

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก
FACTORS AFFECTING THE COMMUNITY MENTAL HEALTH PERFORMANCE OF
VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN WANG THONG DISTRICT,
PHITSANULOK PROVINCE

จุฬาลักษณ์ ชันคำ, สุธีธิดา กลมกลอม, ยุทธนา แยกคาย*, กฤษณีย์ ศรีใจ, จีรภัทร์ รัตนชมภู
Juralak Khankham, Suteetida Komklom, Yutthana Yaebkai*, Kridanai Srijai, Jeeraphat Rattanachompoo
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok
Corresponding author: yutthanaya@scphpl.ac.th*

Received: 25 Aug., 2025

Revised: 23 Oct., 2025

Accepted: 27 Oct., 2025

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 330 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของ อสม. พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ขยายการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย และสร้างการมีส่วนร่วมระหว่าง อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การปฏิบัติงาน; สุขภาพจิตชุมชน; อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน; แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน; ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

Abstract

This descriptive research aimed to study the factors affecting the community mental health performance of Village Health Volunteers (VHVs) in Wang Thong District, Phitsanulok Province. The sample consisted of 330 VHVs selected by systematic random sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis. The results indicated that VHVs' mental health literacy, participation, and community

mental health performance were at a moderate level, while their social support and work motivation were at a high level. Factors affecting VHVs' community mental health performance included work motivation, mental health literacy, training for VHVs specializing in community mental health, and participation. These four predictors together significantly explained 33.0% of the variance in community mental health performance at the 0.05 significance level. The findings suggest that relevant agencies should enhance VHVs' work motivation, improve mental health literacy, expand specialized training in community mental health to cover the target population, and strengthen participation between VHVs and related network partners.

Keywords: Performance, Community; mental health; Village health volunteers; Work motivation; Mental health literacy

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในประเด็นสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและกำลังทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่องมีประชากรเกือบหนึ่งพันล้านคนที่มีปัญหาสุขภาพจิตซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนในการปฏิรูประบบสุขภาพจิต โดยเฉพาะประเด็นการตีตราทางสังคม การเลือกปฏิบัติ การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ และค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูง ในขณะที่วิกฤตการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สงคราม และสภาพภูมิอากาศ ได้ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางต่อความทุกข์ทางใจของประชาชน และผลักดันให้ปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างไม่เคยปรากฏมาก่อน ประกอบกับปัจจัยกำหนดสุขภาพจิตที่มีความซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี และสิ่งแวดล้อม (World Health Organization, 2022) เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีประชากรไทย 13.4 ล้านคนที่เคยประสบปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคจิตเวชอย่างน้อยหนึ่งครั้งในชีวิต และมี 4.4 ล้านคนที่เผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นทุกปี เพิ่มแรงกดดันต่อประชาชนในทุกช่วงวัย ปัญหาที่พบมีความหลากหลายและซับซ้อน ในปี 2566 มีผู้ป่วยเข้ารับบริการสุขภาพจิตสูงที่สุด

3 อันดับแรก ได้แก่ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคจิตเวชอื่น ๆ ในขณะที่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังคงเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,172 คน หรือ 7.9 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 6.3 คนต่อแสนประชากร โดยกลุ่มอายุที่มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงสุดคือผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในขณะที่กลุ่มวัยเรียน (15-19 ปี) มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงที่สุด นอกจากนี้มีผลกระทบต่อชีวิตแล้วปัญหาสุขภาพจิตยังส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) โดยการทำร้ายตนเองเพียงอย่างเดียวทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ 408,003 ปี และผู้ชายมีอัตราการสูญเสียปีสุขภาวะสูงกว่าผู้หญิง (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) อย่างไรก็ตาม ปัญหาเชิงโครงสร้างที่สำคัญของประเทศไทยคือการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทางโดยมีจิตแพทย์ 1.3 คนต่อประชากรแสนคน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ที่ 1.7 คนต่อแสนประชากร และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลกที่ 13 คนต่อแสนประชากร (World Health Organization & Ministry of Public Health, 2007) ปัญหานี้รุนแรงเป็นพิเศษในกลุ่ม

จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น โดยมีเพียง 295 คนทั่วประเทศ และส่วนใหญ่กระจุกตัวอยู่ในกรุงเทพมหานคร (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568) ในทำนองเดียวกัน การกระจายบริการสุขภาพจิตยังไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและห่างไกล (World Health Organization & Ministry of Public Health, 2007) ดังนั้น การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพึ่งพาทุกภาคส่วนในระดับพื้นที่ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นด่านหน้าในการดูแลประชาชนในพื้นที่ได้อย่างใกล้ชิด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2568)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำชุมชนที่อยู่ใกล้ชิด รับรู้ปัญหา และได้รับความไว้วางใจอย่างมากจากชุมชนจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทและพลังอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดี และอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขหรือทำให้ชุมชนเป็นชุมชนสุขภาพจิตดี โดยส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้แก่คนในชุมชน เรื่องการดูแลจิตใจของตนเอง และคนในครอบครัวผ่านทางหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น สังเกตตรวจผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ ในชุมชน บรรเทาหรือแก้ไข ปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นเตือนใจ แก่คนในชุมชนที่มีเรื่องทุกข์ใจ การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น พูดคุยให้ญาติเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยให้กินยาตามหมอสั่งอย่างต่อเนื่อง แนะนำหรือส่งไปรักษาต่อที่หน่วยบริการสุขภาพ และท้ายที่สุดคือ ปลอดภัย ให้กำลังใจ เยี่ยมเยียน ถามไถ่อาการ ผู้เจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ หรือรวบรวมความช่วยเหลือจากแหล่งต่าง ๆ ในชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2546) ในระยะเวลาต่อมา กรมสุขภาพจิต (2560) ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน โดยมีหลักการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน 3 ส. ประกอบด้วย

1) สอดส่อง มองหา (Look) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยการมองหา สังเกต และเข้าถึงผู้ที่เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม กลุ่มวัยทำงานที่มีภาวะเครียด ซึมเศร้า กลุ่มวัยสูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้พิการที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ใส่ใจรับฟัง (Listen) เป็นการดูแลด้านจิตใจคนในชุมชน ได้แก่ การบรรเทาหรือแก้ไข ปัญหา และการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งการบรรเทาหรือแก้ไข ปัญหา เช่น รับฟัง ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อคิดเตือนใจแก่คนที่ทุกข์ใจ ปลอดภัยให้กำลังใจ เยี่ยมเยียนถามไถ่อาการ ส่วนการส่งเสริมให้ความรู้ เรื่องการดูแลจิตใจตนเอง ครอบครัว และชุมชน อาจสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวหรือวิทยุชุมชน และ 3) ส่งต่อเชื่อมโยง (Link) เป็นการช่วยให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุยกับผู้ป่วยและญาติ ให้เห็นความสำคัญของการรับประทายหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ การประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงการสื่อสารให้คนในชุมชน รับทราบเกี่ยวกับบริการสายด่วนกรมสุขภาพจิต 1323 ซึ่งให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เป็นการกระทำหรือการดำเนินการส่งเสริม และสร้างความร่วมมือของคนในชุมชนเพื่อให้ชุมชนที่อยู่อาศัยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างสุข มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ดีต่อกันและกัน อย่างเหมาะสม และสามารถให้การยอมรับ สร้างการช่วยเหลือเพื่อนในชุมชนที่ประสบปัญหา ทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้โดยสามารถสื่อถึงจิตใจ ความเป็นมนุษย์ เคารพศักดิ์ศรีอย่างเสมอภาค และมีวิถีชีวิตการดำรงอยู่ที่ผสมผสานกับวัฒนธรรมชุมชนที่ดี (ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567, 2567) และเป็นกลไกสำคัญ

ของการดูแลจิตใจเบื้องต้นของประชาชนที่ประสบภาวะวิกฤตมีความทั่วถึงและรวดเร็วและเป็นจุดเริ่มต้นของการดูแลสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ (เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และสาริณี โต๊ะทอง, 2564) อย่างไรก็ตามยังพบว่าการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง (ศุภมาส อรชร, 2567) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน พัฒนาการศักยภาพ เพิ่มพูนความรู้ความสามารถ และทักษะการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของ อสม. ตลอดจนการส่งเสริมและสนับสนุนการปฏิบัติงานสุขภาพจิตของ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 2,474 คน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2562) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณค่าเฉลี่ย (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 333 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีอายุ 20 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ปฏิบัติงาน

เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 1 ปี และยินดีให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ เสียชีวิต ลาออก มติประชาคมให้ออก ย้ายที่อยู่ไปในพื้นที่อื่น มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ และปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. การฝึกอบรม โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า (แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม: 2Q) และความเครียด (แบบประเมินความเครียด: ST-5) ลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคยทำ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 30 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 10 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00)

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เพียงพอ ไม่เพียงพอ และไม่เคยได้รับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จำนวน 14 ข้อ

การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับคือ แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00)

ส่วนที่ 5 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 50 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ของ อสม. ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง น้อยครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 11 ข้อ การแปลความหมายโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67) และระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้อ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's

alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70, 0.93, 0.89, 0.98 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดทำหนังสือราชการจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่

2. จัดส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง ช่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2568

3. ติดตามผลการตอบแบบสอบถามจนได้รับข้อมูลครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนด ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความครบถ้วน และความถูกต้องของข้อมูล

4. กำหนดรหัสและบันทึกข้อมูลลงคอมพิวเตอร์ แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 10/2567.4.2 เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2567 การรับรองนี้มีผลถึงวันที่ 26 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.1 มีอายุเฉลี่ย 56.61 ± 10.31 ปี ต่ำสุด 30 ปี และสูงสุด 89 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.8 สำเร็จการศึกษา ประถมศึกษา ร้อยละ 46.5 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 57.4 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $8,209.01 \pm 6,494.06$ บาท ต่ำสุด 2,000 บาท และสูงสุด 47,000 บาท มีระยะเวลาในการเป็น อสม. 15.39 ± 9.76 ปี ต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 40 ปี ผ่านอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 14.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.9 เสี่ยงเป็นภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 99.4 และมีความเครียดรุนแรงมาก ร้อยละ 64.3

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.62$, S.D. = 0.98) รายด้านสูงที่สุดคือ ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 1.02) รองลงมาคือ

ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.55$, S.D. = 1.38) น้อยที่สุดคือ ด้านการสื่อสารสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.18$, S.D. = 1.23)

2.2 การมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.61$, S.D. = 0.96)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.79$, S.D. = 0.33) รายด้านสูงที่สุดคือ ด้านการประเมินคุณค่าอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.86$, S.D. = 0.44) รองลงมาคือ ด้านทรัพยากรอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.83$, S.D. = 0.50) น้อยที่สุดคือ ด้านอารมณ์หรือความรู้สึกอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.72$, S.D. = 1.09)

2.4 แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.25$, S.D. = 0.54) รายปัจจัยอยู่ในระดับสูงทั้ง 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น ($\bar{X} = 4.20$, S.D. = 0.58) และปัจจัยค้ำจุน ($\bar{X} = 4.29$, S.D. = 0.56)

2.5 การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.51$, S.D. = 1.03) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. (n = 333)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	3.62	0.98	ปานกลาง
1. ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพจิต	3.55	1.38	ปานกลาง
2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพจิต	3.21	1.43	ปานกลาง
3. ด้านการสื่อสารสุขภาพจิต	3.18	1.23	ปานกลาง
4. ด้านการจัดการตนเอง	4.27	1.02	สูง
5. ด้านการรู้เท่าทันและสารสนเทศ	3.46	1.32	ปานกลาง
6. ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพจิต	3.33	1.41	ปานกลาง
การมีส่วนร่วม	3.61	0.96	ปานกลาง
แรงสนับสนุนทางสังคม	2.79	0.33	สูง
1. ด้านอารมณ์หรือความรู้สึก	2.72	1.09	สูง
2. ด้านการประเมินคุณค่า	2.86	0.44	สูง

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	การแปลผล
3. ด้านทรัพยากร	2.83	0.50	สูง
4. ด้านข้อมูลข่าวสาร	2.78	0.51	สูง
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	4.25	0.54	สูง
1. ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น	4.20	0.58	สูง
1.1 ด้านความสำเร็จในการทำงาน	4.18	0.75	สูง
1.2 ด้านการยอมรับนับถือ	3.91	0.87	สูง
1.3 ด้านโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งงาน	4.45	0.63	สูง
1.4 ด้านลักษณะงาน	4.34	0.66	สูง
1.5 ด้านความรับผิดชอบ	4.31	0.67	สูง
2. ปัจจัยค่าจ้างหรือปัจจัยสุขอนามัย	4.29	0.56	สูง
2.1 ด้านเงินเดือนหรือค่าตอบแทน	4.25	0.68	สูง
2.2 ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	4.39	0.68	สูง
2.3 ด้านสภาพในการทำงาน	4.25	0.70	สูง
2.4 ด้านนโยบายและการบริหารงาน	4.33	0.71	สูง
2.5 ด้านความมั่นคงในงาน	4.21	0.82	สูง
2.6 ด้านวิธีปกครองบังคับบัญชา	4.15	0.73	สูง
การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน	3.51	1.03	ปานกลาง

3. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. พบว่า ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ ร้อยละ 21.6 ($R^2 = 0.216$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 7.0 เป็นร้อยละ 28.6 ($R^2 \text{ Change} = 0.070$, $R^2 = 0.286$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การฝึกอบรม อสม. สาขาสุขภาพจิตชุมชน สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 3.4 เป็นร้อยละ 32.0 ($R^2 \text{ Change} = 0.034$, $R^2 = 0.320$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ การมีส่วนร่วม โดยมีผลทางบวกสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 33.0 ($R^2 \text{ Change} = 0.010$, $R^2 = 0.330$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. (n = 333)

ตัวแปรพยากรณ์	R ²	R ² Change	β	b	s.e. of b	T	p-value
แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน	0.216	0.216	0.293	0.554	0.099	5.612	<0.001
ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต	0.286	0.070	0.189	0.198	0.070	2.815	0.005
การฝึกอบรม (ไม่ได้ฝึกอบรม = กลุ่มอ้างอิง)	0.320	0.034	0.189	0.558	0.134	4.115	<0.001
การมีส่วนร่วม	0.330	0.010	0.146	0.156	0.071	2.196	0.029

Constant (a) = -0.604, R = 0.574, R² = 0.330, Adjusted R² = 0.322, F = 40.397, MSE = 0.717, p<0.05

4. สมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการอธิบายการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ดังนี้

$$\text{สมการพยากรณ์ } Y = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + b_3 x_3 + b_4 x_4$$

เมื่อ Y = การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม.

a = ค่าคงที่

b₁ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

b₂ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต

b₃ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

b₄ = ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยของการมีส่วนร่วม

x₁ = แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

x₂ = ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต

x₃ = การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน

x₄ = การมีส่วนร่วม

โดยสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. = -0.604 + 0.554 (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน) + 0.198 (ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต) + 0.558 (การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน) + 0.156 (การมีส่วนร่วม)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 โดยนำมาอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

1. แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ซึ่งส่งผลต่อความพึงพอใจและความไม่พึงพอใจในการทำงาน โดยปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้นจะช่วยเพิ่มแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานแต่หากไม่มีก็ไม่ได้ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน ส่วนปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัยไม่ได้สร้างแรงจูงใจแต่หากขาดหายไปหรือไม่เพียงพอจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน (Herzberg, Mausner &

Snyderman, 1959) เมื่อ อสม. มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการบริหารปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจในการปฏิบัติงานไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม.

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของอดิพร สิทธิมงคล, สมบัติ สุกุลพรรณ และภัทราภรณ์ ภัทรสกุล (2568) ที่พบว่า อสม. มีความรอบรู้ทางสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 45.83 โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นสามารถกำหนดคุณภาพของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงความรู้พื้นฐานแต่ครอบคลุมถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และนำข้อมูลสุขภาพไปใช้เพื่อการตัดสินใจและการปฏิบัติที่เหมาะสม ซึ่งการจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพเชิงวิพากษ์ ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นกลไกที่ช่วยให้ อสม. สามารถสื่อสารข้อมูลที่ถูกต้อง ลดอคติ และจัดการกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2000) ในขณะที่ อสม. ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงย่อมมีทักษะในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเชิงรุกได้อย่างแม่นยำและถูกต้อง เมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์ณิธิ์ ณุดผาด (2567) ที่พบว่า ความรอบรู้

ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเป็น อสม. และสายชล ศรีพนมวรรณ (2567) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง

3. การฝึกอบรม โดย อสม. ที่ได้รับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน มีการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนมากกว่า อสม. ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน อธิบายได้ว่า อสม. ผ่านอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ร้อยละ 14.1 ซึ่งการอบรมเป็นกระบวนการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะทางทำให้ อสม. สามารถดำเนินงานคัดกรองให้คำปรึกษา ดูแล และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมั่นใจและถูกต้อง รวมถึงใช้เป็นเครื่องมือในการเสริมสร้างศักยภาพโดยเน้นหลักการทำงาน “สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง” ซึ่งช่วยให้ อสม. สามารถเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เช่น วัยรุ่นที่ท้องไม่พร้อม ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง หรือผู้มีภาวะซึมเศร้า ตลอดจนมีทักษะการให้คำปรึกษาเบื้องต้นและการดูแลด้านจิตใจของประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ การได้รับการฝึกอบรมไม่ได้เพียงเพิ่มความรู้แต่ยังสร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้ อสม. สามารถทำหน้าที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในทางตรงกันข้าม อสม. ที่ไม่ได้รับการฝึกอบรมอาจขาดความมั่นใจและขีดความสามารถในการประเมินและจัดการปัญหาสุขภาพจิตทำให้การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนมีข้อจำกัดมากกว่า (กรมสุขภาพจิต, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของธีรปณกรณ์ ศุภกิจโยธิน (2564) ที่พบว่า การได้รับการพัฒนาศักยภาพ/อบรมมีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการบริหารปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของ อสม. เขตสุขภาพที่ 3 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา จันทร์สุวรรณ และคณะ (2564) ที่พบว่า การอบรมความรู้ทางด้านสุขภาพจิตไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน

ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม.

4. การมีส่วนร่วม มีผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. จำเป็นต้องอาศัยการร่วมคิดร่วมทำ และร่วมรับผิดชอบกับครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของงานและความผูกพันต่อการปฏิบัติหน้าที่ (กรมสุขภาพจิต, 2546) การมีส่วนร่วมยังทำให้ อสม. สามารถเข้าถึงข้อมูลเชิงลึก เข้าใจบริบทของปัญหา และสร้างความไว้วางใจกับประชาชนส่งผลให้การคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการส่งต่อผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเป็นไปอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง (กรมสุขภาพจิต, 2560) โดย อสม. มีส่วนร่วมในหลายระดับ ได้แก่ ระดับครอบครัวที่ทำหน้าที่เฝ้าระวังและติดตามพฤติกรรมสุขภาพจิตของสมาชิกในครัวเรือน ระดับชุมชนที่เข้ามาร่วมในกิจกรรมรณรงค์ การประชุม และการสร้างเสริมสุขภาพจิต และระดับเครือข่ายบริการสุขภาพที่เชื่อมโยงประชาชนกับหน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้การดูแลและฟื้นฟูเป็นไปอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจึงไม่ใช่เป็นเพียงการเข้าร่วมกิจกรรม แต่เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดทุนทางสังคม ความไว้วางใจ และความเข้มแข็งของระบบสุขภาพจิตชุมชนในภาพรวม (กรมสุขภาพจิต, 2546; กรมสุขภาพจิต, 2560) การปฏิบัติงานของ อสม. ต้องอาศัยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน การปฏิบัติงานโดยเริ่มตั้งแต่การแบ่งปันข้อมูลปรึกษาหารือ การเข้ามาเกี่ยวข้อง การร่วมมือ และเสริมพลังเพิ่มอำนาจจะทำให้ภาคีเครือข่ายมีความรู้สึกเป็นเจ้าของปัญหาและจะร่วมมือกับ อสม. อย่างเต็มที่ หาก อสม. ปฏิบัติงานเพียงลำพังขาดความร่วมมือหรือการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานจะทำให้ผลการปฏิบัติงานออกมาไม่ดีเท่าที่ควร หรือล้มเหลวได้ ตลอดจนการได้รับการชื่นชม ยกย่องสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด ทีมงาน กลุ่มบุคคลอื่น

และหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อเอื้ออำนวยและสนับสนุน ทำให้ตนเกิดแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จในที่สุด (ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2566) สอดคล้องกับการศึกษาของศิริภัทรา จุฑามณี และคณะ (2565) ที่พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก

5. ตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็น อสม. โรคประจำตัว ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และแรงสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. อธิบายได้ว่า ตัวแปรแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0 ซึ่งนอกเหนือจากนี้เป็นตัวแปรอื่น ๆ ที่ยังไม่ได้มีการวิจัยในครั้งนี้อาจจะมีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ร้อยละ 67.0

สรุปผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การมีส่วนร่วม และการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน อยู่ในระดับปานกลาง แรงสนับสนุนทางสังคม และแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน ได้แก่ แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน และการมีส่วนร่วม ซึ่งตัวแปรทั้ง 4 ตัวร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. ได้ ร้อยละ 33.0

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ โดยจัดทำหลักสูตรพัฒนา

ศักยภาพแบบฐานสมรรถนะประกอบด้วยสื่อการเรียนรู้มาตรฐาน คู่มือปฏิบัติงานอย่างย่อและเครื่องมือประเมินผลก่อน-หลังการอบรม ใช้เครื่องมือคัดกรองที่ผ่านการรับรองมาตรฐานควบคู่กับแนวทางการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการคัดกรอง การส่งต่อ และการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตอย่างถูกต้องและมีคุณภาพ

2. กรมสุขภาพจิต และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรขยายผลและยกระดับมาตรฐานการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน โดยเน้นการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง การนิเทศติดตามโดยระบบพี่เลี้ยง และการทบทวนทักษะทุก 6-12 เดือน พร้อมทั้งจัดตั้งระบบรับรองสมรรถนะและกำหนดสัดส่วน อสม. เชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน ต่อประชากรหรือต่อหน่วยบริการปฐมภูมิเป็นตัวชี้วัดการประเมินผลระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด เพื่อเสริมสร้างความเชี่ยวชาญและความมั่นใจในการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐาน

3. กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น ควรพัฒนาระบบเสริมสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานที่เชื่อมโยงกับผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อสร้างแรงกระตุ้นและความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง

4. ศูนย์สุขภาพจิต และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพ พัฒนาระบบข้อมูลและการติดตามประเมินผลแบบบูรณาการ โดยพัฒนาระบบแดชบอร์ด (Dashboard) ตัวชี้วัดที่เชื่อมโยงกับปัจจัยนำเข้า (แรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การฝึกอบรม และการมีส่วนร่วม) เข้ากับผลลัพธ์ของการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการปรับปรุงคุณภาพในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนและการกำหนดนโยบายในระดับพื้นที่

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล องค์ปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ

60 พรรษา นวมินทราชินี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กร อสม. และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างการมีส่วนร่วมแบบพหุภาคี โดยสร้างกลไกการบูรณาการความร่วมมือระหว่างหน่วยบริการสุขภาพภาครัฐ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ภาคประชาชน และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ กำหนดบทบาทหน้าที่และช่องทางการสื่อสารที่ชัดเจนผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น เวทีชุมชนและแพลตฟอร์มสื่อสารทางอิเล็กทรอนิกส์ พร้อมทั้งประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพในการกำกับติดตามผลการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชน เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตชุมชนเป็นไปอย่างมีเอกภาพและประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะการทํารายการครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experiment research) เปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงานการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. โดยเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2. ควรศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตชุมชนของ อสม. โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method research) ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก กำหนดรูปแบบและวิธีการแก้ไข้ปัญหา และประเมินผลของรูปแบบ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานสุขภาพจิตชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ควรศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตของ อสม. เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่เขตชนบท เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท และเขตเมือง รวมทั้งมีการติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของประชาชนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). แบบรายงานระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. สืบค้น 1 พฤศจิกายน 2567 จาก <https://www.thaiphc.net/new2020/content/1>

กรมสุขภาพจิต. (2546). คู่มือความรู้สุขภาพจิตชุมชนสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: อุดมศึกษา.

กรมสุขภาพจิต. (2560). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญ สาขาสุขภาพจิตชุมชน. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.

กัลยา วานิชย์บัญชา และจิตา วานิชย์บัญชา. (2558). การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.

เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ และสาริณี โต๊ะทอง. (2564). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: บทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพจิตชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 29(2), 314–323.

ธีรปนกรณ์ ศุภกิจโยธิน. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคเหนือ), 34(3), 53–63.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2567. (5 กันยายน 2567). ราชกิจจานุเบกษา ตอนพิเศษ, 141(242 ง), หน้า 5.

พิมพ์ณรัตน์ ผุดผาด. (2567). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานในเขตเทศบาลเมืองจังหวัดราชบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 4(1), 74–87.

ศุภมาส อรชร. (2567). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอหนองหญ้าปล้อง จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 5(2), 181–192.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2568). สุขภาพคนไทย 2568: เกิดน้อยอยู่ไม่น้อย ต้องปรับและรับมืออย่างไร. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สายชล ศรีพนมวรรณ. (2567). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อำเภอหัวหิน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิชาการและการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดราชบุรี, 4(2), E001345.

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาติย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญเข้มชัย. (2564). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 27(2), 112–122.

ยุทธนา แยกคาย และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2566). รูปแบบการพัฒนาผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารแพทยนาวิ, 50(3), 651–668.

อติพร สิทธิมงคล, สมบัติ สกฤพรณ์ และภัทราภรณ์ ภัทรสกุล. (2568). ความรอบรู้ทางสุขภาพจิตและภาวะกดดันด้านจิตใจในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารพยาบาลทหารบก, 26(2), 162–170.

Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. B. (1959). The motivation to work (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15 (3) , 259 – 267 .
<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: Author.

World Health Organization & Ministry of Public Health. (2007). WHO-AIMS report on mental health system in Thailand. Nonthaburi, Thailand: Author.