

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอทอง (ฮักเมืองทอง ฮักคนทอง) Promoting the prevention of suicide problems in Long District (Hug Long City, Hug Long People).

(Received: February 23,2025 ; Revised: February 27,2025 ; Accepted: February 28,2025)

พชรภา ขันทอง¹
Patcharapha Khanthong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอทอง (ฮักเมืองทอง ฮักคนทอง) โดยระยะเวลาในการพัฒนาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย เก็บข้อมูลจากแบบประเมิน วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Dependent t – test

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอทอง (ฮักเมืองทอง ฮักคนทอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่าภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอทอง (ฮักเมืองทอง ฮักคนทอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอทองลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร

คำสำคัญ: การส่งเสริมป้องกัน การฆ่าตัวตาย

Abstract

This research was participatory action research (PAR) research. The objective of the research is to develop a model to promote and prevent suicide problems in Long District (Hug Muang Long, Hug Khon Long). The development period is from October 1, 2022 to September 30, 2023. The sample group used in this study is patients with depression who were assessed for depression using the 2Q assessment tool and found any one of the following: 9Q score greater than or equal to 7, 8Q score less than or equal to 17, by selecting a specific sample of 18 people. Data were collected from the assessment form and analyzed using content analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, and Dependent t-test.

The research results found that after implementing the model of promoting and preventing suicide problems, Long District (Hug Muang Long, Hug People Long) was able to prevent successful suicides. The results of the study found that after implementing the model of promoting and preventing suicide problems, Long District (Hug Muang Long, Hug People Long), the successful suicide rate of Long District decreased to 12.97 per 100,000 population.

Keywords: promotion, prevention, suicide

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

ไทย ซึ่งองค์การอนามัยโลกประมาณการว่า จะเป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดภาวะของโรคและมีความสูญเสียทางสุขภาพสูงเป็นอันดับ 4 ของโลก ในปี

¹ โรงพยาบาลทอง อำเภอทอง จังหวัดแพร่

ค.ศ. 2020 ความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั่วโลก ในประเทศที่มีรายได้สูงเท่ากับร้อยละ 5.5 และในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลางร้อยละ 5.9¹ สำหรับประเทศไทย พบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 2.7 หรือคาดประมาณว่า คนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 1,311,797 คน ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง (Major depressive episode) และจำนวน 181,809 คน มีอาการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Dysthymia) ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีการมองปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่เป็นในทางลบ ทำให้ไม่สามารถควบคุมความคิดความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ ซึ่งหากปล่อยไว้ไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขจะส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้¹

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับประเทศ ปี 2563 -2565 พบข้อมูล 6.64, 7.38 และ 7.97 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2563 – 2565 พบข้อมูล 14.64, 14.95 และ 15.54 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของจังหวัดแพร่ ปี 2563 – 2565 พบข้อมูล 19.17, 16.01 และ 19.66 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอลอง ปี 2564 – 2565 พบข้อมูล 25.80 และ 23.98 ตามลำดับ² จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุด คือ การแขวนคอ อายุที่น้อยที่สุดที่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ คืออายุ 13 ปี อายุมากที่สุด คืออายุ 88 ปี สาเหตุการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือ น้อยใจ ถูกดูต่ำ หรือไม่ได้ในสิ่งที่ขอ จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ามี การดื่มสุราก่อนการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีโรคประจำตัวร่วม ได้แก่ โรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ไม่มีคนดูแล อยู่คนเดียว และผู้ป่วยผู้สูงอายุสุขภาพไม่ค่อยแข็งแรง ต้องพึ่งพาผู้ดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ 2 รายเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว และมีประวัติป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยา การฆ่าตัวตายใน

บุคคลแต่ละครั้ง จะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญ ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีสิ่งกระตุ้น (Trigger) หรือปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) 3) การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่ายหรือดำนกันล้มเหลว 4) การเฝ้าระวังล้มเหลว และ 5) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (Protective factors) ที่อ่อนแอ ดังนั้น ในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นการติดตามเฝ้าระวังสังเกตอย่างต่อเนื่องในการเกิดการกระจายของโรคหรือปัญหาสุขภาพและปัจจัยที่มีอิทธิพลเพื่อควบคุมป้องกัน การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่เคยฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ แล้วให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสมสอดคล้องกับระดับความรุนแรงที่ประเมินได้ รวมถึงการให้ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนแก่ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้มีทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น รวมถึงมีช่องทางให้ครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงสามารถติดต่อเพื่อขอคำแนะนำหรือความช่วยเหลือหรือประสานการส่งต่อได้อย่างสะดวกรวดเร็ว³

