

การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร

นางสุภาพร จันทร์สาม

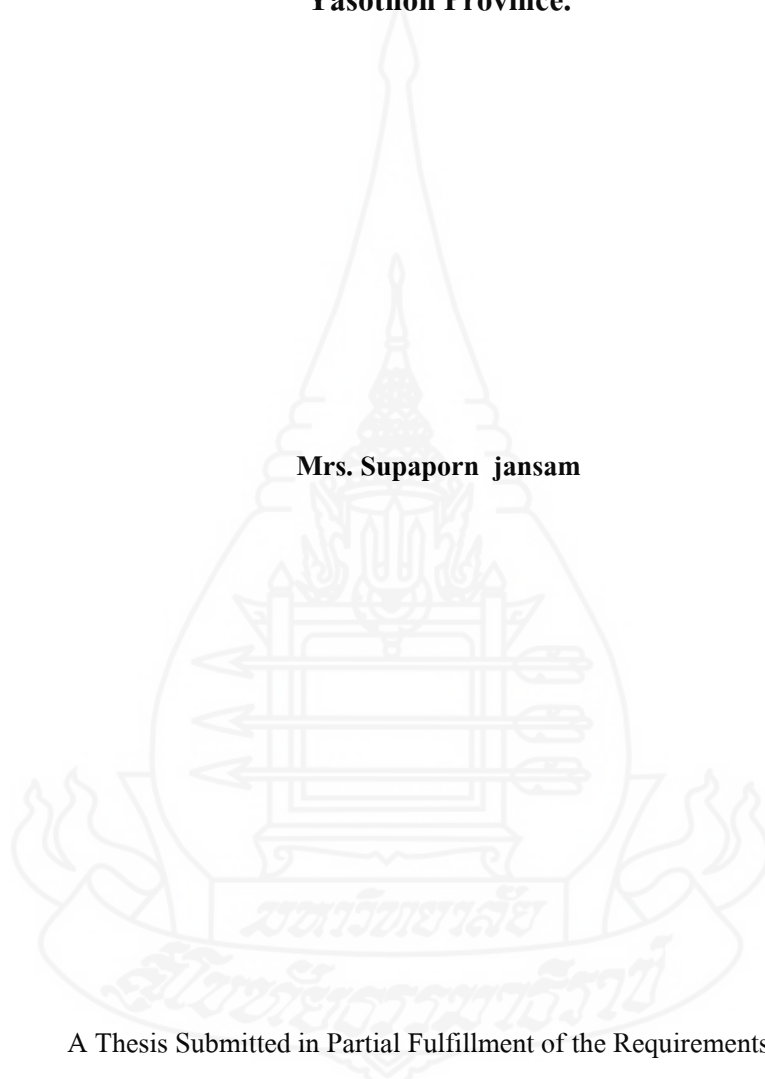


วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พ.ศ. 2559

**The Development of Community Participation Model for Suicide Prevention in
Yasothon Province.**

Mrs. Supaporn jansam



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for
the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration

School of Nursing

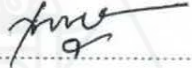
Sukhothai Thammathirat Open University

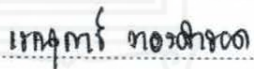
2016

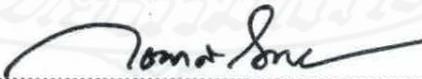
หัวข้อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
จังหวัดยโสธร
ชื่อและนามสกุล นางสุภาพร จันทร์สาม
แขนงวิชา การบริหารการพยาบาล
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
อาจารย์ที่ปรึกษา 1. อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด
2. อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ

วิทยานิพนธ์นี้ ได้รับความเห็นชอบให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรระดับปริญญาโท เมื่อวันที่ 3 พฤศจิกายน 2560

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญทักตร์ อุทิต)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ)


..... ประธานกรรมการบัณฑิตศึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.กฤษณา รุ่งโรจน์วิชย์)

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
จังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย นางสุภาพร จันทร์สาม รหัสนักศึกษ 2555100250 **ปริญญา** พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) **อาจารย์ที่ปรึกษา** (1) อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด (2) อาจารย์ ดร.กชพงศ์
สารการ **ปีการศึกษา** 2560

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร

การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงกึ่ง โครงสร้าง ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ กระบวนการ TOP Model และเทคนิค AIC และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำนวน 56 คน ประกอบด้วย ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ญาติ แกนนำชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข โดยเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ยังไม่มีรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความเข้าใจและความตระหนักในความสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การให้องค์ความรู้ การเสริมสร้างพลัง การเสริมสร้างสุขภาพจิต และสร้างชุมชนการเรียนรู้ และ 3) หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรมีความรู้ ทักษะและทักษะการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมาก

คำสำคัญ การมีส่วนร่วมของชุมชน การป้องกันการฆ่าตัวตาย

Thesis title: The Development of a Community Participatory Model for Preventing Suicide of Yasothon Province

Researcher: Mrs. Suprapron jansam; **ID:** 2555100250; **Degree:** Master of Nursing Science (Nursing Administration) **Thesis advisors:** (1) Dr. Renukar Thongkhamrod; (2) Dr. Kotchapong Sarakan **Academic year:** 2017

Abstract

The purpose of this research and development were (1) to study the situation of community's participation for preventing suicide in Yasothon province. 2) to develop the community participatory model for preventing suicide in Yasothon province and 3) to evaluate the community participatory model for preventing suicide in Yasothon province.

This study divided into three phases. The first phase aimed to study the situation of community's participation for preventing suicide in Yasothon province. The sample included 56 stakeholders. The research instrument was semi structure interview. The second phase aimed to develop the community participatory model for preventing suicide in Yasothon province. The research instrument were TOP Model Process and A-I-C Technique. The last phase aimed to evaluate the community participatory model for preventing suicide in Yasothon province. The research instrument were the depression inventory, the preventing suicide knowledge test, and the satisfaction questionnaire. The samples were 56 stakeholders comprised of the person who was at risk of suicide, relatives, community leaders and health personels. Data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation.

The research finding were as follows 1) There is no community involvement pattern in suicide prevention. The community lacked of the understanding and awareness of the importance of suicide prevention. 2) The community participatory model for preventing suicide in Yasothon province consisted of the stakeholder's participation, giving knowledge, empowerment, promoting mental health and creating learning community. And 3) The sample who had high risk of suicide rated their depression at lower level. The health personels rated their knowledge, attitude, and practice in suicide prevention at higher level. They rated there satisfaction to the model at high level.

Keywords Community Participation, Suicide Prevention

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก อาจารย์ ดร.เรณูการ์ ทองคำรอด อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ อาจารย์ร่วมปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อคิด คำแนะนำให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ตลอดจนช่วยเหลือไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญ พักตร์ อุทิศ ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และประสบการณ์ ในการศึกษาที่มีคุณค่ายิ่งจนประสบความสำเร็จ

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านดังปรากฏชื่อในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ได้ให้ความ อนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม รวมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็น ประโยชน์ในการทำวิจัย

ขอขอบพระคุณ สาขาวิชาพยาบาล ศาสตร์ และ สำนักบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ที่ได้ให้การสนับสนุน ขอขอบพระคุณห้องสมุดและบรรณารักษ์ของ สถาบันการศึกษาต่างๆที่ได้เป็นแหล่งค้นคว้าตำราและสนับสนุนเอกสารวิชาการ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งพยาบาลกลุ่มงานจิตเวช พยาบาล รพสต. ในเขต อ.เมืองยโสธร ผู้นำชุมชนผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็น อย่างดี

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้ให้ชีวิต สติปัญญาและสิ่งที่ดีงาม ครอบครัว ญาติ พี่น้อง หัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานที่เป็นที่รักและให้กำลังใจ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วง ด้วยดี

สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้ กล่าวมาทั้งหมดนี้

สุภาพร จันทร์สาม

สิงหาคม 2560

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญภาพ	ฎ
บทที่ 1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ประโยชน์ที่คิดว่าจะได้รับ	6
สมมติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	7
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	9
องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	9
แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม	23
แนวคิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A-I-C)	54
แนวความคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)	62
บริบทที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของจังหวัดยโสธร	68
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	75
กรอบแนวคิดการวิจัย	82
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	84
รูปแบบการวิจัย	84
ประชากรในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง	85

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	86
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล.....	86
การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ.....	91
วิธีดำเนินการวิจัย.....	92
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	97
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	97
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	89
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	98
บทที่ 4 สรุปผลการวิจัย.....	99
สภาพการปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	99
การพัฒนารูปแบบของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	113
การประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	125
บทที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	143
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	143
สรุปการวิจัย.....	143
อภิปรายผล.....	148
ข้อเสนอแนะ.....	156
บรรณานุกรม.....	158
ภาคผนวก.....	161
ก หนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล.....	162
ข เครื่องมือการวิจัย.....	165
ประวัติผู้วิจัย.....	176

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 2.1 จำนวนตำบล หมู่บ้าน หลังคาเรือน ประชากรแยกชายอำเภอ จังหวัดยโสธร.....	69
ตารางที่ 2.2 จำนวนและอัตราต่อประชากรแสนคนของการฆ่าตัวตายไม่สำเร็จจังหวัดยโสธร.....	73
ตารางที่ 2.3 จำนวนและอัตราต่อประชากรแสนคนของการฆ่าตัวตายสำเร็จจังหวัดยโสธร.....	74
ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้า.....	106
ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q).....	108
ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=53).....	108
ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=53).....	111
ตารางที่ 4.5 แสดงผลการประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำแนกตามระดับความสุข.....	111
ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้า (n=53).....	111
ตารางที่ 4.7 แสดงสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในพื้นที่.....	114
ตารางที่ 4.8 สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกระบวนการ A-I-C.....	116
ตารางที่ 4.9 เป้าหมายและแนวการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.....	119
ตารางที่ 4.10 แสดงแผนงาน รายละเอียดกิจกรรม และการรับผิดชอบในการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย.....	122
ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=53).....	126

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่ 4.12	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ตามแบบประเมินทั้ง 3 ลักษณะ.....	126
ตารางที่ 4.13	เปรียบเทียบจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย ก่อนและหลังการดำเนินงาน จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า.....	127
ตารางที่ 4.14	แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา (n=56).....	128
ตารางที่ 4.15	แสดงระดับทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการใช้ รูปแบบก่อนการพัฒนา (n=56).....	129
ตารางที่ 4.16	แสดงระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้อง ในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา.....	130
ตารางที่ 4.17	การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา.....	132
ตารางที่ 4.18	แสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัว ตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องข้องในการใช้รูปแบบ (n=56).....	133
ตารางที่ 4.19	แสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า.....	134
ตารางที่ 4.20	แสดงรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย.....	138

ฉ

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 2.1	อัตราการทำตัวตายสำเร็จและพยายามมาตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ปี 2550 – 2556	
	ต่อประชากรแสนคน	72
ภาพที่ 2.2	กรอบแนวคิดในการวิจัย	83



บทที่ 1

บทนำ

1. ภูมิหลัง

จากสภาพปัญหาสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของคนไทย มีโอกาสในการเผชิญกับภาวะคับข้องใจ เกิดความกดดันในการ ดำเนินชีวิต เกิดสภาวะความเครียด ป่วยเป็น โรคทางจิตเวชมากขึ้น จนเกิดเป็นการฆ่าตัวตายตามมา ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรวัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมาก ที่สุดอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยหลักในการก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ ได้มีการคำนวณค่ากลาง การทำงานหากไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ 20 ปีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,000 บาทต่อ เดือนหรือ 48,000 บาทต่อปี ดังนั้นการที่คนๆ หนึ่งเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเขาจะสูญเสียโอกาส ในการสร้างรายได้ไปประมาณ 960,000 บาท แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คน ดังนั้นประเทศชาติ จะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี ในวัย นี้ยังมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัว รับผิชอบลูกวัยเรียน หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตครอบครัวก็ขาดที่พึ่งไป พบว่าโดยเฉลี่ยแล้ว การเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (World Health Organization 2001) หากเหตุการณ์ขึ้นในโรงเรียนหรือโรงงานก็จะมีผลกระทบต่อคนได้เป็นจำนวน ร้อย แม้ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิตก็ยังคงมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ ทูพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของ ครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการ รักษา ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก ร่วมกับ ธนาคารโลกและ Harvard School of Public Health (Murray & Lopez 1996) ได้ศึกษาการคาดการณ์ ภาระของโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็น จำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีความสุขดี พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็น ภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ.2020 ซึ่งหมายถึง โรคซึมเศร้าจะ ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้เกิด การสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปจะมีปัญหาการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 8 เท่าตัว

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี 2542 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years Live with Disability : YLD) โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทย และเป็นอันดับ 4 ของชายไทย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่การส่งผลกระทบต่อสังคมของโรคซึมเศร้ามีค่อนข้างสูงมาก และยังพบว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการฆ่าตัวตายมี Year of Life Lost (YLL) ในผู้ชายสูงเป็นอันดับที่ 7 และในเพศหญิงสูงเป็นอันดับที่ 14 ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) ในเพศชายสูงเป็นอันดับ 9 (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข,2540) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ. 2542-2544 มีจำนวน 61,405 ราย , 80,673 ราย และ 59,133 ราย ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย 5 ปี ย้อนหลังพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 3-5 เท่า ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ย ปีละ 21,272 คนต่อปี ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 -35 การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางการสาธารณสุข และสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้กระทำ และผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน (World Report Violence and Health,2004) และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที (มาโนช หล่อตระกูล,2553) โดยเฉพาะหากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยหลักที่ก่อผลผลิตของประเทศ ได้มีการประเมินค่าความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าความเสียหายเชิงเศรษฐกิจประมาณ 550 ล้านบาทต่อปี (ปัดพงศ์ เกษมสมบูรณ์, 2554) ในประเทศไทยแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 คน และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่ามีจำนวนรวมสูงขึ้น 25,000-27,000 รายต่อปี (อภิชัย มงคลและคณะ,2546) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย (อภิชัย มงคลและคณะ,2551) ในปี พ.ศ.2542 เป็นปีที่อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดจำนวน 5,290 คน คิดเป็นอัตรา 8.59 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ 14.5 ส่งผลให้ปี พ.ศ.2543 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงกำหนดเป็นนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดย

ดำเนินการทั่วประเทศ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมทั้งประเทศในปี 2543-2556 ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 8.4 ,7.74 ,7.84 ,7.13 ,6.87 ,6.34 ,5.77 ,5.97 ,5.98 ,5.97 ,6.03,6.2 และ 6.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) และสถานการณ์การฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันมาก ปี 2556 พบภาคเหนือ คือ จังหวัดพะเยามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดที่ 13.14 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้ คือจังหวัดปัตตานี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำสุด 1.17 ต่อประชากรแสนคน พบว่าพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง มีการกระจุกตัวอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและชายฝั่งทะเลตะวันออก (กรมสุขภาพจิต,2556) ปี 2556 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าจังหวัดเลยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 8.22 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำสุดคือจังหวัดร้อยเอ็ด 3.74 ต่อประชากรแสนคน

จังหวัดยโสธรเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปีงบประมาณ 2550-2556 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9,7.0,5.7,5.9 ,5.5,4.5 และ 4.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2557 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 19 ราย อัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คืออำเภอเมือง จำนวน 9 ราย อัตรา 6.86 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาอำเภอไทยเจริญ จำนวน 2 ราย อัตรา 6.6 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายกระทรวงไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน) และในอำเภอเมืองยโสธร พื้นที่ที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ตำบลเชียงคำ ที่มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2 ราย และสำเร็จ 1 ราย และข้อมูลสถิติของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.4 สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ดิสุราหรือยาเสพติด ร้อยละ 31.9 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 27.3 และทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 18.2 วิธีการกระทำพบมากที่สุดคือ ผูกคอตาย ร้อยละ 86.5 และเป็นการกระทำครั้งแรก ร้อยละ 100 และพบการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 44 ราย อัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 สาเหตุที่พบมากที่สุด การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 75 วิธีการกระทำพบมากที่สุด การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 56.7 รองลงมากินสารกำจัดแมลง/วัชพืช ร้อยละ 18.2 พบการกระทำมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 11.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2557) ผลการสอบสวนการตาย พบว่า ปัจจัยส่งผลต่อการเกิดปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย คือ สภาวะสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ดิสุรา ยาเสพติด และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ด้านวิถีชุมชนเป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ขาดความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม ขาดธรรมะ ด้านครอบครัว ได้แก่ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีหนี้สิน และว่างงาน ด้านสิ่งแวดล้อมสภาพชุมชนมีน้ำเน่าเหม็น มีร้านเกม มีการจำหน่ายยาเสพติด มีการเล่นการพนัน เกิดปัญหาหลัก

ขโมย ด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานมาก การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตน้อย ด้านองค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 7,945 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วย 2Q จำนวน 41,136 ราย พบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6,582 ราย ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 1,826 ราย ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จำนวน 493 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2556) ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงสภาพการณ์ปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่ในการดำเนินงานที่ผ่านมา จังหวัดยโสธรได้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาในหลากหลายรูปแบบ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร การดำเนินงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้เป็นเจ้าของปัญหา ผลลัพธ์ที่ได้คือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่ตรงกับความต้องการและปัญหาของชุมชนที่แท้จริง สูญเสียทรัพยากรจำนวนมาก ขาดความต่อเนื่องและไม่มีความยั่งยืน เนื่องจากประชาชนในชุมชน ไม่ได้มีส่วนร่วม คิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล จึงไม่รู้สึกรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของ (Psychological ownership) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยประชากร 2 ชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายเพราะเข้าใจว่าเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลและไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้าหากทราบชัดเจนว่ามีใครคิดจะฆ่าตัวตายก็อยากให้ความช่วยเหลือ เช่นพูดคุยให้กำลังใจและจะพยายามหยุดพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น (มานิดา สิงห์หัตถ์และคณะ, 2541)

การพัฒนาที่ต้องการให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในด้านต่าง ๆ ได้ นั้น จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสร้างรูปแบบการแก้ปัญหาของตนเองเพื่อตนเอง และยังเป็นการพัฒนาจิตความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นตามลำดับ และปัญหาในชุมชนบางอย่าง อาจใช้ทักษะ เทคนิค หรือทุนทางสังคมของชุมชนเอง ร่วมกับการสนับสนุนจากภายนอก ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาภายในชุมชนได้ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีการที่สำคัญ ที่เป็นการดำเนินกิจกรรมเองโดยประชาชน ซึ่งต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คือร่วมในการตัดสินใจ ร่วมคิดค้นปัญหา ร่วมวางแผนดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายของชุมชนร่วมกัน และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน ดังนั้นการแนวทางการสร้างมีส่วนร่วมของประชาชน จึงหมายถึง

การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาตามกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ และสามารถบรรลุผลสำเร็จเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริง (อกิน รพีพัฒน์, 2537 เฉลียว บุรีภักดี และคณะ, 2545 สิริินทร์ทิพย์ เกสร, 2545) และในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนก็เช่นกัน ที่จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของคนชุมชนในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยเช่นกัน จึงจะประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย ผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนารูปแบบในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่เสี่ยง โดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเลือกพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยได้วิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยมีความคาดหวังว่า จะมีรูปแบบที่ชัดเจนและเหมาะสมในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดีของผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือไม่ก่อเหตุฆ่าตัวตายตามมา และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย รูปแบบดังกล่าวจะสามารถเผยแพร่ใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ต่อไป

2. คำถามการวิจัย

- 2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร
- 2.2 สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร เป็นอย่างไร
- 2.3 ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร เป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด
ยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ทราบสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
จังหวัดยโสธร
- 4.2 ได้รู้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร
- 4.3 เป็นแนวทางในการดำเนินการตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร
- 4.4 สามารถใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายให้
เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในพื้นที่อื่นๆ
- 4.5 เกิดเครือข่ายการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชุมชนที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

5. สมมติฐานการวิจัย

หลังจากการพัฒนาใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัว
ตายแล้ว กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า (9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี
ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
กลุ่มผู้มีส่วนใช้รูปแบบ มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับ โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ข้อมูลสภาพการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของชุมชนที่ผ่านมา ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP Model) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment) มาใช้ในงานวิจัย

พื้นที่การวิจัยในการศึกษาค้างนี้ จะจงเลือก (Purposive Sampling) พื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าทุกอำเภอ และจงเลือกพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เนื่องจากมีปัญหาของการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวนมากกว่าทุกพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมพัฒนา และใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยเลือกแบบจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้มีภาวะซึมเศร้า แกนนำผู้สูงอายุ ครู ตัวแทนจาก อปท.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมจำนวน 56 คน และญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จะจงเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 53 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

1. ตัวแปรต้น รูปแบบการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนพัฒนาขึ้น

2. ตัวแปรตามคือ ความรู้ ทศนคติ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผลการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจ และผลประเมินความสุข ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พฤศจิกายน 2559– กรกฎาคม 2560

7. นิยามศัพท์

7.1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดยโสธร หมายถึง การนำเอารูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยอาศัยรูปแบบเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ทำให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องในการฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันออกแบบแนวทางในการป้องกัน การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยนำเอาทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment) และวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-IC) เพื่อให้เกิดพลังชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถสร้างรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอาจจะโดยเจตนาหรือไม่ได้เจตนาก็ตาม รวมทั้งเป็นผู้มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดในสมอง มะเร็ง) ผู้ติดสุรา ยาเสพติด ผู้สูญเสียคนที่รักหรือสิ่งของ และความรุนแรงในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลจากการคัดกรอง 2 คำถาม(2Q) และ 9 คำถาม (9Q) แล้วมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้าและเมื่อประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน 1 ขึ้นไป

การป้องกันการฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนดำเนินการเพื่อค้นหา เฝ้าระวังและป้องกันกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน เริ่มจากการคัดกรองประชาชนและการดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) หรือการสังเกตอาการของกลุ่มเสี่ยงที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม แสดงออกทางการกระทำ การพูด ทางอารมณ์ เป็นต้น

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดยโสธร ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและองค์ความรู้เพื่อพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตลอดจนกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆ โดยได้เสนอตามลำดับหัวข้อ ดังนี้

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
2. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม
3. แนวคิดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C)
4. แนวคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)
5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

วิลเลียมและวิลกิน (Williams & Wilkins;2006) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายไว้ว่า การฆ่าตัวตาย หรือการฆ่าตัวตายสมบูรณ์แบบ หมายถึง การกระทำที่จะปลิดชีพตน ความพยายามฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคือการทำร้ายตนเองโดยมีความปรารถนาที่จะจบชีวิตตน แต่ไม่ถึงแก่ความตาย การเกิดความคิดฆ่าตัวตายเป็นความคิดในการจบชีวิตคนคนหนึ่งแต่ไม่ต้องใช้ความพยายามเพื่อทำการดังกล่าว

ปารีส เจ (Paris, J;2002) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หรือ อุตวินิบาตกรรม เป็นการกระทำให้ตนเองถึงแก่ความตายอย่างตั้งใจ การฆ่าตัวตายเป็นการเกิดจากภาวะซึมเศร้า ซึ่งเกิดจากความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง

ฮาดตัน เค และ แวนฮีริงเกน เค (Hawton K, van Heeringen K;2009) กล่าวว่า การฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำให้ตนเองถึงแก่ความตายอย่างตั้งใจ มักเกิดจากภาวะซึมเศร้า เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคพิษสุรา หรือการใช้สารเสพติด

ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ กล่าวถึงความหมายของการฆ่าตัวตาย (SUICIDE) ว่าเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่ง ซึ่งมีความขัดแย้งต่อบรรทัดฐานในสังคมของหลายประเทศ โดยเฉพาะบทบัญญัติในศาสนาต่าง ๆ ที่ได้กล่าวถึงการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำที่ไม่สมควรในการปฏิบัติเป็นอย่างยิ่ง ดังนั้น การฆ่าตัวตายจึงจัดเป็นพฤติกรรมเบี่ยงเบนประเภทหนึ่ง การฆ่าตัวตาย แม้จะเป็นสิ่งที่มีมาแต่โบราณแต่ก็มิได้มีการศึกษาพฤติกรรมอันสวนทางกับความต้องการอยู่รอดตามธรรมชาตินี้ว่าเป็นระบบมานานพอในวรรณกรรมนิยายหรือประวัติศาสตร์ การทำลายชีวิตตัวเองมักเป็นการแสดงออกถึงความเสียสละให้แก่ผู้ที่อยู่เบื้องหลัง ซึ่งอาจไม่เป็นเช่นนั้นในชีวิตจริงและเนื่องจากแนวโน้มสังคมในปัจจุบัน มีสถิติการฆ่าตัวตายหรือพยายามกระทำสูงชันทุกที่ จุดที่เราควรพึงเล็งก็คือ เหตุใดคนจึง "นิยม" ฆ่าตัวตายมากขึ้น ผู้ที่อยู่เบื้องหลังมีความสุขยิ่งขึ้นจริงหรือ และเราจะป้องกันฆ่าตัวตายได้อย่างไร

สุนันทิพย์ จิตสว่าง (2558) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายไว้ว่า การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำโดยเจตนาที่จะจบชีวิตของตนเพื่อหนีสภาวะบางอย่างที่บุคคลนั้นทนทุกข์ทรมานอยู่ เช่น ความเจ็บปวด เหนง ลำบาก ผิด สู้ญเสีย โรคภัย เศร้าซึม ความรุนแรงและความยากจน ส่วนใหญ่จะมีสภาพจิตใจที่ห่อเหี่ยว ผิดหวังกับคุณภาพชีวิตตน และประมาณ 60 % เป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งเป็นผลให้ตัวเองตาย ส่วนการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง การทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย เด็กที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและเด็กที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีลักษณะบางอย่างคล้ายคลึงกัน แต่บางอย่างแตกต่างกัน

1.2 อูบัตการณของการฆ่าตัวตาย

GBD (2013) กล่าวถึงอูบัตการณของการฆ่าตัวตาย ไว้ว่า การฆ่าตัวตาย โดยวิธีการฆ่าตัวตายที่พบได้บ่อยที่สุดแตกต่างกันไปตามประเทศและส่วนหนึ่งจะขึ้นกับความเป็นไปได้วิธีการทั่วไปได้แก่ การแขวนคอ การวางยาด้วยสารฆ่าสัตว์รังควาน และอาวุธปืน การฆ่าตัวตายคร่าชีวิตคน 842,000 คนใน ค.ศ. 2013 ขึ้นจาก 712,000 คนใน ค.ศ. 1990

ไมเออร์ มาร์ฮอล และ โรเบริท ไคเนารท (Meier, Marshall B. Clinard, Robert F. ;2008). กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จพบในผู้ชายมากกว่าผู้หญิงโดยผู้ชายมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง 3-4 เท่า มีการฆ่าตัวตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิตประมาณ 10-20 ล้านครั้งทุกปีความพยายาม

ฆ่าตัวตายที่ไม่ถึงแก่ชีวิตมักก่อให้เกิดการบาดเจ็บ และความพิการระยะยาว ความพยายามดังกล่าวนี้ มักพบในคนอายุน้อยและผู้หญิง

วาร์นนิค (Värnik, P ;March 2012). กล่าวว่า ประชาชนประมาณ 0.5% - 1.4% เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ด้วยอัตราการตาย 11.6 ต่อ 100,000 คนต่อปี

ซาล กิตลิน (Chang, B; Gitlin, D; Patel, R ;2011) กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 60% จากคริสต์ทศวรรษ 1960 ถึง ค.ศ. 2012 ในอัตราที่เพิ่มขึ้นนี้ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศกำลังพัฒนา นับถึง ค.ศ. 2008-2009 การฆ่าตัวตายทั่วโลกเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่สิบ ในทุก ๆ การฆ่าตัวตายที่ส่งผลให้เกิดผู้เสียชีวิตนั้น 10-40% พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

WHO;World Health Organization (2013) กล่าวว่า อัตราการฆ่าตัวตายแตกต่างกันตามแต่ละประเทศและแต่ละช่วงเวลาอย่างมีนัยสำคัญค่าเปอร์เซ็นต์ของผู้เสียชีวิตใน ค.ศ. 2008 ได้แก่ แอฟริกา 0.5% เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ 1.9% อเมริกาเหนือและใต้ 1.2% และยุโรป 1.4% อัตราส่วนต่อคน 100,000 คน ได้แก่ ออสเตรเลีย 8.6 แคนาดา 11.1 จีน 12.7 อินเดีย 23.2 สหราชอาณาจักร 7.6 สหรัฐอเมริกา 11.4 และเกาหลีใต้ 28.9

ฮานี, โอนีล, ปีเตอร์สัน (Haney, EM; O'Neil, ME; Carson, S; Low, A; Peterson, K; Denneson, LM; Oleksiewicz, C; Kansagara, D ;2012) ได้ศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 10 ในสหรัฐอเมริกาใน ค.ศ. 2009 ที่ 36,000 คดีต่อปีโดยประมาณ 650,000 คนเข้าแผนกฉุกเฉินเนื่องจากพยายามฆ่าตัวตายอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ชายวัย 50 ปีเพิ่มขึ้นเกือบครึ่งหนึ่งในทศวรรษ 1999-2010 ประเทศลิทัวเนีย ญี่ปุ่น และฮังการี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด ประเทศที่มีตัวเลขจำนวนครั้งการฆ่าตัวตายสูงสุดคือจีน และอินเดีย คิดเป็นครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมดในประเทศจีน การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5

สุมนทิพย์ จิตสว่าง (2558) กล่าวว่า ประเทศที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ อันดับ 1 ได้แก่ ประเทศฮังการี โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากร คือ 38.6 : 100,000 คน รองลงมาคือ ประเทศศรีลังกา ส่วนประเทศไทย อันดับที่ 26 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรคือ ประมาณ 9 : 100,000 คน โดยประชากรที่ฆ่าตัวตายในปัจจุบัน อายุ 15 - 24 ปี มีมากขึ้น จังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูงสุดในไทย คือ เชียงใหม่ ลำพูน เชียงราย ระยอง จันทบุรี ประเด็นสำคัญคือ จังหวัดดังกล่าวล้วนแต่เป็นจังหวัดท่องเที่ยว อันอาจมีสาเหตุการฆ่าตัวตายจาก โรคเอดส์

กรมสุขภาพจิต (2560) กล่าวว่า ในประเทศไทยในรอบ 3 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ.2556-2558) จังหวัดในภาคเหนือ ยังคงมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าภาคอื่น ทั้งนี้ ในปี 2558 พบว่า ช่วงอายุ 30-54 ปี มีการฆ่าตัวตายมากกว่าช่วงอายุอื่น โดยเฉพาะ ช่วงอายุ 35-39 ปี มีการฆ่าตัวตายสูงสุด เพศ

ชายยังคงฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง ขณะที่ปัจจัยเสี่ยงสำคัญนำไปสู่การฆ่าตัวตายมีอยู่ด้วยกันหลายปัจจัยที่ควรร่วมมือกันเฝ้าระวังและป้องกันอย่างจริงจัง ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ เช่น การน้อยใจ ถูกดูค่า โดนตำหนิ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด หุนหันพลันแล่น อกหักรักคู่ครอง รวมไปถึง มีปัญหาติดสุรา ยาเสพติด ทรมานจากโรคเรื้อรัง เป็นโรคจิต โรคซึมเศร้าอยู่เดิม เคยทำร้ายตัวเองมาก่อน ตลอดจนมีปัญหาเศรษฐกิจ ยากจน ขัดสน เงินไม่พอใช้ เสียทรัพย์สินจากการพนัน

นพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท (2560) จิตแพทย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กล่าวว่า ไม่ใช่เพียงประเทศไทยเท่านั้นที่กำลังถูกภัยร้ายนี้คุกคาม แต่ทั่วโลกเองก็กำลังเผชิญกับปัญหานี้เช่นเดียวกัน เพราะการมองข้ามความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิต ที่เห็นได้จากงบลงทุนในการดูแลสุขภาพจิตทั่วโลก มีเพียงร้อยละ 2.8 และในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้รับเพียงร้อยละ 0.44 อย่างไรก็ตาม หากเปรียบเทียบกับหลายประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้แล้ว อัตราการฆ่าตัวตายของไทยยังจัดอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ การแก้ปัญหามรณกรรมที่สำคัญคือ ต้องขับเคลื่อนด้วยผู้กำหนดนโยบายอย่างจริงจัง

1.3 ผลกระทบและความสำคัญจากการฆ่าตัวตาย

สุนนทิพย์ จิตสว่าง (2558) ได้กล่าวถึงผลกระทบของการฆ่าตัวตายไว้ดังนี้

1. สูญเสียทรัพยากรบุคคล และเศรษฐกิจของประเทศ
2. สุขภาพจิตของคนใกล้ชิด เพราะอาจเป็นเสมือน ตราบาปในใจของผู้ใกล้ชิดไปตลอดชีวิต
3. เป็นเครื่องบ่งชี้สภาพของสังคม โดยเฉพาะสภาวะความผูกพันของคนในสังคม

กระบวนการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนทั้งความกว้างและลึก การรอให้เกิดการกระทำขึ้นก่อนแล้วค่อยบำบัดรักษาโดยไม่ป้องกันตั้งแต่การเริ่มมีแนวคิด ทั้งละเอียดไม่ช่วยประคับประคองจิตใจของทั้งผู้กระทำและญาติ หรือโยนความผิดให้กับปัญหาสังคมหรือความเจริญ ซึ่งดูจะใหญ่เกินแก้แต่เพียงอย่างเดียว น่าจะไม่เพียงพออีกแล้ว ควรที่แพทย์จักร่วมมือกับสังคม ป้องกันการลุกลามของกระบวนการนี้ ให้ความรู้คนทั่วไปเสี่ยงอาการของโรคซึมเศร้าเพื่อหากลุ่มเสี่ยงสนับสนุนให้สถาบันครอบครัวมีความใกล้ชิดแน่นแฟ้นมากขึ้นเพื่อเป็นที่พึ่งแก่สมาชิกคนใดคนหนึ่งที่อาจรู้สึกหมดหวัง สร้างทัศนคติของแพทย์ทั่วไปให้มองการฆ่าตัวตายว่าเป็นวิธีขอความช่วยเหลือจากผู้เดือดร้อนวิธีหนึ่งและสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาเบื้องต้น (นอกเหนือไปจากพิจารณาสั่งยา) ได้ เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ที่ฆ่าตัวตาย ได้วนเวียนไปพบแพทย์และเปรยคำว่า "อยากตาย" หรือ "ฆ่าตัวตาย" ก่อนลงมือกระทำราว 1-2 สัปดาห์ ทั้งควรสร้าง

ค่านิยมที่ถูกต้องต่อกระบวนการนี้ว่าไม่ใช่เป็นวิธีนำเงินทุน เสียดสละ ทนสมัย หรือใช้มาต่อรองสิ่งใดอีกต่อไป แล้วประเทศชาติจะมีคนที่สามารถอยู่สร้างประโยชน์มากขึ้นได้ปะหลายพันคนที่เดียว

1.4 ปัจจัยเหตุของการฆ่าตัวตาย

ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกันมีศัพท์รวมเรียกว่า“พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)ซึ่งมีความครอบคลุมถึง การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicidal) นอกจากนี้พบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนและผู้ที่ยังพยายามฆ่าตัวตายเมื่อติดตามไประยะยาว พบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด (เชิญขวัญ ภูษณงค์ และคณะ,2554)

ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นทุกรายมักมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ดังนี้

ปัจจัยทางสังคม แม้การฆ่าตัวตายของแต่ละรายจะมีสาเหตุที่แตกต่างกัน แต่ก็มีปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาความรัก/ความสัมพันธ์ สังคมมีความสับสน วุ่นวาย สมาชิกในสังคมจะเกิดความรู้สึกแปลกแยก สังคมไม่ยอมรับ คุณถูก ตีตรา ขาดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ขาดความหมายของการมีชีวิตอยู่ ความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกถือเป็นสาเหตุสำคัญทางสังคมของการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายยังอาจเพิ่มสูงขึ้นภายหลังการนำเสนอข่าวหรือรายการโทรทัศน์ที่แสดงเรื่องราวและภาพการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการเรียนแบบที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยทางจิตใจ ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักมองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไม่มีความสามารถ มองสังคมรอบตัวว่าขาดความเป็นธรรม และไม่ให้อภัยต่อความผิดพลาดของตน เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ ผู้คิดฆ่าตัวตายมักเป็นผู้ที่ขาดทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ใช้ทักษะการแก้ปัญหาเชิงรุกจะเครียดน้อยกว่าผู้เสี่ยงปัญหาหรือเน้นแต่การบรรเทาด้านอารมณ์การตัดสินใจฆ่าตัวตายจึงเป็นเหมือนทางออกเพื่อหนีปัญหาที่เขามองไม่เห็นทางแก้ไข

ปัจจัยทางชีวภาพ/การแพทย์ การศึกษาทางการแพทย์ พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญคือ ภาวะซึมเศร้า และการคิดสุรา แม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์เศร้าและการคิดสุราน่าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม แต่จากการศึกษาพบว่าอารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรง

หรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่นมีอาการหวาดระแวง มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากกรรมพันธุ์ นักวิทยาศาสตร์ยังตรวจพบการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งแสดงถึงกระบวนการทางชีวภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะซึมเศร้า พบว่าการรักษาด้วยยาเพื่อปรับการทำงานของระบบสารเคมีในสมองช่วยให้อาการดีขึ้นเร็วกว่าการรักษาทางจิตใจ แต่การรักษาจะได้ผลดีที่สุดและช่วยป้องกันไม่ให้กลับเป็นซ้ำ หากให้การรักษาทั้งทางยาและทางจิตใจควบคู่กันไป กลุ่มเสี่ยงที่ควรได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. เจตนาฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เช่น ผูกคอ กระโดดตึก กินยาฆ่าแมลง เชือดข้อมือ เป็นต้น
2. มีความตั้งใจฆ่าตัวตายชัดเจน เช่น ทำในสถานที่หรือเวลาที่ยากต่อการพบเห็นหรือช่วยเหลือ เตรียมการเรื่องทรัพย์สิน /จดหมายลาตาย เตรียมการเรื่องการฆ่าตัวตาย เช่น จัดหาเชือก ยาฆ่าแมลง อาวุธ และใช้วิธีการที่รุนแรง

3. เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จากสถิติพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และการกระทำครั้งที่ 2 มักเกิดภายใน 90 วัน หลังจากครั้งแรก นอกจากนี้ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโอกาสจะทำได้สำเร็จมากกว่าผู้ที่ยังไม่เคยทำ

4. มีการเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง พบว่าโรคเรื้อรังทางกายโรคใดโรคหนึ่งใน 3 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคที่รักษาไม่หาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเอดส์โรคทางกายระยะสุดท้าย เช่น มะเร็ง ไตวาย โรคที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดทรมาน

5. โรคทางจิตเวช โรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคต่อไปนี้มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดฆ่าตัวตาย ได้แก่

6. โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder)

จากการศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง พบว่า ประมาณร้อยละ 20-35 ของผู้ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากโรคซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยซึมเศร้ามีลักษณะทางคลินิกที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ได้แก่ มีอาการนอนไม่หลับอยู่ตลอด ละเลยไม่สนใจตนเอง อาการรุนแรง โดยเฉพาะหากมีอาการโรคจิตร่วมด้วย มีปัญหาด้านความจำ มีอาการ agitation และมีอาการแพนิค (Angst และคณะ 1999)

โรคจิต (Psychosis) มีความหวาดระแวง หลงผิดคิดว่าคนปองร้าย หูแว่วประสาทหลอน

ผู้ติดสุรา (Alcoholism) มักมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีค่าเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมอง เมื่อเผชิญปัญหาชีวิตอาจแก้ปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย

บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorder) มักเป็นกลุ่มผู้มีอารมณ์อ่อนไหว ไม่มั่นคงahunหัน หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องความสนใจจากผู้อื่นทำให้คิดสั้นได้

เหตุผลของการตัดสินใจฆ่าตัวตาย สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. มองไปทางไหนก็เห็นแต่ปัญหา ไม่เห็นทางออก เจอแต่ทางตัน
2. ซึมเศร้า หมดอาลัยตายอยาก หดหู่ ท้อแท้
3. ป่วยเป็นโรคจิต หลงผิดคิดว่ามีคนสั่งให้ไปตายหรือระแวงว่าจะมีคนมาฆ่าอยากตายไปให้พ้น
4. คิดเหวี่ยง คิดยา ไม่ได้เสพก็ทรมาณ พอเสพจนเมาก็ขาดสติ ไม่มีใครอยากเหลียวแล
5. มีความทุกข์ทรมาณจากความเจ็บป่วยทางกายจนไม่สามารถทนได้จึงฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นทุกข์

ความต้องการของบุคคลที่คิดฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษาพบว่า คนที่ฆ่าตัวตาย มีต้องการสิ่งเหล่านี้

ความเข้าใจ เพื่อนที่จริงใจ การระบายความทุกข์ความใส่ใจจากผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมักเป็นผู้ชาย มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช มีการวางแผนการฆ่าตัวตายไว้ล่วงหน้าใช้วิธีการที่เป็นอันตรายต่อชีวิตทำในช่วงเวลาสถานที่ที่ที่คนอื่นช่วยเหลือได้ยาก ขณะที่ผู้ทำร้ายตนเองโดยไม่เสียชีวิตมักเป็นผู้หญิงมากกว่าชาย ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ทำอย่างหุนหันพลันแล่นโดยไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ใช้วิธีการที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง ทำในเวลาสถานที่ที่ที่คนอื่นมีโอกาสช่วยเหลือ ผู้ทำร้ายตนเองจำนวนไม่มากที่ตั้งใจจะจบชีวิตตนเองลงจริง ส่วนใหญ่มักทำไปด้วยเหตุผลอื่นเช่น เพราะความน้อยใจ ขุ่นเคืองใจ

สัญญาณอันตรายของผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากแนวคิดทฤษฎีการฆ่าตัวตาย สรุปได้ว่า มีสัญญาณอันตรายของผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือหากพบว่าใครมีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในข้อต่อไปนี้ ให้ระวังว่าอาจจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. พูดถึงความตายหรือการฆ่าตัวตาย หรือบ่นว่าอยากตาย ไม่อยากเป็นภาระใคร รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่รู้จะอยู่เพื่อใคร
2. พูดหรือเขียนสิ่งเสียด
3. เคยพยายามฆ่าตัวตาย
4. นิสัยเปลี่ยนเป็นหงอยเหงา เศร้าซึม แยกตัวเอง หมดอาลัยตายอยาก ร้องไห้บ่อยๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ มีความรู้สึกผิด และดูถูกตนเอง

5. ป่วยเป็นโรคจิต เช่น มีอาการหูแว่วว่ามีคนมาสั่งให้ไปตาย หลงผิดคิดว่าจะมีคนมาฆ่าจึงอยากตายให้พ้นๆ มีความคิดแปลกๆ ว่าถ้าตายแล้วจะช่วยไม่ให้โลกแตก เป็นต้น
6. ติดสุราหรือยาเสพติด จนเลิกไม่ได้ ครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ
7. มีความทุกข์ทรมานจาก โรคประจำตัวร้ายแรง โรคเรื้อรัง และรักษาไม่หาย เช่น โรคเอดส์ มะเร็ง เบาหวาน ความดันโลหิต เป็นต้น
8. มีความพิการจากการสูญเสียอวัยวะสำคัญจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือเสียความสวยงาม
9. สูญเสียบุคคลหรือของรักที่มีความสำคัญต่อชีวิต การตายจาก หรือแยกจากในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน
10. ถูกแรงรัดหนี้สินจนหาทางออกไม่ได้ สินเนื้อประดาตัว หมดทางทำมาหากิน
11. เกิดการโต้เถียง ทะเลาะวิวาทรุนแรงระหว่างคนในครอบครัว หรือเพื่อนฝูง

โรคซึมเศร้า

โรคซึมเศร้าอาจจะเกิดในคนที่มีการสูญเสียหรือโรคซึมเศร้าอาจจะเกิดในคนที่มิโรคประจำตัวหรือเกิดในคนปกติทั่วไป มีการประเมินว่าในระยะเวลา 1 ปีจะมีประชาชนร้อยละ 9 จะเป็นโรคซึมเศร้า ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจประเมินมากมาย แต่สูญเสียคุณภาพชีวิตรวมทั้งความทุกข์ที่เกิดกับผู้ป่วยจะประเมินมิได้ โรคซึมเศร้าจะทำให้การดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงและเกิดความเจ็บปวดทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล บางครั้งอาจจะทำให้ครอบครัวแตกแยก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นโรคซึมเศร้า และไม่ได้รับการรักษาทั้งที่ปัจจุบันมียาและวิธีการรักษาที่ได้ผลดี

อารมณ์เศร้า (Sadness) หมายถึง เป็นอารมณ์ด้านลบซึ่งทางจิตวิทยาถือว่าเป็นสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวกับบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัยเมื่อเผชิญกับการสูญเสีย การพลาดในสิ่งที่หวัง การถูกปฏิเสธ และมักเกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึก สูญเสีย ผิดหวัง หรือความรู้สึกอึดอัดทรมาน (Gotlib 1992)

ภาวะซึมเศร้า (Depression) หมายถึง อาการเศร้าที่มากเกินไปและนานเกินไป ไม่ได้ดีขึ้นแม้ได้รับกำลังใจหรืออธิบายด้วยเหตุผล มักมีความรู้สึกด้อยค่า รู้สึกผิดอยากตาย มักมีผลกระทบต่อหน้าที่การงาน กิจกรรมประจำวันและการสังคมทั่วไป (Stifanis 2002)

โรคซึมเศร้า (Depressive disorder) หมายถึง การป่วยทั้งร่างกาย จิตใจและความคิด ซึ่งผลของโรคกระทบต่อชีวิต ประจำวันเช่นการรับประทานอาหาร การหลับนอน ความรับรู้ตัวเอง ผู้ป่วยไม่สามารถประสานความคิด ความรู้สึกของตัวเพื่อแก้ปัญหา หากไม่รักษาอาการอาจจะอยู่เป็นเดือน

โรคซึมเศร้ามี 3 ชนิด

1. Major depression ผู้ป่วยจะมีอาการ (ดังอาการข้างล่าง) ซึ่งจะรบกวนการทำงาน การรับประทานอาหาร การนอน การเรียน การทำงาน และอารมณ์สูญเสีย อาจารดังกล่าวจะเกิดเป็น ครั้งๆแล้วหายไปแต่สามารถเกิดได้บ่อยๆ

2. dysthymia เป็นภาวะที่รุนแรงและเป็นเรื้อรังซึ่งจะทำให้คนสูญเสียความสามารถในการทำงานและความรู้สึกที่ดี

3. bipolar disorder หรือที่เรียกว่า manic-depressive illness ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ซึ่งบางคนอาจจะเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่วนมากจะค่อยเป็นค่อยไป เวลาซึมเศร้าจะมีอาการมากบ้างน้อยบ้าง แต่เมื่อเปลี่ยนเป็นช่วงอารมณ์ mania ผู้ป่วยจะพูดมาก กระฉับกระเฉง มากเกินกว่าเหตุ มีพลังงานเหลือเฟือ ในช่วง mania จะมีผลกระทบต่อความคิด การตัดสินใจและพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะหลงผิด หากไม่รักษาภาวะนี้อาจจะกลายเป็นโรคจิต

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคซึมเศร้า

1) ปัจจัยทางชีวภาพ

(1) ความผิดปกติของสมอง Metabolism ของสารสื่อประสาท

(2) Neuroendocrine dysregulation

(3) Neuroimmune dysregulation

1.4 ความผิดปกติของการกำกับ Circadian rhythm

1.5 ความผิดปกติของ Electrolyte metabolism

1.6 ความผิดปกติของสมอง

1.7 ทางพันธุกรรม

2. ปัจจัยทางจิตวิทยาและพฤติกรรม

2.1 อายุและสถานภาพสมรส

2.2 การเกิดเหตุการณ์ชีวิต

2.3 การอบรมเลี้ยงดู

2.4 บุคลิกภาพหรือลักษณะนิสัย

2.5 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอารมณ์

ซึมเศร้าเกิดจากสาเหตุต่างๆ ดังนี้

- 1) ความรู้สึกโกรธหันเข้าหาตัวเอง
- 2) การสูญเสียวัตถุหรือบุคคลอันเป็นที่รัก
- 3) การสูญเสียความภาคภูมิใจในตนเอง
- 4) ถูกบุคคลอื่นครอบงำ
- 5) ความรู้สึกล้มเหลวในวัตถุ หรือบุคคลที่ตนเองหมายเอาไว้
- 6) เป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์
- 7) ทฤษฎีทาง Cognition ทฤษฎีนี้ริเริ่ม โดย Aaron Beck
- 8) ทฤษฎีทางการเรียนรู้ (Learning theory) ว่าด้วยสาเหตุของอารมณ์ซึมเศร้า 2

ทฤษฎีย่อย คือ อารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากการขาดแรงเสริมและเกิดจากการเรียนรู้มาก่อนว่าสภาพอย่างนั้นหมดหนทางแล้ว

ปัจจัยทางสภาพสังคมเศรษฐกิจและวัฒนธรรม

3.1 เพศสภาพ (Gender) ภาวะซึมเศร้าเกิดบนพื้นฐานจากความรู้สึกสูญเสีย ท้อแท้ ขาดความหวัง เห็นตนเองไร้คุณค่า ขาดพลังอำนาจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตของเพศหญิง โดยเฉพาะในสังคมชายเป็นใหญ่ ที่ทอนค่าธรรมชาติของผู้หญิง และผูกคุณค่าของ “ผู้หญิงดี” ไว้ที่ความเป็นเมียและแม่ ขณะเดียวกันก็ให้คุณค่าต่อวัตถุ เงินทอง วัสดุสูง เมื่อผู้หญิงถูกกำหนดทางสังคม ให้มีฐานะเป็นรอง และขาดโอกาสที่เข้าถึงทรัพยากรต่างๆ เช่น การศึกษาระดับสูง ผู้หญิงจึงรู้สึกไร้คุณค่าในตนเองได้ และมีความยุ่งยากในชีวิตเกิดขึ้น ก็ยากที่จะพึ่งพาตนเอง นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ; ศิริพร จิรวัดณ์กุล (2544)

3.2 ศาสนา ผลการศึกษาของ มาโนช และคณะ (2537) ในคนไทยที่เป็นโรคซึมเศร้าพบว่าร้อยละ 34 มีความรู้สึกผิด ร้อยละ 41 รู้สึกเกี่ยวกับบาปกรรม ซึ่งพุทธศาสนาสอนให้คนเชื่อเรื่องกรรมหรือผลของการกระทำ ความทุกข์ที่เกิดขึ้นเป็นเรื่องของกรรมเก่า หรือการชดใช้ต่อการกระทำบาปที่เคยทำมาก่อน ในขณะที่มุสลิม ซือฮะห์ เชื่อว่า ความทุกข์โศกเป็นประสบการณ์ชีวิตอันเป็นสัญลักษณ์ในความเข้าใจต่อชีวิตอันลึกซึ้งของบุคคล (Klienman & Good 1985)

3.3 พลังจารีต ความเป็นผู้หญิง ต้องมีคุณสมบัติ “ ญ หญิงอดทน” ความเป็นหญิงมีอำนาจน้อยกว่าผู้ชาย ผู้หญิงต้องพึ่งพาผู้ชาย ผู้หญิงไม่มีทางเลือกมีแต่ชะตากรรม

3.4 สภาพเศรษฐกิจสังคมการเปลี่ยนแปลงจากภาคเกษตรกรรมสู่อุตสาหกรรม ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตของคนเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งโครงสร้างครอบครัว จากครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยวและไม่สมบูรณ์ มีการอพยพแรงงานจากชนบทสู่เมืองใหญ่ เกิดการทิ้งถิ่นฐานบ้านเกิด เกิดภาวะแข่งขันแก่งแย่งชิงดี จิตใจคนเริ่มรู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มั่นคง วิตกกังวล ผิดหวังและเศร้า

4. ปัจจัยจากการทำงาน

งานวิจัยของ Paterniti et al.(2002) ได้ทำ Cohort Study ติดตามคนงานอายุ 35-50 ปี จำนวน 20,601 คน ในโรงงานไฟฟ้าและพลังงานประเทศฝรั่งเศส ติดตามนาน 3 ปี ผลการศึกษาพบว่าพบว่ทั้งสองเพศมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งในลักษณะงานที่ไม่เหมาะสมกับคน และมีความคาดหวังสูง ขาดปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคม

5. ปัจจัยความยากจน

Patel & Klienman (2003) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัย 11 ชิ้นจาก 6 ประเทศ ในแอฟริกา เอเชีย และละตินอเมริกา พบว่างานวิจัย 10 ชิ้น สนับสนุนว่าความยากจนและการศึกษาน้อยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลไกการเกิดอธิบายได้จาก คนยากจนอาศัยอยู่ในบ้านที่ไม่น่าอยู่ อนามัยสิ่งแวดล้อมไม่ดี ไม่มีน้ำสะอาดใช้ เกิดอุบัติเหตุได้บ่อย ภาวะสุขภาพไม่ดี เจ็บป่วยบ่อย ทางการเงินไม่พอใช้จ่าย ทำให้ค่อยโอกาสทางการศึกษา

6. วัฒนธรรมเอเชีย

จะมีแนวโน้มทำให้คนมีความภาคภูมิใจในตนเองได้ยากเพราะขอบเขตความเป็นตัวตนมันกว้าง ต้องสนองตอบความต้องการของคนอื่น ความภาคภูมิใจแขวนไว้กับคำชื่นชมของคนอื่น ไม่กล้าชมตัวเอง แต่จะตำหนิและรู้สึกอ่อนไหวต่อคำติชมง่าย แต่ไม่กล้าแสดงออก ต้องระงับความโกรธ ระวังการหลีกหนี มีลักษณะสมยอมตกอยู่ในสภาพจำนน เกิดการเรียนรู้ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และสิ้นหวัง ทำให้เกิดโรคมะเร็งได้

สรุปปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งดังนี้ (ดวงใจ กษานติกุล 2542 : 83 ;

Seeherunwong 2002 ; Songon 2001)

ปัจจัยเสริม (Predisposing factors) ได้แก่

1. พันธุกรรม
2. ปัจจัยทางสังคมในช่วงต้นของชีวิต เช่น บิดามารดาหย่าร้าง ปัญหาครอบครัว การอบรมเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม
3. บุคลิกภาพ ได้แก่ บุคลิกภาพแบบ Depressive personality ขี้กังวล ชอบคิดแง่ลบ ขาดความภาคภูมิใจในตนเอง

ปัจจัยเร่ง (Precipitating factors) ได้แก่

1. การเจ็บป่วยทางกายที่เรื้อรัง คุกคามต่อชีวิตและความพิการ
2. ขาดแหล่งสนับสนุนในครอบครัว ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัวที่ยุ่งเหยิง ห่างเหิน แยกแยก ขาดความรักความอบอุ่น

3. ขาดแหล่งสนับสนุนในสังคม ได้แก่ การไม่มีมนุษยสัมพันธ์ การขาดความผูกพันในสังคม

4. มีความสูญเสียและพบกับความล้มเหลวและความผิดหวังในชีวิต

5. หมดความภาคภูมิใจในตนเอง

6. ถูกทารุณกรรมทางด้านร่างกาย จิตใจและทางเพศ

ปัจจัยให้ป่วยต่อเนื่อง (Perpetuating factors)

1. บุคลิกภาพและการปรับตัว

2. ปัจจัยทางสังคมและปัญหาชีวิต

3. การแสดงอารมณ์รุนแรงในครอบครัว

4. ปัจจัยทางชีวภาพ (พันธุกรรม)

อาการของโรคซึมเศร้า

ผู้ป่วยที่เป็น โรคซึมเศร้าอาจจะไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างบางคนก็มีบางอย่างเท่านั้นอาการซึมเศร้า (depression) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า กังวลอยู่ตลอดเวลา หงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธง่ายอยู่ไม่สุข กระทบกระวายเป็นการเปลี่ยนแปลงทางความคิด รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกผิด รู้สึกตัวเองไร้ค่า ไม่มีทางเยียวยา มีความคิดจะทำร้ายตัวเอง คิดถึงความตาย พยายามทำร้ายตัวเอง การเปลี่ยนแปลงการเรียนรู้หรือการทำงานไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม ความสนุก งานอดิเรกหรือกิจกรรมที่เพิ่มความสนุกรวมทั้งกิจกรรมทางเพศรู้สึกอ่อนเพลีย ไม่มีพลังงาน การทำงานช้าลง การงานแย่ลง ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม การตัดสินใจแย่งลง

การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม

นอนไม่หลับ ตื่นเร็ว หรือบางรายหลับมากเกินไป บางคนเบื่ออาหารทำให้น้ำหนักลด บางคนรับประทานอาหารมากทำให้น้ำหนักเพิ่มมีอาการทางกายรักษาด้วยยาธรรมดาไม่หาย เช่น อาการปวดศีรษะ แน่นท้อง ปวดเรื้อรังความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นแย่งลง อาการ Mania มีอาการร่าเริงเกินเหตุ หงุดหงิดง่าย นอนน้อยลง หลงผิดคิดว่าตัวเองเก่ง ตัวเองใหญ่ พุดมาก มีความคิดชอบแข่งขัน ความต้องการทางเพศเพิ่มมีพลังงานมาก ตัดสินใจไม่ดี มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

แนวทางการป้องกันผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในครอบครัวและชุมชน

1. สังเกตว่ามีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งตามที่ได้กล่าวมาแล้วทั้ง 11 ข้อ หรือไม่ ถ้ามีให้เฝ้าระวังว่ามีโอกาสกระทำได้จริง ควรเข้าไปพูดคุยซักถามด้วยความเอาใจใส่ พร้อมจะช่วยเหลือ

2. ถามไถ่ว่ามีวิธีการเตรียมวิธีที่จะทำร้ายตัวเองหรือไม่อย่างไร ถ้าผู้ช่วยเหลืออยู่ในฐานะเพื่อนบ้านหรือมิใช่คนในครอบครัว ให้บอกญาติหรือคนในครอบครัวให้คอยระวังอย่างใกล้ชิด ให้อยู่ในสายตาและให้อยู่ห่างจากอุปกรณ์ ที่เขาเตรียมไว้เพื่อทำร้ายตัวเอง

3. คุยให้คำปรึกษา ปลอบใจ ให้เขามีสติ ค่อยๆคิดหาทางแก้ไขปัญหา อาจจะแนะนำ ให้เขาปรึกษาคนที่เขาไว้วางใจ และนับถือ เช่น ญาติ พระ ครู กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ฯลฯ

4. กระตุ้นญาติให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ หรือลดการทะเลาะเบาะแว้งลง

5. ติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ เท่าที่จะทำได้ เช่น แหล่งฝึกอาชีพ แหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งช่วยเหลือเรื่องการเงิน เช่น กรมประชาสงเคราะห์ เป็นต้น

6. กระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และให้ความสนใจดูแล และเฝ้าระวังซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยปละละเลย

7. ให้ความรู้เรื่องผลกระทบระยะยาวของสุขภาพที่เกิดจากการใช้ยา หรืออุปกรณ์ในการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ เช่น สมองเสื่อมจากการผูกคอตาย หรือเกิดความพิการทางกายอื่นๆ

1.5 แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอน แนวทางการช่วยเหลือผู้พยายามฆ่าตัวตาย สามารถสรุปได้ ดังนี้

1. รีบช่วยปฐมพยาบาล และรีบนำส่งโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

2. ปลอบโยนญาติให้มีสติ

3. ทำความเข้าใจกับชุมชนให้เข้าใจว่า เขาทำไปเพราะทุกข์ใจ ไม่ใช่เป็นการกาเรื่องใส่ตัว ไม่ควรรังเกียจควรเห็นใจผู้ฆ่าตัวตายและญาติให้ความช่วยเหลือและช่วยกันดูแลเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ซ้ำรอยอีก

สรุปคำพูดบางคำพูดที่ไม่ควรพูดกับผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ถึงแม้ว่า การฆ่าตัวตายจะทำให้ชุมชนหรือคนหลายๆ คนเข้าใจว่า เป็นการกาเรื่องใส่ตัว เป็นการสร้างความตื่นตระหนกให้เกิดขึ้นในสังคม แต่คำพูดบางคำพูดก็ไม่ควรพูดให้กระทบจิตใจผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

“ตายเสียได้ก็ดี”

“ไม่น่ารอดมาเลย”

“อย่าไปสนใจมากเดี๋ยวก็ทำอีก ไม่ตายจริงหรอก”

“เก่งจริงคราวหน้าก็ให้ตายจริงซิ”

“อยู่ไปก็ไม่เห็นทำประโยชน์อะไร”

“ไม่ต้องฆ่าตัวตายหรอก ยังไงก็ตายอยู่ดี”

“อยู่ไปนานก็ยิ่งจะสร้างภาระให้คนอื่น”

“โง่หลายก็ตายเสีย”

แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันในระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) ในกลุ่มเสี่ยงระดับบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม

1. ค้นหากลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยการประเมินภาวะซึมเศร้าแก่บุคคลกลุ่มเสี่ยงในสถานบริการและในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสาธารณสุขและได้รับการดูแลรักษาอย่างทันที่

2. จัดโปรแกรมช่วยเหลือกลุ่มบุคคลดังกล่าวเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้มีความสามารถจัดการกับความเครียดเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม

3. จัดให้มีบริการให้คำปรึกษากับบุคคลและครอบครัว ในการแก้ปัญหาต่างๆ ของบุคคลและครอบครัวที่มีความเสี่ยง

4. เพิ่มแหล่งสนับสนุนในสังคม เช่น จัดให้มีกลุ่มช่วยเหลือกันเองในชุมชนเพื่อทำกิจกรรมต่างๆ ที่ช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนในชุมชน เช่น การหมุนเวียนกันมาช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชน แทนผู้ดูแลหลัก การให้กำลังใจผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน การแจ้งข่าวการทารุณกรรมในครอบครัวและในชุมชนให้เจ้าหน้าที่เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ

5. การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต การจัดการกับความเครียดและแหล่งให้บริการให้การดูแลช่วยเหลือ

6. ส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มสร้างรายได้ให้กับครอบครัวและชุมชน

7. เพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการให้คำปรึกษาในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากเป็นแหล่งที่ใกล้ชิดชุมชน สามารถเข้าถึงได้ง่าย

แนวการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า

1. การรักษาด้วยยาต้านเศร้า
2. การบำบัดทางจิต
3. การบำบัดทางจิตร่วมกับยาต้านเศร้า
4. การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้า

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมมีความหมายหลากหลายและแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของกิจกรรมนั้น ๆ ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมไว้ ดังนี้

อคิน รพีพัฒน์ (2537 : 101) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง การให้ประชาชนเป็นผู้คิดค้นปัญหา เป็นผู้ที่ทำทุกอย่างซึ่งไม่ใช่การกำหนดจากภายนอกแล้วให้ประชาชนเข้าร่วมในเรื่องใดเรื่องหนึ่งหากแต่ทุกอย่างจะต้องเป็นเรื่องที่ประชาชนคิดเอง

ทะนงศักดิ์ คุ่มไข่น้ำ (2540 : 76) ได้ให้ความหมายของคำว่า “การมีส่วนร่วมของประชาชน” ดังนี้ การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดำเนินการงานพัฒนา ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเอง ร่วมใช้ความคิดสร้างสรรค์ความรู้และความชำนาญ ร่วมกับการใช้วิทยาการที่เหมาะสมและสนับสนุนการติดตามการปฏิบัติงานขององค์กรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องการมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับ โอกาสและได้ใช้โอกาสที่ได้รับแสดงออกซึ่งความรู้สึกนึกคิด แสดงออกซึ่งสิ่งที่เขามี แสดงออกซึ่งสิ่งที่เขาต้องการ แสดงออกซึ่งปัญหาที่กำลังเผชิญ และแสดงออกซึ่งวิธีแก้ไขปัญหาและลงมือปฏิบัติโดยการช่วยเหลือของหน่วยงานภายนอกน้อยที่สุด (กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542:68 ; อ้างอิงมาจาก UN. 1978) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะที่เป็นกระบวนการในการพัฒนาว่า คือการเข้าร่วมอย่างกระตือรือร้น และมีพลังของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจเพื่อกำหนดเป้าหมายของสังคมจัดทรัพยากรเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น และเป็นการปฏิบัติตามแผนการหรือโครงการต่าง ๆ โดยความสมัครใจ

เฉลียว บุรีภักดี และคณะ (2545) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม หมายถึงการเข้าร่วมอย่างแข็งขันของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมต้องเป็นไปในรูปที่ผู้รับการพัฒนาเข้ามามีส่วนกระทำให้เกิดการพัฒนา มิใช่เป็นผู้รับการพัฒนาตลอดไปทั้งนี้เป็นการเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริงและถาวร การมีส่วนร่วมของประชาชนไม่ใช่หมายความเพียงการดึงประชาชนเข้ามาทำกิจกรรมตามที่ผู้นำท้องถิ่นคิดหรือจัดทำขึ้น เพราะแท้จริงแล้วในหมู่บ้านหรือชุมชนต่างๆ มีกิจกรรม และวิธีดำเนินงานของตนอยู่แล้วประชาชนมีศักยภาพที่

จะพัฒนาหมู่บ้านของตนได้แต่ผู้บริหารการพัฒนาไม่สนใจสิ่งที่มีอยู่แล้วโดยพยายามสร้างสิ่งใหม่ ๆ ขึ้นมาเพื่อให้ได้ชื่อว่าเป็นความคิดหรือโครงการของตน

จุฬารัตน์ โสตะ (2546 : 48) กล่าวถึงการมีส่วนร่วม หมายถึงการที่บุคคลหรือคณะบุคคลเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนทำประโยชน์ในเรื่องต่างๆ หรือกิจกรรมต่างๆ อาจเป็นการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือกระบวนการบริหารและประสิทธิผลขององค์การขึ้นอยู่กับการรวมพลังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับองค์การนั้นในการปฏิบัติการกิจให้บรรลุเป้าหมาย วิธีการหนึ่งในการรวมพลังความคิด สติปัญญา ก็คือการให้มีส่วนร่วม การให้บุคคลมีส่วนร่วมในองค์การนั้น บุคคลจะต้องมีส่วนเกี่ยวข้อง (Involvement) ในการดำเนินการหรือปฏิบัติการกิจต่างๆ เป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์การในที่สุด

อรทัย ก๊กผล (2546) การมีส่วนร่วมของประชาชน คือกระบวนการซึ่งประชาชนหรือผู้มีส่วนได้เสียมีโอกาสแสดงทัศนคติแลกเปลี่ยนข้อมูลและความคิดเห็น เพื่อแสวงหาทางเลือกการตัดสินใจต่างๆ เกี่ยวกับโครงการที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับร่วมกันทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงควรเข้าร่วมกระบวนการ ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งติดตามและการประเมินผลเพื่อให้เกิดการเข้าใจรับรู้ เรียนรู้ การปรับเปลี่ยนโครงการร่วมกันซึ่งเป็นประโยชน์ต่อทุกฝ่าย

สิรินทร์ทิพย์ เกสร (2545) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วม คือการที่บุคคลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ร่วมเสียสละเวลา แรงงาน วัสดุ อุปกรณ์และอื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องของจิตใจ และอารมณ์ของบุคคล ดังนั้น การมีส่วนร่วมควรด้วยความสมัครใจและตั้งอยู่บนพื้นฐานความเสมอภาค ซึ่งการให้สมาชิกเข้ามามีส่วนร่วมปฏิบัติอย่างแท้จริงจะทำให้บุคคล ชุมชน เกิดความรู้สึกว่าตนเองได้ลงทุน มีความผูกพันและอุทิศพลังทุกอย่างเพื่อให้งานประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ความเข้มแข็งของชุมชนสามารถทำให้คนในชุมชนรวมทั้งองค์กรทุกภาคส่วนในชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมทำร่วมแก้ปัญหาโดยชุมชน ซึ่งส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง ยั่งยืน ได้อย่างแท้จริง

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน หมายถึงการที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรม ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาตามกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ ขององค์กรซึ่งประกอบ ด้วยการริเริ่มประเมินปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา การดำเนินการแก้ไข ปัญหาขั้นการได้รับผลประโยชน์ และขึ้นติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมรับผิดชอบเพื่อดำเนินการพัฒนาเปลี่ยนแปลง โดยการกระทำผ่านกลุ่มหรือองค์กร การเข้าร่วมทำกิจกรรมนั้น มีปัจจัยสำคัญ เกี่ยวข้องทำให้เกิดการมีส่วนร่วม เช่น ความรู้ ความสามารถ ในเรื่องดำเนินการ กระบวนการเอื้ออำนวย และได้รับการสนับสนุนอื่น ๆ จากบุคคลในองค์กร เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย

ขององค์กร และสามารถบรรลุผลสำเร็จเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งยังเป็นผลให้บุคคลนั้นมีความผูกพัน (Commitment) ต่อภารกิจและองค์กร เกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริง

2.2 ความสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่เราเคารพให้การยอมรับและยกย่องโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการปรับปรุงวิถีชีวิต ของเขา งานพัฒนาเป็นงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับประชาชนเป็นจำนวนมาก จำเป็นต้องให้คนหมู่มากเหล่านี้ ได้มีสิทธิมีเสียงในการแสดงออกกลยุทธทั้งหลาย ในการพัฒนา ยังไม่สามารถส่งผลถึงกลุ่มประชาชน ผู้ด้อยโอกาสและยากจนและในทางตรงกันข้ามกลับส่งผลให้กลุ่มคนผู้ได้เปรียบมีโอกาสมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับกลยุทธในการพัฒนาใหม่โดยให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนมากขึ้น ที่ผ่านมาพบว่า มีโครงการจำนวนมากไม่น้อยที่ประสบความสำเร็จโดยอาศัยวิธีให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการรวมกลุ่มและจัดตั้งองค์กรประชาชน ในขณะที่มีโครงการที่ล้มเหลวเป็นจำนวนมากเนื่องจากไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นเรื่องของการปฏิบัติการเป็นกลุ่มหรือของกลุ่มอันเป็นผลมาจากความรู้สึกผูกพันของสมาชิกแต่ละคนที่เข้ามาร่วมเพื่อพิทักษ์ประโยชน์ของเขาและในขณะที่เดียวกันของได้ประโยชน์แก่ส่วนรวมด้วย การมีส่วนร่วมจึงเป็นสิ่งจำเป็นประชาชนย่อมรู้ดีว่าตนกำลังต้องการอะไร มีปัญหาอะไร และอยากแก้ปัญหาอย่างไร ถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ในกิจกรรมพัฒนาช่วยให้อสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า

2.3 หลักการสำคัญของการมีส่วนร่วม

การมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม นั้น เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ของนักพัฒนาตนเองและการเรียนรู้กับองค์กรชุมชน หลักการสำคัญได้มีหลักการ 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 ร่วมคิด ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการคิดและตัดสินใจ ว่ามีปัญหาอะไร ควรจะแก้อย่างไร เมื่อไหร่

ประการที่ 2 ร่วมทำ ชุมชนต้องมีส่วนร่วมหรือร่วมมือกันในการดำเนินการตามการตัดสินใจ

ประการที่ 3 ร่วมประโยชน์ ชุมชนพึงได้รับประโยชน์จากการมีส่วนร่วมนั้นๆ การมีส่วนร่วมของประชาชนจะประกอบด้วยหลักการดังกล่าวแล้ว ยังมีเงื่อนไขของการมีส่วนร่วม (Conditions for Participant) อย่างน้อย 3 ประการ (จุฬากรณ์ โสตะ. 2546 : 48) คือ

1. ประชาชนจะต้องมีอิสระที่จะมีส่วนร่วม (Freedom to Participate)
2. ประชาชนต้องมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม (Ability to Participate)
3. ประชาชนต้องเต็มใจที่จะมีส่วนร่วม (Willingness to Participate) ความสำเร็จ

ของการมีส่วนร่วมยังประกอบไปด้วยเงื่อนไขต่อไปนี คือประชาชนต้องมีเวลาที่จะมีส่วนร่วมก่อนเริ่มกิจกรรม การมีส่วนร่วมไม่เหมาะสมในสถานการณ์ฉุกเฉิน ประชาชนต้องไม่เสียค่าใช้จ่ายในการมีส่วนร่วมมากเกินไปที่เขาประเมินผลตอบแทนที่จะประชาชนต้องมีความสนใจสัมพันธ์สอดคล้องกับการมีส่วนร่วม นั้น ประชาชนต้องสามารถสื่อสารกันรู้เรื่องประชาชนต้องไม่รู้สึกกระตือรือร้นต่อตำแหน่งหน้าที่หรือสถานภาพเมื่อเข้าไปมีส่วนร่วม

2.4 รูปแบบการมีส่วนร่วม

องค์การอนามัยโลก (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. 2542 : 70 ; อ้างอิงมาจาก WHO. 1981) ได้เสนอรูปแบบของการมีส่วนร่วมที่ถือว่าเป็นรูปแบบที่สมบูรณ์ที่แท้จริง ซึ่งต้องประกอบไปด้วยกระบวนการสี่ขั้นตอน คือการมีส่วนร่วมในการวางแผนการวิเคราะห์ปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การกำหนดการใช้ทรัพยากร การกำหนดวิธีการ การติดตาม ประเมินผล และสิ่งสำคัญคือการร่วมตัดสินใจในผลของการพัฒนาได้สรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 3 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การมีส่วนร่วมแบบแข่งขัน หมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมโดยการริเริ่มและติดตามในกระบวนการ กำหนดความต้องการและเข้าร่วมกิจกรรมดำเนินงานสนใจในผลของการพัฒนา

รูปแบบที่ 2 การมีส่วนร่วมแบบไม่แข่งขัน หมายถึงการที่ประชาชนเข้าร่วมในการพัฒนา โดยไม่คำนึงถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายไม่สนใจผลการกระทำในกิจกรรมนั้นด้วย

รูปแบบที่ 3 การมีส่วนร่วมแบบเฉื่อยชา หมายถึงการที่ประชาชนเข้าร่วมโดยจำยอม โดยสภาพแวดล้อมบุคคลหรือธรรมชาติ การมีส่วนร่วมแบบนี้จะแปรเปลี่ยนไปตามสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย

ประพนธ์ ปิยรัตน์ (2548 : 9) ได้สรุปการมีส่วนร่วมออกเป็น 2 ประการ ตามแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกัน ได้แก่

ประการแรก การมีส่วนร่วมเป็นมรรค (Mean) ของการพัฒนา หมายถึงการมีส่วนร่วมที่นักพัฒนา หรือผู้วางแผนได้เป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการพัฒนาไว้ก่อนแล้วจึงมาระดมความร่วมมือจากชุมชนไปสู่การยกระดับที่วางไว้ก่อน

ประการสอง การมีส่วนร่วมที่เป็นผลของการพัฒนาหรือเป้าประสงค์ของการพัฒนา (Ends หรือ Goal) หมายถึงเป้าประสงค์ที่ทำให้ประชาชนที่มีกิจกรรมร่วมกัน เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความสามัคคี ตัดสินใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาจนเกิดการพึ่งพาตนเองได้จากที่กล่าวมาข้างต้นพอที่จะสรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบด้วยกัน คือ

รูปแบบที่ 1 รูปแบบโดยเนื้อหา หมายถึงการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาโดยการเข้าร่วมตัดสินใจ และกำหนดแผน การเข้าร่วมในการกระทำ เข้าร่วมในการรับผลประโยชน์และเข้าร่วมในการประเมินผลของการกระทำ

รูปแบบที่ 2 รูปแบบโดยการจัดรูปความสัมพันธ์หรือการจัดรูปองค์กร หมายถึงการที่ผู้เข้าร่วมในเนื้อหาข้างต้นมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในกลุ่มชนหรือภายนอกชุมชนซึ่งอาจเป็นการมีส่วนร่วมโดยการสมัครใจเอง แบบชักจูง แบบถูกบังคับ และความสัมพันธ์ในรูปแบบข้างต้นเป็นแบบมีตัวแทนในการเข้าร่วมก็ได้

รูปแบบที่ 3 รูปแบบโดยกิจกรรม หมายถึงการที่ผู้เข้าร่วมโดยมีเนื้อหาและความสัมพันธ์ในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ประชาชนจะเข้าร่วมกิจกรรมในรูปแบบแข่งขัน รูปแบบไม่แข่งขันหรือรูปแบบเฉื่อยชาก็ได้

2.5 ขั้นตอนและระดับการมีส่วนร่วม

การพัฒนาชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากชุมชนซึ่งระดับของการมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันไปสามารถจัดระดับของการมีส่วนร่วมได้ดังนี้

ระดับการมีส่วนร่วมของริฟกิน (วันดี โภคะกุล และอุบลพรรณ จุฑาสมิต.

2545 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Rifkin. n.d.) แบ่งไว้ 5 ระดับ

ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมใน ระดับที่ต่ำ (Participate in The Benefit of Programs) คือมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ แต่ไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเป็นการร่วมมือแบบ Passive

ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมในด้านแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินงาน (Participate in Program Activities) เป็นการร่วมมือแบบ Active เป็นการมีส่วนร่วมในระดับสูงขึ้นจากระดับแรก

ระดับที่ 3 การมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม (Participate in Implementing Programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น แต่ยังไม่มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์โครงการ

ระดับที่ 4 การมีส่วนร่วมในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (Participate in Monitoring and Evaluating Programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับที่สูงขึ้น

ระดับที่ 5 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และ กิจกรรม (Participate in Planning Programs) เป็นการมีส่วนร่วมในระดับนี้ได้ จะเกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน เพราะชุมชนสามารถดำเนินการได้เองครบวงจร โดยที่บุคลากรของรัฐเป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนเท่านั้น

Cohen and Uphoff (บัญชากร แก้วส่อง, 2531 : 14-15 ; อ้างอิงมาจาก Cohen and Uphoff, 1980) ได้จำแนกการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการมีส่วนร่วมเป็น 4 ขั้นตอน ซึ่งเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบมากที่สุด มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ในกระบวนการของตัดสินใจนั้นประการแรกสุดที่ต้องกระทำคือการกำหนดความต้องการ และจัดเรียงความสำคัญ ต่อจากนั้นเลือกนโยบาย และพิจารณาส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องการตัดสินใจนี้ เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในช่วงเริ่มต้นการตัดสินใจ ในช่วงดำเนินการตามแผนและการตัดสินใจปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) ในส่วนที่เป็นองค์ประกอบของการดำเนินโครงการนั้นจะได้มาจากคำถามที่ว่าใครจะทำประโยชน์ให้แก่โครงการได้บ้าง และจะทำประโยชน์ได้โดยวิธีใด เช่น การช่วยเหลือด้านทรัพยากร การบริหาร และประสานงาน การขอความช่วยเหลือ เป็นต้น

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (Benefits) ในส่วนที่เกี่ยวกับผลประโยชน์ นอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แล้วยังต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มผลประโยชน์ของโครงการจะรวมทั้งผลประโยชน์และโทษที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลในสังคมด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) การมีส่วนร่วมในการประเมินผลนั้น สิ่งสำคัญที่ต้องสังเกตคือ ความเห็น (View) ความชอบ (Preferences) ความคาดหวัง (Expectation) ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้

อकिन รพีพัฒน์ (2547 : 102) ได้เสนอขั้นตอนของการมีส่วนร่วมจากประสบการณ์ภาคสนามในประเทศไทย ว่าการมีส่วนร่วมที่แท้จริงนั้นน่าจะมีอยู่ 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา ขั้นตอนนี้เป็นส่วนแรกที่สำคัญที่สุดเพราะถ้าชาวบ้านยังไม่สามารถแก้ปัญหา และค้นหาสาเหตุของปัญหา

ด้วยตนเองได้ กิจกรรมต่างๆ ที่ตามมาก็ไร้ประโยชน์ เพราะจะขาดความเข้าใจ และมองไม่เห็น ความสำคัญของกิจกรรมนั้น สิ่งที่สำคัญที่สุดก็คือชาวบ้านเป็นผู้อยู่กับปัญหาและรู้จักปัญหาของ ตนเองดีที่สุดแต่อาจมองไม่เห็นปัญหาที่เด่นชัดเจ้าหน้าที่หรือพนักงานจึงเสมือนกระจกเงาผู้คอย สะท้อนภาพให้ชุมชนมองเห็น และวิเคราะห์ปัญหาได้

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนเป็นขั้นตอนที่ขาดไม่ได้ หากเจ้าหน้าที่ หรือนักพัฒนาต้องการผลงานการพัฒนาให้เสร็จสิ้นโดยฉับไวก็จะดำเนินการวางแผนด้วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนจะช่วยให้ชุมชนเข้าใจปัญหา พัฒนาประสิทธิภาพของ ตนเองและสามารถวางแผนได้ด้วยตนเองในที่สุด

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการลงทุนและการปฏิบัติงานชุมชนมีทรัพยากรที่ สามารถลงทุนและปฏิบัติงานได้เพราะจากประสิทธิภาพของการทำงานในชนบทอย่างน้อยมี แรงงานของตนเป็นขั้นต่ำสุดที่จะเข้าร่วมได้ และในหลาย ๆ แห่งก็สามารถจะร่วมลงทุนในกิจกรรม หลาย ๆ ประเภทได้ การร่วมลงทุนและปฏิบัติงานจะทำให้ชุมชนรู้จักคิดต้นทุนให้กับตนเองในการ ดำเนินงานและกิจกรรมและระวังรักษากิจกรรมที่สร้างขึ้นเพราะจะมีความรู้สึกร่วมเป็นเจ้าของ ซึ่งต่าง จากสภาพที่ลงทุนและปฏิบัติงานทั้งหมดมาจากปัจจัยภายนอก ถึงจะมีอะไรเสียหายก็ไม่เดือดร้อน มากนัก และการบำรุงรักษาจะไม่เกิดขึ้น เพราะรู้สึกว่าไม่ใช่ของชุมชน นอกจากนั้น การร่วม ปฏิบัติงานด้วยตนเอง ทำให้เรียนรู้การดำเนินกิจกรรมอย่างใกล้ชิด และเมื่อเห็นประโยชน์ก็สามารถ ดำเนินกิจกรรมชนิดนั้นด้วยตนเองต่อไปด้วย

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผล ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอน สุดท้ายที่สำคัญอย่างยิ่งอีกเหมือนกัน เพราะหากการติดตามและประเมินผลขาดการมีส่วนร่วมของ ชุมชน แต่เป็นการดำเนินการของบุคคลภายนอกชุมชนก็ไม่สามารถทราบว่าการที่เข้าไปนั้นได้รับ ผลดี ได้รับประโยชน์อย่างไรหรือไม่ ถึงแม้ว่าอาจมีผู้โต้แย้งว่า การประเมินผลที่เที่ยงธรรมที่สุด น่าจะมาจากบุคคลภายนอกที่ไม่ได้ยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมนั้น ๆ แต่ถ้าหากคิดถึงจุดมุ่งหมายของการ พัฒนา ที่มุ่งจะพัฒนาคน การคำนึงถึงแต่ความเที่ยงธรรม อาจจะไร้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ มากกว่า เพราะนอกจากจะเป็นประเมินผลแล้ว ยังเป็นการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจใน กระบวนการประเมินผลและเป็นการเผยแพร่กิจกรรมออกไปสู่ชุมชนอื่น

บัญชากร แก้วส่อง (2539 : 19) กล่าวว่า แนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนต่างๆ ของการมีส่วนร่วม ในการพัฒนาแนวคิดของโคเฮนและอัสพอฟ เป็นแนวคิดที่เป็นระบบมากที่สุด ส่วนแนวคิดของ อคิน รพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ เป็นแนวคิดที่ได้จากประสบการณ์ภาคปฏิบัติใน ประเทศไทย และมีความสอดคล้องกับบริบททางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทย

ดังนั้น การผสมผสานแนวคิดเชิงทฤษฎีของโคเฮนและอัสซอฟ เข้ากับแนวคิดภาคปฏิบัติของ อคิน รพีพัฒน์, เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ แล้วสามารถจำแนกประเภทการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนในการพัฒนา เป็น 5 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหาในชุมชน ตลอดจนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กำหนดความต้องการของชุมชน และการมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความต่อนั้นๆ

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและวัตถุประสงค์ของโครงการ กำหนดวิธีการ และแนวทางในการดำเนินงาน และกำหนดทรัพยากร แหล่งทรัพยากรที่ต้องใช้ในโครงการนั้น ๆ

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนดำเนินโครงการ เป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้แก่โครงการ โดยการร่วมช่วยเหลือในด้านทุนทรัพย์ วัสดุอุปกรณ์ แรงงาน หรือโดยการบริหารงานและประสานงาน ตลอดจนการดำเนินการขอความช่วยเหลือจากภายนอก

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลประโยชน์จากโครงการพัฒนาเป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ที่พึงได้รับจากโครงการ หรือมีส่วนรับผลเสียที่อาจเกิดจากโครงการ ซึ่งประโยชน์หรือผลเสียนี้อาจเป็นด้านวัตถุหรือด้านจิตใจที่มีผลต่อสังคมหรือบุคคลก็ได้

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการเป็นขั้นตอนที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการประเมินผลว่าโครงการที่พวกเขาได้ดำเนินการนั้นบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดหรือไม่ การประเมินผลนี้อาจเป็นการประเมินผลย่อย (Formative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลความก้าวหน้าของโครงการที่กระทำเป็นระยะๆ หรือการประเมินผลรวม (Summative Evaluation) ซึ่งเป็นการประเมินผลสรุปรวมยอดของโครงการทั้งหมด

สรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่ขั้นตอน การศึกษาและวิเคราะห์ปัญหา การเลือกแนวทางแก้ไขปัญหา/การวางแผนแก้ไข ปัญหาการปฏิบัติตามแผน การร่วมรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกับการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหของท้องถิ่นที่ตนเองเผชิญอยู่ เกิดความตระหนักถึงความเสียหายที่จะเกิดขึ้น นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมมือในการดูแล พัฒนาชุมชน ท้องถิ่นของตนเอง อย่างถูกต้องเหมาะสม การศึกษาในครั้งนี้จึงนำแนวคิดผสมผสานของ Cohen and

Uphoff กับแนวคิดของ อคิน รพีพัฒน์ และเจิมศักดิ์ ปิ่นทอง มาทำการศึกษา โดยกำหนดขั้นตอนของการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 ขั้นตอน (บัญชี แก้วส่อง, 2539 : 17) ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการวางแผน

ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์

ขั้นตอนที่ 5 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP)ในการดำเนินการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนนั้น ได้มีการพัฒนาหรือคิดค้นวิธีการใหม่ นำมาใช้ในการสร้างเสริมกระบวนการกลุ่ม ซึ่งได้ผ่านการทดสอบและปรับปรุงให้ดีขึ้นจากวิธีการเดิมอยู่เสมอ เทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology of Participation) จึงเป็นวิธีการสำคัญที่สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายของชุมชนแตกต่างกัน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วยวิธีการพื้นฐานที่สำคัญ 3 วิธีการ ดังนี้ (วิรัตน์ ปานศิลา และคณะ, 2551 : 1 - 60)

1.วิธีการถกปัญหา (Discussion Orid Method)

วิธีการถกปัญหา จะช่วยทำให้เรามีโครงสร้างสำหรับการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพภายในกลุ่ม โดยเริ่มจากการตระหนักอย่างดีว่าจิตใจทำงานได้อย่างไร กระบวนการคิดตามธรรมชาติจะเริ่มจากการกระตุ้นโดยสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัสก่อนเสมอ และกระทำเรื่อยไปจนถึงการออกแรงกระทำ ซึ่งมีลักษณะสำคัญ ดังนี้

- 1.1 ทำให้สมาชิกกลุ่มได้มีส่วนร่วมและเสนอความเห็น
- 1.2 เป็นเวทีสำหรับการสนทนาที่รวมศูนย์และคุ้มค่า
- 1.3 เปิดให้แสดงมุมมองหลากหลายในหัวข้อที่กำหนดอย่างไม่เผชิญหน้ากัน
- 1.4 ทำให้เกิดปัญญารู้แจ้งโดยองค์รวมของกลุ่มเล็กซึ่งมากขึ้น
- 1.5 เป็นการลงมติความคิดและได้ข้อสรุปเกี่ยวกับการกระทำที่มุ่งมันชัดเจน

วิธีการถกปัญหาประกอบด้วยชุดคำถามที่นำกลุ่มให้เดินไปตามเส้นทางของการสนทนา ซึ่งคำถามเหล่านี้จะพากลุ่มผ่านระดับความสำนึกสี่ระดับ ได้แก่ วัตถุประสงค์ (Objective) ไตร่ตรอง (Reflective) ตีความ (Interpretative) และตัดสินใจ (Decisional) หรือรวมเรียกสั้น ๆ ว่า ORID โครงสร้างนี้จะช่วยให้กลุ่มเคลื่อนผ่านจากการถกปัญหาพื้นผิวไปสู่การเข้าถึงความหมายและปัญญา รู้แจ้งอย่างล้าลึก ซึ่งวิธีการถกปัญหาจะทำให้เกิด

1. กำกับความคิดของกลุ่ม
2. ใช้คำถามที่เรียงตามลำดับโดยเฉพาะ
3. เริ่มจากคำถามที่ง่ายที่สุด (วัตถุประสงค์) จนถึงยากที่สุด (ตัดสินใจ)
4. ปล่อยให้จิตสำนึกโดยองค์กรรวมก้าวเดินไปข้างหน้าอย่างระมัดระวัง
5. ปรับตัวได้กับทุกสถานการณ์และกลุ่ม

การจัดโครงสร้างการอภิปรายกลุ่ม จะทำให้กลุ่มมีโอกาสสำรวจความสำคัญของหัวข้อ ประเด็นหรือประสบการณ์ร่วมกัน แม้ว่าจะมีเวลาอยู่อย่างจำกัด วิธีการอภิปรายช่วยให้กลุ่มเข้าใจหัวข้อที่ถกเถียงในมุมมองที่ถูกต้อง จนสามารถตอบสนองได้อย่างสร้างสรรค์ ได้แลกเปลี่ยนและทำให้ข้อมูลและความคิดกระจ่างชัดในระดับความลึกที่ไม่เพียงแต่่าฟังพอใจ แต่ยังช่วยทำให้เกิดความกลมเกลียวเป็นหนึ่งเดียวที่แนบแน่นภายในกลุ่ม ที่ดีที่สุดก็คือวิธีการอภิปรายจะช่วยให้สมาชิกทั้งหมดของกลุ่มได้ริเริ่มและเข้าร่วมในกระบวนการสนทนาเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันอย่างแท้จริง วิธีการอภิปรายจึงเป็นฐานสำหรับ

1. เก็บรวบรวมข้อมูล ทักษะความเห็นและแนวความคิดอย่างกว้างขวาง
2. ถกประเด็นที่ยุ่งยาก
3. ทบทวนไตร่ตรองเหตุการณ์และประสบการณ์สำคัญ
4. ทำความเข้าใจประเด็นและปัญหาให้ลึกซึ้งขึ้น
5. ตัดสินเลือกแนวทางการปฏิบัติที่กลุ่มควรทำ

ขั้นตอนของวิธีการอภิปราย

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการอภิปรายมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จซึ่งต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์ ซึ่งวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ และประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณาในทางลึก ส่วนวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นเต้น การรับทราบทักษะที่หลากหลาย ความเห็นที่แตกต่างกัน การปฏิบัติร่วมกันที่ทุกคนยอมรับแม้จะมีความเห็นหลากหลายเป็นต้น พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมคำถามนำและช่วยเอื้ออำนวยสนทนาให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. บริบท/เปิดเวที ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยที่ผู้เข้าร่วมกลุ่มสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคน ทำให้แน่ใจว่าจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อน

ช่วงกระบวนการกลุ่ม จะเริ่มขึ้น การกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญ

3. ระดับวัตถุประสงค์ ตั้งคำถามระดับวัตถุประสงค์แรกของท่านให้แม่นยำและเฉพาะเจาะจงให้มากที่สุด ท่านอาจจะถามคำถามแต่ละคำถามให้กับสิ่งที่พวกเขาได้เห็น ได้ยินหรือจำไว้ว่าได้เกิดขึ้น ถ้าท่านกำลังนำการถกเถียงเกี่ยวกับเหตุการณ์หนึ่งท่านอาจจะขอให้เล่าเหตุการณ์ตามลำดับเวลาที่เกิดขึ้น การถามเพื่อให้ได้คำตอบเพียงคำตอบเดียว (หรือแม้แต่คำตอบที่เป็นคำตอบเดียว) จะช่วยให้การถกเถียงเริ่มต้นด้วยความกระชับรวดเร็ว และการมีส่วนร่วมมีวงกว้างมากที่สุดเท่าที่จะมากได้สิ่งสำคัญคือ ท่านจะต้องให้ทุกคนได้พูดในระดับวัตถุประสงค์ เนื่องจากคำตอบต่อคำถามในระดับวัตถุประสงค์เป็นผลจากความทรงจำในข้อมูลสิ่งเร้าทางประสาทสัมผัส จึงเป็นคำตอบค่อนข้างตรงแม้ว่าจะมาจากหลายแหล่ง ดังนั้น การได้เข้าร่วมในระดับนี้สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกว่าคุณค่าคำตอบของตนอาจจะมีปัญหาในความเป็นจริงทางกลุ่มอาจจะรู้สึกประหลาดใจที่สามารถจัดความเข้าใจผิดไปได้อย่างมาก เพียงแค่ทำ “ข้อเท็จจริง” ให้ปรากฏชัดอีกอย่างที่เป็นประโยชน์ คือการให้ทุกคนต้องตอบในระดับวัตถุประสงค์ ท่านอาจจะแจ้งให้กลุ่มทราบว่าท่านจะเข้าหาทุกคนตั้งแต่ก่อนที่ท่านจะเริ่มทำอย่างนั้นจริง ๆ เพื่อป้องกันความจำใจ ท่านอาจจะเตรียมคำถามระดับวัตถุประสงค์ไว้หลายๆ คำถามล่วงหน้า

4. ระดับไตร่ตรอง คำถามระดับไตร่ตรองควรจัดลำดับเพื่อให้เกิดความสมดุลของปฏิริยาทางอารมณ์ของผู้เข้าร่วมถกเถียง เริ่มจากเรื่องง่ายแล้วค่อยยากมากขึ้น ใช้คำถามหลายคำถามโดยเริ่มจากคำถามที่ต้องตอบด้วยอารมณ์และปฏิริยาเชิงบวก แล้วจึงตามด้วยคำถามที่ต้องตอบไปในทางลบ ดังนั้น “สิ่งที่กลุ่มชอบมากที่สุด” ควรจะถูกถามก่อนถึง “สิ่งที่พวกเขาเห็นว่าน่าเบื่อและไม่น่าตื่นเต้น” คำถามพวกนี้จะถามตอบได้ง่ายกว่าคำถามที่สำรวจความเกี่ยวข้องในอึดใจที่สมาชิกกลุ่มอาจมีต่อสถานการณ์หรือประเด็นที่กำลังพิจารณากันอยู่โปรดจำไว้ว่าหัวข้อที่กำลังถกกันอยู่อาจจะดู “ไม่เร้าอารมณ์” แต่อย่างไรก็ตามจะต้องมีปฏิริยาทางอารมณ์ออกมาจากสมาชิกกลุ่มคนใดคนหนึ่งหรือมากกว่านั้นในช่วงการสนทนากัน หน้าที่ของท่านในฐานะผู้เอื้ออำนวย จะต้องจัดโครงสร้างการประชุมในลักษณะที่ปฏิริยาเหล่านี้ไม่กีดขวางกระบวนการตัดสินใจของกลุ่ม และยังสนับสนุนสร้างความเข้มแข็งให้แก่มติที่กลุ่มได้ร่วมกันสร้างขึ้น

5. ระดับตีความ เมื่อกลุ่มรู้สึกว่าได้จัดการอย่างมีประสิทธิภาพกับ “ประเด็นน่าสนใจ” ว่าด้วยหัวข้อที่พิจารณากันอยู่ผ่านพ้นไปแล้ว ตอนนี้กลุ่มก็พร้อมที่จะก้าวเข้าสู่ระดับต่อไปของการถกปัญหาและก็เช่นเดียวกันคำถามระดับตีความควรจัดเรียงลำดับจากที่ตอบง่ายที่สุดไปสู่ที่ยากขึ้นเรื่อย ๆ ท่านควรนำกลุ่มให้พิจารณาความหมายและผลกระทบของหัวข้อที่กำลัง

พิจารณารวมทั้งความสำคัญและประโยชน์ที่จะมีต่อกลุ่มสำหรับบางหัวข้อการตั้งคำถามว่า“จะต้องอุดช่องโหว่อะไรบ้าง”จะเป็นประโยชน์ต่อการชี้ให้กลุ่มเห็นว่ามิอะไรขาดตกบกพร่องไปแทนการมองเพียงว่าตอนนี้กำลังมีอะไร คำถามเหล่านี้จะช่วยให้กลุ่มรู้ว่ามิอะไรที่มีคุณค่าและความสำคัญต่อพวกเขาจำไว้ว่าเมื่อมาถึงจุดนี้ของการสนทนา ท่านในฐานะที่เป็นผู้เอื้ออำนวยกลุ่มกำลังพากกลุ่มมาขึ้นอยู่ตรงกลางเพื่อเตรียมตัวที่จะต้องลงมติ ต้องตัดสินใจ การทำให้เกิดการยอมรับในวงกว้างถึงสิ่งที่กลุ่มเห็นว่าสำคัญจึงเป็นสิ่งสำคัญ ถ้าหากการถกเถียงจะนำไปสู่ระดับปฏิบัติการของกลุ่มสำหรับในเรื่องนี้ สิ่งสำคัญที่ต้องตระหนักเช่นกันคือความเห็นไม่ตรงกันในหมู่สมาชิกที่มักจะเกิดขึ้นเสมอ ความไม่ลงรอยบางอย่างก็ไม่จำเป็นต้องไถ่เกลี่ยจนลงตัว หรือไม่จำเป็นต้องหาทางชำระสะสางความเห็นที่แตกต่างกันเหล่านั้นในฐานะผู้เอื้ออำนวย ท่านมีหน้าที่ในการชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีความคิดเห็นและทัศนคติที่หลากหลายมากมาย หาทางให้กลุ่มยอมปล่อยวางความไม่ลงรอยกันไว้ชั่วคราว โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความเห็นไม่ลงรอยกันนั้นไม่มีผลกระทบต่อวัตถุประสงค์ที่ท่านต้องการบรรลุในระดับตีความนี้ สิ่งสำคัญอยู่ที่ท่านจะต้องทำให้กลุ่มทุ่มเทความสนใจไปที่หัวข้อหรือประเด็นที่ตั้งไว้อย่างหวังผลทางปฏิบัติให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้โดยไม่หลงประเด็น

6. ระดับตัดสินใจ ทบทวนประเด็นสำคัญของการถกเถียงจนถึงขณะนี้ เดือนกลุ่มให้ตระหนักถึงสิ่งที่พวกเขาต้องการทำให้สำเร็จตั้งแต่แรกนี้ ก็เท่ากับเป็นการขมวดปมการถกเถียงไปสู่จุดสิ้นสุดและท้าทายกลุ่มให้ทำการตัดสินใจออกมาเป็นมติให้ได้ คำถามของท่านในระดับนี้ควรช่วยให้กลุ่มระบุเจาะจงปฏิบัติการหรือคำวินิจฉัยใดๆที่จำเป็นต้องมีอันเป็นผลจากการพิจารณาประเด็นต่างๆของการถกเถียงกัน

7. ไตร่ตรอง/ปิดเวที ทบทวนประเด็นสำคัญกับกลุ่ม เริ่มจากสิ่งที่พวกเขาตั้งใจที่จะทำให้สำเร็จตั้งแต่แรกพูดถึงหัวข้อเด่นๆ ของการถกเถียงที่กลุ่มใช้เป็นหลักในการตัดสินใจกระทำ การอะไรบางอย่าง ท่านอาจเคลื่อนไปรอบๆ กลุ่มอย่างรวดเร็ว เพื่อสอบถามความเห็นว่าคุณเห็นว่าการถกเถียงครั้งนี้คุ้มค่าน่าพอใจหรือไม่ และจงเตือนพวกเขาว่ายังมีขั้นตอนต่อไปที่กลุ่มอาจต้องตัดสินใจกระทำ หรือกิจกรรมต่อเนื่องอื่นๆ ที่จะตามมาตามความเหมาะสมในท้ายสุด กล่าวขอบคุณกลุ่มที่ได้มีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการถกเถียงกันจนเกิดประโยชน์แก่ทุกคน

2.7 วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method)

เป็นวิธีการอันเหมาะสมที่ช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนได้ร่วมกันสรรค์สร้าง เพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์ของกระบวนการที่ชัดเจน จนกลุ่มสามารถถกถั่นกรองความคิดที่มีอยู่ทั้งหมดออกมาเป็นประเด็นความเห็นพ้องร่วมกันที่นำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ มีความคล้ายคลึงกับวิธีการที่เราจัดการกับภารกิจที่เราต้องทำให้เสร็จลุกลงไปในการทำงานตามปกติในแต่ละวันเราคงไม่แตกต่างจากคนส่วนใหญ่ทันทีที่เรามาถึงที่ทำงานเราจะถามตัวเองว่าวันนี้จะต้องทำอะไรบ้าง ดังนั้น สิ่งแรกที่จะต้องทำเมื่อแรกมาถึงที่ทำงาน ได้แก่ การทำรายชื่อบรรดาส่งทั้งหลายที่เรา“ต้องทำ”ซึ่งมักเป็นรายชื่อรวมๆ ของงาน ทั้งสำคัญและไม่สำคัญที่ต้องทำให้เสร็จขั้นต่อไปก็จะเป็นการจัดเรียงรายชื่อใหม่ให้งานที่คล้ายคลึงกันอยู่รวมกัน เช่น การใช้โทรศัพท์ติดต่องานการเขียนบันทึกและจดหมาย การประชุม และการปรึกษาหารือ การทำรายงาน โครงการให้เสร็จเป็นต้น เมื่อสิ่งที่“ต้องทำ”ในตอนแรกถูกจัดออกเป็นกลุ่มงานกว้างๆ เรียบร้อยแล้ว เราก็จะประเมินว่างานชิ้นไหนจะต้องดำเนินการก่อนตามความสำคัญสำหรับวันนั้น เมื่อเราจัดลำดับงานตามความสำคัญก่อนหลังเสร็จแล้ว การทำงานในวันนี้เพื่อให้ได้ผลผลิตสูงก็เป็นสิ่งไม่ยากนักยิ่งไปกว่านั้น ถ้าเกิดมีสิ่งอื่นแทรกเข้ามาเราก็ยังมั่นใจได้ว่าสิ่งสำคัญเร่งด่วนที่สุดจะไม่ถูกเขี่ยทิ้งออกไป สิ่งใดที่ยังไม่ได้ทำเพราะถูกทิ้งค้างเอาไว้ก็จะเป็นงานที่จริงๆ แล้วก็สำคัญ“น้อยกว่า”งานอื่นในรายชื่อสิ่งที่“ต้องทำ”สำหรับวันนั้น การประชุมเชิงปฏิบัติการจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่

1. ช่วยให้ผู้สมาชิกกลุ่มทั้งหมดได้เสนอแนะและมีส่วนร่วม
2. ปลดปล่อยความคิดสร้างสรรค์และความกระตือรือร้นในเวลาอันสั้น
3. กระตุ้นการคิดเชิงบูรณาการที่เป็นองค์รวมของกลุ่ม
4. สร้างความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มที่นำไปปฏิบัติได้
5. เอื้ออำนวยในการสร้างคำตอบที่แปลกใหม่และสร้างสรรค์ เพื่อการแก้ปัญหา

และคลี่คลายประเด็น

6. สร้างจิตสำนึกที่เข้มแข็งในการเป็นหุ้นส่วนร่วมกันและความรู้สึกรับผิดชอบให้เกิดขึ้นในกลุ่ม

วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการเป็นกระบวนการที่มีอยู่ 5 ขั้นตอน เพื่อการบริหารกลุ่มในการเดินทาง ไปสู่การถกเถียงเพียงแลกเปลี่ยนและการสร้างความเข้าใจของกลุ่มที่ลึกซึ้ง จนสามารถตัดสินใจเป็นความเห็นพ้องร่วมกันสำหรับปฏิบัติการกลุ่มที่เหมาะสม ขั้นตอนแรก ได้แก่ บริบท (Context) ที่กำหนดขอบเขตการถกเถียงของกลุ่ม ซึ่งโดยปกติจะอยู่ในรูปคำถามรวมศูนย์ (Focus Question) ที่ทางกลุ่มต้องการคำตอบ จากนั้นก็ตามด้วยการระดมสมอง (Brainstorm) ซึ่งเป็นการระดมข้อมูลและความคิดจาก 3 ระดับ คือ ระดับตัวบุคคล กลุ่มขนาดเล็ก และที่ประชุมเต็มคณะ เมื่อได้ความคิดจากการระดมสมองแล้ว ขั้นตอนต่อไปจะขอให้กลุ่มจัดหมวดหมู่ (Cluster) ความคิดเหล่านี้ เมื่อความคิดถูกจัด เป็นหมวดหมู่ตามความคล้ายคลึงกันแล้ว กลุ่มก็จะตั้งชื่อ (Title) กลุ่ม

ความคิดแต่ละหมวดหมู่ที่ตอบสนอง หรือขานรับโดยตรงต่อคำถามรวมศูนย์ที่พวกเขาต้องการหาคำตอบในท้ายที่สุดแล้ว เมื่อความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้ถูกประกาศให้ทราบก็จะทำการปิดการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการจัดช่วงไตร่ตรอง (Reflect) ร่วมกันสั้นๆ เพื่อทำการทบทวนและยืนยันผลพวงที่จะตามมาของหัวข้อที่เห็นพ้องร่วมกัน

เนื่องจากกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการพากันออกเดินทางจากความคิดที่ได้จากการระดมสมองเป็นรายบุคคลไปสู่ความเห็นพ้องร่วมกันที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ว่าด้วยคำถามรวมศูนย์ วิธี การประชุมเชิงปฏิบัติการจึงใช้ได้ผลดีที่สุด สถานการณ์ที่ต้องการคำตอบอย่างสร้างสรรค์ต่อสถานการณ์ ประเด็นหรือปัญหาหรือในสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจที่ชาญฉลาดและการวางแผนเชิงนวัตกรรม กระบวนการวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดึงเอาพลังงานสร้างสรรค์ของสมาชิกกลุ่มแต่ละคนออกมา แล้วจัดแถวให้พุ่งเป้าไปที่จุดรวมศูนย์เดียวกัน การกระทำต่อกันเชิงพลวัตในลักษณะดังกล่าวนี้ เป็นผลมาจากการทำตามขั้นตอนที่ละชั้นของวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ จะเป็นประสบการณ์ที่สร้างความสนใจ นำความพึงพอใจและเพิ่มความแข็งแกร่งให้แก่สมาชิกกลุ่ม ได้เป็นอย่างดี

ขั้นตอนวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งต้องระบุออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์ วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ ประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกันที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณา ส่วนวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นเต้น การรับทราบเข้าใจที่คนละที่ที่หลากหลาย ความเห็นที่แตกต่างกัน การกระทำร่วมกันที่ทุกคนต้องยอมรับแม้จะมีความเห็นหลากหลายเป็นต้นพึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมตัวในการเอื้ออำนวยการประชุมให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. บริบท ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยที่ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคนจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น การกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมประชุมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็น ทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความ สำคัญ อธิบายให้รับทราบทั่วกันว่าการประชุมน่าจะให้อะไรที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือให้พูดถึงกระบวนการทำการประชุมว่าพวกเขาจะต้องมีส่วนร่วมอย่างไร และพูดถึงบทบาทของตัวเองในท้ายที่สุด แจ้งให้ทุกคนทราบอย่างชัดเจนว่าทางกลุ่มมีเวลาในการปฏิบัติการกิจครั้งนี้ให้ลุล่วงร่วมกันนานเท่าใดจงจำไว้ว่าการกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วม เพื่อ

การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่สิ่งที่สำคัญจึงอยู่ที่ท่านต้องทำให้กลุ่มมองเห็นอย่างชัดเจนว่า ผลผลิตจากการประชุมจะสามารถนำไปประสานงานกันได้

3. ระดมสมอง กล่าววิธีเริ่มกระบวนการระดมสมองด้วยการอ่านคำถามรวมศูนย์อีกครั้ง ด้วยการยกตัวอย่างให้เห็น 2-3 กรณีเพื่อเป็นการกระตุ้นจินตนาการของสมาชิกกลุ่ม ขอให้ผู้เข้าร่วมประชุมจดความคิดเห็นของตนลง (ให้เวลาพวกเขาได้คิดด้วยตนเอง) แบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อยแก้ปัญหาที่แตกตัวออกไปกลุ่มย่อยเหล่านี้ต้องมีขนาดเล็กพอที่จะทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันที่จริงจังและต้องหลากหลาย หลายพอที่จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดอย่างน่าพึงพอใจ จำนวนสูงสุดของกลุ่มย่อยน่าจะอยู่ที่ 10 คนเมื่อแบ่งกลุ่มเรียบร้อยแล้ว ก็ให้เริ่มเดินเครื่องกระบวนการระดมสมอง โดยของคร่าว กล่าวคือ ขอให้สมาชิกท่านหนึ่งเริ่มกระบวนการด้วยการแลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็นที่สำคัญสุดในรายชื่อของเขา ต่อไปทุกคนอาจวนกันแสดงความคิดเห็นของตนจนหมด พร้อมกับพิจารณาความคิดเห็นของกันและกัน จากนั้นกลุ่มก็ทำซ้ำกระบวนการนี้เพื่อพิจารณาความคิดเห็นอื่นทั้งหมดที่อยู่ในรายชื่อของทุกคน เมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้คัดเลือกความคิดเห็นที่ดีที่สุด 5-7 ข้อ จากความคิดเห็นทั้งหมดที่ได้ถกกันสุดท้ายให้จดความคิดเห็นที่ดีที่สุดเหล่านี้ลงบนบัตรความคิด จำไว้ว่าขั้นตอนการระดมสมองนี้เป็นวิธีการทำให้เกิดคำตอบและเกิดความคิดเห็นที่เกี่ยวกับประเด็น ๆ หนึ่ง อย่างรวดเร็ว เป็นวิธีการที่ได้ผลดีในการให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนมีส่วนแสดงความคิดเห็นเพื่อช่วยกระบวนการกลุ่ม ขั้นตอนระดมสมองทั้งสามขั้นคือ ตัวบุคคลกลุ่มขนาดเล็กและกลุ่มเต็มคณะเป็นการถ่วงถ่วงความรู้ ความคิดเห็นที่ดีที่สุดของกลุ่ม ต่อคำถามแบบรวมศูนย์ ที่พวกเขาได้ตั้งใจที่จะหาคำตอบตั้งแต่แรก

4. จัดหมวดหมู่ เป็นการช่วยกลุ่มจัดความคิดที่เลือกไว้ช่วยกันระดมและติดอยู่บนกระดาน โดยเตือนให้ทุกคนระลึกถึงคำถามรวมศูนย์ที่การประชุมต้องการคำตอบ โดยผู้เข้าร่วมประชุมช่วยกันทบทวนความคิดเห็นที่ติดอยู่บนกระดานเงียบ ๆ และเร็ว ๆ จากนั้นขอให้กลุ่มช่วยจัดความคิดเห็นที่ตอบสนองต่อคำถามรวมศูนย์อย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น ถ้าท่านสามารถคิดล่วงหน้าไปก่อนว่าอาจจะจัดความคิดเหล่านั้น ได้อย่างไรก็น่าจะเป็นประโยชน์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของคำถามรวมศูนย์ที่นิยามไว้ตั้งแต่แรกเป็นปฏิบัติการที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่ามีเจตนาที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่า ความสำเร็จที่คล้ายคลึงกันหรือเปล่า อีกวิธีที่ใช้ได้ดีคือสุ่มเลือกบัตรความคิดหนึ่งใบแล้วขอให้กลุ่มระบุบัตรอื่น ๆ ทั้งหมดที่คล้ายคลึงกับบัตรที่ท่านดึงออกมา จากนั้นใช้บัตรชื่อหนึ่งใบเขียนป้ายด้วยคำ 1-2 คำ ที่แสดงข้อตกลงของกลุ่มว่าหมวดหมู่นั้นควรจะเป็นอะไร จงจำไว้ว่าขั้นตอนจัดหมวดหมู่ของกระบวนการนี้ เป็นขั้นตอนที่ทางกลุ่มได้ร่วมกันนิยามความสัมพันธ์ใหม่ระหว่างความคิดที่ได้ร่วมกันระดมออกมา จัดเป็นวิธีการที่ได้ผลดียิ่งในการค้นคว้าความรู้ลึกของกลุ่ม

ออกมาทำให้มองเห็นประเด็นที่กลุ่มเห็นพ้องกันและที่แตกแยกกัน และอาจเปิดเผยให้เห็นว่าจะยังมีความต้องการข้อมูลและความคิดในจุดใดอีก

5. การตั้งชื่อ เริ่มกระบวนการตั้งชื่อจากหมวดหมู่ที่มีจำนวนบัตรมากที่สุด เพราะแสดงให้เห็นได้เกิดมีความคิดร่วมกันมากที่สุด อ่านบัตรทุกบัตรที่อยู่ในหมวดหมู่นั้น เดือนที่ประชุมนี้ให้ระลึกถึงคำถามรวมศูนย์ของการประชุมแล้วถามผู้เข้าร่วมว่าบัตรความคิดเหล่านั้นของกลุ่มจะนำไปสู่ความเข้าใจอะไร วิธีการตั้งชื่ออีกทางหนึ่ง ได้แก่ การตั้งคำถามให้ที่ประชุมว่าพวกเขาเห็นว่าจะอะไรสำคัญขอให้ที่ประชุมแสดงความคิดเห็นที่เฉพาะเจาะจง ด้วยเหตุที่ว่าทุกหมวดหมู่จะพยายามชี้ไปที่ด้านใดด้านหนึ่งของคำถามรวมศูนย์ ดังนั้น ทุกหมวดหมู่จะเป็นการแสดงความคิดเห็นความกังวลที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันจำไว้ว่าขั้นตอนของการตั้งชื่อในกระบวนการนี้ เป็นขั้นตอนที่ที่ประชุมเริ่มแยกแยะมองเห็นความพ้องร่วมกันของกลุ่ม ในกรณีเช่นนี้ ทางกลุ่มหรือที่ประชุมต้องมีโอกาสที่จะถกกันออกมาให้ชัดเจนว่า ความเห็นที่พ้องต้องกันนั้นเป็นเช่นไรกันแน่ เมื่อทำได้ดังนั้นก็เท่ากับว่าได้ทำให้เกิดการเป็นเจ้าของและเป็นหุ้นส่วนร่วมกันในทางกว้างในประเด็นที่เห็นพ้องร่วมกันที่ได้แสดงออกมานั้น

6. ไตร่ตรอง จบการประชุมเชิงปฏิบัติการด้วยการทำการไตร่ตรองสั้น ๆ ในหัวข้อความเห็นพ้องร่วมกันที่เพิ่งกล่าวแสดงออกมา การจบในแบบนี้อาจทำได้หลายวิธี เช่น ท่านอาจขอให้กลุ่มจัดลำดับชื่อหมวดหมู่ตามความสำคัญหรือความจำเป็นเร่งด่วนก่อนหลังท่านอาจขอให้กลุ่มเชื่อมโยงชื่อหมวดหมู่เข้าด้วยกันหรือแม้กระทั่งขอให้กลุ่มสร้างมติดีความสัมพันธ์โดยวาดรูปภาพประกอบชื่อแต่ละชื่อขั้นตอนนี้ของกระบวนการมีเจตนาที่จะช่วยให้กลุ่มระลึกถึงฉันทานุมัติ หรือความเห็นพ้องร่วมกันของกลุ่มได้อย่างง่ายดายด้วยเหตุนี้สิ่งสำคัญที่ท่านพึงทำคือ ควรจะได้คิดล่วงหน้ามาก่อนว่าน่าจะใช้หนทางใดจึงจะดีที่สุดในการช่วยให้กลุ่มได้ร่วมยืนยันความมุ่งมั่นใหม่ที่ได้ร่วมกันคิดออกมา และก็เช่นเดียวกันการจะทำเช่นนี้ได้ขึ้นอยู่กับพิจารณาบทบาทหน้าที่ของคำถามรวมศูนย์ของกาประชุมว่าควรจะมีขอบเขตเท่าใด กินความขนาดไหน จำไว้ว่าขั้นตอนการไตร่ตรองของกระบวนการ เป็นจุดที่กลุ่มใช้ฝึกความมุ่งมั่นของกลุ่มที่มีต่อหัวข้อต่าง ๆ ที่กลุ่มเห็นพ้องร่วมกันเป็นหนึ่งเดียวเป็นจุดที่กลุ่มร่วมกันชื่นชมผลผลิตที่พวกเขาได้ร่วมกันทำให้เกิดขึ้น

ข้อดีของการประชุมเชิงปฏิบัติการ

1. เปิดโอกาสแก่ผู้เข้าร่วมประชุมให้ได้เตรียมตัวเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในวิชาชีพหรืออาชีพของเขา

2. ให้โอกาสในการประเมินค่าของวิชาชีพหรืออาชีพและทำการวิจัยที่จำเป็น

3. เปิดโอกาสให้เสนอสิ่งสำคัญและเรื่องราวใหม่ ๆ
4. ให้โอกาสในการเสนอปัญหาในหลายลักษณะ
5. ให้โอกาสแก่บุคคลทุกคนที่มีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
6. ให้โอกาสสำหรับนักศึกษาและวิจัยอย่างมีใจจดใจจ่อในขอบเขตของความสนใจทางด้านวิชาชีพหรืออาชีพ
7. เปิดโอกาสให้ได้รับเรื่องราวที่ถูกต้องจากผู้ชำนาญพิเศษ
8. ให้มีการพัฒนาบุคลิกภาพแต่ละบุคคลโดยการอภิปรายแบบประชาธิปไตยและการมีส่วนร่วมมือกันอย่างแท้จริง
9. ปล่อยให้กลุ่มกำหนดวัตถุประสงค์ที่จะกระทำ
 1. สิ่งอำนวยความสะดวกสบายพิเศษต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นสำหรับการประชุมถูกจำกัดโดยทั่วไป มีอยู่เฉพาะในบริเวณมหาวิทยาลัยหรือวิทยาลัยหรือสถานที่พิเศษเท่านั้น
 2. ระยะเวลาสำหรับการสำรวจปัญหาอย่างเต็มที่โดยผู้ร่วมประชุมมีระยะเวลาอย่างดี ก็ประมาณ 2 วัน ถึง 2 สัปดาห์
 3. กลุ่มอาจจะยอมรับจุดประสงค์ที่กำหนดไว้ล่วงหน้าของคณะกรรมการอำนาจโดยปราศจากคำถามใด ๆ ทั้งสิ้นและด้วยเหตุนี้ผลที่ได้จึงจำกัด เป็นเรื่องอันตรายมาก และสามารถป้องกันได้โดยการเลือกตั้งผู้นำในการเปิดอภิปรายทั่วไปอย่างระมัดระวัง

2.8 วิธีการวางแผนปฏิบัติ (Action Planning Method)

วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เริ่มด้วยการใช้แนวทางที่ทำให้จริงมากที่สุดในการสร้างแผนปฏิบัติการวิธีการนี้นำกลุ่มไปตามเส้นทาง ที่มุ่งตอบคำถามง่าย ๆ สามข้อคือ “เราต้องการจะไปไหน” “เราอยู่ที่ไหน ” และ “เราจะไปถึงที่นั่นได้อย่างไร ” แผนปฏิบัติการหลายแผนจัดคำตอบต่อคำตอบที่สามได้ทันทีโดยไม่ใส่ใจต่อคำถามแรกและคำถามที่สองมากนัก ในเมื่อกลุ่มไม่มีความชัดเจนและความรู้สึกร่วมกันว่ากลุ่มจะเดินทางไปทางไหนแน่ สมาชิกแต่ละคนก็มักจะมีแนวความคิด ที่แตกต่างกันเกี่ยวกับชัยชนะและความสำเร็จเช่นนี้แล้ว ก็จะมีผลต่อการที่พวกเขาแต่ละคนจะช่วยกันเสนอแนะต่อกระบวนการวางแผนและทำให้มีผลกระทบบ่อยๆนี้ไม่พ้นต่อการนำแผนไปปฏิบัติจริง ๆ ของแต่ละคนว่าจะเป็นอย่างไร ในที่สุดด้วยเหตุที่มีแนวความคิดเรื่องชัยชนะและความสำเร็จที่แตกต่างกัน โดยไม่ได้สื่อออกมา เมื่อใดที่แผนได้ถูกนำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่ก็อาจจะยังมีความรู้สึกไม่พึงพอใจอย่างมากกว่าทุกอย่างไม่ได้เป็น ไปตามที่สมาชิกแต่ละคนคาดหวังว่าจะต้องเป็นเราอาจจะเสริมไปอีกหน่อยก็คงได้ว่าเป็นสิ่งที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นเลยถ้ามีโอกาสเสียตั้งแต่

แรกที่จะหาทางคลี่คลาย ความคาดหวังและแนวความคิดของแต่ละคนที่แตกต่างกันว่าด้วยชัยชนะและความสำเร็จ

วิธีการวางแผนปฏิบัติการ เป็นกระบวนการเจ็ดขั้นตอนที่จัดเตรียมกลุ่มให้สามารถเดินไปตามเส้นทางสู่การพัฒนาแผนที่สอดคล้องกับความเป็นจริงและทำได้แน่นอนไม่ว่าจะเป็นการทำกิจกรรมเฉพาะเรื่องในเหตุการณ์ใดก็ตามขั้นตอนแรกได้แก่ บริบท(Context) โดยในขั้นนี้กลุ่มจะทำการพิจารณาขอบเขต ปริมาณพื้นฐานของกิจกรรมที่กำลังวางแผนเพื่อนำไปทำ ได้แก่ อะไร เมื่อไหร่ ที่ไหน ทำไม่ อย่างไร และโดยใคร จากการสร้างความเป็นเอกภาพให้เกิดขึ้นในขั้นแรกนี้ที่กลุ่มเริ่มสร้างแผนปฏิบัติการขั้นตอนต่อไปในกระบวนการ ได้แก่ วงกลมแห่งชัยชนะ (Victory Circle) ในขั้นนี้กลุ่มสามารถที่จะร่วมกันนิยาม “ความสำเร็จ” ว่าคืออะไรกันแน่ในความหมายของพวกเขาสำหรับกิจกรรมที่พวกเขา กำลังจะวางแผนที่จะทำในทันทีที่ทำงานขั้นตอนนี้เสร็จ กลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การประเมินสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน (Current Reality) ในแง่ของทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนภายในของกลุ่ม และผลประโยชน์และอันตรายภายนอกหลังจากนี้ กลุ่มก็จะก้าวต่อไปสู่การสื่อสารออกมาเป็นข้อผูกมัด (Commitment) ต่อกิจกรรมที่กำลังวางแผนจะทำ เมื่อได้ทำการสื่อสารออกมาแล้ว ก็ทำการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดจุดปฏิบัติการที่เป็นกุญแจสำคัญ (Key Actions Workshop) ในกลุ่มเพื่อที่จะกำหนดหมวดปฏิบัติการหรือการกระทำที่จำเป็นและสรรหาสมาชิกเพื่อตั้งเป็นคณะทำงานที่มีหน้าที่นำหมวดปฏิบัติการที่จำเป็นเหล่านั้นไปปฏิบัติ หลังจากนั้นกลุ่มก็จะแตกตัวเป็นคณะทำงานต่าง ๆ เพื่อที่จะเขียนปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Calendar Of Activities and Assignments) เมื่อถึงจุดนี้ของกระบวนการทำแผนปฏิบัติการก็เกือบจะเสร็จสิ้น โดยที่กิจกรรมต่าง ๆ ได้จัดทำไว้เป็นตารางกำหนดการ กลไกการประสานงาน ได้ถูกจนเข้าใจกันดี และการจัดสรรทรัพยากรได้ร่วมกันตัดสินใจเรียบร้อยแล้ว ในท้ายที่สุดก็ทำขั้นตอนการไตร่ตรอง (Reflect) เพื่อที่จะยืนยันความมุ่งมั่นของกลุ่มถกผลที่จะตามมา และนำแผนไปปฏิบัติในที่สุด

วิธีการวางแผนปฏิบัติการ ใช้ได้ผลดีที่สุดสำหรับการวางแผนรองรับเหตุการณ์ หรือกิจกรรม และกระบวนการนี้มีประสิทธิผลสูงยิ่งในการ

1. สร้างความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมที่วางแผน
2. ทำให้เกิดความรู้สึกผูกมัด ท่วมเทจากรายบุคคล และเป็นองค์รวมต่อความสำเร็จของกิจกรรม

3. ระบุความรับผิดชอบและการต้องอธิบายชี้แจงของสมาชิกกลุ่มทุกคน

4. ตัดสินใจเรื่องการจัดสรรทรัพยากรเพื่อการดำเนินกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้

ขั้นตอนวิธีการวางแผนปฏิบัติการ

1. นิยามวัตถุประสงค์ ก่อนอื่นใดทั้งหมดจะต้องกำหนดก่อนว่าการประชุมมีจุดหมายที่จะทำอะไรให้สำเร็จ ซึ่งต้องระบุดูออกมาเป็นวัตถุประสงค์เชิงเหตุผลและประสบการณ์ วัตถุประสงค์เชิงเหตุผลจะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องรู้ เข้าใจหรือตัดสินใจ และประสบการณ์หรือประเด็นร่วมกัน ที่ทางกลุ่มจะต้องพิจารณาในทางลึก ส่วนวัตถุประสงค์เชิงประสบการณ์จะครอบคลุมถึงสิ่งที่กลุ่มจะต้องประสบร่วมกัน อาจเป็นความตื่นเต้น การรับทราบเข้าใจทัศนคติที่หลากหลาย ความเห็นที่แตกต่างกัน การกระทำร่วมกันทุกคนต้องยอมรับแม้จะมีความเห็นที่หลากหลายเป็นต้น พึงจำไว้ว่าการมีวัตถุประสงค์ที่แจ่มชัดจะช่วยให้ท่านเตรียมพร้อมในการเอื้ออำนวยความสะดวกเชิงปฏิบัติการ เพื่อการวางแผนปฏิบัติการให้ดำเนินไปได้ด้วยดี

2. บริบท ต้องสร้างบรรยากาศที่เปิดเผยให้เกิดขึ้นในกลุ่ม โดยที่ผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นหน้าผู้อื่นทุกคนจะต้องไม่มีการขัดจังหวะแม้แต่ก่อนช่วงกระบวนการกลุ่มจะเริ่มขึ้น การกล่าวต้อนรับผู้เข้าร่วมและเชื้อเชิญให้ร่วมเสนอความเห็นจะทำบริบทให้ปรากฏว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่มีความสำคัญ อธิบายให้รับทราบทั่วกันว่าการประชุมน่าจะให้อะไร ที่สำคัญยิ่งกว่านั้นคือให้พูดถึงกระบวนการทำการประชุมว่าพวกเขาจะต้องมีส่วนร่วมอย่างไรและพูดถึงบทบาทของตัวเองในท้ายที่สุด แจ้งให้ทุกคนทราบอย่างชัดเจนว่าทางกลุ่มมีเวลานานเท่าใดในการปฏิบัติการกิจครั้งนี้ ให้ลู่ลวงร่วมกันจงจำไว้ว่าการกำหนดบริบทจะช่วยสร้างอารมณ์ร่วมเพื่อการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่สิ่งที่สำคัญจึงอยู่ที่ท่านต้องทำให้กลุ่มมองเห็นอย่างชัดเจนว่าแผนปฏิบัติการที่กำลังจะร่างขึ้นเป็นขั้นตอนแรกที่จะนำไปสู่จุดที่กลุ่มต้องการก้าวไปให้ถึง

3. วงจรแห่งชัยชนะ ช่วยกลุ่มอธิบายความหมายของ “ชัยชนะ/ความสำเร็จ” ของกิจกรรมที่กำลังวางแผนกระทำคืออะไร เริ่มต้นด้วยการพากลุ่มทบทวนข้อตกลงพื้นฐานเกี่ยวกับกิจกรรมนั้นแล้ว ขอให้สมาชิกจินตนาการถึงวันหลังจากที่ทำการผ่านไปแล้วถามกลุ่มว่าพวกเขามองเห็นอะไร รู้สึกอะไร ได้ยินอะไร คิดถึงอะไร ขอให้กลุ่มจินตนาการว่าผู้คนที่จะต้องได้ประโยชน์จากกิจกรรมนั้นจะมองเห็นอะไร รู้สึกอะไร ได้ยินอะไร คิดถึงอะไร เมื่อกลุ่มตอบคำถามเหล่านั้น ให้จดคำตอบทั้งหมดลงบนกระดาษเพียงสังเกตว่าเมื่อกระทำขั้นตอนนี้เสร็จ กลุ่มควรจะมี ความกระตือรือร้นและตื่นตัวอย่างสูง ถ้าการณ์ไม่เป็นอย่างนี้ทางกลุ่มอาจจะประสบความยากลำบากในการทำหน้าที่เหลือของช่วงการวางแผนปฏิบัติการให้เสร็จลู่ลวงไป และในภายหลังอาจจะยังประสบความยากลำบากมากยิ่งขึ้นที่จะเริ่มนำแผนที่ร่างเสร็จเรียบร้อยแล้วไปปฏิบัติ

4. สภาพความเป็นจริงปัจจุบัน ขอให้กลุ่มใช้เวลาสักหนึ่งนาทีเพื่อทำรายชื่อสองสามสิ่งทีพวกเขาเห็นว่าเป็นจุดแข็งและจุดอ่อนที่สำคัญที่สุดของกลุ่มที่วางแผนซึ่งจะต้องนำมาพิจารณา ในกิจกรรมที่กำลังทำแผนรองรับอยู่นั้น จากนั้นขอให้พวกเขาทำรายชื่อที่คล้ายกันของผลดีที่จะ

ได้รับที่สำคัญที่สุดสามสิ่ง และอันตรายที่จะต้องขจัดปัดเป่าในส่วนที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่นำเสนอ ขอให้กลุ่มร่วมกันเสนอข้อมูลความเห็นในหัวข้อทั้งสี่ประเภทเรียงไปทีละประเภทจะเป็นสิ่งที่ดี หากมีการสลับลำดับทั้งประเภทเชิงบวกและลบ ลำดับที่ควรทำน่าจะเป็นจุดแข็ง จุดอ่อน ผลดีและอันตรายเช่นเดียวกันเมื่อข้อเสนอจากกลุ่มเริ่มไหลเข้ามาให้จดลงบนกระดาษ แยกแยะให้เห็นความคิดและความเข้าใจที่คล้ายคลึงกัน และยอมให้มีการถามเพื่อจะได้มีการชี้แจงให้ชัดเจนขึ้น จะเป็นประโยชน์ถ้าท่านสามารถสรุปข้อ เสนอแนะที่ได้จากกลุ่มในแต่ละประเภท เมื่อทำการแลกเปลี่ยนเสร็จแล้วในประเภทนั้น และจะเป็นประโยชน์อีกเช่นกันถ้ามีการถกสั้น ๆ ถึงผลที่จะตามมาของรายชื่อที่ทำเสร็จแล้วสำหรับกิจกรรมที่เสนอ

5. ข้อผูกมัด ใช้เวลาสั้นๆ ทบทวนหัวข้อหลักของรายชื่อ สภาพความเป็นจริงปัจจุบันของกลุ่มจากนั้นท้าทายกลุ่มให้เริ่มกล่าวแสดงความผูกมัดทุ่มเทที่กลุ่มพร้อมจะมอบให้เพื่อการนำมาซึ่งความสำเร็จของกิจกรรมที่วางแผนเอาไว้ จะเป็นประโยชน์หากมีการนำกลุ่มย้อนกลับไปดูผลลัพธ์ของวงจรแห่งชัยชนะและถามพวกเขาในบัดนั้นว่าในเมื่อชัยชนะที่พวกเขาได้วาดหวังเอาไว้มีความสำคัญอย่างมากแก่กลุ่มถึงเพียงนั้นแล้วละก็ทางกลุ่มเต็มใจที่จะมอบความผูกมัดทุ่มเทให้แก่การดำเนินกิจกรรมขนาดไหน จึงจะสามารถสนองตอบต่อการท้าทายต่างๆ เหล่านั้นแล้วจดคำตอบของกลุ่มที่ได้บนกระดาษอย่างรวดเร็ว ระวังอย่าปล่อยให้กลุ่มมีเวลาถอนคำพูดสิ่งที่พวกเขาได้เต็มใจที่จะทุ่มเทให้ในตอนแรก ในขณะที่นั้นขอให้กลุ่มช่วยร้อยประสานคำตอบทั้งหลายให้เกิดเป็น “คำประกาศข้อผูกมัด” ที่เป็นหนึ่งเดียวซึ่งจะผูกมัดกลุ่มเข้าด้วยกันและให้ยึดติดกับการแสวงหาความสำเร็จของกิจกรรมที่ตั้งใจไว้ ยังไม่ต้องใส่ใจมากนักในระยะแรกต่อลีลาภาษาที่ใช้ เพราะนักเลงภาษาในกลุ่มจะยังมีโอกาสมาช่วยขัดเกลาสำนวนในภายหลังได้เมื่อ “คำประกาศข้อผูกมัด” ได้ร่างขึ้นเรียบร้อยแล้ว สิ่งที่จะเป็นประโยชน์และควรทำคือ ขอให้กลุ่มได้ร่วมลงนามลงบนกระดาษแผ่นนั้นเพื่อเป็น “สัญญา” ของกลุ่มที่มีต่อตนเอง

6. ปฏิทินและงานที่ได้รับมอบหมาย ให้สมาชิกหนึ่งคนจากคณะทำงานมาที่กระดานแล้วดึงบัตรความคิดจากหมวดภารกิจของพวกเขาออกไปให้คณะทำงานหมวดภารกิจใช้บัตรความคิดเหล่านี้และจัดเรียงภารกิจตาม ลำดับเวลา นับจากการทำแผนปฏิบัติการเสร็จ ไปจนถึงวันที่กำหนดเริ่มทำกิจกรรมแจ้งให้คณะทำงานทราบว่า พวกเขาสามารถรวมความคิดที่คล้ายคลึงกันได้อย่างเสรี และจะเสนอภารกิจใหม่ที่พวกเขาารู้สึกว่าจำเป็นต่อแผนปฏิบัติการก็ได้ให้คณะทำงานระบุว่าภารกิจใดที่พวกเขาเห็นว่าเป็นปฏิบัติการ “เริ่มต้น” “กำลังดำเนินอยู่” และ “ได้รับชัยชนะ” ท่านอาจขอให้คณะทำงานเขียนปฏิบัติการ “เริ่มต้น” และ “ได้รับชัยชนะ” บนบัตรความคิดสีต่างๆ เพื่อช่วยในการแยกแยะ สนับสนุนให้กลุ่มต่างๆ ปกป้องข้ามกันไปมาได้ตามที่พวกเขาารู้สึกว่าจำเป็นในขณะที่

กลุ่มกำลังทำภารกิจนี้อยู่ เริ่มเตรียมตารางปฏิทินบนกระดานตารางที่ดีช่องไว้แล้วควรจะวางโครงร่างของคณะทำงานต่าง ๆ ในแนวตั้ง ส่วนระยะเวลาจนถึงกิจกรรมที่กำหนดการแล้วให้ทอดไปตามแนวนอน นอกจากชื่อของคณะทำงานแต่ละคณะแล้วให้สร้างคอลัมน์สำหรับชื่อสมาชิกของคณะทำงานต่าง ๆ จากนั้นโอนชื่อสมาชิกของกลุ่มลงไปตาราง แล้วขอให้ตัวแทนจากแต่ละกลุ่มออกมาข้างหน้าเพื่อติดกิจกรรมที่เป็น “เริ่มต้น” “กำลังดำเนินอยู่” และ “ได้รับชัยชนะ” ของพวกเขาในแถวสำหรับคณะทำงานของเขา เมื่อคณะทำงานทุกคณะได้ติดปฏิทินกิจกรรมของพวกเขาเสร็จแล้ว ให้ตัวแทนจากคณะทำงานแต่ละคณะกล่าวรายงาน เมื่อคณะทำงานทุกคณะได้รายงานเสร็จเรียบร้อยแล้ว ขอให้กลุ่มเสนอกิจกรรมประเภท “ทั่วไป” ทั้งหมดที่จะต้องใส่ลงไปปฏิทิน เช่นการประชุมประสานงานของหัวหน้าคณะทำงานแต่ละคณะ แต่ก็ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะหัวข้อนี้ บุคลากรอาจใส่เพิ่มเข้าไปในปฏิทินเพื่อแสดงปฏิบัติการเหล่านี้

7. การไตร่ตรอง หลังจากทำปฏิทินได้ทำเสร็จเรียบร้อยแล้วปล่อยให้กลุ่มพิจารณาปฏิทินอีกครั้งและถามความรู้สึกพวกเขาว่าจากการที่แผนได้ทำเสร็จแล้ว กิจกรรมที่ได้ตั้งใจไว้มีทางที่จะเป็นจริงได้หรือไม่ถึงตอนนี้อาจเป็นประโยชน์ที่จะทบทวนผลผลิตของวงจรแห่งชัยชนะและประเด็นท้าทายหลัก ๆ จากการสนทนาในช่วงสภาพความเป็นจริงปัจจุบัน จัดแบ่งเวลาตามความจำเป็นให้แก่กลุ่มในการถกข้อต่อไป

สรุปการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP) มาประยุกต์ใช้ประกอบด้วย วิธีการถกปัญหา (Discussion Orid Method) วิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และวิธีการวางแผนปฏิบัติการ (Action Planning Method)

2.9 ทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment Theory)

ทฤษฎีการสร้างพลัง มาจากแนวคิดของการศึกษาเพื่อการสร้างพลัง ซึ่งเป็นรูปแบบการศึกษาที่เน้นให้ผู้เรียนพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง เกิดความนับถือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง วิธีการที่ใช้ในการจัดการศึกษา เพื่อการสร้างพลังนี้ จะเน้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนอย่างเต็มที่ (Active Participation) โดยใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้ และความคิดระหว่างผู้เรียน ให้ผู้เรียนสามารถระบุปัญหาของตน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ มองภาพอนาคตได้ สามารถพัฒนากลวิธีที่จะแก้ไขปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหา การจัดการศึกษาการสร้างพลังนี้ จะส่งเสริมให้ผู้เรียนเห็นคุณค่าในตนเอง (Self Esteem) มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self Efficacy) สูงขึ้น ก่อให้เกิดการ

เปลี่ยนแปลงความรู้ เจตคติ และทำให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องมากขึ้น ในแต่ละบุคคล ทั้งยังมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง และการพัฒนาความเสมอภาคในสังคมด้วย (Wallertein & Bernstein, 1988:379-394)

ระดับของการสร้างพลังการสร้างพลัง เน้นอิทธิพลที่เกี่ยวข้องในด้านการควบคุมตนเอง (Personal Control) และอิทธิพลที่เกี่ยวข้องทางด้านสังคม หรือชุมชน (Social Control) ระดับของการสร้างพลัง แบ่งออกเป็น 3 ระดับ (ปริญญญา ผกานนท์, 2543:27-29) ดังนี้

1. การสร้างพลังให้ตัวบุคคล พลังในตัวบุคคลจะเกิดขึ้นได้กับบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้แสดงออก ซึ่งความสามารถในการพัฒนาแนวคิด และการทำงานสู่ความสำเร็จ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น สามารถพึ่งตนเองได้ และเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง

2. การสร้างพลังในองค์กร เป็นการส่งเสริม และสนับสนุนให้สมาชิกในองค์กรมีส่วนร่วมในอำนาจขององค์กร ตั้งแต่การใช้ประโยชน์จากข้อมูล มีกระบวนการตัดสินใจ การกำหนดวิธีดำเนินงาน และการควบคุมความพยายามต่างๆ ต่อจุดมุ่งหมายที่กำหนดร่วมกัน ส่งเสริมให้มีการเชื่อมโยง ในกลุ่มสมาชิกเพื่อสร้างเป็นพลังองค์กร แล้วไม่เชื่อมโยงกับองค์กรอื่นๆ และชุมชนในเชิงอำนาจ หรือพลังโน้มน้ำหนักและการตัดสินใจในสังคมที่กว้างขึ้น

3. การสร้างพลังในชุมชน เป็นระบบคุณค่าทางสังคม (Social Value) ซึ่งแสดงออกถึงการรวมตัวของประชาชนในชุมชน เพื่อทำกิจกรรมของชุมชนร่วมกัน ด้วยความสามัคคีเกื้อกูล มีการจัดการที่เหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง พลังในการพัฒนาชุมชน ซึ่งต้องปรับเปลี่ยนบทบาทของประชาชนในชุมชน โดยปล่อยให้ชุมชนได้มีโอกาสตัดสินใจ และเลือกหนทางในการแก้ปัญหาของชุมชนเอง

การสร้างพลังชุมชน หัวใจของการสร้างพลัง คือการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่ายต่อการพัฒนาชุมชนหรือแก้ไขปัญหาของชุมชน เกิดผลของการเรียนรู้ คือ พลังความรู้ การตัดสินใจ และความสามารถในการพัฒนาชุมชนหรือสังคมอย่างยั่งยืน และกระทบผลประโยชน์อย่างเป็นระบบ โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีหลักการสำคัญ ดังนี้

1. รวม "พลังใจ" การที่จะขับเคลื่อนกิจกรรมทางสังคมได้ก็ตาม ขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญ คือ การรวมคนเพื่อรวมพลังใจ เป็นการสร้างเสริมใจซึ่งกันและกัน เกิดความรัก ความสามัคคี ความเอื้ออาทร มีความสนใจและมีวัตถุประสงค์ร่วมกันทำให้เกิดจิตสำนึกในการแก้ไข หรือพัฒนาท้องถิ่นการรวมกัน รวมใจ เป็นการส่งเสริมให้เกิดประชาคม หรือเวทีประชาคม โดยใช้ประเด็นที่ชุมชนสนใจ มาเป็นเครื่องมือในการรวมคน สิ่งที่สำคัญ คือการค้นหาผู้นำที่มีจิตวิญญาณ มีอุดมการณ์ต่อสถานการณ์ หรือประเด็นต่างๆ ที่ชุมชนสนใจให้ได้ โดยการเสนอตนตามความ

สมัครใจ หรือให้ชุมชนเป็นผู้เสนอ ผู้นำเหล่านี้มักเป็นผู้นำตามธรรมชาติ เป็นผู้ที่มีความซื่อสัตย์ เสียสละ อดทน อดกลั้น จิตใจอาสาสมัคร อาจเป็นพระภิกษุ หมอพื้นบ้าน นักพัฒนา และข้าราชการ ยุคใหม่ ฯลฯ หากเราสามารถรวมพลังใจ ของผู้นำเหล่านี้ได้ จะทำให้ได้คนที่มีคุณภาพมีพลังและรวมตัวกันอย่างยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไป ประสบความสำเร็จบางกรณีเกิดจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนา เข้าไปกระตุ้นให้คนในชุมชนรวมตัวเพื่อพัฒนาชุมชน วิธีการนี้ ส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ ได้เฉพาะกายไม่ได้ใจ และมักได้คนที่ไม่มีคุณภาพ ไม่มีพลัง เป็นการรวมคนที่ไม่มี ความยั่งยืน ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานในขั้นต่อไป ไม่ประสบความสำเร็จ

2. การระดม "พลังความคิด" เมื่อรวมคนได้แล้วขั้นตอนต่อไป คือ "การร่วมคิด" โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกัน สร้างวิสัยทัศน์ร่วมกัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ วิเคราะห์ปัญหาและโอกาสอย่างรอบด้าน รวมทั้งการกำหนดแนวทางวิธีการ และแผนงานในการแก้ไขปัญหา หรือการพัฒนาชุมชนอย่างเป็นระบบสร้างสรรค์ และยั่งยืน

3. ก่อเกิด "พลังการจัดการ" ขั้นตอนนี้จะเกิด "การร่วมทำ" ดำเนินงานตามแนวทาง วิธีการ และแผนงานที่กำหนดในขั้นตอนที่ 2 สิ่งที่ต้องทำในขั้นตอนนี้ คือการจัดระบบการบริหารจัดการที่ดี เช่น การแบ่งบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบของภาคี การพัฒนาต่างๆอย่างเหมาะสม มีความเคารพนับถือ และให้การยอมรับความรู้สึก ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีความจริงใจต่อกัน มีความเอื้ออาทรและความหวังดีระหว่างสมาชิกยอมทำให้เกิดการดำเนินงานราบรื่นและมีการใช้ทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพ

4. สร้าง "พลังภูมิปัญญา" การขับเคลื่อนกิจกรรมแก้ไขปัญหาหรือการพัฒนาสังคม ใดๆ ก็ตาม สิ่งที่สำคัญได้ก็คือการสรุปบทเรียนร่วมกันเป็นการติดตามประเมินผล โดยเริ่มต้นจากการประเมินผลตนเองและประเมินผลงาน ผ่านกระบวนการกลุ่ม และเครือข่ายการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเชื่อมต่อ ทักษะ องค์ความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ นำไปสู่การเป็นชุมชนแห่งการเรียนรู้ และเป็นชุมชนที่มีพลังมากขึ้นเรื่อยๆ

5. สร้าง "พลังปิติ" ขั้นตอนที่สุดท้ายของการดำเนินการ คือการรับผลจากการกระทำ เป็นการสร้าง "พลังปิติ" โดยการยกย่อง ชื่นชม ให้กำลังใจแก่คนที่มีความตั้งใจ และเสียสละให้กับชุมชนและสังคม ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และมีความสุขจากการทำงานร่วมกัน ส่วนปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากการกระทำ ถือว่าเป็นบทเรียนที่ต้องนำมาปรับปรุงพัฒนาไม่ให้เกิดขึ้นอีก

6. สร้าง "ภาพลักษณ์" เป็นการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่องค์ความรู้ผ่านสื่อต่างๆ ไปสู่องค์กรชุมชนอื่นๆ เช่น ถ้าเป็นองค์ความรู้ด้านเศรษฐกิจ การประชาสัมพันธ์ จะช่วยเพิ่มช่องทางการตลาด สร้างรายได้เพิ่ม หากเป็นองค์ความรู้จากภูมิปัญญาท้องถิ่น การประชาสัมพันธ์จะเป็นการยกย่อง เชิดชูเกียรติแก่ผู้ประกอบการต่างๆ ที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ เป็นต้น

สรุป การสร้างพลัง เป็นกระบวนการทางสังคมที่ส่งเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมตนเอง มีความสามารถในการเลือกและกำหนดอนาคตของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้ การสร้างพลังจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลสามารถกระทำร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแนวทางที่พึงปรารถนาแต่ไม่ใช่เป็นพลังที่จะไปบังคับ หรือครอบงำคนอื่น

2.10 กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม (Group Dynamic) คนเราทุกคนต่างได้รับการปลูกฝังมาจากสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน, ซึ่งทำให้มีความคิดพื้นฐานทางจิตใจที่แตกต่างกัน กระบวนการกลุ่มจึงเป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ในการปรับสภาพกลุ่มคน เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันทำงานร่วมกันภายใต้อิทธิพลของกลุ่มที่จะบีบบังคับพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มแสดงศักยภาพออกมาในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามวัตถุประสงค์ นั่นคือเราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพัฒนากลุ่มบุคคลให้ได้ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการได้ในระยะเวลาอันสั้น โดยได้ทั้งความสนิทสนม, ความสนุกสนาน, การพร้อมที่จะร่วมมือกันในการทำงาน ต่อไป

ขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม

1. Ice Breaking-สลายพฤติกรรม ปกติมนุษย์เมื่อเข้าสู่สังคมใหม่จะมีความรู้สึกกลัวตัวเองไม่คุ้นเคย ไม่ปลอดภัยระแวง รู้สึกเหมือนถูกจับตามองจากคนที่ไม่รู้จัก จึงเกิดพฤติกรรมที่ปิดกั้น ตัวเองวางฟอร์ม ไม่พูดคุยกับใคร (คล้ายๆจะฆ่าตัวตายอะไรประมาณนั้น) เหมือนกับมีกรอบน้ำแข็งล้อมรอบตัวเองอยู่เพราะฉะนั้นขั้นแรกจึงเป็นการละลายน้ำแข็งเพื่อให้รู้สึกว่ทุกคนก็เหมือนกัน

2. Humanication - สร้างมนุษย์สัมพันธ์+เกิดการปฏิสัมพันธ์ เมื่อน้ำแข็งเกิดละลายและเบาบางลงเขาหรือเธอจะมีความรู้สึกว่ทุกคนที่อยู่ต่อหน้าเป็นพวกเดียวกันจะเริ่มไม่รู้สึกเขินอาย และเริ่มกล้าแสดงออก กิจกรรมในขั้นตอนนี้จะเริ่มมีการพูดคุยสัมผัสกันเกิดความไว้วางใจกันกล้าเล่น จับมือถือแขน โดยไม่คิดมากและชัดเจนแต่ต้องอยู่ในกรอบอันติงาม

3. Creation -สร้างสรรค์ ก่อเกิดความคิดริเริ่ม สำหรับขั้นตอนนี้ จะเริ่มเป็นการยื่นเงื่อนไขบีบเพื่อให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมกล้าแสดงออกต่อเพื่อนๆในกลุ่มและสาธารณชนมากขึ้น กล้า

แสดงความคิดเห็นอ่านให้เพื่อนๆ รับฟังทั้งนี้อาจจะช้าหรือเร็วไม่เท่ากันอย่าซีเรียส กิจกรรมจะเป็นรูปแบบ การกระตุ้นให้คิดภายในกลุ่ม

4. Brain Stroming - การระดมความคิด ปลูกฝังการทำงานร่วมกันในกลุ่ม ให้รู้จักคิดพูดและรับฟังความคิดเห็นของคนอื่น เปิดใจให้กว้างยอมรับความคิดแปลกแตกต่างอาจมีการเชื่อมความคิด เชื่อมโยงระหว่างกลุ่ม นำเสนอความคิดกลุ่มตนต่อกับกลุ่มอื่นๆ กิจกรรมจะอยู่ในรูปแบบที่ต้องมีการถกเถียงกันหาข้อสรุปร่วมที่เป็นความคิดของกลุ่ม

5. Evaluation - การประเมินผล ให้รู้จักการประเมินความสำเร็จของกระบวนการในแต่ละขั้นตอน (โดยต้องประเมินอยู่ตลอดเวลา) เพื่อปรับท่าที รวมไปถึงการพิจารณาตัดสินใจในการข้ามไปสู่กระบวนการต่อไป (อาจใช้เกมส์บางเกมส์ในการตัดสินใจ)

สรุปการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอากระบวนการกลุ่มมาประยุกต์ใช้เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถอยู่ร่วมกันทำงานร่วมกันภายใต้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อให้กลุ่มแสดงศักยภาพออกมาในทิศทางเดียวกันและเป็นไปตามวัตถุประสงค์

2.11 การถอดบทเรียน และ After Action Review (AAR)

1) การถอดบทเรียน

ในปัจจุบันหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ได้ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้มากขึ้น โดยเห็นว่าองค์กรที่จะพัฒนาไปสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ได้ต้องนำกระบวนการจัดการความรู้ไปใช้พัฒนาการทำงานในองค์กรและวิธีการจัดการความรู้ที่ได้รับความนิยมอย่างกว้างขวางคือการถอดบทเรียน(Lesson distilled)แนวทางการถอดบทเรียนในเอกสารชุดนี้ได้แนวคิดจากคู่มือการถอดบทเรียน โครงการพัฒนาชุมชนและเอกสารอื่นๆซึ่งมีประเด็นที่น่าสนใจพอสรุปได้ดังนี้

ความหมายของการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียน คือการทบทวนหรือสรุปประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในแง่มุมต่างๆเพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลอย่างที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว หรืออาจกล่าวได้ว่าเราถอดบทเรียนก็เพื่อสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงานผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงานทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายและสามารถเผยแพร่ศึกษาเรียนรู้ได้

รูปแบบการถอดบทเรียน การถอดบทเรียนโดยทั่วไปมี 2 รูปแบบคือ

1. การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น เป็นการถอดบทเรียนที่เน้นเฉพาะกิจกรรมสำคัญของโครงการและสามารถนำผลการถอดบทเรียนจากกิจกรรมนั้นๆ ไปใช้ประโยชน์ในพัฒนาโครงการให้ประสบความสำเร็จในอนาคต (BestPractice)

2. การถอดบทเรียนทั้งโครงการ เป็นการถอดบทเรียนทั้งระบบ โดยเริ่มตั้งแต่ความเป็นมาของโครงการ กระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์เมื่อสิ้นสุดโครงการ

การถอดบทเรียนทั้ง 2 ลักษณะ ต้องใช้การวิเคราะห์เชิงลึก เช่น วิเคราะห์ด้วย SWOT เพื่อศึกษาปัจจัยและเงื่อนไขที่นำไปสู่ผลของการดำเนินโครงการ ขั้นตอนการถอดบทเรียน ขั้นตอนการถอดบทเรียนมี 4 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน
2. ขั้นดำเนินการถอดบทเรียน
3. ขั้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน
4. ขั้นติดตามการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

1. ขั้นเตรียมการถอดบทเรียน

1.1 สร้างทีมงานถอดบทเรียนที่มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานได้จริง ประมาณ 3-6 คน พร้อมทั้งทำคำสั่งแต่งตั้งเป็นลายลักษณ์อักษรและประชาสัมพันธ์ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

1.2 เรียนรู้ทีมงานถอดบทเรียน โดยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีให้เกิดขึ้นภายในทีมงาน เน้นการเคารพซึ่งกันและกันไว้วางใจซึ่งกันและกันและความเท่าเทียมกัน

1.3 วิเคราะห์โครงการ เพื่อให้ทีมงานมีความเข้าใจตรงกันในแต่ละหัวข้อในโครงการ ได้แก่ หลักการและเหตุผลของโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ กลุ่มเป้าหมาย ขั้นตอนการดำเนินงานและกิจกรรมในโครงการระยะเวลาในการดำเนินงานและงบประมาณ

1.4 กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีมงานถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วย ดังนี้

1) หัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อ เป็นผู้ที่ทำให้การถอดบทเรียนดำเนินงานได้อย่างราบรื่นและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

2) ผู้อำนวยการกระบวนการ เป็นผู้ที่กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และความคิดเห็นจากกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติ ดังนั้น จึงต้องมีทักษะในการตั้งคำถามที่ กระตุ้นให้ผู้ร่วมถอดบทเรียนได้วิเคราะห์สาเหตุของความสำเร็จและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน

3) ผู้จัดบันทึก เป็นผู้จัดบันทึกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียนพร้อมทั้งเขียนเรียบเรียงเป็นเรื่องราวที่น่าสนใจตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดโครงการ

4) ผู้ประสานงาน เป็นผู้ช่วยเหลือให้ทีมงานถอดบทเรียนมีความสะดวกในการติดต่อระหว่างสมาชิกทีมงานถอดบทเรียนเพื่อให้สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างดี รวมทั้งประสานความร่วมมือจากบุคคลภายนอกที่เกี่ยวข้องกับการถอดบทเรียน

1.5 จัดทำแผนภูมิโครงสร้างกระบวนการถอดบทเรียนซึ่งประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ดังนี้

- 1) หัวข้อกิจกรรมที่ต้องการถอดบทเรียน
- 2) กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมการถอดบทเรียน
- 3) เลือกวิธีการถอดบทเรียนที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
- 4) กำหนดขั้นตอนในการถอดบทเรียนตามลำดับก่อนหลัง
- 5) กำหนดประเด็นคำถามที่มีความชัดเจน โดยเรียงลำดับตั้งแต่เริ่มต้น

จนกระทั่งสิ้นสุด

6) กำหนดผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการถอดบทเรียน พร้อมทั้งจัดทำเอกสารการถอดบทเรียน

1.6 เลือกเทคนิคการถอดบทเรียน ควรเป็นเทคนิคที่ช่วยให้ทีมงานถอดบทเรียนและผู้ร่วมถอดบทเรียนเกิดการเรียนรู้ในระหว่างการทำงานและได้บทเรียนพัฒนาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น เช่น เทคนิคการวิเคราะห์หลังการปฏิบัติ (After Action Review, AAR)

1.7 จัดทำปฏิทินการถอดบทเรียน เพื่อวางแผนการดำเนินการถอดบทเรียนของแต่ละกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดำเนินงาน โดยหัวข้อที่ควรปรากฏในปฏิทินการถอดบทเรียนได้แก่ ลำดับที่ของกิจกรรม ประเด็นกิจกรรม ระยะเวลาในการดำเนินงานแต่ละกิจกรรม ผู้รับผิดชอบกิจกรรม และวัสดุอุปกรณ์ที่ต้องใช้ในกิจกรรม

2. ขั้นตอนการถอดบทเรียน

ทีมงานควรแจ้งกำหนดการ ระยะเวลาและสถานที่ที่จะดำเนินการถอดบทเรียนให้กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนทราบล่วงหน้า ในขั้นนี้ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อย คือ การถอดบทเรียน และการบันทึกบทเรียน

2.1. การถอดบทเรียนมีขั้นตอนที่สำคัญ 5 ขั้นตอนคือ

1. การสร้างบรรยากาศ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการถอดบทเรียนมีความผ่อนคลาย เป็นกันเอง ซึ่งอาจใช้เพลงหรือเกมในการละลายพฤติกรรม รวมทั้งผู้อำนวยกระบวนการควรชี้แจง ถึงความเสมอภาคและสิทธิในการร่วมแสดงความคิดเห็นของผู้ร่วมการถอดบทเรียน

2. การกำหนดกติกาในการถอดบทเรียนอย่างมีส่วนร่วม โดยกติกาควร ครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ดังนี้

- 1) เป้าหมายการถอดบทเรียนคืออะไร มีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร
- 2) วิธีการถอดบทเรียนใช้วิธีอะไร เช่น ใช้การระดมความคิดเห็น เน้น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และไม่ได้เถียงหรือทะเลาะวิวาท
- 3) หน้าที่ของผู้ร่วมถอดบทเรียนเป็นอย่างไร เช่น ทุกคนให้ข้อเสนอแนะ ยอมรับความจริง และเสนอแนะแนวทางการปรับปรุงงานให้ดีขึ้น
- 4) ข้อพึงระวังในการถอดบทเรียนควรเป็นอย่างไร เช่น ไม่ตำหนิ และไม่ ประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน

3. การจัดกิจกรรมอุ่นเครื่อง ผู้อำนวยกระบวนการชี้แจงให้ผู้ร่วมถอดบทเรียน เข้าใจวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินกิจกรรมเพื่อให้สามารถทบทวนความทรงจำจากการเข้าร่วม กิจกรรมที่ผ่านมา

4. การเข้าสู่ประเด็นสำคัญของการถอดบทเรียนเป็นขั้นตอนสำคัญในการสกัด ความรู้จากผู้ร่วมถอดบทเรียน โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) การเล่าประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานของผู้ร่วมถอดบทเรียน
- 2) การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างวิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดใน แผนปฏิบัติงานกับวิธีการปฏิบัติงานจริง
- 3) การวิเคราะห์ผลการปฏิบัติงานที่ทำได้เป็นอย่างดี
- 4) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น
- 5) การวิเคราะห์อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน
- 6) การให้ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน
- 7) ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา
- 8) การประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

ทั้งนี้ ผู้จัดบันทึกต้องจดรายละเอียดของข้อมูลทุกขั้นตอน บันทึกเสียง พร้อมทั้งสังเกตร ายการในระหว่างการถอดบทเรียนและจัดบันทึกไว้ประกอบการจัดทำรายงานการถอดบทเรียน

2.2 การบันทึกบทเรียนประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. การเตรียมตัวก่อนบันทึกบทเรียน เป็นขั้นตอนที่ผู้จัดบันทึกควรเตรียมความพร้อมก่อนบันทึกบทเรียนใน 4 ประเด็นคือ
 - 1) ศึกษารายละเอียดของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน
 - 2) ศึกษารายละเอียดการถอดบทเรียนเกี่ยวกับกรอบแนวคิด ขั้นตอนการถอดบทเรียน และประเด็นคำถามที่ใช้ในการถอดบทเรียน
 - 3) จัดเตรียมอุปกรณ์ในการบันทึกการถอดบทเรียนและ
 - 4) เตรียมความพร้อมด้านทางด้านร่างกายจิตใจ
2. การบันทึกข้อมูลการถอดบทเรียน ข้อมูลที่ต้องจดบันทึกระหว่างการถอดบทเรียน คือ
 - 1) ข้อมูลขั้นตอนและวิธีการจัดกิจกรรมถอดบทเรียน
 - 2) ข้อมูลการเล่าเรื่อง การวิเคราะห์และการอภิปรายของผู้ร่วมถอดบทเรียน
 - 3) ข้อมูลบรรยากาศของระหว่างการถอดบทเรียน
3. การสรุปและรายงานการถอดบทเรียน ผู้จัดบันทึกต้องอ่านรายงานการถอดบทเรียนให้ที่ประชุมของผู้ร่วมถอดบทเรียนและทีมงานการถอดบทเรียนได้รับทราบข้อมูลที่จัดบันทึกไว้เพื่อให้มีการปรับแก้และเพิ่มเติมในข้อมูลมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น โดยบทเรียนที่ถอดได้ต้องได้รับการสรุปให้เห็นอย่างน้อย 2 ประเด็น คือ
 - 1) อะไรคือสิ่งที่ดีอยู่แล้วและควรทำต่อไปเพื่อกลับไปวางแผนพัฒนา ลงมือทำ แล้วตามด้วยการวิจัยให้ก้าวหน้าต่อเนื่องเป็น D&R (Development and Research)
 - 2) อะไรคือสิ่งที่ยังบกพร่องเป็นจุดอ่อน และควรจะปรับปรุงอย่างไร มีความรู้พอที่จะปรับปรุงหรือไม่ ถ้าไม่ ควรทำวิจัยเพื่อหาแนวทางปรับปรุงเป็นการวิจัยแล้วพัฒนาแบบ R&D (Research & Development) ทั้งนี้ D&R และ R&D ควรเป็นการวิจัยแบบ PAR (Participatory Action Research) ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ของคนทั้งหมด
3. ขึ้นเขียนรายงานการถอดบทเรียน ในขั้นตอนนี้ควรแบ่งเป็น 3 หัวข้อหลัก ดังนี้
 1. ความเป็นมาของโครงการ/กิจกรรมที่จะถอดบทเรียน วัตถุประสงค์ของการถอดบทเรียน
 2. การเตรียมการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ วิธีการ ทีมงาน บทบาทหน้าที่ กรอบแนวคิด เทคนิคการถอดบทเรียน กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมถอดบทเรียนและปฏิทินการถอดบทเรียน

3. เนื้อเรื่องการดำเนินการถอดบทเรียน เป็นการเล่ารายละเอียดซึ่งครอบคลุม

-ประสบการณ์จากวิธีการปฏิบัติงานจริงของผู้ร่วมถอดบทเรียน

-วิธีการปฏิบัติงานที่กำหนดในแผนปฏิบัติงาน

-เปรียบเทียบความแตกต่าง

-สิ่งที่ทำได้เป็นอย่างดีจากการปฏิบัติ

-ข้อเสนอแนะวิธีการปฏิบัติงานต่อไปให้ดีขึ้น

-ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน

-ข้อเสนอแนะวิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน

-ข้อเสนอแนะในสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมในการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

-ประเมินความพึงพอใจผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา

4. ขั้นตอนการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์

ในขั้นตอนนี้ให้ความสำคัญกับการนำบทเรียนที่เรียนรู้จากการปฏิบัติงานไปใช้ เพื่อให้การปฏิบัติงานต่อไปมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ดังนั้นหัวหน้าทีมหรือผู้เอื้อควรได้มีการนิเทศกำกับติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าได้มีการนำบทเรียนไปใช้ประโยชน์หรือไม่เพียงไร เพราะอะไร

สรุปการถอดบทเรียน เป็นการสืบค้นความรู้จากการปฏิบัติงาน โดยใช้วิธีการสกัดความรู้และประสบการณ์ที่ฝังลึกจากกลุ่มเป้าหมายที่ได้ร่วมการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งบันทึกรายละเอียดขั้นตอนการปฏิบัติงาน ผลการปฏิบัติงาน และความรู้ใหม่ๆที่เกิดขึ้นระหว่างการปฏิบัติงาน ทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลวเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาการถอดบทเรียนมาประยุกต์ใช้ 2 รูปแบบคือ การถอดบทเรียนเฉพาะประเด็น และการถอดบทเรียนทั้งระบบ

2. After Action Review (AAR) AAR หรือ After Action Review หรือ ชื่อภาษาไทยว่า “เรียนรู้ระหว่างทำงาน” เป็นขั้นตอนหนึ่งในวงจรการทำงานเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาดไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้นแต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก ในขณะเดียวกันก็คงไว้ซึ่งวิธีการที่ดีอยู่แล้ว AAR มีใช้ครั้งแรกในกองทัพของสหรัฐอเมริกา เมื่อประมาณปี 1970 โดยมีวัตถุประสงค์ในขณะนั้นเพื่อพัฒนาศักยภาพของกองทัพ แก้ไขช่องโหว่ที่อาจทำให้เป็นรองฝ่ายตรงข้ามหรือทำให้สูญเสียทหารฝีมือดีในการทำศึกสงคราม และสิ่งสำคัญคือได้ฝึกการทำงานเป็นทีมไปพร้อมกันด้วย จนกระทั่งปี 1990 ภาค

ธุรกิจซึ่งเป็นภาคส่วนที่มีภาวะการแข่งขันสูงและแข่งขันตลอดเวลาเพื่อความอยู่รอดขององค์กร ได้เริ่มนำ เทคนิคนี้มาใช้ในการทำงานเพื่อพัฒนาองค์กร เพื่อส่วนรองตลาดที่สูงขึ้น หรือเพื่อกำไรที่มากขึ้น ซึ่งจุดนี้เองที่ทำให้เทคนิคนี้ได้รับความสนใจอย่างมากมาและต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ทำไม AAR จึงได้รับความสนใจมากมายนัก เรามาคูกันว่าจุดเด่นของ AAR มีอะไรบ้าง

1. ทำให้เรียนรู้ว่าในการทำงานต่างๆ ไม่ควรชื่นชมความสำเร็จแต่เพียงด้านเดียว ต้องยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยและควรให้ความสนใจมากกว่าความสำเร็จด้วยซ้ำเพราะปัญหาคือโอกาสในการพัฒนาคนเพื่อพัฒนางานนั่นเอง

2. ฝึกการรับฟังความคิดเห็นหรือคำแนะนำของเพื่อนร่วมงาน ที่อาจทำให้คุณได้รู้ว่า “ทุกปัญหามีทางออก” นั้นเป็นอย่างไร

3. ฝึกการทำงานเป็นทีม

4. สามารถใช้เทคนิคนี้กับงานทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็งานประจำ ที่ดูเหมือนว่าไม่สำคัญ เช่น การรับโทรศัพท์ การจัดประชุม ไปจนถึง โครงการระยะยาวที่ได้รับเงินสนับสนุนหลายพันล้านบาท

5. ผู้ที่เข้าร่วมคือเพื่อนร่วมงานเพื่อนร่วมแผนกหรือทีมงาน ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจาก Peer Assist ที่เป็นการขอคำแนะนำ จากผู้รู้ภายนอกกลุ่ม วิธีการในการทำ AAR ก็ไม่ยุ่งยากหรือซับซ้อนแต่อย่างใดเพียงแต่คุณตอบคำถาม 4 ข้อนี้และทำให้ครบ 7 ขั้นตอนเท่านั้นเอง

4 คำ ถามกับ AAR คือ

1. สิ่งที่คุณคาดว่าจะได้รับจากการทำงานคืออะไร
2. สิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร
3. ทำไมจึงแตกต่างกัน
4. สิ่งที่ได้เรียนรู้และวิธีการลด/แก้ความแตกต่างคืออะไร

7 ขั้นตอนกับ AAR

1. คุณควรทำ AAR ทันทีทันใดหรืออย่างรวดเร็วที่สุดหลังจากจบงานนั้นๆ
2. ไม่มีการกล่าวโทษ ซ้ำเติม ตอกย้ำซึ่งกันและกัน ไม่มีความเป็นเจ้านายหรือลูกน้อง มีแต่บรรยากาศที่เป็นกันเอง

3. มี “คุณอำนวย” คอยอำนวยความสะดวก กระตุ้น ตั้งคำถามให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะของตน

4. ถามตัวคุณเองว่าสิ่งที่คุณควรได้รับคืออะไร

5. หันกลับมาดูว่าสิ่งที่เกิดขึ้นจริงคืออะไร

6. ความแตกต่างคืออะไร ทำไมจึงต่างกัน

7. จดบันทึก เพื่อเตือนความจำ ว่าวิธีการใดบ้างที่คุณได้เคยนำมาแก้ปัญหาแล้ว อย่างไรก็ตามคุณต้องเข้าใจว่าคำตอบหรือวิธีแก้ปัญหาที่ได้จากการทำ AAR คงไม่ใช่คำตอบสุดท้ายสำหรับงานของคุณเพราะเมื่อเวลาเปลี่ยนไปบริบทเปลี่ยนไปย่อมทำให้เกิดปัญหาใหม่ได้ตลอดเวลา ซึ่งวิธีการแก้ปัญหาย่อมเปลี่ยนแปลงไปด้วย

สรุปการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเอา After Action Review หรือ“เรียนรู้ระหว่างทำงาน” เป็นขั้นตอนหนึ่งในการทำงานเป็นการทบทวนวิธีการทำงานทั้งด้านความสำเร็จและปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ไม่ใช่เพื่อค้นหาคนที่ทำผิดพลาดไม่ใช่การกล่าวโทษใครทั้งสิ้นแต่เป็นการทบทวนเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่ให้เกิดปัญหานี้ขึ้นอีก

3 แนวคิดการวางแผนอย่างมีส่วนร่วม (A-I-C)

อรพินท์ สฟโชคชัย (2537) กระบวนการ A-I-C เป็นเทคนิคหรือแนวทางที่จะส่งเสริมให้สมาชิกองค์กรมาร่วมกันเรียนรู้ในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการทำงานและพัฒนาร่วมกัน เทคนิคในการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาหมู่บ้าน กระบวนการ A-I-C โดยที่ A ย่อมาจาก Appreciation I ย่อมาจาก Influence C ย่อมาจาก Control โดยนางทูริด ซาโต้ (Turid Sato) และนายวิลเลียม (William E.Smith) ร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยได้นำมาทดลองและเผยแพร่ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ต่อมาในปี พ.ศ. 2536 สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทยร่วมกับสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และกองฝึกอบรมกรมการพัฒนาชุมชน ได้นำแนวคิดนี้ไปดัดแปลงและฝึกปฏิบัติในการประชุมเพื่อระดมความคิดในการพัฒนาระดับหมู่บ้านและตำบล

จุฬารัตน์ โสตะ (2546) กระบวนการ A-I-C สามารถอธิบายความหมายดังนี้

Appreciation = A หมายถึงถึงความพอใจและความชื่นชอบ เป็นเรื่องของความรัก ความเมตตาเห็นคุณค่าและให้เกียรติซึ่งกันและกัน จะก่อให้เกิดพลังความร่วมมือร่วมแรงร่วมใจ บางครั้งเรียกพลังเมตตา

Influence = I แปลว่าอิทธิพล อำนาจชักจูง เพราะการที่บุคคลเข้ามารวมด้วย พลังจะก่อให้เกิดปฏิสัมพันธ์ต่อกัน มีอำนาจในการชักชวนซึ่งกันและกันในการคิดสร้างสรรค์ ทำกิจกรรมซึ่ง

เป็นกุญแจแห่งความสำเร็จในเป้าหมายที่ทุกคนมุ่งหวังอยากให้เป็นไป หรืออยากให้เกิดเรียกว่าพลังแห่งปัญญานำไปสู่ความสำเร็จ

Control = C แปลว่าการควบคุม การกำกับ การบงการให้เกิดการปฏิบัติไปตามวิธีทางหรือแบบที่วางไว้ นอกจากนี้ยังช่วยกันสอดส่องดูแล พร้อมทั้งขจัดสิ่งทีอาจเป็นปัญหาอุปสรรคให้หมดไป การร่วมพลังสร้างสรรค์ในช่วงนี้จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเรียกว่า พลังพัฒนา

แนวคิดของการบวนการ A-I-C

เป็นระบบการสร้างทีมด้วยการเอาคนที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) มาอยู่ด้วยกัน มองอนาคตด้วยกันหาจุดร่วมที่เป็นคุณค่าหรืออุดมการณ์ร่วมกันแล้ววางแผนเพื่อดำเนินการร่วมกัน เป็นศิลปะของการพัฒนาที่เน้นการคิดหาวิธีการให้บรรลุเป้าหมายมากกว่าการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหา เป็นการปฏิบัติร่วมกันด้วยความรักหรือการเห็นคุณค่าซึ่งกันและกันเป็นการคิดทางบวก (Positive Thinking) จึงทำให้ผู้มีส่วนร่วมเกิดความรู้สึกอิ่มใจ สนุก เห็นใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมองอนาคต ดังนั้น จึงต้องมองปัจจุบันเป็นอย่างไร แล้วอยากให้อนาคตเป็นอย่างไร โดยที่ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมดังกล่าว

ความสำเร็จของกระบวนการ A-I-C

การพัฒนาชุมชนที่นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การเปิดโอกาสให้บุคคลและผู้แทนของกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่อยู่ในชุมชน ท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการกำหนดทิศทางในการพัฒนาชุมชนร่วมตัดสินใจอนาคตของชุมชนร่วมดำเนินการกิจกรรมการพัฒนาและร่วมรับผิดชอบผลที่เกิดขึ้น กระบวนการ A-I-C จะช่วยให้ชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในการวางแผนตัดสินใจร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงานสร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะ สมาชิกของชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม กระบวนการพัฒนาชุมชนจึงเกิดความต่อเนื่องและก่อให้เกิดความสำเร็จสูง

1. กระบวนการ A-I-C = ช่วยให้ประชาชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและนอกชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมมีความกระตือรือร้นในการเข้าร่วมพัฒนาชุมชนท้องถิ่นมากยิ่งขึ้น

2. การวางแผนแบบมีส่วนร่วมเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้แทนกลุ่มต่าง ๆ ประชาชน โดยเฉพาะผู้รู้กลุ่มคนจน ผู้ด้อยโอกาส ผู้หญิงหรือเยาวชน เข้ามามีบทบาทในการร่วมคิด กำหนดแนวทางในการพัฒนาและจัดสรรทรัพยากรการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและสร้างความเข้าใจซึ่งกันและกัน ซึ่งเป็นการรวมพลังเชิงสร้างสรรค์

3. ประชาชนกลุ่มองค์กรต่าง ๆ มีความรู้สึกเป็นเจ้าของทั้งกิจกรรมโครงการผลของการพัฒนาและความเป็นเจ้าของของท้องถิ่นชุมชน ทำให้เกิดควมมีพลังรู้ถึงศักยภาพในการพึ่งพาตนเอง

4. องค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเรียนรู้ที่จะเข้าร่วมมือกันในการพัฒนาอย่างประสานสอดคล้อง

นับได้ว่า กระบวนการจะช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์มีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังชุมชนท้องถิ่นในการพัฒนา

กระบวนการ A-I-C

เป็นการประชุมที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดทำแผน เป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่จะทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัดและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องต่าง ๆ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้มีการระดมสมองในการศึกษา วิเคราะห์พัฒนาทางเลือกสร้างสรรค์และพัฒนาชุมชน ท้องถิ่นเพื่อกระบวนการ A-I-C มีขั้นตอนสำคัญ คือ

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

คือ ขั้นตอนการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ขั้นตอนนี้จะเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมทุกคนแสดงความคิดเห็น รับฟัง และหาข้อสรุปร่วมกันอย่างสร้างสรรค์เป็นประชาธิปไตยยอมรับความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกโดยใช้การวาดรูปเป็นสื่อในการแสดงความคิดเห็นและแบ่งเป็น 2 ส่วน

A1 : การวิเคราะห์สภาพการของหมู่บ้าน ชุมชนหรือตำบลในปัจจุบัน

A2 : การกำหนดอนาคตหรือวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพพึงประสงค์ในการพัฒนาที่ต้องการอย่างไรโดยการวาดภาพมีความสำคัญ คือ

1. การวาดภาพจะช่วยให้ผู้เข้าร่วมประชุมสามารถสร้างจินตนาการการคิดวิเคราะห์จนสรุปมาเป็นภาพและช่วยให้ผู้ไม่ถนัดในการเขียนสามารถสื่อความหมายได้

2. ช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมประชุมคิดและพูด เพื่ออธิบายภาพของตนเองวาด นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมอื่น ๆ ได้ซักถามข้อมูลจากภาพเป็นการเปิดโอกาสให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน และกระตุ้นให้คนที่ไม่ค่อยกล้าพูดให้มีโอกาสพูดนำเสนอ

3. การรวมภาพของแต่ละบุคคลเพื่อเป็นภาพรวมของกลุ่มจะช่วยให้มีความง่ายต่อการรวบรวมแนวคิดของผู้เข้าร่วมประชุม และสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของภาพ (แนวคิด) และมีส่วนร่วมในการสร้างภาพพึงประสงค์ของกลุ่ม

4. จะช่วยสร้างบรรยากาศในการประชุมให้มีความสุขและเป็นกันเองในบางครั้งผู้เข้าร่วมประชุมมักมองว่าการวาดภาพเป็นกิจกรรมสำหรับเด็ก ดังนั้นวิทยากรกระบวนการจำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและนำเกมต่าง ๆ เกี่ยวกับการวางแผน ละครพฤติกรรมกลุ่มหรือวาดภาพเพื่อการแนะนำตนเองหรือวาดภาพสิ่งที่ตนเองชอบ ไม่ชอบ มาใช้ผ่อนคลายเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้เข้าร่วมประชุม

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

คือ ขั้นตอนการหาวิธีการและนำเสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามที่ได้สร้างภาพฟังประสงค์หรือที่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้เป็นขั้นตอนที่ต้องช่วยกันหามาตรการ วิธีการหรือค้นหาเหตุผลเพื่อกำหนดทางเลือกในการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย กำหนดกิจกรรมและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมโครงการ โดยแบ่งเป็น 2 ช่วงคือ

I1 : การคิดกิจกรรมโครงการที่ทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ ตามภาพฟังประสงค์

I2 : การจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม โครงการโดย

1. กิจกรรมหรือโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน ท้องถิ่นทำตัวเอง
2. กิจกรรมหรือโครงการที่บางส่วนต้องการความร่วมมือ หรือการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่ร่วมทำงานสนับสนุนอยู่
3. กิจกรรมโครงการที่หมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบลไม่สามารถดำเนินการได้เองต้องขอความร่วมมือเช่น การดำเนินการจากแหล่งอื่น ทั้งภาครัฐและเอกชน

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

คือ การยอมรับและทำงานร่วมกัน โดยนำเอาโครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มผู้ดำเนินการซึ่งจะรับผิดชอบโครงการ โดยขั้นตอนกิจกรรมประกอบด้วย

C1 : การแบ่งความรับผิดชอบ

C2 : การตกลงในรายละเอียดของการดำเนินงาน จัดทำแผนปฏิบัติ

นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่จากการประชุม คือ

1. รายชื่อกิจกรรมหรือโครงการที่กลุ่ม องค์กรชุมชนดำเนินการได้เอง ภายใต้อำนาจรับผิดชอบและแผนปฏิบัติการของหมู่บ้าน ชุมชน
2. กิจกรรมโครงการที่ชุมชน หรือองค์กรชุมชนเสนอขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานของภาครัฐที่ทำงาน หรือสนับสนุนชุมชน

3. รายชื่อกิจกรรมโครงการที่ชาวบ้านต้องแสวงหาทรัพยากรและ
ประสานความร่วมมือจากภาคีความร่วมมือต่าง ๆ ทั้งภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นต้น
ขั้นตอนในการดำเนินการกระบวนการ A-I-C

ที่ใช้ในการฝึกอบรมครั้งนี้มี 6 ขั้นตอน (ลีอชา วนรัตน์.2542)

ขั้นที่ 1 A-1 เป็นการระดมความคิด ความรู้สึกและข้อมูลส่วนบุคคลของแต่ละ
คนในกลุ่มเพื่อสะท้อนสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ออกมาใช้โดยการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์
หรือสื่อความหมายวิธีอื่น ๆ

ขั้นที่ 2 A-2 เป็นการระดมความคิดความฝันของทุกคนที่เป็นสมาชิกใน
กระบวนการที่เป็นความคิดฝันที่อยากให้เกิดขึ้นแก่สังคมหรือ อบต. ของตนและใช้วิธีเดียวกันกับ
ขั้น A-1 คือการวาดภาพ วาดสัญลักษณ์หรือสื่อด้วยวิธีอื่น แล้วหล่อหลอมความฝันของทุกคน
เป็นความฝันของกลุ่ม

ขั้นที่ 3 1-1 เป็นการระดมความคิด เพื่อกำหนดแผนงาน/โครงการหรือกิจกรรม
ที่ปฏิบัติแล้วนำไปสู่การบรรลุความพึงพอใจหรือนำความนึกฝันขั้น A-2 ให้กลายเป็นความจริงได้
แล้วนำเอาความคิดที่จะทำกิจกรรมเหล่านั้นมาแลกเปลี่ยนกันขั้นตอนนี้อาจจะมีการระดมความคิด
ถึงปัจจัยและสาเหตุว่า มีสาเหตุใดบ้างที่มีอิทธิพลขัดขวางที่จะทำให้ไม่สามารถบรรลุสู่ความฝันใน
ขั้น A-2 ได้

ขั้นที่ 4 1-2 เป็นการนำกิจกรรม มาตรการหรือวิธีควบคุมปัจจัยที่ระดมกันคิดใน
ขั้น 1-1 มาแจกแจงประเภทหรือกลุ่มต่าง ๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญว่าควรจะต้องคัดเลือกกิจกรรม
หรือมาตรการวิธีการใดมาทำก่อนหลังอย่างไร อะไรเร่งด่วน อะไรประหยัดทำได้เลย ทำได้ง่าย
อะไรสำคัญเป็นต้น จากการคิดร่วมกันวิพากษ์ถึงเหตุผลร่วมกันก็จะนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่
กลุ่มคัดเลือกไว้เป็นประเภท ๆ ตามลำดับความสำคัญ หรือเป้าประสงค์ของกลุ่มนั้นนั่นเอง

ขั้นที่ 5 C-1 ขั้นตอนนี้จะเป็นการนำกิจกรรมมาตรการทุกประเภทที่กำหนด
ได้ในขั้น 1-2 มาพิจารณาอีกครั้งหนึ่งร่วมกันอีกครั้งหนึ่งว่าในแต่ละกิจกรรมแต่ละมาตรการหรือ
โครงการเป้าหมายที่กลุ่มต้องการจะทำนั้น ผู้ใดในกลุ่มมีความรู้ความสามารถ ความถนัดหรือความ
พร้อมที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในการดำเนินการจริง หน่วยงานองค์กรใดบ้าง ที่มีในท้องถิ่น
หรือนอกเขตท้องถิ่นนั้น ๆ มีอุปกรณ์เครื่องมือทักษะ เทคโนโลยีและทุนทรัพย์ คือ งบประมาณ
และทรัพยากรอื่น ๆ เช่น กำลังคนที่เข้าร่วมรับผิดชอบได้ทั้งนี้รวมหน่วยงานภาครัฐและองค์กร
เอกชนอยู่ด้วย สำหรับสมาชิกในกลุ่มเมื่อถึงขั้นนี้ก็ควรแสดงความสมัครใจว่าผู้ใดสนใจพร้อมและ
ยินดีที่จะเข้าร่วมรับผิดชอบในกิจกรรม มาตรการและโครงการใด

ขั้นที่ 6 C-2 ขั้นตอนสุดท้ายนี้เป็นตอนสำคัญมากอีกขั้นตอนหนึ่งกล่าวคือเป็นขั้นตอนฝึกทักษะในการเขียนแผนงาน หรือโครงการจริง ๆ โดยสมาชิกกลุ่มที่ได้แสดงความจำนงไว้ว่าจะร่วมรับผิดชอบในโครงการหรือกิจกรรมใดในขั้น C-1 ก็จะมาร่วมประชุมอีกครั้งเพื่อร่วมกันเขียนแผนงานหรือโครงการ โดย Facilitator หรือผู้อำนวยการกลุ่มจะช่วยชี้แนะเพิ่มเติมหากกลุ่มไม่คุ้นกับการเขียนแผนตามแบบสากลทั่วไป โดยมากแผนจะครอบคลุมถึงชื่อแผนหรือโครงการเป้าหมายและวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ พื้นที่และกลุ่มคน เป้าหมายวันเวลาที่จะดำเนินการ ทรัพยากรที่จะต้องใช้และผู้รับผิดชอบหรือหน่วยงาน องค์กรที่รับผิดชอบ

จุดแข็งของกระบวนการ A-I-C

1. เกิดความร่วมมือกันทั้งด้านสติปัญญาและทรัพยากร ทำให้มีพลัง
2. ทุกคนได้ความเป็นผู้นำและรู้ว่าใครเป็นผู้แสดงออก
3. สามารถประสานความแตกต่าง ความถือตัวของแต่ละคน เป็นพลังในการจัดการดำเนินการประเมินผลงานอย่างสร้างสรรค์ได้
4. เป็นเครื่องมือของการจัดการเพื่อวางแผนกลยุทธ์ หาวิธีแก้ปัญหาลดความขัดแย้งของคนที่มีส่วนได้ส่วนเสียในเรื่องเดียวกัน
5. สร้างทีมงานพัฒนาหน่วยงาน พัฒนากลุ่มชุมชน เพิ่มการมีส่วนร่วม
6. พัฒนากระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน

จุดอ่อนของกระบวนการ A-I-C

1. กระบวนการนี้ต้องทำอย่างต่อเนื่องในหน่วยงานจึงจะสัมฤทธิ์ผล และทุกคนมีความพึงพอใจกับงาน ไม่มีการตัดสินใจว่าจะให้ใครทำอะไร ผู้ประชุมที่เป็นผู้เลือกเองว่าตนเองมีศักยภาพจะทำอะไรได้บ้าง
2. อิทธิพลที่ได้รับจากการอภิปรายกับผู้อื่นในขั้นตอนต่าง ๆ มีผลกระทบต่อสถานะของตนเองจึงต้องขังใจเอง ขอมรับสภาพความพร้อมและยอมรับผู้อื่นซึ่งทำได้ไม่ถนัดนัก
3. ทำแผนร่วมกับผู้อื่นหลายระดับงานและต่างประสบการณ์จะต้องเชื่อผู้อื่นบ้างจึงยากที่ผู้ที่เคยชินกับการทำแผนกับคนพวกเดียวกันจะยอมเปลี่ยนแปลง

ปัจจัยที่สำคัญที่จะช่วยให้กระบวนการประชุม A-I-C

1. การจัดการประชุมตามกระบวนการ A-I-C “นี่เน้นที่ความเป็นกระบวนการ” จะดำเนินการข้ามขั้นตอนหรือสลับขั้นตอนไม่ได้ เน้นการระดมความคิดและสร้างการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจในการกำหนดอนาคตร่วมกันและเน้นการสร้างพลัง

ความคิด วิเคราะห์และเสนอแนวทางเลือกในการพัฒนาและพลังความรัก ความเอื้ออาทร การสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอันเป็นพลังทางสร้างสรรค์ในการพัฒนา

2. การศึกษาและเตรียมชุมชน

2.1 การศึกษาชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพการณ์ของหมู่บ้าน ชุมชน หรือตำบล สถานศึกษา ความสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ การทราบความสามารถศักยภาพของกลุ่ม สภาพการพึ่งตนเองเป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเป็นข้อเท็จจริงในการกำหนดอนาคตทางเลือกรวมทั้งกลวิธีที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและการประสานความร่วมมือ

2.2 การเตรียมชุมชน เพื่อให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ประชาชนเข้าใจและตั้งผู้แทนที่มีอำนาจในการตัดสินใจของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน เข้าร่วมประชุม รวมทั้งมีการพิจารณาเพื่อกระจายโอกาสให้กลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น กลุ่มสตรี เด็ก คนจน ผู้ประสบปัญหาต่าง ๆ เป็นต้น

3. วิทยากรกระบวนการที่เข้าใจขั้นตอนของกระบวนการ A-I-C มีประสบการณ์ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องในการประชุม มีไหวพริบในการแก้ไขปัญหาสถานการณ์เฉพาะหน้าสามารถไกล่เกลี่ยหรือมีวิธีในการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสมในกรณีที่เกิดขึ้น โดยสามารถทำหน้าที่

3.1 เตรียมชุมชนเตรียมการประชุมดำเนินการประชุมและสรุปผล

3.2 สร้างบรรยากาศในการประชุม เพื่อคลายความตึงเครียดของผู้ร่วมประชุม

3.3 ควบคุมขั้นตอนและเวลาในการดำเนินการประชุมให้เป็นไปตามกระบวนการ

3.4 สรุปความเห็นที่แท้จริงของผู้ประชุม โดยไม่สอดแทรกความเห็นหรือทัศนคติของตนเองลงไป

3.5 ในกรณีที่มีข้อถกเถียงระหว่างผู้ร่วมประชุม ซึ่งเกิดความต้องการปกป้องผลประโยชน์ของตนเอง ผู้นำการประชุมต้องทำหน้าที่ไกล่เกลี่ยและหาข้อยุติให้ได้

3.6 วิเคราะห์และสังเกตบรรยากาศในการประชุม สำหรับจำนวนผู้จัดการประชุมอาจมีเพียงคนเดียวก็ได้เป็นผู้นำการประชุมซึ่งจะมีข้อดี คือ กระบวนการประชุมจะเป็นเอกภาพมากกว่า แต่ถ้าหากไม่มั่นใจในการดูแล บรรยากาศการประชุมน่าจะจัดคณะมาช่วยกันโดยแบ่งหน้าที่เป็น

1) ผู้จัดการประชุม ดูแลความสะดวกโดยทั่วไป ได้แก่การลงทะเบียน อาหาร เครื่องดื่ม

2) ผู้นำการประชุม

3) ผู้จัดกิจกรรมเกมสร้างบรรยากาศ เพื่อการละลายพฤติกรรม คลายเครียด และการนำเข้าสู่ขั้นตอนแต่ละขั้นตอน

4) เตรียมวัสดุ

ทั้งคณะ จะต้องทำความเข้าใจในขั้นตอนและวิธีการให้ตรงกันสอดรับกัน

ข้อคิดสำคัญในการดำเนินงานกระบวนการ A-I-C

1. การศึกษาชุมชนเพื่อให้ทราบประวัติการพัฒนาโครงสร้างทางสังคมปัจจัยพื้นฐาน แปลงทรัพยากรของหมู่บ้าน โดยอาศัยข้อมูลที่มีอยู่แล้วในรายงานการสำรวจของราชการ การพูดคุยกับชุมชน การสำรวจ

2. การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้ได้ตัวแทนของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ประมาณ 30-50 คน โดยการสอบถามกลุ่มต่าง ๆ และผู้นำของหมู่บ้าน

3. การชี้แจงวัตถุประสงค์ต่อผู้นำและกรรมการหมู่บ้าน และขอความเห็นในการประชุมให้สะดวกราบรื่นทุกส่วน

4. การเตรียมตัวของผู้นำการประชุม เพื่อดำเนินการประชุมให้ราบรื่นขึ้น

5. การเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกในการประชุม ได้แก่ สถานที่ อุปกรณ์ เครื่องเขียน การจดบันทึกต่าง ๆ

การทำแผนการปฏิบัติการ

1. จัดทำแผนปฏิบัติการที่ทำได้เอง โดยนำแนวทางกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำแนกจัดกลุ่มไว้แล้วมาทำแผนปฏิบัติการ โดยตอบคำถามดังต่อไปนี้

- 1.1 กลุ่มทำอะไร (ชื่อโครงการ)
- 1.2 ทำแล้วจะได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ เกิดขึ้น)
- 1.3 ทำอย่างไร (กิจกรรม-วิธีการดำเนินงาน)
- 1.4 ต้องใช้ทรัพยากร วัสดุ อุปกรณ์ อะไร งบเท่าไร
- 1.5 ทำที่ไหน (สถานที่ที่จะดำเนินโครงการ)
- 1.6 ทำเมื่อไร (วัน เวลาที่จะเนินโครงการ)
- 1.7 ใครบ้างจะช่วยทำ
- 1.8 ใครรับผิดชอบ (ผู้ดูแลประสานงาน)

2. กิจกรรมที่ต้องขอความร่วมมือสนับสนุนจากองค์กรอื่น นำมาทำแผนโดยตอบคำถามดังนี้

- 2.1 ทำอะไร (ชื่อโครงการ)

- 2.2 ทำแล้วได้อะไร (ผลที่คาดว่าจะได้รับ)
- 2.3 ประสานงานกับหน่วยงานอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร
- 2.4 ใครเป็นผู้ประสานงาน ติดตามความก้าวหน้า

ตัวอย่าง หัวข้อเขียนแผนปฏิบัติ/โครงการ

1. ชื่อโครงการ (ทำอะไร)
2. หลักการและเหตุผล (ทำไมต้องทำ)
3. วัตถุประสงค์ (ทำเพื่อให้ได้อะไร)
4. เป้าหมาย (ผลที่หวัง)
5. วิธีการดำเนินการ (ทำอย่างไร)
6. กำหนดเวลา (ทำเมื่อไร ถึงเมื่อไร)
7. ค่าใช้จ่ายและแหล่งเงิน (ใช้เงินเท่าไร จากไหนบ้าง)
8. ประเมินการรับ ถ้ามี (คาดว่าจะมีรายได้เท่าไร)
9. ผู้รับผิดชอบ (ใครเป็นคนสำคัญที่รับผิดชอบดูแลเรื่องนี้)
10. ผู้ให้ความร่วมมือ (ใครบ้างต้องมาร่วมมือจึงจะสำเร็จ)

เสนอแผนการปฏิบัติการ

1. นำเสนอรายละเอียดของกิจกรรม
2. อภิปรายเพิ่มเติมและตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดเวลา สถานที่
ขั้นสุดท้าย คือ การเตรียมการเพื่อนำเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อประสานขอรับการสนับสนุนหรือส่งเสริมและเข้าร่วมพัฒนา

4. แนวความคิดการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

การวิจัยและพัฒนาเป็นกระบวนการในการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ (Product) โดยทำการทดสอบในสภาพจริงและดำเนินการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลายๆรอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ ดังนั้น เป้าหมายหลักหรือผลลัพธ์ที่ได้จากการวิจัยและพัฒนา คือ ผลิตภัณฑ์นั่นเอง

4.1 ความหมายของการวิจัยและพัฒนา

ได้มีผู้ให้ความหมายของการวิจัยและพัฒนา ดังนี้

ทิสนา เขมมณี (2540, น. 5) ได้กล่าวว่าการวิจัยและพัฒนา หมายถึง การวิจัยที่มุ่งนำเอาความรู้จากการ วิจัยบริสุทธิ์ไปวิจัยต่อโดยพัฒนาเป็นเทคนิคหรือวิธีการที่สามารถนำไปใช้

แก้ปัญหาและทดลองใช้จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจแล้วจึงนำไปเผยแพร่ใช้ในวงกว้างเพื่อพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วิญญา วิศาลาภรณ์ (2540, น. 24) ได้กล่าวว่าจุดประสงค์ของการวิจัยและพัฒนาไม่ใช่อยู่ที่การสร้างหรือทดสอบทฤษฎีแต่อยู่ที่การพัฒนาผลิตภัณฑ์อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในโรงเรียน ผลิตภัณฑ์ที่เกิดจากการวิจัยและพัฒนา เช่น อุปกรณ์การฝึก อบรม อุปกรณ์การเรียน สื่อการเรียน ระบบการจัดการ เป็นต้น ผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นมาจะต้องตรงกับ ความต้องการที่มีรายละเอียดโดยเฉพาะ เมื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ขึ้นแล้วจะต้องนำไปทดลองใช้และปรับปรุงจนถึงระดับที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ฟ่องพรรณ ตรียมงคลกุล และสุภาพ จัตุราภรณ์ (2543 , น. 174 - 174) ที่กล่าวว่า การวิจัยและพัฒนาเป็นการวิจัยที่มีจุดหมายเพื่อสร้างหรือค้นหาแนวคิด แนวทาง วิธีปฏิบัติหรือ สิ่งประดิษฐ์ที่นำไปใช้เพื่อพัฒนากลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กร จุดหมายปลายทางที่คาดหวังจึงเป็นการมุ่งให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ เช่น แนวคิด พฤติกรรม วิธีปฏิบัติที่คาดว่าจะดีขึ้น จึงมักเกี่ยวข้องกับการทดลอง ตัวอย่างของงานวิจัยและพัฒนา เช่น การพัฒนาหลักสูตรการเรียน ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยอาจจะอยู่ในรูป ของหลักการ โครงสร้าง และแนวทางของหลักสูตร ชุดฝึกอบรมครู สื่อและชุดการเรียน แนวทางการประเมินและ ระบบในการบริหารจัดการหลักสูตร สิ่งเหล่านี้ได้มีการทดสอบด้วยกระบวนการวิจัยเพื่อยืนยันประสิทธิภาพ แล้ว จากความหมายที่กล่าวมาสรุปได้ว่าการวิจัยและพัฒนา หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างมีระบบ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของผลิตภัณฑ์ซึ่งมี 2 ลักษณะ ได้แก่ ผลิตภัณฑ์ประเภทสื่อวัสดุ อุปกรณ์ (Material) และผลิตภัณฑ์ประเภทวิธีการหรือกระบวนการ (Process) โดยดำเนินการทดสอบใน สภาพจริงและทำการปรับปรุงผลิตภัณฑ์หลายๆ รอบ จนได้ผลิตภัณฑ์ที่มีคุณภาพ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนา กลุ่มคน หน่วยงานหรือองค์กรให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

4.2 กระบวนการวิจัยและพัฒนา กระบวนการวิจัยและพัฒนา มีขั้นตอน ดังนี้

1. การสำรวจ สังเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการ เป็นการดำเนินการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) หรือการสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสภาพปัญหาความต้องการ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ รวมทั้งลักษณะที่เหมาะสมของผลิตภัณฑ์ที่ต้องการให้พัฒนา ผลการดำเนินการในขั้นตอนนี้ จะทำให้ผู้วิจัยสามารถพัฒนาผลิตภัณฑ์ได้สอดคล้องเหมาะสมกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายที่จะใช้ ผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้น

2. การออกแบบพัฒนาผลิตภัณฑ์ เป็นการดำเนินการ โดยการนำความรู้และผลการวิจัยที่ได้จากขั้น ตอนที่ 1 มาพัฒนาผลิตภัณฑ์ ซึ่งจะเริ่มจากการวางแผนพัฒนาผลิตภัณฑ์โดย

การกำหนดวัตถุประสงค์เฉพาะของ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ การกำหนดวิธีที่จะพัฒนาผลิตภัณฑ์ และ ทรัพยากรที่ต้องการเพื่อการพัฒนาผลิตภัณฑ์ ทั้งในด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุ ครุภัณฑ์ และ ระยะเวลา หลังจากนั้นจึงดำเนินการพัฒนาผลิตภัณฑ์ให้มี ลักษณะหรือรูปแบบตาม ความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมาย ส่วนผลิตภัณฑ์ที่จะพัฒนามีลักษณะอย่างไร หรือส่วนประกอบของผลิตภัณฑ์มี อะไรบ้างจะขึ้นอยู่กับชนิดของผลิตภัณฑ์นั้นๆ ในขั้นตอนของการ พัฒนาผลิตภัณฑ์นี้จะต้องใช้ บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการสร้างผลิตภัณฑ์แต่ละชนิด

3. การทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ เมื่อสร้างผลิตภัณฑ์เสร็จแล้วจะต้องนำไป

ตรวจสอบความเหมาะสม และประสิทธิภาพของผลิตภัณฑ์ ถ้าหากผลการตรวจสอบความเหมาะสม และประสิทธิภาพยังไม่เป็นที่พึงพอใจ หรือมีบางส่วนที่ไม่สมบูรณ์จะต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งผลิตภัณฑ์มีความเหมาะสมและมี ประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับการทดลอง ใช้ผลิตภัณฑ์จะดำเนินการ ดังนี้

3.1 การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดเล็ก เป็นการทดลองเบื้องต้น โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวม ผลประเมินเชิงคุณภาพเบื้องต้นของผลิตภัณฑ์ มักนิยมทดลองใช้ ผลิตภัณฑ์ใน โรงเรียน 1 - 3 โรง เด็กนักเรียน 6 - 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยสังเกต สัมภาษณ์ สอบถาม แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงรูปแบบของ ผลิตภัณฑ์

3.2 การทดลองกับกลุ่มเป้าหมายขนาดใหญ่ เป็นการนำผลิตภัณฑ์ไป ทดลองกับกลุ่มเป้าหมายที่มี ขนาดใหญ่ หรือเรียกว่ากลุ่มนำร่อง (Pilot group) ซึ่งได้แก่การนำไปใช้ ใน โรงเรียน 5-15 โรง มีจำนวนนักเรียน 30 - 100 คน โดยมีการทดสอบก่อนและหลังการใช้ ผลิตภัณฑ์ นำผลที่ประเมินเปรียบเทียบกับวัตถุประสงค์หรือ กลุ่มควบคุมที่เหมาะสม วัตถุประสงค์ หลักของการทดลองใช้ผลิตภัณฑ์ในกลุ่มขนาดใหญ่ เพื่อต้องการที่จะบ่งชี้ว่า ผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้น เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการพัฒนาหรือไม่ ระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการ ของขั้นตอนนี้ จะใช้การวิจัยเชิงทดลอง (Experimental design) แล้วนำผลการวิจัยมาแก้ไขปรับปรุงผลิตภัณฑ์

3.3 การทดลองความพร้อมนำไปใช้ หลังจากปรับปรุงรูปแบบผลิตภัณฑ์จนมี ความมั่นใจในด้าน คุณภาพ ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบความพร้อมสู่การปฏิบัติ โดยนำไปใช้ในโรงเรียน 10 - 30 โรง นักเรียน 40 - 200 คน รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และ สังเกต เพื่อตรวจสอบว่าผลิตภัณฑ์ทางการศึกษา ที่พัฒนาขึ้นมีความพร้อมที่จะนำไปใช้ในโรงเรียน ได้หรือไม่เพียงใด แล้วนำสารสนเทศที่ได้จากขั้นตอนนี้ มาแก้ไขปรับปรุงผลิตภัณฑ์ เช่น คู่มือใน การใช้ผลิตภัณฑ์มีความชัดเจนหรือไม่ เป็นต้น การดำเนินการ ในขั้นตอนนี้เป็นการประเมินผลการ ใช้ผลิตภัณฑ์ในภาพรวมทั้งหมด ซึ่งจะประเมินทั้งตัวผลิตภัณฑ์ กระบวนการใช้ผลิตภัณฑ์ ผลที่

ได้รับจากการใช้ผลิตภัณฑ์ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น ผลที่ได้จากการ ประเมินจะนำไปสู่ การตัดสินใจปรับปรุงผลิตภัณฑ์นั้นๆ หากพิจารณาแล้วพบว่าไม่คุ้มค่าหรือเสี่ยงอันตราย ก็จะยุติ การใช้ผลิตภัณฑ์นั้น แต่ถ้าหากผลการประเมินพบว่าผลิตภัณฑ์ที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ได้เป็น อย่างดี ก็จะนำไปสู่การดำเนินการขั้นต่อไปคือการจดลิขสิทธิ์ การเผยแพร่ และการประชาสัมพันธ์ ในวงกว้าง

4. การเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ เป็นการนำผลการวิจัยและผลิตภัณฑ์ไปเผยแพร่ เช่น การ นำเสนอในที่ประชุมสัมมนาทางวิชาการหรือวิชาชีพ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารทางวิชาการ การ ติดต่อกับหน่วยงานทางการศึกษาเพื่อจัดทำผลิตภัณฑ์ทางการศึกษาเผยแพร่ไปในโรงเรียนต่างๆ หรือติดต่อกับบริษัทเพื่อผลิต จำหน่ายและเผยแพร่ในวงกว้างต่อไป

4.3 ลักษณะของการวิจัยและพัฒนา

การวิจัยและพัฒนา มีลักษณะสำคัญ ดังนี้

1. เป็นการนำความรู้หรือความเข้าใจใหม่ที่สร้างขึ้นมาพัฒนาเป็นต้นแบบใช้งาน เป็นการทำวิจัยเพื่อ แสวงหาหรือสร้างสรรค์ภูมิปัญญาใหม่ แล้วทำการพัฒนาด้วยการคิดค้น ต่อยอด ความรู้ความเข้าใจดังกล่าวให้อยู่ในรูปแบบการพัฒนาที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในวงกว้าง ได้ เช่น ผลผลิตกระบวนการหรือการบริการ ใหม่ๆ ที่ตอบสนองความต้องการจำเป็นของผู้ใช้และ สังคม

2. เป็นการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เนื่องจากจุดแข็งของการวิจัย และพัฒนามี 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ การวิจัย การพัฒนา และการเผยแพร่ ดังนั้น การศึกษา ค้นคว้าเพื่อให้ได้ความรู้หรือ ความเข้าใจในแง่มุมใหม่สำหรับนำไปพัฒนาผลิตภัณฑ์ และถ่ายทอด ไปสู่ผู้ใช้ในวงกว้าง จึงต้องกระทำอย่าง เป็นระบบและต่อเนื่อง ที่กล่าวว่า “อย่างเป็นระบบ” เป็น การดำเนินงานที่เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการ วิจัยและพัฒนา ส่วนที่กล่าวว่า “อย่าง ต่อเนื่อง” เป็นกระบวนการดำเนินงานที่จะต้องกระทำติดต่อกัน โดยใช้ ระยะเวลาในการทำกิจกรรม การวิจัยและพัฒนาและเผยแพร่ผลผลิตไปสู่ผู้ใช้อย่างกว้างขวางและเป็นรูปธรรม ค่อนข้างยาวนานมาก

3. มีการดำเนินงานวิจัยอย่างเป็นวัฏจักรด้วยวิธีการที่เชื่อถือได้ การทำการวิจัยและ พัฒนาทุกขั้นตอน จะต้องกระทำอย่างพิถีพิถันภายใต้การกำกับติดตาม และตรวจสอบซ้ำหลายครั้ง เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผลผลิต ขั้นสุดท้าย (End of product) ของกระบวนการวิจัยและพัฒนาที่อยู่ ในรูปของผลิตภัณฑ์มีความถูกต้องและ เชื่อถือได้ตรงตามระดับมาตรฐานก่อนการเผยแพร่ไปสู่ผู้ใช้ หรือสังคม

4. มักใช้วิธีการผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย การวิจัยและพัฒนาโดยทั่วไป นักวิจัยมักใช้การผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพตามฐานคติที่อยู่ภายใต้กระบวนทัศน์ แบบปฏิบัตินิยม / ประโยชน์นิยมเป็นหลัก เช่น ผสมผสานวิธีการเชิงปริมาณ ได้แก่ การวิจัยเชิงสำรวจ ในขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลที่จำเป็นต่อการออกแบบผลิตภัณฑ์ และการวิจัยเชิงทดลองในขั้นตอนทดสอบ คุณภาพของผลิตภัณฑ์และวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ การศึกษาเฉพาะกรณีในขั้นตอนการเผยแพร่ผลิตภัณฑ์ สู่กลุ่มผู้ใช้หรือชุมชนใดชุมชนหนึ่ง

5. มุ่งเน้นการตอบสนองต่อผู้ต้องการใช้ผลการวิจัยและพัฒนา จุดเน้นสำคัญของการวิจัยและพัฒนา คือการดำเนินการวิจัยที่จะต้องตอบสนองความต้องการของบุคคล หรือกลุ่มบุคคลผู้ประสงค์จะนำผลิตภัณฑ์ ที่เป็นวิทยาการสมัยใหม่ไปใช้งาน และ/หรือประกอบการตัดสินใจแก้ปัญหาที่มีอยู่ในหน่วยงาน องค์กรหรือ ชุมชน ดังนั้น ในการออกแบบการวิจัยและพัฒนา นักวิจัยมักกำหนดให้ผู้ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ ประโยชน์มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการวิจัยและพัฒนา ตั้งคำถามหรือโจทย์การวิจัย รวมทั้งการ สนับสนุนงบประมาณ เป็นต้น ทั้งนี้ นอกจากจะเป็นการสร้างความรู้ลึกเป็นพื้นฐานในการทำวิจัยและพัฒนา ร่วมกับนักวิจัยแล้ว ยังจะส่งผลดีต่อการยอมรับและการนำผลิตภัณฑ์ไปใช้อีกด้วย

6. ผลของการวิจัยและพัฒนาที่มีคุณค่าและมูลค่าสูงสามารถจดทะเบียนเป็นสิทธิบัตรได้ ผลของการ วิจัยและพัฒนาโดยเฉพาะที่อยู่ในรูปผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาที่เกิดจากการสร้างสรรค์และการลงทุน ลงแรงของนักวิจัย อาจจะมีคุณค่า (Value) และมูลค่า (Worth) เชิงพาณิชย์หรือเป็นประโยชน์ในแง่การทำ กำไรสูง นักวิจัยสามารถจดทะเบียนเพื่อคุ้มครองสิทธิ์ให้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติลิขสิทธิ์ และพระราชบัญญัติ สิทธิบัตรทั้งในประเทศและนานาชาติได้

4.5 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล (สุภางค์ จันทวนิช, 2537, น.130-132) เป็นขั้นตอนที่สำคัญและยากในกระบวนการวิจัย โดยเฉพาะในการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการหลักที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นวิธีการสร้างข้อสรุปจากการศึกษารูปแบบหรือข้อมูลจำนวนหนึ่ง มักไม่ใช่สถิติช่วยในการวิเคราะห์ หรือถ้าใช้สถิติก็ไม่ได้ถือว่าวิธีการทางสถิติเป็นวิธีวิเคราะห์หลักแต่จะถือเป็นข้อมูลเสริม ด้วยเหตุนี้ ผู้วิเคราะห์ข้อมูลจึงมีบทบาทสำคัญยิ่งในการวิจัย ผู้วิเคราะห์ข้อมูลควรมีความรู้ในเรื่องแนวคิด ทฤษฎี อย่างกว้างขวาง มีความเป็นสหวิทยาการอยู่ในตัวเอง สามารถสร้างข้อสรุปเป็นกรอบแนวคิด และเปลี่ยนแปลงแนวทางที่จะตี ความหมายข้อมูลได้หลาย ๆ แบบ

สำหรับเทคนิคการวิเคราะห์ข้อมูล มี 2 ส่วน คือส่วนที่หนึ่ง คือ การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปในการวิจัยเชิงคุณภาพซึ่งส่วนใหญ่ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์จะเป็นข้อมูลแบบ

บรรยาย (Descriptive) ที่ได้จากการสังเกต สัมภาษณ์ แล้วฉบับที่ไว้ ส่วนที่สอง คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงบรรยายเช่นกันแต่กระทำโดยการพยายามจะทำข้อมูลนั้นให้เป็นจำนวนที่นับได้และมักกระทำกับข้อมูลเอกสารในการวิจัยเอกสาร

แนวคิดหลักที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ตัวผู้วิจัยเอง เนื่องจากผู้วิจัยจะทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล บันทึกข้อมูลที่ได้ ซึ่งจะเป็นผู้ที่เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งหมดด้วยตนเองแล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิเคราะห์ข้อมูลจะต้องความรู้ในเรื่องแนวคิดทฤษฎีที่ต้องการศึกษาอย่างกว้างขวาง สามารถสร้างข้อสรุปเป็นกรอบแนวคิดและเปลี่ยนแปลงแนวทางที่จะตีความหมายข้อมูลได้หลาย ๆ แบบ และจะต้องอ่านทบทวนข้อมูลทั้งหมดในทุกขั้นตอนเพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ถูกต้องและสมบูรณ์ที่สุด ตลอดจนสามารถสรุปได้องค์ประกอบที่สำคัญในการวิเคราะห์ข้อมูลก็คือตัวข้อมูล เนื่องจากการวิเคราะห์ในเชิงนี้ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้มาว่ามีความหลากหลายและอึดตัวหรือไม่ หมายความว่าตัวข้อมูลนั้นสามารถอธิบายปรากฏการณ์นั้น ๆ ได้เป็นอย่างดีครบถ้วนสมบูรณ์ สิ่งที่สำคัญของการวิเคราะห์เนื้อหา ก็คือการวางระบบข้อมูล

สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของโคไลซ์ซี (อารีรัตน์ สิริวิชชัย, 2542:28) ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีผู้มาใช้กันอย่างแพร่หลาย ดังนี้

1. อ่านข้อมูลจากการบันทึกทั้งหมดหลาย ๆ ครั้งเพื่อความเข้าใจ
2. ให้สัญลักษณ์ประโยคหรือข้อความสำคัญที่เป็นความหมายในประเด็นที่ศึกษา
3. กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษาที่ได้จากประโยคหรือข้อความสำคัญนั้น
4. จัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันแล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุป
5. อธิบายความหมายของประเด็นในเรื่องที่ศึกษาอย่างครอบคลุม
6. อธิบายให้เห็น โครงสร้างที่สำคัญทั้งหมดของประเด็นที่ศึกษา
7. กลับไปหาข้อมูล ตรวจสอบความตรงของการอธิบายความหมายของประเด็นที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อสรุปขั้นต้นที่สมบูรณ์และเป็นข้อค้นพบที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพเรียกว่า”การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation)” (Denzin 1970) โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (investigator triangulation) และ 3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี (theory triangulation)

1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล จะเน้นการตรวจสอบข้อมูลที่ได้มาจากแหล่งต่างๆ นั้นมีความเหมือนกันหรือไม่ซึ่งถ้าทุกแหล่งข้อมูลพบว่าได้ข้อค้นพบมาเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

2) การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย จะเน้นการตรวจสอบจากผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลต่างคนกันว่าได้ค้นพบที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งถ้าผู้วิจัยหรือผู้เก็บข้อมูลทุกคนพบว่าข้อค้นพบที่ได้มามีความเหมือนกัน แสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

3) การตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี จะเน้นการตรวจสอบว่าถ้ามีการใช้ทฤษฎีที่หลากหลายแล้ว ข้อมูลที่ได้มาเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ ถ้าผู้วิจัยพบว่าไม่ว่าจะนำทฤษฎีใดมาใช้ได้ข้อค้นพบที่เหมือนกันแสดงว่าข้อมูลที่ผู้วิจัยได้มามีความถูกต้อง

สรุปการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหัวใจสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการนำเอาข้อมูลที่ได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น แบบสอบถามปลายเปิด การสัมภาษณ์ การสังเกตการณ์ และการวิจัยปฏิบัติการ เป็นต้น มาทำการวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย การวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของโคไลซ์ซ์ มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล เรียกว่า การตรวจสอบข้อมูลสามเส้า ทั้ง 3 ประเภท คือ การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล การตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย และการตรวจสอบสามเส้าด้านทฤษฎี

5. บริบทที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของจังหวัดยโสธร

1. โครงสร้างกายภาพ

1. ข้อมูลทั่วไป อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เป็นอำเภอขนาดใหญ่ ลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมือง อำเภอเมือง ยโสธรประกอบด้วย 190 หมู่บ้าน จำนวน 17 ตำบล มีประชากรจำนวน 130,552 คน แยกพื้นที่และการแบ่งการปกครอง แยกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร ดังตาราง 2.1

ตารางที่ 2.1 จำนวนตำบล หมู่บ้าน หลังคาเรือน ประชากรแยกรายอำเภอ จังหวัดยโสธร

อำเภอ	จำนวน ตำบล	จำนวน หมู่บ้าน	หลังคาเรือน	จำนวน ประชากร
เมืองยโสธร	17	190	42,508	130,358
ทรายมูล	5	54	8,508	31,082
กุฉินท	9	128	19,894	66,352
คำเขื่อนแก้ว	13	115	18,777	67,699
ป่าดิว	5	57	10,151	35,223
มหาชนะชัย	10	103	14,691	57,633
ค้อวัง	4	45	6,411	25,806
เลิงนกทา	10	145	27,322	95,873
ไทยเจริญ	5	48	8,392	30,357
รวม	78	885	156,654	540,383

ที่มา : กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ณ 31 ธันวาคม 2556

2. บ้านเรือนมีลักษณะคกทนถาวร ส่วนใหญ่เป็นบ้านเดี่ยว 2 ชั้น การปลูกสร้างบ้านเรือนอยู่ติดกัน เครือญาติก็จะอยู่บริเวณเดียวกัน ทำให้บางแห่งการระบายน้ำไม่ดี มีน้ำขัง ส่งกลิ่นเหม็น

3. การดำเนินชีวิตในอดีตของคนในจังหวัดยโสธร เป็นแบบพึ่งพาอาศัยกันและกัน ชาวบ้านทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ โดยมีศูนย์รวมทางด้านจิตใจคือ วัดในชุมชน ในหมู่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุให้ความสำคัญมากกับการทำบุญในวันสำคัญทางศาสนา นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งจะไปวัดทุกวันเพื่อ ไปจ้งหัน จ้งพล และจำศีลในวันสำคัญทางศาสนา การดำเนินชีวิตในปัจจุบัน การพึ่งพาอาศัยกันและกันน้อยลง ขาดความรักความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม

4. เส้นทางคมนาคมติดต่อกับหมู่บ้านอื่น การคมนาคมมีความสะดวกสามารถทางเข้าตัวอำเภอใช้เวลาไม่นาน มีรถโดยสารประจำทางวิ่งผ่าน ภายในหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตทั้งหมด

5. การติดต่อสื่อสาร มีความสะดวกขึ้นทั้งระยะไกลและระยะใกล้ ภายหลังจากได้มีการพัฒนาเป็นระบบโทรศัพท์เคลื่อนที่ซึ่งได้รับความนิยมอย่างรวดเร็ว ในปัจจุบันจะพบว่าวัยรุ่นจะมีการใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ (มือถือ) เป็นจำนวนมาก ซึ่งหาซื้อได้ง่ายและสะดวก

6. เศรษฐกิจ พบว่ารายรับไม่สมดุลกับรายจ่าย มีหนี้สินทั้งในและนอกระบบ จับกลุ่มเล่นการพนัน เกิดปัญหาการลักขโมย มีตลาดนัด(คลองถม)ที่บริเวณวัดทุกวันอังคาร จะมีร้านแผงลอยที่ขายอาหารสดและอาหารแห้งในหมู่บ้าน และบางหมู่บ้านมีรถเร่เปิดท้ายขายตามหมู่บ้าน ตอนเช้าและตอนเย็น ส่วนร้านค้า/ร้านชำ มี Big-C มีจำนวน 1 แห่ง มีร้านขายของชำในชุมชน แต่ละร้านมีขนาดไม่เท่ากันแล้วแต่ศักยภาพของเจ้าของร้านสินค้ามีขายทุกอย่างรวมทั้งสินค้าประเภทยารักษาโรค เครื่องสำอาง และเครื่องเค็มแอลกอฮอล์ นอกจากนี้ยังพบว่าประชากรส่วนหนึ่งในหมู่บ้านในเขตอำเภอเมืองที่มารับจ้างในเมืองมักนิยมซื้ออาหารจากตลาดในเมืองกลับมาด้วย มีร้านเกม

7. อาชีพ ประชากรส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานมีอาชีพหลักทำนาและรับจ้างทั่วไป หลังเลิกงานชอบจับกลุ่มดื่มสุราเป็นประจำ กลุ่มแม่บ้านและผู้สูงอายุ ฐานหมอง ฐานแหอยู่บ้าน และกลุ่มวัยรุ่นว่างงานจับกลุ่มใช้สารเสพติด

8. สภาพครอบครัว ปู่ ย่า ตา ยาย เลี้ยงลูกหลาน พ่อ แม่ออกไปทำงานนอกบ้านหรือต่างจังหวัด ครอบครัวขาดความรักความผูกพัน ครอบครัวแตกแยก สามีหรือภรรยาไม่รัก บุตรหลานในครอบครัวคือไม่เชื่อฟัง ดิฉยาเสพติด

2. ทูทางสังคม

1. ทูทางปัญญาท้องถิ่น มีวัฒนธรรมประเพณีที่ปฏิบัติสืบต่อกันมารุ่นต่อรุ่น คือ ประเพณีทำบุญ “ฮีตสิบสองคลองสิบสี่” ประกอบด้วย ขึ้นบ้านใหม่ บุญพะเวดหรือบุญมหาชาติ สงกรานต์ บุญเข้าพรรษา ออกพรรษา ซึ่งเป็นประเพณีสร้างความสัมพันธ์อันดีอันดีงามของคนในชุมชน มีการเคารพนับถือกันเป็นรุ่นเป็นลำดับ

2. ทูทางด้านบุคคล มีอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ใหญ่บ้าน มีผู้นำทางพิธีกรรมทางศาสนาหรือ”หมอสูตร” ประจำหมู่บ้านและปราชญ์ชาวบ้าน

3. ทูทางด้านทรัพยากร มีแหล่งน้ำที่สำคัญ คือ หนองน้ำ ใช้ประโยชน์ทางการเกษตรกรรมทำนา สำหรับน้ำดื่มจะมีประชาชนจะกักเก็บน้ำฝนแล ในปัจจุบันยังมีความสะดวกมากขึ้นสำหรับครอบครัวที่พอมีฐานะก็จะซื้อน้ำดื่มแบบเป็นถัง ส่วนน้ำใช้ในหมู่บ้านมีระบบประปาหมู่บ้าน ซึ่งเพียงพอต่อความต้องการ

3. การศึกษา

สถานศึกษาเป็นสถานศึกษาในสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การประถมศึกษาเขต 1 ที่มีการเรียนการสอนระดับประถมศึกษา มัธยม วิทยาลัยเทคนิค และอาชีวะประจำจังหวัด มีบางส่วนที่เรียนกับ กศน. นอกจากนี้ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่จบการศึกษาภาคบังคับเป็นอย่างต่ำ

4. การศาสนา

นับถือศาสนาพุทธ มีวัด ที่ซึ่งเป็นศูนย์รวมทางด้านจิตใจของคนในชุมชน ศาสนาคริสต์

5. องค์กรในชุมชน

1. องค์กรชุมชนด้านผู้นำสุขภาพ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อสม. เป็นผู้มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขให้ความร่วมมือในหมู่บ้านและหน่วยงานองค์กรอื่นๆ ได้เป็นอย่างดีสามารถประสานงานทั้งทางด้านสาธารณสุข หน่วยปกครอง กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีกิจกรรมในชุมชน อสม. เป็นคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนใหญ่อุทิศตนในการทำงานให้ชุมชน แต่ก็ยังมีบางคนไม่เข้าร่วมกิจกรรมการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข

2. องค์กรฝ่ายปกครองในชุมชน คือ ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. องค์กรฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น เดิมเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบล ส่วนราชการแบ่งเป็น 5 ฝ่ายประกอบไปด้วย สำนักปลัดกองการคลัง กองการศึกษา กองช่างโยธา และกองการเกษตร มีนักพัฒนาชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน ที่ผ่านมามีบทบาทและการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตน้อย

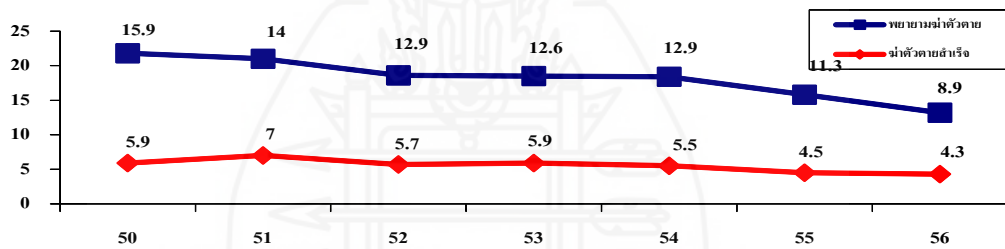
4. หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสุขภาพของอำเภอเมือง ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบุคลากร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติการ ลูกจ้าง ให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟู เน้นการทำงานเชิงรุกและเชิงรับในสถานบริการและในชุมชน มีการรับนโยบายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เพื่อให้การดำเนินงานสอดคล้องกับนโยบายสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีการวางแผนยุทธศาสตร์ ดำเนินงานตามแผนงานในชุมชนตามแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ การดำเนินงานยังขาดการประสานงานในองค์กรในชุมชนและขาดความต่อเนื่อง และการให้บริการด้านสุขภาพ ทางด้านการรักษา พยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูผู้ป่วยทั้งในและนอกสถานพยาบาล มีกองทุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มี โรงพยาบาลยโสธรเป็นแม่ข่ายดูแล การรักษาและฟื้นฟู

ผู้ป่วยจิตเวช มีพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชให้บริการ เครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยทางจิตเวชจะส่งไปโรงพยาบาลโยธธ ซึ่งมิจิตแพทย์ประจำที่กลุ่มงานจิตเวช ถ้ามีอาการรุนแรงส่งต่อโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช) จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนการส่งเสริมป้องกันและการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนยังมีน้อยและขาดการต่อเนื่อง

5) องค์กรต่างๆ ในชุมชน เป็นองค์กรที่มีการรวมตัวของประชาชน เพื่อการบริหารจัดการในชุมชน แสดงถึงชุมชนมีความเข้มแข็ง โดยชุมชนและรับประโยชน์ในชุมชนโดยมีกลุ่มต่างๆ ได้แก่ กลุ่มโรงเรียนชุมชน กลุ่มน้ำประปาในหมู่บ้าน กลุ่มกองทุนสัจจะหมู่บ้าน กลุ่มกองทุนเงินล้าน กลุ่มกองทุนฌาปนกิจประจำหมู่บ้าน เป็นต้น

2. ข้อมูลด้านสุขภาพจิตและปัญหาการฆ่าตัวตาย

ปีงบประมาณ 2550-2556 จังหวัดโยธธ อัตราการฆ่าตัวตายเป็นความสำเร็จมีแนวโน้มลดลงและ อัตราการฆ่าตัวตายเป็นไม่สำเร็จมีแนวโน้มลดลง รายละเอียดตามรูปภาพที่ 2.1 รูปภาพที่ 2.1 อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายเป็นไม่สำเร็จ ปี 2550 – 2556 ต่อประชากรแสนคน



ที่มา : รายงาน รง. 506 DS กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพจิต สสจ. ยโสธร

แต่ใน ปีงบประมาณ 2557 เป็นต้นมา มีผู้ฆ่าตัวตายเป็นไม่สำเร็จจำนวน 44 ราย คิดเป็นอัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน พื้นที่ที่พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นสูงคือ อำเภอภูซำ ร่องลงมา อำเภอป่าดิว และอำเภอเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุที่สำคัญ คือ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด วิธีการที่กระทำส่วนใหญ่ คือกินยาเกินขนาด อายุเฉลี่ยที่สุด คือ อายุ 13 ปี รายละเอียดดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 จำนวนและอัตราต่อประชากรแสนคนของผู้ที่มาตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จังหวัดยโสธร
จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2556- 2557

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2556		ปีงบประมาณ 2557	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เมืองยโสธร	15	11.5	13	9.9
ทรายมูล	5	6.1	3	9.7
กุฉินท	7	10.6	9	13.6
คำเขื่อนแก้ว	5	7.4	4	5.9
ป่าดัว	4	11.4	4	11.4
มหาชนะชัย	2	3.5	2	3.4
ค้อวัง	1	3.9	0	0
เลิงนกทา	7	7.3	6	6.3
ไทยเจริญ	2	6.6	3	9.6
รวม	48	8.9	44	8.2

ที่มา : รายงาน รง. 506 DS กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ และสุขภาพจิต สสจ. ยโสธร

และมีผู้มาตัวตายสำเร็จจำนวน 19 ราย คิดเป็นอัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน พื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดคืออำเภอเมือง อัตรา 6.86 ต่อแสนประชากร ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย สาเหตุที่สำคัญคือ ดิคสุรา/ยาเสพติด และทะเลาะกับคนใกล้ชิด วิธีการกระทำคือ ผูกคอตาย และเป็นการกระทำครั้งแรก ร้อยละ 94.4 รายละเอียดดังตารางที่ 2.4

ตารางที่ 2.3 จำนวนและอัตราต่อประชากรแสนคนของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดยโสธร
 จำแนกรายอำเภอ ปีงบประมาณ 2556- 2557

อำเภอ	ปีงบประมาณ 2556		ปีงบประมาณ 2557	
	จำนวน	อัตรา	จำนวน	อัตรา
เมืองยโสธร	6	4.6	9	6.86
ทรายมูล	1	3.2	0	0
กุฉินท	2	3.0	3	4.5
คำเขื่อนแก้ว	3	4.4	2	2.9
ป่าดัว	0	0	0	0
มหาชนะชัย	3	5.2	0	0
ค้อวัง	2	7.8	1	3.8
เลิงนกทา	4	4.1	3	3.2
ไทยเจริญ	2	6.6	2	6.6
รวม	23	4.3	19	3.5

ที่มา : รายงาน รง. 506 DS กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพจิต สสจ.ยโสธร

สรุปได้ว่า จังหวัดยโสธรเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นชุมชนชนบท มีอาชีพเกษตรกรรม และยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณีและยึดมั่นในพระพุทธศาสนา ข้อมูลการฆ่าตัวตายในปีงบประมาณ 2550-2556 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9,7.0,5.7,5.9 ,5.5,4.5และ 4.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2557 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 19 ราย อัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คือ อำเภอเมือง จำนวน 9 ราย อัตรา 6.86 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาอำเภอไทยเจริญ จำนวน 2 รายอัตรา 6.6 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายกระทรวงไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน) และในอำเภอเมืองยโสธร พื้นที่ที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นมากที่สุดคือ ตำบลเชียงคำ ที่มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2 ราย และสำเร็จ 1 ราย และข้อมูลสถิติของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.4 สาเหตุที่พบมากที่สุดคือ ติดสุราหรือยาเสพติด ร้อยละ 31.9 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 27.3 และทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 18.2 วิธีการกระทำพบมากที่สุดคือ ผูกคอตาย ร้อยละ 86.5 และเป็นการกระทำครั้งแรก ร้อยละ 100 และพบการฆ่าตัว

ตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 44 ราย อัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 สาเหตุที่พบมากที่สุด การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 75 วิธีการกระทำพบมากที่สุด การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 56.7 รองลงมากินสารกำจัดแมลง/วัชพืช ร้อยละ 18.2 พบการกระทำมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 11.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2557) ผลการสอบสวนการตาย พบว่า ปัจจัยส่งผลต่อการเกิดปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย คือ สภาวะสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ดิสุรา ยาเสพติด และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ด้านวิถีชุมชน เป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ขาดความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม ขาดธรรมะ ด้านครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีหนี้สิน และว่างงาน ด้านสิ่งแวดล้อม สภาพชุมชนมีน้ำเน่าเหม็น มีร้านเกม มีการจำหน่ายยาเสพติด มีการเล่นการพนัน เกิดปัญหาลักขโมย ด้านบริการสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรมีภาระงานมาก การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตน้อย ด้านองค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 7,945 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วย 2Q จำนวน 41,136 ราย พบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6,582 ราย ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 1,826 ราย ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จำนวน 493 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2556)

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสามารถเทียบเคียงได้ ดังต่อไปนี้

มลวิภา เหมือยพรหม (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายโดยการฝึกโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนปัจจัยป้องกันด้านบุคคลของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้ง 1 เดือน และ 4 เดือนมีคะแนนสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม และ ไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาค้นคว้า

แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นได้ แต่ควรมีการติดตามต่อเนื่อง

อรวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ (2555) ได้ประเมินประสิทธิผลของคู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮิด ฮิด ฮู้ ในชุมชน เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของคู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮิด ฮิด ฮู้ ในชุมชนศรีนาวา ต.ศรีนาวา อ.เมือง จ.นครนายก ระยะเวลาโครงการ 6 เดือน และประเมิน 2 ครั้ง คือก่อนและหลังทำกิจกรรม ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากคะแนนเฉลี่ย 8.6 เป็น 11.2 โดยมีผู้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 24 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น หลังจากมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 28 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ที่เหลือได้คะแนนลดลง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 นอกจากนี้คนในชุมชนมีการรวมตัวกัน มีการสื่อสารกัน และมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อชุมชนเพิ่มขึ้น เกิดเป็นเครือข่ายในชุมชน มีความรู้สึกผูกพันกันอยากช่วยเหลือกัน เกิดความรู้สึกร่วมใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 9 คนจาก 30 คนคิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือได้คะแนนลดลง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ พบว่า การรวมตัวของคนในชุมชนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรืองานตามประเพณี และเป็นกลุ่มเดิมๆที่มาร่วมงานและทำสาธารณประโยชน์.

กัญญา โย อิศรพงศ์ และคณะ (2554) ได้ศึกษาผลของของโปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติก เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กออทิสติกที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้ โปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติกในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้เข้าร่วมการบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ในขณะที่กลุ่มควบคุมลดลงในช่วงระยะติดตามผลทันทีหลังการทดลอง แต่เพิ่มขึ้นในระยะติดตามผล 1 เดือน สรุป การเข้าร่วม โปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมสามารถลดภาวะซึมเศร้าแก่ผู้ดูแลเด็กออทิสติก ดังนั้นบุคลากรทางสุขภาพจิต โดยเฉพาะในหน่วยงานของกรมสุขภาพจิต ควรนำโปรแกรมการบำบัดตามแนวความคิดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมไปใช้เพื่อลดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ดารา การะเกสร (2554) ได้ศึกษาผลการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (CBT) ต่อการลดอาการ PTSD ของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy : CBT) ต่อการลดอาการเครียดหลังเกิดเหตุการณ์ สะเทือนขวัญ (Post traumatic Stress Disorder: PTSD) ของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี มีขั้นตอนการบำบัด 7 เทคนิค เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองอาการที่เกิดจากบาดแผลทางจิตใจ 2) แบบประเมินโรคเครียดหลังเกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ 3) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 4) แบบประเมินความเศร้าที่ซับซ้อนของกรมสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบคะแนนก่อน-หลัง การบำบัด และวิเคราะห์ด้านเนื้อหา (Content analysis) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ผลการศึกษา ทำให้การลดอาการ PTSD ได้ ทั้ง 3 มิติ คือ 1) การย้อนประสบการณ์เดิม (RE experience) 2) การหลีกเลี่ยง (Avoidance) และ 3) การตื่นตัวทางร่างกาย (Hyper arousals)

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (2556) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุในกลุ่มติดสังคม 278 คน ใช้การประเมินผลตามแบบประเมินสมรรถภาพร่างกาย แบบประเมินประสิทธิภาพสมองเบื้องต้นของไทย แบบประเมินคุณภาพชีวิตแบบรูปภาพ แบบวัดความสุขฉบับสั้น 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กลุ่มตัวอย่างจะได้รับกิจกรรมตามโปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ผลหลังการทดลอง 1) ระดับของสภาพร่างกายของผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ การทดสอบ ลูก ขึ้น นั่ง ใน 30 วินาที การยกน้ำหนักขึ้นลง การเดิน 6 นาที การนั่งเก้าอี้และปลายเท้า การเอื้อมตะมื่อทั้งซ้ายและขวา และการลุกเดิน นั่ง ไปกลับ 16 ฟุต ยกเว้นการย่อเท้า ยกเข้าสูง 2 นาที 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุข เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.01) 4) ค่าเฉลี่ยของคะแนนสมรรถภาพสมองเบื้องต้น เพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีสถิติ (p -value < 0.01) สรุปได้ว่าโปรแกรม 16 สัปดาห์ เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ เหมาะสมที่จะใช้พัฒนาความสุขในผู้สูงอายุและควรได้รับการขยายผลสู่การปฏิบัติในชุมชนในวงกว้างเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายให้กับผู้สูงอายุ

สุภาวดี คำกฤษ และคณะ (2556) ได้ศึกษาผลการเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองต่อความเครียด ความรู้เรื่องโรคอหิวาต์ และพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กอหิวาต์ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบ ความรู้ความเครียดและพฤติกรรมดูแลเด็กอหิวาต์ของผู้ปกครอง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเกี่ยวกับความเครียดของผู้ปกครองก่อนการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่าหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคออทิซึมของผู้ปกครองหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และโดยภาพรวมค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเด็กออทิสติกของผู้ปกครองหลังการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาทุกด้าน สูงกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สุกัญญา นามวงศ์ (2556) ได้ศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ เพื่อศึกษาสถานการณ์การกระจายและแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้าระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปในประชากรผู้สูงอายุเขตนครชัยบุรินทร์ และเพื่ออธิบายการกระจายของและแนวโน้มของการเกิดโรคซึมเศร้าระดับคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปในประชากรผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 51.70 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 34.70 และน้อยที่สุดคือกลุ่มอายุ 100-109 ปี ร้อยละ 0.00ตามจังหวัดส่วนใหญ่พบว่า สำรองได้ จังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 43.00 รองลงมาจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 24 และน้อยที่สุด คือจังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 15 สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (Major Depression, mild) คิดเป็นร้อยละ 3.5 กลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, moderate) ร้อยละ 0.70 และกลุ่มมีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, severe)ภาวะซึมเศร้าตามพื้นที่จำแนกตามจังหวัด พบว่าไม่มีปัญหา ภาวะซึมเศร้าในเชิงพื้นที่ตามจังหวัด การเปรียบเทียบผลรวมภาวะซึมเศร้าซึมเศร้ากับกลุ่มอายุ พบว่าแนวโน้มกลุ่มอายุ เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของผลรวมซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปและข้อเสนอแนะพบว่า กลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 61-70 ปี ร้อยละ 51.6 ระดับพื้นที่ส่วนใหญ่คือจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 43.0 ผลรวมปัญหาซึมเศร้ากับกลุ่มอายุ พบว่าแนวโน้มกลุ่มอายุ เพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยของผลรวมซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะการเกิดโรคระดับบุคคลคือเมื่ออายุเพิ่มขึ้นก็จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าขึ้นได้ในระดับที่ต่างกัน การศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เปรียบเทียบช่วงเวลาเนื่องจากการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนเดียว จึงไม่สามารถสะท้อนถึงปัญหาที่เกิดขึ้นตามช่วงระยะเวลาได้

สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต (2550) ได้ศึกษาความคิดอยากฆ่าตัวตายของนักเรียนระดับมัธยมปลายและระดับ ปวช.ทั่ว กทม. พบว่าโรควึมเศร้ากับปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในการศึกษาปัญหาการฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมปลาย 1 ใน 10 คน มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยเป็นเด็กระดับ ปวช.มากถึงร้อยละ 15.7 มากกว่านักเรียนระดับมัธยมปลายกว่าเท่าตัว ในจำนวนนี้สาเหตุของการฆ่าตัวตายมี 3 ปัจจัยหลัก คือ โรควึมเศร้าเกิดจากกรรมพันธุ์และความเครียดจากสภาพแวดล้อม จากการสอบถามถึงปัญหาในเชิงลึกกับกลุ่มนักเรียนทั้ง 2 กลุ่มพบว่า กลุ่มนักเรียนอาชีวะมีปัญหาทางบ้านและเศรษฐกิจมากกว่ากลุ่มมัธยม โดยส่วนหนึ่งยอมรับว่า เคยถูกทารุณกรรมในวัยเด็กมาก่อน ไม่ว่าจะเป็นการถูกทุบตีอย่างไม่มีเหตุผล หรือการทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง ทั้งนี้ กลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด เพราะมีอัตราการทำร้ายตัวเองสูงอารมณ์รุนแรง ควบคุมไม่ค่อยได้ และมักไม่คำนึงถึงผลที่ตามมา

จันทร์แจ่ม สิริมงคล (2548) ศึกษาสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และศึกษาแนวทางการส่งเสริมการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนตำบลแช่ช้าง อำเภอสันกำแพงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า สาเหตุของการฆ่าตัวตายในตำบลแช่ช้างเกิดจากสาเหตุทางกาย จิตใจ และทางสังคม ซึ่งสาเหตุทางกาย คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเอดส์ อัมพฤกษ์อัมพาต รวมไปถึงการติดสารเสพติด และการติดสุรา สาเหตุทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่พบว่าเกิดจากความเครียด ความกลัว น้อยใจคนรัก หรือคนในครอบครัว ความเสียใจจากการสูญเสีย และสาเหตุทางด้านสังคมเกิดจาก ปัญหาเศรษฐกิจ หนี้สิน การสูญเสียชื่อเสียงทำให้เกิดความอับอายที่จะต้องเผชิญหน้าต่อสังคม ซึ่งทั้ง 3 สาเหตุจะมีความเชื่อมโยงกันอยู่ตลอดเวลาโดยมีสาเหตุหลักอันใดอันหนึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ การส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน เป็นการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความตระหนักถึงปัญหา สามารถวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหาในชุมชนร่วมกันค้นหาสาเหตุตลอดจนผลกระทบของปัญหา การร่วมกันทำงานเป็นทีมและร่วมกันกำหนดแผนงานและโครงการต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อนำไปใช้ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนได้อย่างเป็นรูปธรรม

ศูนย์สุขภาพจิตเขต 8 (2550) ศึกษาปัจจัยทางสังคมและปัจจัยในตัวบุคคลที่ส่งผลต่อการตัดสินใจพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ถูกส่งตัวมายังสถานพยาบาลในจังหวัดนครสวรรค์ ปี 2544 จำนวน 273 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.1 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-44 ปี ร้อยละ 75.8 สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 54.6 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.7 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 42.5 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 62.2 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายพักอาศัย

อยู่กับครอบครัว ร้อยละ 90.8 บุคลิกภาพของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีลักษณะใจร้อน ว่างาม ฉุนเฉียว ร้อยละ 45.1 เมื่อทุกข์ใจมักแก้ไขปัญหาด้วยการดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ร้อยละ 32.2 เคยมีอาการทางจิตมาก่อน ร้อยละ 91.2 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ร้อยละ 25.6 วิธีการที่เคยใช้ฆ่าตัวตายคือ กินยาเกินขนาด หรือใช้สารพิษ ร้อยละ 67.2 มีการเตรียมการฆ่าตัวตายก่อนเพียงร้อยละ 12.8 สาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ร้อยละ 54.2 เมื่อผู้พยายามฆ่าตัวตายมีเรื่องไม่สบายใจ มักจะไม่ปรึกษาใคร ร้อยละ 59.7 สิ่งยึดเหนี่ยวทางใจคือ คนในครอบครัว บุตร พ่อ แม่ และภรรยา / สามี ร้อยละ 52.0 จากการสอบถามเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ พบว่ามีการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายและครอบครัว ร้อยละ 62.3

มานิดา สิงห์หัฐิต และคณะ (2541) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเกื้อหนุนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยง และพยายามฆ่าตัวตายผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างชุมชนปลอดจากการฆ่าตัวตายและชุมชนเสี่ยงหรือมีการฆ่าตัวตายเมื่อปี พ.ศ. 2541 ในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ด้านองค์ประกอบทางกายภาพของชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย มีความพร้อมมากกว่าชุมชนที่มีการฆ่าตัวตาย อาทิ โรงเรียน องค์การบริหารส่วนตำบล การคมนาคมและการติดต่อสื่อสารตลอดจนคุณภาพการศึกษา ในขณะที่ชุมชนที่มีการฆ่าตัวตายมีความผันผวนในสถาบันการศึกษาและมีโครงสร้างที่ต้องพึ่งพาผลผลิตทางเกษตรกรรมมากกว่าชุมชนที่ไม่มีการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายเกิดจากความขัดแย้งภายในครอบครัว ปัญหาเรื่องการเรียนผิดหวังจากความรัก ปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวี ยาเสพติด ปัจจัยเกื้อหนุนที่ส่งผลในด้านการป้องกันช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย คือ สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญที่สุดคือ บุตร มารดา คู่สมรสญาติพี่น้อง และเพื่อนตามลำดับ ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากเห็นว่า การฆ่าตัวตายเป็นเรื่องปัจเจกบุคคล และไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้

ฉวีภา ราชบุตร (2553) ศึกษาการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นวิธีการบำบัดทางจิตผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สามารถนำมาใช้ควบคู่ไปกับการบำบัดรักษาด้วยยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์โดยช่วยให้ภาวะซึมเศร้าลดลง ส่งเสริมประสิทธิภาพการรักษาให้ดีขึ้น

พัชรภรณ์ นะเวรัมย์ (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์ สามารถใช้ในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ

บุคคลให้เกิดการยอมรับและปรับตัวให้เหมาะสม มีพลังในการหลีกเลี่ยงปัญหารุนแรงในอนาคต ตลอดจนรู้จักวางแผนทางในการดำรงชีวิตให้เป็นอยู่อย่างมีความสุข

จุฬารักษ์ สมใจ (2546) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของบิดามารดาเด็กพัฒนาการล่าช้า ผลการศึกษาพบมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ร้อยละ 27.58 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20.7 ระดับน้อย ร้อยละ 22.41 ระดับปกติ ร้อยละ 29.31

ชวนชม วงศ์ไชย (2546) ศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 78.26 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้า

สุมิตรพร จอมจันทร์ (2548) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่มารับในโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 47.37 ของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า

อุบล ก่องแก้ว (2547) ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่าย จังหวัดลำพูน พบว่าร้อยละ 66.67 ของผู้เสพติดสุราในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลเครือข่ายจังหวัดลำพูน มีภาวะซึมเศร้า

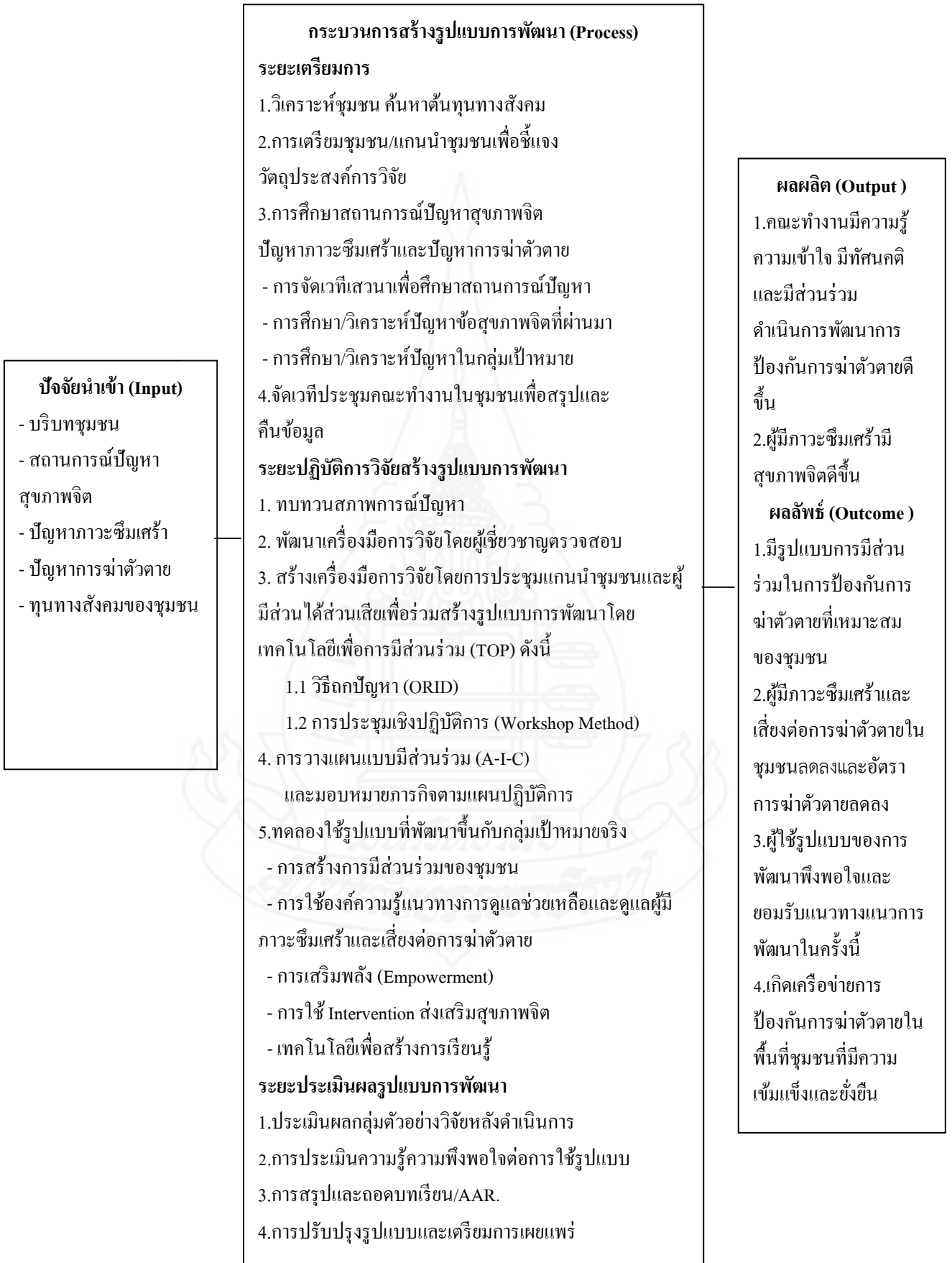
เชาวนี ล่องชูผล (2547) ศึกษาผลการใช้กลุ่มบำบัดประคับประคองต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ผลการวิจัย ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้ากลุ่มทดลอง หลังการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่าก่อนทำกลุ่มบำบัดประคับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ระดับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า ของกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มบำบัดประคับประคองลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทมาภรณ์ นูรณสมภพ (2547) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผลการวิจัยพบว่า 1 คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยาระหว่างก่อนได้รับ โปรแกรมและหลังสิ้นสุดโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ([Mean]=25.7,25.4,19.2 และ 16.9 ตามลำดับ ,F=135.334,df=3) 2.เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากการวัดทั้ง 4 ครั้ง เป็นรายคู่ด้วยวิธีของ Least Significant Difference (LSD) พบว่า 2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า ก่อนได้รับ โปรแกรม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังได้รับโปรแกรม แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t=6.5, 6.2, 8.8 และ 8.5 ตาม ลำดับ) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าภายหลังได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ([Mean]=19.2 และ 16.9 ตามลำดับ) มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าก่อนได้รับ โปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง ([Mean]=25.7 และ 25.4 ตามลำดับ) 2.3 ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.3$) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ([Mean]=16.9) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังสิ้นสุดโปรแกรม ([Mean]=19.2)

สรุป การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและเป็นการวิจัยเชิงและพัฒนา (Research and Development) ที่เน้นการพัฒนา รูปแบบการแก้ปัญหาโดยอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมผู้วิจัยมีวงจรพัฒนาต่อเนื่อง เพื่อให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพดีขึ้นหรือสามารถแก้ปัญหาได้ เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยได้เลือกกิจกรรม อย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกับชุมชนที่เห็นว่าเหมาะสม และนำมาดำเนินการปฏิบัติเพื่อทดลองว่าใช้ได้หรือไม่ ประเมินดูความเหมาะสมในความเป็นจริงควบคุมแนวทางการปฏิบัติการแล้วนำผลมา ปรับปรุงปฏิบัติการเพื่อนำไปทดลองใหม่จนกว่าจะได้ผลเป็นที่พอใจนำไปใช้และเผยแพร่ต่อไปได้ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องคือ บริบทของชุมชนเกี่ยวข้องกับสภาพปัญหา วัฒนธรรม และทุนทางสังคมเดิมประกอบการวิจัยในครั้งนี้ด้วย องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ การฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้า โรคจิตเภทและการดื่มสุราเพื่อนำมาเป็นหลักวิชาการพร้อมนำทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment Theory) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดเกี่ยวกับเทคโนโลยีเพื่อสร้างการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation : TOP.) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อเกิดกระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชน คือร่วมประเมินปัญหา วางแผนแก้ปัญหา ดำเนินการแก้ไข ปัญหา และติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมรับผิดชอบทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน รวมถึงการสร้างเครือข่ายในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน มีการติดตามประเมินผลด้วยกระบวนการถอดบทเรียน การวิเคราะห์เชิงปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นกรอบแนวทางในการวิจัยครั้งนี้

7.กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธรในครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ (Quantitative Method) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ก่อนและหลังการพัฒนาเพื่อสนับสนุนผลของการวิจัย ลำดับขั้นตอนการวิจัยเป็น 7 ขั้นตอน ดังนี้

- 1 รูปแบบการวิจัย
- 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 4 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
- 5 การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ
- 6 วิธีการดำเนินการวิจัย
- 7 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 8 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
- 9 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร โดยการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ปัญหา

ระยะที่ 2 ระยะการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการทดลองใช้รูปแบบ

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลรูปแบบและการเผยแพร่

2. ประชากรในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ คือกลุ่มบุคคลผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) พื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นแกนนำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาและใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวน 56 คน ประกอบด้วย

- ญาติผู้ป่วยจิตเวช	จำนวน 3 คน
- ตัวแทนผู้นำชุมชน เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน	จำนวน 4 คน
- ญาติผู้ที่ยกย่องฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ	จำนวน 5 คน
- ตัวแทนจากผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง	จำนวน 6 คน
- ญาติผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	จำนวน 4 คน
- ผู้มีภาวะซึมเศร้า	จำนวน 4 คน
- ตัวแทน อสม.	จำนวน 14 คน
- บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่	จำนวน 2 คน
- พยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลยโสธร	จำนวน 2 คน
- ตัวแทนจาก อปท.	จำนวน 2 คน
- ตัวแทนผู้ประกอบการร้านค้า	จำนวน 2 คน
- ตัวแทนจากชมรมผู้สูงอายุ	จำนวน 2 คน
- ปราชญ์ชาวบ้าน	จำนวน 2 คน
- ตัวแทนครูจากสถานศึกษาในพื้นที่	จำนวน 2 คน
- แกนนำสุขภาพอื่นๆ	จำนวน 2 คน

รวมทั้งสิ้น 56 คน

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 53 คน โดยมีหลักเกณฑ์คัดเลือกพื้นที่ในการวิจัยใช้เกณฑ์ในการพิจารณา ดังนี้

1. เป็นพื้นที่ ที่ต้องการให้เกิดรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการของชุมชนเอง

2. เป็นพื้นที่ที่ยังมีปัญหาในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ชุมชนให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมและกลุ่มตัวอย่างและยินดีที่จะเข้าร่วมในการวิจัย

4. มีการคมนาคมสะดวก ภาษาที่ใช้ติดต่อสื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น (ภาษาอีสาน) และกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมวิจัยไม่บกพร่องด้านการสื่อสาร

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นการวิจัย การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การสร้างการมีส่วนร่วมกับพื้นที่ชุมชนแบบพหุภาคีโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม (Focus group) และเทคนิคการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เพื่อกำหนดรูปแบบการพัฒนา และการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช โรคมึนเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสามารถกำหนดรูปแบบการการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใน 5 แนวทาง ได้แก่

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนา
2. องค์กรความรู้เกี่ยวกับโรคมึนเศร้า
3. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment)
4. การใช้แนวทางการพัฒนา (Intervention)
5. กระบวนการสร้างการเรียนรู้ (knowledge)

4. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งตามประเภทของกลุ่มตัวอย่าง ได้ดังนี้

4.1 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ร่วมพัฒนารูปแบบการพัฒนา ประกอบด้วย เครื่องมือ 6 อย่างคือ

- 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 9 ข้อ
- 2) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ จำนวน 12 ข้อ
- 3) การแบบประเมินความสุข จำนวน 15 ข้อ

4) แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จำนวน 33 ข้อ

5) แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 13 ข้อ

6) แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกข้อมูลในขั้นก่อนสรุปบทเรียน สะท้อนผลการพัฒนารูปแบบเพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) เพื่อสรุปเป็นรูปแบบของการพัฒนาที่สมบูรณ์และนำไปเผยแพร่ต่อไป

4.2 เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลอง ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 อย่าง คือ

1) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) เป็นการวัดค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed question) มีลักษณะให้เลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย เป็นบางวัน เป็นบ่อย ๆ และเป็นทุกวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่มีเลย	ให้	0	คะแนน
เป็นบางวัน	ให้	1	คะแนน
เป็นบ่อย ๆ	ให้	2	คะแนน
เป็นทุกวัน	ให้	3	คะแนน

การแปลผลคะแนนประเมินโรคซึมเศร้ารายบุคคลคือ

ระดับคะแนนน้อยกว่า 7	หมายถึง	ไม่มีภาวะซึมเศร้า
ระดับคะแนน 7-12	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารระดับน้อย
ระดับคะแนน 13-18	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารระดับปานกลาง
ระดับคะแนน ≥ 19	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้ารระดับรุนแรง

การแปลความหมายภาวะซึมเศร้ารายข้อและในภาพรวมนั้น เป็นการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์ประเมินดังนี้ (ปกรณ ประจัญบาน, 2552)

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 1.01-2.00	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00	หมายถึง	มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับมาก

2) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวัดค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed

question) มีลักษณะให้เลือก 5 ตัวเลือกคือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด	ให้	5	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน

และในการแปลความหมายความเข้มแข็งทางใจในรายชื่อและในภาพรวมนั้น เป็นการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์ประเมินดังนี้ (ปกรณ์ ประจัญบาน. 2552)

ค่าเฉลี่ย	1.00-2.33	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	2.34-3.66	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.67-5.00	หมายถึง มีความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับมาก

3) แบบประเมินความสุขคนไทย 15 ข้อ ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed question) มีลักษณะให้เลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผลค่าปกติแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ในการให้คะแนน ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต,2550)

กลุ่มที่ 1 ได้แก่ข้อ 1 2 5 6 7 9 10 11 13 14 15

แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่มีเลย	ให้	0	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	2	คะแนน
มากที่สุด	ให้	3	คะแนน

กลุ่มที่ 2 ได้แก่ข้อ 3 8 12 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ไม่มีเลย	ให้	0	คะแนน
เล็กน้อย	ให้	1	คะแนน
มาก	ให้	2	คะแนน
มากที่สุด	ให้	3	คะแนน

การแปลความหมายระดับความสุขเป็นรายบุคคลคือเมื่อรวมคะแนนทุกข้อแล้วนำมาเปรียบเทียบกับ เกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ (กรมสุขภาพจิต,2550)

คะแนน 33-45 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)

คะแนน 27-32 คะแนน หมายถึง มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)

26 คะแนน หรือ น้อยกว่า หมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)

แต่ในการแปลความระดับความสุขในรายข้อและในภาพรวมนั้น เป็นการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์ประเมินดังนี้ (ปกรณ์ ประจัญบาน, 2552)

ค่าเฉลี่ย 0.00-1.00 หมายถึง มีความสุขอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.01-2.00 หมายถึง มีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีความสุขอยู่ในระดับมาก

4) แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

(1) แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การการให้คะแนนและการแปลผล ดังต่อไปนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ในการแปลความระดับความรู้ รายข้อและในภาพรวมนั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ ที่ 75 เป็นจุดแบ่งระดับความรู้ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2546, น.131-137)

คะแนนร้อยละ 75.00 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

คะแนนร้อยละ 50.00-74.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50.00 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย

(2) แบบประเมินทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เป็นการวัดค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed question) มีลักษณะให้เลือก 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน

เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

เกณฑ์ในการแปลผลคะแนนประเมินทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2546, น.131-137)

ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายถูกต้องอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายถูกต้องระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายถูกต้องระดับดี

(3) แบบประเมินการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เป็นการวัดค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed question) มีลักษณะให้เลือก 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติบ่อย ๆ และปฏิบัติเป็นประจำ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่ปฏิบัติเลย	ให้	1	คะแนน
ปฏิบัติเป็นครั้ง	ให้	2	คะแนน
ปฏิบัติบ่อย ๆ	ให้	3	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	4	คะแนน

การแปลความหมายระดับการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เป็นการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้เกณฑ์ประเมินเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2546, 131-137)

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีการปฏิบัติตนถูกต้องอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีปฏิบัติตนถูกต้องอยู่ในระดับพอใช้

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 หมายถึง มีปฏิบัติตนถูกต้องอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

(4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นการวัดค่าแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด (Closed question) มีลักษณะให้แสดงความพึงพอใจใน 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

น้อยที่สุด	ให้	1	คะแนน
น้อย	ให้	2	คะแนน
ปานกลาง	ให้	3	คะแนน
มาก	ให้	4	คะแนน
มากที่สุด	ให้	5	คะแนน

การแปลความหมายระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นการวิเคราะห์เป็นค่าเฉลี่ย (Mean) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (สุภางค์ จันทวานิช, 2546, น.131-137)

ค่าเฉลี่ย	1.00-2.33 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย	2.34-3.66 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย	3.67-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้ ผู้วิจัย ได้ใช้อุปกรณ์หรือเครื่องมือช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. เทปบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงในขณะที่ทำการสนทนากลุ่ม การประชุมกลุ่มย่อย และการจัดเวที โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตในการที่จะทำการบันทึกเสียง การใช้อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง เพื่อใช้ตรวจสอบข้อมูลที่ได้อีกจากการบันทึก และการได้ข้อมูลที่ไม่ละเอียดซึ่งไม่สามารถบันทึกในขณะที่ทำกิจกรรมนั้นได้
2. กล้องถ่ายภาพ สำหรับเก็บภาพและกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดกิจกรรมที่ทำการศึกษากิจกรรมการจัดเวที กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อใช้ประกอบการรายงานการวิจัย

5. การสร้างเครื่องมือและการพัฒนาคุณภาพเครื่องมือ

5.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

5.1.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้า เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1.2 ศึกษาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ การดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นต้น

5.1.3 ศึกษาเทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control) กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A) ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) และขั้นตอนการสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control : C)

5.1.4 ศึกษารูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ใช้กระบวนการพัฒนาใน 6 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนพัฒนาเครื่องมือในการวิจัย ขั้นตอนสร้างรูปแบบการพัฒนา ขั้นตอนให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบรูปแบบ ขั้นตอนนำรูปแบบที่ได้ไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย และขั้นตอนการประเมินผลรูปแบบ

5.1.5 ได้นำเนื้อหา เอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งหมด มากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย

5.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการพัฒนาคุณภาพ

5.2.1 ศึกษาเนื้อหา เอกสาร ตำรา และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.2.2 กำหนดโครงสร้างเนื้อหา ตำรา แนวคิด ทฤษฎี ที่นำมาใช้ นำมาสร้างข้อความให้ครอบคลุมเนื้อหา และนำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข

5.2.3 วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ภาษา ความชัดเจนของภาษา โดยพิจารณาจากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม คำตอบ กับเนื้อหาตามความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

5.2.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมิน โรคมึ่มเศร้า 9Q แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข แบบวัดความรู้ ทศนคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตลอดจนแบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม แบบสัมภาษณ์ แบบวิเคราะห์หลังการปฏิบัติการ (AAR) และถอดบทเรียน แผนปฏิบัติการตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการป้องกันการฆ่าตัวตายต่างๆ ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านชุมชน ด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบเนื้อหากิจกรรม ความตรงเชิงโครงสร้างในแต่ละกิจกรรมและความเหมาะสม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ และครอบคลุมเนื้อหาของกิจกรรม มีความถูกต้องของภาษาเพื่อนำไปใช้จริง

5.2.5 นำเครื่องมือไปใช้ในการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในการวิจัย ต่อไป

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีขั้นตอน ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

6.1 ขั้นตอนเตรียมการก่อนวิจัย ผู้วิจัยเตรียมการก่อนการวิจัย ดังนี้

6.1.1 ศึกษาค้นหาหาความรู้จากเอกสาร ตำรา แนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1.2 ติดต่อประสานงานถึงพื้นที่ ที่จะทำการวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทราบถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รูปแบบ แผนงานระยะเวลาที่จะดำเนินการ ขั้นตอนการดำเนินงาน เครื่องมือใช้ ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

6.1.3 ติดต่อประสานงานผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำนันและผู้นำในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อขออนุญาตใช้ประชุม เครื่องโสตทัศนูปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรม

6.1.4 ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่หรือผู้บริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เป้าหมาย เพื่อประสานและเตรียมแผนการจัดกิจกรรม กำหนดวันเวลาที่สอดคล้องและไม่ซ้ำซ้อนกับกิจกรรมการปฏิบัติงานตามปกติของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

6.1.5 เตรียมกลุ่มตัวอย่างกลุ่มต่าง ๆ โดยผู้วิจัยได้เข้าพบและแนะนำสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย รายละเอียดของแผนการจัดกิจกรรม ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

6.1.6 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น โดยการสำรวจข้อมูลปัญหาอุปสรรคในประเด็นการวิจัย เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะใช้ประกอบข้อมูลการเตรียมการวิจัยเตรียมและสร้างเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

6.2 ชั้นปฏิบัติการวิจัย

6.2.1 ศึกษาบริบทชุมชน จากข้อมูลทุติยภูมิ เพิ่มข้อมูลชุมชน เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บข้อมูล และศึกษาข้อมูลในระยะแรกของการวิจัย ประกอบด้วย ประวัติศาสตร์และความเป็นมาชุมชน ลักษณะประชากรและสังคม ประเพณีและวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม การศึกษา การคมนาคม การเมืองการปกครองสภาพเศรษฐกิจ สภาพะสุขภาพ ต้นทุนทางสังคม และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นตามประเด็นการวิจัย

6.2.2 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นจากการสนทนากลุ่มและการจัดการประชุม เป็นการสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานปัญหาอุปสรรคในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าตลอดจนการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิต สภาพปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่างๆ และนำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าแบบมีส่วนร่วมกับพื้นที่วิจัย

6.3 ขั้นพัฒนาเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 5 เครื่องมือ คือ แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายและแบบเก็บข้อมูลความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และได้ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ในกลุ่มตัวอย่างแกนนำสุขภาพชุมชนใกล้เคียงคือตำบลลาดทอง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธรเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยแบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้า มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Alpha = 0.794 ทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Alpha = 0.807 การปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Alpha = 0.812 และแบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) Alpha = 0.813

6.4 ขั้นสร้างรูปแบบของการพัฒนางานวิจัย

6.4.1 ประเชิงปฏิบัติการแบบพหุภาคีกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันฆ่าตัวตาย เพื่อทำความเข้าใจแนวทางดำเนินการวิจัยร่วมกัน การสร้างองค์ความรู้และร่วมพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และวิธีการแก้ปัญหา (Orid) ซึ่งได้กรอบของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายใน 5 แนวทางหลักคือ

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนา
2. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า
3. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment)
4. การใช้แนวทางการพัฒนา (Intervention)
5. กระบวนการสร้างการเรียนรู้ (knowledge)

โดยขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดังนี้

ขั้นที่หนึ่ง A: *Appreciation*

การกระตุ้นทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกันด้วยภาพ ข้อเขียน และเขาเห็นสถานการณ์ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และเขาอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นอย่างไร ซึ่งจะทำให้ทุกคนมีโอกาสใช้ทั้งข้อเท็จจริงเหตุผล และความรู้สึก ตลอดจนการแสดงออกในลักษณะต่างๆ

ตามที่เป็นจริง เกิด “พลังร่วมกัน” ขึ้นในระหว่างคนที่มาประชุมร่วมกัน เกิด “วิสัยทัศน์ร่วม”(Shared Vision) หรือ “อุดมการณ์ร่วม”(Shared Idea) ในประเด็นการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นที่สอง I: Influence

การกระตุ้นให้เกิดการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนมีอยู่ มาช่วยกำหนดวิธีการสำคัญ หรือ “ยุทธศาสตร์”(strategy) ที่จะทำให้บรรลุ “วิสัยทัศน์ร่วม”(Shared vision) หรือ “อุดมการณ์ร่วม”(Shared Idea) ของกลุ่ม(ที่มาประชุม) ประกอบด้วยอะไรบ้างเมื่อได้แสดงความคิดเห็นแล้วจะนำ “วิธีการ” ที่เสนอแนะทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ แยกแยะ และพิจารณาร่วมกันจนกระทั่งได้ “วิธีการสำคัญ” ที่กลุ่มเห็นพ้องต้องกันว่าจะนำไปสู่แนวทางการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตาย ให้เกิดความสำเร็จตามที่กลุ่มต้องการ

ขั้นที่สาม C: Control

การกระตุ้นให้เกิดการคิดว่าทำอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีวิธีการ หรือรายละเอียดอย่างไร มีเวลากำหนดอย่างไร ใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครต้องให้ความร่วมมือ จะต้องใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายเท่าไร จากแหล่งใด มีประมาณว่าเท่าไร ซึ่งในขั้นนี้จะหมายถึงการลงมือปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการอย่างชัดเจน มีผู้รับผิดชอบภารกิจงานต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นการกำหนด “ข้อผูกพัน”(Commitment) ให้ตนเองเพื่อ “ควบคุม”(Control) ให้เกิดการกระทำอันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมายหรืออุดมการณ์การเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ร่วมกันในที่สุด และในขั้นนี้ ผู้วิจัยต้องยึดหลักสำคัญ 5 ประการคือ

1. การมีสัมพันธภาพที่ดี เป็นพื้นฐานสำคัญของความไว้วางใจ ความร่วมมือ การให้เกียรติต่อกันและการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นสัมพันธภาพที่เริ่มต้นจากการพูดคุย การรับฟังและใส่ใจ การเปิดโอกาสให้ความคิดเห็นของทุกคนมีความหมายเท่าเทียมกัน การปรับความเข้าใจระหว่างกันโดยยึดเป้าหมายร่วมกันเป็นหลัก การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน การช่วยเหลือกัน การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำอธิบายหรือเป็นผู้แนะนำในยามมีปัญหาข้อสงสัย เพื่อทำความเข้าใจและให้กำลังใจ กระตุ้นให้แกนนำและคณะทำงาน โครงการ มีความมุ่งมั่นในการดำเนินโครงการต่อไป

2. ความเชื่อมั่นในศักยภาพของแกนนำชุมชน ทีมวิจัยครั้งนี้มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของแกนนำชุมชน ว่ามีแนวคิด ความสามารถในการริเริ่มและดำเนินกิจกรรมพัฒนาต่างๆ ได้อย่างเต็มที่ โดยทีมวิจัยเป็นผู้ให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง

3. การติดต่อและประสานงานกันอย่างต่อเนื่องและชัดเจน โดยการประชุมพูดคุยกัน ทุกครั้งในการเตรียมกิจกรรมครั้งต่อไป และพูดคุยหลังการดำเนินกิจกรรมแล้วเสร็จ เพื่อเตรียมความพร้อมและประเมินผลในกิจกรรมที่ดำเนินการไปแล้ว

4. การสนับสนุนองค์ความรู้ สื่อความรู้ อุปกรณ์และงบประมาณ ด้วยการสนับสนุน การจัดการอบรม /ประชุม โดยทีมวิจัยสนับสนุนค่าใช้จ่ายต่างๆให้

5. การบูรณาการการจัดกิจกรรมต่างๆให้ต่อเนื่อง โดยเน้นความยั่งยืน บูรณาการ กิจกรรมการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายโดย ชุมชนมีส่วนร่วม เข้ากับแผนงานและกิจกรรมโครงการสุขภาพอื่นๆของชุมชน รวมทั้งบูรณาการใน ทุกกลุ่มวัย เช่น กลุ่มปราชญ์ชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน และประชาชนทั่วไปในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการบูรณาการกิจกรรมเข้ากับวัฒนธรรมชุมชน เช่น ในเทศกาลวันสำคัญทางศาสนาที่มี มาตรการของชุมชนในการรณรงค์งานศพปลอดเหล้า ทั้งนี้เกิดขึ้นจากการร่วมคิด ร่วมทำของคน ในชุมชน โดยมีแกนนำชุมชนเป็นแบบอย่างทีริเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

6.5 ขั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ

ผู้วิจัยได้นำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนา โดยภาคีเครือข่ายการมีส่วนในพื้นที่ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โครงสร้างและความเหมาะสม กับการใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และนำผลการประเมิน ไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

6.6 ขั้นนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายไปใช้กับกลุ่ม ตัวอย่างจริงในพื้นที่ ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. เตรียมทีมวิจัยและประเมินก่อนการใช้เครื่องมืองานวิจัย (Pre-test)
2. ปฏิบัติการตามแผนการพัฒนาใน 5 ประเด็นหลัก
3. ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่า

ตัวตาย

6.7 ขั้นประเมินผลรูปแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการ จัดประชุมเพื่อสะท้อนคิด ถอดบทเรียน ประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตน และประเมินความ พึงพอใจในภาพรวมทั้งหมด โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชุมทีมผู้ร่วมวิจัยเพื่อสรุปบทเรียน และปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังและ ดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น อีกครั้งเพื่อปรับปรุง แก้ไขและ พร้อมเผยแพร่สู่พื้นที่อื่น ต่อไป

2. ประเมินผลความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย และประเมินผลความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายหลังการพัฒนาารูปแบบ ในภาพรวมทั้งหมด

7. การเก็บรวบรวมข้อมูล

7.1 เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ที่ศึกษา ทั้งข้อมูลด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคมและเศรษฐกิจ และปัญหาที่สำคัญ ๆ ตามประเด็นปัญหาการวิจัยการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่

7.2 ใช้เครื่องมือตามแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข แบบประเมินความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการพัฒนา

7.3 ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การจดบันทึก (Observation and Record) และการตรวจสอบผลการดำเนินงานกิจกรรมต่าง ๆ ตลอดขั้นตอนการวิจัย

7.4 ใช้การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-deep Interview) เพื่อหาปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

8. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการการวิจัยขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยสาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ว่าการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีความเสี่ยงหรือผลกระทบใดๆ และไม่มีค่าตอบแทนใดๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง หากไม่สมัครใจหรือเกิดภาวะตึงเครียดทางด้านอารมณ์กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและจะไม่มีการสูญเสียประโยชน์ใด ๆ ที่ควรได้รับ และสิทธิประโยชน์อื่นๆ อันเกิดจากผลการวิจัยจะเป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช หากกลุ่มตัวอย่าง ตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้น โครงการศึกษา ท่านมี

สิทธิ์ตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของตนเอง โดยจะสรุปผลออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อยินยอมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

9. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

9.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทุกขั้นตอนของวงรอบ โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด สูงสุด

9.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)

เป็นการวิเคราะห์เพื่อประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยประเมินตามแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบวัดความเข้มแข็งทางใจ แบบประเมินความสุข และประเมินความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการวิจัยและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired T-Test ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05

9.3 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

บทที่ 4

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยเรื่องการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธรในครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายและ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร ซึ่งมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) และข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data) ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา โดยการใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกข้อมูล และการสังเกต โดยนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ในการศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ซึ่งที่มาของสภาพการณ์ปัญหามาจาก 2 แหล่งข้อมูลคือที่ได้จากการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของบุคคลในพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. อปท. ญาติผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีปัญหภาวะซึมเศร้า ตัวแทนผู้สูงอายุ ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้บริหารสถานศึกษา พระภิกษุ ร้านค้า จนท.สาธารณสุข กลุ่มแม่บ้าน รวมจำนวนทั้งสิ้น 56 คน เพื่อให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาสุขภาพจิตของชุมชน ปัญหภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และข้อมูลทุกข้อมูซึ่งได้จากข้อมูลของสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ โดยผลจากการสนทนากลุ่มได้ประเด็นปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ได้ดังต่อไปนี้

- 1 สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา

จากการสนทนากลุ่มถึงสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ผ่านมา สรุปได้ว่ายังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ประชาชนยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค

ชิมเซร่า และมีความเชื่อที่ผิดๆเกี่ยวกับคนที่คิดฆ่าตัวตาย และไม่รู้ถึงแนวทางที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายโดยคิดว่า เป็นเรื่องภายในครอบครัว คนอื่นๆในชุมชนไม่ควรไปยุ่งเกี่ยวมาก โดยไม่คิดถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมา และชุมชนเองไม่ว่าจะเป็นผู้นำชุมชน อสม.ก็ไม่มีการประชุมกันเพื่อสร้างแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายแต่อย่างใด มีเพียงการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) และต่อจากนั้นก็ไม่มีดำเนินการอะไร

“รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของชุมชนเราไม่เคยมีนะ มีแต่ได้ยินข่าวมาว่า คนนั้น คนนี้ผูกคอตาย ซึ่งก็ตกใจอยู่เหมือนกัน ก็คิดว่าเป็นเรื่องภายในครอบครัวของเขา เราจะยุ่งอะไรมากมายก็ไม่กล้า แต่หลังจากนั้น ก็ไม่มีดำเนินการอะไร”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธุ์ 2560)

“การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม คิดว่ายังเป็นเรื่องใหม่อยู่ครับ แม้กระทั่ง โรคซึมเศร้า สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ชุมชนเรายังไม่มีความรู้ความเข้าใจเลย ถ้าถามว่า จะให้ชุมชนร่วมป้องกันอย่างไร พวกเรายังมองไม่ออกเลยครับ”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธุ์ 2560)

“การฆ่าตัวตายที่เคยได้ยินมา มีสาเหตุจาก โรคซึมเศร้า ซึ่ง คนที่ฆ่าตัวตายดูๆแล้วเขาก็ไม่ดูเศร้านะ เลยไม่รู้ว่าจะคิดฆ่าตัวตาย หรือถ้าจะคิดฆ่าตัวตายจริงๆ พวกเราก็ไม่รู้ว่าจะป้องกันอย่างไรเหมือนกันครับ”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธุ์ 2560)

“การป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมานั้น ในชุมชนของเราก็มีเพียงการคัดกรองของ อสม.ตามแบบคัดกรองที่คุณหมอบอกอนามัยส่งมาให้ ว่า หงอย เศร้า ซึมไหม ประมาณนี้ และก็ไม่พบว่าใครป่วยเป็น โรคซึมเศร้าบ้าง ถ้าถามว่าที่ผ่านมาชุมชนมีส่วนร่วมหรือมีแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างไร คิดว่า ไม่มีครับ มีแค่การคัดกรองของ อสม.เท่านั้นเอง”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธุ์ 2560)

“การฆ่าตัวตายในชุมชนของเราที่ผ่านมานั้น ดูๆแล้วเขาก็ไม่ป่วยทางจิตนะคะ และก็ไม่ใช่เศร้าด้วย ไม่รู้เหมือนกันว่า เขาอยากตายเพราะสาเหตุใด แต่ถ้าถามว่า ชุมชนมีส่วนร่วมอย่างไรในการป้องกันการฆ่าตัวตาย คิดว่า ยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนนะคะ จะมีก็เป็นการดูแลกันเองภายในครอบครัวของเขา ชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องน้อยมากค่ะ”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธุ์ 2560)

2. ภาวะซึมเศร้าเกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ความไม่เข้าใจกันของบุคคลในครอบครัว รวมถึงความคับข้องใจ ความน้อยใจกับคนที่เป็นที่รักหรือคนใกล้ชิด การรู้สึกด้อยค่าขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดี จากครอบครัว (สามี-ภรรยา) การสื่อสารภายในครอบครัว ตลอดจนการใช้คำพูดที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อจิตใจ ซึ่งทั้งหมดสะสมนานเข้าจนกลายเป็นภาวะซึมเศร้าตามมาและบางรายคิดฆ่าตัวตาย

“ปัญหาสุขภาพจิตหรือภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้าน ก็มีอยู่พอสมควร ส่วนมากก็เกิดจากปัญหาภายในครอบครัวนั้นๆ เช่น สามีภรรยาทะเลาะกัน บุตรหลานไม่เชื่อฟังพ่อแม่ ปัญหาหนี้สิน เป็นต้น ซึ่งเหล่านี้นำมาซึ่งการมีสุขภาพจิตไม่ดีและซึมเศร้าตามมา”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ปัญหาสุขภาพจิต คนมีความซึมเศร้าในชุมชน ในแต่ละหมู่บ้านก็น่าจะมีหลายหลังคาเรือน หลายครอบครัว ส่วนมากก็เกิดมาจากความไม่เข้าใจกันของคนในครอบครัว โดยเฉพาะสามี-ภรรยาที่ใช้คำพูดไม่ดีต่อกัน เป็นที่มาของความเครียด บางครอบครัวก็มีเรื่องของบุตรหลานที่ไม่เชื่อฟังพ่อแม่ หรือน้อยใจพ่อแม่ ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าตามมา”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของคนในชุมชนที่ผ่านมานั้น มีในทุกชุมชนและเกิดขึ้นในทุกปี โดยรายล่าสุดเป็นผู้ป่วยทางจิต ที่กระโดดบันไดสะพานระแทกพื้นซีเมนต์เสียชีวิต ซึ่งมูลเหตุที่ฆ่าตัวตายเพราะความน้อยใจคนในครอบครัวที่ไม่ค่อยสนใจหรือดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวเองตาย ในทางพระพุทธศาสนาถือว่าเป็นบาปหนัก แต่คนเราก็ยังทำ และมีให้เห็นในทุกๆปี ส่วนมากก็เป็นเพราะคนมีจิตใจไม่หนักแน่นเจอปัญหาอะไรมากระทบจิตใจก็มีอาการหวนไหว ไม่อดทน ท้อแท้ง่าย อวดมาคิดว่า เป็นเพราะผู้คนห่างวิคห่างศาสนา จนทำให้จิตใจฟุ้งซ่าน ดังนั้นให้หมั่นเข้าวัดฝึกจิตเจริญภาวนา ปัญหาเหล่านี้จึงจะลดน้อยลง”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ภาวะซึมเศร้าและคิดที่จะฆ่าตัวตายของวัยรุ่น ซึ่ง 2-3 ปีที่ผ่านมาวัยรุ่นคิดทำร้ายตัวเอง สาเหตุเกิดจากน้อยใจผู้ปกครองที่คิดว่าพ่อแม่ผู้ปกครองไม่รัก ไม่เข้าใจใจตนเอง จึงประชดด้วยการกินยาเกินขนาดเพื่อฆ่าตัวตาย หรือความไม่เข้าใจใจของพ่อแม่ผู้ปกครองเมื่อลูกของตัวเองผิดหวังในความรักทำให้เด็กมีภาวะซึมเศร้าและคิดที่จะฆ่าตัวตายตามมา

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ภาวะซึมเศร้าและคิดที่จะฆ่าตัวตายของวัยรุ่นนั้น เป็นเพราะผิดหวังในความรักพ่อแม่ห้ามไม่ให้มีแฟนขณะเรียนหนังสือ จนเกิดการน้อยใจพ่อแม่ เก็บตัวไม่พูดคุยกับใคร คิดอยากตาย ทำร้ายตัวเองด้วยการกรีดข้อมือประชดผู้ปกครองไม่รัก ทำให้มีภาวะซึมเศร้าและคิดที่จะฆ่าตัวตายจนต้องเข้ารับการรักษา

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

3. ผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวนหนึ่งเป็นผู้สูงอายุและป่วยเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ซึ่งกลุ่มดังกล่าว รู้สึกไม่พึงพอใจกับสภาพร่างกายที่เจ็บป่วย และบางรายขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดี ทำให้กลุ่มเหล่านี้มีภาวะซึมเศร้าได้ ดังคำบอกเล่าต่อไปนี้

“ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าเท่าที่มีอยู่ในชุมชน หลายคนเป็นผู้สูงอายุและป่วยเรื้อรังคือป่วยโรคเบาหวาน บางรายก็ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งรู้สึกว่า เมื่อตอนกลางวันจะถูกปล่อยให้อยู่บ้านคนเดียวตลอด ลูกหลานไปทำงานหมด จนเป็นอาการซึมเศร้าในที่สุด”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“จากการทำงาน อสม. ในหมู่บ้าน ทำให้ทราบว่า ผู้สูงอายุและผู้พิการมักจะมีอาการเข้าข่ายว่ามีภาวะซึมเศร้า เพราะในแต่ละวัน นั่งห้อยซึมอยู่คนเดียว ไม่มีใครมาเล่นพูดคุยที่ด้วย ตกตอนเย็นลูกหลานกลับมาจากทำงานจึงได้มีเพื่อนพูดคุย ทำให้ป่วยเป็นภาวะซึมเศร้าตามมา”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้าน มักเป็นผู้สูงอายุและป่วยเรื้อรังโรคเบาหวาน บางรายเดินไปไหนมาไหนไม่ได้ ในแต่ละวันนั่งเหม่อ คอยมองคนเดินผ่านไปผ่านมา พอเข้าไปสอบถามจึงทราบว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า และกินยาซึมเศร้าในทุกวันนี้” (การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

4. ปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา การคิดสารเสพติดจำพวกกัญชาและยาบ้า ซึ่งเมื่อใช้เป็นระยะเวลานานๆ จนทำให้ป่วยทางจิตตามมา

“ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอยู่ในพื้นที่ชุมชนของเรานั้น จะเห็นได้ว่า เกือบทุกคนเคยใช้ยาเสพติดมา ไม่ยาบ้า ก็กัญชา หรือไม่ก็สารระเหย ทำให้ประสาทเสียและเป็นบ้าหลายเป็นผู้ป่วยที่ต้องกินยาจิตเวชตามมาในที่สุด”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลายคน ส่วนใหญ่ชอบดื่มสุรา ชอบมั่วสุมยาเสพติด ไปอาศัยอยู่ที่อื่นเป็นระยะเวลานานๆ พอกลับมาบ้านก็มีอาการคลุ้มคลั่ง ประสาทหลอน พ่อแม่พาไปรักษา จนกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องกินยาตลอดในตอนี้”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ประวัติของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนหลายคน โดยเฉพาะผู้ชาย ตอนหนุ่มไม่มีอาการอะไร แต่พอไปคบเพื่อน และเพื่อนๆ พาไปมั่วสุมยาเสพติดกัน หลังจากนั้นก็มีอาการทางจิตประสาทหลอน อาระวาท พาไปรักษา หมอที่โรงพยาบาลบอกว่าต้องกินยาจิตเวช เป็นผู้ป่วยจิตเวชแล้ว”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

5. สตรีที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า

นอกจากภาวะซึมเศร้า โรคซึมเศร้าที่เกิดกับบุคคลทั่วไปแล้วยังพบว่า มีสตรีจำนวนหนึ่ง มีภาวะซึมเศร้าโดยเป็นผลมาจากการกระทำของสามี ปัญหาภายในครอบครัวที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) ดังนี้

“ผู้มีภาวะซึมเศร้าที่หมู่บ้าน 2 คน ซึมเศร้าเพราะเบื่อหน่ายสามีที่ดื่มเหล้าทุกวัน กลับมาบ้านก็ดูค่าภรรยา ว่าดูแลบ้านไม่ดี พุดจากร้าวร้าว ฝ่ายภรรยาที่สู้อดทน แบกรับภาวะกดดันทางใจมาโดยตลอดจนมีภาวะซึมเศร้าในที่สุด

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“ดิฉันเป็นหนึ่งในกลุ่มสตรีที่มีภาวะซึมเศร้า ที่เป็นผลจากการกระทำของสามี ซึ่งสามีของดิฉันติดยาบ้า และดื่มเหล้าด้วย ซึ่งวันไหนถ้าสามีดื่มเหล้า หรือเสพยากลับมา ซึ่งไม่รู้มันไปเสพยามาจากที่ไหน พอมันกลับมาบ้าน ต้องรีบหากับข้าวให้มันกิน ไม่เช่นนั้นมันจะด่า เอะอะ โวยวาย ทำลายข้าวของภายในบ้าน ซึ่งดิฉันก็อดทนมาแทบทุกวันนี้ ไม่สามารถแก้ไขอะไรได้”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“สามีดิฉันดื่มสุรา ดื่มสุรา เมากลับมาบ้านทุกวัน ทำงานได้ไม่เป็นเงินเป็นอัน ได้เงินมาก็นำไปซื้อสุราดื่ม บางวันเมากจนขาดสติบ่อยๆ ปัสสาวะหรือนอนไม่เลือกสถานที่ ไม่รู้สึกผิดชอบชั่วดี จนสังคมนั่งเกียจ ลูก-ภรรยาเบือนหน้าเอือมระอา จนดิฉันไม่กล้าสู้น้ำบ้านเมืองเขาเพราะอับอาย”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

“สามีติดยา บางครั้งก็ขายยาเสพติด (ยาบ้า) กลับบ้านไม่ตรงเวลา บางวันไม่ยอมกลับบ้าน โดยไม่บอกสาเหตุ และค่าลูก-เมีย คุยกันดีๆ ไม่ได้ ดิฉันก็ทำหน้าที่ดูแลบ้าน ดูแลลูกไป ไม่ไปโต้เถียงหรือตอบโต้มัน เพราะกลัวมันทำร้ายเอา”

(การสนทนากลุ่ม กุมภาพันธ์ 2560)

จากข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของตัวแทนชุมชนถึงสภาพการณ์ปัญหา การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สรุปได้ว่า รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันเท่าที่ควร ส่วนปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาภายในครอบครัว ปัญหาด้านสัมพันธภาพ ความไม่เข้าใจกัน ความรู้สึกด้อยค่า โดดเดี่ยว ปัญหาการเจ็บป่วย ปัญหาการดื่มสุรายาเสพติด ส่วนสตรีที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) เกิดจากสามีทำร้ายจิตใจและมีเรื่องของสุรายาเสพติดเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

6. ข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ที่มีแหล่งข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ สรุปได้ดังนี้

1) จากการสรุปข้อมูลผู้ป่วยทางจิตในพื้นที่ มีผู้ป่วยโรคทางจิตเวช 57 ราย มีผู้ป่วยขาดยาและมีอาการทางจิตบ่อย ๆ แต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาโดยคณะทำงานภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

2) ข้อมูลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากการคัดกรอง 2Q และ 9Q ในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปรวมถึง 7 กลุ่มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ารวมทั้งสิ้นจำนวน 2,183 คน พบผู้มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.42 ซึ่งกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้ามนี้ เป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลจากชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยจะมีแผนการดูแลช่วยเหลือจากการประชุมกลุ่มย่อยแบบพหุภาคีในชุมชนในพื้นที่ ต่อไป

3) ข้อมูลการฆ่าตัวตาย

ในปี 2558-2559 ที่ผ่านมามีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 6 ราย และฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย โดยที่ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยวิธีแขวนคอและกระโดดจากที่สูง

รายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยการแขวนคอ เป็นชายอายุ 42 ปี และ 38 ปี มูลเหตุสำคัญคือความคับข้องใจ น้อยใจกับคนในครอบครัว ประกอบกับฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ ที่เป็นตัวกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนอีก 1 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งฆ่าตัวตายโดยวิธีกระโดดจากที่สูง

ข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 3 ราย โดยการกินยาเพื่อฆ่าตัวตาย 2 ราย สาเหตุเพราะความน้อยใจ คับข้องใจกับบุคคลในครอบครัว ส่วนอีก 1 ราย เป็นการขับขีรถจักรยานยนต์ชนต้นไม้ข้างทางเพื่อหวังจะฆ่าตัวตาย ซึ่งมูลเหตุสำคัญคือน้อยใจภรรยาและลูก ๆ ประกอบกับฤทธิ์ของสุราเป็นตัวกระตุ้น

4) ข้อมูลการทำร้ายตัวเอง

ในปี 2559-2560 ที่ผ่านมามีผู้ทำร้ายตัวเองในพื้นที่จำนวน 3 คน ดังนี้

(1) หญิงอายุ 14 ปี และ 18 ปี คนแรกทำร้ายตัวเองโดยการกรีดแขน-ข้อมือ ส่วนคนที่อายุ 18 ปี ทำร้ายตัวเองโดยการกินยาพาราเซตามอลจำนวนประมาณ 10 เม็ดเพื่อประชดคนในครอบครัวที่กีดกันในความรัก จึงไม่สมหวังในความรัก

(2) ชายอายุ 38 ปี ทำร้ายตัวเองด้วยการแขวนคอกับเปลนอน (ไม่ยอมตายจริง เพียงแต่อยากลองทำดู) ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิต

จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่าสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำมีอัตราค่อนข้างสูงและมีทุก ๆ ปีเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น และสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิตนั้นมีในทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้สูงอายุ ส่วนผู้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และมีฐานะทางบ้านไม่ค่อยดี ในประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายและการทำร้ายร่างกายตัวเองนั้น มักจะมีในวัยทำงานและวัยรุ่น บางรายเป็นผู้ป่วยทางจิต มูลเหตุสำคัญคือการความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวและฤทธิ์ของสุรา

7. ผลจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือ 2 ข้อคำถาม (2Q) และ 9 คำถาม (9Q) พบผู้มีภาวะซึมเศร้า 53 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.42 และพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 9 ราย จึงได้

ใช้ผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 53 ราย เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและทดลองใช้รูปแบบการพัฒนา โดย ผลการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลพบรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จำแนกข้อมูลตาม	จำนวน (n = 53)	ร้อยละ(100.0)
1.เพศ		
ชาย	10	18.9
หญิง	43	81.1
2.อายุ(ปี)		
ต่ำกว่า 40 ปี	7	13.2
41- 50 ปี	5	9.4
51 - 50 ปี	7	13.2
61 – 70 ปี	23	43.4
71 ปีขึ้นไป	11	20.8
	\bar{x} =62.22 ปี ,S.D.=8.47, MAX=78 ปี ,MIN =32 ปี	
3.สถานภาพสมรส		
โสด	6	11.3
คู่	30	56.6
หม้าย	17	32.1
4.ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	48	90.6
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	5	9.4
5.อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	27	50.9
งานบ้าน	22	41.5
ค้าขาย	2	3.8
รับจ้าง	2	3.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

จำแนกข้อมูลตาม	จำนวน(n = 53)	ร้อยละ(100.0)
6.รายได้ต่อปี		
ต่ำกว่า 30,000 บาท	45	84.9
30,001-40,000บาท	8	15.1
7.บทบาทหน้าที่ทางสังคม		
ชาวบ้าน	44	83.0
อสม.	5	9.4
กรรมการหมู่บ้าน.	4	7.5
8.ปัญหาสุขภาพ		
ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพ	26	49.1
โรคเบาหวาน	12	22.6
โรคความดันโลหิตสูง	11	20.8
โรคสะเก็ดเงิน	2	3.8
โรคหัวใจและหลอดเลือด	1	1.9
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Aids)	1	1.9
9.ปัญหาภายในครอบครัว		
ไม่มีปัญหา	32	60.4
สามีชอบดื่มสุรา	17	32.1
ลูกเกรงไม่เชื่อฟัง	4	7.5

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 81.1) อายุระหว่าง 61 – 70 ปี (ร้อยละ 43.4) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 56.6) การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 90.6) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 50.9) รายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000 บาทหรือน้อยกว่า (ร้อยละ 84.9) บทบาทหน้าที่ในชุมชนเป็นชาวบ้านธรรมดา (ร้อยละ 83.0) มีปัญหาด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง (ร้อยละ 49.9) ไม่มีปัญหาภายในครอบครัว (ร้อยละ 60.4)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละผลการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำแนกระดับภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวม ภาวะซึมเศร้า	ระดับการการแปรผล	จำนวน (n = 53)	ร้อยละ (100.0)
7 – 12 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, Mild)	46	86.8
13 – 18 คะแนน	ภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)	6	11.3
> 19 คะแนน	ภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, Severe)	1	1.9

จากตาราง 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย 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)

ตารางที่ 4.3 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=53)

9 ข้อคำถาม	ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.
1	เบื่อไม่สนใจอยากทำอะไร	1.22	.46
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	1.24	.42
3	หลับยากหรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	1.35	.48
4	เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง	1.73	.48
5	เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป	1.09	.29
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเองคิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	1.67	.47

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

9 ข้อคำถาม	ภาวะซึมเศร้า	\bar{x}	S.D.
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	1.07	.26
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	1.03	.19
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0.56	.50
โดยรวม		1.23	.22

จากตาราง 4.3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.23) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 8 ข้อ คือ เมื่อไม่สนใจอยากทำอะไร (ค่าเฉลี่ย 1.22) ไม่สบายใจซึมเศร้าท้อแท้ (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) พูดซ้ำทำอะไรซ้ำหรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น (ค่าเฉลี่ย 1.03) มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ข้อ คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี (ค่าเฉลี่ย 0.56)

ตารางที่ 4.4 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=53)

ความเข้มแข็งทางใจ	\bar{x}	S.D.
1. มีความรู้สึกดี เห็นคุณค่าในตัวเอง แม้คนอื่นไม่เห็น	2.09	.29
2. มีการชื่นชมการกระทำและงานของตนเองเป็น	2.00	.02
3. ทำงานอย่างประณีตและหมั่นปรับปรุงตลอด	2.05	.23
4. จัดลำดับความสำคัญในเรื่องต่างๆ ได้ดี	2.01	.13
5. รู้ตัวเมื่อโกรธและมีวิธีวางใจให้คลายได้ไว	2.03	.19

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ความเข้มแข็งทางใจ	\bar{x}	S.D.
6. รู้ตัวเมื่อท้อแท้และมีวิธีแก้ไขฟื้นตัวได้ไว	2.13	.34
7. สร้างและรักษามิตรภาพกับบุคคลรอบตัวได้ดี	2.92	.26
8. ปรึกษาผู้รู้และบุคคลอื่นๆเมื่อเจอปัญหา	2.83	.37
9. มีคนอื่น(หรือสิ่งยึดเหนี่ยว) ที่คนสนิท ไว้วางใจ และผูกพัน	2.92	.26
10. มุ่งมีชีวิตที่สงบเย็น ใช้ชีวิตแบบพอเพียง พอใจในสิ่งที่ตนมี	2.09	.29
11. มุ่งทำประโยชน์แก่ส่วนรวมหรือคนที่ด้อยกว่า	2.09	.29
12. มีแผนการ โครงการที่จะทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้	2.01	.13
โดยรวม	2.26	.11

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 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) มุ่งมีชีวิตที่สงบเย็น ใช้ชีวิตแบบพอเพียงพอใจในสิ่งที่ตนมี (ค่าเฉลี่ย 2.09) มุ่งทำประโยชน์แก่ส่วนรวมหรือคนที่ด้อยกว่า (ค่าเฉลี่ย 2.09) มีแผนการ โครงการที่จะทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ (ค่าเฉลี่ย 2.01) มีค่าเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับปานกลางใน 3 ข้อคือ สร้างและรักษามิตรภาพกับบุคคลรอบตัวได้ดี (ค่าเฉลี่ย 2.92) ปรึกษาผู้รู้และบุคคลอื่นๆเมื่อเจอปัญหา (ค่าเฉลี่ย 2.83) มีคนอื่น(หรือสิ่งยึดเหนี่ยว) ที่คนสนิท ไว้วางใจและผูกพัน (ค่าเฉลี่ย 2.92)

ตารางที่ 4.5 แสดงผลการประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำแนกตามระดับความสุข

ค่าคะแนนความสุข	การแปลผล	จำนวน (n=53)	ร้อยละ (100.0)
26 คะแนน หรือ น้อยกว่า	มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor)	30	56.5
27-32 คะแนน	มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (fair)	23	43.5
คะแนน 33-45 คะแนน	มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (good)	0	0.0

จากตารางที่ 4.5 ผลการประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 53 ราย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5)

ตารางที่ 4.6 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (n=53)

ประเด็นประเมินความสุขในชีวิต	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
1. มีความรู้สึกที่ชีวิตมีความสุข	0.69	.27	น้อย
2. มีความรู้สึกภูมิใจในตนเอง	0.91	.13	น้อย
3. ต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้	1.24	.65	ปานกลาง
4. มีความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตัวเอง	1.08	.13	ปานกลาง
5. มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนอื่นๆ	1.83	.42	ปานกลาง
6. รู้สึกประสบความสำเร็จมีความก้าวหน้าในชีวิต	0.23	.34	น้อย
7. มีความมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	0.38	.13	น้อย

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ประเด็นประเมินความสุขในชีวิต	\bar{x}	S.D.	การแปลผล
8. ถ้ามีสิ่งต่างๆที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังจะรู้สึกหงุดหงิด	0.85	.23	น้อย
9. สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตัวเอง	1.16	.37	ปานกลาง
10. รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	1.84	.36	ปานกลาง
11. มีความมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ	0.98	.13	น้อย
12. มีความรู้สึกว่าคุณค่าของงานไร้ค่าไม่มีประโยชน์	1.02	.01	ปานกลาง
13. มีเพื่อนหรือญาติที่คอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ	0.67	.47	น้อย
14. มีความมั่นใจว่าชุมชนที่อยู่อาศัยมีความปลอดภัย	2.28	.23	มาก
15. การมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด	1.03	.19	ปานกลาง
โดยรวม	1.98	.08	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.6 พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยรวมมีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.98) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่ามีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับปานกลางใน 7 ข้อคือ ต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ (ค่าเฉลี่ย 1.24) มีความพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 1.08) มีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนอื่นๆ (ค่าเฉลี่ย 1.83) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆด้วยตัวเอง (ค่าเฉลี่ย 1.16) รู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา (ค่าเฉลี่ย 1.84) มีความรู้สึกว่าคุณค่าของงานไร้ค่าไม่มีประโยชน์ (ค่าเฉลี่ย 1.02) และมีโอกาสได้พักผ่อนคลายเครียด (ค่าเฉลี่ย 1.03) มีค่าเฉลี่ยความสุขอยู่ในระดับน้อยใน 7 ข้อคือ มีความรู้สึกว่าคุณค่าของงานไร้ค่าไม่มีประโยชน์ (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)

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย สรุปได้ว่า ผู้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงสูงอายุ มีรายได้น้อย มีปัญหาด้านสุขภาพป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาในครอบครัวเพราะคนในครอบครัวดื่มสุรา คิดว่าปัญหาของชุมชนคือปัญหาเสพติด มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย 46 ราย ระดับปานกลาง 6 ราย และระดับรุนแรง 1 ราย และมีคะแนนในคำถามข้อที่ 9 คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมากกว่าครึ่งคือร้อยละ 56.6 และค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.23) มีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อได้ข้อมูลสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแล้ว ผู้วิจัย จึงได้นำข้อมูลทั้งหมดคืนสู่ชุมชนเพื่อจะนำไปสู่การสร้างรูปแบบ แนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ในหัวข้อต่อไปนี้จะเป็นการนำเสนอกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยแนวทางการพัฒนารูปแบบนั้นได้ใช้เครื่องมือเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation:TOP) ประกอบด้วยการอภิปรายปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นเครื่องมือในการพัฒนารูปแบบตามลำดับดังนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผนพัฒนา

ในขั้นตอนนี้ เริ่มต้นด้วยการอภิปรายปัญหา (Discussion Orid Method) จากนั้นจะเป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ตามลำดับดังนี้

2.1.1 การสนทนาถึงสภาพการณ์ปัญหา ซึ่งผู้วิจัย ได้นำข้อมูลสภาพการณ์ปัญหาที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าในขั้นตอนที่ 1 เพื่อเป็นการสรุปบทเรียนที่ผ่านมามากปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ (ORID) เพื่อที่จะนำเข้าสู่กระบวนการวางแผนงานแก้ไขปัญหามุ่งเน้นในขั้นตอนต่อไป โดยการนัดหมายผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่แบบพหุภาคี เป็นคณะทำงานเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนา จำนวน 56 คน ซึ่งผู้วิจัยได้คืนข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต ข้อมูลปัญหาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และให้คณะทำงานกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และร่วมกันพิจารณาลำดับความสำคัญปัญหาที่จะทำการแก้ไขและร่วมกันตัดสินใจ (Decision) เพื่อเลือกแนวทางการที่กลุ่มจะทำการแก้ไข

ปัญหาต่อไป ผลของการนำเสนอปัญหาสุขภาพจิตของคณะทำงาน สามารถสรุปและจัดอันดับความสำคัญได้ดังตาราง 4.7

ตารางที่ 4.7 แสดงสภาพการณ์ปัญหาและมูลเหตุของปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในพื้นที่

ลำดับ	สภาพการณ์ปัญหา	มูลเหตุของปัญหา
1	ปัญหาสุขภาพจิตที่มาจากครอบครัว รวมถึงภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากครอบครัว	<ul style="list-style-type: none"> - ความไม่เข้าใจกันของบุคคลในครอบครัว - การสื่อสารระหว่างกันของบุคคลในครอบครัว - การดื่มสุราของสามี - การไม่ซื่อสัตย์ต่อคู่ครองตนเอง - พฤติกรรมของสามีและบุตรหลานในความดูแล - การหย่าร้าง (ผลกระทบต่อลูก) - การมีบุคคลที่เป็นภาระที่ต้องดูแล - ความสูญเสียของรัก บุคคลที่เป็นที่รัก - ความผิดหวัง ความไม่สมหวังในชีวิต - ปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว - โรคภัยและปัญหาสุขภาพ - ความรู้สึกด้อยค่าในครอบครัว
2	ปัญหาสุรา ยาเสพติด (วัยรุ่น-วัยทำงาน)	<ul style="list-style-type: none"> - ติดเพื่อน - อยากลอง - ยาเสพติดง่ายต่อการเข้าถึง - พ่อแม่ไม่เข้าใจ - พ่อแม่ไม่ดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร - การดื่มเหล้าและอยากลองใช้สารเสพติด
3	ปัญหาผู้ป่วยจิต ขาดยา อาระวาท สร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัว และชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ป่วยขาดยา - ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง - ไม่มีผู้ดูแลที่ดี - ผู้ป่วยดื่มสุรา
4	ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีภาวะซึมเศร้าตามมา	<ul style="list-style-type: none"> - ขาดความรู้ความเข้าใจ - พ่อแม่ดูแลไม่ดีตามมา

จากตารางที่ 4.7 สรุปได้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าในพื้นที่นั้น เป็นผลมาจากครอบครัว บุคคลภายในครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้น แนวทางการแก้ไขปัญหามุ่งเน้นการแก้ไข ปัญหาภายในครอบครัว พร้อมทั้งการจัดการภายในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีของ ประชาชน ซึ่งการจัดการกระบวนการแก้ไขปัญหานี้ จะเป็นขั้นตอนต่อไป

2.2 การวางแผนพัฒนา

ในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) เพื่อสร้าง กรอบในการพัฒนาและแก้ปัญหาด้วยวิธีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) โดยจัดประชุม คณะทำงานจำนวน 2 วัน โดยกระบวนการสำคัญคือการสร้างกระบวนการเรียนรู้ การวางแผน ปฏิบัติจริง และการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามแผนปฏิบัติการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1 ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation : A)

โดยให้วิทยากรจากงานสุขภาพจิตโรงพยาบาล โสธร จัดกิจกรรมให้ความรู้ แนวคิดการดำเนินงานป้องกันปัญหา หลักการ แนวทางการดำเนินงานเพื่อค้นหา ฝ้าระวัง ดูแล ช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โครงสร้างบทบาท คณะทำงาน งบประมาณแผนงาน โครงการงาน การจัดการ และการติดตามประเมินผล โดยใช้เทคนิค กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เริ่มจากการทบทวนถึงสภาพการปัญหา โดยให้กลุ่มผู้เข้ารับ การประชุมแบ่งกลุ่มเป็น 5 กลุ่มทบทวนสภาพปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัว ตาย วิเคราะห์สาเหตุและแนวทางการแก้ไข เสนอความคิดเห็นต่อที่ประชุม จากนั้นผู้วิจัยนำมาสรุปล และวิเคราะห์ข้อมูล (Content analysis) สภาพปัญหา สาเหตุของปัญหา และแนวทางแก้ไข ซึ่งสภาพ ปัญหาที่ผ่านมา มีประเด็นที่น่าสนใจ ดังข้อคิดเห็นของคณะทำงานในที่ประชุม ซึ่งสรุปได้ดังตาราง 4.8

ตารางที่ 4.8 สรุปผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา สาเหตุ และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ในกระบวนการ A-I-C

สภาพปัญหา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
มีภาวะซึมเศร้าที่เกิดภายในครอบครัว สุขภาพจิตไม่ดี ท้อแท้ สิ้นหวัง	<ul style="list-style-type: none"> - ความไม่เข้าใจกันของบุคคลในครอบครัว - การสื่อสารระหว่างกันของบุคคลในครอบครัว - การดื่มสุราของสามี - การหย่าร้าง (ผลกระทบต่อลูก) - การมีภาระที่ต้องดูแลรับผิดชอบ - ความผิดหวัง ความไม่สมหวังในชีวิต - ปัญหาด้านเศรษฐกิจภายในครอบครัว - โรคภัยและปัญหาสุขภาพ - ความรู้สึกด้อยค่าในครอบครัว 	<ol style="list-style-type: none"> 1.เสริมสร้างพลัง (Empowerment) แก่กลุ่มเป้าหมาย 2.อบรม/ใช้แนวทางธรรมะอันดีงามของวัฒนธรรมไทย หรือกิจกรรมด้านศาสนา 3.ส่งเสริมการจัดกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในชุมชน 4.การติดตามเยี่ยมเยียนที่บ้าน 5.การแก้ปัญหาด้านอื่น ๆ เช่น สุรา ยาเสพติด หนี้สิน เป็นต้น
2.ปัญหาสุรา ยาเสพติด (วัยรุ่น-วัยทำงาน)	<ul style="list-style-type: none"> - ติดเพื่อน - อยากลอง - ยาเสพติดง่ายต่อการเข้าถึง - พ่อแม่ไม่เข้าใจ - พ่อแม่ไม่ดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร - การดื่มเหล้าและอยากลองใช้สารเสพติด 	<ol style="list-style-type: none"> 1.จัดระเบียบในหมู่บ้าน 2.โรงเรียนเข้มงวดเรื่องยาเสพติดมากขึ้น 3.ผู้ปกครองควรคอยตรวจสอบดูแลวัยรุ่น

ตารางที่ 4.8 (ต่อ)

สภาพปัญหา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข
3.ปัญหาผู้ป่วยจิต ขาดยา อาระวาท สร้างความ เดือดร้อนแก่ครอบครัวและ ชุมชน	- ผู้ป่วยขาดยา - ผู้ป่วยกินยาไม่ต่อเนื่อง - ไม่มีผู้ดูแลที่ดี - ผู้ป่วยดื้อสุรา	1.สร้างและพัฒนาศักยภาพ ให้กับผู้ดูแลโดยครอบครัว และชุมชน 2.การติดตามเยี่ยมที่บ้าน 3.การสร้างระบบการเฝ้า ระวังโดยชุมชน
4.ปัญหาหญิงตั้งครรภ์ไม่พึง ประสงค์และมีภาวะซึมเศร้า ตามมา	- ขาดความรู้ความเข้าใจ - พ่อแม่ดูแลไม่ดี	1.สร้างเสริมทักษะชีวิตกับ กลุ่มวัยรุ่น 2.ส่งเสริมความรู้ ความ เข้าใจกับกลุ่มผู้ปกครอง

สรุปได้ว่าสภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าปัญหาสำคัญมาจากปัญหาภายในครอบครัวเป็นหลัก และการฆ่าตัวตายในพื้นที่ที่มีอัตรา ก่อนข้างสูงและเกิดในมีทุก ๆ ปี ผู้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคนและ ผู้สูงอายุ และมีฐานะทางครอบครัวไม่ค่อยดี หลายรายป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีปัญหาในครอบครัว เพราะคนในครอบครัวดื้อสุรา คิดว่าปัญหาของชุมชนคือปัญหายาเสพติด มีคะแนนความสุขน้อย กว่าคนทั่วไป และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งทางใจอยู่ในระดับน้อย ซึ่งเมื่อผู้วิจัยได้นำข้อมูล สภาพการณ์ปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้คณะทำงานสร้างรูปแบบ การพัฒนาแก้ไข พบว่า มีหลายปัญหาที่คณะทำงานในพื้นที่ไม่สามารถดำเนินการได้หรืออาจทำไม่ สำเร็จในช่วงเวลาที่จำกัด จึงมีมติในที่ประชุมให้มีการแก้ไขปัญหาในกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าก่อนเป็น ลำดับแรก

“ผลการประชุมก็ออกมาอย่างชัดเจนแล้วว่า ชุมชนของเรามีปัญหาของผู้มีภาวะ ซึมเศร้า โรคซึมเศร้า และมีผู้ฆ่าตัวตายดังที่เคยได้เห็นกัน ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา สาเหตุของปัญหาโรค ซึมเศร้านั้นมาจากปัญหาภายในครอบครัวเป็นหลัก ดังนั้นการแก้ปัญหาก็ต้องเริ่มที่ครอบครัว เช่นกัน”

(การประชุมเชิงปฏิบัติการ, มีนาคม 2560)

“ข้อมูลที่ได้จากการประชุม นั้น มีปัญหาหลายอย่างหลายประเด็น แต่ด้วยระยะเวลาอันสั้น คณะทำงานพวกเราคงไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาในวัยรุ่น เป็นต้น แต่เราควรนำปัญหาโรคซึมเศร้ามาดำเนินการแก้ไขก่อน เพราะสามารถทำได้เลย และน่าจะใช้งบประมาณไม่มากนัก”

(การประชุมเชิงปฏิบัติการ, มีนาคม 2560)

“ข้อมูลที่ได้จากการประชุม นั้น มีปัญหาหลายอย่างหลายประเด็น แต่ด้วยระยะเวลาอันสั้น คณะทำงานพวกเราคงไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เช่น ปัญหาหนี้สิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาในวัยรุ่น เป็นต้น แต่เราควรนำปัญหาโรคซึมเศร้ามาดำเนินการแก้ไขก่อน เพราะสามารถทำได้เลย และน่าจะใช้งบประมาณไม่มากนัก”

(การประชุมเชิงปฏิบัติการ, มีนาคม 2560)

“จากข้อมูลสภาพการณ์ปัญหาในประเด็นต่าง ๆ เห็นด้วยกับทางผู้ใหญ่บ้านเชิงคำ พวกเราควรแก้ไขปัญหาระงควุ่นก่อน คือปัญหาโรคซึมเศร้าและกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนปัญหาหนี้สิน ปัญหายาเสพติด ปัญหาในวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ใหญ่และยุ่งยากพอสมควร ลำพังพวกเราคงไม่สามารถแก้ไขได้”

(การประชุมเชิงปฏิบัติการ, มีนาคม 2560)

สรุปได้ว่ามติในที่ประชุมเห็นชอบให้มีการแก้ไขปัญหากับผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเป็นลำดับแรก จากนั้นเป็นขั้นตอนของการสร้างเป้าหมายในอนาคตหรือการกำหนดวิสัยทัศน์ อันเป็นภาพอันพึงประสงค์ที่ต้องการให้เกิดขึ้น ซึ่งผู้วิจัยและทีมวิทยากรได้ให้แต่ละกลุ่มย่อย 5 กลุ่ม ร่วมกันกำหนดวิสัยทัศน์หรือภาพฝันที่ต้องการให้เกิดขึ้นในอนาคตข้างหน้า จากนั้นนำมาสรุปร่วมกันในกลุ่มใหญ่ ซึ่งผู้วิจัยกำหนดให้แต่ละกลุ่มสรุปภาพฝันที่กลุ่มดำเนินการในปัญหาโรคซึมเศร้าที่ดำเนินการมาในกระบวนการ แรกซึ่งสรุปได้ดังนี้

- กลุ่มที่ 1 ภาพฝันที่ต้องการ พวกเราไม่เศร้าแล้ว
- กลุ่มที่ 2 ภาพฝันที่ต้องการ ชุมชนใส่ใจห่วงใยคนเศร้า
- กลุ่มที่ 3 ภาพฝันที่ต้องการ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนน่าอยู่ ดูแลและห่วงใยผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า
- กลุ่มที่ 4 ภาพฝันที่ต้องการ สุขภาพจิตที่ดี เพราะครอบครัวอบอุ่น ชุมชนน่าอยู่
- กลุ่มที่ 5 ภาพฝันที่ต้องการ ปัญหาสุขภาพจิตหมดไป โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

จากนั้นได้นำมาสรุปเป็นภาพพื้นที่ต้องการของคณะกรรมการกลุ่มใหญ่ ซึ่งมีมติร่วมกันว่า ภาพฝันหรือวิสัยทัศน์ของกลุ่มที่ 3 คือ “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนน่าอยู่ ดูแลและห่วงใยผู้มีปัญหาภาวะซึมเศร้า” ใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากนั้นจึงนำไปสู่ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

2.2.2 ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I)

ขั้นตอนดังกล่าว ดำเนินการ โดยที่วิทยากรให้กลุ่มแต่ละกลุ่ม ร่วมกันแสวงหาวิธี เสนอทางเลือกในการพัฒนา ตามภาพอันพึงประสงค์หรือที่กลุ่มใหญ่ได้ช่วยกันกำหนดวิสัยทัศน์ไว้แล้ว และกำหนดแนวทางการพัฒนา กำหนดเป้าหมาย และกิจกรรมการพัฒนา ดังตาราง 4.9

ตารางที่ 4.9 เป้าหมายและแนวการพัฒนา รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เป้าหมายการพัฒนา	แนวทางการพัฒนา
1. เยียวยาจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า	1. อบรมสร้างเสริมพลังใจแก่กลุ่มเป้าหมายผู้มีภาวะซึมเศร้า
2. การสร้างพลังใจให้กับตัวเอง (ผู้มีภาวะซึมเศร้า)	2. แนวทางสร้างเสริมความเข้มแข็งทางใจ
3. เยี่ยมบ้านเสริมพลังครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า	1. กิจกรรมธรรมบำบัด
4. การเปิดโลกทัศน์ผู้มีภาวะซึมเศร้า	2. การเข้าค่ายธรรมะ
	3. การฝึกสมาธิ, การฝึกพลังใจด้วยตนเอง
	1. การเยี่ยมบ้านผู้มีภาวะซึมเศร้า
	2. การเยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า
	3. การให้สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น
	1. การมีกิจกรรมยามว่าง
	2. การจัดกิจกรรมนันทนาการของชุมชน
	3. การทำงานอดิเรก

จากขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ผู้วิจัยและคณะทำงานได้ร่วมกันระดมสมอง (Brainstorming) เพื่อกำหนดรายละเอียดตามกิจกรรมดังตารางที่ 4.9 ซึ่งกิจกรรมดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่คณะทำงานพัฒนาขึ้น สรุปไว้ในขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

2.2.3 ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C)

หลังจากได้แนวทางการพัฒนา ลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรม คณะทำงานได้แบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการของแต่ละกิจกรรมเร่งด่วนเพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหาในระยะเวลาอันสั้น โดยรายละเอียดสำคัญของแต่ละกิจกรรม ซึ่งผู้วิจัยขอสรุปพอสังเขป ดังนี้

1) กิจกรรมค่ายเยียวยาจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมค่ายเยียวยาผู้มีภาวะซึมเศร้า โดยตั้งชื่อค่ายว่า “ค่ายสร้างสุข” หลักสูตร 2 วัน โดยให้ผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 53 คน เข้ารับการฝึกปฏิบัติในค่าย ซึ่งมีวิทยากรจากงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลโสธร และนักจิตวิทยา ตามหลัก 8 ประการสร้างสุข ประกอบด้วย 1) การรู้จักและทำความเข้าใจตัวเองให้ดีที่สุด 2) การฝึกทำจิตใจให้สดชื่นแจ่มใส 3) การฝึกรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความใจกว้าง 4) การปรับปรุงตนเองให้เข้ากับคนอื่นได้ 5) บำรุงรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ 6) การหาสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ 7) การจัดการความเครียดทางจิตใจ และ 8) การฝึกบริหารจิตใจ

2) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า

กิจกรรมดังกล่าวเป็นการเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 3 ครั้งคุณภาพ ตามหลักการเยี่ยม IN HOME SSS ประกอบด้วย การดูเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility Impairment) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) สภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน (Housing) บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง (Other people) การใช้ยา (Medication) การตรวจร่างกาย (Examination) ความปลอดภัย (Safety) จิตวิญญาณ ความเชื่อ ทัศนคติ (Spiritual) และการได้รับความช่วยเหลือ (Service) แต่กิจกรรมดังกล่าวนี้ มุ่งให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจเป็นหลัก พร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหาในด้านอื่นๆ เพื่อการประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เพื่อการแก้ไขปัญหาได้ตรงประเด็นมากยิ่งขึ้น กิจกรรมเยี่ยมบ้านนี้ ได้มีผู้ร่วมเยี่ยมบ้านคือ อสม.ประจำคุ้ม ผู้นำชุมชน นายก อบต.หรือตัวแทน โดยจะนำสิ่งของเยี่ยมที่เป็นของใช้ภายในบ้านเยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วย เช่น สบู่ ผงซักฟอก น้ำปลา เป็นต้น

3) กิจกรรมธรรมบำบัดในช่วงเข้าพรรษา

เป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตได้ โดยเป็นการให้กลุ่มตัวอย่าง รวมตัวกันทำกิจกรรมทางศาสนาที่วัดในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาซึ่งจะมีขึ้นทุกหมู่บ้าน โดยจะนำขบวนแห่ขบวนมาปฏิบัติธรรมที่วัดตั้งแต่เวลาประมาณ 15.00 น.-18.00 น. ในทุก ๆ วัน และจะถือศีลภาวนาและพักผ่อนค้างคืนที่วัดในวันพระทุกวัน โดยทางวัดจะมีพระครูประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การเดินจงกรม เป็นต้น ส่วนผู้ที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมนี้ได้ ก็มีการทำบุญตักบาตรตอนเช้า หรือ เดินทางไปทำบุญที่วัดแทน ขึ้น

4) กิจกรรมปลูกดอกดาวเรืองบริเวณหน้าบ้าน

เป็นการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์โดยการปลูกดอกดาวเรืองบริเวณหน้าบ้าน เพราะเป็นช่วงที่มีการเชิญชวนของภาครัฐ เพื่อรำลึกพระมหากรุณาธิคุณในหลวง ร.9 โดยให้ทุกคนเพาะต้นกล้าดอกดาวเรืองและปลูกบริเวณหน้าบ้านหรือบริเวณบ้าน ปริมาณจำนวนตามสมควรของแต่ละครอบครัว เพื่อให้ความสวยงามของดอกไม้ ช่วยบรรเทาหรือการความผ่อนคลายทางจิตใจและเป็นการรำลึกถึงสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ จะเป็นการสร้างพลังใจได้อีกทางหนึ่ง

5) กิจกรรมกับกลุ่มกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender)

จำนวน 12 คน

เป็นการอบรมในหลักสูตรการสร้างทักษะชีวิต การสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยการอบรมหลักสูตร 3 วัน 2 คืน โดยมีกิจกรรมสำคัญคือการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ซึ่งจะสามารถทำให้มีพลังใจมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมทั้ง 5 จะลำดับความสำคัญของแต่ละกิจกรรมและคณะทำงานได้แบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในแต่ละกิจกรรม โดยการจัดทำแผนปฏิบัติการตามตาราง 4.10 สรุปได้ ดังนี้

ตารางที่ 4.10 แสดงแผนงาน รายละเอียดกิจกรรม และการรับผิดชอบในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แผนงาน	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
1. การจัดตั้งคณะกรรมการและ มอบหมายภารกิจแต่ละ กิจกรรม	1. ประสานความร่วมมือจาก คณะกรรมการเครือข่ายที่ เกี่ยวข้อง 2. แต่งตั้งคณะกรรมการ 3. มอบหมายภารกิจ กำหนด ผู้รับผิดชอบและวางแผนงาน โครงการพัฒนา 4. อบรมพัฒนาคณะกรรมการ 5. กำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการในการแก้ไขปัญหา	- นายก อบต. - กำนันตำบลเชียงคำ - ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน - ผู้อำนวยการ สถานศึกษา - ผู้อำนวยการ รพ.สต.
2. กิจกรรมค่ายเยียวยาจิตใจผู้มี ภาวะซึมเศร้า	1. ประสานความร่วมมือจาก หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(งานจิตเวช รพ.ยโสธร) 2. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบมอบหมาย ภารกิจ 3. กำหนดหลักสูตร เยียวยาจิตใจ 8 ประการ 1) การรู้จักและทำความเข้าใจ เข้าใจตัวเอง 2) การฝึกทำจิตใจให้ สดชื่นแจ่มใส 3) การฝึกปรับ ความคิดเห็นของผู้อื่น 4) การ ปรับปรุงตนเอง 5) บำรุงรักษา สุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรง สมบูรณ์อยู่ 6) การหาสิ่งยึดเหนี่ยว จิตใจ 7) การจัดการความเครียด ทางจิตใจ และ 8) การฝึกบริหาร จิตใจ	- ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน - งานจิตเวช รพ.ยโสธร - ผู้อำนวยการ รพ.สต. - คณะ อสม.

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

แผนงาน	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
3. กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า	1. ประสานความร่วมมือคณะทำงาน 2. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบและมอบหมายภารกิจ 3. เยี่ยมบ้านผู้มีภาวะซึมเศร้า 3 ครั้ง คุณภาพ 4. ใช้หลักการเยี่ยม IN HOME SSS ประกอบด้วย การดูเรื่องของการเคลื่อนไหวร่างกาย (Immobility Impairment) ภาวะโภชนาการ (Nutrition) สภาวะแวดล้อมทั่วไปของบ้าน (Housing) บุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง (Other people) การใช้ยา (Medication) การตรวจร่างกาย (Examination) ความปลอดภัย (Safety) จิตวิญญาณ ความเชื่อ ทัศนคติ (Spiritual) และการได้รับความช่วยเหลือ (Service) 5. วิเคราะห์ปัญหาในด้านอื่นๆ เพื่อการประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 6. คณะเยี่ยมบ้านคือ อสม.ประจำคุ้ม ผู้นำชุมชน นายก อบต. หรือตัวแทน 7. มีสิ่งของเครื่องใช้ให้กับครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วย	- นายก อบต. - กำนันตำบลเชิงคำ - ผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้าน - ประธาน อสม.แต่ละชุมชน - ผู้อำนวยการ รพ.สต.

ตารางที่ 4.10 (ต่อ)

แผนงาน	กิจกรรมสำคัญ	ผู้รับผิดชอบ
3.กิจกรรมธรรมบำบัดในช่วงเช้าพรษา	1.ประสานความร่วมมือคณะทำงาน 2.ขอความร่วมมือจากวัดสถานที่ปฏิบัติธรรม 3.นุ่งขาวห่มขาวมาปฏิบัติธรรมที่วัดทุกวัน 4.ฝึกสมาธิถือศีลภาวนาและพักผ่อนค้างคืนที่วัด 5.พระครูจะประกอบกิจกรรมทางศาสนาและสอนเรื่องการฝึกจิต/พลังใจ	- ผู้นำชุมชน - ประธาน อสม.แต่ละชุมชน - ผู้อำนวยการ รพ.สต.
4.กิจกรรมปลูกดอกดาวเรืองบริเวณหน้าบ้าน	1.ประสานความร่วมมือคณะทำงาน 2.ขอความร่วมมือพันธุ์ดอกดาวเรือง 3.ให้ทุกคนเพาะต้นกล้าดอกดาวเรืองและปลูกบริเวณหน้าบ้าน	- ผู้นำชุมชน - ประธาน อสม.แต่ละชุมชน - ผู้อำนวยการ รพ.สต. - กลุ่มแม่บ้าน
5.กิจกรรมกับกลุ่มกลุ่มสตรีที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ(Gender)	1.ประสานความร่วมมือคณะทำงาน 2.ขอความร่วมมือทีมวิทยากร 3.จัดเตรียมสถานที่ฝึกอบรม 4.อบรมในหลักสูตรการสร้างทักษะชีวิต การสร้างความเข้มแข็งทางใจ 3 วัน 2 คืน	- ผู้นำชุมชน - ประธาน อสม.แต่ละชุมชน - ผู้อำนวยการ รพ.สต. - งานจิตเวช รพ.ยโสธร

จากการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ สามารถสรุปรูปแบบของการพัฒนาได้ 5 ประเด็นคือ

1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนา ซึ่งเป็นการใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนานี้ ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้มีภาวะซึมเศร้า ผู้นำชุมชน อสม.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระภิกษุ ตัวแทนผู้สูงอายุ ญาติผู้ป่วยจิตเวช ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง และแกนนำสุขภาพอื่น ๆ เพื่อความหลากหลายมุมมองของการพัฒนา

2. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นแนวทางทางวิชาการของกรมสุขภาพจิต ที่มีหลักปฏิบัติที่ชัดเจนอยู่แล้ว โดยที่พื้นที่ชุมชนจะปรับปรุงและพัฒนาใช้ตามความเหมาะสม

3. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยภารกิจกรมค่ายเยาวชนจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมธรรมบำบัด

4. การใช้แนวทางการพัฒนา (Intervention) เป็นการใช้กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต โดยการประยุกต์และพิจารณาใช้ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง เช่น การจัดกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ การมีกิจกรรมยามว่างในชุมชน เป็นต้น

5. กระบวนการสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เป็นการใช้เครื่องมือ เทคนิคเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างความคิดชอบร่วมกันด้วย เช่น การใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology Of Participation:TOP) เครื่องมือการถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) เป็นต้น

3. การประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

3.1 ผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ในหัวข้อนี้ จะนำเสนอผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ความเข้มแข็งทางใจ และแบบวัดความสุขในชีวิต ดังนี้

ตารางที่ 4.11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการพัฒนา (n=53)

รูปแบบการประเมิน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1. ภาวะซึมเศร้า	1.23	0.22	0.64	0.12
2. ความเข้มแข็งทางใจ	2.26	0.11	2.94	0.63
3. ความสุขในชีวิต	1.98	0.08	2.31	0.56

ตารางที่ 4.12 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ตามแบบประเมินทั้ง 3 ลักษณะ

รูปแบบการประเมิน	N	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	df	p-value
1. ภาวะซึมเศร้า	ก่อนการพัฒนา	53	1.23	42.33	52	0.000*
	หลังการพัฒนา	53	0.64			
2. ความเข้มแข็งทางใจ	ก่อนการพัฒนา	53	2.26	32.45	52	0.000*
	หลังการพัฒนา	53	2.94			
3. ความสุขในชีวิต	ก่อนการพัฒนา	53	1.98	38.06	52	0.000*
	หลังการพัฒนา	53	2.31			

จากตารางที่ 4.11 และ 4.12 พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย มีค่าคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยตามแบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ แบบวัดความสุขเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4.13 เปรียบเทียบจำนวนผู้มีภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย ก่อนและหลังการดำเนินงาน จำแนกตามระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

คะแนนรวม	ระดับการการแปรผล	ก่อนการดำเนินงาน		หลังการดำเนินงาน	
		จำนวน (n = 53)	ร้อยละ (100.0)	จำนวน (n = 53)	ร้อยละ (100.0)
น้อยกว่า 7 คะแนน	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	0	0.0	46	86.8
7 – 12 คะแนน	ภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Major Depression, Mild)	46	86.8	7	13.2
13 – 18 คะแนน	ภาวะซึมเศร้า ระดับปานกลาง (Major Depression, Moderate)	6	11.3	0	0.0
> 19 คะแนน	ภาวะซึมเศร้า ระดับรุนแรง (Major Depression, Severe)	1	1.9	0	0.0

จากตารางที่ 4.13 พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายที่ได้พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 ราย มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงจากที่มีระดับภาวะซึมเศร้าในระดับน้อย (Major Depression, Mild) อยู่ที่ร้อยละ 86.8 ลดลงเหลือร้อยละ 13.2 และไม่พบผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางและรุนแรง (Major Depression, Moderate-Severe) และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่มีรายงานการฆ่าตัวตาย รวมถึงข้อมูลการทำร้ายตัวเองด้วย

3.2 ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนการพัฒนา

3.2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 4.14 แสดงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา (n=56)

ลำดับ	ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1	การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ	58.92	4.32	ปานกลาง
2	ประชาชนทั่วไปสามารถป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้	96.42	5.11	มาก
3	สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือบ่นว่าอยากตาย เหนงหงอย เศร้าซึม หมคอาลัยตายอยาก	96.42	5.11	มาก
4	โรคซึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้	94.64	4.23	มาก
5	โรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้	19.64	5.32	น้อย
6	สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า	19.64	5.32	น้อย
7	การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ	39.28	4.60	น้อย
8	การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้	58.92	5.11	ปานกลาง
9	การกินยารักษาโรคซึมเศร้าไม่ควรกินต่อเนื่องเพราะจะทำให้ติดยา ถ้าอาการดีขึ้นให้หยุดยาได้	39.28	4.60	น้อย
10	การดูแลเฟื่อระวังโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฟื่อระวังการกลับเป็นซ้ำ	98.21	3.11	มาก
	โดยรวม	62.14	4.22	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 62.14) และมีความรู้อยู่ในระดับน้อยในหลายข้อคือ โรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ และการกินยารักษาโรคซึมเศร้าไม่ควรกินต่อเนื่องเพราะจะทำให้ติดยา ถ้าอาการดีขึ้นให้หยุดยาได้

3.2.2 ทักษะคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 4.15 แสดงระดับทักษะคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนการพัฒนา (n=56)

ลำดับ	ทักษะคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1	ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นคนหนีปัญหาจึงไม่มีประโยชน์ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	2.57	0.31	ดี
2	ในบางครั้งคนใกล้ชิดนั่นเองคือคนที่สนับสนุนให้เกิดการฆ่าตัวตาย	1.94	0.12	พอใช้
3	คนที่คิดฆ่าตัวตายจริงๆจะไม่พูดหรือบอกคนอื่น	1.21	0.41	ต้องปรับปรุง
4	การฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจอีกวิธีการหนึ่ง	1.13	0.22	ต้องปรับปรุง
5	คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือคนที่ไม่ตั้งใจอยากตายจริงๆ	1.42	0.13	ต้องปรับปรุง
6	การเอาใจใส่คนที่พูดถึงการฆ่าตัวตายมากเกินไปทำให้เขาคอนนั้นฆ่าตัวตายซ้ำ	1.21	0.17	ต้องปรับปรุง
7	โรคมึ่มเศร้า คือ ความเศร้าของคนทุกๆไปแต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช	1.92	0.11	พอใช้
8	คนทั่วไปจะรับรู้ว่าเป็นโรคมึ่มเศร้าได้ด้วยตัวเองไม่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์	1.11	0.12	ต้องปรับปรุง
9	โรคมึ่มเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้	1.21	0.17	ต้องปรับปรุง
10	การแก้ไขปัญหาโรคมึ่มเศร้าคือแนะนำให้ไปเข้าวัด ปฏิบัติธรรมเพื่อคลายความเศร้าและความหดหู่	1.42	0.33	ต้องปรับปรุง
11	โรคมึ่มเศร้าเป็นแค่ความเศร้าไม่ต้องกินยาก็หายเองได้	1.92	0.11	พอใช้
12	ผู้ป่วยเป็นโรคมึ่มเศร้าคือคนที่มีจิตใจอ่อนแอไม่ค่อยเข้มแข็ง	1.11	0.12	ต้องปรับปรุง
13	โรคมึ่มเศร้าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้	1.98	0.23	พอใช้
14	คนที่ป่วยเป็นโรคมึ่มเศร้าไม่ใช่คนบ้า	2.82	0.41	ดี
	โดยรวม	1.61	0.38	ต้องปรับปรุง

จากตารางที่ 4.15 พบว่า ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา จำนวน 56 คน พบว่า โดยรวมทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยมีทักษะคิดที่ไม่ถูกต้องในหลายข้อ คือมีความคิดเห็นว่าคุณที่คิดฆ่าตัวตายจริงๆจะไม่พูดหรือบอกคนอื่น การฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจอีกวิธีการหนึ่ง คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จคือคนที่ไม่ตั้งใจอยากตายจริงๆ การเอาใจใส่คนที่พูดถึงการฆ่าตัวตายมากเกินไปทำให้เขาคนนั้นฆ่าตัวตายซ้ำ คนทั่วไปจะรับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ด้วยตัวเองไม่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ โรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าคือให้ไปเข้าวัดปฏิบัติธรรม และคิดว่าผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าคือคนที่มีจิตใจอ่อนแอ ไม่ค่อยเข้มแข็ง

3.2.3 การปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา

ตารางที่ 4.16 แสดงระดับการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบก่อนการพัฒนา

ลำดับ	การปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปรผล
1	คอยสังเกตลักษณะอาการเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง	1.71	0.14	ต้องปรับปรุง
2	พูดคุยซักถามแสดงความเอาใจใส่และแสดงท่าทีที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	1.82	0.42	ต้องปรับปรุง
3	แนะนำญาติหรือคนในครอบครัวให้คอยระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง	1.53	0.41	ต้องปรับปรุง
4	แนะนำกลุ่มเสี่ยงที่คิดจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองโดยการปลอบใจ ให้เขามีสติ ค่อยๆคิดหาทางแก้ไขปัญหาและแนะนำให้เขาปรึกษาคนที่เขาไว้วางใจและนับถือ	1.71	0.42	ต้องปรับปรุง
5	กระตุ้นให้ญาติให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ หรือลดการทะเลาะเบาะแว้งลง	1.80	0.35	ต้องปรับปรุง
6	ติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ เท่าที่จะทำได้ เช่น แหล่งฝึกอาชีพ แหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งช่วยเหลือเรื่องการเงิน	1.28	0.57	ต้องปรับปรุง

ตารางที่ 4.16 (ต่อ)

ลำดับ	การปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
7	กระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และให้ความสนใจดูแล และเฝ้าระวังซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยปละละเลย	1.05	0.35	ต้องปรับปรุง
8	แนะนำชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายร่วมกิจกรรมในชุมชน	1.07	0.25	ต้องปรับปรุง
9	แนะนำญาติให้เก็บสิ่งทีอาจเป็นอันตรายไม่ให้มีในบ้านเช่นเชือกของมีคม อาวุธปืน ยาปราบศัตรูพืช ยาฆ่าแมลง หรือยาอันตรายต่างๆ	1.08	0.14	ต้องปรับปรุง
	โดยรวม	1.45	0.40	ต้องปรับปรุง

จากตาราง 4.16 พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนการพัฒนา โดยรวมถูกต้องเหมาะสมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่ามีการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับต้องปรับปรุงทุกข้อ คือ การหมั่นคอยสังเกตลักษณะอาการเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง การพูดคุยซักถามแสดงความเอาใจใส่และแสดงท่าทีที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การแนะนำญาติหรือคนในครอบครัวให้คอยระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง การแนะนำกลุ่มเสี่ยงที่คิดจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองโดยการปลอบใจ ให้เขามีสติ ค่อยๆคิดหาทางแก้ไขปัญหา และแนะนำให้เขาปรึกษาคนที่เขาไว้วางใจและนับถือ การกระตุ้นให้ญาติให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ หรือลดการทะเลาะเบาะแว้งลง การติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ เท่าที่จะทำได้ เช่น แหล่งฝึกอาชีพ แหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งช่วยเหลือเรื่องการเงิน กระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และให้ความสนใจดูแล และเฝ้าระวังซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยปละละเลย การแนะนำชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายร่วมกิจกรรมในชุมชน การแนะนำญาติให้เก็บสิ่งทีอาจเป็นอันตรายไม่ให้มีในบ้านเช่นเชือกของมีคม อาวุธปืน ยาปราบศัตรูพืช ยาฆ่าแมลง หรือยาอันตรายต่างๆ

3.3 การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

หัวข้อนี้ เป็นการแสดงผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา ดังนี้

ตารางที่ 4.17 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ ก่อนและหลังการพัฒนา

รูปแบบการประเมิน	N	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	t	df	p-value
1.ความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย						
ก่อนการพัฒนา	56	62.14	14.11	48.59	52	0.000*
หลังการพัฒนา	56	86.12	12.31			
2.ทักษะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย						
ก่อนการพัฒนา	56	1.62	0.19	39.42	52	0.000*
หลังการพัฒนา	56	2.76	0.37			
3.การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย						
ก่อนการพัฒนา	56	1.45	0.18	41.06	52	0.000*
หลังการพัฒนา	56	3.35	0.38			

จากตารางที่ 4.17 พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ จำนวน 56 พบว่า หลังการพัฒนา รูปแบบ มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ทักษะเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ

3.4.1 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ

ตารางที่ 4.18 แสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ (n=56)

ลำดับ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปรผล
1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	4.14	0.35	มาก
2	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	4.28	0.14	มาก
3	มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของชุมชนในปัจจุบัน	4.01	0.32	มาก
4	สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน	4.85	0.16	มาก
5	สามารถลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและชุมชน	4.17	0.25	มาก
6	สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตใจให้กับบุคคลครอบครัวและชุมชน	4.16	0.27	มาก
7	ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้อย่างเหมาะสม	4.80	0.36	มาก
8	ทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ	4.03	0.15	มาก
9	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเกินไป	4.57	0.14	มาก
10	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้โดยทั่วถึงกัน	4.42	0.25	มาก

ตารางที่ 4.18 (ต่อ)

ลำดับ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
11	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถติดต่อสอบถามข้อสงสัยได้ง่ายและสะดวก	4.51	0.16	มาก
12	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่น	4.19	0.47	มาก
13	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้องและไม่ผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรมหรือจริยธรรมแต่ประการใด	4.07	0.40	มาก
	โดยรวม	4.32	0.18	มาก

จากตารางที่ 4.18 พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้รูปแบบ จำนวน 56 พบว่า โดยรวมและรายข้อ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย 4.32)

3.4.2 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 4.19 แสดงความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า (n=30)

ลำดับ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การแปลผล
1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดหรือป้องกันภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยง	4.04	0.35	มาก
2	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน	4.14	0.14	มาก
3	สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และความต้องการของชุมชนในปัจจุบัน	4.19	0.32	มาก

ตารางที่ 4.19 (ต่อ)

ลำดับ	ความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย	ค่าเฉลี่ย	S.D.	การ แปรผล
4	สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน	4.25	0.16	มาก
5	สามารถลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิต ของคนในครอบครัวและชุมชน	4.32	0.25	มาก
6	สามารถสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตใจ ให้กับบุคคลครอบครัวและชุมชน	4.41	0.27	มาก
7	ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับ เหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้อย่างเหมาะสม	4.57	0.36	มาก
8	ทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจน สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ	4.04	0.15	มาก
9	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเกินไป	4.23	0.14	มาก
10	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้โดยทั่วถึงกัน	4.12	0.25	มาก
11	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถติดต่อสอบถามข้อ สงสัยได้ง่ายและสะดวก	4.22	0.16	มาก
12	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่น	4.29	0.41	มาก
13	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้องและไม่ผิดกฎหมาย ผิด ศีลธรรมหรือจริยธรรมแต่ประการใด	4.23	0.40	มาก
	โดยรวม	4.23	0.22	มาก

จากตารางที่ 4.19 พบว่า หลังจากการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน
ในการป้องกันการฆ่าตัวตายกับกลุ่มตัวอย่างญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 พบว่า โดยรวมและ
รายข้อ มีความพึงพอใจอยู่ในระดับ มาก (ค่าเฉลี่ย 4.23)

3.5 การประเมินผลการดำเนินงานตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงค้ำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากความคิดเห็น การยอมรับ และความพึงพอใจ โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (deep interview) และการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ใช้รูปแบบการพัฒนา ที่มีต่อรูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

3.5.1 การประเมินผลรูปแบบจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-deep interview) และการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้ใช้รูปแบบในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้นำชุมชน อสม. แกนนำสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ความคิดเห็นและความรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบสามารถสรุปได้พอสังเขป ดังนี้

“ก็เป็นการดีอย่างยิ่งที่ให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแทนผู้มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นผู้รับสภาพปัญหาดังกล่าวไว้เอง การได้มีส่วนร่วมกำหนดแนวทางการพัฒนาก็เท่ากับว่า เป็นการกำหนดแนวทางการแก้ไขปัญหาให้กับตัวเองซึ่งก็จะแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดมากขึ้น”

(การสนทนากลุ่ม,กรกฎาคม 2560)

“ถือว่าเป็นแนวทางที่ดีที่ได้ให้ทุกภาคส่วนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบก็พัฒนาร่วมกัน ทำให้เห็นมุมมองการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย และสามารถแก้ไขปัญหาได้ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น จึงเห็นด้วยและพอใจที่ให้ทุกภาคส่วนมาร่วมคิดด้วยกัน ส่วนองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต อาจมีการปรับปรุงเรื่องสถานที่จัดอบรมที่คับแคบเกินไป”

(การสนทนากลุ่ม,กรกฎาคม 2560)

“รูปแบบการแก้ไขปัญหาการดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าที่พวกเราจัดทำขึ้น ก็ถือว่าดีพอสมควร แต่อย่าลืมว่า ปัญหาเรื่องรายได้และหนี้สิน ยังเป็นปัญหาที่สำคัญของครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้าเช่นกัน ดังนั้น บทบาทของพวกเราที่เป็นผู้นำชุมชน ต้องพิจารณาประสานความช่วยเหลือพวกเขา ถ้ามีโอกาส”

(การสนทนากลุ่ม,กรกฎาคม 2560)

“การมีรูปแบบการแก้ไขปัญหา การดูแลช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้า ถือว่าเป็นสิ่งที่ดีเพราะไม่เคยมีมาก่อน สามารถทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่ดีขึ้น แต่การจัดกิจกรรมยามว่างหรือกิจกรรมนันทนาการอาจยังมีน้อยเกินไป ควรส่งเสริมกิจกรรมอื่นๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลายด้วย เช่น การรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย การทำหัตถกรรมพื้นบ้าน เป็นต้น”

(การสัมภาษณ์, กรกฎาคม 2560)

“การมีรูปแบบการแก้ไขปัญหาการป้องกันการฆ่าตัวตาย การป้องกันโรคซึมเศร้า ถือว่า สามารถช่วยผู้มีปัญหาสุขภาพจิตโดยเฉพาะผู้มีปัญหาซึมเศร้า ทำให้มีกำลังใจดี มีกำลังที่จะมีชีวิตต่ออย่างมีความสุข ไม่คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง”

3.5.2 การประเมินผลรูปแบบจากการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-deep interview)

กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า มีความคิดเห็นและความรู้สึกพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งสามารถนำเสนอได้พอสังเขป ดังนี้

“ในการจัดกิจกรรมเสริมสร้างพลังใจผู้มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมธรรมบำบัด การอบรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นวิธีการที่ดีพอสมควร สามารถสร้างพลังใจ สร้างความเข้มแข็งทางใจให้กับผู้มีภาวะซึมเศร้าได้คืออย่างมากจึงอยากให้มีอย่างต่อเนื่อง และนำไปทำกับกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ”

(การสัมภาษณ์ กรกฎาคม 2560)

“เป็นสิ่งที่ดีย่างยิ่ง โดยเฉพาะ กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งไม่เคยได้รับการเยี่ยมบ้านมาก่อน และเมื่อมีคนมาเยี่ยมบ้าน ทำให้สามีมีพฤติกรรมดีขึ้น คือ ดื่มสุราน้อยลง คงเพราะอายุหมอละคะและคนละอสม.ที่มาดูยายถึงบ้าน (...ยิ้ม-หัวเราะ...)”

(การสัมภาษณ์ กรกฎาคม 2560)

“แนวทางที่ทำอยู่นี้คืออยู่แล้ว ทั้งการฝึกจิต การใช้ธรรมะ และการตามมาดูมาเยี่ยมถึงที่บ้าน และมีของใช้ติดไม้ติดมือมาด้วย ทำให้รู้สึกมีกำลังใจดีขึ้นมากและคิดว่าคงจะหายเศร้าในเร็ววัน”

(การสัมภาษณ์ กรกฎาคม 2560)

จากข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนใช้รูปแบบหรือได้รับผลกระทบจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีความคิดเห็นด้วยยอมรับ และพึงพอใจกับแนวทางที่พัฒนาขึ้น หลังจากนั้นได้สรุปและถอดบทเรียน (A-A-R) กับกลุ่มอีกครั้ง และได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมและปรับปรุงในบางประเด็นให้มีความครบถ้วนครอบคลุมมากขึ้น ซึ่ง ผลการสรุปบทเรียนได้มีการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงาน ดังนี้

ตารางที่ 4.20 แสดงผลการสรุปรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น	บทเรียนที่ได้	แนวทางการปรับปรุงใช้ต่อไป
กิจกรรมค่ายเหยี่ยวยา จิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า	ด้านความรู้ความสามารถของ วิทยากรที่จะสามารถควบคุม กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ ด้านสถานที่ บรรยากาศ อุปกรณ์ประกอบการจัดค่าย ยังไม่เหมาะสม	1.ต้องมีวิทยากรที่มีประสบการณ์ใน ประเด็นที่ฝึกอบรมพอสมควร 2.วิทยากรต้องมีทีมวิทยากรคอย ช่วยเหลือกันอย่างน้อย 3-5 คน เป็น ผู้ดำเนินการ 1 คน และอีกที่เหลือ เป็นผู้ช่วยดำเนินกิจกรรมค่าย 1.สถานที่ที่จัดทำค่ายเป็น ห้อง ประชุมของ รพ.สต.ซึ่งคับแคบ เกินไป ซึ่งต้องมีพื้นที่บริเวณที่กว้าง กว่านี้ 2.เป็นห้องที่มีเครื่องปรับอากาศซึ่ง เย็นสบายดีมีความเหมาะสมดีแล้ว 3.บรรยากาศในค่ายที่ใช้ รพ.สต.เป็น ที่จัดค่ายยังไม่เหมาะสม ซึ่งถ้าหาก จะให้มีความเหมาะสมกว่านี้ ต้องมี บริเวณที่จะสามารถจัดกิจกรรม ต่างๆ ได้สะดวก เช่น ลานฝึกสมาธิ ที่ออกกำลังกาย ลานจัดกิจกรรม นันทนาการ เป็นต้น
	ด้านวัสดุ อุปกรณ์ในการ ฝึกอบรม	1.วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรม ยังไม่ครบถ้วนเท่าที่ควร ควรมี อุปกรณ์ประเภทดนตรี เช่น กลอง ฉิ่ง เพื่อสร้างบรรยากาศความ สนุกสนาน หรืออุปกรณ์กีฬาการ เล่นเกมต่าง ๆ เพื่อการเคลื่อนไหว ออกกำลังเพื่อไม่ให้เกิดความตึง เครียดในการอบรมเกินไป

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น	บทเรียนที่ได้	แนวทางการปรับปรุงใช้ต่อไป
<p>กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวผู้มีภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ด้านความพร้อมของผู้เข้าอบรม</p> <p>เป็นกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างประทับใจมาก แต่หลังจากได้ไปติดตามเยี่ยมบ้าน เยี่ยมครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง พบปัญหาอื่นๆ ที่ต้องได้รับการแก้ไขเช่นกัน เช่น ปัญหาหนี้สิน สภาพบ้านเรือน ห้องน้ำ ที่ไม่สะอาดและไม่เป็นระเบียบเท่าที่ควร และหลายครอบครัวมีสามี-บุตร ดื่มสุราเป็นประจำซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง</p> <p>เป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทขนบธรรมเนียมประเพณีและช่วงเวลาของพื้นที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถทำกิจกรรมนี้ได้ดี</p>	<p>1. ผู้เข้ารับการอบรมควรมีการเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายจิตใจและเวลาเพื่อให้สามารถเข้ารับการอบรมได้เต็มหลักสูตร</p> <p>1. มีการประสานงานหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือให้คำแนะนำหาทางออกเรื่องรายได้-หนี้สิน</p> <p>2. ควรมีหลักสูตรเกี่ยวกับการเลิกสุราของมีนเมาต่อไป</p> <p>3. ควรมีกิจกรรมเกี่ยวกับการรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบทั้งชุมชน</p> <p>1. ควรสนับสนุนเรื่องเครื่องแต่งกายจำพวกชุดขาว</p> <p>2. ควรมีการเตรียมองค์ความรู้กับพระภิกษุเพื่อให้เนื้อหาที่พระใช้เทศนามีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น</p>
<p>กิจกรรมปลูกดอกไม้ (ดอกไม้ควาเรือง)</p>	<p>เป็นกิจกรรมที่สร้างความผ่อนคลายทางจิตใจเมื่อผู้มีปัญหาทางใจได้เห็นได้ดูชมความสวยงามของดอกไม้ จะให้จิตใจสดชื่นเบิกบานใจเหมือนกับดอกไม้</p>	<p>ควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมปลูกดอกไม้ต่อไปอย่างต่อเนื่องถึงแม้จะไม่ใช้ช่วงวันช่วงเทศกาลหรือวันพิเศษของทางราชการ</p>

ตารางที่ 4.20 (ต่อ)

รูปแบบที่ได้พัฒนาขึ้น	บทเรียนที่ได้	แนวทางการปรับปรุงใช้ต่อไป
กิจกรรมกับกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender)	เป็นกิจกรรมที่ดีมากสำหรับกลุ่ม Gender แต่กิจกรรมนี้ที่ต้องใช้บุคลากร (วิทยากร) ที่มีความรู้ความสามารถที่เหมาะสมกับประเด็นปัญหามากพอสมควร และมีการใช้งบประมาณจำนวนมากดังนั้นจึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่	ถ้ามีความพร้อมด้านบุคลากรและงบประมาณเห็นสมควรอย่างยิ่งที่จะจัดกิจกรรมดังกล่าวนี้กับกลุ่ม Gender ในทุกพื้นที่
กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมที่มีจากทุกภาคส่วนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า	ทำให้มีความคิดแนวทางการแก้ไขที่หลากหลายสามารถนำข้อคิดเห็นต่างๆมาเป็นแนวทางการแก้ไขปัญหาได้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นแนวทางทางวิชาการของกรมสุขภาพจิต ที่มีหลักปฏิบัติที่ชัดเจนอยู่แล้วในการนำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นั้นต้องขึ้นอยู่กับความสามารถของวิทยากรที่จะถ่ายทอดแก่กลุ่มเป้าหมาย	-มีความเหมาะสมอยู่แล้ว -สำหรับการปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่นๆ อาจจะพิจารณาเกี่ยวกับวิทยากร เวลา และกลุ่มลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย
การเสริมสร้าง	ได้ประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอย่างเหมาะสมกับบริบท	-อาจเพิ่มความ

พลัง (Empowerment) และการมี Intervention	ของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างได้เป็นอย่างดี	หลากหลายใน กิจกรรมการ พัฒนาตาม ความ เหมาะสมกับ พื้นที่และ ความต้องการ ของ กลุ่มเป้าหมาย
กระบวนการ สร้างการเรียนรู้ (knowledge)	มีการใช้เครื่องมือเพื่อการระดมการมีส่วนร่วมและการสร้างการ เรียนรู้ได้อย่างเหมาะสมทั้ง TOP Model การอภิปราย (Orid) การ ประชุมเชิงปฏิบัติการ และการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I- C)	-มีความเหมาะสม คืออยู่แล้ว

จากตาราง 4.20 ผู้วิจัยและคณะทำงานสามารถสรุปรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่จะสามารถนำไปปรับปรุงหรือพัฒนาใช้ในพื้นที่อื่นได้ดังนี้

1. กิจกรรมอบรมการสร้างเสริมพลังทางใจแก่กลุ่มเป้าหมายผู้มีภาวะซึมเศร้า

เป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างพลังทางใจและเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้มีภาวะปัญหาสุขภาพจิตอื่น เพราะได้นำหลักการส่งเสริมสุขภาพจิตที่ครบถ้วนและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แต่กิจกรรมดังกล่าวนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมในหลายๆ ด้านทั้งที่มหาวิทยาลัย ความเหมาะสมของสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ประกอบการอบรมต่าง ๆ รวมถึงความพร้อมของผู้เข้ารับการอบรมด้วย

2. กิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้าน

เป็นกิจกรรมที่สามารถสร้างความประทับใจแก่ผู้มีภาวะซึมเศร้าเป็นอย่างดี สามารถสร้างขวัญและกำลังใจได้มากพอสมควร ซึ่งตามหลักการเยี่ยมบ้านแบบ IN HOME SSS นั้น เป็นการประเมินสภาพผู้ถูกเยี่ยมในทุกด้าน ทุกมิติ ดังนั้น เมื่อพบปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งกับครอบครัวผู้ถูกเยี่ยม ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจึงไม่ควรปล่อยปะละเลย ควรหาแนวทางหรือวิธีการใดวิธีการหนึ่งที่จะให้การช่วยเหลือ (Service) ผู้ถูกเยี่ยมให้จงได้

3. กิจกรรมธรรมบำบัด

เนื่องจากกิจกรรมธรรมบําบัด เป็นการใช้หลักธรรมทางศาสนาพุทธ ซึ่งหลักธรรมะของพุทธศาสนานั้นได้เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวพุทธทุกคนรวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นทางพระพุทธศาสนา จึงควรเป็นกิจกรรมเสริมอีกหนึ่งกิจกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทยชาวพุทธรวมถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งอาจจะพิจารณาจัดกิจกรรมดังกล่าวตามความเหมาะสมทั้งในด้านองค์ความรู้ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลาและสถานที่ เป็นต้น

4. กิจกรรมปลูกดอกไม้

เป็นการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อมิให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าอยู่กับตัวเองตามลำพังมากเกินไป ให้มีการมองโลกภายนอกมากขึ้น ประกอบกับความสวยงามของดอกไม้อาจช่วยบรรเทาความซึมเศร้าลงได้บ้าง ซึ่งการปรับปรุงใช้ในพื้นที่ยื่น ๆ อาจใช้วิธีการหรือรูปแบบอื่น ๆ ก็ได้ เช่น การทำงานฝีมือ การปลูกผัก การร้องเพลง การเล่นเกมกีฬา โดยให้สอดคล้องกับบริบท ความต้องการของกลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม ซึ่งหลักการสำคัญเพื่อให้เกิดความผ่อนคลายทางใจของกลุ่มเป้าหมาย

5. กิจกรรมกับกลุ่มที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) จำนวน 12 คน

เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อกลุ่มกลุ่มสตรีที่มีปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) ซึ่งได้ใช้หลักสูตร แนวทางวิชาการใหม่ ๆ มาใช้กับกลุ่มสำหรับกลุ่ม Gender เป็นกิจกรรมนี้ที่ต้องใช้วิทยากรที่มีความรู้ความสามารถโดยตรง ดังนั้นกิจกรรมดังกล่าวจึงควรพิจารณาตามความเหมาะสมของแต่ละพื้นที่

6. การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) และการมี Intervention อาจเพิ่มความหลากหลายในกิจกรรมการพัฒนาตามความเหมาะสมกับพื้นที่และความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

7. องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นหลักวิชาการที่ชัดเจนคืออยู่แล้ว ในการนำมาใช้กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่นั้นต้องพิจารณาถึงความสามารถของวิทยากรที่จะถ่ายทอดแก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

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 ปัญหาเรื่องสุราและยา เสพติด จนทำให้คนในชุมชนป่วยด้วยโรคทางจิตและโรคซึมเศร้าและบางรายฆ่าตัวตาย ในพื้นที่มี ผู้ป่วยทางจิต 57 ราย (ร้อยละ 1.1) มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย คิดเป็น 56.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งเป็นอัตราตายที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่นและสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (ไม่เกิน 6.3 ต่อ แสนประชากร) ปัญหาทางสุขภาพจิตนั้นมีในทุกเพศทุกวัย ทั้งวัยรุ่น วัยทำงาน ผู้ป่วยเรื้อรัง และ ผู้สูงอายุ ส่วนผู้มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อยู่ในวัยกลางคนและผู้สูงอายุ และมีฐานะ ทางบ้านไม่ค่อยดี ในประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตายและการทำร้ายร่างกายตัวเองนั้น มีทั้งในวัยรุ่น และวัยผู้ใหญ่ บางรายเป็นผู้ป่วยทางจิต มูลเหตุสำคัญคือการความคับข้องใจกับบุคคลใกล้ชิดใน ครอบครัวและฤทธิ์ของสุรา นอกจากนี้มีสตรีจำนวน 12 คน ที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการกระทำของ สามี หรือที่เรียกว่าเป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบล เขื่องคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร กลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง อายุระหว่าง 61 – 70 ปี สถานภาพสมรสคู่ การศึกษาสูงสุดระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม รายได้เฉลี่ยต่อปี 30,000 บาทหรือน้อยกว่า บทบาทหน้าที่ในชุมชนเป็นชาวบ้าน ธรรมดา มีปัญหาด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่มีปัญหาภายในครอบครัว ไม่มีปัญหาภายในชุมชน และไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม ส่วนใหญ่มีภาวะ ซึมเศร้าอยู่ในระดับเล็กน้อย (Major Depression, Mild) จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 86.8) มีภาวะ ซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depression, Severe) จำนวน 1 ราย (ร้อยละ 1.9) และมีคะแนนใน คำถามข้อที่ 9 คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมากกว่าครึ่งคือจำนวน 30 คน (ร้อยละ 56.6) และผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้ากลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะ ซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยรวมมีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ใน ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.23) และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบ ประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 8 ข้อ คือ เมื่อไม่สนใจอยากทำอะไร (ค่าเฉลี่ย 1.22) ไม่สบายใจซึมเศร้าทำอะไร (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) พุดชาทำอะไรซ้ำหรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น (ค่าเฉลี่ย 1.03) มีค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อย จำนวน 1 ข้อ คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี (ค่าเฉลี่ย 0.56)

ผลการประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 53 ราย พบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) และเมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนตามแบบประเมินความสุขในชีวิตของกลุ่มตัวอย่างผู้ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ตำบลเชิงคำ 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) จัดลำดับความสำคัญในเรื่องต่างๆ ได้ดี (ค่าเฉลี่ย 2.01) รู้ตัวเองเมื่อโกรธและมีวิธีวางใจให้คลายได้ไว (ค่าเฉลี่ย 2.03) รู้ตัวเองเมื่อท้อแท้และมีวิธีแก้ไขฟื้นตัวได้ไว (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) ที่ตนสนิท ไว้วางใจและผูกพัน (ค่าเฉลี่ย 2.92)

2.2 การสร้างรูปแบบและนำรูปแบบไปใช้กับกลุ่มเป้าหมาย

การสร้างรูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าตามแนวทางที่คณะทำงานพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ประเด็นสำคัญคือ 1) การมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนา ซึ่งเป็นการใช้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนานี้ 2) การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) การเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยการกิจกรรมค่ายเหยี่ยวาจิตใจผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน กิจกรรมธรรมบ่าบัด และจัดกิจกรรมดูแลจิตใจกับกลุ่มกลุ่มสตรีที่เป็นปัญหาด้านเพศภาวะ (Gender) 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) โดยมีกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ การมีกิจกรรมยามว่าง และ 5) การสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาพร้อมกัน รวมถึงการสร้างความรู้ความรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การอภิปรายปัญหา (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 ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย 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 กิจกรรมธรรมชาติบำบัดควรพิจารณาในด้านองค์ความรู้ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลาและสถานที่ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรมยามว่างอื่นๆควรมีความหลากหลาย เช่น การทำงานฝีมือ การปลูกผัก การร้องเพลง การเล่นเกมกีฬา 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 ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้ได้เสริมพลังโดยการกิจกรรมค่ายเหยี่ยวจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน และกิจกรรมชมรมบำบัด

5. การใช้แนวทางการพัฒนา (Intervention) เป็นการใช้อุบายกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต 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 ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า โดยคนที่ป่วยเป็นโรคนี้ เมื่อประสบกับความผิดหวังหรือปัญหาในชีวิต ไม่ว่าจะเป็นเรื่องครอบครัว ความรัก หรือการศึกษา ผู้ป่วยจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนปกติถึง 3 เท่า จากการสำรวจประชากรไทยป่วยเป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 5 หรือกว่า 3 ล้านคน ยังไม่รวมถึงคนที่ไม่รู้ตัวเองว่าป่วย

ผลการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) กับภาคีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่าสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ชุมชนยังขาดความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายเท่าที่ควร ส่วนปัญหาสุขภาพจิตภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น สาเหตุสำคัญเกิดจากครอบครัวคือความไม่เข้าใจกันในครอบครัว การสื่อสารภายในครอบครัวเป็นหลัก ประกอบกับการมีเรื่องของสุราและยาเสพติด กัญชา ยาบ้า ทำให้มีอาการป่วยและมีอาการทางทางจิตและอาการซึมเศร้าได้มากและมีความรุนแรงของปัญหามากขึ้น ส่วนปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือความยากจนก็ทำให้คนเกิดภาวะเครียด ความวิตกกังวลจนมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้มากขึ้น เช่นกัน ดังนั้นอาจจะสรุป

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

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 ไม่ว่าจะเป็นการถูกทุบตีอย่างไม่มีเหตุผลหรือการทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรง ทั้งนี้ กลุ่มเด็กที่มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด เพราะมีอัตราการทำร้ายตัวเองสูงอารมณ์รุนแรง ควบคุมไม่ค่อยได้ และมักไม่คำนึงถึงผลที่ตามมาเมื่อลงมือทำไปแล้ว

สตรีที่มีปัญหาภาวะซึมเศร้าจากปัญหาภายในครอบครัว (Gender) จำนวน 12 คน ซึ่งโดนกระทำสามีคือสามีคัมสุรา พุดจาข่มขู่ คุกคามล่วงล้ำ บางรายติดยาเสพติด ยาบ้า ภัยพิบัติ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ทำร้ายภรรยา ทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นอีกประเด็นที่ผู้วิจัยและคณะทำงานจะหารูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าว สอดคล้องกับแนวความคิดของ ศิริพร จิรวัดน์กุล (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 คือคิดทำร้ายตนเองหรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดีมากกว่าครึ่งคือจำนวน 30 คน (ร้อยละ 56.6) ข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นทราบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 53 รายมีปัญหาด้านสุขภาพจิตและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายขึ้นได้ สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2559) และดวงใจ กสานติกุล (2542) ที่กล่าวว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าอาจจะไม่จำเป็นต้องมีอาการทุกอย่างและบางคนก็มีบางอย่างเท่านั้น อาการซึมเศร้า (depression) การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า กังวลอยู่ตลอดเวลา หงุดหงิดฉุนเฉียว โกรธง่ายอยู่ไม่สุข กระวนกระวาย

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

นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้วิเคราะห์ความสุขในชีวิตของผู้มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 53 ราย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งมีคะแนนความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (poor) (ร้อยละ 56.5) โดยพบว่าผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความรู้ดีกว่าชีวิตมีความสุข 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. อปท. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ญาติผู้ป่วยจิตเวช 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) ประกอบด้วยกิจกรรมค่ายเหยี่ยวาจิตใจผู้มีภาวะซึมเศร้า หลักสูตร 2 วันตามหลัก 8 ประการสร้างสุข เช่นการรู้จักและทำความเข้าใจตัวเองให้ดีที่สุด การฝึกทำจิตใจให้สด

ชื่นแจ่มใส การฝึกปรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นด้วยความใจกว้าง การปรับปรุงตนเองให้เข้ากับคนอื่นได้ บำรุงรักษาสุขภาพทั้งกายและจิตใจให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ กิจกรรมดังกล่าวได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีและรู้สึกที่ตัวเองมีกำลังใจที่ดีขึ้น กิจกรรมเยี่ยมบ้านตามหลักการเยี่ยม IN HOME SSS โดยมี จนท.สาธารณสุข อสม.ประจำคุ้ม ผู้นำชุมชน อบต. และมีสิ่งของเยี่ยมด้วยทำให้ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความประทับใจอย่างมาก กิจกรรมธรรมชาติบำบัดในช่วงเข้าพรรษาโดยการถือศีล 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 ที่คณะทำงานได้พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมสุขภาพจิตผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ จากนั้น คณะทำงานร่วมกับคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลโยธธาได้สรุป

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 ซึ่งหลักธรรมะของพุทธศาสนานั้น ได้เป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของชาวพุทธทุกคน รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า ดังนั้นทางพระพุทธศาสนา จึงควรเป็นกิจกรรมเสริมอีกหนึ่งกิจกรรมที่สามารถสร้างเสริมสุขภาพจิตของคนไทยชาวพุทธรวมถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ซึ่งอาจจะพิจารณาจัดกิจกรรมดังกล่าวตามความเหมาะสมทั้งในด้านองค์ความรู้ที่ให้กับกลุ่มเป้าหมาย ช่วงเวลา และสถานที่ เป็นต้น

4. กิจกรรมปลูกดอกไม้ เป็นการส่งเสริมการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อมิให้กลุ่มตัวอย่างผู้มีภาวะซึมเศร้าอยู่กับตัวเองตามลำพังมากเกินไป ให้มีการมองโลกภายนอกมากขึ้น ประกอบกับความสวยงามของดอกไม้ อาจช่วยบรรเทาความซึมเศร้าลงได้บ้าง ซึ่งการปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่น ๆ อาจใช้วิธีการหรือรูปแบบอื่นๆก็ได้ 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) การใช้ชุมชนเป็นฐานในการมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบพัฒนาเพราะเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนและมีส่วนได้ใช้รูปแบบจากการพัฒนาในครั้งนี้ 2) มีการใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า แนวทางการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) มีการเสริมสร้างพลัง (Empowerment) เป็นการประยุกต์ใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง 4) การใช้กิจกรรมเสริมในการพัฒนา (Intervention) เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต และ 5) มีการสร้างกระบวนการกลุ่มและการสร้างการเรียนรู้ (knowledge) เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และตัดสินใจแก้ไขปัญหาาร่วมกัน รวมถึงการสร้างความรู้ความรับผิดชอบร่วมกันด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP model) การถกปัญหา (Discussion Orid Method) การประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Method) และเครื่องมือการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) สอดคล้องกับผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหิดล (2556) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร ที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายโดยการฝึกโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า คะแนนปัจจัยป้องกันด้านบุคคลของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายทั้ง 1 เดือน และ 4 เดือนมีคะแนนสูงกว่า ก่อนได้รับ โปรแกรม และไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ มีประสิทธิผลในการเสริมสร้างปัจจัยปกป้องในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นได้ แต่ควรมีการติดตามต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษามหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และคณะ (2555) ได้ประเมินประสิทธิผลของคู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮิด ฮิด ฮู้ ในชุมชน เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของคู่มือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮิด ฮิด ฮู้ ในชุมชนศรีนาวา ต.ศรีนาวา อ.เมือง จ.นครนายก ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากคะแนนเฉลี่ย 8.6 เป็น 11.2 โดยมีผู้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 24 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น หลังจากมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 28 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ที่เหลือได้คะแนนลดลง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 นอกจากนี้คนในชุมชนมีการรวมตัวกัน มีการสื่อสารกัน และมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อชุมชนเพิ่มขึ้น เกิดเป็นเครือข่ายในชุมชน มีความรู้สึกผูกพันกันอยากช่วยเหลือกัน เกิดความรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 9 คนจาก 30 คนคิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือได้คะแนนลดลง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ พบว่า การรวมตัวของคนในชุมชนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรืองานตามประเพณี และเป็นกลุ่มเดิมๆที่มาร่วมงานและทำ

สาธารณสุขประโยชน์ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ณีฎิกา ราชบุตร และคณะ (2560) ที่ศึกษาผลของการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน โรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลคอนมนต์อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ โดยกำหนดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคม และวัฒนธรรม และทดลองใช้โปรแกรม การให้ความรู้การออกกำลังกายประกอบเพลงพื้นเมืองประยุกต์การรวมกลุ่มรับประทาน อาหาร ติดตามเยี่ยมบ้านและจัดประกวดแข่งขันการออกกำลังกาย ผลการวิจัย พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร่าลดลง เมื่อเปรียบเทียบคะแนนสุขภาพจิตก่อนและหลังเข้าโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < 0.05$) โปรแกรมดังกล่าวสามารถส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ทมาภรณ์ บุณยสมภพ (2547) ที่ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและการปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะซึมเศร้าของภรรยาที่ถูกทำทารุณกรรม ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าของภรรยา ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 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 แตกต่างกับค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร่าก่อนได้รับโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ภายหลังได้รับ โปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง มีค่าต่ำกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าก่อนได้รับโปรแกรมทั้ง 2 ครั้ง และค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 2 ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร่าหลังสิ้นสุดโปรแกรมครั้งที่ 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 ควรพิจารณาแก้ไขปัญหาควคู่กันไป

4.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. สตรีกลุ่มที่ปัญหาในลักษณะเพศสภาพ (Gender) ควรมีการพัฒนา/ปรับปรุงกฎหมายเกี่ยวกับสตรีและกฎหมายสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้เอื้อต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในกลุ่มสตรีที่โดนสามีกระทำในลักษณะเพศสภาพ (Gender)
2. ปัญหาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายเป็นอยู่ในทุกชุมชน ดังนั้นภาครัฐควรมีนโยบาย เช่น พัฒนานักจิตวิทยาชุมชน หรือการพัฒนาบุคลากรในพื้นที่ ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้มีความพร้อมในการดำเนินงานดังกล่าว
3. ผลักดันมาตรการด้านกฎหมายเพื่อการพัฒนาด้านสุขภาพจิตชุมชนให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีศักยภาพในการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชนของตนเองได้ โดยเน้นการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 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





บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- ดารา การะเกสร. (2554). ผลการบำบัดทางพฤติกรรมความคิด (CBT) ต่อการลดอาการ PTSD ของสตรีผู้สูญเสียสามีจากสถานการณ์ความไม่สงบในอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- มลวิภา เหมือนพรหม. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ในจังหวัดสกลนคร. วารสารศึกษาศาสตร์ ฉบับวิจัยบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภิญโญ อิศรพงศ์, จุฬาทพร สมใจ และวาสนา เกศมสุข. (2554). ผลของของโปรแกรมการบำบัดตามแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อ ภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลเด็กออทิสติก. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์, เชียงใหม่.
- สุกัญญา นามวงศ์. (2556). การศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่นครชัยบุรินทร์ ช่วงเดือนกรกฎาคม 2555 ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ก.ค.2560 จาก <http://www.klb.dmh.go.th/2556>.
- สุภาวดี คำคุณา. (2556). การเปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมก่อนและหลังการทดลองต่อความเครียด ความรู้เรื่องโรคออทิสซึมและพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กออทิสติก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2556). ประสิทธิผลของโปรแกรม 16 สัปดาห์เพื่อพัฒนาความสุข 5 มิติในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรวรรณ ดวงจันทร์ และอมรากุล อินโชนานนท์, กาญจนา วณิชรมณีย์, ชิดชนก โอภาสวัฒนา, นันทน์ภัส ประสานทอง. (2555). การประเมินประสิทธิผลของกลุ่มการจัดการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังฮึด ฮึด ฮู้ ในชุมชน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุมนทิพย์ จิตสว่าง. (2558). การฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ก.ค.2560 จาก <http://www.klb.dmh.go.th/2556> <http://www.polsci.chula.ac.th/sumonthip/>

- กรมสุขภาพจิต. (2559). อัมเทศสถานการณ์ “ฆ่าตัวตายในไทย” ย้ำ รู้ทัน ป้องกันได้.
กรมสุขภาพจิต จากการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 15
และประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 13 ที่จัดขึ้นโดย
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 8-10 มิ.ย 2559
- ปทานนท์ ขวัญสนิท. (2560). กรมสุขภาพจิต อัมเทศสถานการณ์ “ฆ่าตัวตายในไทย”
ย้ำ รู้ทัน ป้องกันได้ กรมสุขภาพจิต จากการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ
ครั้งที่ 15 และประชุมวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก ครั้งที่ 13 ที่จัดขึ้นโดย
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 8-10 มิ.ย 2559
- Paris, J (2002). “Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder”.
Psychiatric services (Washington, D.C.) 53 (6): 738-42.
- Hawton K. van Heeringen K (April 2009). “Suicide”. *Lancet* 373 (9672): 1372-81. Stedman’s
medical dictionary (28th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). “Global, regional,
and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of
death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study
2013.” *Lancet* 385: 117-71.
- Meier, Marshall B. Clinard, Robert F. (2008). *Sociology of deviant behavior* (14th ed.). Belmont,
CA: Wadsworth Cengage Learning. P. 169.
- Varnik, P (March 2012). “Suicide in the world”. *International Journal of Environmental Research
and Public Health* 9(3): 760-71. PMC 3367275. PMID 22690161. Doi:10.3390/ijerph9030760”
Suicide in the world”. *International Journal of Environmental Research and Public
Health* 9(3):760-71. PMC 3367275. PMID 22690161. doi:10.3390/ijerph9030760
- Chang, B; Gitlin, D; Patel, R (September 2011). “The depressed patient and suicidal patient in the
emergency department: evidence-based management and treatment strategies”.
Emergency medicine practice 13(9): 1-23; quiz 23-4.
- “Deaths estimates for 2008 by cause for WHO Member States” World Health Organization.
สืบค้นเมื่อวันที่ 10 February 2013
- Haney, EM; O’Neil, ME; Carson, S; Low, A; Peterson, K; Denneson, LM; Oleksiewicz, C;
Kansagara, D (March 2012). *Suicide Risk Factors and Risk Assessment Tools: A
Systematic Review*.



ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร

สืบช่วยธรรมมาภิบาล

ภาคผนวก ก
หนังสืออนุญาตเก็บข้อมูล





ที่ ยส.๐๐๓๒.๒ / ๖๗๗

โรงพยาบาลโสธร
อ.เมือง จ.ยโสธร ๓๕๐๐๐

ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ขออนุมัติให้นักศึกษาเก็บข้อมูลเพื่อวิจัย

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองโสธร

ด้วยนางสุภาพร จันทร์สาม นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ได้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ เรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร

ในการนี้ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ ขออนุมัติให้นักศึกษาคำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยเครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ร่วมพัฒนาารูปแบบการพัฒนา

- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ
- แบบประเมินความสุข
- แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกัน โรคซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย
- แบบประเมินความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
- แบบสัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลในขั้นตอนสรุปหาเรียนสะท้อนผลการพัฒนาารูปแบบเพื่อวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มทดลอง

- แบบประเมิน โรคซึมเศร้า
- แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ
- แบบประเมินความสุขคนไทย
- แบบประเมินความรู้โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
- กลุ่มแกนนำชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาและใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวน ๕๖ คน
- กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน ๕๓ คน

ทั้งนี้ นักศึกษาจะได้ประสานงาน ในรายละเอียดเกี่ยวกับ วัน เวลา และสถานที่ในการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย ดังกล่าวต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเมธี สาสีมา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

กลุ่มงานจิตเวช

โทร ๐๔๕-๗๑๕๐๓๘

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

โครงการวิจัยเรื่อง: การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ในจังหวัดยโสธร

ผู้วิจัย: นางสุภาพร จันทร์สาม

หน่วยงานที่สังกัด : โรงพยาบาลยโสธร

สำหรับเอกสาร: การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ในจังหวัดยโสธร

ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร โดยยึด
หลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัย
ทางคลินิกที่ดี (ICH GCP)

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๘

(นายสุเมธี สาสิมา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย



ภาคผนวก ข
เครื่องมือการวิจัย



แบบสอบถาม

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร

คำชี้แจง

1. การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ปัญหาภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดยโสธร 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายและ 3) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. ขอเรียนว่า ผู้ตอบแบบสอบถามนี้ ไม่ต้องลงชื่อตัวเอง คำตอบจากแบบสอบถามจะเป็นความลับไม่มีผลเสียต่อผู้ตอบ เพียงแต่นำไปรวบรวม วิเคราะห์ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น
3. จึงขอความกรุณาจากท่านตอบแบบสอบถามให้ครบตามที่ระบุไว้ ตรงกับความจริงของตัวท่านเองมากที่สุด
4. แบบสอบถามชุดนี้ แบ่งเป็น 6 ส่วน ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป มี 11 ข้อย่อย
 - ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มี 9 ข้อย่อย
 - ส่วนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ มี 12 ข้อย่อย
 - ส่วนที่ 4 แบบวัดความสุขในชีวิต มี 15 ข้อย่อย
 - ส่วนที่ 5 แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย มี 33 ข้อย่อย
 - ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มี 13 ข้อย่อย

ขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

สุภาพร จันทร์สาม

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย ลงในที่ตรงกับความเป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ. 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด.....
4. สถานภาพการสมรส 1. โสด 2. คู่ 3. หม้าย/หย่า/แยก
5. อาชีพหลักของตัวเอง.....
6. บทบาทหน้าที่ในชุมชนหรือในหน่วยงาน (ระบุ).....
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อปี
 1. ต่ำกว่า 30,000 บาท
 2. 30,000-60,000 บาท
 3. 60,001-90,000 บาท
 4. 90,001-120,000 บาท
 5. มากกว่า 120,000 บาท
8. โรคหรือปัญหาสุขภาพประจำตัวของท่าน (ระบุ).....
9. ท่านคิดว่า ปัญหาภายในครอบครัวของท่าน คือ (ระบุได้หลายข้อ).....
10. ท่านคิดว่า ปัญหาภายในชุมชนของท่าน คือ (ระบุได้หลายข้อ).....
11. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของท่าน
 - 11.1 ไม่ดื่มเลย
 - 11.2 ดื่ม
 1. ดื่มเป็นประจำทุกวัน
 2. ดื่มน้อยครั้ง (ประมาณ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์)
 3. ดื่มนานครั้ง (ประมาณ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์)
 4. ดื่มประมาณเดือนละ 1 ครั้ง
 5. ดื่มประมาณเดือนละ 2 ครั้ง

ตอนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า

ลำดับ	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้; ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1 - 7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3	หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป				
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง				
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป				
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือ ทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือ ทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8	พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือ กระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือ คิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

ตอนที่ 3 แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจ

จากประสบการณ์ของตัวเอง ท่านคิดว่า ท่าน ได้/สามารถ ปฏิบัติตน ตามแนวทางต่อไปนี้ ได้อย่าง
สม่ำเสมอ มากน้อยเพียงใด 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด,

กิจกรรม	ระดับความคิดเห็น				
	5	4	3	2	1
1. รู้สึกดี เห็นคุณค่าในตัวเอง แม้อันอื่นไม่เห็น					
2. ชื่นชมการกระทำและงานของตนเองเป็น					
3. ทำงานอย่างประณีตและหมั่นปรับปรุงตลอด					
4. จัดลำดับความสำคัญในเรื่องต่างๆได้ดี					
5. “รู้ตัว” เมื่อโกรธ และมีวิธีวางใจให้คลายได้ไว					
6. “รู้ตัว” เมื่อท้อแท้ และมีวิธีแก้/ฟื้นตัวได้ไว					
7. สร้างและรักษามิตรภาพกับบุคคลรอบตัวได้ดี					
8. ปรึกษาผู้รู้และบุคคลอื่นๆเมื่อเจอปัญหา					
9. มีคนอื่น(สิ่งยึดเหนี่ยว) ที่คนสนิท ไว้วางใจ และ ผูกพัน					
10. มุ่งมีชีวิตที่สงบเย็น ใช้ชีวิตแบบพอเพียง พอใจใน สิ่งที่มี					
11. มุ่งทำประโยชน์แก่ส่วนรวม/ชุมชน/สังคม/คนที่ น้อยกว่า					
12. มีแผนการ/โครงการที่จะทำตามที่ตั้งเป้าหมายไว้					

ตอนที่ 4 แบบวัดความสุขในชีวิต

จากการประเมินตัวท่านเอง ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกในประเด็นตามข้อคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความรู้สึกกับตัวท่านมากที่สุด คือ ไม่เลย เล็กน้อย มาก มากที่สุด

ข้อคำถาม	ระดับการประเมิน			
	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข				
2. ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
3. ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอ ๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้				
4. ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน				
5. ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้านหรือคนอื่น ๆ				
6. ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จมีความก้าวหน้า ในชีวิต				
7. ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
8. ถ้าสิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง ท่านจะรู้สึกหงุดหงิด				
9. ท่านสามารถปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตัวท่านเอง				
10. ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11. ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ				
12. ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ <input type="checkbox"/>				
13. ท่านมีเพื่อนหรือญาติที่คอยช่วยเหลือท่านในยามที่ท่านต้องการ				
14. ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอยู่อาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน				
15. ท่านมีโอกาสดูแลพักผ่อนคลายเครียด				

ตอนที่ 5 แบบทดสอบความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

โปรดกาเครื่องหมาย ถูก (✓) หรือ ผิด (×) หน้าข้อคำถามต่อไปนี้ตามความคิดเห็นของท่าน

- 1.....การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ
- 2.....ประชาชนทั่วไปสามารถป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้
- 3.....สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายเป็นบ่นว่าอยากตาย เหนงหงอย เศร้าซึม หมกมุ่นตายอยาก
- 4.....โรคซึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้
- 5..... โรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้
- 6..... สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า
- 7.....การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ
- 8.....การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้
- 9.....การกินยารักษาโรคซึมเศร้าไม่ควรกินต่อเนื่องเพราะจะทำให้ติดยา ถ้าอาการดีขึ้นให้หยุดยาได้
- 10.....การดูแลเฟ้าระวังโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฟ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

จากการประเมินตัวท่านเอง ท่านคิดว่าท่านมีความรู้สึกพึงพอใจตามข้อคำถามโดยทำเครื่องหมาย ✓
ที่ตรงกับความรู้สึกกับตัวท่านมากที่สุด คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย

ข้อที่	ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	ระดับความคิดเห็น		
		เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1	ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นคนหนีปัญหาจึงไม่มีประโยชน์ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป			
2	ในบางครั้งคนใกล้ชิดนั่นเองคือคนที่สนับสนุนให้เกิดการฆ่าตัวตาย			
3	คนที่คิดฆ่าตัวตายจริงๆจะไม่พูดหรือบอกคนอื่น			
4	การฆ่าตัวตายเป็นการเรียกร้องความสนใจอีกวิธีการหนึ่ง			
5	คนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ คือคนที่ไม่ตั้งใจอยากตายจริงๆ			
6	การเอาใจใส่คนที่พูดถึงการฆ่าตัวตายเป็นมากเกินไปทำให้เขาค้นนั้นฆ่าตัวตายซ้ำ			

ข้อที่	ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	ระดับความคิดเห็น		
		เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
7	โรคซึมเศร้า คือ ความเศร้าของคนทั่วไปแต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช			
8	คนทั่วไปจะรับรู้ว่าเป็นโรคซึมเศร้าได้ด้วยตัวเองไม่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์			
9	โรคซึมเศร้าสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้			
10	การแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าคือแนะนำให้ไปเข้าวัดปฏิบัติธรรมเพื่อคลายความเศร้าและความหดหู่			
11	โรคซึมเศร้าเป็นแค่ความเศร้าไม่ต้องกินยาก็หายเองได้			
12	ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าคือคนที่มีจิตใจอ่อนแอไม่ค่อยเข้มแข็ง			
13	โรคซึมเศร้าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
14	คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าไม่ใช่คนบ้า			



การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย

จากประสบการณ์ของท่านเอง ท่านคิดว่า ท่าน ได้/สามารถ ปฏิบัติตน ตามแนวทางต่อไปนี้ ได้
อย่างสม่ำเสมอ มากน้อยเพียงใด

ลำดับ	การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	ระดับการปฏิบัติ			
		เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย
1	คอยสังเกตลักษณะอาการเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง				
2	พูดคุยซักถามแสดงความเอาใจใส่และแสดงท่าทีที่พร้อมจะให้การช่วยเหลือในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
3	แนะนำญาติหรือคนในครอบครัวให้คอยระวังอย่างใกล้ชิดในกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง				
4	แนะนำกลุ่มเสี่ยงที่คิดจะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองโดยการปลอบใจ ให้เขามีสติ ค่อยๆคิดหาทางแก้ไขปัญหา และแนะนำให้เขาปรึกษาคนที่เขาไว้วางใจและนับถือ				
5	กระตุ้นให้ญาติให้กำลังใจ ไม่ตำหนิ หรือลดการทะเลาะเบาะแว้งลง				
6	ติดต่อหาแหล่งช่วยเหลือในพื้นที่ เท่าที่จะทำได้ เช่น แหล่งฝึกอาชีพ แหล่งฟื้นฟูสมรรถภาพ แหล่งช่วยเหลือเรื่องการเงิน				
7	กระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และให้ความสนใจดูแล และเฝ้าระวังซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยปละละเลย				
8	แนะนำชักชวนให้กลุ่มเป้าหมายร่วมกิจกรรมในชุมชน				
9	แนะนำญาติให้เก็บสิ่งทีอาจเป็นอันตรายไม่ให้มีในบ้าน เช่น เชือก ของมีคม อาวุธปืน ยาปราบศัตรูพืช ยาฆ่าแมลง หรือยาอันตรายต่างๆ				

ตอนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ในช่องคำตอบทางขวามือของแต่ละข้อเพียงช่องเดียวที่ตรงตามความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ข้อที่	ประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ระดับของความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดหรือป้องกันการฉีกร้ายกับกลุ่มเสี่ยง					
2	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถลดปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน					
3	มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และความต้องการของชุมชนในปัจจุบัน					
4	สามารถส่งเสริมสุขภาพจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน					
5	สามารถลดปัญหาความรุนแรงที่เกิดจากปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและชุมชน					

ข้อที่	ประเด็นความพึงพอใจต่อรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	ระดับของความพึงพอใจ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
6	สร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตใจให้กับบุคคลครอบครัวและชุมชน					
7	ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีจิตใจที่เข้มแข็งสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ รอบตัวได้อย่างเหมาะสม					
8	ทำให้กลุ่มเสี่ยงปรับตัวหรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น ตลอดจนสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ					
9	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นคุ้มค่าไม่สิ้นเปลืองเกินไป					
10	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้โดยทั่วถึงกัน					
11	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นชุมชนสามารถติดต่อสอบถามข้อสงสัยได้ง่ายและสะดวก					
12	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปปรับปรุงใช้ในพื้นที่อื่น					
13	รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความถูกต้องและไม่ผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรมหรือจริยธรรมแต่ประการใด					

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุภาพร จันทร์สาม
วัน เดือน ปีเกิด	วันที่ 2 ตุลาคม 2518
จังหวัดที่เกิด	อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร
ประวัติการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประวัติการทำงาน	โรงพยาบาลยโสธร จังหวัดยโสธร
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

