

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี

Effectiveness of awareness program on community suicidal signs of village health volunteers

Sam Khok District, Pathum Thani Province

(Received: December 20,2022 ; Revised: December 30,2022 ; Accepted: December 31,2022)

นาริรัตน์ จันทะ¹

Nareerat Chanta¹

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow up) กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 68 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 34 คน และกลุ่มควบคุม 34 คน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ ความตระหนักถึงสัญญาณที่บ่งบอกว่าฆ่าตัวตายและ ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวชอื่นๆที่อาจนำไปสู่การมีความคิด ฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบ่งเป็นระยะทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, Independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measure ANOVA) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่า กลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ความรู้แบบปกติ

ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน และความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช ,การรับรู้ และความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ระยะติดตามผล 1เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่ต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

คำสำคัญ: สัญญาณการฆ่าตัวตาย,ความตระหนัก,การรับรู้

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี

Abstract

This research is a two-group quasi-experimental study. Measured before, after the experiment and the follow-up period of 1 month (Two group pre-post test and follow up). The sample were public health volunteers of Sam Khok District. Pathum Thani Province consisted of 68 peoples, divided into 2 groups: the experimental group 34 peoples and the control group 34 peoples. Its purpose is to compare perceptions awareness of suicidal signs and knowledge of depression and other psychiatric disorders that may lead to suicidal ideation of experimental and control groups. Before and after receiving the community health volunteers' community and awareness program for signs of suicide. divided into trial period and a follow-up period of 1 month. Statistical analyses were by mean, percentage, standard deviation, independent t-test and Two-way repeated measure ANOVA. Hypothesis prove with p-value < 0.05

The results showed that experimental groups, who received the community suicide awareness and perception program had average scores on community awareness of suicide signs before. The experiment immediately after the experiment was completed. and the 1-month follow-up period was greater than the control group receiving conventional education

At pre-experimental period, between the experimental and control group There were mean scores of perceptions of suicide signs in the community and knowledge of depression and psychiatric disorders. There was a statistically significant difference at the 0.05 level. At post-test, the experimental and control group They had average scores on their knowledge of depression and psychiatric disorders, awareness and awareness of suicide signs were no significant. The follow-up period 1 month, the experimental and control group. They had average scores on their knowledge of depression and psychiatric disorders. There was a statistically significant difference at the 0.05 level.

The results of a two-way repeated ANOVA of awareness and perceptions of suicide signs among health volunteers' community were different experimental methods and durations Affects Awareness Average Score and perceptions of suicide signs in the community among health volunteers. The statistical significance at the 0.05 level showed that there was an interaction between the experimental method and the experimental duration.

Keywords: suicide signs, awareness, awareness

บทนำ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในยุคปัจจุบัน อันเนื่องมาจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ประชาชนเกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ จนเกิดปัญหาการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น¹ องค์การอนามัยโลกพบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของสาเหตุการตายของประชากรโลก²ในปี

หนึ่งจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วโลกเป็นจำนวนกว่าล้านคน เฉลี่ยมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 40 วินาที ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 3 เท่าโดยพบข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายโลกในเวบไซต์องค์การอนามัยโลก ได้ปรับปรุงข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายล่าสุดคือปี ค.ศ. 2016 ซึ่งคาดหมายว่า มีคนเสียชีวิตจากปัญหาฆ่าตัวตายทั่วโลกราว ๆ 739,000 ราย โดยมีค่าเฉลี่ยโลกทุกช่วงวัย (Global-age standardized) อยู่ที่ 10.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับข้อมูลอัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ได้เฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ต่อเนื่องตลอดระยะเวลากว่า 20 ปีตั้งแต่ทศวรรษ 2000 เป็นต้นมา อัตราฆ่าตัวตายจากรายงานการเฝ้าระวังปัญหาปี พ.ศ. 2559 เป็นปีที่อัตราฆ่าตัวตายของประเทศลดต่ำสุดคือ 5.77 ต่อประชากรแสนคน หลังจากนั้นอัตราฆ่าตัวตายอยู่ระดับ 5.97-6.20 มาต่อเนื่อง อัตราขึ้นไปสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 อัตราอยู่ที่ 6.32 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2561 อัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.32 ต่อประชากรแสนคน³ จากสถิติดังกล่าว อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในระดับโลก ณ ช่วงเวลาเดียวกัน นั่นคือ ปี พ.ศ.2559 ไทยมีอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.35 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าประเทศไทยอยู่กลุ่มประเทศที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อัตราการฆ่าตัวตายล่าสุดปี พ.ศ. 2563 พบมีอัตราฆ่าตัวตายสูงขึ้น เท่ากับ 7.73 ต่อประชากรแสนคน⁴

จังหวัดปทุมธานี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตรา 5.32 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ. 2563 มีอัตรา 7.41 ต่อแสนประชากร และ ปี พ.ศ. 2564 มีอัตรา 7.66 ต่อแสนประชากร แม้ว่าจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 73.98 เพศหญิงร้อยละ 26.02 ช่วงอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด ได้แก่ ช่วงอายุ 26-45 ปี ร้อยละ 36.58 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 46-59 ปี ร้อยละ 25.20 ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน รองลงมาเป็นช่วงวัยรุ่น 14-25 ปี ร้อยละ 21.13 และในวัยสูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จน้อยที่สุด ร้อยละ 17.17 อาชีพที่ฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 35.77 รองลงมาคือว่างงาน ร้อยละ 18.69 และค้าขาย ร้อยละ 12.19 วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด คือการผูกคอ ร้อยละ 60.46 รองลงมาได้แก่ ใช้ปืน ร้อยละ 11.62 และรมควัน ร้อยละ 9.3 สาเหตุและปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาหนี้ใจ ถูกดูต่ำ ถูกตำหนิ ร้อยละ 38.04 รองลงมาเป็นการทะเลาะกับคนใกล้ชิด และปัญหาผิดหวังความรัก หึงหวง ร้อยละ 20.65 และ 15.21 ตามลำดับ ด้านภาวะเศรษฐกิจพบมีปัญหาตกงาน ค้าขายขาดทุน และมีหนี้สินร้อยละ 28.70 ติดสุรา ร้อยละ 21.29

ติดสารเสพติด ร้อยละ 12.96 เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย ร้อยละ 13.88 และโรคทางจิตเวช ร้อยละ 14.81⁵

สถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จแต่ละอำเภอของจังหวัดปทุมธานี 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังนี้ 1) อำเภอเมืองปทุมธานี 4.01, 5.93 และ 1.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ 2) อำเภอลองหลวง 1.08, 0.72 และ 1.45 ต่อแสนประชากร 3) อำเภอธัญบุรี 0.48, 0.95 และ 0.98 ต่อแสนประชากร 4) อำเภอหนองเสือ 11.19, 5.59 และ 3.82 ต่อแสนประชากร 5) อำเภอลาดหลุมแก้ว 7.54, 13.58 และ 3.07 ต่อแสนประชากร 6) อำเภอลำลูกกา 3.61, 1.65 และ 1.08 ต่อแสนประชากร และ 7) อำเภอสสามโคก 9.05, 7.42 และ 9.26 ต่อแสนประชากร

อำเภอสสามโคกมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2562-2563 (ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร) และปีงบประมาณ 2564-2565 (ไม่เกิน 8.0 ต่อแสนประชากร) แม้ว่าอำเภอนองเสือและลาดหลุมแก้วจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ในปี พ.ศ. 2562 และ 2563 สูงกว่าอำเภอสสามโคก แต่ในปี พ.ศ. 2564 ทั้ง 2 อำเภอมีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงอย่างเห็น ได้ชัด ในขณะที่อำเภอสสามโคกยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยสถานการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดจากสาเหตุและปัจจัยที่ไม่สามารถหาคำตอบที่ชัดเจนได้ ปัญหาการฆ่าตัวตาย และอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายสำเร็จ ในพื้นที่อำเภอสสามโคก เป็นเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และส่วนใหญ่พบว่าเป็นผู้ที่ไม่เคยเข้ามารับบริการรับคำปรึกษาในระบบโรงพยาบาล หรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาก่อน รวมถึงมักไม่พบการส่งสัญญาณที่บ่งบอกว่าจะทำร้ายตนเองให้คนรอบข้างทราบ หรืออาจส่งสัญญาณแต่คนรอบข้างขาดความตระหนัก และไม่เชื่อว่าจะทำร้ายตนเองจริง บางครั้งอาจคิดว่า บุคคลนั้นพูดเรื่องการทำร้ายตนเองบ่อยๆ แต่ไม่เคยทำจริงสักที จึงไม่คิดว่าเป็นการส่งสัญญาณเตือนที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จ

