

ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

นพภััสสร วิเศษ* ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์* ศศิธร บัวผัน**

บทคัดย่อ

บทนำ : การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญของประเทศไทย ซึ่งเป็นการสูญเสียและเกิดผลกระทบหลายมิติ กับญาติหรือบุคคลในครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เป็นแกนหลักในชุมชน สามารถช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้หากมีการช่วยเหลือที่ทันท่วงที

วัตถุประสงค์การวิจัย : เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

วิธีการวิจัย : เป็นวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง ตัวอย่างเป็น อสม. จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2566 เครื่องมือวิจัยคือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มี พฤติกรรมฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย : กลุ่มทดลองมีระดับความรู้และทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .01

สรุปผล : งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พฤติกรรมฆ่าตัวตาย อาสาสมัครสาธารณสุข การป้องกัน

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

** โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

ผู้นิพนธ์ประสานงาน : นพภััสสร วิเศษ, E-mail: Noppassornwishes@gmail.com

Effects of developing the potential of village health volunteers Through participatory learning program in preventing suicide

Noppussorn Wises* Yodrawin Jornburom* Sasitorn Buaphun**

Abstract

Background: Suicide is a major problem in Thailand. This loss affects many dimensions of loved ones or family members. However, the village health volunteers are the mainstay in the community who can prevent suicide with timely help.

Objectives: This study aimed at investigating the effects of the developed potential of village health volunteers through participatory learning program in preventing suicide.

Methods: A quasi-experimental research study was designed with a two-group pre- and post-experimental study; (pretest-posttest control-group design). The sample consisted of 60 village health volunteers selected according to specific qualifications. The sample was divided into two groups, 30 patients in the experimental group and 30 patients in the control group. The study was conducted between March and May 2023. The research tool was a participatory learning program for village health volunteers, a suicide knowledge test and a questionnaire on skills in caring for people with suicidal behavior. The data were analyzed using descriptive statistics including: frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test

Results: The experimental group had a higher level of knowledge and skills in caring for people with suicidal behavior after participating the program than before the experiment, at a statistical significance of .01. and significantly higher than the control group at the .01 level.

Conclusions: This research suggests that the participatory learning program helps develop the capacity of village health volunteers to prevent suicide and should continue the study to follow up with patients.

Keywords: developing the potential, participatory learning, suicidal behavior, village health volunteer, preventing

* Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

** Banna Hospital, Nakhon Nayok Province.

Corresponding Author: Noppussorn Wises, E-mail: Noppassornwises@gmail.com.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก สถิติปี พ.ศ.2562 พบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 703,000 ราย คิดเป็นอัตราการฆ่าตัวตาย 9.0 ต่อประชากร 100,000 คน อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายสูงกว่าเพศหญิง กล่าวคือในเพศชาย 12.6 และเพศหญิง 10 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุอันดับที่สี่ของการเสียชีวิตในช่วงอายุ 15-29 ปีของทั้งสองเพศ รองจากอุบัติเหตุจากการเดินทาง¹ ในประเทศไทย ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายใน พ.ศ.2562 และ พ.ศ. 2563 จำนวน 3,698 ราย และ 4,440 ราย ตามลำดับ กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดในทั้ง 2 ปี คือกลุ่มอายุ 25-44 ปี เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง 4:1² จังหวัดนครนายก มีประชากรชายจำนวน 128,095 คน ประชากรหญิงจำนวน 130,939 คน รวมทั้งหมด 259,034 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ.2563 คิดเป็น 7.33 ต่อประชากรแสนคน³ และจากข้อมูลประชากรในเขตอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายกทั้งหมด 69,091 คน พบผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งหมดในปี พ.ศ. 2563-2565 จำนวน 35, 35 และ 36 ราย ตามลำดับ เป็นการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6, 5 และ 8 รายตามลำดับ คิดเป็นอัตรา 8.68, 7.24 และ 11.58 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁴

สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากเรื่องอารมณ์ คือ น้อยใจ เสียใจ ความเครียด ถูกกดดันจิตใจจากปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหนี้สิน โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ COVID-19⁵ ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพและใช้ชีวิตได้ตามปกติ การถูกเลิกจ้างงาน ตกงาน ขาดรายได้มาใช้จ่ายเลี้ยงดู

ครอบครัว การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด รับประทานยาฆ่าแมลง และน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 ใช้วิธีการแขวนคอ รองลงมาใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลง ใช้ปืนยิงรมควัน และรับประทานสารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 25-59 ปี เป็นวัยทำงาน⁴ ซึ่งผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกือบทุกรายส่งสัญญาณให้ญาติหรือคนรอบข้างได้รับรู้มาก่อน เช่น บ่นอยากตาย หรือคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญ of คำพูดหรือสัญญาณเตือน โดยขาดการสังเกตและเฝ้าระวัง หรือให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจมาก่อน⁴

กรมสุขภาพจิตได้มีการพัฒนาระบบการป้องกัน ค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวัง โดยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้ประชาชนมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้มีความเปราะบาง กลุ่มเสี่ยง และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (Attempted Suicide) โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับความรู้จากการสอนการชี้แนะและการอบรมจากบุคลากรสาธารณสุข ทั้งมีการได้รับความรู้แบบทางเดียว⁶ ขาดการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นความรู้สึก จากการปฏิบัติที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตใจผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีความจำเป็นต้องฝึกทักษะการสนทนา การให้ข้อมูล การให้กำลังใจ เสริมแรงจูงใจในการให้เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่ต่อไป⁷ หาก อสม. มีความรู้และทักษะเหล่านี้จะทำให้การดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความเข้มแข็งทางใจและมีภูมิคุ้มกันด้านจิตใจ

มองเห็นคุณค่าของตนเองและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ตามปกติ ดังนั้นการให้ความรู้ และการสอนในปัจจุบันควรให้ผู้เรียนเป็นผู้แสวงหาความรู้ และมีส่วนร่วม⁸ ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยเน้นความร่วมมือ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะการคิดวิเคราะห์ และตัดสินใจเลือก แนวปฏิบัติที่ถูกต้อง⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แต่พบว่ามีการศึกษาที่ใกล้เคียงเกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ อสม.⁹ และการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.¹⁰ จากการศึกษา และทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น เกี่ยวกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb¹¹ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ มาพัฒนาศักยภาพของ อสม. โดยการเปิดโอกาสให้ อสม. มีการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่ผ่านมา มีการสะท้อนคิดและอภิปรายหาข้อสรุปร่วมกันกำหนดวิธีปฏิบัติในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรม

2. คะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

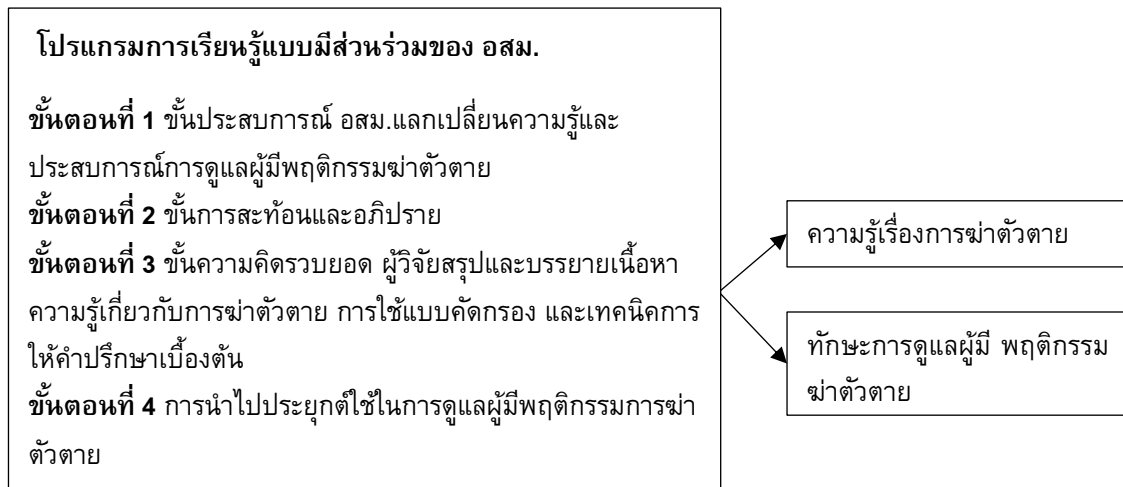
3. คะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. ที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดและหลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ มาปรับใช้ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นประสบการณ์ (Experience) โดย อสม. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย 2) ขั้นการสะท้อนคิดและอภิปรายร่วมกัน (Reflection/Discussion) 3) ขั้นความคิดรวบยอด (Concept) ผู้วิจัยสรุปและบรรยายเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การใช้แบบคัดกรอง 2qplus, 9Q, 8Q และฝึกเทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น และ 4) ขั้นการนำไปประยุกต์ใช้ (Experimentation/ Application) กระบวนการดังกล่าวทำให้ผู้เรียนมีการพัฒนาศักยภาพของตนเองด้านความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-posttest Design)

ประชากร คือ อสม. ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ในอำเภอหนึ่งของจังหวัดนครนายก จำนวนทั้งสิ้น 12 หมู่บ้าน จำนวน 80 คน ในช่วงระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ตัวอย่าง จำนวน 60 คน คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) ทำงานเป็น อสม. อายุระหว่าง 20-60 ปี 2) ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม 3) ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี 4) อ่านเขียนภาษาไทยได้และสื่อสารได้ดี เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ อสม. ที่มีประสบการณ์เข้ารับการอบรมเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คนและกลุ่มควบคุม 30 คน

ตามแนวคิดทฤษฎีของ Polit and Hungler¹² ที่กำหนดว่างานวิจัยกึ่งทดลองใช้ตัวอย่างไม่น้อยกว่า 30 หน่วย และไม่น้อยกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของตัวอย่าง จำนวน 60 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop Out) ของสมาชิกกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ด้าน เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการค้นคว้าจากตำราและทบทวนวรรณกรรม จำนวน 20 ข้อ มีเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ สาเหตุของการฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ ถูก และผิด หากตอบ

คำถามข้อนั้นถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิด เท่ากับ 0 คะแนน ทั้งหมดมีค่าคะแนน 0-20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 2Q plus แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม¹³ ทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากเนื้อหาตำรา เอกสาร การให้คำปรึกษาเบื้องต้นสำหรับ อสม.¹³ ลักษณะคำตอบของแบบสอบถาม เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็น 5 ระดับ คือ ถ้าปฏิบัติได้มากที่สุด 5 คะแนน ปฏิบัติได้มาก 4 คะแนน ปฏิบัติได้ปานกลาง 3 คะแนน ปฏิบัติได้น้อย 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย 1 คะแนน รวมจำนวน 20 ข้อ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ตามแนวคิดของ Kolb¹¹ มีระยะเวลาทั้งสิ้น 10 สัปดาห์ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนประสบการณ์ (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง อสม. เข้าร่วมประชุมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องการฆ่าตัวตาย และประสบการณ์ในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง อสม. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับสมาชิกในกลุ่ม โดยแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเอง ในการนำความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายที่มีอยู่เดิม

ไปใช้ในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของ อสม.

ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ อสม. นำเสนอผลที่ได้จากการร่วมประชุมทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการฆ่าตัวตาย สาเหตุ สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าและโรคจิตเวช ฝึกการใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และการแปลผล¹³ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นตามบทบาทของ อสม. นำข้อสรุปจากการร่วมประชุม กำหนดเป็นแนวทางการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนสำหรับ อสม. โดยจัดทำเป็นคู่มือประจำตัว อสม.

ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ (สัปดาห์ที่ 2-10) ให้ อสม. ติดตามทุกสัปดาห์ดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนจากผลการประเมินคัดกรองที่พบ และให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนสำหรับ อสม. ที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้เชิญผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (APN) 1 ท่าน ตรวจสอบหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ของเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ได้เท่ากับ .93, 1 และ 1 ตามลำดับ และนำแบบสอบถามความรู้ไปหาค่าความเที่ยงราย

ข้อตามวิธีของ Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง .65 แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .96

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เอกสารรับรองที่ NPHO 2022-019 รหัสโครงการที่ 17/2565 วันที่รับรอง 15 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 เมื่อได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย โดยให้ตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจก่อนเก็บข้อมูล โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลต่อการให้ทำมาหากิน อสม. หรือการดูแลรักษา ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาเผยแพร่โดยไม่เปิดเผยชื่อและไม่ระบุเป็นรายบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบสาธารณสุขอำเภอบ้านนา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2. ผู้วิจัยสำรวจและคัดเลือกตัวอย่างที่มีคุณสมบัติของตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้โดยการสัมภาษณ์

