

# การพัฒนาารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

พงศ์ศิลป์ วิลาชัย<sup>1</sup>และมนัสวรรณ พิชัยจุมพล<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มีวัตถุประสงค์ 1.เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา 2.เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ประกอบด้วยแกนนำในชุมชน จำนวน 36 คนและทีมสหวิชาชีพจำนวน 4 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมตามแนวคิดทฤษฎีของโคเฮนและอัปโฮฟฟ์(Cohen and Uphoff, 1980) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และ การสะท้อนกลับ (Reflection) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนและหลังด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านมาง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ประกอบด้วย การวางแผน (Planning),การปฏิบัติการ (Action), การสังเกตการณ์ (Observation), และ การสะท้อนกลับ (Reflection) และ เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้พบว่า หลังการทดลอง 1) กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) 2)ประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากเครือข่ายแกนนำเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 56.25 เป็นร้อยละ 90.64 3)ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 33.33 เป็นร้อยละ 93.33 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ สามารถทำให้เครือข่ายแกนนำมีส่วนร่วมทั้งในด้านการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งต่อรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าถึงบริการ ลดอัตราการฆ่าตัวตายได้

**คำสำคัญ :** การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า, เครือข่ายแกนนำ

<sup>1</sup> พย.ม.โรงพยาบาลเชียงม่วน กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup> พย.ม.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา กระทรวงสาธารณสุข

# Development of Depression Surveillance Model for People with Ban Mang Area Leader Network Chiang Muan District, Phayao Province

*Phongsin vilachai<sup>1</sup>, Manashakorn pichaijumpol<sup>2</sup>*

## Abstract

This action research aimed to develop the Depression Surveillance Model for health leadership networks in the Ban Mang Sub-district, Chiang Muan and to assess the pattern Surveillance of people's depression with the network of leaders in Ban Mang sub-district. Chiang Muan District, Phayao Province. 2.1) The results of the participation of the main network in depression surveillance 2.2) The results of the depression screening of at-risk people in the area and 2.3) Outcomes on access to treatment services for people with depression. A sample of 40 people, consisting of 36 community leaders and 4 multidisciplinary teams, was selected by purposive sampling according to the specified qualifications. The research was conducted from February to July 2021. The instruments used in the experiment were It is a form of participation development based on concepts. Cohen and Uphoff's Theory (Cohen and Uphoff, 1980) Divided into 4 steps: Planning , Action , Observation and Reflection. The tools used for data collection were questionnaires for the participation of the network in depression surveillance. Focus group discussion Form and an opinion questionnaire on the development of a depressive surveillance model. depression screening results data form and a data record on service access for people with depression quantitative data were analyzed by percentage, mean, and standard deviation. comparative analysis before and after using Paired t-test.

The results revealed that the depression surveillance model among inhabitants using the local leader network in Ban Mang Subdistrict, Chiang Muan District, Phayao Province, included planning, action, observation, and reflection. And when the model was brought for try-out, it was found as follows after the experiment. 1) Participation of the samples in depression surveillance among local inhabitants significantly increased ( $p < 0.001$ ) 2) The number of the risk group who received depression screening by the local leader network increased from 56.25% up to 90.64%. 3) The larger number of those with depression could access the service from 33.33% up to 93.33%. These implied that the developed depression surveillance model among inhabitants using the local leader network could generate its participation in surveillance, screening, and referral for treatment; resulting in access of the service and lower suicide rate.

**Keywords:** Model Development, Depression Surveillance, Leader Network

<sup>1</sup>M.N.S. Phayao Provincial Public Health Office.MOPH

<sup>2</sup>M.N.S. Phayao Provincial Public Health Office.MOPH

Corresponding author, Email: [joyphongsin2519@gmail.com](mailto:joyphongsin2519@gmail.com)

## บทนำ

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุด จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขพบว่า ในปี 2559 – 2560 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลกประมาณ 322 ล้านคน และในไทย มีข้อมูลการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าปี 2559 พบว่า มีคนไทยป่วยซึมเศร้า 1.5 ล้านคน ผู้หญิงเสี่ยงป่วยมากกว่าผู้ชาย โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และในปี 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 355,537 คน แต่ในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 358,267 คน และอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2564 อยู่ที่ 7.38 รายต่อประชากรแสนคน เพิ่มขึ้นจากในช่วงปี 2547 - 2563 ที่ทรงตัวอยู่ในระดับ 5 - 6 รายต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทั้งนี้กลุ่มอายุที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 15 - 34 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงานตอนต้น โดยมีปัจจัยหลัก คือ ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัว ในสถานที่ทำงาน หรือในโรงเรียน รวมทั้งภาวะป่วยกายหรือใจเรื้อรัง การใช้สุรา และสารเสพติด และภาวะเครียดจากผลกระทบทางเศรษฐกิจ ข้อมูลผู้รับบริการจากสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ในปี 2564 มีจำนวน 120,510 สาย ซึ่งสาเหตุ 3 อันดับแรกในการโทรปรึกษา คือ เครียดวิตกกังวลร้อยละ 52 ผู้ป่วยจิตเวชเดิมร้อยละ 38 และผู้มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 21 ส่วนผู้ตอบแบบ ขณะที่การประเมินสุขภาพจิตผ่านช่องทาง MENTAL HEALTH CHECK-IN ของกรมสุขภาพจิต มีผู้ตอบแบบประเมิน 1.4 ล้านคน โดยพบภาวะเสี่ยงซึมเศร้ามากที่สุด รองลงมาเป็นเครียดสูง และเสี่ยงฆ่าตัวตาย

เขตบริการสุขภาพที่ 1 ใน 8 จังหวัดภาคเหนือ มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 116,458 คน คิดเป็น 2,299.97 ต่อแสนประชากร จังหวัดพะเยาพบอัตรา 2,299.98 ต่อประชากรแสนคน อยู่ลำดับต้นๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 นอกจากนี้จากรายงานแผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2560 พบว่า เขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสูงที่สุด คิดเป็น 13.01 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ เขตสุขภาพที่ 2, 11, 3 และ 5 คิดเป็น 9.42, 7.88, 7.31 และ 7.22 ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2560) ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตายเป็นสูงนั้น ก่อให้เกิดภาวะวิกฤติทางสุขภาพจิต แก่ผู้ใกล้ชิดรวมถึงการสูญเสียแก่ประเทศในเชิงเศรษฐกิจอย่างมากจากการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และ ค่าใช้จ่ายในการดูแลเฝ้าระวังภาวะทางสุขภาพจิต รวมทั้งการรักษาและเยียวยาจิตใจแก่ผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตาย และตั้งเป้าหมายไว้ว่า ภายใน 5 ปี ร้อยละ 10 ของ จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จจะลดลงเทียบกับจำนวนเดิม จึงได้จัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระดับปานกลาง ซึ่งต้องมีข้อเสนอเชิงมาตรการคือ การสร้างและบูรณาการ นโยบายระดับชาติที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพัฒนา ระบบช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงให้ได้รับการคัดกรอง ประเมินความเสี่ยง ได้รับความช่วยเหลือเบื้องต้น และการติดตามเฝ้าระวังการกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ จะสามารถช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายได้เป็นผลดี

จังหวัดพะเยามีสถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ลำดับต้น ๆ ของเขตบริการสุขภาพที่ 1 ซึ่ง ปีพ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้นถึง 3,102 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา, 2563) ซึ่งสูงกว่าทั้งระดับประเทศที่มีอัตราป่วย 2,160 ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และระดับเขตที่มีอัตราป่วย 2,652 ต่อประชากรแสนคน (ศูนย์สุขภาพจิตเขต 1 เชียงใหม่, 2563) โดยเฉพาะอำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จากข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเชียงม่วน ในปี

พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 49.11 ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเข้าถึงบริการเพียงร้อยละ 38.9 ในปี พ.ศ. 2563 และร้อยละ 29.35 ในปี พ.ศ. 2564 ดังนั้นมาตรการบริการเชิงรุกจึงมีความจำเป็นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเข้าถึงบริการได้มากขึ้น ซึ่ง ผู้ที่มีเกณฑ์เป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการชัดเจนในช่วงอายุ 25 ปีหลังจากนั้นอาจเกิดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตใจในระยะยาวได้ฉะนั้นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าควรเข้ารับการรักษาและติดตามดูอาการอย่างใกล้ชิด

ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ปีพ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 22 คน คิดเป็น 4,713 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นเพียงที่เข้าถึงระบบการรักษาเท่านั้น นอกจากนี้พบการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 2 คน คิดเป็น 42.85 ต่อประชากรแสนคน และจากการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยทั้ง 2 คน ยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรักษาและพบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าชัดเจน แต่ขาดการประเมินหรือเฝ้าระวังอาการตั้งแต่แรกเริ่ม เพื่อนำสู่ระบบการรักษาที่ทันทั่วถึง และจากการศึกษามาตรฐานและแนวทางการดูแลและเฝ้าระวังโรคซึมเศรียรระดับจังหวัด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ที่ได้กำหนดให้ระบบที่เริ่มจากการค้นหาบุคคลที่มีแนวโน้มจะป่วยเป็นโรคซึมเศร้าด้วยการคัดกรองในประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองโรคซึมเศร้าในประชาชนทั่วไปนั้นสามารถให้อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการได้ในหมู่บ้านด้วยแบบคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ส่วนการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้พิการ และผู้สูงอายุ ควรดำเนินการโดยพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล(รพสต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน หรือโรงพยาบาลด้วยเครื่องคัดกรองที่พัฒนามาอย่างถูกต้อง ได้แก่ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งจะสามารถจำแนกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวออกเป็น 3 กลุ่มตามความรุนแรง แล้วให้การช่วยเหลือหรือรักษาตามความรุนแรงของโรคดังแนวทางที่กำหนดไว้

จากการทบทวนระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ พบว่า ยังขาดจำนวนแกนนำและความหลากหลายของเครือข่ายชุมชนที่มีความรู้ และมีทักษะที่จำเป็นในการเฝ้าระวัง รวมถึงความครอบคลุมและต่อเนื่องของการเฝ้าระวัง พบว่าที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการเฝ้าระวัง คัดกรองโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน( อสม.) สาขาสุภาพจิตชุมชนเป็นหลัก ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านจะมี อสม.ประจำสาขาสุภาพจิตชุมชนเพียง 1-5 คน เท่านั้น ส่งผลให้ระบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในชุมชนไม่ครอบคลุมและขาดความหลากหลายของเครือข่าย โดยเฉพาะเครือข่ายแกนนำในชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนพอกับ อสม.สาขาสุภาพจิต ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกน โดย

2.1 เปรียบเทียบผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดทฤษฎีของโคเฮนและอัฟโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ซึ่งแบ่งขั้นตอนการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ 1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) 3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) 4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เครือข่ายแกนนำชุมชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา จำนวน 36 คน และทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลเชียงม่วน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา จำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้นำชุมชน หรือแกนนำชุมชน อาศัยอยู่หมู่บ้านในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา โดย 1.1 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป 1.2 จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาชั้นปีที่หก 1.3 มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออกเขียนได้ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิดและการถามตอบคำถาม 1.4 สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย 2) เป็นทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอยู่โรงพยาบาลเชียงม่วน อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดพะเยา โดย 2.1 ที่มีหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลงานสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลเชียงม่วน 2.2 สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการวิจัย เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมหรือไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัยจนจบกระบวนการวิจัย

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม มี 5 ส่วนดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล** จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งในหน้าที่ ประสบการณ์ทำงานในการทำงาน อาชีพ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

**1.2 แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า** ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ จุฑามาศ พันสุวรรณ (2562,44) วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสถานศึกษา ในการบริหารจัดการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลนครเชียงใหม่ ได้กำหนดข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 4 ด้านๆละ 5 ข้อคำถาม คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยแต่ละด้านแบ่งระดับการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มีส่วนร่วมมากที่สุด ได้ 5 คะแนน

มีส่วนร่วมมาก ได้ 4 คะแนน

มีส่วนร่วมปานกลาง ได้ 3 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อย ได้ 2 คะแนน

มีส่วนร่วมน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยของคำตอบโดยอาศัยแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด (2545,64) แล้วแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด

ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมมาก

ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อย

ช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ระดับการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

### ส่วนที่2 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้

พัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากแบบสอบถามของ จุฑามาศ พันสวรรค์ (2562,44) เป็นข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ได้ข้อสรุป และแนวทางเลือกของการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า และสร้างการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ 1.ประเด็นด้านองค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า 2.ประเด็นด้านการรับรู้บทบาทหน้าที่ 3.ประเด็นด้านคัดกรองและเฝ้าระวัง 4.ประเด็นด้านการสื่อสารและส่งต่อ

ส่วนที่3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากแบบสอบถามของจุฑามาศ พันสวรรค์ (2562,46) ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดความคิดเห็น จำนวน 6 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 5 คะแนน

เห็นด้วยมาก ให้ 4 คะแนน

เห็นด้วยปานกลาง ให้ 3 คะแนน

เห็นด้วยน้อย ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วยน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน

การแปลความหมายของคะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ความหมายค่าคะแนนเฉลี่ยของคำตอบโดยอาศัยแนวคิดของ บุญชม ศรีสะอาด (2545,64) แล้วแปลความหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

ช่วงคะแนน 4.51-5.00 หมายถึง ระดับความเหมาะสมมากที่สุด

ช่วงคะแนน 3.51-4.50 หมายถึง ระดับความเหมาะสมมาก

ช่วงคะแนน 2.51-3.50 หมายถึง ระดับความเหมาะสมปานกลาง

ช่วงคะแนน 1.51-2.50 หมายถึง ระดับความเหมาะสมน้อย

ช่วงคะแนน 1.00-1.50 หมายถึง ระดับความเหมาะสมน้อยที่สุด

**ส่วนที่4** แบบบันทึกข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ เป็นแบบสรุปผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q ) ของกรมสุขภาพจิต(2557) โดยสอบถามอาการในช่วง 2 สัปดาห์วันที่ผ่านมา แต่ละคำถามมีช่องให้เลือกตอบ จำนวน 4 ช่อง ได้แก่ ไม่มีเลย( 0 วัน ) นานๆ ครั้ง (1-7 วัน) บ่อยครั้ง (8-13 วัน) และเป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน) โดยกำหนดให้แต่ละคำตอบมีค่าคะแนน ดังนี้

ถ้าตอบว่า “ไม่มีเลย” ได้ 0 คะแนน

ถ้าตอบว่า “นาน ๆ ครั้ง (1-7 วัน)” ได้ 1 คะแนน

ถ้าตอบว่า “บ่อยครั้ง (8-13 วัน)” ได้ 2 คะแนน

ถ้าตอบว่า “เป็นประจำ (ทุกวันหรือ 14 วัน)” ได้ 3 คะแนน

แบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (9Q) มีคะแนนเต็มอยู่ที่ 27 คะแนน ซึ่งหลังจากที่มีการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนระดับภาวะซึมเศร้าแล้ว สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) ดังนี้

มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก < 7 คะแนน

มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 7-12 คะแนน

มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง 13-18 คะแนน

มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง  $\geq 19$  คะแนน

**ส่วนที่5** แบบบันทึกข้อมูลการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขของผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นแบบสรุปผลการติดตามผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีระดับคะแนน  $\geq 13$  คะแนน ขึ้นไป (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2557) เข้าสู่ระบบการรักษาตามแนวทาง

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และการตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือมีขั้นตอน ดังนี้

#### 1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทั้ง 2 ชุดที่สร้างขึ้น ได้แก่ 1) แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เกสัชกรชำนาญการพิเศษ และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางด้านจิตเวช เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องประเด็นคำถาม ความถูกต้องของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาโดยกำหนดระดับความคิดเห็นของข้อคำถามเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 1, 2, 3 และ 4 ในแต่ละระดับมีความหมายดังนี้

ระดับ 1 หมายถึง ข้อคำถามไม่มีความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 2 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องน้อยกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 3 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกันค่อนข้างมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

ระดับ 4 หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกันมากกับเนื้อหาที่ต้องการวัด

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (item content validity index, I-CVI) จากสูตร

$$I-CVI = N_c/N$$

เมื่อ  $N_c$  หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิที่ประเมินความสอดคล้องในระดับ 3 และ 4

$N$  หมายถึง จำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด

การหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (content validity for scale, S-CVI) โดยวิธีคำนวณหาค่าเฉลี่ยของดัชนีความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (S-CVI/) จากสูตร

$$S-CVI = \Sigma(S-CVI)/p$$

เมื่อ  $\Sigma(S-CVI)$  หมายถึง ผลรวมของค่า I-CVI

$p$  หมายถึง จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

เกณฑ์ที่ใช้ในการพิจารณาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัยที่ยอมรับได้ คือ .80 หรือมากกว่าขึ้นไป แสดงว่า มีความเที่ยงภายในเครื่องมือเพียงพอที่จะนำไปใช้ (Burns & Grove, 1997) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ผล ดังนี้ 1) แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า CVI = 0.91 2) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า CVI = 0.92 ตามลำดับ

## 2. การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับเครือข่ายแกนนำที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ในพื้นที่ตำบลเชียงม่วน อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา จำนวน 40 คน โดยทดลองใช้ (try out) จำนวน 2 ครั้ง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้ KR-20 และสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) จากสูตร

$$\alpha = [k/k-1][1-\Sigma\sigma_i^2/\sigma_t^2]$$

เมื่อ  $\alpha$  คือ สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น

$k$  คือ จำนวนข้อคำถาม

$\sigma_i^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนข้อที่  $i$

$\sigma_t^2$  คือ ความแปรปรวนของคะแนนรวม  $t$

ผลการทดลองใช้ (try out) กับเครือข่ายแกนนำที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 ครั้ง ได้ผลดังนี้

1. แบบสอบถามสภาพการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ค่า Reliability (K-R20) ครั้งที่ 1 = 0.82 ครั้งที่ 2 = 0.83 ตามลำดับ

2. แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ค่า Reliability (K-R20) ครั้งที่ 1 = 0.81 ครั้งที่ 2 = 0.82 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

วิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพะเยา เลขที่ 009/2564 (ลงวันที่ 6 พฤษภาคม พ.ศ.2564) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการอธิบาย ให้ทราบถึง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย ผู้วิจัยได้แจ้งกลุ่ม ตัวอย่าง เกี่ยวกับการเก็บชื่อผู้ให้ข้อมูลเป็นความลับ และจะนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม ข้อมูลจะนำไปใช้ ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลง จะให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

## ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action research) เรื่อง การพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของ ประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ผู้วิจัยมีขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัย ดังนี้

### 1. การวางแผน (Planning) ดำเนินการดังนี้

1.) ศึกษาสภาพปัญหาของการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของ ประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านม่วง ทบทวนแนวทาง รูปแบบเดิมในการเฝ้าระวัง วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา โดยการศึกษาทบทวน ประวัติการเจ็บป่วย และการเข้าสู่ระบบการรักษา ของกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 3 ราย และผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย โดยเน้นศึกษาด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน พื้นที่

2.) วางแผนการสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชน ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff,1980 ) ในประเด็นดังต่อไปนี้

2.1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างร่วมในการกำหนดนโยบายและ กลุ่มเป้าหมาย การกำหนดความต้องการและการจัดลำดับความสำคัญ จากนั้นร่วมการวางแผนการดำเนินงานที่ ชัดเจน

2.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยพิจารณาว่าใครจะทำประโยชน์โดยวิธีใดได้บ้าง เช่น การ กำหนดบทบาทหน้าที่ การสนับสนุนทรัพยากร การบริหารงาน รวมทั้งการประสานงานและขอความช่วยเหลือ

2.3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยร่วมกันวิเคราะห์ การมีระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่ดี ในชุมชน ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพจะเป็นอย่างไรบ้าง ทั้งต่อตัวบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน รวมถึงหากไม่มีระบบการเฝ้าระวังที่ดี ผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นทางบวกและทางลบ เป็นอย่างไรบ้าง

2.4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยร่วมกันวางแผน ติดตาม ประเมินผล โดยคำนึงถึง ความเห็น (Views) ความชอบ (Preferences) และความคาดหวัง (Expectations) ของกลุ่ม

3.) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประชุม เพื่อวิเคราะห์ สถานการณ์ ปัญหา และ อุปสรรค การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ องค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า การรับรู้บทบาทหน้าที่ การคัดคัดกรอง และการส่งต่อ

4.) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ตำบลบ้านนาง โดยนำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) มากำหนดรูปแบบและแนวทางการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ตามแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัปโฮฟฟ์(Cohen and Uphoff, 1980) ทั้ง 4 ด้าน ดังนี้

1.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) เป็นการกำหนดความต้องการ และการจัดลำดับความสำคัญ กำหนดนโยบายและกลุ่มเป้าหมาย ในขั้นตอนนี้ ได้มีการร่วมกำหนดความต้องการและเป้าหมายของกลุ่มในเรื่องการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชน ซึ่งได้กำหนดและจัดลำดับความต้องการตามประเด็นการสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) ตามลำดับ ดังนี้

1.1 ความต้องการด้านองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โดยต้องการให้เครือข่ายแกนนำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทั้งสาเหตุ อาการ อาการแสดง การประเมิน สังเกตอาการผิดปกติ

1.2 ความต้องการด้านการสื่อสาร แนวทางการประสานงาน การส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงแนวทางการรักษา และการติดตามหลังการรักษา

1.3 ความต้องการด้านการแบ่งบทบาทหน้าที่ของแกนนำเครือข่าย โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และมีการกำกับติดตาม การทบทวนบทบาทหน้าที่อย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้แล้วการบูรณาการงานการเฝ้าระวังให้เข้ากับนโยบายหมอบรรเทาทุกข์ 3 หมอ หมอ1 หมอ อสม.ทุกคน หมอ2 หมอเจ้าหน้าที่ในศูนย์สุขภาพชุมชน และหมอที่3 หมอประจำหน่วยบริการ ในการสร้างระบบการติดต่อ สื่อสาร ให้การดูแลครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

1.4 ความต้องการด้านการเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าแบบ 9 คำถาม (9Q) ต้องการเรียนรู้การใช้แบบคัดกรอง และการกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมาย หรือเซตรับผิดชอบของแกนนำแต่ละคนที่ชัดเจน

2.การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) เป็นการร่วมในการจัดทำแผนการสร้างการมีส่วนร่วม จากนั้นร่วมในการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ รวมถึงในการร่วมสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ

3.การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) ขั้นตอนนี้ ได้ร่วมกันวิเคราะห์และคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่จะเกิดกับทั้งประชาชนในพื้นที่ และภาคีเครือข่ายต่างๆทั้งในแง่ของการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

4.การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ขั้นตอนนี้ได้ร่วมกันกำหนดรูปแบบการแนวทางการติดตาม ประเมินผล การดำเนินงานที่ชัดเจน

**2. การปฏิบัติการ (Action)** เครือข่ายแกนนำลงมือปฏิบัติการตามแนวทางรูปแบบใหม่ที่ได้พัฒนาขึ้น ในด้านการเฝ้าระวังคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยง การสื่อสารส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า เข้าสู่ระบบการรักษา ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

2.1 การจัดอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม(9Q) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การกำหนดบทบาทหน้าที่ สร้างความเข้าใจในรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การส่งต่อ การรักษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยใช้ระยะเวลาในการอบรม จำนวน 4 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ดังนี้

| ครั้งที่ | ประเด็น            | วัตถุประสงค์                                                                                                                                                                      | กิจกรรม                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | เอกสาร คู่มือ                                                  |
|----------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 1        | ความรู้โรคซึมเศร้า | 1.เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ ปัญหาของโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย<br>2.เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทั้งสาเหตุ อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังป้องกัน การดูแลรักษา | 1. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม และนำเสนอสถานการณ์ ปัญหาโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย<br>2. บรรยายความรู้โรคซึมเศร้า สาเหตุ อาการและอาการแสดง การเฝ้าระวังป้องกัน การดูแลรักษา<br>3. ชมคลิปวิดีโอโรคซึมเศร้า                                                                                                           | -power point<br>-คลิปวิดีโอ                                    |
| 2        | บทบาทหน้าที่       | 1.เพื่อทบทวนบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า<br>2.เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจนของเครือข่ายแกนนำ                                                                         | 1.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม<br>2.ร่วมทบทวน วิเคราะห์บทบาทหน้าที่ของตนเองที่ผ่านมา<br>3. นำกรณีศึกษาผู้มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายสำเร็จมาทบทวนแนวทาง บทบาทหน้าที่<br>4. แบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และร่วมกันวิเคราะห์และกำหนดบทบาทหน้าที่ของตนเองในการร่วมเฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหา ผู้มีภาวะซึมเศร้า | -power point<br>-กรณีศึกษา<br>-ใบงาน                           |
| 3        | การค้นหา/คัดกรอง   | 1.เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า<br>2.เพื่อให้สามารถใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าได้<br>3.เพื่อให้สามารถประเมินอาการผิดปกติได้                               | 1.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม<br>2. ชี้แจง-แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)<br>3. จับคู่ ฝึกการใช้แบบคัดกรอง ฝึกการใช้คำถามเพื่อประเมินอาการ<br>4. แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม                                                                                                                                            | -power point<br>-แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)<br>-ใบงาน |
| 4        | การส่งต่อ          | 1.เพื่อให้เกิดช่องทางการติดต่อสื่อสาร<br>2. เพื่อให้สามารถส่งต่อผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า สู่ระบบการรักษาที่ทันต่วงที                                                                  | 1.ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม<br>2. ร่วมกันกำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสารและแนวทางการส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้า                                                                                                                                                                                                                 | -power point<br>-ใบงาน                                         |

ในขั้นตอนนี้ได้มีการนิยามประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด
2. ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง
3. ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด
4. ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด
5. ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในรูปแบบการเฝ้าระวัง และคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ดังนี้

| เครือข่ายแกนนำ<br>(กลุ่มตัวอย่าง) | บทบาทหน้าที่                                           | กลุ่มเป้าหมายการเฝ้าระวังและ<br>คัดกรอง                                                                      | ความถี่ในการคัด<br>กรอง             |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| ผู้นำชุมชน                        | เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของทุก<br>กลุ่มเป้าหมายในชุมชน    | 1. ผู้ที่มีปัญหาสุรา สารเสพติด<br>2. ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่<br>รุนแรงมาไม่นาน                           | เดือนละ 2 ครั้ง<br>(ทุกๆ 2 สัปดาห์) |
| ประธานผู้สูงอายุ                  | เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในกลุ่ม<br>ผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน | กลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง                                                                               | เดือนละ 2 ครั้ง<br>(ทุกๆ 2 สัปดาห์) |
| ประธาน อสม.                       | เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของทุก<br>กลุ่มเป้าหมายในชุมชน    | ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไตวาย<br>มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด                                            | เดือนละ 2 ครั้ง<br>(ทุกๆ 2 สัปดาห์) |
| อสม.สาขา<br>สุขภาพจิต             | เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของทุก<br>กลุ่มเป้าหมายในชุมชน    | 1. ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ไต<br>วาย มะเร็ง โรคหัวใจและหลอด<br>เลือด<br>2. ผู้ป่วยตั้งครรถ์หรือหลังคลอด | เดือนละ 2 ครั้ง<br>(ทุกๆ 2 สัปดาห์) |
| ทีมสหวิชาชีพ                      | เฝ้าระวังผู้ที่มารับบริการใน<br>สถานบริการทุกคน        | ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มารับบริการ<br>ในสถานบริการ                                                             | ตามการมารับ<br>บริการ               |

2.2 การปฏิบัติการเฝ้าระวังคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยงในชุมชนตามที่ได้รับมอบหมาย

**3.การสังเกตการณ์ (Observation)** เป็นการประเมินผลและสังเกตการณ์ ของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่

ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามสังเกตการปฏิบัติการเฝ้าระวังและคัดกรองภาวะซึมเศร้าของเครือข่ายแกนนำในชุมชนตามบทบาทหน้าที่และกลุ่มประชากรเป้าหมายที่รับผิดชอบ โดยลงไปติดตามและร่วม

สังเกตการณ์ใช้แบบคัดกรอง และการฝึกทักษะการคัดกรอง เช่น การลงเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ร่วมกับประธาน ผู้สูงอายุในชุมชน การลงไปเยี่ยมผู้ป่วยติดสุราเรื้อรังร่วมกับผู้นำชุมชน เป็นต้น

**4. การสะท้อนกลับ (Reflection)** ขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจัดการประชุมติดตามประเมินผลการคัดกรองเป็นรายเดือน แบ่งกลุ่มประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสะท้อนข้อมูลถึงการปฏิบัติการคัดกรอง เฝ้าระวัง และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำตามที่วางแผนไว้ ตลอดจนการวิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคในการปฏิบัติงาน รวมทั้งประเด็นปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่

**ระยะเวลาการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2564- 31 กรกฎาคม 2564**

#### **ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล**

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

- 1.) การประสานกลุ่มตัวอย่างวิจัยงานเพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล โดยท าหนังสือถึงเครือข่ายแกนนำในชุมชนและทีมสหวิชาชีพผู้เกี่ยวข้อง
- 2.) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเองและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวม ข้อมูล กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมในงานวิจัย
- 3.) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสอบถาม ความสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างว่ามีสิทธิ์ที่จะ เข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็น ความลับ หากกลุ่มตัวอย่างมีความยินยอมที่จะเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่างในการวิจัย
- 4.) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัย รวบรวม ข้อมูลส่วนบุคคล การทำแบบประเมินต่างๆ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ และเริ่มดำเนินการวิจัยตาม รูปแบบโดยใช้เวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง กรกฎาคม 2564
- 5.) เก็บบันทึกข้อมูลตาม แบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล ก่อนและหลังการวิจัยครบ 6 เดือน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ พรรณนา เพื่อทดสอบสมมติฐานและรายงานผลการวิจัย

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และข้อมูลการเข้าถึงบริการรักษาของผู้มีภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่และข้อมูลความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติที่ Paired t-test

## ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลจำนวนและร้อยละของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

| ลักษณะทั่วไป                       | จำนวน         | ร้อยละ |
|------------------------------------|---------------|--------|
| เพศ                                |               |        |
| ชาย                                | 26            | 65.00  |
| หญิง                               | 14            | 35.00  |
| อายุ (ปี)                          |               |        |
| Minimum = 36 ปี    Maximum = 72 ปี |               |        |
| $\bar{X} \pm S.D$                  | 55.80 ± 10.01 |        |
| สถานภาพ                            |               |        |
| โสด                                | 3             | 7.50   |
| สมรส                               | 33            | 82.50  |
| หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่              | 4             | 10.00  |
| การศึกษา                           |               |        |
| ประถมศึกษา                         | 1             | 2.50   |
| มัธยมศึกษาตอนต้น                   | 5             | 12.50  |
| มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า     | 27            | 67.50  |
| อนุปริญญา/ปวส.                     | 1             | 2.50   |
| ปริญญาตรี                          | 5             | 12.50  |
| ปริญญาโท หรือสูงกว่า               | 1             | 2.50   |
| ตำแหน่ง                            |               |        |
| ผู้ใหญ่บ้าน                        | 9             | 22.50  |
| ประธานผู้สูงอายุ                   | 9             | 22.50  |
| ประธาน อสม.                        | 9             | 22.50  |
| อสม.สาขาสุขภาพจิต                  | 9             | 22.50  |
| ทีมสหวิชาชีพ                       | 4             | 10.00  |
| ประสบการณ์การทำงานในตำแหน่ง        |               |        |
| 0-5 ปี                             | 7             | 17.50  |
| 6-10 ปี                            | 14            | 35.00  |
| 11-15 ปี                           | 12            | 30.00  |
| มากกว่า 15 ปี                      | 7             | 17.50  |

| ลักษณะทั่วไป          | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------|-------|--------|
| <b>อาชีพ</b>          |       |        |
| เกษตรกรกรรม           | 23    | 57.50  |
| ค้าขาย                | 5     | 12.50  |
| ลูกจ้าง/พนักงาน       | 1     | 2.50   |
| รับราชการ             | 4     | 10.00  |
| ธุรกิจส่วนตัว         | 7     | 17.50  |
| <b>รายได้ครอบครัว</b> |       |        |
| ต่ำกว่า 5,000 บาท     | 0     | 0.00   |
| 5,001 – 10,000 บาท    | 16    | 40.00  |
| 10,001-15,000 บาท     | 9     | 22.50  |
| มากกว่า 15,000 บาท    | 15    | 37.50  |

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.00 อายุต่ำสุด 36 ปี สูงสุด 72 ปี อายุเฉลี่ย 55.80 สถานภาพสมรสร้อยละ 82.50 การศึกษา ส่วนใหญ่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่าร้อยละ 67.50 ด้านการดำรงตำแหน่งในชุมชน เป็นผู้ใหญ่บ้าน ประธานผู้สูงอายุ ประธาน อสม. และ อสม.สาขาสุภาพจิต ร้อยละ 22.50 เท่าๆกัน และทีมสหวิชาชีพร้อยละ 10.00 ประสบการณ์การดำรงตำแหน่งระยะเวลาอยู่ที่ 6-10 ปี ร้อยละ 35.00 รองลงมา 11-15 ปี ร้อยละ 30 ด้านอาชีพพบว่าประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 57.50 รองลงมาประกอบธุรกิจส่วนตัวร้อยละ 17.50 ด้านรายได้อยู่ในช่วง 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 40.00 รองลงมาได้มากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 37.50

## ส่วนที่2 ผลการศึกษาสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่

ผลการการศึกษาสภาพปัญหา ได้ผลดังนี้

1.1 การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ สมาชิกในครอบครัวขาดการสังเกตอาการผิดปกติ จำนวน 1 ราย ทั้งที่ผู้ป่วยเริ่มมีสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่วนกรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าสมาชิกครอบครัวสังเกตอาการผิดปกติชัดเจน แต่ไม่นำผู้ป่วยไปรับการรักษา จำนวน 2 ราย

1.2 การมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์(Interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร ผลจากการบทวนพบว่าการมีส่วนร่วมของแกนนำในชุมชนส่วนมากเป็นการมีส่วนร่วมของ อสม.สาขาสุภาพจิต ที่มีบทบาทในการคัดกรองภาวะซึมเศร้า การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนแกนนำอื่นๆยังไม่มีส่วนร่วมที่ชัดเจน โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชน และ ผู้สูงอายุ ที่พบว่าส่วนมากยังไม่เคยประเมินและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าเลย และประธาน อสม. พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังบ้าง

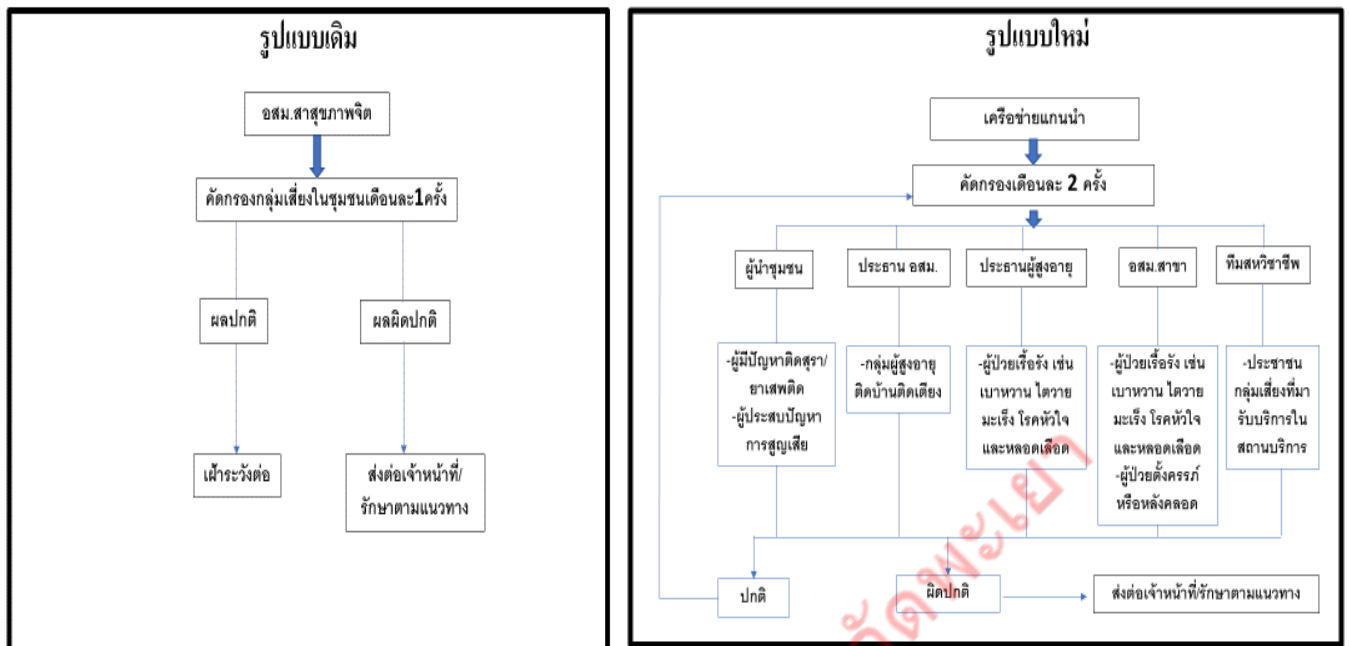
แต่ยังขาดความชัดเจน ต่อเนื่อง และในส่วนของ อสม.สาขาสุขภาพจิต พบว่ามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าค่อนข้างดีมาก แต่ยังขาดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง

1.3 การมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ พบว่าทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในรูปแบบของการชักประวัติ คัดกรองในสถานบริการเป็นหลัก

**ส่วนที่ 3 ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)** โดยนำแนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัปโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) มาใช้ในการสนทนาตามหัวข้อ ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ, การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน, การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จาก การสนทนากลุ่มสามารถสรุปประเด็นได้ ดังนี้

| ประเด็น                        | วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล                                                        | ผลการศึกษา                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| องค์ความรู้ในโรคซึมเศร้า       | 1. การสัมภาษณ์<br>2. การจดบันทึก<br>3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์<br>4. การสังเกต | เครือข่ายแกนนำยังขาดความรู้ ความใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การสังเกตอาการผิดปกติ การประเมินคัดกรอง ตลอดจนการไม่ทราบถึงแนวทางการให้ความช่วยเหลือผู้ที่ภาวะซึมเศร้า โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชนและประธานผู้สูงอายุ |
| บทบาทหน้าที่ของ แกนนำเครือข่าย | 1. การสัมภาษณ์<br>2. การจดบันทึก<br>3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์<br>4. การสังเกต | เครือข่ายแกนนำ ไม่รับรู้เกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ส่วนมากคิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของตนเอง จึงไม่ได้ให้ความสนใจ จึงทำให้ขาดการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า                                                  |
| การคัดกรอง/เฝ้าระวัง           | 1. การสัมภาษณ์<br>2. การจดบันทึก<br>3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์<br>4. การสังเกต | การคัดกรองและเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนส่วนมากเป็นการดำเนินการโดย อสม.สาขาสุขภาพจิตเป็นส่วนมาก ส่วนแกนนำอื่นๆ มีส่วนร่วมค่อนข้างน้อยมาก                                                           |
| การสื่อสาร/ส่งต่อ              | 1. การสัมภาษณ์<br>2. การจดบันทึก<br>3. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์<br>4. การสังเกต | ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบแนวทางการส่งต่อให้ความช่วยเหลือ รวมถึงการรักษา ที่ผ่านมามีหากพบผู้ที่มีปัญหา ก็จะให้คำแนะนำ หรือให้กำลังใจเป็นส่วนมาก                                                                  |

#### ส่วนที่4 รูปแบบและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่



#### รูปที่1 เปรียบเทียบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านมาง

อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา ก่อนและหลังการทดลอง

จากรูปที่1 เปรียบเทียบรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าจากรูปแบบเดิมกับรูปแบบใหม่ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจะเห็นว่า รูปแบบเดิมจะเป็นการเฝ้าระวัง คัดกรองโดย อสม.สาขาสุขาภจิตเท่านั้น ซึ่งในแต่ละหมู่บ้านมีข้อจำกัดจำนวน อสม.สาขาสุขาภจิตหมู่บ้านละ 1-2 คน จึงเป็นปัญหาและอุปสรรคในเรื่องภาระงาน จำนวนกลุ่มเป้าหมายมากและมีความหลากหลาย จึงทำให้ไม่สามารถคัดกรองได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง จึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าด้วยเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ ตามรูปแบบใหม่ ซึ่งจะเห็นได้ว่าการเฝ้าระวัง คัดกรอง เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำอื่นๆในชุมชน เชื่อมกับทีมสหวิชาชีพ เป็นการบูรณาการในการทำงานร่วมกัน ลดภาระงาน เพิ่มความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการประเมิน คัดกรอง และนำสู่การรักษาที่ทันทั่วถึง

ตารางที่2 แสดงข้อมูลระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่าง ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เปรียบเทียบ ก่อนและหลัง

| หัวข้อการมีส่วนร่วม         | ก่อนการทดลอง (n=40) |      | หลังการทดลอง (n=40) |      | P-value |
|-----------------------------|---------------------|------|---------------------|------|---------|
|                             | Mean                | SD   | Mean                | SD   |         |
| การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ  | 2.28                | 0.68 | 3.68                | 0.25 | 0.000   |
| การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน | 2.06                | 0.97 | 4.81                | 0.23 | 0.000   |
| การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์   | 2.32                | 0.54 | 3.61                | 0.26 | 0.000   |
| การมีส่วนร่วมในการประเมินผล | 2.15                | 0.73 | 4.59                | 0.26 | 0.000   |
| ค่าเฉลี่ยรวมทุกด้าน         | 2.20                | 0.68 | 4.17                | 0.16 | 0.000   |

จากตารางที่ 2 หลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้นทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) และพบว่าการมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงานมีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด กล่าวคือ ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 2.06 เพิ่มขึ้นเป็น 4.81 และค่าเฉลี่ยในภาพรวมทุกด้านจากก่อนการทดลองอยู่ที่ 2.20 เพิ่มขึ้นเป็น 4.17

**ตารางที่ 2.1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการทดลอง

| ระดับการมีส่วนร่วม     | ก่อนการทดลอง (n=40) |        | หลังการทดลอง (n=40) |        |
|------------------------|---------------------|--------|---------------------|--------|
|                        | จำนวน               | ร้อยละ | จำนวน               | ร้อยละ |
| มากที่สุด (4.51-5.00)  | 0                   | 0.00   | 2                   | 5.00   |
| มาก (3.51-4.50)        | 1                   | 2.50   | 38                  | 95.00  |
| ปานกลาง (2.51-3.50)    | 14                  | 35.00  | 0                   | 0.00   |
| น้อย (1.51-2.50)       | 20                  | 50.00  | 0                   | 0.00   |
| น้อยที่สุด (1.00-1.50) | 5                   | 12.50  | 0                   | 0.00   |

จากตารางที่ 2.1 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก จากร้อยละ 2.50 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 95.00

## ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่

**ตารางที่ 3** แสดงข้อมูลระดับความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ก่อนและหลังการทดลอง

| หัวข้อความคิดเห็น                                                                                                 | ก่อนการทดลอง<br>(n=40) |      | หลังการทดลอง<br>(n=40) |       | P-value |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|------------------------|-------|---------|
|                                                                                                                   | Mean                   | SD   | Mean                   | SD    |         |
| 1) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบันทำให้ท่านมีองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าได้เป็นอย่างดี      | 2.52                   | 1.08 | 4.40                   | 0.496 | 0.000   |
| 2) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบันทำให้ท่านรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่อย่างชัดเจน                     | 2.57                   | 1.33 | 4.65                   | 0.483 | 0.000   |
| 3) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบันทำให้ท่านสามารถคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนกลุ่ม | 2.10                   | 1.03 | 4.68                   | 0.474 | 0.000   |

| หัวข้อความคิดเห็น                                                                                                                               | ก่อนการทดลอง |      | หลังการทดลอง |       | P-value |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|--------------|-------|---------|
|                                                                                                                                                 | (n=40)       |      | (n=40)       |       |         |
|                                                                                                                                                 | Mean         | SD   | Mean         | SD    |         |
| เสียงในชุมชนได้เป็นอย่างดี                                                                                                                      |              |      |              |       |         |
| 4) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบันทำให้ท่านทราบแนวทางการให้ความช่วยเหลือหรือส่งต่อ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ได้เป็นอย่างดี | 2.65         | 1.12 | 4.60         | 0.496 | 0.000   |
| 5) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบันทำให้ท่านทราบแนวทางการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ได้เป็นอย่างดี                              | 2.52         | 1.10 | 4.72         | 0.452 | 0.000   |
| 6) ท่านคิดว่า รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าปัจจุบัน ส่งผลให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นอย่างดี                          | 2.75         | 0.54 | 4.63         | 0.490 | 0.000   |
| ค่าเฉลี่ยรวม                                                                                                                                    | 2.52         | 0.92 | 4.61         | 0.29  | 0.000   |

\*p-value < .001

**ส่วนที่ 6 ข้อมูลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q)**

**ตารางที่ 4** แสดงข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) ก่อนและหลังการทดลอง แยกรายหมู่

| หมู่ | จำนวนประชากร | จำนวนประชากรเป้าหมาย** | ผลการดำเนินงาน |        |                |        |              |        |              |        |
|------|--------------|------------------------|----------------|--------|----------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|
|      |              |                        | ก่อนการทดลอง   |        |                |        | หลังการทดลอง |        |              |        |
|      |              |                        | จำนวนคัดกรอง   | ร้อยละ | จำนวนผิดปกติ** | ร้อยละ | จำนวนคัดกรอง | ร้อยละ | จำนวนผิดปกติ | ร้อยละ |
| 1    | 1,022        | 242                    | 120            | 49.58  | 2              | 1.67   | 195          | 80.58  | 3            | 1.54   |
| 2    | 853          | 124                    | 72             | 58.06  | 1              | 1.39   | 118          | 95.16  | 3            | 2.54   |
| 3    | 227          | 62                     | 44             | 70.96  | 0              | 0.00   | 62           | 100.00 | 1            | 1.61   |
| 4    | 463          | 102                    | 64             | 62.74  | 1              | 1.56   | 100          | 98.04  | 2            | 2.00   |
| 5    | 519          | 118                    | 58             | 49.15  | 2              | 3.45   | 89           | 75.42  | 1            | 1.12   |
| 7    | 290          | 83                     | 42             | 50.60  | 1              | 2.38   | 83           | 100.00 | 2            | 2.41   |
| 8    | 376          | 91                     | 57             | 62.63  | 1              | 1.75   | 88           | 96.70  | 1            | 1.14   |
| 9    | 472          | 98                     | 60             | 61.22  | 1              | 1.67   | 90           | 91.84  | 2            | 2.22   |
| 11   | 445          | 95                     | 54             | 56.84  | 0              | 0.00   | 95           | 100.00 | 1            | 0.00   |
| รวม  | 4,667        | 1,015                  | 571            | 56.25  | 9              | 1.58   | 920          | 90.64  | 15           | 1.63   |

\*\*จำนวนประชากรเป้าหมาย หมายถึง ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ ผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน, ไตวาย, มะเร็งทุกชนิด, โรคหัวใจและหลอดเลือด,

ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, หญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอด, ผู้ที่มีปัญหาสุราและสารเสพติด, ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

\*\*\* จำนวนผิดปกติ หมายถึง จำนวนผู้ที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) แล้ว ได้ค่าคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป

จากตารางที่ 4 ข้อมูลผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ด้วยแบบคัดกรอง 9 คำถาม (9Q) ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 56.25 เป็นร้อยละ 90.64

ส่วนที่ 7 ข้อมูลการเข้าถึงบริการของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 5 แสดงข้อมูลการเข้าถึงบริการรักษาโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง แยกรายหมู่

| หมู่ | ผลการดำเนินงาน  |                     |        |                 |                     |        |
|------|-----------------|---------------------|--------|-----------------|---------------------|--------|
|      | ก่อนการทดลอง    |                     |        | หลังการทดลอง    |                     |        |
|      | จำนวนที่ผิดปกติ | จำนวนส่งต่อการรักษา | ร้อยละ | จำนวนที่ผิดปกติ | จำนวนส่งต่อการรักษา | ร้อยละ |
| 1    | 2               | 1                   | 50.00  | 3               | 2                   | 66.66  |
| 2    | 1               | 0                   | 0.00   | 3               | 3                   | 100.00 |
| 3    | 0               | 0                   | 0.00   | 1               | 1                   | 100.00 |
| 4    | 1               | 0                   | 0.00   | 2               | 2                   | 100.00 |
| 5    | 2               | 1                   | 50.00  | 1               | 1                   | 100.00 |
| 7    | 1               | 0                   | 100.00 | 2               | 2                   | 100.00 |
| 8    | 1               | 1                   | 100.00 | 1               | 1                   | 100.00 |
| 9    | 1               | 0                   | 0.00   | 2               | 2                   | 100.00 |
| 11   | 0               | 0                   | 0.00   | 1               | 1                   | 100.00 |
| รวม  | 9               | 3                   | 33.33  | 15              | 14                  | 93.33  |

จากตารางที่ 5 ข้อมูลการถึงบริการรักษาโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษามากกว่า ก่อนการทดลอง จากร้อยละ 33.33 เพิ่มขึ้น ร้อยละ 93.33

## อภิปรายผล

### 1. ผลการเปรียบเทียบรูปแบบเดิมและรูปแบบใหม่ ในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชน ด้วยเครือข่ายแกนนำพื้นที่ตำบลบ้านม่วง อำเภอเชียงม่วน จังหวัดพะเยา

ความแตกต่างของรูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง รูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น สามารถสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในพื้นที่ร่วมเฝ้าระวัง คัดกรอง และการส่งต่อผู้มีภาวะซึมเศร้าเข้าสู่การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่สามารถแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ ที่เกิดความยั่งยืน ต่อเนื่องในระบบการเฝ้าระวัง สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ(2563) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น ผลการวิจัยพบว่า สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ( $p\text{-value} \leq .05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา พลมีศักดิ์ และคณะ(2558) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านต๊อบเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎี การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบดังกล่าวส่งผลให้แกนนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้น

### 2. ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

2.1 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในทุกๆด้านเพิ่มมากขึ้น จากร้อยละ 2.20 เป็นร้อยละ 4.17 ซึ่งหากพิจารณาการมีส่วนร่วมเป็นรายด้าน 3 ลำดับแรก จะพบว่าด้านการดำเนินงานมีคะแนนค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด คือ จากร้อยละ 2.06 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.81 รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จากร้อยละ 2.15 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.59 และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากร้อยละ 2.28 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.68 ตามลำดับ ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการประเมินการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ตามแนวความคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ทั้ง 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making), การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation), การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งนี้เพื่อให้ทราบถึงระดับการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ประเมินความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ก่อนการทดลองเช่นกัน เพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหา ความคิดเห็นมุมมอง จากนั้นได้ร่วมกันระดมความเห็น แนวทางการสร้างการมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นคือ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายแกนนำในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของหยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ(2560) ที่ศึกษาเรื่องการ

พัฒนารูปแบบ การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ที่ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่าการพัฒนาศักยภาพ แก่นนำชุมชนและญาติสนิทของกลุ่มเสี่ยงการ ฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดความตระหนัก ถึงความสำคัญ ของปัญหา และยินดีให้ความร่วมมือในการจัด กิจกรรมมากขึ้น

2.2 ความแตกต่างการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วม พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีระดับการมีส่วนร่วมในระดับมาก เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.50 เป็นร้อยละ 95.00 ซึ่งในกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วม ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้กระบวนการ สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อให้เกิดบรรยากาศการเรียนรู้ร่วมกันแบบเป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมประเมินผล ซึ่งจะทำให้ เกิด ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับผูกพันกับบทบาทหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา พลมัสศักดิ์ และคณะ(2558) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านต๊อบเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ร่วมกับทฤษฎี การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบดังกล่าว ส่งผลให้แก่นนำมีความรู้และมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายดีขึ้น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีการปรับเปลี่ยนที่ดีขึ้น และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของสุสารี ประคินกิจและคณะ(2557)ที่ได้ทำการวิจัย การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วย กระบวนการวิจัยปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ผลการวิจัยพบว่า การ สร้างเสริมสุขภาพจิตชุมชนจะต้องอาศัย ทุกภาคส่วนทั้งผู้นำ อาสาสมัครสาธารณสุข บุคลากร ทางการแพทย์ นักพัฒนา จะต้องเห็นความสำคัญมี ความมุ่งมั่น ตระหนักถึงปัญหา มีความสนใจวิสัยทัศน์ ที่กว้างไกล รวมทั้งมี สัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่าย นำแผนพัฒนา มาพัฒนาศักยภาพของสมาชิก สร้าง กิจกรรมร่วมกันให้ทุกคนได้มี ความรู้ในเรื่องสุขภาพ เห็นความสำคัญของปัญหาและสามารถช่วยเหลือกัน ในด้านสุขภาพได้มีการจัดการและ ส่งต่ออย่างมีระบบ

### 3. เปรียบเทียบผลลัพธ์การเข้าถึงบริการการรักษาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลองผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษามากกว่าก่อน การทดลอง จากร้อยละ 33.33 เพิ่มขึ้นร้อยละ 93.33 อธิบายได้ว่า รูปแบบของการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าด้วย เครือข่ายแก่นนำที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่งผลให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าได้รับการส่งต่อเข้าสู่ระบบการรักษาที่ได้มาตรฐาน ป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้กิจกรรมที่สนับสนุนผลลัพธ์นี้ คือ การที่ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่ม แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ผ่านการทบทวนกรณีตัวอย่างในพื้นที่ และชี้ให้เห็นถึงผลเสียที่ตามมาของผู้มีภาวะซึมเศร้าและ ไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาได้ทันเวลาที่ หากปล่อยไว้นาน จะทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ

สรุปได้ว่า การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนด้วยเครือข่ายแก่นนำ โดยประ ยุคตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟโฮฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making),การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation),

การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์(Benefits) และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ทั้งในรูปแบบกระบวนการสนทนากลุ่ม(Focus Group Discussion) และการฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้ากับกลุ่มเป้าหมายจริงในชุมชน ทำให้เครือข่ายแกนนำในพื้นที่มีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนเพิ่มมากขึ้น สามารถตรวจคัดกรอง หากพบผู้มีภาวะซึมเศร้าสามารถสื่อสาร ประสานการส่งต่อสู่ระบบการรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ ป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา พลมีศักดิ์ (2556) ได้กล่าวว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการที่ชุมชนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานทุกขั้นตอนและการพัฒนาแกนนำให้มีศักยภาพที่เข้มแข็งจะทำให้มีการจัดระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าที่ใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของอัมราพร สุรการ (2557) ที่พบว่า การที่คนในชุมชนมีความเข้มแข็ง สามารถส่งเสริมให้คนในชุมชนมีสุขภาพจิตดีขึ้นและลดปัญหาสุขภาพจิตได้นั้น เป็นยุทธศาสตร์การทำงานเชิงรุกที่สำคัญของการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพจิต

#### **ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

ควรมีการส่งเสริมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่อื่นๆภายในอำเภอ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูง ได้นำรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่ ใช้เป็นแนวทางการเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายต่อไป

#### **ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป**

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อติดตามประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และควรมีการศึกษาแบบแบ่งเป็น 2 กลุ่มพื้นที่ คือ กลุ่มพื้นที่ทดลองและกลุ่มพื้นที่เปรียบเทียบ

## บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2558). *แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง)*. ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2564).รายงานอัตราการถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำแนกตามปีงบประมาณ2563.[https://thaidepression.com/www/report/main\\_report/pdf/ahb-01-21\\_mix\\_HDC.pdf](https://thaidepression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-01-21_mix_HDC.pdf). (สืบค้นเมื่อ 12 กุมภาพันธ์ 2566).
- จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, เจษฎา สุรวรรณ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์.(2564).*ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น*.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- จินตนา พลมีศักดิ์.(2556). *การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านต๊อ ตำบลนาคำใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร*. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,สาการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสารคาม.
- จุไรรัตน์ ทุมพันธ์.(2565). *ผลของการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าด้วยตนเองของประชาชนในชุมชน อำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*.วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2565
- เชษฐา แก้วพรม, ไชยณิธิ ยุทธวิสุทธ์, ลลนา ประทุม และอริยญา บุญธรรม. (2557). *ความฉลาดทางสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาสองตำบลในพื้นที่อำเภอขลุง จันทบุรี*. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.
- นิลภา จิระรัตนวรรณะ, สุคนธ์ วรรณะอมร, ศรีสุดา รัศมีพงศ์.(2562).*การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ*.คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.วารสารมหาจุฬาลงกรณ.ปีที่6 ฉบับพิเศษ.
- ประภัสสร งามแสงใส, ปติรดา ศรีสียน และสุวรรณา ภัทรเบญจพล.(2557). *กรณีศึกษาความฉลาดทางสุขภาพของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 2 แห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี*. (ฉบับพิเศษ). วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน.

ปณัตต บณฺฑนทต , ธีรวิมมานุรักษ์, ธนัชร หาได้ และ สันติ คู่กระสังข์.การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน ตำบลอิสาน อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. ปีที่6 ฉบับที่1 ประจำเดือนมกราคม – มีนาคม 2562.

สัญญา ยีอราน และ ศิวีไลซ์ วนรัตน์วิจิตร.(2561).การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสู่ความสำเร็จการเปลี่ยนแปลงนโยบายในระบบสุขภาพ.คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.

สุจินดา สุขรุ่ง, อารยา ปรานประวิตร, อารี พุ่มประไพทย์.(2561).การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน 2561.

สุสารี ประคินกิจ, จรัสดาว เรลโนลด์ และอรทิพา ส่องศิริ.(2557).การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน ด้วยกระบวนการวิจัยปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนหนึ่งในกรุงเทพมหานคร.สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมาร.ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2562

อารีย์ สงวนชื่อ, ปณัตต ตันธนปัญญากร, รัตนา ภรณ์อาษา.(2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง ในอำเภอวังน้อย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา.

Cotton, S. M., Wright, A., Harris, M. G., Jorm, A.F., & McGorry, P.D. (2006). *Influence of gender on mental health literacy in young Australians*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40(9), 790-796.

Cohen, J. M. Norman, T. and Uphoff, N.T. (N.d.). Rural development Participation: Concept and measures for project design implementation and evaluation. Rural Development Monograph No.2. Ithaca: Rural Development committee center for international Studies, Cornell University.