

ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณ การฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Effectiveness of awareness program on suicide signals in the community of village health volunteers

ศศิธร บัวผัน พย.ม. (สุขภาพจิตและจิตเวช)

Sasitorn Buaphan, Master of Nursing Science

(Psychiatric and Mental Health Nursing)

โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัดนครนายก

Banna Hospital Nakhon Nayok Province

Received: August 10, 2022 Revised: August 30, 2022 Accepted: October 17, 2022

บทคัดย่อ

พฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในยุคปัจจุบัน ด้วยเหตุนี้ การป้องกันการฆ่าตัวตายจึงต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เลือกแบบสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเข้า จำนวน 60 คน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมจำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง (90 นาที/ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง) กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ศึกษาในเดือน พฤษภาคม-กรกฎาคม พ.ศ.2562 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนัก การรับรู้สัญญาณ การฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายหลังการทดลองระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยความตระหนัก หลังการทดลองแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในระยะติดตาม 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ซึ่งโปรแกรมฯ นี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเฝ้าระวังของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน

คำสำคัญ : ฆ่าตัวตาย, อาสาสมัครสาธารณสุข, ความตระหนัก

Abstract

Suicidal behavior It is a problem that is likely to increase in the present day. Therefore, suicide prevention requires cooperation from network partners in the community. This research is a quasi-experimental research. Have a purpose to study the effectiveness of community health volunteers' awareness-raising and awareness programs on suicidal signals in the villages. The sample consisted of 60 village health volunteers who attended the experimental group and the control group of 30 people each. The experimental group participated in the program 6 times (90 minutes/time, once a week). The control group received regular care. Study in May – July 2019. The tools used include personal information. Awareness questionnaire Recognizing the Signs of Suicide. Using descriptive statistics T-test statistics Repeated measure variance analysis And the Bonferroni pairwise difference test found that both groups had no difference in mean scores on awareness and perception of suicide signs in the pre-trial period. The mean scores of perceptions of suicide signs after the one-month follow-up trial were significantly different at the .01 level. The mean scores of awareness after the experiment were significantly different at the .05 level, while at the 1-month follow-up period, there was no difference. This program can be applied to surveillance of suicide risk groups of people in the community.

Keywords : Suicide, Village Health Volunteers, Awareness

บทนำ

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย นับว่าเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในยุคปัจจุบัน เนื่องมาจากสภาวะการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในปัจจุบันทั้งด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดวิกฤตทางจิตใจ ไม่สามารถปรับตัวได้ เกิดความเครียด ความคับข้องใจ ที่ทำให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น ในปี พ.ศ.2561 พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญหนึ่งของทุกประเทศทั่วโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทุกๆ ปีจะมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 8 แสนคน เฉลี่ย 1 คนในทุกๆ 40 วินาที โดย 78% เกิดในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าจะลดอัตราการเสียชีวิตลง 10% ภายในปี พ.ศ.2563 แม้ว่าประเทศไทยอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศมีแนวโน้มลดลงแต่พบว่ามีคนที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวนมากและมีมากกว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จถึงกว่า 10 เท่าตัว โดยกรมสุขภาพจิตได้

ประมาณการในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 5 หมื่นกว่าคน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน ทำร้ายตนเอง การทำร้ายตนเองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกว่ามีประชากรกว่า 800,000 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกปี⁽¹⁾ ซึ่งปัญหาฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญที่นำผู้คนไปสู่การเสียชีวิตก่อนวันอันควร และในแต่ละครั้งที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) จะมีความพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) มากกว่า 20 ครั้ง ในปี พ.ศ.2562 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 6.64 ต่อแสนประชากร เนื่องจากประเทศกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่แน่นอนทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านสังคมและวัฒนธรรม จนกลายเป็นภาวะความเครียด⁽²⁾ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตกว่า 700,000 คนจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายทุกครั้งมีคนจำนวนมากขึ้น จากการที่เคย

