

การพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น  
Development of an Access to Health Service Model for Adolescents  
with Depressive Disorder

ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์<sup>1</sup>, มัณฑนา กลมเกลียว<sup>2</sup>, วัชรินทร์ ทองสีเหลือง<sup>3</sup>  
Chawewan Phoaphan<sup>1</sup>, Manthana Klomkleaw<sup>2</sup>, Watcharin Thongseeluang<sup>3</sup>

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ภายใต้บริบทมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย นักศึกษาในมหาวิทยาลัย จำนวน 180 คน อาจารย์ที่ปรึกษา จำนวน 100 คน ตัวแทนองค์การนักศึกษา จำนวน 90 คน คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 20 คน เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย จำนวน 10 คน รวมทั้งสิ้น 400 คน ดำเนินการ 3 ขั้นตอน 1) การสร้างความรู้ (Appreciation) 2) การสร้างแนวทางในการพัฒนา (Influence) 3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2561 – พฤษภาคม 2562 โดยรวบรวมข้อมูล 1) สถานการณ์ปัญหาระบบบริการผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในมหาวิทยาลัย จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ 2) การประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น จากฐานข้อมูลผู้รับบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า สถิติผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเอกสารวิชาการ 3) ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัย จากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบทเรียน

ผลการวิจัย พบว่า 1) รูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย และการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น 2) ผลลัพธ์ของการนำรูปแบบที่พัฒนาไปใช้ พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) เพิ่มขึ้น ครอบคลุมนักศึกษาทุกชั้นปี คิดเป็นร้อยละ 89.54 มีนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.18 คิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3.62 โดยทั้งหมดได้รับการให้คำปรึกษาคลินิกวัยรุ่นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มีระบบติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกราย กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาและอาสาสมัครในมหาวิทยาลัย (อสส.ม) เครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและ

<sup>1-3</sup>ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองราชภัฏมหาสารคามศรีสวัสดิ์ เครือข่ายโรงพยาบาลมหาสารคาม

การคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น หลังจากการเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.45 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.55 เกิดกลุ่มเครือข่ายการดำเนินงานที่ประกอบด้วย กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาอาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (อสน.ม) ช่วยคัดกรอง ประเมิน เฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงในมหาวิทยาลัย รวมทั้งการให้สุขภาพจิตและคำปรึกษาเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งต่อเข้ารับการประเมินและส่งต่อรักษา มีคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประกอบไปด้วย ภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคส่วนการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะทาง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยความสำเร็จครั้งนี้ คือ การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย ทั้งภาคเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคท้องถิ่นและบูรณาการผ่านระบบการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษา Inter Professional Education (IPE) ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพ

**คำสำคัญ :** การเข้าถึงบริการ, ภาวะซึมเศร้า, วัยรุ่น, นักศึกษามหาวิทยาลัย

## Abstract

This action research aimed to develop a model of health service access for students with depressive disorders in a university in Mahasarakham Province. A total of 400 people participated in this study, including 180 students, 100 advisors, 90 student representatives, 20 members of the university universal health coverage committees, and ten staff of the community health center serving university students. The process of development consisted of three main steps: 1) Appreciation, 2) Influence, and 3) Control. This study was conducted from May 2018 to May 2019. Three sets of data were collected, including 1) the shortcomings of the health service system for university students with depression by observations and interviews, 2) assessment of health service access among university students with depression from the database of depression screening service recipients, and 3) knowledge of depression among university students using an adolescent depression knowledge questionnaire. Quantitative data were analyzed using frequency, and percentage while content analysis from lesson transcripts was used for qualitative data. Three components were found to contribute to the access patterns of university students with depression to health services: establishing a database system for students with depression and risk groups, developing a depression screening system, and establishing a network to monitor and prevent youth depression. Based on the developed model, 89.54% of students were screened for depression (2Q 9Q). Among these, 17.18% were classified as depressed, and 3.62% as having thoughts of self-harm. All of them were then counselled at the adolescent clinic of the community health center and referred to the hospital for treatments. There was no suicide. A monitoring system was then established for all risk groups. University advisors and volunteers, members of a network of friends-help-friends and brothers-help-sisters, were trained in depression screening and mental health education. The majority of trainees (88.45%) had a high level of depression knowledge, while the rest (11.55%) had a moderate level. A depression management network was also established, including university advisors and volunteers, for screening, assessing, monitoring, and seeking out risk groups at the university, and initially counseling before referring. The university universal health coverage committees, consisting of the government, civil society, private, and education sectors, provided guidelines, supported budgets, and continually monitored the results. The key success factor for this process was the involvement of all stakeholders and all relevant sectors integrated through the Inter-Professional Education (IPE) which enhanced the efficiency and sustainability of problem-solving.

**Keywords :** Access service, Depression, Adolescents, University students

## บทนำ

จากข้อมูลสถิติขององค์การอนามัยโลก ในปี พ.ศ. 2560 ระบุว่า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั่วโลก ประมาณ 322 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.4 ของประชากรโลก<sup>(5)</sup> และพบว่าหนึ่งในสี่ของคนทั่วโลกเคยประสบกับความผิดปกติทางจิตช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต<sup>(3)</sup> ในประเทศไทยมีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้า พบว่า มีคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน โดยผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย 1.7 เท่า โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุ 25 - 59 ปี ร้อยละ 62 รองลงมา เป็นวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.5 และเป็นเยาวชนอายุ 15 - 24 ปี ร้อยละ 11.5 แม้ในกลุ่มเยาวชนจะมีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน้อยกว่าในกลุ่มวัยทำงานและวัยผู้สูงอายุ แต่นับเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญและต้องเร่งแก้ไขเนื่องจากวัยรุ่นเป็นทรัพยากรที่มีค่าในการพัฒนาประเทศในอนาคต ซึ่งมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น โดยมีข้อมูลพบว่า ในปี 2560 กลุ่มเยาวชนอายุ 20 - 24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน<sup>(5)</sup> นอกจากนี้จากรายงานสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต วัยรุ่นในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ พบว่า วัยรุ่นไทยมีความคิดอยากตาย ร้อยละ 15.0 และเคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.05 จากสถานการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่งผลให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขตื่นตัวและให้ความสำคัญในการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยรุ่นทั้งในแง่สุขภาพกายและสุขภาพจิต<sup>(6)</sup> ซึ่งในปัจจุบันผู้ป่วยทางจิตเข้าถึงบริการต่ำกว่าโรคทางกาย เนื่องมาจากทัศนคติการยอมรับการรักษา และการพัฒนาระบบบริการยังไม่เพียงพอต่อความต้องการ<sup>(3)</sup> ภาวะซึมเศร้าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากที่สุดใ่วัยรุ่น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 - 2558 มีอัตราเพิ่มขึ้นถึง

ร้อยละ 18.43 ในกลุ่มวัยรุ่น อายุ 15 - 19 ปี ที่มีรายงานพบความชุกโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3 - 5 แม้ว่าจะค่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น แต่ภาวะซึมเศร้าถูกจัดเป็นสาเหตุอันดับสองของการสูญเสียปีสุขภาวะ (years lived with disability: YLDs) ของกลุ่มอายุนี้ อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง และการใช้สารเสพติดของวัยรุ่น นำไปสู่ปัญหา ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น<sup>(6)</sup>

ภาวะซึมเศร้า คือ ภาวะจิตใจที่แสดงออกถึงความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เศร้า ไม่มีความสุข เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วยทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง หากไม่ได้รับการรักษาจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติของจิตใจ โดยมี ภาวะซึมเศร้าวร่วมกับขาดความเคารพตนเอง รวมทั้งมีภาวะสิ้นยินดี คือ ไม่มีความพึงพอใจในกิจกรรม ที่โดยปกติเป็นที่น่าพึงพอใจ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตและอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด ผู้ป่วย ที่มีภาวะซึมเศร้าวรุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าและไม่ได้รับการรักษาจะจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ตระหนักถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหากไม่ได้รับการรักษา ภาวะซึมเศร้ามีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย อาทิ ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติของสารชีวเคมีในสมอง ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จะเห็นได้ว่าสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยภายในและภายนอก ทั้งที่สามารถควบคุมได้และควบคุมไม่ได้<sup>(7)</sup> ความรู้สึกเศร้า หรือไม่มีความสุขเป็นสิ่งที่พบได้เสมอในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นในผู้ใหญ่ หรือ

เด็ก การมีความรู้สึกเศร้าในช่วงระยะสั้นๆ และเป็นครั้งคราวนั้นถือว่าเป็นสิ่งปกติ แต่ถ้าความรู้สึกเศร้านั้นมีอยู่เป็นระยะเวลาช้านาน และรุนแรงจนส่งผลกระทบต่อถึงการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน ก็จัดว่าเป็นภาวะปกติในทางคลินิก ภาวะซึมเศร้ามีหลายแบบขึ้นอยู่กับลักษณะอาการและความรุนแรง เช่น ภาวะซึมเศร้าอันเป็นผลจากความผิดปกติในการปรับตัวต่อความเครียด (adjustment disorder) โรคซึมเศร้าเรื้อรัง (dysthymia) และโรคซึมเศร้ารุนแรง (major depression) เป็นต้น อาการซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นความรู้สึกหรือสภาวะที่เกิดขึ้นภายในที่รับรู้ได้เฉพาะตัว ผู้ป่วยยากแก่การสังเกตของผู้คนรอบข้าง เฉพาะเมื่ออาการนั้นมีความรุนแรง จึงจะปรากฏชัดต่อสายตาของผู้ใกล้ชิด เช่น ความรู้สึกเบื่อหน่ายต่อสิ่งรอบตัว (anhedonia) ถ้าเป็นน้อยผู้ป่วยอาจเพียงแต่รู้สึกไม่ค่อยสนุกกับสิ่งที่เคยสนุก ถ้าเป็นมากผู้อื่นอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยหงอยแยกตัวไม่ค่อยทำอะไร หรืออยู่กับใคร ความรู้สึกผิดก็เช่นกัน ถ้าเป็นไม่มากผู้ป่วยอาจเพียงมีความรู้สึกที่ตนเองเป็นคนไม่ดีแต่ความรู้สึกนี้อาจแสดงออกไม่ชัดเจน จนกระทั่ง อาการทวิความรุนแรง และความรู้สึกผิดนั้นออกมาในรูปแบบของความหลงผิด หรือหิวแหว่งเป็นเสียงคนตำหนิว่าผู้ป่วย ไม่ดี เป็นต้น<sup>(8)</sup>

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าที่มีใช้ในประเทศไทย เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทย ที่พิจารณาตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและเป็นที่ยอมรับ สามารถใช้ได้ในช่วงเวลาที่จำกัด ดังนี้<sup>(9)</sup> แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยผู้ใหญ่ ตั้งแต่อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้แก่ 1. The Nine Patient Health Questionnaire Screening (PHQ-9) 2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q 3. Depression Subscale of hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) 4. Health-Related Self-Reported (HRSR-scale) 5. Khon Kaen University Depression Inventory

(KKU-DI) 6. Beck Depression Inventory แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในวัยเด็ก-วัยรุ่น ได้แก่ 1. The Center for Epidemiology Studies Depression Scale (CES-D) 2. Children's Depression Inventory (CDI)

จากข้อมูลการตายอย่างผิดธรรมชาติของประชากรไทย การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาอันดับที่ 2 รองลงมาจากปัญหาอุบัติเหตุ โดยพบว่าการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่นอายุ 15 – 19 ปี มากที่สุด อันเกิดจากปัญหาด้านภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นภาวะความผิดปกติทางอารมณ์ของผู้ป่วย อาจรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ หรือรู้สึกว่าตนด้อยค่า จนถึงขั้นส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในด้านต่างๆ ของผู้ป่วย ภาวะซึมเศร้านั้นถือเป็นภาวะทางด้านจิตเวชที่พบมากเป็นอันดับต้นๆ ของประเทศไทย ภาวะซึมเศร้าวุ่นมีผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย ความคิด และจิตใจ อาการเหล่านี้มีผลต่อการดำเนินชีวิตในแต่ละวันเป็นอย่างมาก<sup>(10)</sup> โดยภาวะซึมเศร้าในนักศึกษามหาวิทยาลัยเป็นประเด็นที่ท้าทายสำหรับทุกสถาบันการศึกษาทั่วโลก รวมทั้งสถาบันการศึกษาในประเทศไทยที่ควรให้ความสำคัญหากนักศึกษาไม่ได้รับการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในระหว่างที่กำลังศึกษาอยู่ในหลักสูตรอาจส่งผลกระทบต่อให้นักศึกษาไม่สามารถสำเร็จการศึกษาในระยะเวลาที่หลักสูตรกำหนด หรืออาจไม่ประสบความสำเร็จในการศึกษาได้หรือที่ร้ายแรงกว่านั้นอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้<sup>(11)</sup> ปัจจุบันประชากรทั่วโลกมากกว่า 264 ล้านคนได้รับผลกระทบจากโรคซึมเศร้าภาวะซึมเศร้านับว่าเป็นปัจจัยเงื่อนไขด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อตัวบุคคลทั้งในระยะสั้นและในระยะ เช่น การศึกษาเล่าเรียน การประกอบอาชีพ การอาศัยอยู่ร่วมกันในสังคมตลอดจนผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมในด้านการดูแลสุขภาพที่รุนแรงกว่านั้นพบว่าผู้ที่กำลังเผชิญกับโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายสำเร็จกว่า 800,000 รายต่อปี

โดยเฉพาะช่วงอายุ 15 - 29 ปี พบว่าเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ถึงแม้จะมีวิธีการรักษาแต่ยังพบว่าอุปสรรคในด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ จำนวนบุคลากรด้านสุขภาพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการดูแลมีจำนวนจำกัด ตลอดจนการได้รับการตีตราจากสังคมรอบข้างเกี่ยวกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช (World Health Organization, 2020) ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้บ่อยในนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษา (Davies, Morriss & Glaze brook, 2014) สาเหตุที่เกิดมาจากหลายปัจจัยทั้งด้านความเครียดในการเรียนและการใช้ชีวิตตามลำพัง (Islam, Low, Tong, Yuen, & Abdullah, 2018) หากนักศึกษาที่ภาวะซึมเศร้าไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือที่ทันถ่วงทีอาจส่งผลกระทบต่อนักศึกษาในด้านศักยภาพในการเรียนและผลการเรียน ปฏิสัมพันธ์กับสังคม ตลอดจนผลกระทบต่อภาวะการไม่มีงานทำในอนาคต (Davies et al. 2014) นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าในศึกษานำมาซึ่งการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงกว่านั้นคือมีโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง<sup>(11)</sup> ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาเป็นเรื่องที่สามารถป้องกันและรักษาได้หากได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมและป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาให้มีประสิทธิภาพ โดยอาศัยความร่วมมือกับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะผู้บริหาร ครู/อาจารย์ และบุคลากรในสถานศึกษา ผู้เรียน ผู้อาศัยในชุมชนรอบสถานศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้การดำเนินการสร้างเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพในสถานศึกษาเกิดประสิทธิผลตามเป้าหมายที่ต้องการของสถาบัน การศึกษาและความต้องการของสังคมในการได้มาซึ่งบัณฑิตที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีและมีความพร้อมที่จะเป็นพลเมืองที่สำคัญของโลกต่อไป<sup>(11)</sup>

จากสถานการณ์ดังกล่าวจะสอดคล้องกับการให้บริการของผู้มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยพบว่า มีผู้มารับบริการด้วยอาการซึมเศร้า เครียด วิตกกังวล สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนไม่มีค่า เฉลี่ยวันละ 3 - 4 ราย อันดับปัญหาที่พบมากที่สุดในกลุ่มเด็กและเยาวชน คือ ปัญหาความเครียด หรือวิตกกังวล ปัญหาทางจิตเวช ปัญหาความรัก ปัญหาซึมเศร้า และปัญหาครอบครัว เมื่อจำแนกตามประเภทของปัญหา พบว่า สัดส่วนของเด็กและเยาวชนที่มีปัญหาความเครียด หรือวิตกกังวล ปัญหาความรัก ซึมเศร้า และมีความคิดหรือความพยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวการเฝ้าระวังปัญหา การคัดกรองภาวะสุขภาพ การสอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง และส่งต่อเชื่อมโยง จึงเป็นวิธีการที่จะทำให้สามารถเฝ้าระวังปัญหาดังกล่าวได้ โดยในปี 2561 พบว่า อัตราการคัดกรองภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการคัดกรองของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยยังน้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากร โดยคิดเป็นร้อยละ 30.85 และจะพบว่ามียุทธศาสตร์เป้าหมายมีภาวะเครียด ซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 17.18 คิดทำร้ายตนเอง คิดเป็นร้อยละ 3.62 จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพและการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าด้านระบบบริการของหน่วยบริการยังคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มประชากรวัยรุ่นไม่ครอบคลุมตามจำนวนนักศึกษาที่มีอยู่จริง กลุ่มเป้าหมายยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในสถาบันการศึกษาอย่างต่อเนื่อง และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคท้องถิ่น สถานศึกษาส่งผลให้นักศึกษาเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้น้อย หากเยาวชนไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้จะทำให้กลายเป็นต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึง

บริการด้านสาธารณสุขได้น้อย จนพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและคิดทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ในอนาคตเช่นกัน จากปัญหาดังกล่าวควรได้รับการพัฒนาทีมผู้ดำเนินงานวิจัย จึงได้เกิดแนวคิดในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย การเข้าถึงบริการของนักศึกษา อาจารย์และบุคลากรที่มีภาวะซึมเศร้า โดยอาศัยบูรณาการเรียนรู้แบบสหวิชาชีพ (Inter-professional Education) IPE และภาคีเครือข่ายให้สนับสนุนผลักดันและร่วมกันในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวิทยาลัยมหาวิทยาลัย

## วิธีการศึกษา

### วิธีการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีขั้นตอนการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation)

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหาและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบมีส่วนร่วม ถึงบริบทการดำเนินงานในอดีต ปัจจุบัน และแนวทางการพัฒนาเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย

1.2 จัดเวทีสุขภาพคืนข้อมูล เกี่ยวกับสถานการณ์เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า หาแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมาร่วมกัน ในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา ตัวแทนองค์การนักศึกษา คน คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU Board)

1.3 กำหนดวางแผนกิจกรรมเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ของวัยรุ่นในมหาวิทยาลัยร่วมกัน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา ตัวแทนองค์การนักศึกษา คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU Board)

1.4 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้คำปรึกษาสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์ผู้สอน ในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า” และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น กลุ่มเป้าหมายอาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย และอาจารย์ที่ปรึกษา

1.5 การอบรมเชิงปฏิบัติการ ในหัวข้อ “รู้จักภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า” แก่ตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัย กลุ่มเป้าหมายคือ ตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัยในแต่ละคณะ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence)

2.1 สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ การป้องกัน เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย เพื่อให้เกิดความตระหนัก ความรู้ และความเข้าใจต่อสาธารณชน รวมทั้งช่องทางการติดต่อเข้ารับบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 การวิเคราะห์ปัญหาร่วมกับทีมตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษา ตัวแทนองค์การนักศึกษา คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU Board) เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ตัวแทนอาจารย์ที่ปรึกษา ขั้นตอนนี้มีจุดเน้นให้ความสำคัญกับข้อมูลและความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสนทนา ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นร่วมกัน

2.3 กำหนดแนวทางในการดำเนินงานร่วมกัน กำหนดบทบาทของภาคีเครือข่ายในการดำเนินการและให้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง ให้การดูแลแบบองค์รวม

(กายจิต สังคม จิตวิญญาณ) ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง การค้นหา การเฝ้าระวัง ซึ่งเป็นการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 3 การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control) โดยการประเมินประสิทธิผลกระบวนการที่พัฒนาขึ้น

3.1 การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ และติดตามเยี่ยมร่วมกับมหาวิทยาลัยและเครือข่าย ดังนี้

- อาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (อส.น.ม) จิตอาสา มีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย และส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย

- อาจารย์ที่ปรึกษา มีหน้าที่เป็นเครือข่ายสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย พร้อมทั้งให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาที่มีภาวะเครียด และส่งข้อมูลให้กับเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ดำเนินการนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบริการของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย

- เจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย มีหน้าที่ในการดูแลคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มจะป่วยซึมเศร้า เพื่อวินิจฉัยและประเมินความรุนแรงของโรค และนำเข้าสู่ระบบการบริการรักษาและติดตามเฝ้าระวัง การกลับซ้ำและกลับเป็นใหม่ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

- คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU Board) ของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ที่ประกอบไปด้วยผู้แทนภาคีรัฐภาคท้องถิ่น ภาคประชาสังคม ภาคส่วนการศึกษา มีหน้าที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการ และการกำกับตามประเมินผลการ

ดำเนินงาน พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย

3.2 ประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รวบรวมรายงานผลการดำเนินงานและปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงาน

3.3 ประเมินผลการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย รวมทั้งปัญหาและข้อเสนอแนะแนวทางในการดำเนินงานต่อไป

3.4 ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังพร้อมทั้งประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

3.5 ถอดบทเรียนการดำเนินการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อาจารย์ที่ปรึกษา แกนนำนักศึกษาและเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย และร่วมกันหาแนวทางในการดำเนินงานต่อไปเพื่อให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืน

### ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัย แบ่งเป็น 4 กลุ่ม รวมทั้งสิ้น 400 คน ดังนี้

1. ตัวแทนนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 180 คน
2. ตัวแทนองค์กร/สโมสรนักศึกษา จำนวน 180 คน
3. กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษามหาวิทยาลัย ทั้ง 9 คณะ ที่สนใจเข้ารับการพัฒนาารบบบริการเพื่อการเข้าถึงโรคซึมเศร้าโดยใช้หลักการมีส่วนร่วม จำนวน 100 คน
4. คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU Board) จำนวน 20 คน
5. บุคลากรสหวิชาชีพศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย จำนวน 10 คน



### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (AIC) คือ

1.1 แบบสรุปกิจกรรม

1.2 แบบรายงานผลการดำเนินงานและการถอดบทเรียนการดำเนินงาน

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 คือ แบบคัดกรองเพื่อประเมินและค้นหานักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า

1.1 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วย 2 คำถาม (2Q) ของกรมสุขภาพจิต

1.2 แบบประเมินโรคซึมเศร้า ด้วย 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต

1.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย ด้วย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต

ประเภทที่ 2 คือ แบบประเมินสำหรับกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัย

2.1 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าก่อนและเข้าร่วมวิจัย ตรวจสอบข้อมูลแบบประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาให้ถูกต้องเหมาะสม จำนวน 20 ข้อ

#### การรวบรวมข้อมูล :

1. สถานการณ์ปัญหาาระบบบริการผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในมหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูล จากการสังเกตและการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย เพื่อทำความเข้าใจ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ประมวลผล ให้เป็นประโยชน์ในการทบทวนการออกแบบบริการ

2. การประเมินการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้รับบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า สถิติผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเอกสารวิชาการ

3. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นก่อนและหลังการเข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บ ข้อมูลจากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นที่ได้เก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนและหลังการวิจัย

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณโดยใช้ความถี่ ค่าร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาจากการถอดบทเรียน (Content Analysis) ดำเนินการระหว่างเดือน พฤษภาคม 2561 – พฤษภาคม 2562

#### ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพกายและจิตของชุมชน

จากการวิเคราะห์สภาพปัญหาด้านระบบบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในมหาวิทยาลัยพบว่า

ปัญหาด้านระบบบริการ พบว่ามหาวิทยาลัยไม่มีระบบบริการ การดูแลนักศึกษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องและเชื่อมต่อกับมหาวิทยาลัย ขาดฐานข้อมูลที่เป็นระบบและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นรูปธรรมชัดเจน การติดตามกลุ่มวัยรุ่นที่มีอาการซึมเศร้าไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง นักศึกษาเข้าถึงระบบคัดกรอง ประเมิน ค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าน้อย ซึ่งจะเจอสถานการณ์อีกครั้งเมื่อพบผู้ป่วยที่เป็นนักศึกษาได้ทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตายสำเร็จแล้ว

ปัญหาความร่วมมือเครือข่ายการดำเนินงาน พบว่า ภาคีเครือข่ายการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย ภาคีรัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคส่วนการศึกษา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการระบบบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

ในมหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาผู้ดูแลนักศึกษาขาดความรู้เรื่องโรคจิตเวช อาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัยก็ยังมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าที่ถูกต้องและทักษะการให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง รูปแบบการดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในมหาวิทยาลัย ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ

1) การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า

มีระบบการจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองทั้งผ่านระบบออนไลน์และในสถานบริการ มีระบบการติดตามเฝ้าระวังกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงสูงที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง กำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้าที่เป็นรูปธรรมชัดเจนร่วมกัน การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย เน้นบริการทั้งเชิงรับและเชิงรุก

2) การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย

พัฒนาศักยภาพอาจารย์ที่ปรึกษาและอาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย โดยประชุมการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้านการให้คำปรึกษาสำหรับอาจารย์ที่ปรึกษาอาจารย์ผู้สอนในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้า VS โรคซึมเศร้า” และเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น เพื่อเข้ามาเป็นแกนนำในการคัดกรองผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าเข้าถึงระบบคัดกรอง ประเมิน ค้นหาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้มากขึ้น พัฒนาเป็นเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น

3) การพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น

พัฒนาเป็นเครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง อาจารย์ช่วยนักศึกษาได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคส่วนการศึกษา และท้องถิ่นผ่านรูปแบบคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะการดำเนินงาน

3. ผลของนำรูปแบบการพัฒนาการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นในมหาวิทยาลัยไปใช้

พบว่า นักศึกษาในมหาวิทยาลัยได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) เพิ่มขึ้นครอบคลุมนักศึกษาทุกชั้นปี คิดเป็นร้อยละ 89.54 หลังจากคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) พบว่า มีนักศึกษาที่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.18 คิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3.62 โดยทั้งหมดได้รับการให้คำปรึกษาคลินิกวัยรุ่นศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย และส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มีระบบติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกรายและติดตามเฝ้าระวังต่อเนื่องทุก 1 เดือน

กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาและอาสาสมัครในมหาวิทยาลัย (อสน.ม) เครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ก่อนอบรม) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.67 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.12 ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 6.21 และหลังจาก การเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ พบว่า

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (หลังอบรม) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.45 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.55

เกิดกลุ่มเครือข่ายการดำเนินงานที่ประกอบด้วย กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษา อาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย (อสน.ม) ช่วยคัดกรองประเมิน เฝ้าระวังและค้นหากลุ่มเสี่ยงในมหาวิทยาลัย รวมทั้งการให้สุขภาพจิตและคำปรึกษาเบื้องต้น ก่อนที่จะส่งต่อเข้ารับการประเมิน ส่งต่อรักษา ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัย มีคณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (PCU board) ที่ประกอบไปด้วย ภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคเอกชน และภาคส่วนการศึกษาเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะทาง การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งการติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

## วิจารณ์

ผลจากการนำใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้านซึมเศร้า เพิ่มขึ้นครอบคลุมทุกชั้นปี ร้อยละ 89.54 กลุ่มเป้าหมายคัดกรองมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.18 คิดทำร้ายตนเอง ร้อยละ 3.62 กลุ่มเป้าหมายได้รับการให้คำปรึกษา รักษา คิดเป็นร้อยละ 100 ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการพัฒนารูปแบบบริการโดยเริ่มตั้งแต่ การคัดกรองทำแบบประเมินสุขภาพจิตของนักศึกษา โดยใช้เครือข่ายอาสาสมัครนักศึกษาในมหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมประเมินคัดกรอง สามารถส่งต่อให้กับทางศูนย์สุขภาพชุมชนที่ให้บริการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยได้อย่างทันที ร่วมด้วยสามารถทำให้สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ ใจจันทร์ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอยางตลาด

จังหวัดน่าน<sup>(1)</sup> หลังปรับรูปแบบการบริการ พบว่า ผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 10 ราย ได้รับการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง จำนวน 8 ราย ร้อยละ 80 ยังมีผู้ป่วยที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องกำกับติดตามดูแล จำนวน 2 ราย ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่กลับรักษาซ้ำที่โรงพยาบาล จาก 21,200 บาท เหลือเพียง 14,200 บาท

กลุ่มอาจารย์ที่ปรึกษาและอาสาสมัครในมหาวิทยาลัย (อสน.ม) เครือข่ายกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรองและการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (ก่อนอบรม) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 47.67 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.12 ระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 6.21 และหลังจากการเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า (หลังอบรม) อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.45 ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 11.55 สามารถทำให้สอดคล้องกับการศึกษาของจรัญ ใจจันทร์ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอยางตลาด อำเภอยางตลาด จังหวัดน่าน<sup>(1)</sup> ผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบใหม่ พบว่า กิจกรรมสร้างเสริมและพัฒนาคุณภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตำบล/ชุมชน พบว่า ญาติ/อส. มีองค์ความรู้และทักษะจาก ร้อยละ 66 เพิ่มเป็นร้อยละ 96 ระดับความพึงพอใจรูปแบบของผู้ป่วยและญาติจาก ร้อยละ 53 เพิ่มเป็น ร้อยละ 95 และมีเครือข่ายเฝ้าระวังปัญหาในสถาบันการศึกษาเกิดความตระหนักรู้ การเฝ้าระวังก่อเกิดเป็นนโยบายระดับมหาวิทยาลัย สอดคล้องกับการศึกษาของสุสารี ประดินกิจ การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม :

กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร<sup>(2)</sup> พบว่าองค์ประกอบหลักที่ช่วยในการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีในชุมชน คือ ปัจจัยด้านผู้นำชุมชนจากการศึกษา พบว่า การสร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนจะต้องอาศัยทุกภาคส่วนทั้งผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากรทางการแพทย์ นักพัฒนาจะต้องเห็นความสำคัญมีความมุ่งมั่น ตระหนักถึงปัญหา มีความสนใจ วิสัยทัศน์ที่กว้างไกล รวมทั้งมีสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่ายนำแผนพัฒนา มาพัฒนาศักยภาพของสมาชิก สร้างกิจกรรมร่วมกันให้ทุกคนได้มีความรู้ในเรื่องสุขภาพเห็นความสำคัญของปัญหา และสามารถช่วยเหลือกันในด้านสุขภาพได้ มีการจัดการและส่งต่ออย่างมีระบบตลอดจนเกิดนวัตกรรมจากการดำเนินงานเรื่องนี้ คือ Application คัดกรองซึมเศร้า เข้าถึงซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ตอบโจทย์ของการจัดการด้านสุขภาพ คือ เกิดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ ชุมชนสถาบันการศึกษาเข้มแข็ง บุคลากรได้รับการพัฒนาทักษะมีความตระหนักรู้ปัญหา เกิดการปรับระบบบริการสุขภาพสอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ นอกจากนี้ผลกระทบที่เกิดขึ้น คือ นักศึกษาสามารถเป็นแกนนำด้านสุขภาพในอนาคต ปัจจัยความสำเร็จในครั้งนี้ คือ การขับเคลื่อนงานโดยให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมและบูรณาการแบบ IPE (Inter-Professional Education) ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหา

### สรุปและข้อเสนอแนะ

#### การนำรูปแบบไปใช้ในการปฏิบัติงาน

การพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ทำให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าได้รับการที่ต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้ชุมชนหรือภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น ภาคการศึกษาที่สำคัญ คือ แกนนำนักศึกษา อาจารย์ที่ปรึกษา มีส่วนร่วมในการดูแล ฝ้าระวังและป้องกัน

นักศึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของมหาวิทยาลัยหรือสถานศึกษาในระดับเดียวกัน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งจะไม่ทราบถึงสาเหตุและปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่น ดังนั้นจึงควรศึกษาปัจจัยที่ความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นในสถานศึกษา เพื่อหาแนวทาง แก้ไขและป้องกันโรคซึมเศร้าที่จะนำไปสู่การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายในอนาคตต่อไป

#### ปัจจัยความสำเร็จ

การขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย ทั้งภาคเครือข่ายภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคท้องถิ่นและบูรณาการผ่านระบบการเรียนรู้ร่วมกันของนักศึกษา Interprofessional Education (IPE) ก่อให้เกิดความยั่งยืนและเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาประสิทธิภาพ

#### กิตติกรรมประกาศ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลวัยรุ่นซึมเศร้าในมหาวิทยาลัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สำเร็จลุล่วงด้วยดี ผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้บริหารที่ให้โอกาสพัฒนารูปแบบบริการดูแลวัยรุ่นซึมเศร้าในมหาวิทยาลัย รวมถึงขอขอบคุณสทวิชาชีพและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนที่ร่วมกันออกแบบระบบบริการ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. จงรักษ์ ใจจันทร์. ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอนาโหลย อำเภอยะเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 28(1): 76-87.
2. สุสารี ประดินกิจ. การพัฒนาารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562; 8(1): 7-17.
3. วนบุษย์ ยุพเกษตร. เปิดสถิติจริงของ'โรคใหม่' ใน 'โลกใหม่'. Creative Thailand. 10; 9 (2562): 18-22.
4. สะท้อนสุขภาพจิตเด็ก-เยาวชน สร้างสังคมใส่ใจคนรอบตัว. สสส. [ข้อมูลวันที่ 24 กันยายน 2561]
5. ห่วงวัยรุ่งเยาวชนไทยมีภาวะซึมเศร้า แนะนำคนรอบข้างรับฟังอย่างเข้าใจ, ข่าวกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต (เผยแพร่วันที่ 10 มิถุนายน 2562)
6. วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล และ โชชิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย : การสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2560; 2560(28). 136-149.
7. นันทิรา หงษ์ศรีสุวรรณ. ภาวะซึมเศร้า Depression. วารสาร มน.ก.วิชาการ 2559; 2559(38): 105-118.
8. อุมาพร ตรังคสมบัติ. (ม.ป.ป.). แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทย. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/test/cesd/depress/>
9. สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า. สืบค้นจาก [https://mwi.anamai.moph.go.th/webupload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202108/m\\_news/9069/178933/file\\_download/d3c5c30b44833f814d7f3457ea440c55.pdf](https://mwi.anamai.moph.go.th/webupload/38x012f0575ae60054c957e56c3d727e971/202108/m_news/9069/178933/file_download/d3c5c30b44833f814d7f3457ea440c55.pdf)
10. Timothy J. Legg. (2019). The Effects of Depression in Your Body. สืบค้นจาก <https://www.healthline.com/health/depression/effects-onbody?fbclid=IwAR3OxG8mtlQJXVUmaYhEr936vpz0-zf1d4D2v4MW9bgYeq2ddmxHS-5lb-w#2>
11. ปารีชาติ เมืองขวา, กมลนันทน์ คล่องดี และ สุรัชย์ เฉนีง. ภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาไทย: บทบาทที่สำคัญสำหรับสถาบันการศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2560; 21: 104-115.