



การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง Development of Suicide Prevention through Community Engagement, Lampang

นงคราญ คชรักษา* ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ**

Nongkran Kochragasa,* Sriprapai Inchaihep**

* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง จ.ลำปาง

* Lampang Provincial Health Office, Lampang Province

** วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง, จ.ลำปาง

** Boromrajonani College of Nursing, Nakorn Lampang, Lampang Province

* Corresponding Author: kochragasa@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดลำปาง เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ใช้วิธีการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์สภาพการณ์การฆ่าตัวตาย การพัฒนารูปแบบ และการประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยนำรูปแบบไปใช้ในโรงพยาบาล 13 แห่ง และ รพ.สต. 142 แห่งในจังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในพื้นที่ จำนวน 6,690 คน และบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 157 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบสัมภาษณ์ผลการใช้รูปแบบวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติทดสอบที และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรม และการประเมินผล คุณภาพของรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมาก หลังการใช้รูปแบบประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รพ.สต. ทุกแห่งประสบความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย อัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 12.22 เป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 8.86 เป็น 7.59 ต่อแสนประชากร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาการรู้เท่าทันในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ แต่ยังไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ ควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

Received: May 20, 2020; Revised: August 5, 2020; Accepted: August 6, 2020



คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตาย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ลำปาง

บทคัดย่อ : การพัฒนารูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตาย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ลำปาง

Abstract

This study aimed to conduct a situational analysis related to suicide and community involvement in suicide prevention in Lamphang, develop a model for community-engaged suicide prevention, and evaluate the outcomes of suicide prevention model. This was a research and development design using mixed methods of data collection and analysis in three phases: 1) situational analysis, 2) model development, and 3) evaluation. The revised model was implemented and evaluated in 13 hospitals and 142 primary care units across Lamphang Province. 6,694 local residents and 157 mental health professionals comprised the participants. Suicide prevention literacy and community engagement were measured through questionnaires. Model utilization was assessed through interview. Descriptive statistical analysis, paired t-test, and content analysis were performed.

A content analysis showed that components of the suicide prevention model consisted of networking, community capacity building and community empowerment, community-engaged suicide prevention and evaluation. The quality of the model was rated as good. Suicide prevention literacy improved significantly after the implementation ($p < .05$). All primary care units successfully established a network for suicide prevention. The suicidal attempt increased from 12.22 to 12.75 per 100,000 populations whereas successful suicide rate decreased from 8.86 to 7.59. The suicide prevention model may improve suicide prevention literacy but cannot prevent suicide. Other strategies must be explored to strengthen the model. The suicide prevention model may improve suicide prevention literacy and successful suicide rate decreased but cannot prevent suicide.

Keywords : model development, suicide prevention, community engagement, Lamphang

ความเป็นมาและความสำคัญ ของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประมาณการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นคิดเป็น 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 และเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 ของประชากรทั่วโลก ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 15 - 44 ปี และการฆ่าตัวตายสำเร็จครั้งแรกจะเพิ่มขึ้นเป็น 20 เท่า¹ ในประเทศไทยการฆ่าตัวตาย นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่า ทุก 2 ชั่วโมง

มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน ในขณะที่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 จะฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา² องค์การอนามัยโลกจึงให้ความสำคัญ ต่อปัญหาการฆ่าตัวตายและตั้งเป้าหมายไว้ว่าภายใน 5 ปี ร้อยละ 10 ของจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะลดลงเทียบกับจำนวนเดิม และจัดลำดับประเทศไทยอยู่ในกลุ่มประเทศที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง ประเทศไทย



จึงตอบสนองต่อนโยบายขององค์การอนามัยโลก โดยกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพระบบบริหารจัดการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โดยนโยบายดังกล่าวได้ควบคุมและกำหนดเป้าหมายให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนไม่เกิน 6.3 ในปี พ.ศ. 2562 และไม่เกิน 6.0 ในปี พ.ศ. 2563 - 2564³ มุ่งเน้นการบูรณาการระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เชื่อมกับ DHS ในเขตสุขภาพและสร้างความตระหนักของประชาชน พร้อมทั้งมีการเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายไม่ให้ฆ่าตัวตายซ้ำตามแนวทางมาตรฐานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง⁴

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของเขตสุขภาพที่ 1 เพราะทุกจังหวัดมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลในปี พ.ศ. 2561 พบว่า ทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จตั้งแต่ 6.44 ถึง 17.26 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดลำปางมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ในลำดับที่ 5 โดยข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าค่าเป้าหมายของประเทศ คือ 11.54 และ 10.39 ต่อแสนประชากรตามลำดับ สอดคล้องกับข้อมูลของการพยายามทำร้ายตัวเองที่พบว่า ในปี พ.ศ. 2561 สูงถึง 12.22 ต่อแสนประชากร⁵ ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายของนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพของประเทศ

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย The Rational-Suicide Theory⁶ อธิบายการฆ่าตัวตายว่า ประกอบด้วยองค์ประกอบของทฤษฎี 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) ทฤษฎีกลยุทธ์ในการฆ่าตัวตาย ที่อธิบายว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นการส่งสัญญาณไปยังคนอื่นว่าเขาไม่มีความสุขและเป็นการลงโทษคนอื่นที่ทำให้พวกเขาไม่มีความสุข

ในทฤษฎีนี้การพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้ต้องการให้ผลลัพธ์เป็นความตายแต่เป็นทางที่บุคคลใช้เพื่อมีอิทธิพลเหนือคนอื่น 2) ทฤษฎีภาวะซึมเศร้า อธิบายว่าบุคคลที่ไม่มีความสุข ท้อแท้ เบื่อหน่าย จะอยากจบชีวิตตนเอง 3) ทฤษฎีการเลียนแบบ อธิบายว่าสังคมเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม การเลียนแบบการฆ่าตัวตายและนำเสนอสัญญาณการฆ่าตัวตาย และ 4) ทฤษฎีเกี่ยวกับอุปกรณ์ในการนำมากระทำ เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่นำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายและถ้ามีความพร้อมด้านเครื่องมือและอุปกรณ์จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ นอกจากนี้ทฤษฎีทางสังคมยังอธิบายถึงอิทธิพลของกลุ่มสังคมว่า มีส่วนในการผลักดันให้บุคคลกระทำการฆ่าตัวตาย การที่บุคคลขาดความผูกพันกับสังคม ไม่สามารถเข้ากับสังคมได้ และความรู้สึกโดดเดี่ยวจนนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁷ และยังพบว่า ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาจิตใจความยังเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย^{8,9}

หากพิจารณาจากทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย จะเห็นว่าการฆ่าตัวตายสามารถป้องกันได้ถ้าหากได้รับความร่วมมือจากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว และชุมชน ในการร่วมกันบริหารจัดการที่เป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การสอดส่องดูแล รวมถึงการขอรับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงทีจากบุคลากรสุขภาพ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตที่กำหนดไว้ว่า “ประชาชนมีสุขภาพดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข” แนวคิดการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและฆ่าตัวตายจึงปรับเปลี่ยนจากการดูแลในโรงพยาบาลโดยบุคลากรสุขภาพไปสู่การดูแลโดยชุมชนในระดับที่สอดคล้องกับศักยภาพของชุมชนและส่งผลเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพในกรณีที่มีปัญหาที่ซับซ้อนหรือฉุกเฉิน¹⁰ วิสัยทัศน์นี้จะสำเร็จได้จะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะครอบครัวและชุมชนของบุคคลกลุ่มเสี่ยง ตาม



แนวคิดการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน บนพื้นฐานบริบทของชุมชน และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงถือเป็นมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนที่สำคัญ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ การปรับทัศนคติ การสังเกตสัญญาณเตือน การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการช่วยเหลือเบื้องต้นอย่างเหมาะสมระหว่างบุคคลในชุมชน ทั้งนี้สหประชาชาติ¹¹ ได้อธิบายว่ากระบวนการมีส่วนร่วมเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างกระตือรือร้นและใช้พลังของประชาชน เช่นเดียวกับแนวคิดของ Cohen & Uphoff¹² ที่เสนอว่า การมีส่วนร่วมนั้นสมาชิกของชุมชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน และจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถช่วยให้ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง แขนงนำชุมชนมีระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น¹³ สัดส่วนของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมีน้อยกว่าการจัดกิจกรรมที่ไม่ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁴ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงน่าจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะนำมาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้

จากข้อมูล สถิติ และแนวโน้มการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำปาง และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย แสดงให้เห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายมีความรุนแรง มีผลกระทบด้านร่างกายเกิดความรู้สึก ด้านจิตใจเกิดความรู้สึกผิดโกรธตัวเอง รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระต่อผู้อื่น ครอบครัวก็เกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือแก้ไขปัญหาได้

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งเสริมให้เกิดการตระหนัก และมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการค้นหาปัญหาและสาเหตุการฆ่าตัวตาย มีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินงาน ดังนั้นปัญหาการฆ่าตัวตายจึงต้องแก้ไขเร่งด่วนตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมายให้มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร จากรายงานข้อมูลของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติในปี พ.ศ. 2560 - 2562 พบว่า ในเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดและเป็นอันดับหนึ่งของประเทศติดต่อกัน 3 ปี โดยจังหวัดลำปางมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 11.54, 10.37 และ 11.37 ต่อแสนประชากรซึ่งเกินจากเป้าหมายตัวชี้วัดของประเทศ ถึงแม้ในปัจจุบันจะมีมาตรการป้องกันและการแก้ไขปัญหาโดยอาศัยร่วมมือกันของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งการพัฒนายุทธศาสตร์และนโยบายด้านสุขภาพจิตก็ตาม แต่ในปัจจุบันยังพบว่า สถิติการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำปาง ยังไม่พบรูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นผู้ที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต จึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาสถานการณ์เชิงลึกของการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำปาง เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดลำปาง เพื่อได้กลยุทธ์ในการลดอัตราการฆ่าตัวตายและตอบสนองนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้



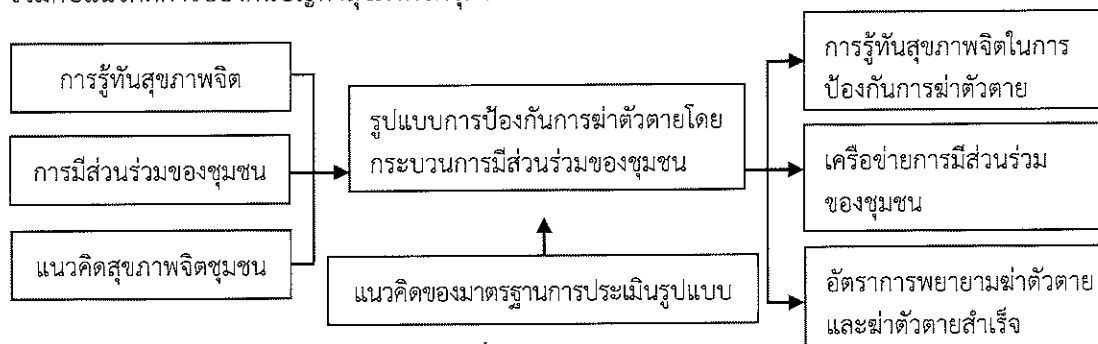
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดลำปาง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน สืบเคราะห์ขึ้นจากการศึกษาสภาพปัญหาจากบริบทที่พบ อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเป้าหมายตัวชี้วัดของประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดของการรู้เท่าทันสุขภาพจิตของ Jorm¹⁵ ที่เสนอว่า บุคคลที่มีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตดี สามารถปรับตัวกับปัญหาต่างๆ ได้ ป้องกันและจัดการปัญหาทางจิตที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยการส่งเสริมให้เกิดการตระหนัก ค้นหาปัญหา และร่วมกันแก้ไข ปัญหาโดยใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วมของชุมชน¹² ร่วมกับแนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน

(Community mental health)¹⁶ ครอบคลุมการป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ทดติยภูมิ และตติยภูมิ เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายทั้งกลุ่มประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบโดยใช้แนวคิดของมาตรฐานการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดย The Joint Committee on Standards for Education Evaluation¹⁷ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง จากกระบวนการของรูปแบบจะนำไปสู่ผลลัพธ์ในด้านการรู้เท่าทันสุขภาพจิต (Mental health literacy) ตามแนวคิดของ Jorm¹⁵ ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต 2) ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิต และ 3) ความสามารถในการรับรู้ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทางจิต ซึ่งการรู้เท่าทันสุขภาพจิตจะสามารถป้องกันและลดความรุนแรงของการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้กระบวนการของรูปแบบยังนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเป็นมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนที่สำคัญ ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff¹² ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 มิติ คือ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติ การแบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนนี้ศึกษาใน อ.งาว จ.ลำปาง เนื่องจากอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดของจังหวัดลำปาง ประชากรแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) สมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 16 ครอบครัว 2) ประชากรที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน อ.งาว จ.ลำปาง จำนวน 55,392 คน และ 3) บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานใน รพ.ส่งเสริมตำบล (รพ.สต.) และ รพ.งาว จำนวน 13 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1) สมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 16 คน โดยเลือกแบบเจาะจงเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่ตายที่สุดในครอบครัว ไม่มีปัญหาเรื่องความจำและการสื่อสาร และยินดีให้ข้อมูล

2) ประชาชนที่มีภูมิลำเนาใน อ.งาว จ.ลำปาง จำนวน 398 คน ได้จากการคำนวณโดยวิธีของ Taro Yamane¹⁸ ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ตามวิธีการคำนวณ ดังนี้

$$n = N/1 + Ne^2 \quad (N = 55,392, e = 0.05)$$

$$n = 55,392 / 1 + (55,392 * 0.0025)$$

$$n = 397.13$$

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ หมู่บ้านละ 20 - 25 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) ผู้ใหญ่บ้านหรือกรรมการหมู่บ้าน 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่รับผิดชอบในเขตที่มีผู้ฆ่าตัวตาย 3) ผู้ที่มีครัวเรือนอยู่ใกล้เคียงบ้านผู้ที่ฆ่าตัวตาย และ

4) เป็นผู้ที่เคยมีปฏิสัมพันธ์หรือใกล้ชิดกับผู้ฆ่าตัวตาย

3) บุคลากรสุขภาพ จำนวน 13 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจงเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ใน รพ.สต. 12 แห่งๆ ละ 1 คน และจาก รพ.งาว 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับบุคลากรสุขภาพครอบคลุมแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย และปัญหาอุปสรรค

2. แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบด้วย การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การรับรู้ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย และความต้องการการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 3 ระดับ จำนวน 24 ข้อ พัฒนาจากแบบวัดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของ วิษณุ หยกจินดา¹⁹ ซึ่งใช้แนวคิด Cohen & Uphoff¹² ครอบคลุมการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 ด้าน ได้แก่ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติการ แบ่งปันผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.00 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง มีส่วนร่วมในระดับน้อย

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ



(Item Objective Congruence Index : IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง โดยทดลองใช้ในสมาชิกชุมชนของผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จในเขต อ.แม่ทะ จ.ลำปาง จำนวน 33 คน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีความคล้ายคลึงกันในด้าน ลักษณะประชากร วิถีชีวิตและวัฒนธรรม และการ ได้รับบริการด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.70 และผล การวิเคราะห์หลังจากการใช้เครื่องมือในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดได้ค่า 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยนัดหมายและสัมภาษณ์ เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสุขภาพและ ครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. แจกแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่ไม่ สามารถอ่านออก ผู้แจกแบบสอบถามอ่านข้อ คำถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลือกคำตอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากแบบ สัมภาษณ์ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนแบบสอบถาม วิเคราะห์โดยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นการพัฒนาารูปแบบการ ป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในขั้นตอนนี้แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การร่างรูปแบบการป้องกันการ ฆ่าตัวตายโดยการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอน ที่ 1 ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัวกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ ประชาชนทั่วไป ผู้เป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ที่มี ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และประเมินคุณภาพ รูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย

จิตแพทย์ 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน และนักการศึกษาที่มีความ เชี่ยวชาญด้านการพัฒนารูปแบบ 1 ท่าน และประเมิน รูปแบบในมุมมองของผู้ปฏิบัติโดยพยาบาลวิชาชีพที่ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 13 คน หลังจากนั้น ปรับปรุงแก้ไขรูปแบบครั้งที่ 1 ตามข้อเสนอแนะ

ระยะที่ 2 การนำรูปแบบไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและปรับปรุงแก้ไข ครั้งที่ 2 ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพ.สต. 3 แห่ง ในพื้นที่ อ.งาว จ.ลำปาง

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. บุคลากรสุขภาพ จำนวน 13 คน ได้มา จากการเลือกแบบเจาะจงพยาบาลวิชาชีพที่ รับผิดชอบงานสุขภาพจิต ใน รพ.สต. 12 แห่งๆ ละ 1 คน และจาก รพ.งาว 1 คน

2. ผู้นำชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ ที่รับผิดชอบของ รพ.สต. 3 แห่ง จำนวน 78 คน ได้มาจากการเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีส่วนร่วมในใช้ รูปแบบ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการ หมู่บ้าน 15 คน อสม. 42 คน ผู้สูงอายุ 15 คน ครู 3 คน และพระสงฆ์ 3 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1 แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม ของผู้ที่ รับผิดชอบดำเนินงานและเครือข่ายชุมชน เป็น แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่มเพื่อมุ่งประเมิน ความเหมาะสมของรูปแบบหลังการนำรูปแบบ ไปใช้ ครอบคลุม 4 ประเด็น ได้แก่ ความสอดคล้อง ของการปฏิบัติกับรูปแบบที่กำหนด ผลที่เกิดจาก การใช้รูปแบบ ปัญหา/อุปสรรคในการนำรูปแบบ ไปใช้ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความ คิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าระหว่าง 0.80 – 1.00 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ



2. แบบประเมินคุณภาพรูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของมาตรฐานการประเมินโปรแกรม/รูปแบบ ที่พัฒนาขึ้นโดย The Joint Committee on Standards for Education Evaluation¹⁷ ซึ่งประกอบด้วย มาตรฐานด้านการใช้ประโยชน์ ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านความถูกต้อง ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 และปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยร่างรูปแบบตามข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1

2. เสนอรูปแบบแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 13 คน เพื่อประเมินคุณภาพรูปแบบ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

3. อบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้เกี่ยวข้องที่จะนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 3 คน ในประเด็นการให้คำปรึกษาและการพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. อบรมแกนนำชุมชนและเครือข่าย จำนวน 78 คน ในประเด็นการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต การใช้แอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้เวลาอบรม 1 วัน และมอบคู่มือในการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมแก่แกนนำชุมชน

5. แกนนำชุมชนและเครือข่าย และพยาบาลวิชาชีพในพื้นที่รับผิดชอบดำเนินการตามที่รูปแบบกำหนดเป็นเวลา 6 เดือน

6. ประเมินผลการใช้รูปแบบ โดยการสนทนากลุ่มแกนนำชุมชนและเครือข่ายตามประเด็นที่กำหนด และปรับปรุงแก้ไขรูปแบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ส่วนข้อมูลจากแบบประเมินคุณภาพรูปแบบใช้สถิติเชิงบรรยาย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนการประเมินผลการนำรูปแบบไปใช้

ประชากร ได้แก่

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 142 แห่งในจังหวัดลำปาง

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดลำปาง ที่มีอายุ 10 ปีขึ้นไป จำนวน 664,679 คน²⁰

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. กลุ่มผู้ให้บริการ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลลำปาง (ระดับตติยภูมิและปฐมภูมิ) เทศบาลนครลำปาง รพ.ชุมชน 12 แห่ง รพ.สต. 142 แห่งๆ ละ 1 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 157 คน ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงผู้ที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพจิต

2. กลุ่มผู้รับบริการ ได้แก่ ประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด ลำปางกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อัตราส่วน ร้อยละ 1 ในประชากรตั้งแต่ 150,000 คนขึ้นไป²¹ ได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ 6,690 คน ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่เป้าหมาย ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้

2.1 สุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยจับสลากหมู่บ้านจากพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.สต.ๆ ละ 1 หมู่บ้าน ได้พื้นที่เป้าหมาย 142 หมู่บ้าน แบ่งเป็นพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบ 71 รพ.สต. และเป็นพื้นที่กลุ่มควบคุม 71 หมู่บ้าน



2.2 เลือกแบบโควตา (Quota sampling) กำหนดกลุ่มตัวอย่างหมู่บ้านละ 50 คน

2.3 เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประชาชนที่เป็นเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตายในหมู่บ้านเป้าหมาย และประชาชนในชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรม แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.3.1 เครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตายในหมู่บ้านเป้าหมาย ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ครู พระสงฆ์ สมาชิกชมรมต่างๆ ในชุมชนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 3,330 คน

2.3.2 ประชาชนอายุ 10 ปีขึ้นไป ในหมู่บ้านเป้าหมาย จำนวน 3,360 คน ครอบคลุม 1) กลุ่มประชาชนทั่วไป 2) กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวช ผู้ติดสารเสพติด และผู้ที่มีคะแนนประเมิน 9Q มีคะแนน ≥ 7 และ 3) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่

1. แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ครอบคลุมความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปรับปรุงจากแบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต²² มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ผลการใช้รูปแบบ เป็นแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับบุคลากรสุขภาพที่นำรูปแบบไปใช้ ครอบคลุมประเด็น กระบวนการของรูปแบบ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการใช้รูปแบบ ปัญหาอุปสรรคระหว่างการใช้รูปแบบ และข้อเสนอแนะ

3. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1

4. แบบบันทึกประสิทธิผลของรูปแบบ ประกอบด้วย 1) จำนวนการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง 2) จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และ 3) อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าระหว่าง 0.67 – 1.00 แบบประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิต ทดลองใช้ในประชาชน จำนวน 30 คน วิเคราะห์โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่า 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการแก่บุคลากรสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบ ฝึกทักษะในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แนวทางการใช้แอปพลิเคชัน “รู้ทันโรคซึมเศร้า” และแผนการพยาบาลรายบุคคล

2. บุคลากรสุขภาพของแต่ละ รพ.สต. ประชุม อสม. และกรรมการหมู่บ้าน ในการชี้แจงการนำรูปแบบไปใช้ และประเมินการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายก่อนการใช้รูปแบบ

3. ดำเนินการนำรูปแบบไปใช้เป็นเวลา 6 เดือน ดังรายละเอียด ดังนี้

3.1 กลุ่มทดลอง ดำเนินการตามกระบวนการ และแนวทางที่กำหนดไว้ในรูปแบบ

1) บุคลากรสุขภาพประชุมร่วมกับคณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. และเครือข่ายในชุมชน เพื่อร่วมกันจัดทำแผนชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2) อบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศักยภาพชุมชน ให้แก่คณะกรรมการหมู่บ้าน อสม. และเครือข่ายในชุมชน ในประเด็นการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต การใช้แอปพลิเคชันในการประเมินความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3) ดำเนินกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายตามแผนที่กำหนด



3.1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ
กลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนและประชาชนทั่วไป
กิจกรรม ได้แก่ การส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต
ในโรงเรียนและในชุมชน การส่งเสริมสัมพันธภาพ
ในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพจิตผ่านกิจกรรมทาง
ศาสนา และการใช้แอปพลิเคชัน “รู้ทันโรคซึมเศร้า”

3.2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ
กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
กิจกรรม ได้แก่ การคัดกรอง การระบุกกลุ่มเสี่ยง
และการให้คำปรึกษา

3.3) การป้องกันระดับตติยภูมิ
กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย
กิจกรรม ได้แก่ การให้คำปรึกษา การเตรียมชุมชน
เพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การใช้แผนการดูแล
เฉพาะราย และการบำบัดรักษา

4) บุคลากรสุขภาพ คณะกรรมการ
หมู่บ้าน อสม. และเครือข่าย ประชุมประชาชนใน
หมู่บ้าน เพื่อร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน
และเสนอแนวทางการพัฒนาต่อเนื่อง

3.2 กลุ่มควบคุม ดำเนินการตามขั้นตอน
ดังนี้

1) บุคลากรสุขภาพจิตอบรม อสม.
และประชาชนในหมู่บ้าน ในประเด็นการประเมิน
ความเสี่ยง การช่วยเหลือเบื้องต้น และการส่งต่อผู้
ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2) ประชาชนในหมู่บ้านนำความรู้
ไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

3) บุคลากรสุขภาพ คณะกรรมการ
หมู่บ้าน และ อสม. ประชุมประชาชนในหมู่บ้าน
เพื่อร่วมกันประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

4. ประเมินผลหลังการใช้รูปแบบเมื่อ
ครบ 6 เดือน โดยประเมิน ดังนี้

4.1 ประเมินคณะกรรมการหมู่บ้าน
อสม. และประชาชน ด้วยแบบประเมินการรู้เท่าทัน

สุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และ
แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย

4.2 สัมภาษณ์บุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับ
ผลการใช้รูปแบบ และข้อเสนอแนะ

4.3 บันทึกข้อมูลผลลัพธ์ของรูปแบบ
ได้แก่ จำนวนการคัดกรองและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง
จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และอัตราการฆ่าตัว
ตายต่อประชากรแสนคน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง
เอกสารเลขที่ E 2562-001 เลขรหัสโครงการวิจัย
001/2562 ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด
โดยเฉพาะการสัมภาษณ์ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
และครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งเป็นประเด็น
ที่ละเอียดอ่อนได้ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพที่
ผ่านการฝึกทักษะการให้คำปรึกษาภายใต้การดูแล
จากผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบ วิเคราะห์
ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

2. ทดสอบความแตกต่างของผลลัพธ์ของ
การใช้รูปแบบ โดยใช้สถิติ t-test

3. ข้อมูลข้อคิดเห็น ปัญหา อุปสรรค
และข้อเสนอแนะ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา



ผลการวิจัย

ผลการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ตอน
ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็นกลุ่มที่ศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย และกลุ่มทดลองใช้รูปแบบ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย สมาชิกครอบครัวของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 16 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุ 20 - 40 ปี ร้อยละ 31.25 เป็นคู่สมรสของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 37.50 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ และจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 43.75 ส่วนประชาชนในชุมชน จำนวน 346 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.41 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 32.96 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 82.95 และมีบทบาทเป็นสมาชิกในชุมชน ร้อยละ 76.30

กลุ่มทดลองใช้รูปแบบ เป็นประชาชนในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 6,690 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.17 อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ร้อยละ 70.08 เป็น อสม. ร้อยละ 35.87 ส่วนบุคลากรสุขภาพ จำนวน 157 คน ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 76.00 ประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 38.02 และได้รับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ร้อยละ 50.41

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า การรับรู้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย มี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยทางจิตใจ ประกอบด้วย ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเสียใจ และน้อยใจ และ 3) ปัจจัยทาง

สังคม ประกอบด้วย การขาดแหล่งช่วยเหลือ การไม่ได้รับการยอมรับ การเห็นแบบอย่างการฆ่าตัวตาย และแยกตัวจากสังคม ส่วนการรับรู้ผลกระทบของการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ครอบครัวขาดรายได้ ขาดความอบอุ่น รู้สึกหดหู่ เศร้า เสียใจ และเกิดพฤติกรรมการเลียนแบบ และพบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.48$, $SD = 0.63$) โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า การฆ่าตัวตายป้องกันไม่ได้และเป็นเรื่องส่วนบุคคล การแก้ไขปัญหาคือหน้าที่ของบุคลากรสุขภาพ

ผลการสัมภาษณ์แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อให้ได้รับการรักษา ส่วนกิจกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่ได้ดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากรขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลและให้คำปรึกษา การขาดการส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ รวมถึงชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาและไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา

ตอนที่ 3 ผลพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบพัฒนาขึ้นมาจากการวิเคราะห์ข้อมูลในตอนที่ 2 ที่พบว่า ปัจจัยของการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับจิตสังคม ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาน้อย และขาดการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ จึงพัฒนารูปแบบภายใต้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน และแนวคิดการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน เครือข่าย และประชาชน นำไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน องค์ประกอบของรูปแบบมี 5 องค์ประกอบ ดังนี้



1. การแสวงหาเครือข่าย โดยการคืนข้อมูลให้ชุมชนเข้าใจ และตระหนักในปัญหา

2. การพัฒนาศักยภาพเครือข่าย ผ่านกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชัน “รู้ทันโรคซึมเศร้า”

3. กำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักการสุขภาพจิตชุมชน ดังนี้

3.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต การส่งเสริมการสื่อสารและสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการใช้แอปพลิเคชัน “รู้ทันโรคซึมเศร้า”

3.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การประเมินสัญญาณเตือน และคัดกรองความเสี่ยงการระบுகลุ่มเสี่ยง และให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยง

3.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่ การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้คำปรึกษา การเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การใช้แผนการดูแลเฉพาะราย และการบำบัดรักษา

4. การดำเนินกิจกรรม โดยใช้ทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

5. การประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่าย ผลลัพธ์ของกิจกรรม และขยายผลโดยการจัดทำเป็นแผนชุมชน

ผลการพิจารณาคุณภาพของรูปแบบหลังการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ในภาพรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.82$, $SD = 0.54$) โดยด้านการใช้ประโยชน์ (Utility) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมา คือ ด้านความถูกต้อง (Accuracy) และด้านความเหมาะสม (Propriety) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า ส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าอยู่ระหว่าง 3.48 - 4.52

ตอนที่ 4 ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน

1. การรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังการใช้รูปแบบประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที ของการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

กลุ่ม	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มทดลอง (n = 3,502)	0.88	0.123	40.47*	< 0.001
กลุ่มควบคุม (n = 3,188)	0.69	0.217		
ก่อนใช้รูปแบบ (n = 2,950)	0.67	0.166	63.17*	< 0.001
หลังใช้รูปแบบ (n = 3,502)	0.88	0.123		

* p < .05



2. เครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า สามารถแบ่งเครือข่ายเป็น 5 กลุ่ม บทบาทการดำเนินงานของเครือข่าย ประกอบด้วย การกำหนดกลยุทธ์มาตรการทางสังคม สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม การสอดส่องดูแล การคัดกรอง การบำบัดรักษา การกำกับติดตามการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลการดำเนินงาน มีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เครือข่ายแกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. และองค์กรศาสนา มีบทบาทในการกำหนดมาตรการ นโยบาย ร่างแผนสุขภาพชุมชน ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และร่วมกับบุคลากรสุขภาพเพื่อกำกับติดตามการดำเนินงาน

2.2 เครือข่ายภาคประชาชน ประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และเครือข่ายครอบครัวเข้มแข็ง มีบทบาทในการร่วมจัดทำแผนสุขภาพชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในชุมชน

2.3 เครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย (กฟผ.) มีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต

2.4 เครือข่ายภาครัฐ ได้แก่ โรงเรียน ตำรวจ ฝ่ายปกครอง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และร่วมมือในการสอดส่องดูแลความปลอดภัยในชุมชน

2.5 เครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพทุกระดับในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุข จ.ลำปาง มีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพแกนนำ เป็นที่ปรึกษาในการจัดกิจกรรม

ป้องกันการฆ่าตัวตาย ให้คำปรึกษา ให้การบำบัดรักษา และกำกับติดตามการดำเนินงาน

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ ผลการประเมินตามตัวชี้วัดของรูปแบบ ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวัง จากผลการดำเนินงานพบว่า เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านภาระและความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน คัดกรองความเสี่ยงจากกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด ผลการดำเนินงาน พบว่า กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 และผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 12 คน

3.2 ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน พบว่า มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 94 คน คิดเป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 30 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรสุขภาพใช้แผนการดูแลรายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากบุคลากรสุขภาพและ/หรือเครือข่ายชุมชน จนปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย

3.3 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อประชากรแสนคนของจังหวัดลำปาง จากผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน พบว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 56 คน คิดเป็น 7.59 ต่อแสนประชากร ลดลงจากปี พ.ศ. 2562 ในช่วงเวลาเดียวกันที่พบ 66 คน คิดเป็น 8.86 ต่อแสนประชากร ครอบครัวของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการเยียวยาโดยเครือข่าย โดยการติดตามเยี่ยมครอบครัว และให้การช่วยเหลือในด้านสังคมและความเป็นอยู่ รวมถึงการทำความเข้าใจกับชุมชนในการไม่ตีตราหรือซ้ำเติมครอบครัวผู้ฆ่าตัวตาย



ตารางที่ 2 อัตราการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในช่วง 6 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2562 และ 2563

ช่วงเวลา	อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย		อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	
	จำนวน	ต่อแสนประชากร	จำนวน	ต่อแสนประชากร
1 ตุลาคม 2560 - 31 มีนาคม 2562	91	12.22	66	8.86
1 ตุลาคม 2562 - 31 มีนาคม 2563	94	12.75	56	7.59

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การใช้เสพติด ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การขาดแหล่งช่วยเหลือจากสังคม และการเห็นแบบอย่างการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้า และการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งของการฆ่าตัวตาย⁸ และการเลียนแบบทางสังคมก็นำไปสู่การฆ่าตัวตายได้²³ ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากเห็นว่าการฆ่าตัวตายไม่สามารถป้องกันได้ และชุมชนไม่มีศักยภาพเพียงพอที่จะป้องกันการฆ่าตัวตาย สอดคล้องผลการวิจัยที่ศึกษาในจังหวัดยโสธร¹³ ที่พบว่า ประชาชนขาดการมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายและยังไม่มีรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ชัดเจน เนื่องจากชุมชนยังขาดความเข้าใจและไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งการที่ประชาชนในชุมชนไม่เข้ามามีส่วนร่วมนั้น นอกจากจะเกิดจากความรู้ความสามารถ และทัศนคติของประชาชนแล้ว ยังเกี่ยวข้องกับความร่วมมือร่วมใจ และการได้รับสนับสนุนจากชุมชนอีกด้วย²⁴

2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตอบสนองต่อปัญหาของพื้นที่ที่พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมน้อยและขาดความมั่นใจใน

ศักยภาพตนเองที่จะป้องกันการฆ่าตัวตาย องค์ประกอบหนึ่งของรูปแบบจึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพและการเสริมสร้างพลังเครือข่าย ตามแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลังอำนาจ (Empowerment Theory)²⁵ ที่อธิบายว่า การมีปฏิสัมพันธ์ การมีส่วนร่วมในการวางแผนเป้าหมายและกิจกรรม จะช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนักและพัฒนาตน ส่งผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ในการทำกิจกรรมใดๆ ในองค์ประกอบของรูปแบบยังครอบคลุมการมีส่วนร่วมของชุมชน 4 มิติ ได้แก่ การตัดสินใจ การลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้น และการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน ตามกรอบแนวคิดแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen & Uphoff¹² และสอดคล้องกับหลักการพัฒนาการมีส่วนร่วม ของ ชุมชน ของ World Health Organization¹⁴ ที่อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนควรเริ่มจากการร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหา ตรวจสอบประเด็นสำคัญที่เป็นไปได้ ระดมทรัพยากร ก่อนการกำหนดเป้าหมาย เพื่อพัฒนาแผนงานและกลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายและกิจกรรมชุมชน

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นครอบคลุมกิจกรรมทุกมิติของการป้องกันการฆ่าตัวตายตามนโยบายสุขภาพจิตแห่งชาติที่ยึดหลักของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 3 ระดับ โดยการป้องกันระดับปฐมภูมิมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมาย คือ นักเรียนและ



ประชาชนทั่วไป ในการส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิต เพื่อสร้างเกราะป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่นำไปสู่ความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย การป้องกันระดับทุติยภูมิมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ติดสารเสพติด³ มุ่งเน้นการคัดกรองและส่งต่อเข้ารับการรักษา ซึ่งถือว่าเป็นกุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่การป้องกันการฆ่าตัวตายได้ ดังที่องค์การอนามัยโลกเสนอไว้ว่า การระบุว่าผู้ใดเป็นกลุ่มเสี่ยงแล้วให้ความช่วยเหลือป้องกัน เผื่อระวัง จะสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ²⁶ ส่วนการป้องกันระดับตติยภูมิ มุ่งเน้นการเตรียมความพร้อมของชุมชนในการรับผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน ติดตามเยี่ยมต่อเนื่อง และให้ความช่วยเหลือในด้านจิตใจ และสังคมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

3. ผลของการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตได้ เป็นเพราะในกระบวนการสร้างศักยภาพเครือข่ายมีการแลกเปลี่ยนความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติร่วมกัน ทำให้เครือข่ายและแกนนำมีความรู้ในการนำไปถ่ายทอดแก่ชุมชน ให้มีความรู้เท่าทันสุขภาพจิต เกิดความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิต และสามารถป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายได้¹⁵ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต³

อัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงขึ้นเล็กน้อยจาก 12.22 เป็น 12.75 ในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา และพบว่า วิธีการทำร้ายตนเองมีวิธีการที่ลดความรุนแรงลง คือ ใช้การรับประทานยาเกินขนาดหรือดื่มสารพิษเพิ่มขึ้น 3 ราย ในขณะที่

ที่ใช้วิธีแขวนคอลดลง 2 ราย ซึ่งการสอดส่องดูแลอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้สามารถช่วยเหลือผู้ที่ใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาดได้ทันทั่วทั้งที่ลดโอกาสการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้ ทั้งนี้อัตราการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นอาจจะเป็นผลมาจากสภาพความกดดันจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลา 3 เดือนสุดท้ายของการใช้รูปแบบ ซึ่งสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 อาจจะเป็นปัจจัยกระตุ้นความเครียดได้มากกว่าปกติ ถ้าหากบุคคลเผชิญความเครียดไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการพยายามทำร้ายตนเองได้ ผลการวิจัยยังพบว่า การฆ่าตัวตายสำเร็จหลังการใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบในช่วงเวลาเดียวกัน แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้น สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากการเครือข่ายมีความใกล้ชิดกับชุมชน สามารถติดตามดูแลสมาชิกในชุมชนได้ สามารถระบุผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น สามารถช่วยให้เกิดการสนับสนุนทางสังคมภายในชุมชน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน จะสามารถช่วยปกป้องผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ให้หลีกเลี่ยงจากความคิดเหล่านั้นได้ และสามารถสร้างความเชื่อมโยงการสนับสนุนทางสังคมไปใช้ในการแก้ไขปัญหาคือเป็นปัจจัยนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้²⁷ การวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และพบว่าสามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง สัดส่วนของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลง¹³ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าชุมชนที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกัน และเผื่อระวังการฆ่าตัวตายโดยใช้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในชุมชนนำไปสู่การเรียนรู้ของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตภายใต้บริบทของชุมชนเองจนส่งผลให้



ปัญหาการฆ่าตัวตายลดลง²⁷ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของกระบวนการพัฒนาความสามารถและศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดของการมีส่วนร่วม

ข้อเสนอแนะ

การนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไปประยุกต์ใช้ มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. รูปแบบนี้กำหนดกรอบการป้องกันการฆ่าตัวตายในแต่ละระดับที่สามารถยืดหยุ่นได้ตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้นก่อนการนำไปใช้ควรศึกษาปัญหาและความต้องการจำเป็นของพื้นที่เพื่อแสวงหาเครือข่าย และประยุกต์ใช้กิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่

2. กระบวนการสำคัญของรูปแบบ คือ การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังอำนาจให้แก่

เครือข่าย การนำรูปแบบไปใช้จึงควรประเมินศักยภาพของเครือข่าย ร่วมกันวิเคราะห์และพัฒนาทักษะจำเป็น โดยมีบุคลากรสุขภาพเป็นผู้แนะนำและประสานงานเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกันอย่างต่อเนื่อง

3. ควรแสวงหาเครือข่ายที่มีบทบาทหน้าที่และความเชี่ยวชาญที่หลากหลาย เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับปัญหาอื่นๆ ในชุมชน เช่น ปัญหาความรุนแรงครอบครัว ปัญหายาเสพติด เป็นต้น การใช้ภาคีเครือข่ายและร่วมกันแก้ปัญหาหลากหลายมิติจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายสามารถส่งเสริมการรู้เท่าทันสุขภาพจิตได้ แต่ยังไม่สามารถป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษากลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบให้สมบูรณ์ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data. [Internet]. [cited 2019 October 12]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_prevent/en/.
2. Department of Mental Health. Suicide rate per 100,000 population; 2017. [Internet]. [cited 2019 September 12]. Available from: <https://www.dmh.go.th/report/suicide/download/view.asp?id=171&fbclid>. (in Thai).
3. Bureau of Mental Health Management, Department of Mental Health. Strategic plan, department of mental health 2017-2021. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2017. (in Thai).
4. Ministry of Public Health. Inspection plan of the Ministry of Public Health annual budget 2017. Nonthaburi: Bureau of Inspection and Assessment Office of the Inspector General, Ministry of Public Health Department of Mental Health; 2017. (in Thai).
5. National Suicide Prevention Center. Report suicide rate per 100,000 populations. [Internet]. [cited 2019 May 18]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/fsearch.asp>. (in Thai).



6. Hamermesh D, Soss NM. An economic theory of suicide. *Journal of Political Economy* 1974;82(1):83-98.
7. Durkheim E. *Suicide*. New York: Mc Millan Publishing; 1996.
8. Prateepteranun V. Rate of suicide and factors related to suicidal behavior at Chaophayayommarat Hospital, Suphanburi province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2014;28(3):90-103. (in Thai).
9. Khamma A. Risk factors associated with suicide: a case-control study in Sukhothai province. *Journal of Psychiatric Association* 2013;58(1):3-16. (in Thai).
10. Department of Mental Health. Surrounding the mental health development and strategic plan, Department of Mental Health 2015. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2015. (in Thai).
11. United Nations. *Yearbook of international trade statistics*. United Nations: UN Press; 1981.
12. Cohen JM, Uphoff NT. *Rural development participation: concept and measures for project design implementation and evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University; 1981.
13. Junsam S, Thongkhamrod R, Sarakan K. The development of a community participatory model in preventing suicide of Yasothon province. The 8th STOU national research conference; 2019. (in Thai).
14. Thonghima T. The effectiveness of a suicidal prevention program in elderly with depression in the community. *Journal of Nursing, Public Health and Education* 2019;20(2):105-18. (in Thai).
15. Jorm A. Mental health literacy: empowering the community to take action for action for better mental health. *Psychology* 2012;67(2):231-43.
16. Satayatham C, Jansuk P, Charoensuk S. *Psychiatric and mental health nursing 2* (Revised version). Bangkok: Tana Press; 2013. (in Thai).
17. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. *Evaluation theory, models and applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2007.
18. Taro Yamane. *Statistics: an introductory analysis*. 3rd ed. New York: Harper & Row; 1973.
19. Yokchinda W. Public participation in community development of Thung Krang Village, Tambon Thap Sai, Amphoe Pong Nam Ron, Chanthaburi province. [Master's Thesis, Faculty of Graduate School of Public Administration]. Burapha University; 2004. (in Thai).
20. Public Health Office Lampang. Population statistic in Lamlang. [Internet]. [cited 2020 March 14]. Available from: http://lampang.nso.go.th/index.php?option=com_content&view=article&id. (in Thai).

21. Neuman WL. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. Boston: Allyn and Bacon; 1991.
22. Winairobkob W, Inchaithep S, Thinwang W. The promoting model of mental health literacy to prevent and minimize the severity of depression among the people in Lampang Province. Research and Development Health System Journal 2019;12(3):654-63. (in Thai).
23. Sukhawaha S, Arunpongpaissal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents. Journal of Psychiatric Association 2017;62(4):359-78.
24. Surakarn A, Arin N. Mental health care: the participation of community. Journal of Science and Technology 2014;6(12):176-84. (in Thai).
25. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. Journal of Advance Nursing 1991;16(2):354-61.
26. World Health Organization. Preventing suicide: a community engagement toolkit. [Internet]. [cited 2020 January 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>.
27. Penglia Y, Tippunya S, Puksorn K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. Journal of Mental Health of Thailand 2018;26(3):184-96. (in Thai).