



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8
The 8th STOU National Research Conference

การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร
The Development of a Community Participatory Model
in Preventing Suicide of Yasothon Province

สุภาพร จันทร์สาม (Supaporn Junsam)¹ เรณุการ์ ทองคำรอด (Renukar Thongkhamrod)²

กชพงศ์ สารการ (Kotchapong Sarakan)³

บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือเป็นผู้มีส่วนได้เสีย จำนวน 56 คน และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 53 คน ญาติผู้ป่วย 16 คน และแกนนำชุมชน 36 คน โดยเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า (1) ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายพัฒนาขึ้น (3) ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง แกนนำชุมชนมีคะแนนระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และญาติมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ การพัฒนาแบบการมีส่วนร่วม การป้องกันการฆ่าตัวตาย

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช loyrungmom2@gmail.com

² อาจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช trenukar@gmail.com

³ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี kchapong@gmail.com



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8

The 8th STOU National Research Conference

Abstract

The objectives of this study were:(1) to study the community's participation situation in preventing suicide, (2) to develop a community participatory model in preventing suicide, and 3) to evaluate the developed model. The samples were divided into 2 groups. The first group were 56 stakeholders and second group were 53 depressive persons, 16 relatives and 36 community leaders. The tool were a focus group discussion and questionnaires. The data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation. The findings found that (1) there was no community involvement pattern in suicide prevention, (2) a community participatory model was developed, and (3) after using a community participatory model, persons with depression decreased in depression scores, community leaders increased their knowledge, attitude and practice in suicide prevention, and relatives rated their satisfaction at the high level.

Keywords: Participation pattern development, Preventing suicide



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประชากรวัยที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยหลักในการก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ มีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูงซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตาย และมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายมากกว่าคนปกติถึง 8 เท่าตัว (WHO;2001) องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน (WHO;2004) และผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที (มาโนช หล่อตระกูล;2553) ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 -35 การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และสังคมของทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะหากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงาน ความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายจะประมาณ 550 ล้านบาทต่อปี (ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์;2554) ในประเทศไทยแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 คน และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด พบว่ามีจำนวนรวมสูงขึ้น 25,000-27,000 รายต่อปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย (อภิชัย มงคลและคณะ;2551) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงกำหนดเป็นนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมทั้งประเทศในปี 2543-2556 ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 8.4 ,7.74 ,7.84 ,7.13 ,6.87 ,6.34 ,5.77 ,5.97 ,5.98 ,5.97 ,6.03,6.2 และ 6.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต; 2556) จังหวัดยโสธร ในปี 2550-2556 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9,7.0,5.7,5.9 ,5.5,4.5 และ 4.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2557 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 19 ราย อัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดคืออำเภอเมือง จำนวน 9 ราย อัตรา 6.86 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเกินเป้าหมายที่กำหนดคือไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน โดยข้อมูลที่น่าสนใจคือส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุที่พบมากที่สุดคือติดสุรายาเสพติดและโรคทางจิตเวช ใช้วิธีการผูกคอตาย และเป็นการกระทำครั้งแรก และยังพบการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถึง 44 ราย อัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร;2557) และยังพบว่าปัจจัยที่สนับสนุนคือปัญหาโรคซึมเศร้า ที่เกิดจากปัญหาส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ครอบครัวแตกแยก มีหนี้สิน และว่างงาน ส่วนด้านองค์กรในชุมชนพบว่ามีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวค่อนข้างน้อย ซึ่งจากสภาพการณ์ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วนแต่ในการดำเนินงานที่ผ่านมาจังหวัดยโสธรได้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาในหลากหลายรูปแบบ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร เพราะส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้เป็นเจ้าของปัญหาเอง ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายรวมถึงรูปแบบวิธีการต่างๆของชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ทำการวิจัยการมีส่วนร่วมและการพัฒนารูปแบบของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายป้องกันการฆ่าตัวตาย และเลือกพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยมีความคาดหวังว่า จะได้รูปแบบที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนพื้นที่จังหวัดยโสธร ต่อไป



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอมือง จังหวัดยโสธร
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอมือง จังหวัดยโสธร
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอมือง จังหวัดยโสธร

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) พื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอมือง จังหวัดยโสธร เนื่องจากมีปัญหาของการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวนมากทุกพื้นที่ ส่วนกลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ 1) กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมพัฒนาและใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ญาติหรือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า แก่นนำผู้สูงอายุ ครู ตัวแทนจาก อบต. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมจำนวน 56 คน 2) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เจาะจงเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 53 คน ญาติ 16 คน และผู้นำชุมชน 36 คน

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 6 อย่าง แบ่งเป็นระยะการวิจัยดังนี้

ระยะก่อนการวิจัย จะใช้เครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ และแบบประเมินความสุข และเมื่อสิ้นสุดการวิจัยหลังใช้รูปแบบประมาณ 6 เดือน จะประเมินผลการวิจัยด้วยเครื่องมือแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลการสะท้อนผลของการพัฒนารูปแบบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ จะใช้ในระยะเวลาของการวิจัยโดยใช้ระยะเวลาพัฒนาประมาณ 6 เดือน ประกอบด้วย

2.1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าที่ผ่านมาโดยใช้การสนทนากลุ่ม

2.2 การสร้างแนวทางการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม A-I-C (Appreciation Influence Control) ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C) ร่วมกับการสร้างกระบวนการเรียนรู้



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

ด้วยกระบวนการ TOP model ตลอดจนแบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม แบบสัมภาษณ์ แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติการ (AAR) และการถอดบทเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา เป็นการศึกษาบริบทชุมชน ประวัติศาสตร์และความเป็นมาชุมชน ประเพณีและวัฒนธรรม สถานการณ์ทางสังคม สภาพสุขภาพและความเชื่อมโยงถึงสภาพการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชน รวมถึงการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนจากการสนทนากลุ่มและการจัดเวทีการประชุม และการสัมภาษณ์ รวมถึงศึกษาปัญหาอุปสรรคต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตายของชุมชน

ระยะสร้างแนวทางการพัฒนา แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1) การคืนข้อมูลสภาพการณ์ปัญหาของการฆ่าตัวตายในพื้นที่และปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อเวทีผู้เข้าร่วมประชุม

2) การสร้างรูปแบบการพัฒนาโดยการประชันปฏิบัติการแบบพหุภาคีกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน เพื่อทำความเข้าใจแนวทางดำเนินการวิจัยร่วมกัน การสร้างองค์ความรู้และร่วมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยกระบวนการ TOP model การประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) การถกปัญหา (Orid) ซึ่งได้กรอบของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายหลักๆ พร้อมมอบหมายภารกิจความรับผิดชอบร่วมกัน

3) การนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในพื้นที่ โดยการประชุมผลก่อนการใช้รูปแบบ (Pre-test) จากนั้นเป็นการปฏิบัติการตามแผนการพัฒนา

ระยะประเมินผลการรูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย 3 กิจกรรมคือ

1) โดยการจัดประชุมเพื่อคืนข้อมูลที่ได้จากการปฏิบัติการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น การสะท้อนคิด ถอดบทเรียน

2) ประเมินผลความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย และประเมินผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายหลังการพัฒนารูปแบบ ในภาพรวมทั้งหมด

3) การประชุมผู้ร่วมวิจัยเพื่อสรุปผลการวิจัย การสรุปบทเรียนสำคัญพร้อมปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้นให้มีความสมบูรณ์อีกครั้ง เพื่อเผยแพร่และนำไปใช้ในพื้นที่อื่น ต่อไป

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลหลักในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยญาติผู้ป่วย ผู้นำชุมชน อสม.อปท. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 56 คน ซึ่งทั้งหมดต่างมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และตลอดการวิจัยกลุ่มดังกล่าวให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและพร้อมที่จะดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 61 – 70 ปี สถานภาพสมรส คู่ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม มีรายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000 บาทหรือน้อยกว่า เป็นชาวบ้าน ธรรมดา มีปัญหาด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่มีปัญหาภายในครอบครัว ไม่มีปัญหาภายในชุมชน และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์

สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายเท่าที่ควร และปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านการสื่อสารหรือความไม่เข้าใจกัน ความคับข้องใจ ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ปัญหาเรื่องสุราและยาเสพติด จนทำให้คนในชุมชนป่วยด้วยโรคทางจิตเวชและโรคซึมเศร้าและบางรายฆ่าตัวตาย ในพื้นที่มีผู้ป่วยทางจิต 57 ราย (ร้อยละ 1.1) มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย คิดเป็น 56.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราตายที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นมีในทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ส่วนข้อมูลผู้ภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นหญิง อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และมีฐานะไม่ค่อยดี ในจำนวนนี้มีสตรีจำนวน 12 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการกระทำของสามีหรือที่เรียกว่าเป็นปัญหาด้านเพศ กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (Major Depression, Mild) จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) ผลการประเมินความสุขในชีวิต พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) ผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจโดยรวมมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบที่ต้องการพัฒนา โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน 2) การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยการกิจกรรมค่ายเหยี่ยวาจิตใจผู้ภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมธรรมบ่าบัด และจัดกิจกรรมดูแลจิตใจกับกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนางานสุขภาพจิต (Intervention) โดยมีกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ การมีกิจกรรมยามว่างต่าง ๆ และ 5) การสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหา ร่วมกัน รวมถึงการสร้างควมรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

การประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายแบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลการสะท้อนผลของการพัฒนารูปแบบด้วยคำร้อยละ ค่าเฉลี่ย พบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลง และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจากที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Major Depression, Mild) อยู่ที่ร้อยละ 86.8 ลดลงเหลือร้อยละ 13.2 และไม่พบผู้ภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง (Major Depression, Moderate-Severe) และพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและค่าคะแนนความสุขเพิ่มขึ้น 2) หลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแล้ว ไม่พบผู้ป่วยทางสุขภาพจิต



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

รายใหม่และไม่พบการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตาย 3) แกนนำชุมชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของแกนนำชุมชนพบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.32, S.D.=0.18) และความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบของญาติผู้มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากเช่นกัน (ค่าเฉลี่ย 4.23, S.D.=0.18)

อภิปรายผล

สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากชุมชนยังขาดความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายเท่าที่ควร ซึ่งปัญหาโรคซึมเศร้านั้น ได้กลายเป็นปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนไปแล้ว และแนวทางการแก้ไขปัญหานี้ในด้านสาธารณสุขนั้น จึงต้องให้ความสำคัญไปที่ครอบครัวเป็นหลักและผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะทำงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว ซึ่งในการพัฒนาสร้างรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่คณะทำงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนได้วางแผนร่วมกันกับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. อบต. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ญาติผู้ป่วยจิตเวช ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้บริหารสถานศึกษา พระภิกษุ ร้านค้า อสม.จนท.สาธารณสุข ได้สรุปรูปแบบในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญที่จะพัฒนาใช้ในพื้นที่ ต่อไปคือ 1) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนาเพราะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนาในครั้งนี้ 2) มีการใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) มีการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และ 5) มีการสร้างกระบวนการกลุ่มและการสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สอดคล้องกับผลการศึกษา ญัฐิกา ราชบุตร และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรม และทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้การออกกำลังกายประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์การรวมกลุ่มรับประทาน อาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้าลดลง โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผลการวิจัยการพัฒนาารูปแบบพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่เข้าร่วมโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกัน



การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8 The 8th STOU National Research Conference

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participate) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นปัญหาแบบพหุภาคีของชุมชนเอง ที่เน้นการพัฒนารูปแบบการแก้ปัญหาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยแบบมีวงจรและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาและเผยแพร่ต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเนื้อหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคือ บริบทของชุมชนเกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา วัฒนธรรม ทักษะสังคมของชุมชนที่มีอยู่แต่เดิม จนสามารถสร้างพลัง (Empowerment Theory) นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดตามหลักวิชาการ นำมาใช้ได้ผลอย่างจริงจังกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556*. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทมาภรณ์ บุรณสมภพ. (2547). *ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม*. วิทยานิพนธ์ (พย.ม.). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐิกา ราชบุตร. (2560). *การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์*. วารสาร มจร.วิชาการ, 20(40), 51-59.
- ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์. (2554). *ทางเลือกเพื่อการออกแบบระบบขจัดความเสียหายจากผู้ป่วย*. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 14(12), 941-954.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (2557). *สรุปผลการตรวจราชการประจำปี ครั้งที่2/2557*. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. (อัดสำเนา)
- อภิชัย มงคลและคณะ. (2551). *รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี 2551*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- World Health Organization (WHO.). (2001). *Deaths estimates for 2008 by cause for WHO Member States*. World Health Organization. Retrieved 10 February 2001. form www.who.int/healthinfo/global_burden_disease.
- World Health Organization(WHO). (2004). *The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies*. *Emergency Medicine Practice*, 13(9): 1-23; quiz 23-4.