

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประมาณการว่ามีประชากรโลกถึง 450 ล้านคน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตและโรคประสาท หรือปัญหาทางจิตสังคมต่างๆ ซึ่งปัญหาเกี่ยวข้องกับการเสพติดและยาเสพติด ในทุกๆ 4 คนที่มารับบริการทางด้านสุขภาพจะมีอย่างน้อย 1 คน ที่มีปัญหาจากโรคเหล่านี้ โดยมักจะไม่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และไม่ได้รับการรักษา (World Health Organization [WHO], 2001)

สำหรับประเทศไทยผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี เนื่องด้วยการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันพบว่า การเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นไม่ว่าจะเป็นภายหลังจากการเกิดภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ หรือภาวะวิกฤติทางสังคมก็ตาม โดยพบว่าอัตราผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช จาก 1,998.81 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 2,811.23 ต่อแสนประชากร ในปี 2545 (กองแผนงาน, 2545) และจากการศึกษาของคณะทำงานศึกษาภาระโรค ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย ได้ทำการศึกษาภาระโรค ของปี 2542 โดยใช้หน่วยวัด DALYs (Disability Adjusted Life Years) พบว่า 20 อันดับแรกของโรคที่สร้างภาระโรคให้กับระบบสาธารณสุขของประเทศไทยมากที่สุดนั้น พบว่าเป็นความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมถึง 6 อันดับ (Bureau of Health Policy and Planning อ้างใน บัณฑิต ศรีไพศาล, 2547) ซึ่งได้แก่ การฆ่าผู้อื่นและความรุนแรง (อันดับ 5) การฆ่าตัวตาย (อันดับที่ 6) การใช้สารเสพติด (อันดับที่ 11) การเสพติด (อันดับที่ 12) โรคจิตเภท (อันดับที่ 14) โรคซึมเศร้า (อันดับที่ 17) และจากการสำรวจสภาวะสุขภาพจิตในปี 2546 (กรมสุขภาพจิต, 2546) พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.4 โรควิตกกังวล ร้อยละ 9.5 โรคปัญญาอ่อน ร้อยละ 1.2 ซึ่งการรักษาผู้ป่วยเหล่านี้สามารถควบคุมอาการให้สงบในระยะสั้นด้วยยาทางจิตเวช แต่อาการจะกลับมาเป็นซ้ำ และกำเริบอีกถ้าไม่รับประทานยา หรือได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลแล้ว ทำให้เกิดการระต่อครอบครัว เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ซึ่งการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องสำคัญและสามารถทำได้ในระดับชุมชน โดยการดูแลสุขภาพของ คนในชุมชนกันเอง ในขณะที่นโยบายการบริการสาธารณสุขได้มีการเปลี่ยนแปลงไปสู่การปฏิรูป ระบบบริการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมและป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต มากขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2543) ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นบุคคลในชุมชนที่มีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพของประชาชน และมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นแกนนำในการดำเนินงาน สุขภาพจิตในชุมชน

การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเริ่มมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุข ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2507-2509) จนถึงแผนพัฒนา สาธารณสุขฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทในงานสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติ ตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 5 (2525-2529) งานสุขภาพจิตปรากฏเป็น แผนงานสุขภาพจิต ดำเนินการ โครงการที่เกี่ยวกับการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการสาธารณสุข เพื่อเพิ่มขีดความสามารถให้ครอบคลุมประชากร และให้การสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐาน (กรมสุขภาพจิต, 2544ก) ยุทธศาสตร์ที่ประเทศไทยใช้ในการพัฒนาสาธารณสุขเพื่อให้ประชาชน บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543 ได้แก่การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งการสาธารณสุขมูลฐาน เป็นแนวทางสำคัญที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน ใช้ทรัพยากร เทคโนโลยีในชุมชนอย่างเหมาะสม รวมทั้งประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ (อุทัยวรรณ สุกิมานิล, 2544) แนวคิดของการสาธารณสุขมูลฐานนั้นต้องการให้ประชาชนมีส่วนร่วม ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองในส่วนที่ประชาชนสามารถทำได้ทั้งด้านการส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้นอย่างง่าย รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพในชุมชนของ ตนเองในรูปอาสาสมัคร โดยจัดระบบให้มีอาสาสมัคร 2 ประเภท คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) มีบทบาทในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารความรู้และให้คำแนะนำ รวมทั้งติดต่อประสานงานระหว่าง ประชาชนกับสถานบริการของรัฐ อีกประเภทหนึ่งคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งก็คือ ผู้สื่อข่าวสาธารณสุขที่ได้รับการอบรม และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้นในด้านการให้บริการ สาธารณสุขทั้งในส่วนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟู สมรรถภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐาน, 2542)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาถึงแม้ว่างานสุขภาพจิตจะเป็นองค์ประกอบหนึ่งในงาน สาธารณสุขมูลฐานแต่ผลสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุขในประเทศไทยตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบัน ซึ่งจากการประเมินนโยบายและยุทธศาสตร์การบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าปี 2543

โดย พีรสิทธิ์ คำนวนศิลป์ และ คณะ (2544) พบว่าการพัฒนางานสาธารณสุขโดยกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานได้ส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชาชน โดยเฉพาะการกำจัดการระบาดของโรคติดต่อร้ายแรงหลายโรคได้ผลดี ทำให้อัตราการตายของมารดาและทารก และอัตราการเกิดลดลงชัดเจน กล่าวคือสุขภาพทางกายดีขึ้น แต่กลับพบว่าปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพิจารณาจากอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 7.0 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 เป็น 8.6 ต่อแสนประชากร ในปี 2542 อัตราป่วยจากภาวะแปรปรวนทางจิตและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจาก 29.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 เป็น 30.7 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 อัตราความชุกของโรคจิตและความผิดปกติทางจิตเพิ่มขึ้นจาก 67.4 ต่อแสนประชากร ในปี 2539 เป็น 71.2 ต่อแสนประชากร ในปี 2540 ประชาชนบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และสิ่งเสพติดมากขึ้น โรคเอดส์เป็นโรคใหม่ที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งประชาชนต้องประสบ หรือตายด้วยอุบัติเหตุ อุบัติภัย และโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ซึ่งสะท้อนในอีกด้านหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานที่ยังต้องพัฒนา และปรับปรุง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2542)

ในปัจจุบันการดำเนินงานสาธารณสุขในระดับชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือเป็นกลุ่มบุคคลสำคัญที่ช่วยเสริมงานระดับมูลฐานของภาครัฐ และส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในชุมชนของตน และกรมสุขภาพจิตได้ดึงการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพจิตของคนในชุมชน มุ่งหวังให้ประชาชนพึ่งตนเอง เพื่อนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน สอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2546ค) และตามแนวทางของแผนพัฒนาสุขภาพจิต ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545 ถึง 2549) ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ได้เน้นการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน โดยสร้างกลไกการมีส่วนร่วมของประชาชนและองค์กรในชุมชน กระตุ้นการปรับเปลี่ยนแนวคิด และทัศนคติของประชาชนและชุมชนให้เกิดการตื่นตัวและตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพจิต รู้จักแก้ไขปัญหาและมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม (กรมสุขภาพจิต, 2544) และนโยบายของกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2547 กลุ่มเป้าหมายหลักจะเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2546ค) ในหลายประเทศการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสุขภาพ ประสบผลสำเร็จจากการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (Robinson Berman, อังโน กรรณิการ์ พงษ์สนธิ, ชวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, และ ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2541)

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านล้วนยืนยันสอดคล้องกันว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้คัดเลือกและฝึกอบรมนั้น แม้ยังคงทำงาน แต่มีจำนวนน้อย (ร้อยละ 24) ที่ยังคงทำงานอย่างกระตือรือร้น ฉะนั้นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงอาจไม่ได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพประชาชนในชุมชนอย่างแท้จริง และที่สำคัญมีอัตราการสูญเสียอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอัตราที่สูง ทั้งนี้อาจจากภาวะค่าเสียโอกาสทางเศรษฐกิจที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องแบกรับ ฉะนั้นกิจกรรม โครงการสาธารณสุขมูลฐานในหมู่บ้านจะเป็นภาระที่เพิ่มขึ้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมองกิจกรรมเหล่านั้นว่า เป็นงานที่รัฐมอบหมาย หรือเป็นนโยบาย มิได้ยอมรับว่ากิจกรรมนั้นๆเป็นประโยชน์ (Thivitong, อ้างในกรณีการ พงษ์สนธิ, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, และ ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล, 2541) มีความเป็นไปได้ว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้การพัฒนาดังกล่าว ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

จากปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และจิตเวชของโรงพยาบาลเชียงใหม่ มีหน้าที่ในการดูแล ให้การปรึกษา ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่ายของอำเภอเชียงใหม่ ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่สำคัญในการดำเนินงานสุขภาพจิตในชุมชน และการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินการมาไม่ต่ำกว่า 15 ปี แต่ยังไม่มีการศึกษาถึงการปฏิบัติงานที่แท้จริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ดังนั้นผู้ศึกษาจึงต้องการที่จะศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างการปฏิบัติงานสุขภาพจิตในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชนของอำเภอเชียงใหม่ให้ดีขึ้นอย่างทั่วถึง ครอบคลุมและต่อเนื่อง

### วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงราย

### คำถามการศึกษา

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอเชียงใหม่ จังหวัดเชียงรายมีผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนเป็นอย่างไร

## ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) เพื่อศึกษาผลการปฏิบัติงาน ด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2549

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** หมายถึง บุคลากรที่ได้รับการคัดเลือกจากประชาชนในแต่ละหมู่บ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ขึ้นทะเบียนไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยมีบทบาทที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย การสื่อสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ ประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขทั้งในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย และจิตใจ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในเขต อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย

**การประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชน** หมายถึง การประเมินสิ่งที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหรือเคยปฏิบัติ ในการดูแลสุขภาพจิตของประชาชน ตามการให้บริการสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งประเมินโดยแบบสอบถามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมเรื่องการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านครอบคลุมการให้บริการสุขภาพจิตทั้ง 4 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช