การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

Development of the participation model in the surveillance and care for people with depression and risk group of suicide : A case study, Tabtoa Village , Numkumyai Subdistrict , Mueang District, Yasothon Province.

จินตนา พลมีศักดิ์[1] วิรัติ ปานศิลา[2] และปริญญา ผกานนท์[3]

Jintana Polmeesak[1], Wirat Pansila[2] and Parinya Pakanon[3]

บทคัดย่อ

จำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าและป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีความมุ่งหมายเพื่อพัฒนารูปแบบในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำการศึกษาในพื้นที่บ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแกนนำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 40 คน และผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 144 คน ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก การวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย พบว่ากระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในครั้งนี้ มี 11 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบท และการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ประชุมถกปัญหา 3) สำรวจปัญหา 4) คืนข้อมูลให้ชุมชนรับรู้ปัญหา 5) การอบรมเชิงปฏิบัติการการมีส่วนร่วมของชุมชน 6) มอบหมายภารกิจให้ผู้เกี่ยวข้องรับผิดชอบ 7) ชุมชนร่วมตัดสินใจ 8) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 9) ตรวจสอบติดตาม 10) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 11) ถอดบทเรียนทำให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีองค์ประกอบสำคัญ 6 ประการคือ ประกอบด้วย 1) ร่วมกันตระหนักถึงปัญหาในชุมชน (Together awareness) 2) มีการวางแผนร่วมกัน (Action planning) 3) มีความรับผิดชอบร่วมกัน (Built a sense of responsibility) 4) การลงมือปฏิบัติร่วมกัน (Take action) 5) การสังเกตตรวจสอบร่วมกัน (Observation) 6) ถอดบทเรียนร่วมกัน (After action review) หรือเรียกว่า TABTOA Model ซึ่งรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยน

[1] นิสิตปญิญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[3] นักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น

โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จคือพัฒนาแกนนำชุมชนให้มีศักยภาพที่เข้มแข็ง และชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทุกขั้นตอน ประกอบกับการจัดระบบเฝ้าระวังที่ใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพส่งผลให้การดำเนินงานครั้งนี้ประสบความสำเร็จ

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม, ผู้มีภาวะซึมเศร้า,ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ABSTRACT

The depression and depressive disorders in Thailand has the number of patients increased steadily. Therefore a major public health problem in bother present and the future. This action research aimed to development of the participation model in the surveillance and care for people with depression and risk group of suicide: Study area, Tabtoa Village, Numkumyai Subdistrict, Muang District, Yasothon Province. The subjects were 40 of community leaders and stakeholders, and the risk depression and suicide 144 persons. Development processes included workshops applying the participation of the community by using technique of participation and empowerment. The data was collected by in-depth interviews, Both quantitative and qualitative data were by analyzed.

The results revealed the processes of Development of the participation model in the surveillance and car people with depression and risk group of suicide in this 11 steps 1) Education for context and community participation 2) Meeting to discuss the issue. 3) To explore the issue. 4) The data for the community to recognize the problem.5) The workshops to community participation.6) Assignment of responsibility to stakeholders.7) The community decides. 8) The implementation of the map.9) Monitoring.10) knowledge sharing activity.11) After action review. After implementing the development “TABTOA Model” of the 6 elements were Together awareness , Action planning, Built a sense of responsibility,Take action,Observation and After action review. As a result, leaders with the knowledge and participation. Risk groups to change behavior for the better.

In conclusion, key success factors were competency of community leaders and active participation of community in all processes. The surveillance system at the close and be efficient. As a result, the operation was successful.

Keywords : Development participation model ,Depression disorder, Risk group of suicide

บทนำ

โรคซึมเศร้ากำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปจะมีปัญหาการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 8 เท่าตัว วัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 20-40 ปี จะเป็นวัยหลักในการก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ ได้มีการคำนวณค่ากลางการทำงานหากไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ 20 ปีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,000 บาทต่อเดือนหรือ 48,000 บาทต่อปี ดังนั้นการที่คนๆ หนึ่งเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเขาจะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 960,000 บาท แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คน ดังนั้นประเทศชาติ จะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี ในวัยนี้ยังมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัวรับผิดชอบลูกวัยเรียน หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตครอบครัวก็ขาดที่พึ่งไป พบว่าโดยเฉลี่ย แล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้เคียงอย่างน้อย 6 คน 1 ประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ.2542 -2544 มีจำนวน 61,405 ราย, 80,673 ราย และ 59,133 ราย ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย 5 ปีย้อนหลังพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 3-5 เท่า ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ยปีละ 21,272 คนต่อปี 2 และแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500–5,500 คน และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่ามีจำนวนรวมสูงขึ้น 25,000-27,000 รายต่อปี 3 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จ ร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย 4 ในปี พ.ศ.2542 เป็นปีที่อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดจำนวน 5,290 คน คิดเป็นอัตรา 8.59 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ 14.5 ส่งผลให้ปี พ.ศ.2543 กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุขเห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงกำหนดเป็นนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไข และป้องกันปัญหาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบันโดยดำเนินการทั่วประเทศ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมทั้งประเทศในปี 2543 - 2553 ลดลงอย่างต่อเนื่องดังนี้ 8.4, 7.74, 7.84, 7.13, 6.87, 6.34, 5.77, 5.97, 5.98,5.97 และ 5.9 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ 5 จังหวัด ยโสธรเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใน ปีงบประมาณ 2550 - 2554 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9, 7.0, 5.7, 5.9 และ 5.5 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2555 (รอบ 11 เดือน) พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 22 ราย อัตรา 4.1 ต่อประชากรแสนคนสำหรับพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คือ อำเภอไทยเจริญ จำนวน 3 ราย อัตรา 9.9 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาอำเภอป่าติ้ว จำนวน 3 รายอัตรา 8.6 ต่อ ประชากรแสนคน และอำเภอเมืองยโสธรจำนวน 9 ราย อัตรา 6.9 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายกระทรวงไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.4 สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ติดสุรา/ยาเสพติด ร้อยละ 31.9 รองลงมาโรคจิตเภทร้อยละ 27.3 และทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 18.2 วิธีการกระทำพบมากที่สุด คือ ผูกคอตาย ร้อยละ 86.5 และเป็นการกระทำครั้งแรกร้อยละ 100 และพบการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 44 ราย อัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.6 สาเหตุที่พบมากที่สุด การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 75 วิธีการกระทำพบมากที่สุด การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 56.7 รองลงมากินสารกำจัดแมลง/วัชพืชร้อยละ 18.2 พบการกระทำมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 11.4 6 จากการวิเคราะห์ชุมชนบ้านตับเต่า พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย คือ สภาวะสุขภาพ

ส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ติดสุรา ยาเสพติด และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ด้านวิถีชุมชน ได้แก่ บ้านตับเต่าเป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง ขาดความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม ขาดธรรมะ ด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีหนีสิน และว่างงานด้านสิ่งแวดล้อม สภาพชุมชนมีน้ำเน่าเหม็น มีร้านเกม มีการจำหน่ายยาเสพติด มีการเล่นการพนัน เกิดปัญหาลักขโมย ด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานมากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตน้อย ด้านองค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ปีงบประมาณ 2555 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาด้วยยา ที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 1,347 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วย 2Q จำนวน 41,136 ราย พบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6,582 ราย ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 1,826 ราย ประเมินการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จำนวน 493 ราย 6 การพัฒนางานด้าน สาธารณสุขจำเป็นต้องมีการพัฒนางานวิจัยในการพัฒนา สุขภาพ อนามัยของตนเองและชุมชนโดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ร่วมประเมินปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา ติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมรับผิดชอบทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน และการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และเน้นการพัฒนาหรือ แก้ปัญหา โดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยมีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงาน มีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือ สามารถแก้ปัญหาได้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งที่เหมาะสมตามความรู้ความเข้าใจมาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินดู ความเหมาะสมในความเป็นจริงควบคุมแนวทางการปฏิบัติการแล้วนำผลมาปรับปรุง ปฏิบัติการเพื่อนำไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ต่อไป จากความสำคัญและรายงานการศึกษาวิจัยรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัย จึงมองเห็นถึงความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย : กรณีศึกษา บ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา บ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กระบวนการวิจัยอาศัยรูปแบบเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ วิธีถกปัญหา (ORID) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และการวางแผนปฏิบัตการ

(Action Planning Method) ร่วมกับทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment) มาสร้างพลังในชุมชนให้เข้มแข็ง ใช้ระยะเวลาในการวิจัยทั้งสิ้น 8 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2555 – พฤษภาคม 2556

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน คือ นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบล ปลัดเทศบาลตำบลผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ แกนนำเยาวชน ญาติ ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง ญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้มีภาวะซึมเศร้า ปราชญ์ชาวบ้าน พระ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 40 คน บ้านตับเต่า หมู่ 11 และ 12 ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร และกลุ่มผู้ปฏิบัติ คือ ผู้ที่มีภาวะ ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 144 คนเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์ (Interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In--depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ข้อมูลภาคสนามที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล และการตรวจสอบด้านผู้วิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตีความ และสรุปประเด็นเนื้อหา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามและวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

สภาพปัญหาการเฝ้าระวังและดูแล ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บ้านตับเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง บ้านตับเต่า ประกอบด้วย 2 หมู่บ้าน คือ หมู่ 11 หมู่ 12 มีประชากร จำนวน 2,337 คน แยกเป็นชาย จำนวน 1,198 คน หญิงจำนวน 1,139 คน จำนวนครัวเรือน 497 หลังคาเรือน รวม อสม.ทั้งสิ้น 31 คน อาชีพหลัก ทำนา และรับจ้าง สถานที่สำคัญ วัด จำนวน 1 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน1 แห่ง โรงเรียน จำนวน 1 แห่ง การคมนาคม มีถนนลาดยางจากที่ว่าการอำเภอเมืองถึงบ้านตับเต่า รวมระยะทางประมาณ 3 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 10 นาที บริบทของชุมชน เป็นชุมชนค่อนข้างแออัด การปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ติดกันทำให้บางแห่งการระบายน้ำไม่ดี มีน้ำขัง ส่งกลิ่นเหม็น ถนนภายในหมู่บ้านแคบมีซอกซอยมากจากการวิเคราะห์ชุมชนบ้านตับเต่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย คือด้านสภาวะสุขภาพส่วนบุคคล การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีผู้พิการ ผู้สูงอายุ ติดสุรา ยาเสพติด และเจ็บป่วยด้วยโรค ทางจิตเวช เช่น มีความวิตกกังวล ความเครียด โรคจิตเภท เป็นต้น อยู่ในชุมชน ด้านวิถีชุมชน ขาดความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม ขาดธรรมะ ด้านครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีหนี้สิน และว่างงาน ด้านสิ่งแวดล้อม สภาพชุมชนมีน้ำเน่าเหม็น มีร้านเกม มีการจำหน่ายยาเสพติด มีการเล่นการพนัน เกิดปัญหาลักขโมย ด้านบริการสาธารณสุขได้แก่ บุคลากรมีภาระงานมากการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตน้อย ด้านองค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ปี 2551 - 2555 บ้านตับเต่า พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 4 ราย พบผู้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 2 ราย สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท รองลงมาผู้ติดสุรา ยาเสพติด และมีหนี้สิน ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ ก่อนดำเนินการวิจัยได้ดำเนินการคัดกรองและประเมินโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง (เบาหวาน ความดันโลหิต

สูง จิตเวชวิตกกังวล ติดสุรา ผู้สูงอายุและผู้พิการ) ระหว่าง วันที่ 1-5 ตุลาคม 2555 ด้วยการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q จำนวน 545 ราย พบว่ามีแนวโน้ม เป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 395 ราย และประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q จำนวน 395 ราย พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับปกติ (คะแนนน้อยกว่า 7) จำนวน 251 ราย ระดับน้อย (คะแนน 7-12) จำนวน 105 ราย ระดับปานกลาง (คะแนน 13-18) จำนวน 37 ราย ระดับรุนแรง (คะแนน 19 ขึ้นไป) จำนวน 2 ราย และประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q จำนวน 144 ราย พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับปกติ (คะแนนเท่ากับ 0) จำนวน 115 รายระดับน้อย (คะแนน 1-8)จำนวน 28 ราย ระดับปานกลาง (คะแนน 9-16) จำนวน 1 ราย ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะต้องได้มีการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการ เฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บ้านตับเต่า การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวมีระบบการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม โดย อาสมัครสาธารณสุขในชุมชนเป็น ผู้ดำเนินการส่วนผู้นำชุมชน แกนนำครอบครัว กลุ่มเสี่ยงและญาติ ให้ความสำคัญน้อย ขาดความตระหนักในปัญหา จึงทำให้การมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายน้อย ส่วนหน่วยงานราชการที่เข้ามาดำเนินการเกี่ยวกับ การเฝ้าระวังและดูแลผู้มี ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้องข่า มีการดำเนินตามกิจกรรมต่าง ๆ ทีใช้ระยะ เวลาสั้น ขาดการบูรณาการทำงานร่วมหน่วยงานอื่น นอกจากนี้ยังพบว่าหน่วยงานต่างๆ ที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมได้มีการเก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล แต่ไม่ได้นำมาใช้ ทำให้ชุมชนไม่ตระหนักและไม่เห็นความสำคัญของปัญหา ขาดการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างเป็นรูปแบบและขาดความต่อเนื่อง “บ่มีผู้ได๋สนใจและให้ความสำคัญกับพวกหมู่นี้หลอก....เขาสนใจพวกไข้เลือดออกหลายกว่า” คำพูดของประธาน อสม.หมู่ 11 บ้านตับเต่า “เขาคิดว่ามันบ่ร้ายแรง จึงบ่คอยสนใจพวกซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย”คำพูดของประธาน อสม.หมู่ 12 บ้านตับเต่า“ทุกคนบ่ค่อยมีเวลามาเบิงแงงกันปานใด๋...มีแต่เฮ็ดงาน”คำพูดของปลัดเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่

การสร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยทบทวนวรรณกรรม ศึกษาเอกสารวิชาการ ทฤษฎีต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือทฤษฎีการสร้างพลัง มาเสริมสร้างพลังในชุมชนให้เข้มแข็ง และใช้กระบวนการศึกษาวิจัยอาศัยรูปแบบเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ได้แก่ วิธีถกปัญหา (ORID) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) และถอดบทเรียนเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาต่อไป

คิดและวิเคราะห์แบบมีส่วนร่วมโดยการจัดประชุมแกนนำชุมชน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และสัมภาษณ์ข้อมูล ร่วมวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Focus group วันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 ณ ห้องประชุมเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 10 คน ประกอบด้วยนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่ ปลัดเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้องข่า ผู้ใหญ่บ้านตับเต่า หมู่ 11 และ 12 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม.

จัดเวทีประชุมกลุ่มผู้นำชุมชน เพื่อคืนข้อมูลให้รับรู้ปัญหาร่วมกันและร่วมกันวิเคราะห์อีกรอบใช้กระบวนการถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (Orid Method) กลุ่มเป้าหมาย แกนนำชุมชน จำนวน 20 คน

ประกอบด้วย ปลัดเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้องข่า ผู้ใหญ่บ้านตับเต่า หมู่ 11 และ 12 ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ประธาน อสม. และ อสม. หมู่ 11 และ หมู่ 12 สารวัตรกำนัน สมาชิกเทศบาลตำบลน้ำคำใหญ่ จำนวน 20 คน วางแผนปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วมถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (Orid Method) เพื่อใช้ให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการถกปัญหาระดับผิวไปสู่การเข้าถึง ความหมายอย่างล้ำลึกและวางแผนปฏิบัติการ

วางแผนปฏิบัติการ เพื่อให้ชุมชนสามารถจัดทำแผนปฏิบัติงานผ่าน การเรียนรู้วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนปฏิบัติการ อย่างมีส่วนร่วม

ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และดำเนินงานตามแผน และสะท้อนปัญหา

แผนปฏิบัติการที่ 1 การเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีกิจกรรมดังนี้ 1.1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q โดย อสม.ที่รับผิดชอบในแต่ละคุ้มทุกเดือน ถ้ามีภาวะเสี่ยง อสม.ส่งให้แกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรมการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ดูแลทางจิตใจ มีการสังเกต เฝ้าดูอาการ และพฤติกรรม ของกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด โดยสมาชิกในครอบครัว เช่น แยกตัวเอง พูดสั่งลา เขียนจดหมายหรือมีการเตรียมเชือก ยาฆ่าแมลง และให้ความรู้สุขภาพจิตทางหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง โดยแกนนำชุมชนเปลี่ยนเวรกันจัดรายการ

แผนปฏิบัติการที่ 2 การดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม มีกิจกรรมดังนี้ 2.1 อบรมการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมบูรณาการตามวิถีพุทธสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 144 คน 2.2 อบรมเทคนิคการให้คำปรึกษา สำหรับแกนนำชุมชนวน20 คน 2.3 การเดินอาสาให้คำปรึกษา (ถามไถ่ สังเกต ให้กำลังใจคำปรึกษา) โดยแกนนำชุมชนที่ผ่านการอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น 2.4 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเดือนละ 1 ครั้ง /คน โดย อสม.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แผนปฏิบัติการที่ 3 การดูแลเรื่องการกินยาและการส่งต่อ ผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีสมุดบันทึกประจำตัวเพื่อการติดตามการกินยา ผู้ป่วยโรคจิตที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ไม่มีญาติดูแลหรือกินยายากจะต้องกินยาต่อหน้าผู้ดูแล การส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้องข่าและโรงพยาบาลยโสธร มีแผนผังการส่งต่อจากชุมชน ไปยังสถานบริการใกล้บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมคิดติดไว้บ้านแกนนำทุกคน

แผนปฏิบัติการที่ 4 การสร้างเครือข่ายดูแลช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ จัดตั้งชมรมจิตอาสาเอื้ออาทรสำหรับผู้ดูแล โดยภาครัฐเป็นผู้สนับสนุน จัดตั้งกลุ่มอาสาสุขใจ (เดินอาสาให้คำปรึกษา)โดยแกนนำชุมชนรวมกลุ่มกันเองประสานกลุ่มเครือข่ายภาครัฐ – เอกชน

แผนปฏิบัติการ การดูแลและพัฒนาจิตโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีกิจกรรมแกนนำชุมชนรณรงค์ให้ชุมชนจัดงานศพปลอดเหล้า ชุมชนจัดให้มีกิจกรรมทำบุญตักบาตร สวดมนต์ทำวัดเช้าทุกวันพระ โดยแกนนำชุมชนเป็นผู้นำในการออกกำลังกายสัปดาห์ละ 3 ครั้ง 5.4 แกนนำชุมชนจัดทำข้อตกลงร่วมกันกับร้านค้าในชุมชนไม่ขายบุหรี่ สุรา ให้ผู้ป่วยจิตเวช

จัดเวทีแลกเปลี่ยนรู้ เพื่อ เผยแพร่นวัตกรรม การขยายผลและสร้างเครือข่าย

ประเมินผลแบบมีส่วนร่วมโดยสำรวจ คัดกรองในกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q แบบประเมิน โรคซึมเศร้า 9Q แบบ

ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q เพื่อค้นหาผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังดำเนินการ

จัดประชุมสรุปผลและ แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและถอดบทเรียนที่ได้จากการดำเนินการ เป้าหมายแกนนำชุมชน จำนวน 20 คน จากผลการ วิจัยการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบ้านตับเต่า สามารถเปรียบเทียบ รูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ตามแนวคิดเชิงระบบ (System Concept) โดยอาศัยหลักการบริหารทรัพยากรตามทฤษฎี 4M รูปแบบเดิม พบว่า แกนนำชุมชนได้รับการพัฒนาศักยภาพเกี่ยวกับกับการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังไม่เป็นขั้นเป็นตอน การดำเนินงานไปตามนโยบายภาครัฐเป็นลักษณะการสั่งการหน่วยงาน ที่เข้ามาทำกิจกรรมขาดการบูรณาการการทำงาน ร่วมกันและขาดความต่อเนื่อง งบประมาณเป็นไปตามแผนงานโครงการแต่ละหน่วยงานภาครัฐเข้ามาจัดกระทำกับชุมชน มีการจัดหาวัสดุอุปกรณ์แต่ไม่ได้ถูกนำไปใช้เท่าที่ควร กระบวนการใหญ่ปฏิบัติงานตามนโยบายของภาครัฐ การดำเนินงานเจ้าหน้าที่ ของรัฐเป็นผู้กำหนด ผลลัพธ์เป็นการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งโดยกลุ่มผู้นำชุมชน อาศัยพิธีทางศาสนาช่วยในการดำเนินงานรูปแบบใหม่ พบว่า แกนนำชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ลึกซึ้งขึ้น มีการดำเนินงานตามลำดับ ขั้นตอน โดยชุมชนมีส่วนร่วม มีการจัดเวทีแลก แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกัน นำไปสู่การแก้ไขอย่างเป็นระบบระเบียบ งบประมาณที่ได้เป็นการระดมจัดหาทุนเองโดยชุมชน มีการพัฒนาและประยุกต์ใช้วัสดุอุปกรณ์เพิ่มมาก มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ทุกคนได้มีโอกาสได้แสดงความคิดของตนเอง ให้ชุมชนรับทราบ โดยผ่านเทคนิคการถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (ORID Method) มีการศึกษาดูงาน เพื่อเพิ่มพูนทักษะให้กับผู้นำ มีการจัดทำแผนโดย การใช้เทคนิคการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method) มีความทันสมัยและทันต่อเหตุการณ์ จนเกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สรุป การวิจัยครั้งนี้ ได้สร้างและพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บ้านตับเต่า รูปแบบใหม่ที่เหมาะสม คือ TABTOA Model ดังนี้

T = Together awareness of problem หมายถึง ร่วมกันตระหนักถึงปัญหาในชุมชน

A = Action planning หมายถึง มีการวางแผนร่วมกัน

B = Built a sense of responsibility หมายถึง สร้างจิตสำนึกความรับผิดชอบร่วมกัน แบ่งบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ

T = Take action หมายถึง การลงมือปฏิบัติร่วมกัน

O = Observation หมายถึง มีการสังเกต ตรวจสอบร่วมกัน

A = After action review หมายถึง การถอดบทเรียนร่วมกัน

(เรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาใหม่ร่วมกัน)

การเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบ้านตับเต่า ผลที่ได้รับผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบ้านตับเต่า มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเหมาะสม ชุมชนมีศักยภาพในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเกิดรูปแบบในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จคือแกนนำชุมชนมีศักยภาพที่เข้มแข็ง และกระบวนการพัฒนาการ

มีส่วนร่วม ชุมชนต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน

ข้อเสนอแนะ

1.ควรมีการจัดการศึกษาดูงาน ในชุมชนอื่นที่มีระบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ดี

2. ควรสนับสนุนให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนมากกว่านี้

3.ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อเติมพลังความเข้มแข็งทางใจ และวิธีการดูแลผู้มีภาวะ ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอบคุณนายสุใหญ่ หลิ่มโตประเสริฐ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธรขอบคุณ นางเยาวดี ชาญศิลป์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

เอกสารอ้างอิง

1.**World report on Violence and Health**; World Health Organization : Geneva, Switcerland ; 2001.

2.ธรณินทร์ กองสุขและคณะ.**โรคซึมเศร้าองค์ความรู้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการ**. อุบลราชธานี:โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2550.

3.อภิชัย มงคลและคณะ.**รายงานการประเมินผลเรื่องโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย**. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2546.

4.อภิชัย มงคลและคณะ.**รายงานผลการศึกษาพฤติกรรมการทำร้ายตนเองที่ไม่เสียชีวิต พ.ศ.2548**.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;2551.

5.กรมสุขภาพจิต.**รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 255**3. นนทบุรี:กองแผนงาน.กรมสุขภาพจิต;2553.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.**สรุปรายงานสุขภาพจิตจังหวัดยโสธร**.เอกสารการรายงานสุขภาพจิตจังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2555.ยโสธร; 2555.