

ผลของการใช้โปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือ

ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดพิจิตร ปี 2550

(The Application of the Participating Training Program for Care and Help

on the Patients Depressive and Risky to commit Suicide at Phichit Province : In 2007)

ปีตมา ผ่องสมบูรณ์ วทบ.*

ไสววรรณ ทองงามขำ กศม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือ ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จังหวัดพิจิตร ปี 2550 ครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยวัดผลก่อนและหลังการอบรม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมด้านความรู้ เจตคติและทักษะ ในการดูแลช่วยเหลือ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยทุกแห่ง จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้

ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมิน การสังเกต และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความแตกต่างระหว่างความรู้ และเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ t-test และวิเคราะห์ผลกระทบหลังอบรมด้วยค่าร้อยละ และ บรรยายตามขั้นตอนในการเฝ้าระวังประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผลการวิจัยพบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าโปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เพศหญิง ร้อยละ 73.08 อายุระหว่าง 31 - 40 ปี ร้อยละ 51.54 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.38 การศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 79.23 ตำแหน่งของ

* นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

** นักวิชาการสาธารณสุข 7 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ คือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน ร้อยละ 30.00 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในสายงานระหว่าง 6 - 10 ปี ร้อยละ 36.15 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนมากเคยได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 80.00 สำหรับการจัดกิจกรรมอบรมแบบมีส่วนร่วม พบว่า ความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยมีความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ส่วนเจตคติต่อผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยมีความคิดเห็น ต่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ในด้านทักษะ พบว่า หลังการอบรม 6 เดือนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ได้กลับไปเฝ้าระวังประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 90.76 ของผู้เข้ารับการอบรมและจากการประเมินในชุมชน มีผู้เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า 2,714 คน พบผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,060 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 ในจำนวนนี้เป็นผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 316 คน คิดเป็นร้อยละ 29.81 ของผู้มีภาวะซึมเศร้า ดำเนินการช่วยเหลือโดยการส่งต่อและเฝ้าระวัง

อย่างต่อเนื่อง 6 เดือน ทำให้ไม่มีประชาชนฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 100) และส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46 ของผู้เข้ารับการอบรม

คำสำคัญ : โปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วม การดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

Abstract

The research aims to access the efficiency of the participating training program dealing with care and help for the person who looks depressive and risky to commit suicide. There are 130 attending government officers sampled from several hospitals in Phichit province, primary health care units, district and sub-district health care stations. The study was design to be quasi-experimental using. Questionair, evaluation form, observing, group discussion and data were analysed using SPSS program for windows including percentile, mean, standard deviation. Pre and post training tests are also done with t-test, statistically. The impact following to the program is also monitored.

The results showed that most of the program-attending officers were female. The ones at the ages between 31-40 years were 73.08% The 51.54% were the person with a marital status. The 79.23% finished

บทนำ

the bachelor degree from graduate schools. The 36.15% had experience directly on that field of work between 6 and 10 years. The 80% of the attending officers had ever undertaken the mental health training courses. It was also found that the program attending governmental officers got more knowledge after training as compared with before-training (at 0.001 levels statistically).

For the attitude of the training attending officers , after the training , they paid more attention to the patients who got depressive and risk to commit suicide as compared with before training.

According to their skill, it showed that for 6 months after training, the number of 118 officers (90.76%) have worked on care and help for the mentioned patients. Moreover, from and evaluation in the community area there were 2,714 people who became risky to be depressive. The number of 1,060 (39.06%) had been depressed which the 316 (29.81%) were risky to commit suicide. They received encouragement with getting good care continuously for 6 months and no suicide was reported. Consequently, the 115 of the trained officers (88.46%) achieved the high satisfactory level.

Key word : Participating training program, Depressive disorder.

กรมสุขภาพจิตรายงานเมื่อปี พ.ศ. 2541 พบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก แต่เมื่อพิจารณาถึงแนวโน้มของขนาดปัญหาพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น กล่าวคือ อัตราผู้มีภาวะซึมเศร้าในปี พ.ศ. 2540 - 2544 พบ 55.90, 74.39, 99.58, 130.77 และ 99.90 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เมื่อศึกษาถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตายพบว่ามีลักษณะที่คล้ายคลึงกับรายงานของต่างประเทศ กล่าวคือ สาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายคือภาวะซึมเศร้าและปัญหาพิศุราเรื้อรัง โดยพบว่าประชาชนไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของตนเองและครอบครัวด้วยวิธีการที่เหมาะสมหรือการแก้ไขปัญหาโดยขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นหรือแหล่งบริการของรัฐรวมทั้งทักษะในการจัดการกับความเครียดนั้นยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) เป็นโรคสำคัญทางจิตเวชผลกระทบจากโรคซึมเศร้าที่มีต่อผู้ป่วยนั้นไม่น้อยไปกว่าโรคทางกายที่สำคัญอื่นๆ กล่าวคือ การปฏิบัติภารกิจต่างๆของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิมหรืออาจทำงานไม่ได้เลย ก่อให้เกิดภาวะและปัญหาแก่ครอบครัวทั้งด้านเศรษฐกิจ จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ โรคซึมเศร้านี้ยังเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคทางร่างกายหรือทำให้โรคที่เป็นอยู่กำเริบหนักขึ้นได้ สำหรับการฆ่าตัวตายนั้น มักจะมีสาเหตุที่เกี่ยวข้องกันหลายประการ

โดยทางด้านจิตใจนั้นผู้คิดฆ่าตัวตายมักมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถมองสังครรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรมและไม่สามารถ ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตนเองได้ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก ปัญหาสังคมที่มีแต่ความสับสน วุ่นวาย เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน สมาชิกในสังคมเกิดความรู้สึกแปลกแยก ขาดความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ ส่วนด้านปัจจัยทางชีวภาพหรือการแพทย์พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย

จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าวกรมสุขภาพจิต¹ จึงได้มีโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 เป็นต้นมา โดยมุ่งขยายบริการให้ผู้ที่ประสบปัญหาเข้าถึงระบบการช่วยเหลือดูแลอย่างครอบคลุม ทันต่อเหตุการณ์และโดยเหตุที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือให้ผู้มีความคิดฆ่าตัวตายผ่านพ้นความทุกข์ใจ และช่วยประคับประคองให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางความผันผวนในสังคมอย่างมีความทุกข์ใจน้อยที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สิ่งสำคัญคือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะการช่วยเหลือ ดูแลผู้มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้มีภาวะซึมเศร้าอย่างถ่องแท้ โดยการใช้หลักการช่วยเหลือทางจิตสังคม ได้แก่ การรับฟัง

ยอมรับ ให้กำลังใจ และสร้างความภาคภูมิใจในตนเองให้แก่ผู้ป่วย เพื่อสร้างพลังที่อยากจะมีชีวิตอยู่

จังหวัดพิจิตรมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ปีซ้อนหลัง (ปีพ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2549) คือ มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 57.41, 38.65 และ 53.29 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งในปี 2549 สูงกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกิน 33 ต่อประชากรแสนคน) มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.90, 2.74 และ 4.47 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แม้จะมีแนวโน้มลดลงและต่ำกว่าเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข (ไม่เกิน 7 ต่อประชากรแสนคน) แต่ก็ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดพิจิตร² ด้วยเหตุนี้ในปีงบประมาณ 2550 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตรร่วมกับ เครือข่ายบริการสุขภาพทุกอำเภอ ได้จัดทำโครงการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขเพื่อการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักสูตรที่มีชื่อเรียกว่าโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้นคณะผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและงานแผนงานและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร จึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนากระบวนการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาสุขภาพจิต อย่างมีประสิทธิภาพโดยนำเสนอผู้บริหารเพื่อกำหนดเป็นนโยบายทุกระดับในการสนับสนุนการดำเนินงานต่อไป การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา

ผลสำเร็จของการดำเนินงานโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร ปี 2550 โดยศึกษา

1. ความรู้ และเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อน - หลังการอบรม
2. ศึกษาความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีต่อการจัดอบรม
3. ศึกษาผลกระทบหลังการอบรม ได้แก่ ทักษะในการดำเนินงานและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนปัญหาในการดำเนินงานต่าง ๆ หลังอบรม

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) โดยวัดผลก่อน - หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ สถานีอนามัย จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความแตกต่างระหว่างความรู้ และเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนและหลังการอบรมด้วยสถิติ t - test

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าโปรแกรมการอบรมแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เพศหญิง (ร้อยละ 73.08) มีอายุ อยู่ระหว่าง 31 - 40 ปี (ร้อยละ 51.54) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 65.38) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 79.23) ตำแหน่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ คือ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (ร้อยละ 30.00) มีระยะเวลาปฏิบัติงานในสายงานระหว่าง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 36.15) ปฏิบัติงานที่ศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานีอนามัยมากที่สุด (ร้อยละ 83.85) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนมากเคยได้รับการอบรมทางด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 80.00)

2. ผลการจัดกิจกรรมอบรมแบบมีส่วนร่วม

ผลวิจัยพบว่าความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ก่อนการอบรม $\bar{X} = 8.47$, S.D. = 0.56 หลังการอบรม $\bar{X} = 9.14$, S.D. = 0.47)

ส่วนเจตคติในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีเจตคติต่อการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ก่อนการอบรม $\bar{X} = 32.02$, S.D. = 3.07 หลังการอบรม $\bar{X} = 33.93$, S.D. = 3.31)

สำหรับความคิดเห็นที่มีต่อการจัดการอบรม และสื่อที่ได้รับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในระดับดี

ในด้านทักษะพิจารณาจากผลกระทบทหลังอบรมได้แก่ ผลการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่และปัญหาต่างๆ ในการดำเนินงาน มีดังนี้

ผลการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าหลังการอบรม 6 เดือน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าอบรมได้กลับไปดำเนินการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 90.76 ของผู้เข้าอบรมทั้งหมด ที่เหลืออีก จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 9.24 ยังไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากเป็นผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ในจำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผลงานการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองฯ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ถูกต้อง (จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 97.46 ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่กลับไปดำเนินงานเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ ร้อยละ 88.46 ของผู้เข้าอบรมทั้งหมด) ส่วนน้อยที่ใช้แบบคัดกรองฯ ไม่ถูกต้อง (จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.54 ของผู้ที่กลับไปดำเนินงานเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองฯ) ซึ่งในส่วนที่ไม่ถูกต้องนั้น พบในเรื่อง

ความไม่เข้าใจในเรื่องแบบประเมินและการแปลผล ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือเมื่อพบผู้ที่มีความผิดปกติ โดยมีผลงานการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าจากประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่ค้นหาได้ตามเกณฑ์ จำนวน 2,714 คน ได้แก่ ประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ นักเรียน กลุ่มผู้ป่วยและผู้มีปัญหาครอบครัวตามเกณฑ์ ข้อใดข้อหนึ่ง คือ

1. ซึมเศร้า หม่นหมอง ร้องไห้เกือบทุกวัน
2. มีภาวะสูญเสีย เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา หรือบุตร
3. เจ็บป่วยเรื้อรัง ร้ายแรงหรือรักษาไม่หาย
4. สูญเสียอวัยวะที่หนักหรือพิการ
5. มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ไม่พูดคุยกับใคร

ผลการทำงานหรือผลการเรียนลดลง

เมื่อนำประชาชนกลุ่มเสี่ยงมาใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า พบปกติ คือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,661 คน คิดเป็นร้อยละ 61.20 พบผิดปกติ คือ มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,060 คน คิดเป็นร้อยละ 39.06 เมื่อนำผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1,060 คน มาประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบผิดปกติ คือ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 316 คน คิดเป็นร้อยละ 29.81 ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ดำเนินการส่งต่อโรงพยาบาลและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อีก 6 เดือน ทำให้ไม่พบประชาชนฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินการประเมินคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การประเมินคัดกรอง	ผลการประเมินคัดกรอง				
	กลุ่มเสี่ยง จำนวน (คน)	ปกติ		ผิดปกติ	
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากกลุ่มเสี่ยงในชุมชน	2,714	1,661	61.20	1,060	39.06
2. การประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า	1,060	744	70.19	316	29.81

ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับมาก ต่อการนำความรู้ และทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ไปคัดกรองประชาชน (จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 88.46 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด) มีส่วนน้อยที่มีความพึงพอใจระดับปานกลาง (จำนวน 3 คน ร้อยละ 2.31 จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด) เนื่องจากยังไม่เข้าใจในระบบการเฝ้าระวังและการใช้แบบประเมินต่างๆ บางส่วนไม่แน่ใจเพราะไม่ได้ดำเนินการเฝ้าระวังและคัดกรองเนื่องจากไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุมชนโดยตรง (ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จำนวน 12 คน ร้อยละ 9.23 จากผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด)

ปัญหาการดำเนินงานเฝ้าระวังและประเมินคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางส่วนติดภารกิจงานนโยบายเร่งด่วน ได้แก่ การควบคุมไข้เลือดออก การควบคุม

โรคไข้หวัดนก การเข้าอบรมประชุมต่างๆ ทำให้ไม่มีเวลาดำเนินงานเฝ้าระวัง ดูแลผู้มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ อีกทั้งการทำงานสุขภาพจิตเป็นเรื่องต้องใช้ความรู้และทักษะเชิงลึก ทำให้เจ้าหน้าที่บางส่วนยังขาดความรู้ความสามารถ ทักษะในการให้คำปรึกษา ดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหา ซึ่งผู้เข้ารับการอบรมเสนอให้เพิ่มเติมในหลักสูตรเฉพาะการให้คำปรึกษาและจิตวิทยาสังคม โดยเน้นการฝึกปฏิบัติจริงให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

วิจารณ์

ผลการวิจัยทำให้ทราบว่าประสิทธิผลของโปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วม เพื่อดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้เสริมสร้างความรู้ เจตคติในการดูแล

ช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพจิต เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต พัฒนาระบบบริการ และการช่วยเหลือทางด้านสังคม จิตใจให้แก่ผู้ป่วยโดยสามารถอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย พบว่า หลังการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการอบรมที่ใช้กระบวนการกลุ่มในการเสริมสร้างความรู้ให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยการใช้กรณีศึกษาที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์สาเหตุปัจจัยที่มีผลต่อโรคซึมเศร้า ภาวะเสี่ยงและการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเป็นกิจกรรมสอดคล้องกับธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขจากการตั้งประสบการณ์ในการทำงานมาอธิบาย อีกทั้งการจัดกิจกรรมโดยผู้เรียนเป็นศูนย์กลางจะได้รับความสนใจมากกว่าการบรรยาย และวิธีดังกล่าวข้างต้นยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์แบบสองทาง ทำให้ผู้สอนและผู้รับสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพราะเป็นการแลกเปลี่ยนทั้งความรู้ ความคิดเห็น สมาชิกมีโอกาสให้ข้อมูลและซักถามข้อสงสัย ทำให้เกิดแนวคิด และสามารถจดจำเนื้อหาได้นาน ช่วยให้เกิดการเรียนรู้อย่างกว้างขวางและสามารถนำไปปฏิบัติได้ นอกจากนี้ในกระบวนการกลุ่มทุกครั้ง ผู้ดำเนินการอภิปรายจะแจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มทราบก่อนซึ่งเป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น ทำให้เข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการที่กลุ่มคุ้นเคยกันอยู่บ้างแล้วเป็น

การกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย ได้แสดงความรู้สึก และความคิดเห็นของตนเองออกมา

ด้านเจตคติพบว่าเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการอบรมสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากการออกแบบกิจกรรมเป็นการเสริมสร้างเจตคติให้เจ้าหน้าที่ที่มีปัญหา เข้าใจปัญหาและความทุกข์ใจของผู้ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวเจตคติของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงเปลี่ยนแปลงไปทางบวก รวมทั้งการอบรมโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีผลทำให้เกิดการพัฒนาทั้งด้านพุทธิพิสัย เจตคติ และทักษะพิสัยได้ ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวลีรัตน์ แตรตุลาการ³ ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น มีผลทำให้ทัศนคติและการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้การฝึกอบรมที่มุ่งพัฒนาความรู้ เจตคติโดยจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning) โดยเสริมสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของพฤติกรรมการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการเรียนรู้เป็นการยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิมเกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่องและเป็นการเรียนรู้ที่เรียกว่า active learning ทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเองและระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน ทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง มีการสื่อสารด้วยการพูด หรือ

การเขียน เป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยนการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล โดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีองค์ประกอบที่สำคัญคือ ประสบการณ์เดิมของผู้เรียน (experience) การสะท้อนความคิดและถกเถียง (reflect and discussion) เข้าใจและเกิดความคิดรวบยอด (understanding and conceptualization) และการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment) ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลและให้บริการผู้ป่วย จึงสามารถประเมินสถานะ คัดกรองผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งให้การช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจ โดยสามารถช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการในสถานพยาบาลได้ทัน่วงที ซึ่งกระบวนการทั้งหมดเหล่านี้ส่งผลให้ผู้เข้ารับการอบรมมีการเรียนรู้เพิ่มขึ้นมีทัศนคติที่ดี และการปฏิบัติที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

หลังการอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.46 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด) มีทักษะ/ความสามารถในการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระบบการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข⁴ และขั้นตอนการเฝ้าระวัง ประเมินคัดกรองและดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนตามข้อสรุปที่ได้จากการอบรมและวัตถุประสงค์ของโปรแกรมการอบรม เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จังหวัดพิจิตร ปี 2550 ทำให้พบว่าประชาชนในชุมชนที่ผู้เข้ารับการอบรมรับผิดชอบไม่ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 100) อีกทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่ยังมีความพึงพอใจในการดำเนินงาน แต่ยังพบปัญหาต่างๆบ้าง กล่าวคือ มีงานเร่งด่วน และยังต้องการรับการอบรมด้านการให้คำปรึกษา และจิตวิทยาสังคมเพิ่มเติมสมควรเป็นข้อมูลในการพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

สรุป

จากผลการวิจัย โปรแกรมการอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแบบมีส่วนร่วมเพื่อการดูแลและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายครั้งนี้ ส่งผลให้ บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ เจตคติ และทักษะในการช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายครอบคลุมทุกตำบล อีกทั้งมีระบบเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อจะได้ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ทัน่วงที เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี เฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต การพัฒนาระบบบริการ และการช่วยเหลือทางด้านสังคมจิตใจให้แก่ผู้ป่วย ซึ่งสมควรขยายการอบรมแบบมีส่วนร่วมไปยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขแกนนำชุมชน เพื่อร่วมรับผิดชอบการดูแลสุขภาพจิตประชาชนในครอบครัวและชุมชนร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข และควรกำหนด เป็นนโยบายระดับจังหวัดและอำเภอให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการดูแลผู้ป่วยแบบมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.คู่มือการช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ ร.ส.พ.;2543.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุขปี 2549. (เอกสารอัดสำเนา).2549.
3. วลีรัตน์ แตรตุลาการ. การประยุกต์ทฤษฎีความรู้ความสามารถตนเองร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ปีที่ 1 วิทยาลัยบรมราชชนนี ศรีรัชัญญา จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.2541.
4. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.แผนการสอน การป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์;2547.