จากสภาพการณ์ดังกล่าว กลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด โรงพยาบาลลอง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ ได้มีการดำเนินงานในการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลากหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้าแก่ผู้ป่วยทุกราย การประเมินภาวะซึมเศร้าตามประเมิน 2Q ในผู้ป่วยที่มาใช้บริการทุกราย หรือ แม้แต่ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านประชาสัมพันธ์ของทางโรงพยาบาล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง การแจกเอกสารแผ่นพับความรู้ต่างๆ แก่ผู้มารับบริการ แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร เพราะส่วนใหญ่มุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ การรักษาแบบจิตบำบัดรายบุคคล ทำได้เพียงบางรายเท่านั้น เนื่องจากผู้ป่วย บางรายไม่สามารถที่จะให้เวลาในการทำจิตบำบัดที่เหมาะสม บางรายผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีญาติดูแล หรือบางรายมีญาติดูแลแต่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือหรือไม่อยาก

ให้ญาติเข้ามามีบทบาทในการดูแลตัวเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงผู้ป่วยบางรายที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว ไม่ได้รับการติดตามหรือมาติดตามอาการตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกระยะทางการเดินทางไม่สะดวก ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล รวมถึง บางรายอาการจะเป็นๆ หายๆ ช่วงที่อาการทุเลา คิดว่าตัวเองหายจากอาการเจ็บป่วยแล้ว จึงหยุดรับประทานยาเอง ทำให้มีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นอีก นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการคัดกรองจากบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คัดกรองไม่ถูกต้อง ขาดทักษะในการคัดกรอง หรือบางคนไม่ได้ทำการคัดกรองภาวะซึมเศร้าแต่ใส่ข้อมูลที่เป็นเท็จมา ซึ่งไม่ตรงกับความรู้สึของผู้ป่วยแต่อย่างใด ที่สำคัญคือ การขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยชุมชนมองว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องปัญหาส่วนตัว บุคคลภายนอกไม่ควรเข้าไปยุ่งหรือไปสอบถาม เพราะเป็นการไม่สมควร ทำให้บางครั้งผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงถึงสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย แต่คนในครอบครัว ในชุมชน ยังขาดการตระหนักและยังไม่เห็นความสำคัญของการใส่ใจในสัญญาณเตือนดังกล่าว จึงทำให้ผู้ป่วยบางรายมีการฆ่าตัวตายจนสำเร็จ

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า หยกฟ้า เฟื่องเลีย⁴ ได้ศึกษารูปแบบการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจรม อำเภอนาปลา จังหวัดอุดรธานี หลังดำเนินกิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวมีสุข แขนงนำสดใส ใส่ชุมชน หลังดำเนินกิจกรรม 3 และ 6 เดือน ไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน และ คะนิง นิจ ศรีสอนใจ⁵ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสอด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุเรื่องโรคซึมเศร้ามีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พบผู้สูงอายุไม่มีภาวะซึมเศร้ามากถึงร้อยละ 93.30 นอกจากนี้

เนตรนภา ภะระภา⁶ ได้พัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี โดยประยุกต์แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า รวมถึงถึงสัมพันธ์ภาพในครอบครัวไม่ดี มีการพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วย 1) พัฒนาศักยภาพบุคลากร 2) พัฒนาระบบการค้นหาคัดกรอง 3) สนับสนุนการมีส่วนร่วม 4) พัฒนาระบบข้อมูล ซึ่งผลจากการใช้รูปแบบดังกล่าว ส่งผลให้ ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าลดลง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง⁶

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า รูปแบบในการป้องกันปัญหาของภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน เปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์ การทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ความต้องการ ข้อจำกัด และศักยภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องต่างๆ โดยใช้กระบวนการร่วมประเมินปัญหา วางแผนแก้ไข ปัญหา ดำเนินการแก้ไขปัญหา และติดตามประเมินผลการดำเนินการ และร่วมรับผิดชอบทำให้เกิดความรู้สึว่าเป็นเจ้าของ มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนั้นจึงได้นำรูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี มาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอหนองกุงศรีไปใช้และศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอหนอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอหนอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)
2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอหนอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม(Participatory Action Research : PAR) โดยระยะเวลาในการพัฒนาครั้งนี้เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 - วันที่ 30 กันยายน 2566 โดยการวิเคราะห์สาเหตุของการฆ่าตัวตายสำเร็จของประวัติของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในปีงบประมาณ 2564 และ 2565 รวมถึงการวิเคราะห์แนวทางการปฏิบัติงานช่วยเหลือดูแลการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา มีการศึกษาค้นคว้าเอกสารวิชาการ การทบทวนงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การทบทวนรูปแบบการช่วยเหลือ การส่งเสริมป้องกันในส่วนที่ยังไม่ได้ดำเนินการหรือดำเนินการไม่ครบถ้วน นำรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทหรือมีความคล้ายคลึงกันที่สามารถส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย นำมาปรับใช้และพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอคลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อักษะเมืองคลอง อักษะคนคลอง) ที่พัฒนามาจากรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี⁶ ดังนี้

ระยะที่ 1 .ขั้นเตรียมการพัฒนาแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอคลอง (อักษะเมืองคลอง อักษะคนคลอง) โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าความรู้จากเอกสารวิชาการ งานวิจัยและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2) ศึกษาทบทวนประวัติผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2564 -2565 จากแฟ้มจัดเก็บ รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายหรือกระทารุนแรงต่อตนเอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล

3) ผู้วิจัย จัดทำแผนงานโครงการ เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อขออนุมัติจัดสรรเงินงบประมาณเพื่อดำเนินงานตามแผนงานโครงการ

4) ติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องที่จะทำการวิจัย ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. / แกนนำสุขภาพ และญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อทราบถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการพัฒนาแบบในครั้งนี แผนงานระยะเวลาที่จะดำเนินงานเครื่องมือ ที่ใช้ตลอดจนประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้

5) ศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัย ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เลือกรูปแบบที่เหมาะสมใกล้เคียงกับพื้นที่อำเภอคลอง

6) ผู้วิจัย ขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อประชุมเชิงปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อักษะเมืองคลอง อักษะคนคลอง) โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม การสร้างความรู้ตามกระบวนการที่ก่อให้เกิดการทำงานร่วมกันเพื่อจัดแผน โดยการเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมได้มีการแลกเปลี่ยนพูดคุยประสบการณ์ นำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ทำให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหาในชุมชน และศักยภาพของผู้มีส่วนร่วม ที่เรียกว่า A-I-C (Appreciation Influence Control) เป็นกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม โดยการสร้างให้เกิดการทำงานร่วมกัน เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหา โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน มีการระดมความคิดให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตนเอง ซึ่ง

ประกอบด้วย กิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) กิจกรรมการสร้างความรู้ร่วมกัน (Appreciation : A) 2) กิจกรรมการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) 3) กิจกรรมการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) 4) กิจกรรมการร่วมกันจัดทำรายละเอียดของแผน 5) กิจกรรมการร่วมสังเกตและสะท้อนผล หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี โดยเปิดโอกาสให้ทีมพัฒนา ร่วมแสดงความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและพัฒนาแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอหนอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

7) ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ป่าน เพื่อประสานงานสำหรับการทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอหนอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) และเตรียมแผนการจัดกิจกรรม กำหนดวันเวลา และดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

8) ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกจากผู้ที่ได้รับการประเมินคัดกรองเครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบคำตอบว่า มีเพียง 1 ข้อ แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ตำบลแม่ป่าน จำนวน 12 ราย

9) ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ป่าน เพื่อดำเนินการตามแผนงานกิจกรรมตามรูปแบบ โดยมีดำเนินการในการประเมินรูปแบบที่พัฒนา ได้แก่ 1) การส่งเสริมภาคีเครือข่าย มีการอบรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย/แกนนำ โดยบูรณาการร่วมกับการประชุมฟื้นฟูความรู้ประจำปีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2) พัฒนาระบบการค้นหากลุ่มเสี่ยงมีการจัดทำช่องทางส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง โดยเทศบาลตำบลแม่ป่าน สนับสนุนรถกู้ชีพกู้ภัยสำหรับรับ - ส่ง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตาม

แนวทาง 3) พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีการจัดช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชนในแอปพลิเคชันไลน์โอเพ่นแชทชื่อ “ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง” และแอปพลิเคชันเฟสบุ๊ก ชื่อ “ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง” 4) การพัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยมีการให้ความรู้ การคัดกรองโรคซึมเศร้าแก่ อสม. โดยบูรณาการร่วมกับการอบรมฟื้นฟูความรู้ประจำปีของ อสม. ตำบลแม่ป่าน ผลการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลแม่ป่าน ภายหลังได้นำมาวิเคราะห์การดำเนินงานร่วมกับทีมพัฒนา พบว่า ยังมีบางกิจกรรมที่ยังไม่มีความเหมาะสม ได้แก่ 1) การคัดกรองโดย อสม. ยังไม่ครอบคลุม จากการสัมภาษณ์รายบุคคล พบว่า อสม. บางรายไม่มีทักษะในการประเมินคัดกรอง รวมถึงภาระงานของ อสม. มีมากทำให้ อสม. บางคนรู้สึกว่าการคัดกรอง โรคซึมเศร้าเป็นภาระและไม่อยากคัดกรอง รวมถึง อสม. บางคนคิดว่า เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ควรไปยุ่ง เป็นต้น 2) ยังขาดการประสานงาน การบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น 3) ขาดการสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้การติดตามผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง รวมถึงการไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควรจากหน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากไม่มีหน่วยงานที่ขับเคลื่อนอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงได้พัฒนานวัตกรรมศิริณี ซึ่งเน้นการการให้ความรู้เรื่องการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย รวมถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมถึงการแจ้งผลการประเมินและการให้การปรึกษาเบื้องต้น โดยคัดเลือกกลุ่มผู้สนใจเท่านั้นในการเข้ารับการอบรมนวัตกรรมศิริณี แบ่งกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ โดยคำนึงถึงความครอบคลุมของกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรอง ดังนี้ 1) กลุ่มนักเรียนอายุ 12 – 18 ปี จะมีชื่อว่า “ศิริณีน้อย” เน้นการคัดกรองในโรงเรียน และ 2) ในกลุ่ม อสม.

/ แกนนำสุขภาพ จะมีชื่อว่า “ศิริณีชุมชน” เน้นการคัดกรองในชุมชนในประชาชนอายุ 19 ปีขึ้นไป

ระยะที่ 2 ขึ้นประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) โดยมีขั้นตอนการเตรียมการดังนี้

1) ผู้วิจัยนำเสนอรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลลอง เพื่อขออนุญาตประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

2) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการอบรมนวัตกรรมศิริณี โดยเลือกกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

2.1 ศิริณีน้อย ประกอบด้วย ตัวแทนนักเรียนโรงเรียนลองวิทยา ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 6 จำนวน 40 คน

2.2 ศิริณีชุมชน ประกอบด้วย แกนนำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งละ 3 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

3) ผู้วิจัยประสานงานกับเครือข่ายคณะกรรมการประสานงานระดับอำเภอ เพื่อแต่งตั้งคณะทำงานด้านสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับอำเภอ มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า โดยบูรณาการในกิจกรรมการประชุมเชิงปฏิบัติการสำหรับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

4) ผู้วิจัยดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและการส่งต่อในหน่วยงานที่เหมาะสม เน้นการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับกิจกรรมการประชุมประจำเดือนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งผู้วิจัยมีการประสานงานขอ

ความร่วมมือกับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ เพื่อขอเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกัน

5) ผู้วิจัยเพิ่มช่องทางการสื่อสารปัญหาสุขภาพจิตผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ “ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง” เพื่อเป็นช่องทางในการส่งข้อมูลข่าวสารผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ จิตเวชในพื้นที่ เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทั่วถึงและทันเวลา โดยเน้นการรักษาความลับ และสิทธิของผู้ป่วยอย่างเคร่งครัด

6) ผู้วิจัยจัดทำช่องทางสื่อสารข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายและการส่งต่อในหน่วยงานที่เหมาะสม ผ่านแอปพลิเคชันเฟสบุ๊ก ชื่อ ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง

7) ผู้วิจัยจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แนวทางปฏิบัติการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงแนวทางการปรึกษาจิตแพทย์โรงพยาบาลแพร์หรือการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแพร์ กรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง มีการประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ทางประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาลสัปดาห์ละ 1 ครั้ง การคัดกรองโรคซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือประเมิน 2Q ในการให้บริการผู้ป่วยทั้งในคลินิกจิตเวชและคลินิกบำบัดยาและสารเสพติด การให้บริการปรึกษาส่งเสริมสุขภาพจิต การบำบัดจิตรายบุคคล การบำบัดครอบครัว การจัดให้มีเอกสารแผ่นพับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย สำหรับไว้บริการแก่ผู้ที่มารับบริการทั้งในกลุ่มงานจิตเวชและ ยาเสพติด งานบริการผู้ป่วยนอก งานบริการผู้ป่วยใน รวมถึง งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวชด้วย

8) ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง) กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือแบบ

คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) พบคำตอบว่า มีเพียง 1 ข้อหรือ ทั้ง 2 ข้อ จะต้องได้รับการประเมินเพิ่มเติมด้วย แบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) ระดับคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ต้องประเมินเพิ่มเติมด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q โดย

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 18 ราย

8) ประเมินผลภายหลังการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (อีกเมืองลอง อีกคนลอง) ด้วยแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย (อีกเมืองลอง อีกคนลอง)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (อีกเมืองลอง อีกคนลอง)

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย

1. การตั้งคณะกรรมการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล
2. ทบทวนแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน
4. สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน
5. อปท. สนับสนุนรถกู้ชีพรับ – ส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง

การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

1. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชน โดย “ศิริณีชุมชน”
2. การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียน โดย “ศิริณีน้อย”
3. ส่งเสริมประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ (สวดส่อ สใจ ส่งต่อ ให้ข้อมูล ให้เข้าถึงบริการ)
4. ส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย

การส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (อีกเมืองลอง อีกคนลอง)

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

1. การแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิต คปสอ. ลอง
2. ทบทวนแนวทางการดำเนินงาน
3. จัดประชุมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. การอบรมนวัตกรรมศิริณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชน โดย “ศิริณีชุมชน”
5. การอบรมนวัตกรรมศิริณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียน โดย “ศิริณีน้อย”

การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

1. จัดทำช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชน ในแอปพลิเคชัน ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ อีกเมืองลอง อีกคนลอง และแอปพลิเคชัน เฟสบุ๊ก ชื่อ อีกเมืองลอง อีกคนลอง
2. จัดทำช่องทางในการสื่อสาร คืบข้อมูลให้แก่เครือข่าย ในแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ ศิริณีชุมชน
3. กำหนดพิกัดบ้านของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแอปพลิเคชัน MAP

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากการ
ใช้แบบประเมินโรคซึมเศร้าและแบบประเมินการ
ฆ่าตัวตาย สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ จำนวน
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการ
สนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ ใช้การวิเคราะห์เชิง
พรรณนา

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลการการฆ่าตัว ตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็น
ร้อยละ 72.12 เพศชายร้อยละ 27.78 อายุระหว่าง
20 – 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56 อายุ 61 ปีขึ้นไป
ร้อยละ 44.44 อาชีพ สถานภาพโสด ร้อยละ
16.67 คู่ ร้อยละ 72.22 หย่าร้าง/เสียชีวิต ร้อย
ละ 11.11 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 83.33
อาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.67 มีโรคประจำตัวเป็น
โรคเบาหวาน ร้อยละ 33.33 โรคความดันโลหิตสูง
ร้อยละ 38.89 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 27.78

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยพบว่า ผู้ป่วยที่ยังมีระดับ
ความรุนแรงของการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย
เพราะผู้ป่วยเป็นอยู่บ้านคนเดียว ไม่มีคนดูแลใน
บ้าน มีเพียงบุตรบุญธรรมที่เป็นลูกของภรรยาที่
เสียชีวิตไปแล้วมาดูแล สอบถามพูดคุยบ้างเป็น
บางครั้ง บางครั้งผู้ป่วยคิดว่าตัวเองไม่มีภาระที่ต้อง
คอยรับผิดชอบ จึงคิดว่า ถ้าหากตัวเองตายไป ก็คง
ไม่ต้องมีใครห่วง หรือต้องห่วงใคร แต่ตอนนี้ไม่ได้มี
ความคิดในการพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่มีแผนใน
การฆ่าตัวตายเหมือนเดิมแล้ว เนื่องจากได้รับความ
รู้เรื่องโรคที่ตัวเองป่วยคือโรคซึมเศร้า ได้มี
การรับประทานยาและมีการนัดติดตามอาการ
อย่างสม่ำเสมอจากโรงพยาบาล รวมถึงการได้
พบปะ พูดคุยกับเพื่อนบ้าน รู้สึกว่าตัวเองสบายใจ
ขึ้น ไม่ได้รู้สึกอาย หรือละอายใจ ที่ตัวเองเก็บตัว
แยกตัวเหมือนเช่นเคย สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการ
ทุเลา ไม่มีความคิดในการฆ่าตัวตาย ให้ข้อมูลว่า

หลังจากที่ได้รับความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า ได้รับการ
รักษาด้วยยา การติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง
สม่ำเสมอ รวมถึง การติดตามจากเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและ อสม. ที่
รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ทำให้ตัวเอง
รู้สึกมีคุณค่า มีคนเข้าใจและรับฟังเรื่องคับข้องใจ
ของตนเอง รวมถึงได้รับการประสานงานในการเข้า
รับการรักษาที่สะดวกรวดเร็ว และได้รับบริการ
คำแนะนำที่ดี ทำให้รู้สึกว่า ความตายไม่ใช่เรื่องที่ดี
ยังคงมีคนที่ยังห่วงใยตัวเองอยู่ ยังมีครอบครัวที่
ยังให้ความรัก ความใส่ใจดูแลกันและกันต่อไป

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมป้องกัน ปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอคลอง (ฮักเมืองลอง ฮักคนลอง)

จากการทบทวนผลการดำเนินการส่งเสริม
ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอคลอง
จังหวัดแพร่ และการพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอคลอง (ฮักเมือง
ลอง ฮักคนลอง) โดยปรับปรุงจากรูปแบบในการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
จังหวัดอุดรธานี โดยการสนทนากลุ่ม มีการพัฒนา
4 ด้าน ได้แก่ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดย
มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องใน
การดำเนินงานทุกระดับจัดระบบให้คำปรึกษา การ
สอนงานด้วยระบบพี่สอนน้อง 2) พัฒนาระบบการ
ค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดประชุม
เครือข่ายการดำเนินงานเพื่อร่วมกันจัดทำแนว
ทางการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่ได้มาตรฐานเพิ่ม
ความถี่ในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในชุมชน
ประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใน
ชุมชน 3) ส่งเสริมภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการ
ดูแล ป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดย
การจัดตั้งเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่า
ตัวตายในชุมชน จัดอบรมให้ความรู้เพื่อเพิ่ม
ศักยภาพในเครือข่ายในการดำเนินงาน สร้างระบบ
การส่งต่อระหว่างเครือข่ายชุมชนกับหน่วยบริการ
4) พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ

โดยการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลสุขภาพจิตในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน

ดังนั้นทีมพัฒนารูปแบบจึงมีการประชุมแบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการ A-I-C โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง มีการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิต คปสอ. ลง มีการทบทวนแนวทางการดำเนินงานรวมถึงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมนวัตกรรมศิริราณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น เน้นการประเมินคัดกรองในโรงเรียน ภายใต้ชื่อ ศิราณีน้อย และเน้นการประเมินคัดกรองในชุมชน ภายใต้ชื่อ ศิราณีชุมชน 2) การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชน โดย “ศิริราณีชุมชน” การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียนโดย “ศิริณีน้อย” และส่งเสริมประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ(สวดสอง ไส้ใจ ส่งต่อ การให้ข้อมูล และการให้เข้าถึงบริการ)และการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการตั้งคณะทำงานการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล , ทบทวนแนวทางการ

ส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน, สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน, อปท. สนับสนุนรถกู้ชีพรับ – ส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง 4) การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีจัดทำช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชน ในแอปพลิเคชัน ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ อักเมืองลอง อักคนลอง และแอปพลิเคชัน เฟสบุ๊ก ชื่อ อักเมืองลอง อักคนลอง , จัดทำช่องทางในการสื่อสาร ค้นข้อมูลให้แก่เครือข่าย ในแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ ศิราณีชุมชน , กำหนดพิกัดบ้านของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแอปพลิเคชัน MAP เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีกรณีผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง

3. ประเมินผลการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอลอง (อักเมืองลอง อักคนลอง) หลังปฏิบัติตามรูปแบบ โดยการประเมินผลกระบวนการ และการถอดบทเรียนการวิจัยด้วยการดำเนินการตามกระบวนการสะท้อนกลับ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยเครื่องมือประเมิน 2Q พบข้อใดข้อหนึ่ง มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 8Q น้อยกว่าหรือเท่ากับ 17 ก่อนการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 18 ราย ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการฆ่าตัวตายระดับเล็กน้อย 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.56 ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.44

ตาราง 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอลอง (อักเมืองลอง อักคนลอง)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนปฏิบัติตามรูปแบบ (ม.ค 66)		หลังปฏิบัติตามรูปแบบ (ส.ค 66)	
	จำนวน N=18	ร้อยละ	จำนวน N=18	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า			17	94.44
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย	5	27.78	1	5.56
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	13	72.22		
รวม	18	100	18	100

ตาราง 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ก่อนและหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายอำเภอคลอง (อึกเมืองลอง อึกคนลอง)

ภาวะซึมเศร้า	ก่อนปฏิบัติตามรูปแบบ (ม.ค 66)		หลังปฏิบัติตามรูปแบบ (ส.ค 66)	
	จำนวน N=18	ร้อยละ	จำนวน N=18	ร้อยละ
ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน			17	94.44
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	15	83.33	1	5.56
มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง	3	16.67		
รวม	18	100	18	100

จะเห็นได้ว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อึกเมืองลอง อึกคนลอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อึกเมืองลอง อึกคนลอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอคลอง ลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อึกเมืองลอง อึกคนลอง) สามารถที่จะป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการปฏิบัติตามรูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอคลอง (อึกเมืองลอง อึกคนลอง) อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอคลองลดลงเป็น 12.97 ต่อแสนประชากร ทั้งนี้เนื่องจาก ทีมพัฒนารูปแบบจึงมีการประชุมแบบมีส่วนร่วมและใช้กระบวนการ A-I-C โดยเปิดโอกาสให้ตัวแทนของชุมชน ตัวแทนองค์กรของชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการพัฒนาร่วมกัน โดยให้มีส่วนร่วมในการวางแผน การตัดสินใจ สร้างการยอมรับ ทำให้รู้สึกอยากเป็นเจ้าของและเกิดความภาคภูมิใจในผลงานของตัวเอง มีการปรับกิจกรรมเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่⁷ ดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิต คปสอ. มีการทบทวนแนวทางการดำเนินงานรวมถึงการอบรมให้ความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า การประเมิน

คัดกรองโรคซึมเศร้า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การอบรมนวัตกรรมศิริราณี การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้น เน้นการประเมินคัดกรองในโรงเรียน ภายใต้อัศวิน ศิราณีน้อย และเน้นการประเมินคัดกรองในชุมชน ภายใต้อัศวิน ศิราณีชุมชน 2) การพัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง มีการประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในชุมชน โดย “ศิริราณีชุมชน” การประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าเบื้องต้นในโรงเรียนโดย “ศิริราณีน้อย” และส่งเสริมประชาสัมพันธ์การใช้การปฐมพยาบาลทางจิตใจ(สวดสวด ใส่ใจ ส่งต่อ การให้ข้อมูล และการให้เข้าถึงบริการ)และการส่งเสริมประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการตั้งคณะกรรมการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล , ทบทวนแนวทางการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน, สนับสนุนสื่อประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน, อปท. สนับสนุนรถกู้ชีพรับ – ส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินเพิ่มเติมและการรักษาตามแนวทาง 4) การพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีจัดทำช่องทางสื่อสาร การส่งต่อ การเฝ้าระวังในชุมชน ในแอปพลิเคชัน ไลน์โอเพ่นแชท ชื่อ อึกเมืองลอง อึกคนลอง และแอปพลิเคชัน เฟสบุ๊ก ชื่อ อึกเมืองลอง อึกคนลอง , จัดทำช่องทางในการสื่อสาร คืบข้อมูลให้แก่เครือข่าย ในแอปพลิเคชันไลน์ ชื่อ ศิราณีชุมชน , กำหนดพิภพบ้านของผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยแอปพลิเคชัน MAP เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงทีกรณีผู้ป่วยทำร้ายตัวเอง^{5,7}

เอกสารอ้างอิง

1. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The Epidemiology of Depression across Cultures. Annual Reviews Public Health, 34, 119-138.
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ (2565) ระเบียบงาน 506s . ค้นคว้าจาก <https://suicide.dmh.go.th/>
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์,บรรณาธิการ. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 3 เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี .
4. หยกฟ้า เพียงเลียและคณะ (2559). การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2561.
5. คะนิงนิจ ศรีสอนใจ (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่ . วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี ฉบับที่ 3 มกราคม - มีนาคม 2023.
6. เนตรนภา ภมระภา (2560) การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจังหวัดอุตรดิตถ์ . วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. พิษณุโลก.ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2564.
7. สุภาภรณ์ จันทร์สาม (2559). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร. (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช