การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

อมรพันธ์ สมร พ.บ.*
สืบตระกูล ตันตลานุกุล พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)**

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากการเก็บข้อมูลของงานสุขภาพจิตและยาเสพย์ติดอำเภอวังชิ้น พบการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น กระบวนการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อให้การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้ามีความครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น จะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย จากโรคซึมเศร้าได้

วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพของ อสม.

วิธีการศึกษา: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นการศึกษาจากประชากรทั้งหมด ได้แก่ อสม. จำนวน 71 คน และประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 1,118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน และเครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจ ทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยหนึ่งกลุ่มตัวอย่าง และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: ตำบลสรอย เป็นชุมชนชนบทประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ให้กับครอบครัว ทำให้ขาดความสนใจในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ผลการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2560 ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพียงร้อยละ 50 อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง มีความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจอยู่ในระดับต่ำ และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าทุกกิจกรรม

** แพทย์เวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสุขภาพจิตชุมชน) โรงพยาบาลวังชิ้น*

*** อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*

สรุป: การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าเป็นกระบวนการทำงาน และเรียนรู้ร่วมกันของเจ้าหน้าที่ อสม. ประชากรกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีบริบทของชุมชนเป็นฐาน และปฏิบัติการเชิงรุกเป็นวงจรต่อเนื่อง จะส่งผลให้กระบวนการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้ามีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด และยังเป็นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังอื่นๆ ในชุมชนได้ต่อไป

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การตรวจคัดกรอง, โรคซึมเศร้า

The Enhanced Performance of Public Health Volunteer in Screening Patients with Depressive Disorder at Sa-roy Subdistrict, Wangchin District, Phrae Province

Amornpan Samorn M.D.*

Seubtrakul Tantalanukul, M.N.S. (Community Nurse Practitioner)**

Abstract

Backgound: Depression is the cause of suicide and is a major public health problem in every country around the world. From the data collection of mental health and drug work at Wang Chin District, suicides are likely to increase. The process of capacity development of health volunteers to provide screening for depressive disorders if it covers more at-risk populations will help reduce the morbidity, mortality rate from depression.

Objective: To enhance the performance of the public health volunteer in screening patients with depressive disorder and to examine the results of the performance enhancement of the public health volunteer in screening patients with depressive disorder at Wangchin Subdistrict.

Study design: This participatory action research. The samples of this study included 71 public health volunteer and 1,118 subjects who aged more than 35 years old. The instruments used in this study were ones to investigate the community's

contexts and to enhance the performance of the public health volunteer. The statistic analysis in this qualitative study were frequency, percentage, mean, minimum, maximum, and standard deviation in order to investigate the comparison of difference in knowledge about depressive disorder, persuasive performance, skills in screening patients with depressive disorder which were analyzed with mean scores of the samples. Moreover, the qualitative data was examined with content analysis.

Result: It was found that Wangchin Subdistrict is a rural community. The majority of the community members are farmers who have to work outside their community to make a living. This caused them to neglect their self-awareness in depressive disorder. In 2017, the results of the screened the subjects who aged more than 35 years old accounted to be 50 %. Most of the public health volunteer realized the knowledge about depressive disorder in moderate level, and they have persuasive performance in low level. In addition, they failed to pass the evaluation criterion for screening of depressive disorder in every activity.

Conclusion: The suggestions from this research are that the screening procedures of depressive disorder require participatory working process and learning among the public health volunteer, risk population, and the patients themselves. It can also result in the coverage of screening procedures of public health volunteer in depressive disorder and other non-communicable diseases in the community.

Keywords: The Enhanced Performance of Public Health Volunteer, Screening Patients, Depressive Disorder

** Preventive medicine (Community mental health) Wangchin Hospital*

*** Nursing Instructor Boromarajonani College of Nursing Uttaradit*

บทนำ

การฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก พบว่า ในในช่วง 45 ปีที่ผ่านมา อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มมากยิ่งขึ้นร้อยละ 60 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ยกระดับปัญหาการฆ่าตัวตายให้เป็นวาระสำคัญของโลก และได้ประมาณการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านรายต่อปี[1] และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือ จะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คนทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1- 2 วินาที[2] และเมื่อผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยหลักที่สำคัญของประเทศ จะเกิดความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าความเสียหายเชิงเศรษฐกิจประมาณ 550 ล้านบาทต่อปี

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยที่พบได้ทั่วไปในประชาชนทุกเพศทุกวัย จากการสำรวจทางระบาดวิทยาโรคจิตเวชในคนไทย ปี 2551 ประมาณการว่าคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (major depressive episode) จำนวน 181,809 คนป่วยเป็นโรคซึมเศร้าชนิดเรื้อรัง (dysthymia)[1] ซึ่งถ้าหากผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องจะมีการเกิดซ้ำ และเป็นเรื้อรังอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายและก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก โรคซึมเศร้าเป็นโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์เป็นอาการที่สำคัญ ร่วมกับมีพฤติกรรมและความคิดผิดปกติ อาการด้านอารมณ์ได้แก่ มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย (depressed mood) และหมดความสนใจในสิ่งต่างๆ เบื่อ ไม่เพลิดเพลิน (loss of interest) อาการทางด้านพฤติกรรม ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ไม่มีแรง ส่วนอาการทางด้านความคิด ได้แก่ มีความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ช่วยตัวเองไม่ได้ เป็นภาระต่อผู้อื่น มีความรู้สึกท้อแท้ มีความคิดอยากตายหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โรคซึมเศร้าพบได้ร้อยละ 10-15 ของประชากรทั่วไป พบบ่อยในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และพบได้ในทุกช่วงอายุ โดยเฉพาะวัยรุ่นและวัยสูงอายุ โรคซึมเศร้ามีผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการทำงาน การดูแลตนเอง การดำเนินกิจวัตรประจำวันแย่ลง มีผลกระทบต่อตนเองและคนรอบข้าง ถือเป็นโรคที่มี morbidity และ mortality สูง มีผลกระทบต่อผู้ป่วยที่มีโรคทางกายอยู่เดิม เช่น โรคหัวใจ และเบาหวาน[2]

สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้รายงานว่า แต่ละปีมีจานวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 ราย และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตัวเองทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต พบว่า มีจำนวนรวมสูงถึง 25,000 – 27,000 ราย/ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย [3] สำหรับผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ

(suicide attempted) มีอัตราการทำร้ายตัวเองซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี และพบว่าภาคเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของประเทศไทยในอัตรา 11.96 ต่อแสนประชากร[1]

จากการเก็บข้อมูลของงานสุขภาพจิตและยาเสพติดอำเภอวังชิ้น พบการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2555-2558 (ข้อมูล ณ 30 มิ.ย. 58) โดยมีจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี 2555 จำนวน 10 ราย (20.5 คนต่อแสนประชากร) ปี 2556 จำนวน 10 ราย (20.5 คนต่อแสนประชากร) ปี 2557 จำนวน 11 ราย (22.55 คนต่อแสนประชากร) ปี 2558 จำนวน 6 ราย (12.3 คนต่อแสนประชากร) ซึ่งพบว่า ในเขต รพสต.วังเบอะ มีจำนวนคนฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็นอันดับ 2 โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากโรคซึมเศร้า[4]

การดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลวังชิ้น มีการดำเนินงานโดย อสม. ซึ่งเป็นบทบาทในงานตามองค์ประกอบของงานสาธารณสุขมูลฐานในเรื่องการป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยให้ อสม. ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยการใช้แบบตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นสัมภาษณ์ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ตามกลุ่มหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ แนะนำผลดีผลเสียในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และนัดหมายกลุ่มเสี่ยงสูงให้มารับบริการตรวจรักษาต่อเนื่องกับเจ้าหน้าที่ หาก อสม. มีศักยภาพที่สูง มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงานย่อมพัฒนาการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าได้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินงานการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย จากการสนทนากลุ่ม อสม. ตำบลสรอย เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่า อสม. ไม่สามารถถามประชากรตามแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าได้ถูกต้องครบถ้วน การติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มารับการตรวจรับการรักษายังไม่ครอบคลุม ขาดทักษะในการพูดชักชวนให้ประชาชนมารับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า นอกจากนี้ในระยะหนึ่งปีที่ผ่านมามีการเพิ่มจำนวน อสม. จำนวนมากต้องเร่งรัดการอบรมให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน ทำให้ขาดการฝึกทักษะที่จำเป็น ส่งผลให้มีความครอบคลุมของการให้บริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าต่ำ อสม. ส่วนใหญ่จึงต้องการพัฒนาความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และการสร้างแรงจูงใจในการชักชวนประชากรกลุ่มเสี่ยงให้มารับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพของ อสม. การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยการประยุกต์รูปแบบผู้ช่วยเหลือทางธรรมชาติ รูปแบบการโน้มน้าวชักจูงใจและแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาเป็นกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. เพื่อให้การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้ามีความครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดอัตราป่วย อัตราตาย จากโรคซึมเศร้าได้

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ โดยประยุกต์รูปแบบผู้ช่วยเหลือทางธรรมชาติ รูปแบบการโน้มน้าวชักจูงใจ และแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ จำนวน 71 คน ประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ จำนวน 1,118 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม งานสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานด้านบริบทชุมชน แบบสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ในด้านนโยบายและการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ทะเบียนการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์ก่อนการพัฒนาแบบประเมินศักยภาพ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

2. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย แนวการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินสภาพปัญหาและการวางแผนปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม ชุดกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น แบบบันทึกผลการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบสังเกตการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการอบรมพัฒนาศักยภาพของ อสม.

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย การประเมินศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า เป็นเครื่องมือชุดเดียวกันกับเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชน ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าของ อสม. แบบประเมินความสามารถในการ

โน้มน้าวชักจูงใจของ อสม. และแบบประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของ อสม.

การสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบทดสอบชนิดเลือกตอบ โดยให้ อสม. เลือกตอบข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน นำแบบทดสอบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าของ อสม. ไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์ (IOC) นำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการ แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าตั้งแต่ 0.5-1.00 และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตร KR-20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.88

แบบประเมินความสามารถในการโน้มน้าวและชักจูงใจของ อสม. เป็นแบบประเมินทักษะโดยการสังเกตของผู้วิจัย ซึ่งเป็นแบบประเมินตามรายการ คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ จำนวน 15 ข้อ นำแบบประเมินความสามารถในการโน้มน้าวและชักจูงใจของ อสม. ไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ

แบบประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของ อสม. จำนวน 30 ข้อ ประเมินทักษะโดยการสังเกตของผู้วิจัย ซึ่งเป็นแบบประเมินตามรายการ โดยกำหนดรายการที่ต้องสังเกตของแต่ละกิจกรรม และกำหนดเกณฑ์การสังเกตเป็น 2 ระดับ คือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ นำแบบประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของ อสม. ไปให้ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

ด้านบริบทชุมชน รวบรวมข้อมูลด้านบริบทชุมชน รวบรวมข้อมูลการประเมินศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า รวบรวมข้อมูลการประเมินความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจ และการประเมินทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าที่ อสม. ต้องลงมือปฏิบัติเอง รวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานความครอบคลุมของการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

ด้านกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย

4 ขั้นตอน คือ การวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนการปฏิบัติงาน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินสภาพปัญหาเรื่องการดำเนินการตรวจคัดกรอง ความครอบคลุมการตรวจคัดกรอง ศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรอง และการวางแผนปฏิบัติในเรื่อง การสร้างทีม การกำหนดกิจกรรม การจัดทำชุดกิจกรรมการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของ อสม.

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพของ อสม. เรื่องความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการฝึกอบรมฝึกปฏิบัติ การการสอนทักษะการติดต่อสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวชักจูงใจ การดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าโดย อสม. การติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงมารับบริการ และการนิเทศติดตามโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลวังชิ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ ประกอบด้วย การสังเกตกระบวนการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าโดย อสม. ในการเตรียมความพร้อมของแบบประเมิน วัสดุอุปกรณ์ การนำความรู้ไปดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า การติดตามประชากรกลุ่มเสี่ยง

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนการปฏิบัติ ประกอบด้วย การสังเคราะห์กระบวนการ และผลการปฏิบัติ เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป โดยผู้วิจัย และ อสม. สนทนากันเป็นระยะๆ เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ถึงผลการปฏิบัติงาน ปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้น และทำการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน และหาแนวทางแก้ไขปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ด้านผลลัพธ์ของการพัฒนา รวบรวมข้อมูลด้านผลลัพธ์ของการพัฒนา ประกอบด้วย ศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และผลจากการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา วิเคราะห์ขอมูลโดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) แล้วนำมาประมวลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

2. วิเคราะห์ข้อมูลผลลัพธ์ของการพัฒนาโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังดำเนินการโดยใช้สถิติการทดสอบค่าเฉลี่ยแบบหนึ่งกลุ่มตัวอย่าง (One-sample t-test)

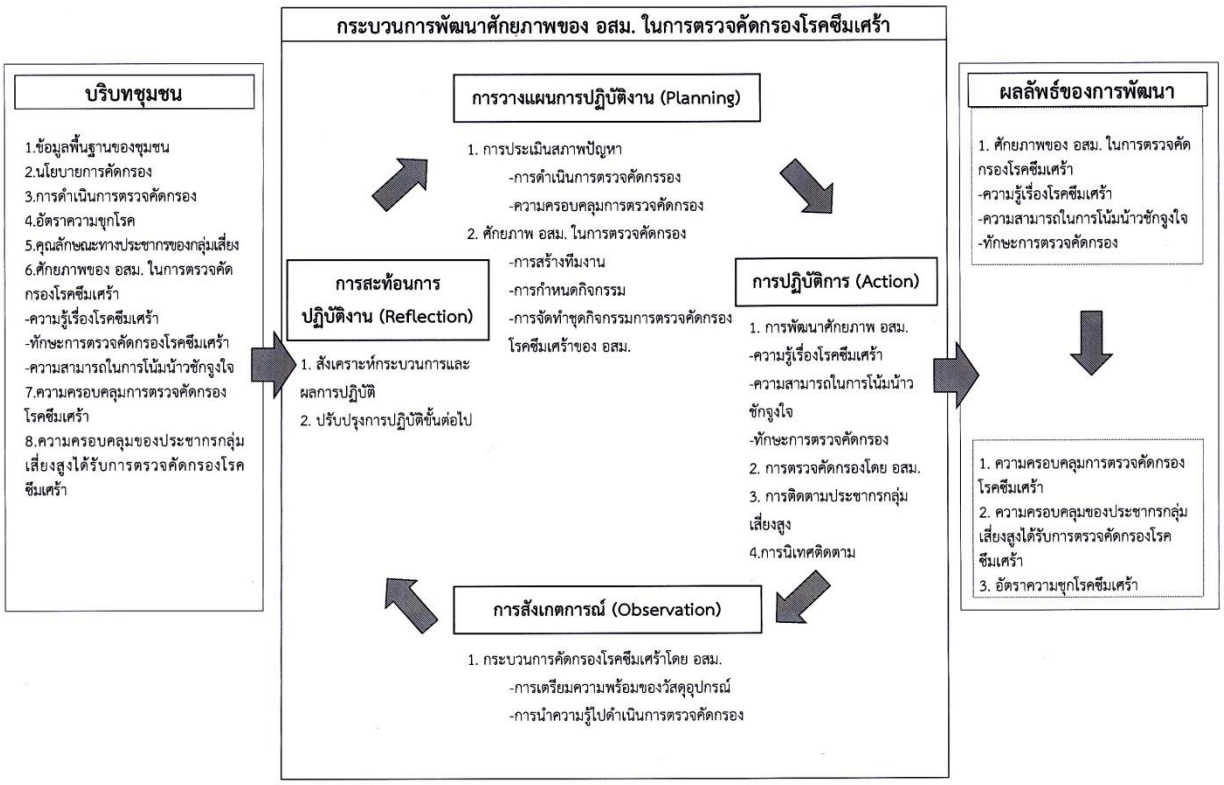
ผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการ

ตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่ นำเสนอผลการวิจัย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 บริบทชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า (ภาพที่1)



ภาพที่ 1 การพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ตำบลสรอย อำเภอวังชิ้น จังหวัดแพร่

ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า

อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการสอน 4.12 และ 8.05 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการสอน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าหลังการสอนสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการสอน

การทดสอบ	$\overline{X}$	SD	$\overline{D}$	$S.D._D$	t	p-value(1-tailed)
ก่อนการสอน	4.12	1.05	1.42	.169	-23.19	.00
หลังการสอน	8.05	1.08				

**P < .01

อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจก่อนและหลังการสอน 5.95 และ 13.07 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจก่อนและหลังการสอน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจหลังการสอน สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการสอน

การทดสอบ	$\overline{X}$	SD	$\overline{D}$	$S.D._D$	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการสอน	5.95	1.46	1.85	.220	-32.29	.00
หลังการสอน	13.07	0.96				

**P < .01

อาสาสมัครสาธารณสุขมีค่าเฉลี่ยทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการสอน 8.92 และ 26.14 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการสอน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าหลังการสอน สูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยทักษะในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของอาสาสมัครสาธารณสุข ก่อนและหลังการสอน

การทดสอบ	$\overline{X}$	SD	$\overline{D}$	$S.D._D$	t	p-value (1-tailed)
ก่อนการสอน	8.92	1.95	2.93	.348	-49.37	.00
หลังการสอน	26.14	2.85				

**P < .01

วิจารณ์

ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ส่งผลให้ อสม. มีความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า มีความสามารถในการโน้มน้าวชักจูงใจ และมีทักษะการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า หลังดำเนินการพัฒนากระบวนการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการคัดกรองโรคซึมเศร้า และได้ข้อค้นพบว่า การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าไม่สามารถตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าได้ครอบคลุมในครั้งเดียว ควรมีการสะท้อนการปฏิบัติงานเป็นระยะเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีการให้ อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน พบว่า การดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับปัญหา และความต้องการของชุมชน อสม. สำรวจกลุ่มเป้าหมายตามหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ทำให้ได้กลุ่มเป้าหมายที่เป็นปัจจุบัน ปรับวิธีการประชาสัมพันธ์ให้มีทั้ง การประกาศทางหอกระจายข่าว เพิ่มการบอกกล่าวปากต่อปากเป็นรายบุคคลของ อสม. ผ่านหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงข้อมูลได้มากยิ่งขึ้น มีการแจ้งผลการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า และแนะนำการปฏิบัติตัวให้กับประชากรกลุ่มเสี่ยงหลังจากการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าทันที

ผลจากการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่า การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น ประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าครอบคลุมเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.0 อัตราความชุกโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.0 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง และประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับบริการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90.0 ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่เพิ่มขึ้นร้อยละ 10.0 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแอบแฝง ร้อยละ 10.0 ของประชากรกลุ่มเสี่ยงทั้งหมดที่มาตรวจคัดกรอง โรคซึมเศร้า และพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายเก่าร้อยละ 90.0 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมด ซึ่งการวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าครั้งนี้สามารถเพิ่มความรู้ความสามารถในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าของ อสม. และ อสม. สามารถตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าประชากร ได้สูงสุด ซึ่งเป็น

การให้บริการโดยให้ชุมชนเป็นฐาน และการที่ อสม. เป็นบุคคลที่อาศัยในชุมชนเดียวกับประชากรกลุ่มเสี่ยงทำให้สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงได้ง่ายกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ภูวนาถ, สุชาติ สนพะเนาว์ และวิทยา สิ้นภัย[5-7] พบว่า การใช้กระบวนการทำงานเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่จริง เป็นการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับ อสม. จะช่วยให้ อสม. เกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะในการปฏิบัติงาน ช่วยในการแก้ปัญหา และพัฒนาศักยภาพของ อสม. และการศึกษาของ รุ่งนาวี ภูชุม, วัชรากรณ์ โคตพันธ์ และ ศุภิสรา คงเสถียรพงษ์[8-10] พบว่า การอบรมให้ความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มศักยภาพ อสม. ให้สามารถ จัดกิจกรรมบริการตามปัญหาสาธารณสุขของหมู่บ้านอย่างเป็นระบบด้วยตนเอง ซึ่งการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการคัดกรองโรคซึมเศร้าจะเป็นทุนทางปัญหาและสังคมในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติงานสร้างสุขภาพด้านอื่นๆ สืบต่อไป

สรุป

1. การวิจัยครั้งนี้มีข้อค้นพบที่สำคัญ คือ อสม. สามารถดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยงเกือบร้อยละ 100 โดยมีกระบวนการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าที่เป็นวงจรต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ การสำรวจกลุ่มเป้าหมาย การวางแผน การดำเนินการ ปฏิบัติการ และประเมินผล แล้วนำผลการประเมินมาแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องกับบริบทของชุมชน ซึ่งสามารถไปปรับใช้ในการดำเนินการตรวจคัดกรองโรคเรื้อรังอื่นๆ ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายได้

2. การดำเนินการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าโดย อสม. เป็นกระบวนการบนพื้นฐานของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ถึงแม้ว่าจะแบ่งความรับผิดชอบตามกลุ่มหลังคาเรือนก็ยังมีความจำเป็นที่ต้องทำงานเป็นทีม และช่วยเหลือกัน อสม. บางคนมีสัมพันธภาพที่ดีกับประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ได้อยู่ในละแวกความรับผิดชอบของตนเอง จะได้รับความไว้วางใจจากประชากรกลุ่มเสี่ยงในการตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้า ทำให้การตรวจคัดกรองโรคซึมเศร้าครอบคลุมมากขึ้น

3. หน่วยงานควรมีการทำชุดกิจกรรม หรือคู่มือในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อให้ อสม. ยึดเป็นมาตรฐานเดียวกันในการปฏิบัติงาน และในการจัดอบรม ควรเน้นการฝึกปฏิบัติมากกว่าการบรรยายเพียงอย่างเดียว

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health. Annual Report of the Department of Mental Health 2016. Bangkok: Bureau of Mental Health Strategy; 2016.

2. Loatrakul M, Sukanich P. Rama-thibodi Essential Psychiatry. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
3. Boonarpan S. Factors contributing to suicide among patients in Wangchin hospital, Phrae Province. Bulletin of Suanprung 2010; 26(2):5-14.
4. Phuwanart P. The latency develop-ment of village health volunteers in diabetes melitus screening of people in Nong Pai Lom community district, Nakhon Ratchasima province. Nakhon Ratchasima: Graduate School Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2010.
5. Sonpanow S. Potential development in hypertension screening of village health volunteers in Tungkradone primary care unit, Tambon Simum, Amphoe Mueang, Changwat Nakhon Ratchasima. Nakhon Ratchasima: Graduate School Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2014.
6. Sinpai W. Potential development of village health volunteers on high blood pressure prevention and control at Ban Nangew Moo 1, 7 Nangew Sub-District Sangkom District Nongkhai Province. Khon Kaen: Graduate School Khon Kaen University; 2015.
7. Phuchum R. Empowerment develop-ment guidelines for village health volunteers In Toomyai Subdistrict Administration Organization,Kumuang District, Buriram Province. Khon-Kaen: Graduate School Khon Kaen University; 2014.
8. Kotpun W. Potential development of prevention and control for dengue hemorrhagic fever by village health volunteers Ban Hauysaingua Moo 5 Phatung Sub-District Sangkom District Nongkhai Province. Khon kaen: Graduate School Khon Kaen University; 2015.
9. Kongsathianpong S. Capacity building of village health volunteers in home visit among diabetes mellitus patients in laem thong subdistrict municipality nong bunmak district Nakhon Ratchasima province.

Nakhon Ratchaima: Graduate School Nakhon Ratchasima Rajabhat University; 2015.

10. Mongkol A. and Others. Development and testing of Thai mental health indicators. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2008.