พยายามฆ่าตัวตายจากครั้งก่อนถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด โดยแนวคิดนี้มองว่าบุคคลที่มีโอกาสเกิดการฆ่าตัวตายนี้มีความเสี่ยงหรือเปราะบางมากกว่าบุคคลอื่น ๆ เมื่อบุคคลนั้นมีเหตุการณ์มากระตุ้นให้เกิดความเครียดเกินกว่าความสามารถของตนเองจะจัดการได้ จึงนำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมักมีการสื่อสาร โดยแสดงออกเป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้หรือรำลึก การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และการสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวที่ดีที่สุด เป็นต้น และการฆ่าตัวตายนั้นมักเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมง

ในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในระดับโลก ณ ช่วงเวลาเดียวกัน นั่นคือ ปี ค.ศ. 2016 ไทยมีอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.35 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าประเทศไทยอยู่กลุ่มประเทศที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก และข้อมูลปี พ.ศ. 2561 อัตราฆ่าตัวตายลงต่ำไปอีกเล็กน้อยเท่ากับ 6.32 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ โดยประเทศไทยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลายกิจกรรม โดยในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผ่านคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุข⁽⁴⁾

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน และเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพภาคประชาชนที่มีส่วนช่วยผลักดันให้การสาธารณสุขของประเทศไทยพัฒนาจนเป็นที่ยอมรับในระดับประเทศและระดับสากล การพัฒนางานด้านสุขภาพจิตโดยผ่านการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถือเป็นกลยุทธ์หนึ่ง ที่ทางกรมสุขภาพจิตให้ความสำคัญมาโดย

ตลอด ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชนได้อย่างใกล้ชิด และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่บุคคลดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนจะช่วยเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เหมาะสมต่อการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสุขภาพจิตสังคมให้กับบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต

จังหวัดนครนายกในปี พ.ศ.2559-2561 พบอัตราการตายสำเร็จของร้อยละ 7.76, 5.82 และ 8.13 ต่อแสนประชากร ในส่วนของอำเภอบ้านนาพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ.2559-2561 เท่ากับ 6.3, 8.47 และ 13.04 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กำหนด และเพิ่มขึ้นจากสาเหตุปัจจัยที่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน อีกทั้งผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านนาโดยส่วนใหญ่พบว่าเป็นผู้ที่ไม่เคยมีประวัติด้านสุขภาพจิตหรือมีสัญญาณของผู้ที่พยายามฆ่าตัว มาก่อนในระบบของโรงพยาบาลหรือในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน (Two group pre-post test and follow-up)

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 10 ตำบล รวม 1,145 คน ในปี พ.ศ. 2562

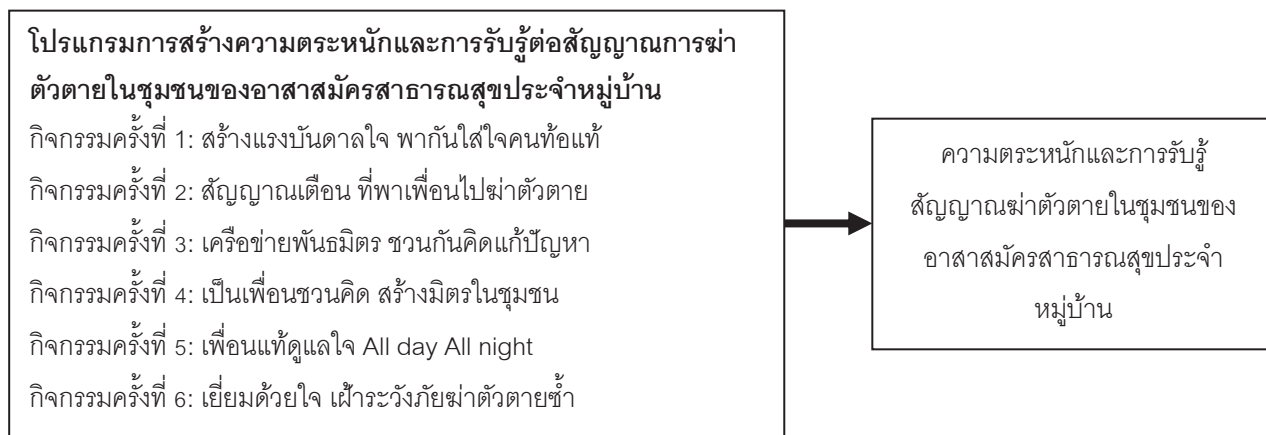
กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก จำนวน 10

ตำบล ตำบลละ 6 คน รวม 60 คน สุ่มจากประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ดังนี้ ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็น

เวลาอย่างน้อย 1 ปี ฟัง พูด อ่านและเขียน ภาษาไทยได้ ไม่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และสามารถเข้าร่วมโปรแกรมตามที่กำหนดไว้ได้

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดข้างต้นโดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย โดยจับฉลาก แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และโดยการสุ่มสุ่ม เลข 1 และ 2 อย่างละ 30 ใบ เพื่อจับฉลาก โดยจับฉลาก 2 ใบ ที่ระบุ “เลข 1 และ “เลข 2 ” ในเบื้องต้น ทำการจับฉลากได้ “เลข 1” เป็นกลุ่มควบคุมและ “เลข 2” เป็นกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และทดลองตามขั้นตอนที่กำหนดต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความตระหนัก และการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

1.2 แบบสอบถามความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ลักษณะคำถามแบบปลายปิด จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก และข้อคำถามเชิงลบ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามของวนิดา กองแก้ว⁽⁶⁾ ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคลและคณะ⁽⁷⁾ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 6 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ในวันพุธ เวลา 14.00-15.30 น.

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

โปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลได้ค่า $CVI = 0.93$ นำไปทดลองศึกษา (Tryout) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอบ้านนา ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ $0.75^{(8)}$

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ทุกวันพุธ เวลา 14.00 น. - 15.30 น. เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ดังนี้

1. กลุ่มทดลอง

กิจกรรมครั้งที่ 1 กิจกรรม “สร้างแรงบันดาลใจพากันใส่ใจคนท้อแท้” มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกลุ่มทดลองและผู้วิจัย รวมทั้งสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่มีผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ปัจจัยเอื้อต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมครั้งที่ 2 กิจกรรม “สัญญาณเตือน ที่พาเพื่อนไปฆ่าตัวตาย ” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งด้านร่างกาย วาจา ที่ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรม “เครือข่ายพันธมิตรชวนกันคิดแก้ปัญหา” มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มทดลองมีวิธีการจัดการดูแล และมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมครั้งที่ 4 กิจกรรม “ เป็นเพื่อนชวนคิดสร้างมิตรในชุมชน” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกฝึกทักษะการสื่อสารให้กับสมาชิก ทำให้เกิดการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรม “ เพื่อนแท้ดูแลใจ All day All night.” มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้มีความรู้ และได้รับการสนับสนุน ได้รับคำปรึกษา การช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคมได้ทันที

กิจกรรมครั้งที่ 6 กิจกรรม “เยี่ยมด้วยใจ ฝ่าระงภัยฆ่าตัวตายซ้ำ” มีวัตถุประสงค์เข้าใจระบบการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการส่งต่อและระบบติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

ระยะหลังการทดลอง

หลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ผู้วิจัยประเมินความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์คะแนนที่ได้จะเป็นคะแนนระยะ

ระยะติดตามผล

ในระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลอง 1 เดือน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความตระหนักและการรับรู้สัญญาณการฆ่าตัวตาย ด้วยการตอบแบบประเมินด้วยตนเอง

2. กลุ่มควบคุมพยายามให้ความรู้ตามปกติได้แก่

การรับรู้สัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตายในชุมชน การดูแลและการให้ความรู้เรื่องโรคที่อาจมีความคิดพยายามฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

เก็บรวบรวมโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งก่อนและหลังการทดลอง นำข้อมูลที่ได้มาดำเนินการทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้น ด้วยวิธี Fisher Skewness Coefficient และ Fisher

Kurtosis Coefficient หากข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จะทำการวิเคราะห์ด้วยสถิติพารามิเตอร์ วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA)⁽⁹⁾

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ โดยผ่านการขออนุมัติต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ 12/2562 ลงวันที่ 20 มิถุนายน 2562

ผลการศึกษา

การทดสอบความแตกต่างของลักษณะทั่วไปเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละและความแตกต่างของลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.39*
ชาย	11	36.7	13	43.3	
หญิง	19	63.33	17	56.7	
อายุ					0.83**
20 - 29 ปี	3	10.0	3	10.0	
30 - 39 ปี	2	6.7	2	6.7	
40 - 49 ปี	12	40	12	40.0	
50 - 59 ปี	8	26.7	10	33.3	
60 ปีขึ้นไป	5	16.7	3	10.0	
สถานภาพสมรส					0.83**
โสด	7	23.3	9	30.0	
คู่	20	66.7	18	60.0	
หม้าย	3	10.0	3	10.0	
ระดับการศึกษา					0.55**
ประถมศึกษา	9	30.0	11	36.8	
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	20.0	10	33.3	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	43.4	7	23.3	
อนุปริญญา	1	3.3	1	3.3	
ปริญญาตรี	1	3.3	1	3.3	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					0.91**
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	3.3	2	6.7	
เกษตรกรกรรม	8	26.7	6	20.0	
รับจ้าง	11	36.6	10	33.3	
ค้าขาย	5	16.7	7	23.3	
อื่นๆ	5	16.7	5	16.7	
รายได้					0.41**
5,000 – 10,000 บาท	19	63.3	15	50	
10,001 – 15,000 บาท	11	36.7	15	50	
ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัคร					0.97**
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน					
1-5 ปี	9	30.0	7	23.3	
6-10 ปี	7	23.3	8	26.7	
11-15 ปี	8	26.7	7	23.3	
16-20 ปี	1	3.3	2	6.7	
21-25 ปี	2	6.7	2	6.7	
26-30 ปี	2	6.7	3	10.0	
30 ปีขึ้นไป	1	3.3	1	3.3	

*Continuity Correction

**Chi-Square

การวิเคราะห์ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ สิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 44.16 (S.D. = 6.72) 48.70 (S.D. = 4.22) และ 49.38 (S.D. = 4.02) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุม เท่ากับ 40.03 (S.D. = 5.76), 44.93 (S.D. = 7.01) และ 49.30 (S.D. = 6.77) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยและ

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน เท่ากับ 9.20 (S.D. = 4.19), 14.76 (S.D. = 1.85) และ 15.33 (S.D. = 1.42) ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.03 (S.D. = 3.5), 12.36 (S.D. = 3.63) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 1 เดือน

กลุ่ม	ระยะการทดลอง	คะแนนความตระหนัก		คะแนนการรับรู้		t
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง	44.16	6.72	9.2	4.19	2.55
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	48.7	4.22	14.76	1.85	
	ติดตามผล 1 เดือน	49.36	4.02	15.33	1.42	
กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง	40.03	5.76	9.03	3.5	1.67
	หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที	44.93	7.01	12.63	2.18	
	ติดตามผล 1 เดือน	49.3	6.77	12.16	3.63	

ผลวิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในระยะก่อนการทดลอง

ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -2.55$ $p = .22$) และคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง พบว่าไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = .167$, $p = .318$) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง (n=30)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Means difference	t	df	p-value
ความตระหนัก						
กลุ่มทดลอง	44.16	6.72	4.13	2.55	58	.22
กลุ่มควบคุม	44.03	5.76				
การรับรู้						
กลุ่มทดลอง	9.20	4.19	.166	1.67	58	.318
กลุ่มควบคุม	9.03	3.50				

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำของคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่าวิธีการทดลองกับระยะ

เวลาการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่ามีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาการทดลอง (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-Way Repeated Measure ANOVA) ของคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>
ความตระหนัก					
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1.00	382261.25	382261.25	5936.98**	<.001**
ความคลาดเคลื่อน	58.00	3734.41	64.39	64.38**	
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2.00	1618.033	809.017	41.04**	<.001**.
กลุ่มกับระยะเวลา	2.00	151.811	75.90	3.84*	.02*
ความคลาดเคลื่อน	116.00	2288.156	19.72		
การรับรู้					
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1.00	26742.42	26742.42	15.82**	<.001**
ความคลาดเคลื่อน	58.00	547.49	9.43		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2.00	849.54	424.77	49.2**	<.001**.
กลุ่มกับระยะเวลา	2.00	69.67	34.84	4.03*	.02*
ความคลาดเคลื่อน	44.00	1001.44	8.63		

* $p < .05$, ** $p < .01$

ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง

เสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงว่ามีอย่างน้อย 1 คู่ ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการทดสอบของระยะเวลาของคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความตระหนัก					
กลุ่มทดลอง					
Interval	2	1289.49	644.74	71.93	.001
Error	58				
กลุ่มควบคุม					
Interval	1	180275.38	180275.38	1632.06	.001
Error	29	519.84	8.96		
การรับรู้					
กลุ่มทดลอง					
Interval	1	564.27	564.27	53.34	.001
Error	29	126.67	4.37		
กลุ่มควบคุม					
Interval	1	15444.90	15444.90	1902.45	.001
Error	29	235.43	8.12		

$p < .01$

วิจารณ์

โปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นับเป็นอีกหนึ่งทางเลือกในการดำเนินงานการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในชุมชนโดยสร้างการมีส่วนร่วมจากเครือข่ายด้านสุขภาพ ซึ่งนับวันปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จจะเป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และก้าวขึ้นเป็นวาระระดับชาติในปัจจุบัน จากผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความตระหนักต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จ สิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนสูงกว่ากลุ่มควบคุม คะแนน

เฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลอง พบว่าวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลองที่แตกต่างกันมีผลต่อคะแนนเฉลี่ยความตระหนัก และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับความรู้เรื่องการสร้างสุขภาพจิตชุมชนและการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ความตระหนักในบทบาทของการส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน และสอดคล้องกับรูปแบบการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนโดยแกนนำในหมู่บ้าน ซึ่งได้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้านเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม ก่อให้เกิดความตระหนักและการรับรู้สัญญาณของประชาชนในชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายได้⁽¹⁰⁾ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายจะช่วยตอบสนองปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย⁽¹¹⁾

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการติดตามอย่างต่อเนื่องหลังได้รับโปรแกรมการสร้างความรู้ความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในครั้งนี้ ตามระยะ ๆ ต่อไป เช่น 3 เดือน 6 เดือน หรือ 1 ปี

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนา อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ร่วมงาน รวมทั้งอาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ ที่ให้ความกรุณาเป็นที่ปรึกษาในงานวิจัยครั้งนี้ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต, สถาบันราชานุกูล. ข่าวประชาสัมพันธ์ กรมสุขภาพจิต เผยคนไทยคิดสั้นซึม.ละ 6 คน ห่วงภัย!! ความเคยชินวิถีชีวิตที่เร่งรีบ“คิว-คิว” จะทำให้ขาดการยั้งคิด [อินเทอร์เน็ต]; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก : <https://th.rajanukul.go.th/ข่าวประชาสัมพันธ์/กรมสุขภาพจิตเผยคนไทยคิดสั้น ซึม-ละ 6 คน>.
2. นิตยาภรณ์ มงคล. ปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
3. กรมสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร) ปี พ.ศ. 2540-2563. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
4. กรมสุขภาพจิต(สวนปรุง) . สุขภาพจิตชุมชน : รายงานระดับประเทศ [อินเทอร์เน็ต]; 2551. [เข้าถึงเมื่อ 18 เมษายน 2561]. เข้าถึงได้จาก : <https://dmh.go.th/download/Ebooks/Com-muMH2551/rptCommunity2551th.pdf>
5. โรงพยาบาลบ้านนา. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2559-2561. นครนายก: โรงพยาบาลบ้านนา; 2562.
6. วณิดา กองแก้ว. ลักษณะชีวสังคมที่มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กรุงเทพมหานคร. สารนิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต: กรุงเทพมหานคร มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2549.
7. Brook, R. H., Ware Jr, J. E., Davies-Avery, A., Stewart, A.L., Donald, C.A., Rogers, W.H., et al. Overview of adult health status measures fielded in Rand's health insurance study. Medical Care. 1979; 17(7): 1-131.
8. จุฬาลักษณ์ บาร์มี. สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์; 2551.

9. ชุศรี วงศ์รัตน์. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย.
กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;
2560.
10. ปราชญ์ บุญยวงศรีโรจน์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี,
วิชณี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, วิภาดา คณะไชย.
รูปแบบการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตใน
ชุมชน.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549:
(2): 114-23.
11. ศิริขวัญ ตันไพบุลย์. การปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพ
จิตชุมชนของสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น
จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต (จิตวิทยาและการแนะแนว) นครปฐม:
มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2549.