



## รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชน

ชวนชม วงศ์ไชย, พย.ม.\*

### บทคัดย่อ

แม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากถึง 11.7 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงกว่าที่กำหนดใน ตัวชี้วัดของ Healthy Thailand ดังนั้น เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายให้ลดลงจึงได้มีการศึกษารูปแบบ การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถคัดกรองให้การช่วยเหลือในเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายได้ มีเครือข่ายช่วยเหลือการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน และมีกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันปัญหา สุขภาพจิต ดำเนินการที่หมู่บ้าน ป่าลาน ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือน มิถุนายน 2548 ถึง สิงหาคม 2548 กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน วิธีดำเนินงานคือ จัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ที่มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ A-I-C รวบรวมข้อมูล จากแบบ ประเมินผลก่อนและหลังการอบรม ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ A-I-C การสนทนากลุ่มและ แพ้บันทึกระจำตัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ผลการดำเนินงาน พบว่า ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น การมีความรู้เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ชุมชนสามารถคัดกรองและค้นพบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ส่งต่อสถานีนามยป่าลานและ โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ ตามลำดับเพื่อรับการรักษาจำนวน 1 ราย และชุมชนได้จัดกิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขึ้น 1 กิจกรรม ซึ่งผลการศึกษารั้งนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการขยายผลการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายใน ชุมชนอื่น ๆ ได้

**คำสำคัญ:** การฆ่าตัวตาย ชุมชน

\* โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน



## Suicide Prevention Model for Local Community

---

*Chuanchom wongchai, M.N.S.\**

### Abstract

Mae Hong Son is one of the highest suicidal rate province in Thailand (11.7 per 100,000 population), which is higher than the Healthy Thailand Index National Standard. To prevent and reduce the suicidal rate, a suicide prevention model was studied and experimented at the Pa Lan Village of the Mae Hong Son Province (in Huay Pong Subdistrict of Muang District) from June to August 2005. The study group was 25 persons, composing of the community leader, elderly and house-wife group representatives, and the volunteers from the community health care unit. The objectives of the study were as follows: 1) To educate the community leaders on depression symptoms and suicidal risks. 2) To be able to screen and give preliminary assistance to the depression patients with suicidal risks. 3) To develop network for solving the suicidal problems in their own communities. 4) To carry out activities for mental health prevention. The activities started with training on mental health and psychiatric care. Following by AIC process then, gathering data and information compare between pre and post evaluation, group discussions, and administration of individual files for high-risk suicided. Statistical analysis was done by Percentage. The outcomes revealed all the participants obtained more knowledge on depression and suicidal risks. Importantly, the new knowledge these people gained contributed as below : 1) Screening and identifying people with depression as well as making refer to Pa Lan Health Care Unit and Sri Sung Wan Hospital consecutively. 2) Initiation promotion activities. In conclusion, this study has demonstrated a new model for the suicidal prevention witch could be truthful in other communities.

**Key words :** suicide, Community

---

\* *Srisungwal Hospital, Maehongson province*

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมก่อให้เกิดปัญหาการฆ่าตัวตายมากขึ้น ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ ก่อให้เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม จากสถานการณ์ในประเทศไทยปี 2542 สาเหตุการตาย 10 อันดับแรกพบว่า การฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 8 สาเหตุของการสูญเสียสุขภาพ (DALYs) จำแนกตามเพศในเพศชาย พบว่าการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง มีค่า DALYs เป็นลำดับที่ 9 และในปี 2546 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยต่อแสนประชากร 10 อันดับแรกพบมากที่สุด 3 อันดับแรก โดยจังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 8 คิดเป็น 11.7 ต่อแสนประชากร<sup>1</sup> จากข้อมูลการมารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ของประชากรหมู่บ้านป่าลาน พบว่า ในปี 2546 มีผู้มารับบริการด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 7.1 ของผู้มารับบริการทั้งหมดในโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ และมีประชากรที่มารับบริการด้วยโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช 8 โรค ประกอบด้วย โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชัก สารเสพติด พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ ในปี 2546 2547 และ 2548 ร้อยละ 2.5 2.4 และ 2.7 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าผู้มารับบริการจะมีอัตราไม่สูงนัก แต่ผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชก็มีภาวะเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองได้มากกว่าโรคอื่นๆ<sup>2</sup> ตามนโยบายโครงการเมืองไทยแข็งแรงคนไทยแข็งแรง “Healthy Thailand” ได้กำหนดตัวชี้วัดไว้ว่าให้ลดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไม่เกิน 7.1 ต่อแสนประชากร ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดแม่ฮ่องสอนให้ได้ตามตัวชี้วัดดังกล่าว การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายให้ได้ผลนั้น ชุมชนควรมีส่วนร่วมในดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยชุมชนต้องได้รับการสนับสนุนในเรื่อง ข้อมูลข่าวสาร การ

ฝึกอบรม องค์ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ที่สำคัญคือความรู้ในการคัดกรอง การประเมิน และการช่วยเหลือให้ผู้ที่มีปัญหาจิตเวชและผู้ที่ทำร้ายตัวเองได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>3</sup> การใช้กระบวนการ A-I-C เป็นวิธีการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการวางแผนและการตัดสินใจ ร่วมสร้างความเข้าใจในการดำเนินงาน สร้างการยอมรับ ความรับผิดชอบในฐานะสมาชิกของชุมชน และเกิดความภาคภูมิใจในผลงานที่ตนมีส่วนร่วม ก่อให้เกิดความสำเร็จสูง มีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชนท้องถิ่น ทำให้เกิดพลัง รู้ถึงศักยภาพในการพึ่งตนเอง การศึกษารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถคัดกรองให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ มีเครือข่ายช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน และมีกิจกรรมในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

การเลือกพื้นที่ ได้คัดเลือกหมู่บ้านป่าลาน ต.ห้วยโป่ง อ.เมือง จ.แม่ฮ่องสอน ดำเนินโครงการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชน เนื่องจากเป็นหมู่บ้านที่มีประชากรพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จมากและเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชสูงและเป็นหมู่บ้านที่ห่างไกลความเจริญ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 25 คน ในแต่ละกลุ่มเป้าหมายให้ชุมชนคัดเลือกเองโดยผู้รับการอบรมต้องมีความสมัครใจและมีความพร้อมในการรับการอบรมขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมชุมชนและศึกษาข้อมูล ประชุมชี้แจงความเป็นมาของโครงการแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้นำชุมชน สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ตัวแทนกลุ่มแม่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 25 คน และชี้แจงการสำรวจข้อมูลของชุมชนเบื้องต้น โดยใช้ แบบประเมินความเครียดของสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20) แบบวัดความสุขของคนไทย (Thai Happiness Indicators-15) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำรวจทั้งหมู่บ้าน โดยชุมชนคัดเลือกผู้เข้าร่วมอบรม และจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง โดยรับผิดชอบในพื้นที่ใกล้เคียงที่อยู่อาศัยจำนวน 15 คน การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของ Krejcie และ Morgan คำนวณในประชากรอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามวัยพัฒนาการ และใช้วิธีการจับสลากรายชื่อ สำรวจครั้งที่ 1 ใช้แบบสำรวจทั้งหมด 330 ชุด ได้กลับคืนมา 294 ชุด

ขั้นตอนที่ 2 จัดอบรมและประชุมเชิงปฏิบัติการ ทำการประเมินความรู้ก่อนอบรม (Pre-Test) โดยเครื่องมือของมาโนช หล่อตระกูล จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้สมัครใจเข้ารับการอบรมเรื่อง การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การประเมินผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและการใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 1 วัน ทำการประเมินหลังการอบรม (Post-Test) จากนั้นดำเนินการประชุมโดยใช้กระบวนการ A-I-C เป็นเวลา 2 วัน ตามขั้นตอนดังนี้

เริ่มนำเสนอข้อมูลของชุมชนที่ได้จากการสำรวจแล้วแบ่งผู้เข้ารับการอบรม ทั้ง 25 คน ออกเป็น 4 กลุ่ม และดำเนินตามกระบวนการ A-I-C ดังนี้

A : Appreciation ให้ผู้รับการอบรมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและทำความเข้าใจสภาพปัญหาของชุมชนจากแง่มุมต่างๆร่วมกัน ตระหนักถึงศักยภาพในการแก้ปัญหาและทางเลือกในการแก้ปัญหาที่มีอยู่

I : Influence ให้ผู้รับการอบรมเรียนรู้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะหยิบยกมาแก้ไข ตลอดจนแนวทางที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน

C : Control ให้ผู้รับการอบรมตัดสินใจเพื่อกำหนดแผนปฏิบัติการในการที่จะดำเนินการ ให้เกิดผลตามที่ทุกคนมุ่งหวังร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้จากกระบวนการทำ A-I-C ดังนี้ ตัวแทนชุมชนที่ได้รับการอบรมทำการประเมินซ้ำในผู้ที่มีความเครียดผู้ที่มีความสุขน้อยกว่าคนปกติทั่วไป และผู้ที่ภาวะซึมเศร้าซ้ำ ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน จากนั้นชุมชนจัดกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง และคัดกรองช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ค้นพบในชุมชนส่งต่อเพื่อรับการรักษาที่สถานอนามัยบ้านป่าลานและโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ตามระบบเครือข่าย

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผล โดยตัวแทนชุมชน และผู้นิเทศติดตามจัดสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อรับทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาและติดตามจากแฟ้มบันทึกประจำตัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย

ติดตามผลการดำเนินงาน ทุก 1 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่แบบวัดความเครียดของสวนปรุง (Suanprung Stress Test -20) เป็นแบบวัดที่ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนดังนี้ ไม่รู้สึกเครียดให้ 1 คะแนน เครียดเล็กน้อยให้ 2 คะแนน เครียดปานกลางให้ 3 คะแนน เครียดมากให้ 4 คะแนน เครียดมากที่สุดให้ 5 คะแนน ไม่ตอบให้ 0 คะแนน การแปลผล คะแนน 0 ถึง 3 หมายถึงเครียดน้อย 4 ถึง 61 เครียดปานกลาง 62 ถึง 61 เครียดสูง และคะแนน 62 ขึ้นไป หมายถึงเครียดรุนแรง แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's Alpha

Coefficient) เท่ากับ 0.91 แบบวัดความสุขของคนไทย (Thai Happiness Indicators-15) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้กับคนที่สามารถอ่านออกเขียนได้ ในกรณีที่ไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ ใช้วิธีให้บุคคลอื่นอ่านให้ฟัง และผู้ตอบแบบประเมินเป็นผู้เลือกคำตอบด้วยตนเอง มีข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ไม่เลยให้ 0 คะแนน เล็กน้อยให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน มากที่สุดให้ 3 คะแนน และกลุ่มที่ 2 ไม่เลยให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน มากให้ 1 คะแนน มากที่สุดให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนน 33 ถึง 45 หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป 27 ถึง 32 คะแนน หมายถึง มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป และ 26 คะแนนหรือน้อยกว่าหมายถึง มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป แบบวัดนี้มีค่าความเชื่อมั่นของคอรันบาค เท่ากับ 0.70

แบบประเมินภาวะซึมเศร้าเป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต มีข้อคำถาม 15 ข้อ โดยประเมินความรู้สึกลงในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การแปลผล ถ้าตอบ มีตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป หมายถึงมีภาวะซึมเศร้า

แบบประเมินก่อนและหลังการอบรมสร้าง ขึ้นโดยมาโนช หล่อตระกูล มีข้อคำถาม 4 ข้อ คืออาการของโรคซึมเศร้า สัญญาณเตือนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การแยกคนที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และแหล่งให้การช่วยเหลือในชุมชน คำตอบแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ไม่รู้ รู้ปานกลาง และรู้มาก

การรวบรวมข้อมูล รวบรวมจาก 1) ผลการประเมินก่อนและหลังการอบรม 2) ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการใช้กระบวนการ A-I-C 3) การสนทนากลุ่ม เพื่อรับทราบความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา และ 4) จากแฟ้มบันทึกประจำตัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การวิเคราะห์ข้อมูล หาค่าร้อยละ

## ผล

มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 25 คน เป็นชาย ร้อยละ 64 อายุเฉลี่ย 41 ปี จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 84

จากผลการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรม ก่อนการอบรมผู้รับการอบรมไม่มีความรู้ถึงรู้ปานกลาง ในเนื้อหาที่อบรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 ยกเว้นเรื่องแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน หลังการอบรมผู้เข้าอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นในระดับรู้ปานกลาง ถึง มาก ร้อยละ 95 ขึ้นไป ตามตารางรายงานเป็นผลต่างของคะแนนในแต่ละเรื่อง เช่น อาการโรคซึมเศร้าได้คะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 2

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม

เนื้อหาความรู้	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
	ไม่รู้ (ร้อยละ)	รู้ ปานกลาง (ร้อยละ)	รู้มาก (ร้อยละ)	ไม่รู้ (ร้อยละ)	รู้ ปานกลาง (ร้อยละ)	รู้มาก (ร้อยละ)
1. อาการของโรคซึมเศร้า	43.5	56.5	0	0	78.3	21.7
2. สัญญาณเตือนของความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	65.2	34.8	0	4.3	73.9	21.7
3. การแยกแยะว่าคนไหนมี ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมาก คนไหนมีความเสี่ยงน้อย	60.9	39.1	0	4.3	73.9	21.7
4. แหล่งให้การช่วยเหลือ ในชุมชนของท่าน ในกรณี ผู้ที่ท่านพบจำเป็นต้องได้รับ การช่วยเหลือ	21.7	60.9	17.4	0	47.8	52.2

ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการ A-I-C ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนมีส่วนร่วมในการคิด การเขียน การพูด ในแต่ละขั้นตอนดังนี้ ขั้นที่ 1 Appreciaton ผู้เข้าร่วมอบรมมองเห็นสถานการณ์หรือ ปัญหาของชุมชนในปัจจุบันว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจซึ่ง เกิดเนื่องจากค่าครองชีพสูง รายได้ตกต่ำ มีหนี้สิน เกิด ปัญหาในครอบครัว มีสาเหตุเริ่มต้นจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า มีความสุขน้อย ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการ สสำรวจใน ครั้งที่ 1 สิ่งที่ยากให้เกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ ต้องการให้ค่าใช้จ่ายทั่วไปลดลง เศรษฐกิจดีขึ้น โดยการ สร้างอาชีพและรายได้เพิ่มขึ้น มีการใช้สารเคมีหรือ ยาฆ่าแมลงลดลง ใช้ปุ๋ยอินทรีย์หรือปุ๋ยหมักแทน เนื่องจากการใช้สารเคมีก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ เกิด การรวมตัวของกลุ่มเกษตรกรและชุมชน มีการ ช่วยเหลือกันในสังคม มีฝ่ายส่งเสริมดูแลสุขภาพจิตใน ชุมชน หรือกลุ่มแกนนำการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน มี

การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต และติดตามผลการ ดำเนินงานของกลุ่มดูแลสุขภาพจิต ขั้นที่ 2 Influence ผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันกำหนดวิธีการ ที่จะให้บรรลุ เป้าหมายดังนี้ ปัญหาด้านเศรษฐกิจ จัดให้มีกลุ่มสร้าง เสริมรายได้ เช่นการทำกล้วยฉาบ เน้นการมีส่วนร่วม ของชุมชน ปัญหาด้านสุขภาพ มีการสำรวจคัดกรอง ติดตามและช่วยเหลือผู้มีภาวะเสี่ยงเป็นระยะ จัดให้มี กิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลค้นหาและส่งต่อผู้ที่มี ปัญหาสุขภาพจิตที่อยู่ในชุมชน ตามลำดับ ดังนี้ อสม./ แกนนำชุมชนค้นหาผู้ที่มีปัญหาในชุมชน ส่งต่อสถานี อามัยบ้านป่าลานและโรงพยาบาลทั่วไปตามลำดับ ขั้นที่ 3 Control ผลการปฏิบัติตามแผน ได้มีการจัด กิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต 1 กิจกรรม โดยการให้ความรู้ในเรื่อง กินอยู่อย่างไรไม่ให้ เครียด และเทศกาลธรรมเรื่องสุขภาพจิตโดยพระสงฆ์ ในด้านการคัดกรอง ชุมชนได้ใช้แบบประเมินภาวะ

ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถค้นพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตจากการติดสุราและมีภาวะซึมเศร้า จำนวน 1 ราย ส่งต่อเพื่อรับการรักษาจากจิตแพทย์ ซึ่งในปัจจุบันสามารถช่วยเหลือให้อยู่ร่วมกับครอบครัวและทำงานได้ตามปกติ เกิดเครือข่ายในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนขึ้น โดยชุมชนประเมินและให้การช่วยเหลือโดยการส่งต่อไปยังสถานีอนามัยपालานซึ่งเป็นสถานีอนามัยใกล้บ้านและสถานีอนามัยपालานส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศรีสังวาลย์ซึ่งเป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดตามลำดับ

## วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่าการศึกษาที่ชุมชนมีความรู้เพิ่มขึ้น ในเรื่องปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การฆ่าตัวตายสาเหตุของการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ทำให้ชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความตระหนักในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน การมีความรู้และทักษะในการคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ชุมชนสามารถคัดกรองช่วยเหลือเบื้องต้นและส่งต่อเพื่อรับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุไรวรรณ เห่งหนู<sup>4</sup> ที่ได้ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิตในจังหวัดสุราษฎร์ธานีพบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและมีความพร้อมในการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตมากกว่าก่อนการประชุมและจากการศึกษาของกัลยา อันชื่นและคณะ<sup>5</sup>พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวชและด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีผลต่อการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จะเห็นว่าถ้าชุมชนได้รับความรู้ จะเกิดความตระหนักร่วมมือและสามารถคัดกรอง ช่วยเหลือผู้ที่ภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ การประชุมเชิง

ปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการ A-I-C ผู้เข้าร่วมอบรมทุกคนมีโอกาสได้มีส่วนร่วมในการคิด การเขียน การพูด ในแต่ละขั้นตอน ทุกคนเกิดการยอมรับในข้อคิดเห็นของสมาชิกแต่ละคน แต่การที่จะบรรลุเป้าหมาย และได้วิธีการสำคัญนั้น สมาชิกกลุ่มจะต้องมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสูง การใช้กระบวนการ A-I-C ในครั้งนี้จะเป็นลักษณะของการคล้อยตามมากกว่าการขัดแย้ง ซึ่งน่าจะนำไปตามลักษณะของคนไทยทั่วไปที่ไม่นิยมการขัดแย้งกัน แต่ถ้าเกิดความขัดแย้งก็ไม่ใช่ว่าผลเสียหรือเป็นปัญหาในการทำ A-I-C เพียงแต่วิทยากรจะต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการใช้กระบวนการ A-I-C จึงจะทำให้กระบวนการ A-I-C สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

## สรุป

การดำเนินงานรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนสามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยให้ความสำคัญในการอบรมให้มีความรู้ในเรื่อง ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น สามารถคัดกรองและค้นพบผู้มีภาวะซึมเศร้าส่งต่อสถานีอนามัยपालานและโรงพยาบาลศรีสังวาลย์เพื่อรับการรักษาอย่างเหมาะสมได้ ทั้งยังเกิดเครือข่ายในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน และชุมชนมีกิจกรรมในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ที่จะช่วยให้ปัญหาการฆ่าตัวตายได้รับการแก้ไขโดยชุมชนและเพื่อชุมชน

## ข้อเสนอแนะ

การศึกษารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเน้นที่ญาติผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโดยตรง เช่น ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยติดสุราและผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะช่วยให้รูปแบบการป้องกันมีรายละเอียดชัดเจนมากยิ่งขึ้น

**เอกสารอ้างอิง**

1. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. การฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทย ปี 2546 [online]. Available from: <http://.suicide.jvkk.go.th/menu3.aspx> [2005 oct 16].
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตายในประเทศไทย. วารสารสวนปรุง 2548;21:31-42.
3. Kamali M, Kelly L, Gervin M, Browne S, Larkin C, and Ocallaghan E. The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among patients with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2000;101:452-6.
4. อุไรวรรณ เฟื่องหนู. กระบวนการมีส่วนร่วมของพลังชุมชนเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิตบ้านทาม่วงอำเภอพุนพิน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2003;11:1-20.
5. กัญญา อันชื่น วัชรารักษ์ ลือไชสงค์ วิไลพร วงษ์จำปา และ ลออรัตน์ ปรีพานิช. รายงานการวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนนาร่อง จังหวัดอุบลราชธานี. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2547.