

การพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

The development of a suicide prevention and surveillance model or self-aggression by the
participation mechanism of network partners, Lamae District, Chumphon Province

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

มนต์ทิพา เทพเทียมทัศน์¹ ฤทธิ เพ็ชรนิล² วิษณุ อนิลบอน³

Montipa Theptiamthat¹ Ritthi Petchnil² Wisanu Anilbon³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จ.ชุมพร กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Selection) ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ตามความสมัครใจ จำนวน 55 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In – depth Interview) กับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้ติดสุราและสารเสพติด ซึ่งได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 และผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการรักษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน ในรอบ 1 ปี มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรง จำนวน 94 คน คิดเป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกรายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 30 วัน อย่างน้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรสุขภาพใช้แผนการดูแลรายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากบุคลากรสุขภาพและ/หรือเครือข่ายชุมชน จนปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2567 ลดลง เหลือ 3.40 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ: การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

Abstract

This research is a participatory action research (PAR) with the objective of developing a model for prevention and monitoring of suicide or self-violence in Lamae District, Chumphon Province. The sample group was purposive selection, including representatives of government agencies, private sector representatives, network partners, community leaders, community leaders, family leaders, elder leaders, village wise men, monks, public health personnel, youth leaders, village public health volunteers, relatives of chronically ill patients, and stakeholders in monitoring and caring for psychiatric patients, depressed patients, and those at risk of suicide in the community of Lamae District, Chumphon Province, according to their willingness, totaling 55 people. Data were collected through non-structured interviews, observation, and in-depth interviews with relevant people in the community. Content analysis was used.

The results of the study found that the group of people with mental health problems, the group of chronically ill patients, and the group of alcoholics and drug addicts 100% of them were screened and monitored for suicide, and 3 people who met the criteria for treatment were referred to community hospitals. In 1 year, there

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอละแม

³ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลละแม

were 94 people who attempted suicide and committed violence, which is 12.75 per 100,000 population. All suicide attempters received at least 1 home visit within 30 days by health personnel using an individual care plan and continued follow-up for 1 year from health personnel and/or community networks until they were safe from suicide. The successful suicide rate in 2024 decreased to 3.40 per 100,000 population.

Keywords: Prevention and monitoring of suicide or self-violence, Participation of network partners

บทนำ

ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพ ฉบับที่ 3 มีทิศทางที่มุ่งให้เกิด ระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ให้ความสำคัญกับกลุ่มคนที่เสียเปรียบหรือถูกละทิ้งในสังคม การคุ้มครองกลุ่มคนที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง รวมไปถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากประชาชนและทุกภาคส่วนในสังคม กล่าวคือมีระบบสุขภาพที่เป็นธรรม ทั้งด้านสุขภาพกาย จิต ปัญญาและสังคม กับทุกกลุ่มประชากรตลอดทุกช่วงวัย¹ แต่ปัจจุบันคนส่วนมากดำเนินชีวิตภายใต้ความกดดัน ทำให้เกิดอาการเครียดสะสมโดยไม่รู้ตัว จนนำไปสู่ความเจ็บป่วยทางจิตเวช หรือปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ได้ เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และบางครั้งความเครียดที่เกิดขึ้นอาจไม่สามารถรักษาให้หายได้² ด้วยสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบันมีการแข่งขันสูง ต่างต้องดิ้นรนหาเลี้ยงชีพ จนไม่มีเวลาพูดคุยกับครอบครัว รวมถึงเทคโนโลยีอันทันสมัยทำให้เกิดความนิยมสื่อสารกันผ่านเทคโนโลยีมากกว่าคุยกันแบบเห็นหน้าตา ส่งเสริมให้เกิดความเครียดสะสมมากขึ้น โดยไม่มีทางระบายออก จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้ในที่สุด³ เหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมักจะมีสาเหตุบางอย่าง มีความโน้มเอียงมีความเสี่ยงอยู่ก่อน แล้วประสบวิกฤติชีวิตที่ทำให้แอบอวยขายหน้า หรือ พ่ายแพ้ล้มเหลวร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น⁴

ในช่วงที่ผ่านมามาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2561 – 2565 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทย มีอัตรา 6.32, 6.73, 7.37, 7.38 และ 7.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และจากข้อมูลในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทำร้าย

ตนเองมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน โดยในปี พ.ศ.2563 มีจำนวน 24,416 ราย ปี พ.ศ. 2564 มีจำนวน 24,701 ราย และในปี พ.ศ. 2565 เพิ่มขึ้นแบบก้าวกระโดดเป็น 28,748 ราย⁵ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (ตุลาคม พ.ศ.2565 - กันยายน พ.ศ.2566) พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร คือ เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง⁴ และจำนวนผู้ป่วยทางสุขภาพจิตที่เข้ารับบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1.4 ล้านคนในปี พ.ศ.2558 เพิ่มขึ้นเป็น 2.7 ล้านคนในปี พ.ศ.2563 เมื่อแยกผู้ป่วยตามประเภทโรค พบว่า จากปี พ.ศ.2558 มีผู้ป่วยที่ติดแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น 8 -10 เท่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองเพิ่มขึ้น 5 เท่า โรคจิตเวชอื่น ๆ เพิ่มขึ้น 2.5 เท่า โรคซึมเศร้า เพิ่มขึ้น 1.5 เท่า² ช่วง พ.ศ. 2560 - 2564 พบว่า อัตราจำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและทำร้ายร่างกายตนเองในวัยเรียน และวัยทำงานตอนต้นหรือช่วงอายุ 15 – 34 ปี เพิ่มมากขึ้นกว่าวัยทำงานที่อายุเกิน 34 ปีขึ้นไป ถึง 4 เท่า โดยการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในกลุ่มวัยเรียนอายุ 15 - 24 ปี ในปี พ.ศ.2563 มีการฆ่าตัวตายเสียชีวิตอยู่ที่ 428 คน และปี พ.ศ.2564 มีการฆ่าตัวตายเสียชีวิต 439 คน ส่วนในกลุ่มวัยทำงานตอนต้น อายุ 25 - 34 ปี พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ.2564 จำนวน 956 คน มากกว่า ปี พ.ศ.2563 จำนวน 896 คน⁶ ผู้ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็น เพศชาย ร้อยละ 91.1 อายุเฉลี่ย 43.95 +- 9.65 ปี 7 โดยเพศชายฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 4.60 เท่า⁸ ส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยกลางคน มีสถานะภาพโสด ประกอบอาชีพรับจ้าง และมีโรคเรื้อรัง⁹ มีพฤติกรรมกรมการบริโภคสุราที่เพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยภาวะติดสุรา ร้อยละ 45.2 รองลงมา ได้แก่ ภาวะโรคจิตจากสุรา ร้อยละ 41.9 ความชุกของ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรานั้น ร้อยละ 22.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.0 มีความพยายามฆ่าตัวตาย⁷ โดยอัตราการรับบริการ จำแนกตามเพศ เดือน มกราคม - ตุลาคม 2567 จากอัตราการตั้งใจทำร้ายตนเอง ชาย 8.77 หญิง 11.95 ต่อแสนประชากร¹⁰ ปัจจัยการฆ่าตัวตาย ที่มีสาเหตุจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาด เช่น มะเร็ง โรคเอดส์ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ติดสุรา ยาเสพติด หรือมีประวัติในการเสพ และภาวะซึมเศร้าป่วยโรคจิตเวชที่เข้าไม่ถึงบริการ และด้านเหตุการณ์กระตุ้นให้ทำร้ายตนเองส่วนใหญ่ มีปัญหาหึงหวง ผิดหวังความรัก รองลงมาคือปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด เหตุการณ์กระตุ้นส่วนใหญ่ คือน้อยใจมีพฤติกรรมดื่มสุราและการใช้สารเสพติด ทำให้ขาดการยับยั้งชั่งใจ เกิดอารมณ์ชั่ววูบ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีปัญหาด้านความสัมพันธ์ ทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ อีกทั้งมีพฤติกรรมการดื่มสุราและการใช้ยาเสพติด มีปัจจัยกระตุ้น คือ น้อยใจ ถูกดูต่ำ ถูกตำหนิ ขัดแย้งกับครอบครัว ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ชอบดื่มสุรา พุดน้อย ไม่ปรึกษาใครเมื่อมีปัญหา ไม่เข้าสังคม จริงจังกับการดำเนินชีวิต คิดมาก ครอบครัพล้มเหลวในวัยเด็ก ชีวิตคู่ล้มเหลวป่วยเรื้อรังทางกายที่ทุกข์ทรมาน และสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตายมาก่อน^{8,9}

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายพบว่ายังเกี่ยวข้องกับมิติด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่สังคมออนไลน์กำลังมีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการลอกเลียนแบบการฆ่าตัวตาย (Copycat Suicide) รวมถึงวิถีชีวิตที่เป็นไปด้วยความรีบเร่ง โครงสร้างครอบครัว ปรับเป็นครอบครัวเดี่ยว และความสัมพันธ์ในครอบครัว ลดน้อยลง ทำให้ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว มีผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียงต้องพึ่งผู้ดูแล และมีแนวโน้มผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังไม่มีคนดูแล⁶ ปัจจัยของการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงเป็นพลวัตตามช่วงเวลา จากการติดตาม

วิเคราะห์ข้อมูลและสังเกตการฆ่าตัวตายในคนไทยพบว่า การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ การที่บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป การมีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย หรือด้านกั้นลั้นเหลว การเฝ้าระวังป้องกันลั้นเหลว การที่บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ¹¹ ซึ่งส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และสูงเป็น 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายก่อนหน้า⁷

ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุข และเป็นทีมสหสาขาสุขภาพจึงมีความสนใจดำเนินการสร้างมาตรการ โดยการพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง โดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพรขึ้น เพื่อการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จ.ชุมพร
2. เพื่อดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research (PAR) โดยใช้แนวทางและกระบวนการการมีส่วนร่วม A-I-C (Appreciation Influence Control) เพื่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงาน 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Appreciation: การสำรวจ ศึกษาบริบทชุมชน วิเคราะห์สถานการณ์ ค้นหาปัญหา การฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง และการแสวงหากิจกรรมและความรู้ ด้วยเทคนิคการระดมพลังสร้างสรรค์ และความร่วมมือของชุมชนในการ

ป้องกันการฆ่าตัวตาย และจัดเวทีคืนข้อมูลปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา แก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องวางแผนและกำหนดแผนการเยี่ยมติดตามผู้ป่วยสุขภาพจิตและผู้มีความเสี่ยง เพื่อการช่วยเหลือด้านสวัสดิการและสังคม

ขั้นตอนที่ 2 Influence: ขั้นตอนการพัฒนาแบบแผนการบูรณาการการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันในทีมวิจัยและสาขาวิชาชีพ รวมทั้งภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยให้ความสำคัญกับข้อมูล ความคิดเห็นจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดแนวทางการดำเนินงาน บทบาทหน้าที่ และการค้นหาปัจจัยสนับสนุน การทบทวนองค์ความรู้ การประเมินอาการทางจิต การประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด วิดกกังวล และทักษะการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้ป่วย โดยครอบคลุมรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การติดตามผลการดำเนินงาน สร้างเครือข่ายและประชาสัมพันธ์ในชุมชน

ขั้นตอนที่ 3 Control: ขั้นการประเมินผลการบูรณาการ รายละเอียดของรูปแบบ กำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ สรุปประมวลผลลัพธ์ที่ได้ และสะท้อนผลการพัฒนา การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ รวมทั้งการเยี่ยมติดตามการดำเนินงาน การเยี่ยมติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง การประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว กำหนดเป้าหมายการดูแลสรุปประเมินการมีส่วนร่วมของเครือข่าย รวบรวมผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค ประเมินความพึงพอใจของญาติ ผู้ดูแลและชุมชน สรุปผลและคืนข้อมูลให้ชุมชน กำหนดแผนต่อเนื่องเพื่อความต่อเนื่อง ยั่งยืน และสุดท้ายคือการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน สิงหาคม พ.ศ.2566 - เดือน ตุลาคม พ.ศ.2567

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ทีมนักวิจัย ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน

แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง จากการใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ ตัวแทนภาคเอกชน ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน แกนนำครอบครัว แกนนำผู้สูงอายุ ประชาชนชาวบ้าน พระ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำเยาวชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการเฝ้าระวังดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ตามความสมัครใจ จำนวน 55 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรง ประเมินความเป็นไปได้โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลจิตเวช นำไปใช้ในการวิจัยโดยวิธีการสำรวจ (Survey) สัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง (Non-Structured interview) การสังเกต (Observation) การสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) กับผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้ปกครอง นักเรียน ครู และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเพื่อสำรวจบริบทชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลภาคสนามที่ได้ นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้วิธีตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Methodological Triangulation) ได้แก่ การตรวจสอบด้านข้อมูล และการตรวจสอบด้านผู้วิจัยวิเคราะห์เชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) ได้แก่ 1) รวบรวมข้อมูลจากเครื่องมือต่าง ๆ เพื่อเปรียบเทียบข้อมูล (Constant comparison) โดยตรวจสอบความ

สอดคล้องและถูกต้องของข้อมูล 2) การจัดระเบียบข้อมูล (Data organizing) 3) ประมวลผลข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยทำไปพร้อมๆ กัน ซึ่งทุกครั้งที่ได้ข้อมูลมาต้องจัดประเภทและจัดหมวดหมู่ของข้อมูลสังเคราะห์ แปลความหมายและตีความข้อมูลที่ได้รวบรวมมาทุกครั้ง 4) ตรวจสอบความเชื่อถือได้ (Credibility) ของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อตรวจสอบสาระที่ได้จากหลายๆ มุมมอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบจากภายนอก ด้วยวิธีการใช้แหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันมาวิเคราะห์เพื่อหาผลสรุป ความสอดคล้องของข้อมูลซึ่งใช้เก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยทำการขอหนังสือรับรองการพิจารณา ด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ หนังสือรับรองเลขที่ 38/2566 และใช้เอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 โดยการทบทวนสถานการณ์ชุมชน ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และร่วมกันกำหนดอนาคตหรือแนวทางที่จะพัฒนาร่วมกันในอนาคตตามสภาพที่ต้องการ โดยมุ่งเน้นการแสดงความคิดเห็นระหว่างกันอย่างให้เกียรติและเท่าเทียม ไม่ครอบงำความคิดเห็นระหว่างกัน ซึ่งได้ผลสรุปคือ พื้นที่อำเภอละแม จังหวัดชุมพร มีประชากรทั้งหมด 25,100 คน เป็นชุมชนที่มีความหลากหลายทางด้านประเพณี วัฒนธรรม มีความรักใคร่ สามัคคี รักษาประเพณีอันดีงามสืบทอดกันมา เช่น ประเพณีการทำบุญรับ - ส่งตายาย การแข่งเรือยาว ประเพณีสงกรานต์ เป็นต้น ประชากรมีความเลื่อมใสในพระพุทธศาสนา ส่วนปัญหาในพื้นที่ส่วนใหญ่ เป็นปัญหาโรคอุบัติใหม่ พบปัญหาด้านผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมน้อย และปัจจุบันมีสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปจากที่ครอบครัวใหญ่ อยู่ร่วมกันทั้ง พ่อ แม่ ลูกหลาน ปู่ ย่า ตา และยาย กลายเป็นครอบครัวขนาดเล็ก และมีผู้สูงอายุอยู่กันสองคนมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยส่วนใหญ่อาศัย

อยู่ตามลำพังสามเณรหรือบางครอบครัวมีหลานอยู่ด้วย และพบว่าในชุมชนมีจุดแข็งคือ มีผู้นำชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ทำงานเป็นทีมและเป็นที่รักของคนในชุมชนนั้น ๆ และเมื่อให้ประชาชนร่วมกันเลือกอนาคตที่อยากเห็นในชุมชน สรุปได้ว่าส่วนใหญ่อยากให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี มากที่สุด โดยด้านสุขภาพทางกายอยากให้สามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้น ด้านสังคมอยากให้มีกิจกรรมที่พบปะและทำกิจกรรมเกี่ยวกับนันทนาการร่วมกัน ด้านอารมณ์และจิตใจ และสามารถปฏิบัติกิจด้านศาสนาได้ตลอดจนการมีความรอบรู้ด้านการบริโภคที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ในด้านการฆ่าตัวตาย พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิตและสังคมอย่างมาก พื้นที่อำเภอละแมมีปัจจัยของการฆ่าตัวตายและการทำรุนแรงต่อตนเอง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่อาศัยอยู่บ้านกับครอบครัว ซึ่งได้แก่ ภรรยาสามี บุตร หลาน และมีส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ตัวคนเดียว เกี่ยวข้องกับภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต เจ็บป่วยทางร่างกายและเกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ ครอบครัวขาดความรู้ด้านสุขภาพจิต ขาดการเฝ้าระวังและไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของสมาชิกในครอบครัวได้ รวมทั้งประชาชนในชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหา และในส่วนข้อมูลการฆ่าตัวตายจากบุคลากรสุขภาพ พบว่า กิจกรรม

ส่วนใหญ่เน้นการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการส่งต่อให้ได้รับการรักษา ส่วนกิจกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตายดำเนินการยังไม่ครอบคลุม ซึ่งปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากรเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่รับผิดชอบบ่อย และขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลและให้คำปรึกษา การขาดการส่งต่อข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ รวมถึงชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาและไม่มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา และขาดการติดตามส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือการทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร ที่พัฒนาขึ้นตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ดังนั้นคือ การวิจัยนี้พัฒนารูปแบบ

ภายใต้แนวคิดกลไกการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิดการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตชุมชน และแนวคิดการรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองมีความสำคัญ มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ประชาชนในอำเภอละแม โดยเฉพาะแกนนำชุมชนเห็นคุณค่าของการเรียนรู้ มีการร่วมมือร่วมพลัง โดยการแสวงหาความรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้ต่างๆ ในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการร่วมกิจกรรม การทบทวนสถานการณ์ชุมชนตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน และอนาคตที่อยากเห็นในชุมชน มีการแบ่งตามบทบาทการดำเนินงานที่ประกอบด้วย การกำหนดกลยุทธ์ มาตรการทางสังคม การสนับสนุนงบประมาณ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม การสอดส่องดูแล การคัดกรอง การบำบัดรักษา การกำกับติดตามการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้อง นำไปใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายของสมาชิกในชุมชน โดยใช้วิธีการที่หลากหลายและครอบคลุม ซึ่งมีข้อสรุปดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ทีมสหสาขาตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พิ้นฟูสภาพและการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสุขภาพจิต โดยการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยรูปแบบที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพจิต ซึ่งได้แก่ การสื่อสารทางโทรศัพท์ ทางแอปพลิเคชัน ซึ่งเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว แบบไม่เป็นทางการ และรักษาเป็นความลับของผู้ป่วย รวมทั้งการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ การให้คำปรึกษา การเตรียมชุมชนเพื่อรับผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน การใช้แผนการดูแลเฉพาะราย และการบำบัดรักษา

2. พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นักบริหาร และผู้นำศาสนา เพื่อให้มีความรอบรู้และทักษะในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายและกระทำ

รุนแรงต่อตนเอง การประเมินสัญญาณเตือน และคัดกรองความเสี่ยง การระบुकลุ่มเสี่ยง และให้คำปรึกษากลุ่มเสี่ยง

3. สร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคประชาชน ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน ชมรมผู้สูงอายุ เครือข่ายสุขภาพจิตชุมชน กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน และเครือข่ายครอบครัวเข้มแข็ง ภาคีเครือข่ายภาคเอกชน ได้แก่ ธนาคาร ร้านค้ามีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณ และทรัพยากรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เครือข่ายภาครัฐ ได้แก่ ฝ่ายปกครอง โรงเรียน ตำรวจ พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และร่วมมือในการสอดส่องดูแลความปลอดภัยในชุมชน การร่วมจัดทำแผนสุขภาพชุมชน จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในชุมชน สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยผ่านการอบรมและการสร้างเครือข่ายของชุมชนเพื่อให้สามารถติดตามและช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างทันทั่วทั้งที่

4. เปิดบริการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตวิทยาโดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเอง ผ่านการรับบริการในสถานพยาบาล รวมทั้งสายด่วนและแอปพลิเคชันสำเร็จรูป

5. การสร้างเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต การดูแลตนเองและการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจให้กับประชาชนในพื้นที่ โดยเฉพาะเป้าหมายกลุ่มเสี่ยงและครอบครัว รวมทั้งการส่งเสริม การสื่อสาร และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว โดยครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมที่สำคัญในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง

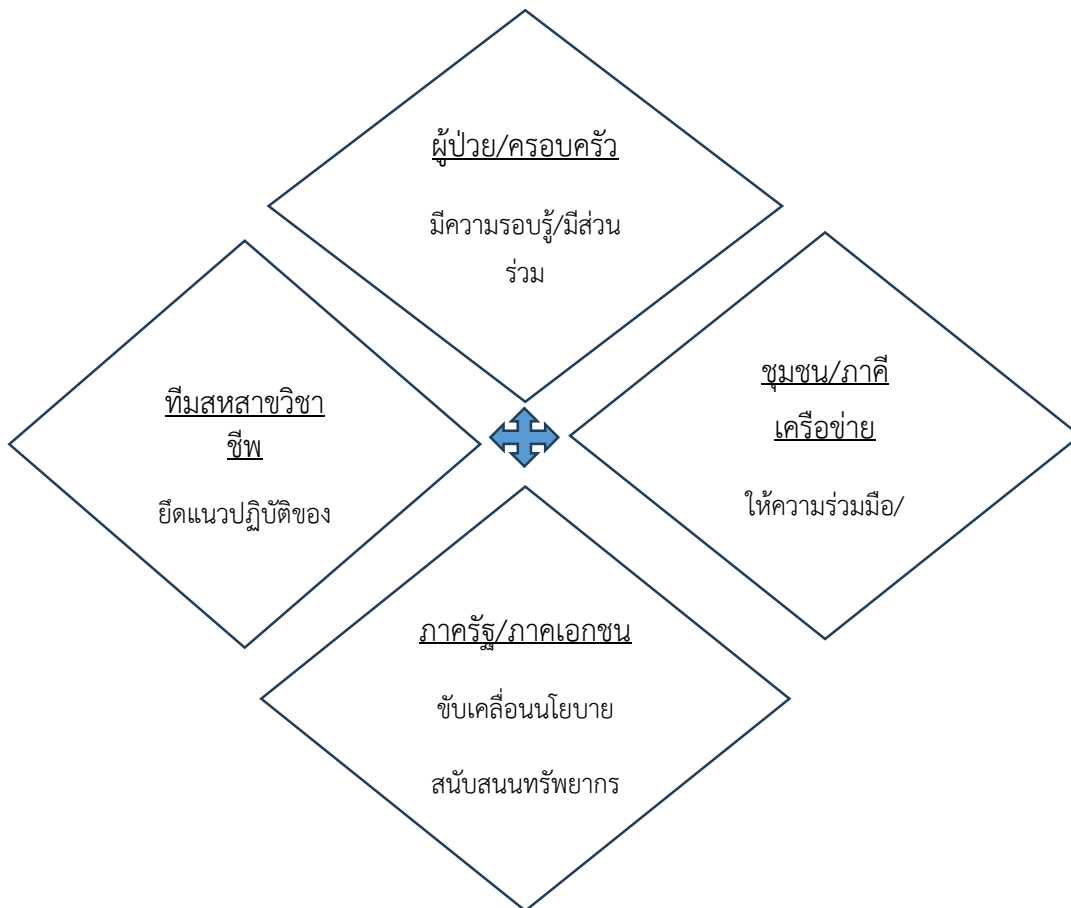
6. การพัฒนาแผนการเฝ้าระวังในโรงเรียน และการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพจิต การสร้างความตระหนักให้แก่นักเรียนเกี่ยวกับการป้องกัน

การฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยระบุและช่วยเหลือนักเรียนที่มีความเสี่ยง

7. การใช้ข้อมูลทางสถิติในการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายและพัฒนา รูปแบบการจัดกิจกรรมชุมชนที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายตามบริบทชุมชน และการสร้างแผนการช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

8. การใช้สื่อสาธารณะในการเฝ้าระวังและป้องกัน มุ่งเน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการเฝ้าระวัง เช่น แอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน ระบบออนไลน์ สื่อสาธารณะ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ แจกจ่ายสื่อการเรียนรู้ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ เพื่อช่วยในการเฝ้าระวังและติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง
โดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดรูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง อำเภอละแม จังหวัดชุมพร

ส่วนที่ 2 การดำเนินการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ในชุมชน

โดยประชาชนร่วมกันกำหนดแนวทางความสำเร็จในรูปแบบของกิจกรรมที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน และการร่วมกันคัดเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมที่สุดเพื่อที่จะดำเนินการ การร่วมกันจัดลำดับ

กิจกรรม เพื่อพิจารณาว่ากิจกรรมใดควรดำเนินการก่อนหลัง ได้ผลสรุป คือ สามารถกำหนดการพัฒนา รูปแบบการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือ กระทบรุนแรงต่อตนเอง โดยกลไกการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ใช้หลักการเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้แบบ มีส่วนร่วม การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ที่ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน ในรูปแบบกิจกรรม พัฒนาชีวิต ภาคีเครือข่ายในชุมชนมีบทบาทสำคัญใน การให้ข้อมูล การสนับสนุน และการดำเนินกิจกรรม ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่า ตัวตาย เช่น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต การ อบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และการสร้างเครือข่าย การเฝ้าระวัง ด้านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในการฆ่าตัว ตาย เครือข่ายมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลด้านการระบุ ความเสี่ยงของประชาชนในชุมชน ซึ่งได้กรอบแนวคิด 4 องค์ประกอบสำคัญ ดังภาพประกอบ 1

ผลการดำเนินการวิจัย พบว่า การดูแลจาก กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้มีปัญหา สุขภาพจิต กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง และกลุ่มผู้ติดสุราและ สารเสพติด ซึ่งได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังการฆ่า ตัวตาย ร้อยละ 100 และผู้ที่เข้าเกณฑ์ต้องรับการ รักษาได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน พบผู้ป่วยฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและ ติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ในรอบ 1 ปี มีผู้ที่พยายาม ฆ่าตัวตายและกระทบรุนแรง จำนวน 94 คน คิดเป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายทุก รายได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 30 วัน อย่าง น้อย 1 ครั้ง โดยบุคลากรสุขภาพใช้แผนการดูแล รายบุคคล และติดตามอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 1 ปี จากบุคลากรสุขภาพและ/หรือเครือข่ายชุมชน จน ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ส่วนอัตราการฆ่าตัวตาย สำเร็จ ปี พ.ศ.2567 ลดลง เหลือ 3.40 ต่อแสน ประชากร ซึ่งพบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการ ดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ฆ่าตัวตายไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด ด้วยอยู่ลำพังตัวคน เดียวจึงทำการฆ่าตัวตายได้สำเร็จ โดยไม่ได้รับการ ช่วยเหลือได้ทันท่วงที

สรุปและอภิปรายผล

จากปัญหาเดิมที่พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่เน้น การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มากกว่าการดำเนินกิจกรรมใน การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างเป็นระบบ รวมถึงชุมชนขาดความตระหนักในปัญหาและไม่มี ส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา การพัฒนารูปแบบการ ป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายหรือกระทบรุนแรง ต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอละแม จังหวัดชุมพร จึงบรรลุตามวัตถุประสงค์ ที่กำหนดไว้ นับเป็นโครงการที่มีประโยชน์ สร้าง คุณค่า มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย และการกระทบรุนแรงต่อตนเองในชุมชน โดยการมี ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้แนวทาง PAR และ A-I-C มีส่วนสำคัญในการสร้างความยั่งยืนของ การดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษา ที่เสนอว่า การที่ผู้ฆ่าตัวตายมีปัจจัยร่วมหลายอย่าง การแก้ไข ต้องใช้วิธีการหลากหลายแบบบูรณาการ ที่ครอบคลุม ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และควรสร้างเครือข่ายในการเฝ้า ระวังในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน⁸ ดังนั้นควรมีการคัดกรอง ส่งต่อบุคคลที่มีภาวะ ซึมเศร้า พยายามฆ่าตัวตายผู้ติดสารเสพติด กลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังในคลินิกต่างๆ การเสริมสร้าง ความสัมพันธ์ ความรัก ความอบอุ่นภายในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องที่ดีที่จะช่วยยืดเหนี่ยวจิตใจไม่ให้ ทำร้ายตนเองและชุมชน สังคมควรมีส่วนร่วมในการ เฝ้าระวังและส่งเสริมให้ผู้มีสัญญาณเตือนเสี่ยงฆ่าตัว ตายได้เข้าถึงระบบบริการเพื่อความปลอดภัยและ ได้รับบริการการรักษาที่เหมาะสม⁹ การแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายไม่ว่ารายบุคคลหรือรายจังหวัดจึงไม่มี สูตรสำเร็จที่ได้ผลที่สุดเนื่องจากเหตุปัจจัยแปร เปลี่ยนไปตามเวลา ยุคสมัย และในแต่ละรายบุคคล แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนิน อยู่ในปัจจุบันคือ รวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่นำไปสู่การ ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละ เหตุการณ์ ด้วย suicide investigation¹¹ โดย สอดคล้องกับการศึกษาการนำกระบวนการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม AIC มาประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือใน การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตโดย

ประยุกต์เปลี่ยนแปลงในรายละเอียดทำให้ผู้เข้าร่วม สนทนาได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์และ ความคิดเห็นร่วมกันมากขึ้น นำมาสู่การร่วมกำหนด หารูปแบบและหาแนวทางในการแก้ปัญหาการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ดี รวมทั้งการมีส่วนร่วมของผู้ มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดตั้งเป็นทีมเครือข่ายในการ ดูแลสุขภาพ ให้ผู้ป่วยสุขภาพจิตเป็นศูนย์กลางของ การพัฒนาระบบ โดยสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และชุมชน¹² และการรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัว ตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพ และเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริม การมีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรม และการ ประเมินผล คุณภาพของรูปแบบมีความเหมาะสมใน ระดับมาก หลังการใช้รูปแบบประชาชนมีการรู้เท่า ทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รพ.สต. ทุกแห่งประสบ ความสำเร็จในการสร้างเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัว ตาย อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นจาก 12.22 เป็น 12.75 ต่อแสนประชากร ในขณะที่อัตราการฆ่า ตัวตายสำเร็จลดลงจาก 8.86 เป็น 7.59 ต่อแสน ประชากร รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถพัฒนาการ รู้เท่าทันในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ แต่ยังไม่ สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ ควรศึกษา กลยุทธ์อื่นมาเสริมสร้างรูปแบบเพื่อให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ¹³ ส่วนการศึกษาที่ใกล้เคียง ได้แก่ การส่งเสริมการ รู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิต ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตและ ความความสามารถในการรับรู้ปัญหา การป้องกัน และการจัดการปัญหาทางจิตเมื่อพิจารณาตัวบ่งชี้ที่มี น้ำหนักสูงสุดในองค์ประกอบด้านความรู้เกี่ยวกับ สุขภาพจิตและความผิดปกติทางจิตความรู้เกี่ยวกับ สถานบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน สาเหตุของการ เจ็บป่วยทางจิตและอาการของผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่ พบบ่อยในคนไทย เป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญและสามารถ

พัฒนาได้โดยการให้ความรู้แก่ประชาชนเพื่อให้เกิด ความตระหนักและสามารถป้องกันแก้ไขปัญหา สุขภาพจิตได้ การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทัน สุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป¹⁴ และมีข้อเสนอว่า ครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลควรมีส่วนร่วมที่สำคัญใน การเฝ้าระวังสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย และมีทักษะสำหรับการ ช่วยเหลือเบื้องต้น รวมทั้งองค์การปกครองส่วน ท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกับหน่วยงานสังกัด พัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ร่วมกันยกระดับ ศูนย์พัฒนาครอบครัวในชุมชนให้เป็นศูนย์กลางการ จัดกิจกรรมครอบครัว เพื่อสร้างความสัมพันธ์อันดี ลดช่องว่างระหว่างสมาชิกในครอบครัว สร้างเกราะ ป้องกันให้ครอบครัวมีความเข้มแข็งและสมาชิกใน ครอบครัวมีความสุข⁴ โดยผู้ปกครอง ครู หน่วยงาน ด้านสุขภาพจิต ตลอดจนหน่วยงานและองค์กรต่างๆ ควรมุ่งส่งเสริมให้คนในครอบครัวของตนเองมีทักษะ การฟื้นฟูสภาพอย่างเข้มแข็ง ตลอดจนการพัฒนา จิตวิทยาเชิงบวกเพื่อสร้างความมั่นใจในการแก้ไขและ ควบคุมสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น การมีมุมมองต่างๆ ในทางสร้างสรรค์ แทนที่จะเป็นทางแห่งปัญหาหรือ อุปสรรค กระทั่งการชี้ให้เห็นด้านดีของความเครียด ในระดับที่เหมาะสม ที่จะทำให้นักพยายามแก้ปัญหา นำไปสู่การพัฒนาและหนทางแห่งความเจริญ รวมทั้ง การปลูกฝังกรอบแนวคิดแบบเติบโตเพื่อรับมือกับ ความเครียด ที่มาในรูปแบบและระดับต่างๆอย่างมี ประสิทธิภาพและอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้¹ ผลการวิจัยนี้ สามารถแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ของ กระบวนการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและ การกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยกลไกการมีส่วนร่วม ของชุมชนได้

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้ได้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และชุมชน แต่ควรมีการแสวงหาเครือข่าย ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสียร่วมในการดูแลชุมชนเพิ่มมากขึ้น เพื่อ ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่กระทบในวงกว้าง

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.). สุขภาพคนไทย 2567: ความเครียดภัยเงียบของสังคมไทย. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2024/04/601-Thaihealth-report-2567-edit20240509.pdf>
2. คณะทำงานจัดทำรายงานสุขภาพคนไทย. เกิดความเครียดจนป่วยเพิ่ม. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=294
3. โกวิท นพพร. Mental Health ความเครียดสะสม เสี่ยงฆ่าตัวตาย. 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B9%80%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B5%E0%B8%A2%E0%B8%94%E0%B8%AA%E0%B8%B0%E0%B8%AA%E0%B8%A1>
4. สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ. ปัญหาการฆ่าตัวตายเรื่องราวของคนไม่มีทางออก. 2567. เข้าถึงได้จาก: https://olderlampang.dop.go.th/download/knowledge/th1716530839-132_0.pdf
5. ธรรมนูญ กองสุข. TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2567; 39(2).
6. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/report/>
7. จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนาภาคนต์ เจนใจ, ชิตชนก เรือนก้อน. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2559; 10(2): 137-151.
8. โฆษิต กัลยา, หยกฟ้า เฟื่องเลีย, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา. การศึกษาปัจจัยที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายของประชาชน เขตสุขภาพที่ 2. 2561. เข้าถึงได้จาก: <https://www.mhc2.go.th/newweb/files/docs/Research005.pdf>
9. นุชณี เอี่ยมสะอาด, ปิยะญา ทวีเศษ. การศึกษาระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2563; 16(3): 23-30.
10. กลุ่มระบาดวิทยาสุขภาพจิต. อัตราการรับบริการต่อแสนประชากรของสตรีที่ตั้งใจทำร้ายตนเองและถูกทำร้าย ม.ค.-ต.ค. 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh-elibrary.org/files/original/720b251d0ae481853cbc0594683b599e.png>
11. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565. 2565. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=78>
12. จงรักษ์ ใจจันทร์, เสด็จ ทะลือ, สุภาวดี จันทร์อินทร์, ศิริพร กุณา, จันทร์เพ็ญ คำอุ่น, เอกรินทร์ โนจิต. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยสุขภาพจิตในชุมชนโดยกระบวนการ AIC ในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอยางน้ำใส อำเภอยางน้ำใส จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2562; 28(ฉบับเพิ่มเติม 1): 876-87.
13. นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยธานี. 2563; 47(2): 446-463.
14. ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, สิริอร พัวศิริ, มณีนรัตน์ พันธุ์สวัสดิ์, ประภาศรี พุ่มมีผล, วินัย รอบคอบ. การพัฒนาตัวบ่งชี้การรู้เท่าทันสุขภาพจิตสำหรับประชาชนทั่วไป. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช. 2561; 10(2): 97-109.