

บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี
The Development of a Suicide Prevention Model
in Depression Risk Groups in the Community, Chanthaburi Province

Received: May 6, 2021
Revised: Jul 14, 2021
Accepted: Jul 23, 2021

พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ พย.ม. (Puttiporn Pongnantakunkij, M.N.S)¹
สุทธิพร มุลศาสตร์ ส.ด. (Sutteepon Moolsart, Dr.P.H)²
ปราการ ฅมยางกูร (Prakarn Thomyangkoon, M.D)³

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศไทย ผู้ป่วย ครอบครัว ทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย: เพื่อ 1) ศึกษาปัญหาความต้องการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย 3) ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบฯ

ระเบียบวิธีวิจัย: ระยะที่ 1 ปัญหาความต้องการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 10 คน ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างที่พัฒนารูปแบบประกอบด้วย ผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชน ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 19 คน นำทฤษฎีสามขั้นตอนคอนสเก็และเมย์ประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของกิจกรรม ความพร้อมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ แก่นนำชุมชน จำนวน 67 คน วิเคราะห์ข้อมูลปริมาณสถิติพรรณนา ข้อมูลคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาสุขภาพร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความผิดหวัง และปัญหาเศรษฐกิจ ความต้องการช่วยเหลือ ร่างกาย จิตใจ สังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายฯ (1) การคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า (2) การป้องกันการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตายโดยป้องกันความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว การป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย 3) บุคลากรสาธารณสุข แก่นนำชุมชน มีความคิดเห็นต่อรูปแบบเหมาะสมระดับมาก

สรุปผลการวิจัย: ชุมชน บุคลากรสาธารณสุขมีความพร้อมต่อการดำเนินการตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาระดับมาก

ข้อเสนอแนะ: ศึกษาการทำโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: รูปแบบ การป้องกัน การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ชุมชน

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต แผนกวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, E-mail: aeiputtiporn29@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ ดร. ประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช E-mail: sutteepon@yahoo.com

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรม สาขาจิตเวช โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพฯ E-mail: karn249@hotmail.com

¹ Student of Master of Nursing Science Program in Community Health Nurse Practitioner, School of Nursing, Sukhothai Thammatirat Open University, Bangkok Thailand.

² Corresponding author: Associate Professor Doctor of School of Nursing, Sukhothai Thammatirat Open University, Bangkok Thailand.

³ Assistant Professor, Medical Doctor of Psychiatry, Rajavithi Hospital, Bangkok Thailand.

Abstract

Introduction: Depression and suicidal thoughts are important health problems in Thailand. Patients, families, and all relevant sectors should cooperate to prevent suicide attributed to depression in risk groups.

Research Objectives: This study aimed to: 1) investigate the problems and needs of care in risk groups with depression and suicidal thoughts, 2) develop a suicide prevention model in the community for the risk group of depression, and 3) evaluate the appropriateness of activities and community readiness for implementation of the suicide prevention model in the community for risk group of depression.

Research methodology: In phase 1, this phase aimed to investigate problems and needs of care in risk group of depression with suicidal thoughts in the community. Participants were 10 depressed and suicidal patients. In phase 2, this phase aimed to develop a suicide prevention model for risk group of depression. Nineteen participants were healthcare providers, community leaders, individuals with depression. The three-step theory (3ST) proposed by Klonsky and May was used to guide model development. In phase 3, this phase aimed to assess the appropriateness of activities and community readiness for implementation of the suicide prevention model. Participants were 67 healthcare providers, and community leaders. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: Findings were as follows. 1) The problems of risk groups with depression and suicidal thoughts were physical health, loss of a loved one, disappointment, and economic problems. The needs were physical, mental, and social needs, and healthcare accessibility. 2) The suicide prevention model included (1) screening for suicidal thoughts in depressed individuals; and (2) prevention of suicidal thought development by preventing feelings of discouragement and despair, strengthening emotional resilience, building family relationships, and preventing environments conducive to suicide. 3) Public health personnel and community leaders reported that the model was appropriate at a high level.

Conclusions: Community and healthcare providers are very ready for the implementation of suicide prevention model in the community for risk group of depression.

Implications: There should be further study to develop the suicide prevention program.

Keywords: Model, Prevention, Suicide, Depression, Community

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของคนทั่วโลก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าพบว่า เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยพ.ศ. 2530 ภาวะซึมเศร้าของประชากรทั่วโลกอยู่ที่ 322 ล้านคน และเพิ่มเป็น 350 ล้านคนใน พ.ศ. 2563¹ เนื่องจากสังคมในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และภาวะเศรษฐกิจที่มีการชะลอตัวอย่างรุนแรงในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตทำให้เกิดความเครียด ความกดดันเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าประมาณ 2.9 ล้านคน² จากรายงานสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรถึงร้อยละ 70 ผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ารุนแรงมักจบชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า³ ประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 6.03, 6.32 และ 6.64 ตามลำดับ⁴ จังหวัดจันทบุรีมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ลำดับที่ 8 ของประเทศ ถึง 10.04 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการฆ่าตัวตายเป็นลำดับที่ 1 ของเขตสุขภาพที่ 6⁵ ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019⁶ ผลกระทบนี้ทำให้มีคนฆ่าตัวตายสูงขึ้นร้อยละ 7.35 ต่อแสนประชากร พบมากในกลุ่มวัยทำงานที่ตกงาน ว่างาน และประสบปัญหาด้านการเงิน

การดำเนินงานสุขภาพจิตเพื่อลดปัญหาการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จังหวัดจันทบุรีดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันทั้งเชิงรุกและเชิงรับ รวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ “New Normal” ภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีนโยบายเรื่องการคัดกรองสุขภาพจิตในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปประจำปี⁷ การประชุมชี้แจงงานสุขภาพจิตร่วมกับผู้นำชุมชนในพื้นที่ที่ผ่านมาพบว่ายังขาดความร่วมมือจากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องและบุคลากรทางด้านสาธารณสุขรวมถึงผู้นำชุมชนไม่มีแนวทางการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในการป้องกันภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งการที่จะป้องกันภาวะซึมเศร้าและ

การคิดฆ่าตัวตายควรเริ่มจากต้นเหตุของปัญหา ตัวบุคคล ครอบครัว ไปจนถึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ดังนั้นการพัฒนากระบวนการโดยอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในพื้นที่จึงเป็นสิ่งสำคัญ

ประเทศไทย มีการศึกษาถึงการป้องกันและช่วยเหลือบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน การใช้องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า การเสริมสร้างพลังโดยมีกิจกรรมค่ายเยาวชนใจดีใจสู้ที่มีภาวะซึมเศร้า⁸ และการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนต่อความหวัง การเชื่อมโยงกับสังคม ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นตามกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอน ด้วยการเยี่ยมบ้านและการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05⁹

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาการป้องกันการฆ่าตัวตายศึกษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนมาก การบูรณาการงานสุขภาพจิตในระดับชุมชนยังมีไม่มากนัก ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงได้นำแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step theory) คอนสกีและเมย์¹⁰ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า โดยนำมาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบฯ เชื่อว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริม ผู้ป่วย ครอบครัว และญาติ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี โดยผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยง ฯ ในจังหวัดจันทบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ฯ จังหวัดจันทบุรี
3. เพื่อประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ ฯ จังหวัดจันทบุรีที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step-theory) การพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย ขั้นตอน ที่ 1 ความคิดฆ่าตัวตายเริ่มจากการที่ผู้ป่วยมีความเจ็บปวด ลึ้นหวัง และเริ่มคิดถึงการจบชีวิตของตนเองนำไปสู่ขั้นตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายรุนแรงขึ้นในระดับปานกลางหรือมาก ขั้นตอนนี้ความคิดฆ่าตัวตายจะมีมากขึ้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกวุ่นวาย อยู่โดดเดี่ยว นำไปสู่ขั้นตอนที่ 3 ระดับความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นจากอุปนิสัย ประสบการณ์ที่ผ่านมา และการปฏิบัติ เมื่อมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย แสดงในภาพที่ 1

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

แบ่งตามขั้นตอนของการวิจัย ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการ

การช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interviewing) กลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย โดยมีรายละเอียดดังนี้

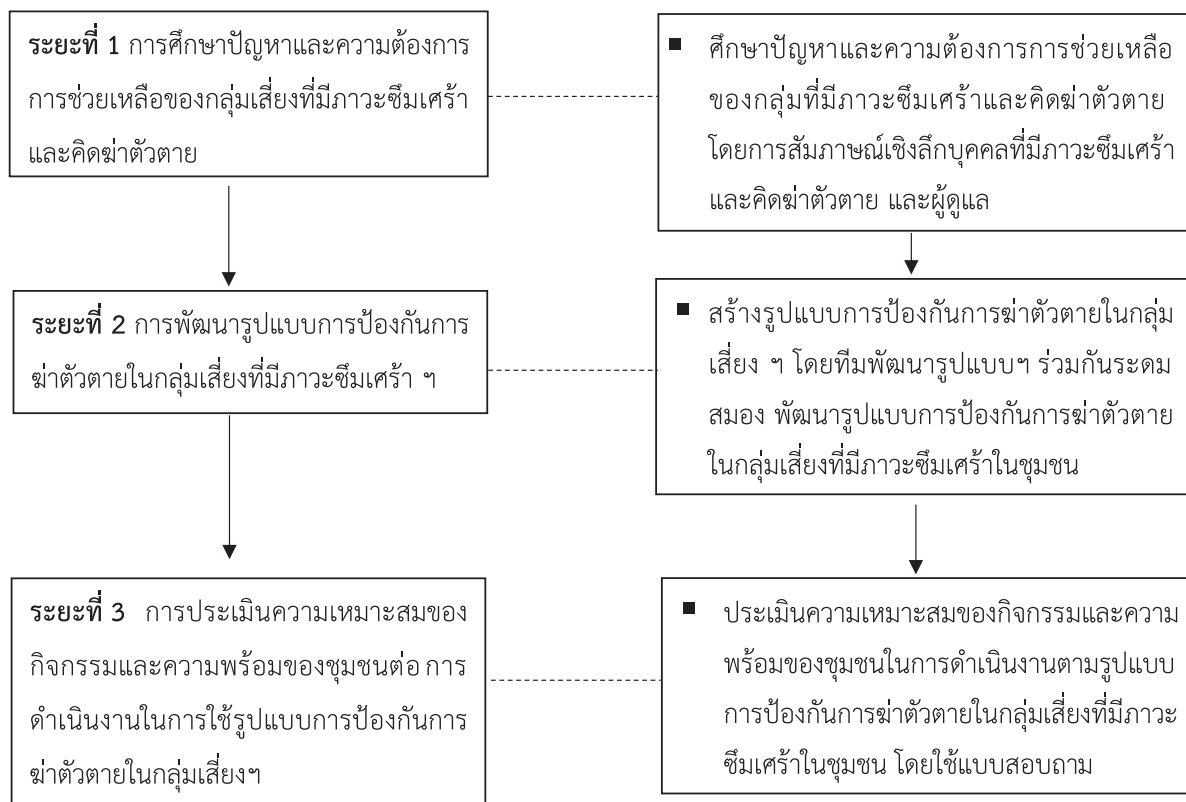
ประชากร เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ในจังหวัดจันทบุรี จำนวน 195 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 10 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ประชากร เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี รวมจำนวน 250 คน

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 1) บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

นักจิตวิทยา พยาบาลวิชาชีพ 2) แกนนำชุมชน อสม. กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย และผู้ดูแล ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) รวมจำนวน 19 คน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ประชากร แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุข คือ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข นักจิตวิทยา ที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 640 คน และ 2) แกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อสม. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ จำนวน 1,590 คน ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 2,230 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฯ ซึ่งถูกคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 23 คน 2) แกนนำชุมชนในเขตพื้นที่ที่มีกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย จังหวัดจันทบุรี จำนวน 44 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งตามระยะการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็นแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนครอบครัวและผู้ดูแล ส่วนที่ 3 ความต้องการการช่วยเหลือ และส่วนที่ 4 แบบสังเกตสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและภายนอกบ้านของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็นแนวคำถาม ในการระดมสมองสำหรับทีมในการพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน

ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฯ เครื่องมือเป็น

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากกิจกรรมในรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนที่ได้พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางระดมสมอง และแบบสอบถามความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบที่สร้างขึ้น เสนออาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำไปใช้สัมภาษณ์เชิงลึก ใช้ระดมสมอง และสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาและออกเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เลขที่ (CTIREC 091/63) ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลแก่ผู้ให้ข้อมูลถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนในการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งขออนุญาตบันทึกเทปและจดบันทึก ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในส่วนของปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยแต่ละราย จำนวน 10 คน ผู้วิจัยนำมอดเทปและทำการลงรหัสจัดกลุ่มเนื้อหาของข้อมูลและเรียบเรียงเนื้อหาข้อมูล สอดคล้องกับแนวทางการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ส่วนบทสนทนากลุ่มของทีมพัฒนารูปแบบ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำข้อมูลมาจัดเรียงให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีสามขั้นตอน (Three-step-theory)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ผู้ดูแล และบุคลากรสาธารณสุข ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบฯ วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบประเด็นสำคัญอธิบายตามทฤษฎีสามขั้นตอน ดังนี้

1.1) ปัญหาของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพร่างกาย/ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น 2) การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก 3) ปัญหาในเรื่องความรักความผิวดหวัง และ 4) ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงจะมีปัญหามากกว่า 2 ด้าน โดยที่กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาทั้งสามด้าน เป็นกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตายและได้ลงมือกระทำ

ขั้นตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงขึ้นในระดับปานกลางหรือมาก ในขั้นตอนนี้กลุ่มเสี่ยงมีปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวพบว่าสัมพันธภาพของสมาชิกภายในครอบครัวในด้านการดูแลกันและกัน การแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิต หรือในเวลาที่ไม่สบายหรือเจ็บป่วย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ส่วนในด้านความรักใคร่ปรองดอง สามัคคีกัน ด้านความสนใจในเรื่องความเป็นอยู่และการช่วยเหลือกัน การทำงานภายในหรือนอกบ้าน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง 2) การที่กลุ่มเสี่ยงรู้สึกว่าตนเองไม่มีเป้าหมายในชีวิตเป็นกลุ่มเสี่ยง ๆ ที่ลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย จำนวน 2 คน

ขั้นตอนที่ 3 ระดับความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงมากจนนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย มีคุณลักษณะที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ดังนี้ 1) อุปนิสัย (Dispositional capacity) โดยพบว่าส่วนใหญ่กลุ่มเสี่ยงมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีความคิดฆ่าตัวตายและลงมือกระทำ จำนวน 4 คน และไม่ลงมือกระทำ จำนวน 1 คน อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงง่ายมีลักษณะโกรธหรือเครียดง่ายแม้มีเหตุการณ์เล็กน้อยเกิดขึ้น ดังคำอธิบาย “การเล่น Facebook บางครั้งเห็นเพื่อนโพสต์ข้อความที่ไม่พึงพอใจ จะเกิดความหงุดหงิด โกรธ หรือร้องไห้ คิดว่าเพื่อนว่าตนเอง” (หญิง, 39 ปี) 2) ประสบการณ์ที่ผ่านมา (Acquired capacity) เป็นประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาที่มีเรื่องที่ไม่ดีเกิดขึ้น

มาจากการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การทะเลาะ การถูกทำร้ายร่างกาย รวมถึงการมีสุขภาพที่ไม่ดี จำนวน 5 คน มาจากเรื่องสุขภาพที่ไม่ดีมากที่สุด นอกจากมีโรคเรื้อรังแล้ว จำนวน 2 คน มีปัญหาเกี่ยวกับสัมพันธภาพภายในครอบครัวจากการทิ้งหวงของสามี/ภรรยา และอีกจำนวน 3 คน ผ่านช่วงชีวิตที่นับเป็นเรื่องราว ได้แก่ บิดาหรือมารดาเสียชีวิต การเสียชีวิตของบุตรและสามีหรือภรรยา 3) การปฏิบัติ (Practical capacity) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย โดยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตายได้ง่าย ส่วนใหญ่ (จำนวน 4 คน) ลงมือกระทำการฆ่าตัวตายโดยใช้สารเคมี เช่น ยาแก้แพ้ ยาแก้ปวด ยารักษาโรคประจำตัว เป็นต้น ดังคำบอกเล่า “ทานยาแก้แพ้ 40 เม็ด มีอายุในบ้าน” (หญิง, 38 ปี) “กินยา เวเลียม อยากให้หลับไปเฉย ๆ” (หญิง, 62 ปี)

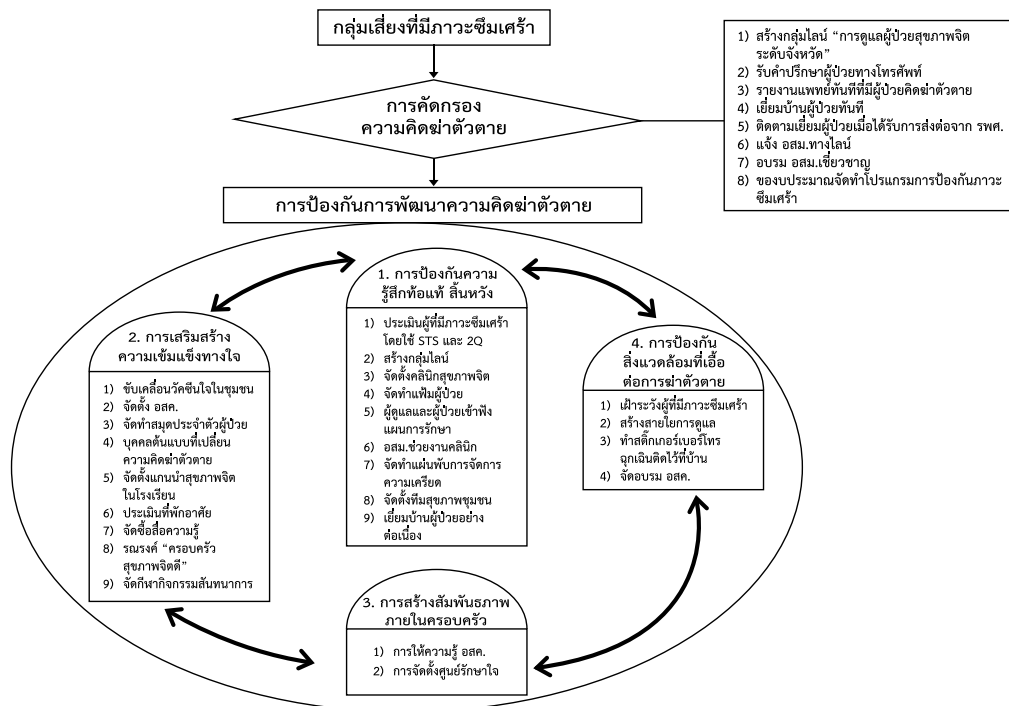
1.2) ความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ข้อมูลการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า กลุ่มเสี่ยงต้องการความช่วยเหลือ ดังนี้ 1) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพกาย ต้องการความรู้ในเรื่องการดูแลสุขภาพของแต่ละโรคเพื่อลดภาวะแทรกซ้อน 2) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ต้องการให้มีการจัดบริการเมื่อเกิดภาวะเครียดหรือมีช่องทางอะไรช่วยได้เมื่อเกิดปัญหา 3) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพสังคม ต้องการบริการสุขภาพทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพ 4) ความช่วยเหลือด้านการบริการสุขภาพ ต้องการการดูแลจากเจ้าหน้าที่เหมือนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 5) ความช่วยเหลือด้านการดูแลจากครอบครัว ต้องการการดูแลจากบุคคลใกล้ชิดและการยอมรับฟังความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนแสดงดังภาพที่ 1

ส่วนที่ 3 ความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

3.1 ความเหมาะสมของกิจกรรมในการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า บุคลากรทางด้านสาธารณสุข แกนนำชุมชน และอาสาสมัครครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมต่อการดำเนินงาน



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑ อยู่ในระดับมาก ส่วนอสม. มีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมต่อการดำเนินงานตามรูปแบบ ๑ อยู่ในระดับมากที่สุด แต่โดยภาพรวมการดำเนินการตามรูปแบบ ๑ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ($SD = 0.53$) อยู่ในระดับมาก

3.2 ความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑

3.2.1 บุคลากรสำนักงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต แกนนำชุมชนและครอบครัว มีความคิดเห็นต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๑ อยู่ในระดับมากทุกกลุ่ม โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ($SD = 0.68$), 4.08 ($SD = 0.79$), 3.77 ($SD = 0.59$), และ 4.32 ($SD = 0.59$) ตามลำดับ

3.2.2 อสม. มีความคิดเห็นต่อความพร้อมในการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = 0.49$)

การอภิปรายผล

1. ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายในชุมชน

ผลการศึกษาที่พบปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาในเรื่องความรัก ความผิดหวัง และปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยระหว่างเข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวช พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การมีโรคประจำตัว เช่น มะเร็งในทุกอวัยวะ ภาวะซึมเศร้า และปัญหาเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด เช่น ต้องการการเอาใจใส่ ความผิดหวังในความรัก¹¹ และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง ความพิการ ความซับซ้อนของชีวิต การสูญเสีย เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้า¹⁵

การศึกษาปัญหาดังกล่าวจึงทำให้กลุ่มเสี่ยง ๑ มีความต้องการการช่วยเหลือ ดังนี้ 1) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพ

กาย จากการที่กลุ่มเสี่ยง ๖ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ที่มากกว่า 2 โรค 2) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตใจ 3) ความช่วยเหลือด้านสุขภาพสังคม 4) ความช่วยเหลือด้านการบริการสุขภาพ 5) ความช่วยเหลือด้านการดูแลจากครอบครัว การศึกษาเชิงคุณภาพที่ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจากแบบสอบถามออนไลน์ โดยผลการศึกษาพบว่าความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า คือ ความต้องการในการจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญ ความต้องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ ตอบคำถามออนไลน์ที่มีคุณภาพให้การดูแลแบบองค์รวมจึงจะทำให้กลุ่มเสี่ยงผ่านพ้นวิกฤต¹³ นอกจากนี้การศึกษารายงานการวิจัยการสอบถามจากแพทย์ที่มีความชำนาญด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีโอกาสหรือไม่ได้พูดความคับข้องใจปัญหาของตนเอง เพราะมีความรู้สึก “เขาคงไม่สนใจ” “ไม่อยากรบกวนเขา” ในช่วงภาวะวิกฤต¹⁷

1. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน ที่พัฒนาขึ้นในเรื่องต่อไปนี้

1.1 การคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย

โดยการสร้างกลุ่มไลน์ “การดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต” ระดับจังหวัดรับคำปรึกษาผู้ป่วยแบบเร่งด่วนทางโทรศัพท์และรายงานแพทย์ หลังจากนั้นจึงลงเยี่ยมบ้านทันทีหรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยหลังได้รับการส่งต่อมาจาก รพศ และแจ้ง อสม. ทางไลน์ รวมทั้งการเสนอโครงการอบรม อสม. เชี่ยวชาญดำเนินการอบรมโดยเสนอของบ ๖ จัดทำโปรแกรมการป้องกันภาวะซึมเศร้า การค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยใช้แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าลดลงเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁹ และการศึกษาการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้จากการประเมิน โดยผลของการศึกษาพบว่าสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเชื่อว่าการมีแผนเชิงรุก การประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงและการติดตามกลุ่มเสี่ยง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายได้¹⁵

2.2 การป้องกันการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตาย

2.2.1 การป้องกันความรู้สึกท้อแท้และสิ้นหวัง

มีความสำคัญ ดังการพัฒนาารูปแบบเพื่อป้องกันความรู้สึก

ท้อแท้และสิ้นหวังที่ได้ใช้รูปแบบ PARSARN Model โดยมีหลักการของรูปแบบ คือ “เสริมสร้างและใช้ความรู้รวมถึงทักษะของผู้ดูแล การกระตุ้นจิตใจเพื่อให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยและบุคคลอื่นเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง” ประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ 1) การสร้างมุมมองเชิงบวกจากการดูแล 2) กล้าเปิดใจ หูตาอ้อมใจ ช่วยคงชีวิตไว้ได้ทันการณ์ 3) เสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและสร้างความรู้สึกรักคุณค่าแก่ผู้ป่วย 4) สนับสนุนการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดผลกระทบต่อการร่างกายและจิตใจ 5) สร้างแผนความปลอดภัยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายร่วมกันระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยด้วยความตระหนัก 6) ตอบสนองต่อแผนความปลอดภัยป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย 7) สร้างเครือข่ายสายสัมพันธ์เพื่อเกื้อหนุนเสริมเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁶

2.2.2 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

โดยมีรูปแบบที่ได้จากการพัฒนารูปแบบ ๖ การมีกิจกรรมธรรมชาติบำบัดเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ โดยมีกิจกรรมนันทนาการ การฝึกสมาธิ และการสร้างการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา⁸ และการศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจลดลงกว่าก่อนทดลองและน้อยกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷

2.2.3 การเสริมสร้างสัมพันธภาพภายใน

ครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าครอบครัวมีส่วนเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นกับบุคคล สมาชิกในครอบครัวมีความรักความเข้าใจซึ่งกันและกัน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสุข แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาท มีความขัดแย้ง ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าสัมพันธภาพภายในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นรูปแบบการเสริมสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวควรทำโดยให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายและจัดตั้งศูนย์รักษาใจภายในวัด ใช้กิจกรรมการสร้างแรงจูงใจ การฝึกคิดเชิงบวก เรื่องปัญหาครอบครัวต้องเปิดใจคุยกันและหาคนที่ปรึกษา ไม่เก็บไว้คนเดียว ได้ปรับความเข้าใจกันอย่างเปิดเผยโดย

ทำให้สัมพันธภาพในครอบครัวเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น¹⁸

2.2.4 การป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย สิ่งในกลุ่มเสี่ยง ๓ นามานี้เมื่อมีความคิดในการฆ่าตัวตายมาจากสารเคมีซึ่งเป็นสิ่งรอบตัวที่อยู่ภายในบ้าน เช่น ยาสามัญประจำบ้าน ยาโรคเรื้อรัง หรืออาวุธ รูปแบบการป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย ทำโดยจัดตั้ง อสม. ให้เป็นสายใยการดูแล จัดทำสติ๊กเกอร์เบอร์โทรฉุกเฉินติดบ้าน และจัดอบรมให้ความรู้แก่ อสม. ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคุกคามภาวะซึมเศร้าอาวุธที่อยู่รอบข้าง คือ ปืนสามารถที่จะหยิบมาทำร้ายตนเองได้ทันที¹⁵ ดังนั้นการจะป้องกันกลุ่มเสี่ยง ๓ มาจากการเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ๓ สอดคล้องกับการศึกษาที่ได้จากการประเมินสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำแนะนำผู้ดูแลในขณะเยี่ยมบ้านตามโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน⁹

3. การประเมินความเหมาะสมของกิจกรรมและความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน

ความเหมาะสมของกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่าบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและผู้นำชุมชนมีความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบ ๓ อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาารายด้านของกิจกรรมที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ การอบรม อสม. เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต ให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) และให้เป็นจิตอาสาร่วมกับสังเกตสัมพันธภาพภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ให้บริการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ๓ ในคลินิกสุขภาพจิต ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด รวมทั้งให้ผู้ดูแลผู้ป่วย หรือญาติมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยการกิจหลักของ อสม. จะมีความรับผิดชอบต่อนพื้นที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยการเข้าถึง สื่อสาร ให้การส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกัน โดยการแนะนำให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน และพัฒนาคุณภาพชีวิตของชุมชนซึ่งเป็นภารกิจและหัวใจในการทำงานของอสม.

ในการประเมินความเหมาะสมรายด้านของกิจกรรมพบว่าข้อที่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากไม่ถึงมากที่สุด ได้แก่ ข้อที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน และ

อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผู้ประเมินความเหมาะสมไม่แน่ใจว่าจะสามารถดำเนินการได้หรือไม่ จึงทำให้ประเมินความเหมาะสมในระดับมาก การเก็บข้อมูลเป็นช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังนั้น การรับรู้ถึงความสำคัญของการดำเนินงานตามกิจกรรมในรูปแบบ ๓ อาจถูกมองว่ายังไม่จำเป็นมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับกิจกรรมที่ต้องอาศัยความเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหาต่อการแพร่ระบาดก่อน

ความพร้อมของชุมชน เมื่อประเมินถึงความพร้อมของชุมชนต่อการดำเนินการตามรูปแบบ ๓ ในกลุ่มสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลพระปกเกล้า องค์การบริหารส่วนตำบล และพยาบาลวิชาชีพ พบว่า มีความพร้อมต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก อาจเป็นเพราะในช่วงที่เก็บข้อมูลการบริหารงานที่สำคัญจะเป็นในส่วนของงานควบคุมโรคที่ต้องเตรียมพร้อมกับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดังกล่าว ข้อที่ถูกประเมินว่ามีความพร้อมในระดับปานกลาง ได้แก่ การนำบุคคลต้นแบบที่เคยฆ่าตัวตายมาแล้วมาให้ข้อคิดและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งผู้ประเมินบุคคลนั้นต้องมีความพร้อมต่อการรักษาและสภาพจิตใจที่คงที่ไม่อ่อนไหวต่อผลกระทบ ทำให้การหาบุคคลต้นแบบมีความเป็นไปได้ค่อนข้างยาก ประกอบกับความไม่แน่ใจในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นว่าจะดีเหมือนกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นหรือไม่

การประเมินความพร้อมของแกนนำชุมชนและครอบครัวต่อการดำเนินงานตามรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ๓ พบว่าอยู่ในระดับมาก เนื่องจากแกนนำชุมชนและครอบครัวประกอบไปด้วยผู้นำชุมชน กำนัน หรือผู้ใหญ่บ้านที่เป็นส่วนหนึ่งขององค์การบริหารส่วนตำบลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน จัดตั้งศูนย์รักษาใจภายในวัด จัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครครอบครัวของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายในเรื่องสุขภาพจิตและการจัดยาอย่างถูกต้องและให้อาสาสมัครครอบครัว (อสค.) เฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตายนั่น เป็นภาระหน้าที่ที่พอจะทำได้ในระดับมากยังไม่มั่นใจในบทบาทหน้าที่ที่จะเกิดขึ้น

อย่างไรก็ตาม อสม.ประเมินความพร้อมต่อการดำเนินงานอยู่ในระดับมากที่สุด เนื่องจากอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการทำกิจกรรมโดยมีความพร้อมต่อการดำเนินงานมากที่สุดในเรื่องการเยี่ยมบ้าน การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความเครียด ST5 และแบบคัดกรอง ภาวะซึมเศร้า 2Q ร่วมกับสังเกตสัมพันธภาพ ภายในครอบครัวและเพื่อนบ้าน ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ขาดนัด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมที่ อสม. ทำอยู่เป็นประจำตามบทบาท อย่างไรก็ตาม ความพร้อมต่อการดำเนินงานในบทบาทที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรอื่น เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วย ในคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช การเยี่ยมบ้านโดยมีพยาบาลวิชาชีพเวชปฏิบัติในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นพี่เลี้ยง เป็นต้น อสม. ประเมินถึงความพร้อมในระดับมากเท่านั้น ซึ่งอาจเป็นเพราะยังไม่แน่ใจในกิจกรรมและบทบาทดังกล่าว เพราะยังไม่เคยดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๆ เหมาะสมกับบริบทของอำเภอเมืองจันทบุรี จังหวัดจันทบุรี หากพื้นที่ในจังหวัดจันทบุรีนำไปใช้อาจต้องพิจารณาถึงความต้องการของผู้ให้บริการ กับพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันหรือมีกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตายสูง

1.2 รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน สามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยกลุ่มอื่นที่เสี่ยงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยในอนาคต

การศึกษารุ่นนี้เป็นการออกแบบรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ๆ ควรมีการศึกษถึงผลของการนำรูปแบบไปใช้ในการดำเนินงาน โดยศึกษาในรูปแบบโปรแกรม และทำวิจัยต่อยอดติดตามในระยะยาว

References

1. World Health Organization. (2020). *Suicide*. Retrieved From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. World Health Organization. (2019). *Depression around the world*. Retrieved From http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. (2019). *Suicide*. Retrieved From <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
3. Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2564). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/>
4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2019). *What to know about suicide*. Retrieved from thaipsychiatry.wordpress.com/2019/04/22.
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2564). Report the number of suicides in Thailand. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/report/suicide/>
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2563). *Directional framework for mental health development And the strategic plan of the Department of Mental Health during the 11 th National Economic and Social Development Plan (2555-2559)* (Edition 2). Nonthaburi.
7. Department of Health, Ministry of Public Health. (2554). *Cause of death in working age*. Retrieved from <https://anamai.moph.go.th/th attempters> (Master's Thesis Not published). Chulalongkorn University, Bangkok.

8. Supaporn Junsam, Renukar Thongkhamrod and Kotchapong Sarakan. (2559). The Development of a Community Participatory Model in Preventing Suicide of Yasothon Province (Master's Thesis Not published). Sukhothai Thammathirat Open University, Nonthaburi.
9. Teerapong Thonghima, Sutteeporn Moolsart and Prakarn Thomyangkoon. (2562). The Effectiveness of a Suicide Prevention Program in Elderly with Depression in a Community. *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 20(2), 105-118.
10. Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129
11. Anuphong Khamma. (2556). Risk Factors Associated with Suicide : A Case-Control Study in Sukhothai Province, 58(1), 3-16.
12. Phyllis, P., Christen, W. & Nashville, T. N. (2016). Triple threaten among the elderly: Depression, suicide risk, and handguns. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 14-18
13. Barney, L., J., Griffiths, K. M., and Banfield, M., A. (2011). Explicit and implicit information needs of people with depression: a qualitative investigation of problems reported on an online depression support forum. *BMC Psychiatry*, 11(88), 1-11
14. Manote Lotrakul. (2014). Suicide Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University. Retrieved from; <https://med.mahidol.ac.th>.
15. Schatten, H. T., Gaudiano, B. A., Primack, J. M., Arias, S. A., Arney, M. F., Mille, r L. W., Epstein-Lubow G., Weinstock, L. M. (2021). Monitoring, Assessing, and Responding to Suicide Risk in Clinical Research. *The National Center for Biotechnology Information*. 129(1), 64-69.
16. Siwaporn Mahathamnuchock. (2019). An attempted Suicide prevention model for chronic illness patients, in Lamphun Province. Thesis Dr.P.H. in Public Health Program, Naresuan University, Phitsanulok.
17. Kannikar Phongto. (2555). Effect of the Resilience enhancement program on suicidal ideation in suicidal attempter. (Master's Thesis Not published). Chulalongkorn University, Bangkok.
18. Pavena noppasod and Rungsiman suntornchaiya. (2015). The Effect of Hope Enhancement Program with Family Participation on Depression of Older Persons with Major Depressive Disorders. *Journal of The Police Nurse*, 7(1), 83-94.
19. Report on the situation of the number of suicides in Chanthaburi Province. (2564). Department of Mental Health, Ministry public health, 2563. Retrieved from https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp
20. Brodsky, B. S., Spruch-feiner, A., and Stanley, B. (2018). The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide model Prevention Practices to clinical Care. *New York State Psychiatric Institute*, New York, NY, United States.