3. ติดต่อกับตัวอย่างเป็นรายบุคคล แนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินการวิจัยเมื่อได้รับความยินยอม ให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมคณะวิจัย เรื่องการใช้แบบสอบถาม การทำหน้าที่ผู้ช่วยประชุมกลุ่มกิจกรรมให้เข้าใจวิธีการ การปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน หลังจากนั้นเก็บข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามก่อนการทดลองแล้วเริ่มการทดลองโดยผู้วิจัยและคณะดังนี้

4.1 เชิญกลุ่มทดลองไปยังห้องจัดกิจกรรมประชุมกลุ่มอยู่ภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก โดยจัดเป็นสัดส่วน ให้ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ดังต่อไปนี้

จัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ใน 1 สัปดาห์ติดต่อกัน 3 วัน ๆ ละ 1 ครั้ง ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง โดย อสม. แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสะท้อนคิดและอภิปราย (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ระยะเวลา 3 ชั่วโมง ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 3) ระยะเวลา 4 ชั่วโมง เป็นการให้ความรู้โดยผู้วิจัย และขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ (สัปดาห์ที่ 2-10) อสม. นำแนวทางการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ร่วมกันกำหนดขึ้นไปปฏิบัติทุกสัปดาห์ ได้แก่ การประเมินคัดกรองความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลให้คำปรึกษาดูแลติดตามเยี่ยมเป็นระยะ ๆ และส่งต่อ รพ.สต. ในพื้นที่

4.2 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ในตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยให้ทำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย แบบสอบถามทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมการทดลองในสัปดาห์ที่ 10

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Independent T-test และเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติ Paired T-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.00 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 70.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.00 ประกอบอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่ ร้อยละ 43.33 มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม. อยู่ในช่วงระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 30 กลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.00 อายุอยู่ในช่วงระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 56.70 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบมัธยมศึกษา ร้อยละ

63.30 ประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 33.33 มีประสบการณ์ทำงานในหน้าที่ของ อสม. อยู่ในช่วงระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 30.00 และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้

เรื่องการฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายของ อสม. กลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายและทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย	14.77	2.50	19.03	2.89	-11.04	.001*
ทักษะการดูแล	3.38	0.83	3.98	0.33	-5.27	.001*

*p<.001

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมระหว่างทดลองและควบคุม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

ความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการ

ดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการดูแลผู้ที่มี
พฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมทดลองมี

ค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมแตกต่างกัน
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรม
ฆ่าตัวตาย หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลอง (n=30) และกลุ่มควบคุม (n=30)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย	19.03	0.89	14.83	2.48	8.74	.001*
ทักษะการดูแล	3.98	0.33	2.74	1.08	6.03	.001*

*p<.001

อภิปรายผล

จากผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกัน
การฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
ขออภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการ
ฆ่าตัวตายและคะแนนทักษะการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรม
ฆ่าตัวตายของตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

จากผลการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วม พบว่ามีระยะเวลา 10 สัปดาห์
โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่
ขั้นตอนที่ 1 แลกเปลี่ยนแสดงความคิดเห็น
เกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องการฆ่าตัวตาย และ
ประสบการณ์ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและอภิปราย
อสม. แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของ
ตนเองในการนำความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายที่มี
อยู่เดิมไปใช้ในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ขั้นตอนที่ 3 ความคิดรวบยอด ผู้วิจัยสรุปสิ่งที่ อสม.
นำเสนอผลที่ได้จากการร่วมประชุมทั้ง 2 ครั้งที่ผ่านมา
และผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องการฆ่าตัวตาย

ฝึกการใช้แบบประเมินคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย (2Q plus) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า
9 คำถาม แบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม
และการแปลผล¹³ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นและ
ขั้นตอนที่ 4 การประยุกต์ใช้ โดย อสม. นำความรู้
และทักษะไปใช้ติดตามดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
ในชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
ต้องดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วมของ อสม. ต้องเกิดจากการแลกเปลี่ยน
เรียนรู้ทั้งด้านความรู้และประสบการณ์ การ
สะท้อนคิด และเรียนรู้เพิ่มเติมในประเด็นที่ต้อง
พัฒนาและฝึกทักษะให้เกิดความเชื่อมั่น จึงจะ
สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งผลจากการศึกษาการ
พัฒนาศักยภาพ อสม. ด้วยโปรแกรมการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วม พบว่าภายหลังกลุ่มทดลองได้รับ
โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมค่าเฉลี่ย
ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย และทักษะการดูแลผู้ที่มี
พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังทดลอง
แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
อธิบายได้ว่า กิจกรรมตามขั้นตอนในโปรแกรมทำให้อสม.
ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ (Experience)
จากการคิดการลงมือทำและการแก้ปัญหา
ร่วมกัน¹¹ ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์

และนำมาใช้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของ Kolb¹¹ เป็นแนวคิดทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ซึ่งดำเนินไปเป็นวงจรแต่ละขั้นของการเรียนรู้ จึงเกิดการพัฒนาทั้งด้านความรู้และทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลอง⁹

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลจากการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการที่ อสม. ในกลุ่มทดลองได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากประสบการณ์ความรู้เดิมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดกระบวนการคิด วิเคราะห์ สอดคล้องกับทฤษฎีวงจรการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning Cycle Theory) ของ Kolb¹¹ แต่ละขั้นของการเรียนรู้ ทำให้ อสม. มีความรู้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา⁹⁻¹⁰ ที่พบว่าการให้ อสม. ในกลุ่มทดลองร่วมเสนอความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมทำให้เกิดความคิดเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับประสบการณ์เดิมของ อสม. ทำให้เกิดความรู้มากขึ้น

3. เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังได้รับโปรแกรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า

จากการที่ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมทั้ง 4 ขั้นตอน จากนั้น อสม. ได้นำไปประยุกต์ใช้ดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชนได้นั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา¹⁴ ที่กิจกรรมการสะท้อนคิดระหว่าง อสม. ด้วยกัน ก่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน อีกทั้งการได้รับการฝึกทักษะการดูแลจนทำให้มีความมั่นใจ จะส่งผลให้อสม. สามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชุมชน ทำให้คะแนนทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสูงขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

สรุป

งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมช่วยพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย และควรศึกษาต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ควรศึกษาและติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เพื่อศึกษาการคงอยู่ของความรู้ ทักษะการดูแลผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 20]; Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>.

2. Leesawat C. Epidemiology of suicide in Thailand, 2019 – 2020. *Journal of Health Science of Thailand*. 2022;31(4):623-37. (in Thai).
3. Information Division. Report on suicide statistics for the year 2020. [unpublished document]. Nakhon Nayok: Nakhon Nayok Provincial Public Health Office; 2020. (in Thai).
4. Department of Mental Health and Drug Treatment in Ban Na Hospital, Nakhon Nayok Province. Registration of patients with suicide behavior for the year 2022. [unpublished document]. Nakhon Nayok: Ban Na Hospital; 2022. (in Thai).
5. Department of Mental Health. Guidelines for elevating suicide prevention measures, 2020-2021. [internet]. 2022 [cited 2023 Aug 28]; Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/276>. (in Thai).
6. Sangsurin P, Chatchawanyangkul U, Pramualcharoenkit C, Srisong N. Handbook of new era volunteers. Bangkok: Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2011. (in Thai).
7. Sakulphan S. Nursing care of people with suicidal behavior. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University; 2021. (in Thai).
8. Khaemmanee T. Teaching science: body of knowledge for effective learning process. 12th ed. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010. (in Thai).
9. Chiangpiew N, Boonchien W, Aungwattan S. Effects of participatory learning regarding stroke prevention on knowledge and self-efficacy among village health volunteers. *Nursing Journal*. 2018;45(1):87-99. (in Thai).
10. Petmaneechote K, Pongpomma L, Arunkeeree A, Taowalanon P. Effectiveness of participatory learning program on knowledge and practice of village health volunteers for taking care of hypertension patients. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 2021;31(3):28-41. (in Thai).
11. Kolb DA. Experiential learning: experience as the source of learning and development. 2nd ed. Hoboken, NJ: Pearson Education; 2015.
12. Polit DF, Hungler BP. Nursing research principles and methods. 6th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.
13. Department of Mental Health. Handbook for suicide prevention and care for village health volunteers and community leaders. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
14. Sanprasan P, Wattradul D, Jamsomboon K, Puapairoj V, Techangkul L, Yuyuen Y. Effects of health volunteer's capacity building based on participating learning program on knowledge and skill of caring patients with cardiovascular disease and a risk group of cardiovascular disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 2015;26(1):119-32. (in Thai).