บุคคลที่มีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายมักมีความเสี่ยงหรือเปราะบางมากกว่าบุคคลอื่นๆ เมื่อบุคคลนั้นมีเหตุการณ์มากระตุ้นให้เกิดความเครียด เกินกว่าความสามารถของตนเองจะจัดการได้ จึงนำมาสู่

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย มักมีการสื่อสาร โดยแสดงออกเป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย 2) การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้หรือรำลา 3) การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และ 4) การสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวเป็นชุดที่ดีที่สุดในตู้ เป็นต้น และการฆ่าตัวตายนั้นมักจะเกิดขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังจากสัญญาณฆ่าตัวตายออกไป

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนและเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ และระดับสากล⁶ การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญ เป็นจุดเชื่อมโยงคนในชุมชนกับระบบบริการสาธารณสุขที่เหนียวแน่น⁷ โดยในอำเภอสามโคกมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวนทั้งสิ้น 660 คน เคยผ่านการอบรมหลักสูตรการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน และหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างสุขในชุมชน ตำบลละ 5 คน รวมจำนวนผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน เพียง 60 คน หรือร้อยละ 0.90 ของจำนวน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคกเท่านั้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณที่บ่งบอกว่าจะฆ่าตัวตายในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการเฝ้าระวัง สร้างความตระหนักต่อการส่งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายและป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชน ซึ่งเป็นทรัพยากรที่มีคุณค่าและเป็นการกำลังสำคัญของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชาติ

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุข ที่ทั่วโลกให้ความสำคัญและในทางวิชาการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชนับเป็นวิกฤติสุขภาพจิต ที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องได้ติดตามเฝ้าระวังปัญหา อย่างต่อเนื่องมาตลอด นอกจากนี้ยังถูกกำหนดให้เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่มีการติดตามเฝ้าระวังปัญหา โดยหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ การแก้ปัญหามรณกรรมฆ่าตัวตายของประเทศไทยเป็นเรื่องสำคัญที่จำเป็นจะต้อง อาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และช่วยเหลือ ประชาชนที่มีความเสี่ยงและคนที่คิดหรือพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างทันทั่วถึง ในมิติของการเฝ้าระวังปัญหาและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายนั้น ความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขซึ่งเป็นคนในชุมชน เป็นเจ้าของพื้นที่ และมีความเข้าใจในบริบทปัญหาของตนเองเป็นอย่างดีถือเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหามาตรังจุดและยั่งยืน⁸ การเตรียมความพร้อมของอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหามรณกรรมฆ่าตัวตาย จึงกลายเป็นองค์ประกอบสำคัญของการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงเกินเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 ถึงปัจจุบัน และสูงกว่าระดับเขตสุขภาพที่ 4 และระดับประเทศต่อเนื่อง 3 ปีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562-2564 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 9.05, 7.42 และ 9.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ จึงจำเป็นต้องเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยมุ่งเน้นการสร้างกลไกให้อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนสามารถจัดกิจกรรมเพื่อร่วมกันวางเป้าหมาย วางแผน กลยุทธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยใช้ศักยภาพและทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน ผลักดัน ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน

ด้วยชุมชนเอง ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สัญญาณที่บ่งบอกว่า จะฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. เพื่อเปรียบเทียบความตระหนักถึงสัญญาณที่บ่งบอกว่า จะฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวชอื่นๆที่อาจนำไปสู่การมีความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษา แบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-posttest and follow up)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่จะศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 660 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ในตำบลที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 4 ลำดับแรก ในระหว่าง ปี พ.ศ. 2562-2564 ได้แก่ 1) ตำบลเชียงรากน้อย มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 82.07 ต่อแสนประชากร 2) ตำบลเชียงรากใหญ่ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 63.89 ต่อแสน

ประชากร 3) ตำบลบ้านจั่น มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 43.29 ต่อแสนประชากร และ 4) ตำบลบ้านปทุม มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 20.59 ต่อแสนประชากร

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ซึ่ง Polit and Hungler (1995) ได้กำหนดไว้ว่าการวิจัย กึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 20-30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 34 คน และกลุ่มทดลอง 34 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 68 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวช แบบสอบถามความตระหนัก และการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 แบบสอบถามความรู้โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวช เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดความฉลาดทางสุขภาพจิต (Mental health literacy) ของ Jorm และคณะ (1997) แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และโรคทางจิตเวช ลักษณะคำถามแบบปลายปิด การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลัก การ Learning for Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom, 1971; อ้างอิงมาจาก ปรียะนัน มั่นหมาย, 2556) คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่งออกเป็น 3 ระดับ มีการจัดระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับสูง ร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)

ระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน) 1 . 3

แบบสอบถามการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย มีทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ แบบปลายปิด และเป็นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวนิดา กองแก้ว (2559) ซึ่งประยุกต์จากแบบ

ประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและคณะ (Brook et al., 1979) โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนแบบ เกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ Bloom (Benjamin Bloom, 1971; อ้างอิงมาจาก ปรี ยะนัน มั่นหมาย, 2556) คำนวณค่าเป็นร้อยละ แบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ มีการจัดระดับคะแนนได้ดังนี้

ระดับสูงร้อยละ 80 ขึ้นไป (16-20 คะแนน)

ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (12-15 คะแนน)

ระดับต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

1.4 แบบสอบถามความตระหนักรู้ต่อผู้ที่มีความ คิดฆ่าตัวตาย ลักษณะคำถามแบบปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ชื่อนำมาเปรียบเทียบกับอิงเกณฑ์ (Benjamin Bloom, 1971) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนนดังนี้

ระดับต่ำ ร้อยละ 1-59

ระดับปานกลาง ร้อยละ 60-79

ระดับสูง ร้อยละ 80-100

2.เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการ สร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข พัฒนาขึ้นโดย ความร่วมมือของศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 และ คณะกรรมการ Service Plan สาขาสุขภาพจิตและจิต เวช เขตสุขภาพที่ 4

วิธีดำเนินการ

ผู้วิจัยจะดำเนินการระยะก่อนการทดลอง ระยะ การทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และ ระยะติดตามผล สำหรับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอน ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่ม ทดลอง ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประเมินความรู้โรคซึมเศร้าโรคจิตเวชโรคเรื้อรังอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ก่อน การเข้าร่วมกิจกรรม แล้วจึงเริ่มดำเนินกิจกรรม ดังนี้

ระยะที่ 2 ระยะทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรม “สร้างแรงบันดาลใจ พากันใส่ใจคนท้อแท้” มีวัตถุประสงค์ เพื่อสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างสมาชิกกลุ่ม และผู้วิจัย สร้าง ความรู้ ความเข้าใจถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัว ตาย ความสำคัญของผู้คนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเอื้อต่อการเกิดความคิด ฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าและโรคต่างๆที่เกี่ยวข้องกับ ความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ใบความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า โรค จิตเวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ การสร้างทัศนคติที่ดี ต่อผู้ที่มี ความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงกลยุทธ์ในการป้องกันการ ฆ่าตัวตายในชุมชน

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรม “สัญญาณเตือน ที่พา เพื่อนไปฆ่าตัวตาย” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกเกิด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย วาจา ที่ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายสื่อสารกับสมาชิกใน ครอบครัว และคนในชุมชน โดยดูวีดิทัศน์สัญญาณ เตือนผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และใบความรู้เรื่อง สัญญาณเตือนต่างๆ ที่จะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และใบ งานกรณีศึกษา ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดง ความ คิดเห็น เสนอแนะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในชุมชน ของตนเอง

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรม “เครือข่ายพันธมิตร ชวนกันคิดแก้ปัญหา” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่ม ทดลองมีวิธีการจัดการดูแลผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวได้อย่าง เหมาะสม และมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัว ตาย โดยดูวีดิทัศน์ การคิดบวกกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัว ตาย แบบประเมินทัศนคติต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรม “เป็นเพื่อนชวนคิด สร้างมิตรในชุมชน” มีวัตถุประสงค์ เพื่อฝึกทักษะการ สื่อสารให้กลุ่มทดลอง ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีและสร้าง แรงจูงใจ การเห็นคุณค่าในตนเอง โดยให้ดูวีดิทัศน์ ทักษะการสื่อสารทางบวก และใบงานเรื่องเทคนิคและ ทักษะการสื่อสารที่ดี ผู้วิจัยกระตุ้นให้กลุ่มทดลองแสดง ความคิดเห็นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้และ ประสบการณ์ในการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างกัน เพิ่มเติม ใบความรู้เปลี่ยนประโยคปิดใจที่อาจ อ่อนไหวต่อคนฟัง เป็นสร้างพลังกันดีกว่า ใบงาน สถานการณ์จำลองเรื่องการสื่อสาร และฝึกปฏิบัติ

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรม “เพื่อนแท้ดูแลใจ All day All night” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มทดลองมีความรู้ในเรื่องเครือข่ายทางสังคม และช่องทางการได้รับการสนับสนุนจากเครือข่าย แหล่งช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน ที่ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรได้รับการช่วยเหลือหรือขอคำปรึกษาได้ทันที เพื่อเผยแพร่ให้ประชาชนในชุมชนได้ รับทราบ โดยใช้ใบความรู้แหล่งช่วยเหลือให้คำปรึกษาผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ และกิจกรรมในงานช่องทางติดต่อช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต ผู้วิจัยกระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นเสนอแนะแหล่งช่วยเหลือในชุมชนของตนเองเพิ่มเติม

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรม “เยี่ยมด้วยใจ ฝ่าระงภัยฆ่าตัวตายซ้ำ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้กลุ่มทดลองเข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้พยายามทำร้ายตัวเองหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในชุมชน โดยใช้ระบบการส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องของอำเภอสามโคก ผ่านกิจกรรมในงานขั้นตอนการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของอำเภอสามโคก และผู้วิจัยให้สมาชิกอภิปรายแลกเปลี่ยนเสนอแนะข้อคิดเพิ่มเติมในระบบการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คู่มือทัศน การสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใบความรู้เทคนิคการเยี่ยมบ้านคุณภาพ ใบความรู้ ประโยชน์ที่ควรมาพูดกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบประเมินคะแนนกำลังใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน

ระยะที่ 3 ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยประเมินความรู้โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที (Post-test)

ระยะที่ 4 ระยะติดตามผล

หลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยประเมินความรู้โรคซึมเศร้า โรคจิตเวชอื่นๆ ความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินตนเอง และนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมา

ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย
ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)
โดย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวช การรับรู้และความตระหนักต่อสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ Independent t-test และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้าง ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คนและกลุ่มควบคุม 34 คน ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมการสร้าง ความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการให้ความรู้แบบปกติ

ระยะก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว

ตายในชุมชนและความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	11.24	2.16	-0.529	-0.855	66	0.049*
กลุ่มควบคุม	34	11.76	2.89				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	41.24	3.32	-1.206	-1.537	66	0.129
กลุ่มควบคุม	34	42.44	3.14				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	14.24	2.67	-0.794	-1.018	66	0.025*
กลุ่มควบคุม	34	15.03	3.68				

*p< 0.05

ระยะหลังทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช ,การรับรู้และความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	12.85	2.39	0.912	1.734	66	0.088
กลุ่มควบคุม	34	11.94	1.92				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	43.35	3.28	1.206	1.701	66	0.094
กลุ่มควบคุม	34	42.15	2.51				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	15.79	2.67	-0.029	-0.038	66	0.970
กลุ่มควบคุม	34	15.82	3.68				

*p< 0.05

ระยะติดตามผล 1เดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคซึมเศร้าและโรคทางจิตเวช แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลอง
ติดตาม 1 เดือน

ตัวแปร	จำนวน	Mean	S.D	Mean difference	t	df	p-value
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	34	13.06	2.17	1.26	2.661	66	0.010**
กลุ่มควบคุม	34	11.79	1.72				
ความตระหนัก							
กลุ่มทดลอง	34	43.26	3.34	1.382	1.577	66	0.120
กลุ่มควบคุม	34	41.88	3.87				
การรับรู้							
กลุ่มทดลอง	34	15.53	4.19	0.235	0.243	66	0.809
กลุ่มควบคุม	34	15.29	3.77				

**p< 0.01

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกัน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลอง

การศึกษานี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ นั้น มีคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีการทดลองและระยะเวลาทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร บัวผัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ทราบถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมมีความตระหนักและการรับรู้

ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้ความรู้แบบปกติ แสดงให้เห็นว่า การนำโปรแกรมมาสร้างรูปแบบในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร และมีการติดตามผลหลังการทดลองเสร็จสิ้น ทำให้ได้ประสิทธิผลที่ดีกว่า

2. สร้างเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของคนในชุมชน โดยใช้กลไกการสร้างความตระหนักต่อสัญญาณเตือนที่บ่งบอกว่าจะฆ่าตัวตายของคนในชุมชน

3. พัฒนาความรู้และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล/อำเภออื่น ๆ โดยนำกิจกรรมของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดกิจกรรมแบบมีส่วนร่วม

4. ขยายผลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไปยังผู้นำชุมชน แกนนำในชุมชน กลุ่มวัยรุ่น เยาวชน และกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้มีระบบการเฝ้าระวัง ดูแลช่วยเหลือและรับรู้สัญญาณต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. นำไปประยุกต์ใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุข
ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่นผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้
สารเสพติด หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายอื่น ๆ
2. ควรมีการติดตามคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก
และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับโปรแกรม
สร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว
ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในครั้งนี้ ตามระยะ ๆ เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

เอกสารอ้างอิง

- 1.จันทิมา องค์โชคชัยไกรฤกษ์. (2550). คนไทยน่าเป็นห่วง เป็นโรคซึมเศร้าปีละหมื่นคน. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2564, จาก news.hunsa.com/detail.php?id=873.
2. World Health Organization. Suicide data. [Internet] Geneva: World Health Organization 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: [http:// www.who.int/mental_health/prevention/ suicide/suicideprevention/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en).
- 3.กรมสุขภาพจิต. (2562). สถิติรายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2562. กองแผนงานกรมสุขภาพจิต นนทบุรี.
- 4.กรมสุขภาพจิต.(2563). สถิติการฆ่าตัวตายในประเทศไทย.สืบค้น 20 พฤษภาคม 2565, จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
- 5.ระบบเฝ้าระวังผู้พยายามทำร้ายตนเองกรณีเสียชีวิต/(2565)//สืบค้นเมื่อ 19 พฤษภาคม 2565,/จาก/ <https://506s.dmh.go.th/app.dashboard.html>
- 6.โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, ปารณัฐ สุขสุทธิ.(2550) “อสม.: ศักยภาพ และยุทธศาสตร์ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง.” หมออนามัย, 17(3) : 7-20.
- 7.ดาวศิริ วิลามาศ. (2554). การฝึกอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้าน นาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. (การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- 8.กิตติวัฒน์ กันทะ, ช่อผกา แสนคำมา, และศศิธร กันทะ. (2019). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อำเภอจุน จังหวัดพะเยา. 6(1), 16-23.
9. Helicon. Encyclopedia of biography,2000 Hutchinson New Ed edition October 30, 1997. 1056 page
- 10.Dieksta & Gulbnat 1993.The epidemiology of Suicide and parasuicide . first published, may 1993/vol 87.page 9-20.
- 11.มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน: Suicide: Management and prevention กรุงเทพฯ : พิมพ์ครั้งที่ 1 โครงการรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ,2553, 277 [3] หน้า
- 14.ศศิธร บัวผัน (2562) ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัว ตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก