต่อประสานงานกับเครือข่ายสาธารณสุขจะทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร และการสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตหรือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเป็นส่วนที่สำคัญ จากการศึกษาของเขาวดี พรศิริกาญจน์ และภาวิณี สัตย์ชื่อ (2548) พบว่าทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือจากชุมชนเป็นสิ่งผลักดันทำให้งานสุขภาพจิตชุมชนบรรลุผลสำเร็จได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เสรี พงศ์พิศ (2545) ที่ศึกษาเครือข่ายชุมชนและประชาสังคม พบว่าการสร้างเครือข่ายเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมทำให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะสมาชิกเครือข่ายมีบทบาทสำคัญในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์แล้วพัฒนาไปสู่การวางแผนและการดำเนินกิจกรรมร่วมกันเป็นการประสานพลังและใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและมีประสิทธิภาพ

เหตุผลของกลุ่มตัวอย่างในการไม่ปฏิบัติกิจกรรมด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มากที่สุด คือ ไม่มีผู้ป่วย ไม่พบปัญหาในชุมชน (ร้อยละ 84.58) รองลงมาไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 25.81) ซึ่งจากการศึกษาของชนิกรรดา ไทยสังคม และ คณะ (2547) พบว่าคนส่วนใหญ่ในชุมชนขาดความรู้ในเรื่องโรคและแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชให้กับผู้เป็นโรคจิตเภท โดยคิดว่าไม่น่าจะฟื้นฟูได้