

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร โดยกำหนดขั้นตอนการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ 1) ระยะศึกษาสภาพการณ์ปัญหา 2) ระยะพัฒนารูปแบบและทดลองใช้รูปแบบ และ 3) ระยะประเมินผลรูปแบบ โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมและเทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนา ร่วมกับการนิเทศติดตามสนับสนุน และการสรุปบทเรียน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนา มีการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังพัฒนาโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เจาะจงเลือก (Purposive Sampling) แกนนำชุมชนผู้มีส่วนใช้และพัฒนารูปแบบ จำนวน 56 คน ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 53 คน และญาติผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 30 คน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย
2. สรุปผล
3. อภิปรายผล
4. ข้อเสนอแนะ

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1.1 เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร
- 1.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร
- 1.3 เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. สรุปผลการวิจัย

- 2.1 สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ผลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร พบว่า ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความเข้าใจ และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายเท่าที่ควร ส่วนสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหา ด้านการสื่อสารหรือความไม่เข้าใจกัน ความคับข้องใจ ความรู้สึกไม่มีคุณค่า ปัญหาเรื่องสุราและยาเสพติด จนทำให้คนในชุมชนป่วยด้วยโรคทางจิตและโรคซึมเศร้าและบางรายฆ่าตัวตาย ในพื้นที่มี ผู้ป่วยทางจิต 57 ราย (ร้อยละ 1.1) มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย คิดเป็น 56.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราตายที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) ปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นมีในทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุ ส่วนผู้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และมีฐานะทางบ้านไม่ค่อยดี ในประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายและการทำร้ายร่างกายตัวเองนั้น มีทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ บางรายเป็นผู้ป่วยทางจิต มูลเหตุสำคัญคือการความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดใน ครอบครัวและฤทธิ์ของสุรา นอกจากนี้มีสตรีจำนวน 12 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการกระทำของสามี หรือที่เรียกว่าเป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบล เชื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง อายุระหว่าง 61 – 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000 บาทหรือน้อยกว่า บทบาทหน้าที่ในชุมชนเป็นชาวบ้านธรรมดา มีปัญหาด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่มีปัญหาภายในครอบครัว ไม่มีปัญหาภายในชุมชน และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (Major Depression, Mild) จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) และมีคะแนนในคำถามข้อที่ 9 คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมากกว่าครึ่งคือจำนวน 30 คน (ร้อยละ 56.6) และผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.23) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 8 ข้อ คือ เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร (ค่าเฉลี่ย 1.22) ไม่สบายใจซึมเศร้าหือแท้ (ค่าเฉลี่ย 1.24) หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป (ค่าเฉลี่ย 1.35) เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง (ค่าเฉลี่ย 1.73) เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป (ค่าเฉลี่ย 1.09) รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง (ค่าเฉลี่ย 1.67)

สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไรต้องใช้ความตั้งใจ (ค่าเฉลี่ย 1.07) พุดชาทำอะไรไร้ชาหรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น (ค่าเฉลี่ย 1.03) มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ข้อ คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี (ค่าเฉลี่ย 0.56)

ผลการประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 53 ราย พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.98) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับปานกลางใน 7 ข้อคือ ต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ (ค่าเฉลี่ย 1.24) มีความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 1.08) มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนอื่นๆ (ค่าเฉลี่ย 1.83) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 1.16) รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา (ค่าเฉลี่ย 1.84) มีความรู้ดีกว่าชีวิตของท่านไร้ค่าไม่มีประโยชน์ (ค่าเฉลี่ย 1.02) และมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด (ค่าเฉลี่ย 1.03) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อยใน 7 ข้อคือ มีความรู้ดีกว่าชีวิตมีความสุข (ค่าเฉลี่ย 0.69) มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง (ค่าเฉลี่ย 0.91) รู้สึกประสบความสำเร็จมีความก้าวหน้าในชีวิต (ค่าเฉลี่ย 0.23) มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต (ค่าเฉลี่ย 0.38) ถ้ามีสิ่งต่างๆที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะรู้สึกหงุดหงิด (ค่าเฉลี่ย 0.85) มีความมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ (ค่าเฉลี่ย 0.98) และมีเพื่อนหรือญาติที่คอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (ค่าเฉลี่ย 0.67) และมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับมากเพียง 1 ข้อคือ มีความมั่นใจว่าชุมชนที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย 2.28)

ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 2.26) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อยใน 9 ข้อคือ มีความรู้สึกดีเห็นคุณค่าในตัวเอง แม้คนอื่นไม่เห็น (ค่าเฉลี่ย 2.09) มีการชื่นชมการกระทำและงานของตนเองเป็น (ค่าเฉลี่ย 2.00) ทำงานอย่างประณีตและหมั่นปรับปรุงตลอด (ค่าเฉลี่ย 2.05) จัดลำดับความสำคัญในเรื่องต่างๆได้ดี (ค่าเฉลี่ย 2.01) รู้ตัวเมื่อโกรธและมีวิธีวางใจให้คลายได้ไว (ค่าเฉลี่ย 2.03) รู้ตัวเมื่อท้อแท้และมีวิธีแก้ไขฟื้นตัวได้ไว (ค่าเฉลี่ย 2.13) มุ่งมีชีวิตที่สงบเย็นใช้ชีวิตแบบพอเพียงพอใจในสิ่งที่ตนมี (ค่าเฉลี่ย 2.09) มุ่งทำประโยชน์แก่ส่วนรวมหรือคนที่ด้อยกว่า (ค่าเฉลี่ย 2.09) มีแผนการโครงการที่จะทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (ค่าเฉลี่ย 2.01) มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลางใน 3 ข้อคือ สร้างและรักษามิตรภาพกับบุคคลรอบตัวได้ดี

(ค่าเฉลี่ย 2.92) ปรึกษาผู้รู้และบุคคลอื่นๆเมื่อเจอปัญหา (ค่าเฉลี่ย 2.83) มีคนอื่น(หรือสิ่งยึดเหนี่ยว) ที่สนับสนุน ไว้วางใจและผูกพัน (ค่าเฉลี่ย 2.92)

2.2 การสร้างรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การสร้างรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่คณะทำงานพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนา ซึ่งเป็นการใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนานี้ 2) การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยการกิจกรรมค่ายเยียวยาจิตใจผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมธรรมบำบัด และจัดกิจกรรมดูแลจิตใจกับกลุ่มกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) โดยมีกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ การมีกิจกรรมยามว่าง และ 5) การสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างควมรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

2.3 ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชียงคำ กับกลุ่มตัวอย่างผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจากที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Major Depression, Mild) อยู่ที่ร้อยละ 86.8 ลดลงเหลือร้อยละ 13.2 และไม่พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง (Major Depression, Moderate-Severe) และเมื่อวิเคราะห์ตามการประเมินความเข้มแข็งทางใจและตามแบบประเมินความสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นกัน

2. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นแล้ว ไม่พบผู้ป่วยทางสุขภาพจิตรายใหม่และไม่พบรายการการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายในพื้นที่

3. ผลการเปรียบเทียบมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนผู้มีส่วนได้และพัฒนารูปแบบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกับแกนนำชุมชนผู้มีส่วนใช้รูปแบบ พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย 4.32)

5. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกับญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย 4.23)

6. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า พบว่าเห็นด้วยและยอมรับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะวิธีการเสริมพลัง (Empowerment) แต่ก็มีบางส่วนที่ต้องเพิ่มเติมและปรับปรุงคือการจัดกิจกรรมเสริมพลังทางใจ ให้พิจารณาความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง ความพร้อมของทีมวิทยากร ความเหมาะสมของสถานที่ที่จัดกิจกรรม กิจกรรมการเยี่ยมบ้านเมื่อพบปัญหาในด้านอื่นๆ ควรหาช่องทางการช่วยเหลือให้ได้ กิจกรรมธรรมชาติบำบัดควรพิจารณาในค่านองคความรู้ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลาและสถานที่ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมยามว่างอื่นๆควรมีความหลากหลาย เช่น การทำงานฝีมือ การปลูกผัก การร้องเพลง การเล่นเกม โดยให้สอดคล้องกับบริบท ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก และกิจกรรมกับกลุ่มที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) เป็นกิจกรรมนี้ที่ต้องใช้วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถโดยตรง ดังนั้นกิจกรรมดังกล่าวจึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

2.4 สรุปรูปแบบการพัฒนา

หลังจากการสรุปบทเรียนผลการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร สามารถสรุปรูปแบบได้ดังนี้

1. การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดรูปแบบพัฒนา ซึ่งเป็นการใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนาเพื่อความหลากหลายและความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาพัฒนา

2. มีการองค์ความรู้เกี่ยวกับ โรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นแนวทางทางวิชาการของกรมสุขภาพจิต ที่มีหลักปฏิบัติที่ชัดเจนแต่อาจจะปรับปรุงหรือเพิ่มเติมตามความจำเป็นและความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายหรือบริบทของพื้นที่

3. การใช้เครื่องมือเพื่อสร้างการเรียนรู้และเกิดกระบวนการกลุ่มในการทำงานร่วมกัน โดยใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) เครื่องมือการอภิปราย (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)

4. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยการกิจกรรมค่ายเยาวชนจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมธรรมบ่าบัด

5. การใช้แนวทางการพัฒนา (Intervention) เป็นการใช้อุทิศกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการประยุกต์และพิจารณาใช้ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ การมีกิจกรรมยามว่างในชุมชน

3. อภิปรายผล

3.1 สภาพการณ์การฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่า ผลการคัดกรองในพื้นที่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึง 53 ราย (ร้อยละ 2.42 ของประชากรกลุ่มเสี่ยง) ในจำนวนนี้เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) ถึง 12 ราย (ร้อยละ 22.64) และจากข้อมูลการฆ่าตัวตายจากระหว่างปี 2555-2559 พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จในทุก ๆ ปี โดยในปีที่ผ่านมา 2558-2559 มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย อัตราตาย 56.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราตายที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งกำหนดไว้ไม่ให้เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร สาเหตุสำคัญคือปัญหาในครอบครัวประกอบกับบางรายมีการดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดทำให้กระตุ้นให้ฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ส่วนข้อมูลการทำร้ายตัวเองพบในวัยรุ่น วัยทำงาน และผู้ป่วยจิตเวช โดยมูลเหตุสำคัญคือความไม่สมหวังต่างๆ สดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2559) ที่กล่าวว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 60 เป็นผู้เป็นโรคซึมเศร้า โดยคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ เมื่อประสบกับความผิดหวังหรือปัญหาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว ความรัก หรือการศึกษา ผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า จากการสำรวจประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือกว่า 3 ล้านคน ยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วย

ผลการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่า สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายเท่าที่ควร ส่วนปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น สาเหตุสำคัญเกิดจากครอบครัวคือความไม่เข้าใจกันในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นหลัก ประกอบกับการมีเรื่องของสุราและยาเสพติด ภัยไข้ช ยาบ้า ทำให้มีอาการป่วยและมีอาการทางทางจิตและอาการซึมเศร้าได้มากและมีความรุนแรงของปัญหามากขึ้น ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือความยากจนก็ทำให้คนเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวลจนมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากขึ้น เช่นกัน ดังนั้นอาจจะสรุป

ได้ว่าปัญหาโรคซึมเศร้านั้น ได้กลายเป็นปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจของพื้นที่ตำบลเชิงคำ และอาจรวมถึงพื้นที่อื่นๆ ด้วย ส่วนแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นในด้านสาธารณสุขนั้น จึงต้องให้ความสำคัญไปที่ครอบครัวเป็นหลักในประเด็นประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ ซึ่งผู้วิจัยได้ร่วมกับคณะทำงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ชุมชน ร่วมกันกำหนดแนวทางการพัฒนาและแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว ส่วนกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2559) ที่กล่าวว่าในปี 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกอันดับที่ 2 รองลงมาจากโรคหัวใจหลอดเลือด เพราะปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามสถานการณ์โรคซึมเศร้าในประเทศไทยถือเป็นปัญหาที่เฝ้าจับตามองอันดับ 4 ซึ่งเป็นเรื่องที่สังคมต้องให้ความสำคัญ เพราะโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องที่มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ความเครียดง่าย เมื่อเจอกับมรสุมชีวิต การสูญเสีย การเจ็บป่วยเรื้อรัง ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดไม่ราบรื่น หรือต้องมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ปรารถนา ก็อาจกระตุ้นให้โรคซึมเศร้าได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับแนวความคิดของเชญวัญญู ภูษณงค์ และคณะ (2554) ที่กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ว่า มีปัจจัยทางสังคม แม้การฆ่าตัวตายของแต่ละรายจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่มักมีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก/ความสัมพันธ์ สังคมมีความสับสน วุ่นวาย สมาชิกในสังคมจะเกิดความรู้สึกแปลกแยก สังคมไม่ยอมรับ ถูกดูถูก ตีตรา ขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการเรียนแบบที่ไม่ถูกต้อง ส่วนปัจจัยทางจิตใจ ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ ผู้คิดฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้เลี่ยงปัญหาหรือนิ่งแต่การบรรเทาอารมณ์การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีปัญหาที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไข

ผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในและวัยรุ่น เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่พบอาการภาวะซึมเศร้าเช่นกัน โดยในกลุ่มวัยรุ่นนั้นสาเหตุหลักเกิดจากความผิดหวังในความรักและคิดว่าพ่อแม่ไม่เข้าใจตัวเอง โดยมีข้อมูลการทำร้ายตัวเองในเด็กวัยรุ่น 2 รายด้วยการกรีดข้อมือและกินยาเกินขนาด สอดคล้องกับผลการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2547) พบว่าโรคซึมเศร้ากับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมปลาย ปี พ.ศ. 2547 จากการวิจัย เรื่องความคิดอยากฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับมัธยมปลายและระดับ ปวช.ทั่ว กทม.พบว่ามีเด็กนักเรียน 1 ใน 10 คน มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยเป็นเด็กระดับ ปวช.มากถึงร้อยละ 15.7 มากกว่านักเรียน

ระดับมัธยมปลายกว่าเท่าตัว ในจำนวนนี้สาเหตุของการฆ่าตัวตายมี 3 ปัจจัยหลัก คือโรคซึมเศร้าเกิดจากกรรมพันธุ์และความเครียดจากสภาพแวดล้อม จากการสอบถามถึงปัญหาในเชิงลึกกับกลุ่มนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มนักเรียนอาชีวะมีปัญหาทางบ้านและเศรษฐกิจมากกว่ากลุ่มมัธยม โดยส่วนหนึ่งยอมรับว่า เคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็กมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นการถูกทุบตีอย่างไม่มีเหตุผล หรือการทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง ทั้งนี้ กลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด เพราะมีอัตราการทำร้ายตัวเองสูงอารมณ์รุนแรง ควบคุมไม่ค่อยได้ และมักไม่คำนึงถึงผลที่ตามมาเมื่อลงมือทำไปแล้ว

สตรีที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าจากปัญหาภายในครอบครัว (Gender) จำนวน 12 คน ซึ่งโดนกระทำสามีคือสามีดื่มสุรา พุดจาบข่มขู่ คำว่ากล่าวตู่ บางรายคิดยาเสพติด ยาบ้า กัญชา มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายภรรยา ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นอีกประเด็นที่ผู้วิจัยและคณะทำงานจะหารูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวความคิดของ ศิริพร จิรวัดนกุล (2544) ที่กล่าวถึงเรื่องเพศสภาพ (Gender) ว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้หญิงที่เกิดบนพื้นฐานจากความรู้สึกสูญเสีย ท้อแท้ขาดความหวัง เห็นตนเองไร้คุณค่า ขาดพลังอำนาจ โดยมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของเพศหญิง โดยเฉพาะในสังคมชายเป็นใหญ่ ที่ทอนค่าธรรมชาติของผู้หญิง และผูกคุณค่าของ “ผู้หญิงดี” ไว้ที่ความเป็นเมียและแม่ ขณะเดียวกันก็ให้คุณค่าต่อวัตถุ เงินทองไว้สูง เมื่อผู้หญิงถูกกำหนดทางสังคมให้มีฐานะเป็นรอง และขาดโอกาสที่เข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เช่น การศึกษาระดับสูง ผู้หญิงจึงรู้สึกไร้คุณค่าในตนเองได้ และมีความยุ่งยากในชีวิตเกิดขึ้น ก็ยากที่จะพึ่งพาตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางสุขภาพจิตตามแบบประเมินสุขภาพจิตของผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถอธิบายได้อย่างชัดเจนว่าผู้มีภาวะซึมเศร้านั้นมีปัญหาด้านสุขภาพจิตจริง คือกลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (Major Depression, Mild) จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) มีภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate) 6 ราย มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) และมีคะแนนในคำถามข้อที่ 9 คือคิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมากกว่าครึ่งคือจำนวน 30 คน (ร้อยละ 56.6) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นทราบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 รายมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้นได้ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2559) และดวงใจ กสาดิกุล (2542) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจจะไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างและบางคนก็มีบางอย่างเท่านั้น อาการซึมเศร้า (depression) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า กังวลอยู่ตลอดเวลา หงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธง่ายอยู่ไม่สุข กระวนกระวาย

การเปลี่ยนแปลงทางความคิด รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า คิดจะทำร้ายตัวเอง คิดถึงความตาย พยายามทำร้ายตัวเอง การเรียนรู้หรือการทำงานช้าลง การงานแย่งไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม การตัดสินใจแย่ง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีความสุข ไม่สนใจงานอดิเรก หรือกิจกรรมที่เพิ่มความสุขรวมทั้งกิจกรรมทางเพศ รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีพลังงาน

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 53 ราย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) โดยพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้สึกว่าชีวิตมีความสุข และผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของผู้ภาวะซึมเศร้าทั้ง 53 ราย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของนันทิรา หงส์ศรีสุวรรณ (2559) ที่กล่าวถึงภาวะซึมเศร้าว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้าจะผิดปกติของอารมณ์ อารมณ์เศร้า เบื่อหน่าย หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เชื่องซึม นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ขาดสมาธิ วิตกกังวล มองโลกในแง่ลบ ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนทั้งคนปกติ ผู้ป่วย ทางกาย และผู้ป่วยทางจิตเวช อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ภาวะซึมเศร้าธรรมดาจนถึงภาวะซึมเศร้ารุนแรง นำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด

3.2 การพัฒนาสร้างรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตลอดจนการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่คณะทำงานผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนได้วางแผนร่วมกัน (A-I-C) และการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. อบต. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าญาติผู้ป่วยจิตเวช ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้บริหารสถานศึกษา พระภิกษุ ร้านค้า อสม.จนท.สาธารณสุข ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน ในประเด็นปัญหาดังกล่าว รูปแบบการแก้ไขปัญหาก็ได้สรุปเป็น 5 แนวทางหลักๆประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนาซึ่งเป็นการใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนาในครั้งนี้ 2) การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) และ 5) การสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างการรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยกิจกรรมเสริมสร้างพลัง (Empowerment) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) ประกอบด้วยกิจกรรมค่ายขยายจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า หลักสูตร 2 วันตามหลัก 8 ประการสร้างสุข เช่นการรู้จักและทำความเข้าใจตัวเองให้ดีที่สุด การฝึกทำจิตใจให้สด

ชื่นแจ่มใส การฝึกปรับฟื้นความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความใจกว้าง การปรับปรุงตนเองให้เข้ากับคนอื่นได้ บำรุงรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ กิจกรรมดังกล่าวได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีและรู้สึกว่าตัวเองมีกำลังใจที่ดีขึ้น กิจกรรมเยี่ยมบ้านตามหลักการเยี่ยม IN HOME SSS โดยมี จนท.สาธารณสุข อสม.ประจำคุ้ม ผู้นำชุมชน อบต. และมีสิ่งของเยี่ยมด้วยทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความประทับใจอย่างมาก กิจกรรมธรรมชาติบำบัดในช่วงเช้าพฤษยาโดยการถือศีล ฝึกสมาธิ ปฏิบัติธรรมที่วัด กิจกรรมนี้ทำให้มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น ผ่อนคลายความวิตกกังวลและจิตใจเข้มแข็งมากขึ้น กิจกรรมปลูกดอกดาวเรืองเป็นการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สามารถช่วยบรรเทาหรือการความผ่อนคลายทางจิตใจและเป็นการรำลึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นการสร้างพลังทางใจได้ และกิจกรรมกับกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) เป็นการอบรมในหลักสูตรการสร้างทักษะชีวิต การสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยการอบรมหลักสูตร 3 วัน 2 คืน โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งทางใจ สามารถทำให้มีพลังใจมากยิ่งขึ้น

3.3 ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่ากับกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจากที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Major Depression, Mild) อยู่ที่ร้อยละ 86.8 ลดลงเหลือร้อยละ 13.2 และไม่พบผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและความรุนแรง (Major Depression, Moderate-Severe) และเมื่อวิเคราะห์ตามการประเมินความเข้มแข็งทางใจและตามแบบประเมินความสุข พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจและค่าเฉลี่ยคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่พบผู้ป่วยทางสุขภาพจิตรายใหม่และไม่พบรายการการทำร้ายตัวเองหรือการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และผลการเปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างแกนนำชุมชนผู้มีส่วนใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รวมถึงผลการประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบกับแกนนำชุมชนผู้มีส่วนใช้รูปแบบและญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นซึ่งประกอบด้วยแกนนำชุมชน ผู้มีภาวะซึมเศร้า และญาติ พบว่า เห็นด้วยและยอมรับกับรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้รวมถึงการดำเนินงานตามกิจกรรมต่าง ๆ ที่คณะทำงานได้พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าได้ จากนั้น คณะทำงานร่วมกับคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลโสธรได้สรุป

บทเรียนและปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้กับพื้นที่อื่น ๆ ที่มีปัญหาในลักษณะเดียวกัน ประกอบด้วย

1. กิจกรรมอบรมการสร้างเสริมพลังทางใจแก่กลุ่มเป้าหมายผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างพลังทางใจและเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตอื่น เพราะได้นำหลักการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครบถ้วนและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แต่กิจกรรมดังกล่าวนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้านทั้งทีมวิทยากร ความเหมาะสมของสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ประกอบการอบรมต่าง ๆ รวมถึงความพร้อมของผู้เข้ารับการอบรมด้วย

2. กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างความประทับใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างดี สามารถสร้างขวัญและกำลังใจได้มากพอสมควร ซึ่งตามหลักการเยี่ยมบ้านแบบ IN HOME SSS นั้น เป็นการประเมินสภาพผู้ถูกเยี่ยมในทุกด้าน ทุกมิติ ดังนั้น เมื่อพบปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งกับครอบครัวผู้ถูกเยี่ยม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงไม่ควรปล่อยปะละเลย ควรหาแนวทางหรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะให้การช่วยเหลือ

3. กิจกรรมธรรมบำบัดเนื่องจากกิจกรรมธรรมบำบัด เป็นการใช้หลักธรรมทางศาสนาพุทธ ซึ่งหลักธรรมะของพุทธศาสนานั้นได้เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวพุทธทุกคน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นทางพระพุทธศาสนา จึงควรเป็นกิจกรรมเสริมอีกหนึ่งกิจกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทยชาวพุทธรวมถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งอาจจะพิจารณาจัดกิจกรรมดังกล่าวตามความเหมาะสมทั้งในด้านองค์ความรู้ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลา และสถานที่ เป็นต้น

4. กิจกรรมปลูกดอกไม้ เป็นการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อมิให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าอยู่กับตัวเองตามลำพังมากเกินไป ให้มีการมองโลกภายนอกมากขึ้น ประกอบกับความสวยงามของดอกไม้อาจช่วยบรรเทาความซึมเศร้าลงได้บ้าง ซึ่งการปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่น ๆ อาจใช้วิธีการหรือรูปแบบอื่นๆ ก็ได้ เช่น การทำงานฝีมือ การปลูกผัก การร้องเพลง การเล่นกีฬา โดยให้สอดคล้องกับบริบท ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม ซึ่งหลักการสำคัญเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทางใจของกลุ่มเป้าหมาย

5. กิจกรรมกับกลุ่มที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) จำนวน 12 คน เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อกลุ่มกลุ่มสตรีที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) ซึ่งได้ใช้หลักสูตร แนวทางวิชาการใหม่ ๆ มาใช้กับกลุ่มสำหรับกลุ่ม Gender เป็นกิจกรรมนี้ที่ต้องใช้วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถโดยตรง ดังนั้นกิจกรรมดังกล่าวจึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่ และจากการสรุปบทเรียนทำให้ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร ซึ่งประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญที่จะพัฒนาใช้ในพื้นที่

อื่นๆ ต่อไปคือ 1) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนาเพราะเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนาในครั้งนี้ 2) มีการใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) มีการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และ 5) มีการสร้างกระบวนการกลุ่มและการสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างความรู้ความรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การอภิปราย (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สอดคล้องกับผลการศึกษาของมลวิภา เหมอียพรหม (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายโดยการฝึกโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนปัจจัยป้องกันด้านบุคคลของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้ง 1 เดือน และ 4 เดือนมีคะแนนสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นได้ แต่ควรมีการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของอรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2555) ได้ประเมินประสิทธิผลของกลุ่มการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังจิต อึด ฮึด ฮู้ ในชุมชน เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของกลุ่มการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังจิต อึด ฮึด ฮู้ ในชุมชนศรีนาวา ต.ศรีนาวา อ.เมือง จ.นครนายก ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากคะแนนเฉลี่ย 8.6 เป็น 11.2 โดยมีผู้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 24 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น หลังจากมีการทำกิจกรรมร่วมกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 28 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ที่เหลือได้คะแนนลดลง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 นอกจากนี้คนในชุมชนมีการรวมตัวกัน มีการสื่อสารกัน และมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อชุมชนเพิ่มขึ้น เกิดเป็นเครือข่ายในชุมชน มีความรู้สึกผูกพันกันอยากช่วยเหลือกัน เกิดความรู้สึกรักภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 9 คนจาก 30 คนคิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือได้คะแนนลดลง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ พบว่า การรวมตัวของคนในชุมชนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรืองานตามประเพณี และเป็นกลุ่มเดิมๆที่มาร่วมงานและทำ

สาธารณะประโยชน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ญัฐิกา ราชบุตร และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลคอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรม และทดลองใช้โปรแกรม การให้ความรู้การออกกำลังกายประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์การรวมกลุ่มรับประทาน อาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 และหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า 2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วม (Participate) ของภาคีเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นปัญหาแบบพหุภาคีของชุมชนเอง ที่เน้นการพัฒนาารูปแบบการแก้ปัญหาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยแบบมีวงจรและปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาและเผยแพร่ต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนเนื้อหาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคือ บริบทของชุมชนที่เกี่ยวข้องสภาพปัญหา วัฒนธรรม ทูทางสังคมของชุมชนที่มีอยู่แต่เดิม จนสามารถสร้างพลัง

(Empowerment Theory) นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดตามหลักวิชาการ นำมาใช้ได้ผลอย่างจริงจังกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร มีข้อเสนอจากการวิจัยและข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

4.1 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

1. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการพัฒนาในครั้งนี้ นำไปใช้กับพื้นที่อื่นๆ ต่อไปอย่างเหมาะสม
2. สภาพการณ์ของปัญหาโรคซึมเศร้าที่เป็นผลจากเพศภาวะ (Gender) ยังมีอยู่ทั่วไปในสังคมไทย ดังนั้นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรให้ความสนใจดำเนินการแก้ไขปัญหาดังกล่าว
3. ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้านั้น มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต และการดื่มสุรา ดังนั้น ควรพิจารณาแก้ไขปัญหาควบคู่กันไป

4.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สตรีกลุ่มที่ปัญหาในลักษณะเพศสภาพ (Gender) ควรมีการพัฒนา/ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสตรีและกฎหมายสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีที่โดนสามีกระทำในลักษณะเพศสภาพ (Gender)
2. ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายมีอยู่ในทุกชุมชน ดังนั้นภาครัฐควรมีนโยบาย เช่น พัฒนานักจิตวิทยาชุมชน หรือการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินงานดังกล่าว
3. ผลักดันมาตรการด้านกฎหมายเพื่อการพัฒนาสุขภาพจิตชุมชนให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพในการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชนของตนเองได้ โดยเน้นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการจัดบริการและกิจกรรมส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพจิตอย่างเหมาะสม

4.3 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตด้านเพศภาวะ (Gender) เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยนำไปพัฒนาใช้กับพื้นที่อื่นต่อไป

2. การศึกษาวิจัยและพัฒนา (PAR) การเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาเหล่าแบบมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อแก้ปัญหาเรื่องเหล่า ซึ่งเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของคนในชุมชนได้

3. การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวช เป็นเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตอื่นๆ ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรประยุกต์ใช้หลักของการสร้างกระบวนการกลุ่มและการสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และรับผิดชอบร่วมกัน และควรนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ร่วมกับการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) มาใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตในพื้นที่อื่นๆ เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพจิตชุมชน

