

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province.

หยกฟ้า เพ็งเลีย, พย.ม.¹, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, ส.ม.¹, กรรณิการ์ พุกศรี, วท.บ.¹,
วิชัย ลิขสิทธิ์ดำรงกุล, ศ.ม.², สงวน ธาณี, พร.ด.³, สมจิตต์ ลูประสงค์, ศศ.ด.³

Yokfa Penglia, M.N.S.¹, Sukserm Tippunya, M.P.H.¹, Kannika Puksorn, B.Sc.¹,
Wichai Likasitdamrongkul, M.A.², Sanguan Thane, Ph.D.³, Somjit Luprasong, Ph.D.³

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2¹, โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์², คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี³
Mental Health Center 2¹, Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital², Ubon Ratchathani University³

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ พัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มเสี่ยง

วัสดุและวิธีการ ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ศึกษาในพื้นที่ 8 หมู่บ้านของตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ ในแกนนำครอบครัวกลุ่มเสี่ยง แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ครูในโรงเรียนประถมศึกษา และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ดำเนินการตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ. 2557 – มีนาคม พ.ศ. 2559 ประเมินผลด้วยการตอบแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย paired sample t-test และ Wilcoxon sign-rank test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผล ได้รูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมครอบครัวมีสุข แกนนำสตรี ใส่ใจชุมชน กิจกรรมดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข และกิจกรรมสุขสร้างได้ในโรงเรียน ประเมินผลหลังการนำไปใช้พบว่าทุกกลุ่มมีความรู้สุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้น กลุ่มแกนนำครอบครัวกลุ่มเสี่ยง แกนนำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการร่วมกันจัดทำแผนเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนและเกิดเครือข่ายการดูแลส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน บุคลากรสาธารณสุขมีทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชเพิ่มขึ้นและมีระบบการดูแลส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ครูสามารถสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงทำร้ายตนเอง ให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่นักเรียนและใช้สื่อการสอนทักษะชีวิตในนักเรียนชั้น ป.1 – ป.6 หลังดำเนินกิจกรรม 3 และ 6 เดือนไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่

สรุป รูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ: การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย, การฆ่าตัวตาย, การมีส่วนร่วมของชุมชน

ติดต่อผู้พิมพ์: สุขเสริม ทิพย์ปัญญา; e-mail: mentalhealthcenter2@gmail.com

Abstract

Objective To develop a community participation suicide prevention program to reduce the incidence of suicide in at risk population.

Material and methods The research and development technique was applied in 8 communities at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province between December 2014 and March 2016. The program involved families with population at risk, community leaders, health personnel, primary school teachers and other community networks. The questionnaires were used to evaluate the program with further focus groups interviews. The data were analyzed using frequency, percentage, means, paired sample t-test, and Wilcoxon sign-rank test. The content analysis was used for the qualitative data.

Result The model consisted of three programs, i.e. 1) reassuring the community leader and building social support network, 2) strengthening the health care team, and, 3) promoting mental health in primary school. The result showed that all groups have significantly increased mental health literacy. The groups of families with population at risk, community leaders and other community network jointly developed suicide prevention and surveillance plan for their communities and created community network for psychiatric care. The health personnel also showed an improved psychiatric care and referral network. Finally, the primary school teachers were able to identify students with high suicidal risk behavior, provide the psychosocial support and used the social skill training media for grade 1 to grade 6 students. After 3 and 6 months of program implementation, no incidence of committed suicide was reported.

Conclusion The community participation suicide prevention program could be used to reducing the incidence of suicide in at risk population.

Key words: community participation, suicide, suicide prevention program

Corresponding author: Sukserm Tippunya; e-mail: mentalhealthcenter2@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความล้มเหลวในการปรับตัวของบุคคลในการเผชิญและปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น และทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละ 8 แสนคน หรือประมาณการได้ว่าการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที โดยผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุและวัยรุ่น¹ นักวิชาการส่วนใหญ่เชื่อว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจากรายงานอย่างเป็นทางการนั้นเป็นข้อมูลที่ดีกว่าความเป็นจริงถึงร้อยละ 30² จากข้อมูลรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยพบว่าในช่วง ปี พ.ศ. 2549 – 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในช่วงอัตรา 5.77 – 5.98 ต่อประชากรแสนคน และมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 – 2556 เป็น 6.03, 6.20 และ 6.10 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ³ แม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยถือว่าต่ำเมื่อเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายของโลกที่ 16 ต่อประชากรแสนคน ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิตที่ได้พยายามแก้ไขปัญหานี้อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2542 โดยจัดให้มีระบบบริหารจัดการโดยสร้างระบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่าง ๆ แต่หากวิเคราะห์ข้อมูลในรายละเอียดแล้วกลับพบว่าพื้นที่ภาคเหนือตอนบนมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงมากกว่า 13 ต่อประชากรแสนคนตลอดมา สอดคล้องกับข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยจากผลการสำรวจระดับชาติที่พบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งประเทศร้อยละ 7.3 แต่ภาคเหนือมีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 8.8⁴

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 รับผิดชอบพื้นที่จังหวัดตาก พิจิตร โขงเจียม เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์ มีปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญในพื้นที่คือ ปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จช่วงปีงบประมาณ 2554 – 2556 มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดคือ 6.5 ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 9.22, 7.82 และ 7.24 ตามลำดับ⁵ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุวัยทำงานและวัยสูงอายุ สาเหตุที่พบบ่อยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 คือ ความขัดแย้งในครอบครัว และปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น โรคจิตเวช ยาเสพติด ฯลฯ เขตสุขภาพที่ 2 ได้มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง แต่ส่วนใหญ่อยู่ในรูปของนโยบายการให้บริการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เช่น การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า และแม้ว่าการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นในแต่ละจังหวัด แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีอัตราที่สูง แสดงให้เห็นว่าการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลากหลาย ทั้งปัจจัยในด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม การดำเนินงานโดยระบบบริการสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวอาจจะไม่เพียงพอในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตัวตายให้ประสบความสำเร็จ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมวางระบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่โดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการเรียนรู้ และมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้งด้านทรัพยากร และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ลดลง

จากปัญหาดังกล่าว นำมาสู่การศึกษาวิจัย การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดย ชุมชนมีส่วนร่วม ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้ บริบทของพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การ ศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมในประเทศไทย มี 2 ลักษณะ คือ 1) เป็นการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วม ของชุมชนในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยที่ยังไม่มีโครงการหรือกิจกรรมเข้าไปดำเนินการ โดยพบว่าพื้นที่ที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และป้องกันการฆ่าตัวตายเพราะขาดความรู้และไม่รู้ แนวทางในการช่วยเหลือ² 2) การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การบูรณาการงานสุขภาพจิตสู่ประชาชนโดยใช้การ มีส่วนร่วมของชุมชน โดยพัฒนารูปแบบและกลวิธีที่ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ อาศัยการทำงาน ร่วมกันของทุกภาคส่วนในชุมชน และพบว่าช่วยให้ ชุมชนค้นพบปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนของตนเองและ ร่วมกันสร้างแนวทางการแก้ไขปัญห ทำให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีด้านสุขภาพจิตชุมชน ประชาชนมีความสุข มากขึ้นลดปัญหาความเครียดและปัญหาการฆ่า ตัวตายได้³ ดังนั้นการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ พัฒนารูปแบบแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมี ส่วนร่วมให้สอดคล้องกับสภาพบริบทและปัญหาของ พื้นที่ และเกิดผลลัพธ์ลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย ในที่สุด

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ดำเนินการใน 8 หมู่บ้าน ได้แก่ หมู่ที่ 1, 2, 3, 4, 5, 10, 11 และ 12 ตำบลจริม อำเภอบ้านลาด จังหวัดอุดรธานี

ตั้งแต่ธันวาคม พ.ศ. 2557 – มีนาคม พ.ศ. 2559 ตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต 5 ขั้นตอน⁴ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความ ต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต (need analysis) โดยการศึกษาเชิงปริมาณด้วยการ ทบทวนข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการฆ่าตัวตาย พยายาม ฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ฯลฯ และศึกษา เชิงคุณภาพ โดยการจัดประชุมระดมสมอง บุคลากร ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่ และจัดสนทนากลุ่ม (focus group) ในผู้เกี่ยวข้องหลัก ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิด (conceptual framework) ทบทวนวรรณกรรมและรายงานการวิจัย เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ระบบ สุขภาพระดับอำเภอ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่าง (prototype development) จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อออกแบบ และจัดทำต้นร่างรูปแบบแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบคุณภาพ เทคโนโลยี (testing) หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ (pilot study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แกนนำครอบครัวกลุ่ม เสี่ยง แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ครูใน โรงเรียนประถมศึกษา และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และ ประชาชนในพื้นที่วิจัย ดำเนินการตามรูปแบบแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น และประเมินผลโดยการทดสอบความรู้ก่อนและหลัง การอบรม การสังเกต การมีส่วนร่วมในการแสดง ความคิดเห็นและการซักถาม และประเมินผลหลังการ

ดำเนินการ 2 มิติ ได้แก่ มิติเชิงกระบวนการ และ มิติเชิงผลลัพธ์ ในระยะเวลา 3 เดือนและ 6 เดือน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเพื่อการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างในการสนทนากลุ่มสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การวิจัยนี้มีการปกป้องและคุ้มครองผู้เข้าร่วมโครงการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และข้อมูลความรู้ก่อนและหลังการทดลอง โดยสถิติ paired sample t-test และ Wilcoxon sign-rank test ข้อมูลอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ เปรียบเทียบในช่วงเวลาเดียวกันกับปีที่ผ่านมาโดยใช้ความถี่

ผล

ความต้องการ/ความจำเป็นในการพัฒนา

ข้อมูลเชิงปริมาณการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี พ.ศ. 2555 – 2557 อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 6, 10 และ 5 คน ตามลำดับ และตำบลจริม พบว่ามีการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี พ.ศ. 2556 – 2557 จำนวน 2 และ 3 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมระดมสมอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในประเด็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 มีความเห็นว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน และได้คัดเลือกพื้นที่ในการดำเนิน

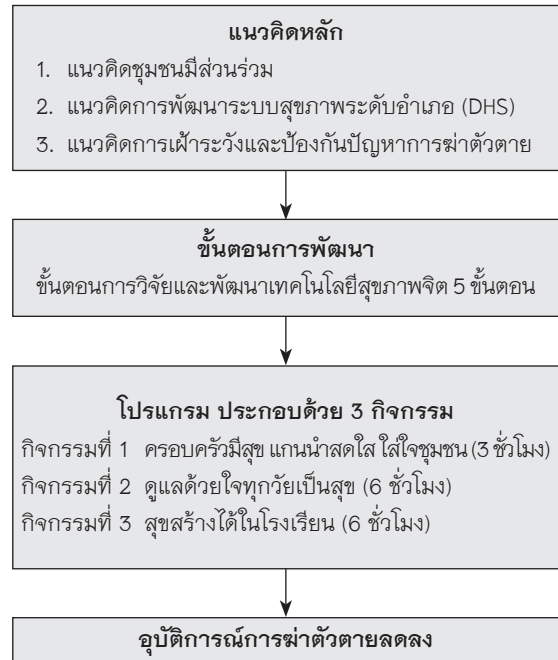
งานศึกษาวิจัยแก้ไขปัญหา การฆ่าตัวตายในพื้นที่ 8 หมู่บ้าน ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ตำบลจริม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ความรู้สึกต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายในเชิงบวก ได้แก่ มีความเข้าใจและรู้สึกเห็นใจอยากให้การช่วยเหลือ ความรู้สึกในเชิงลบ ได้แก่ ไม่อยากเกี่ยวข้อง เป็นเรื่องส่วนตัว ไม่อยากช่วยเหลือ คิดว่าคงช่วยเหลืออะไรไม่ได้ เรียกร้องความสนใจ เป็นเพราะกรรมเก่า ทำให้คนรอบข้างรู้สึกทรมานและเป็นทุกข์ ความรู้สึกต่อครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายในเชิงบวก ได้แก่ รู้สึกเห็นอกเห็นใจครอบครัว ส่วนความรู้สึกเชิงลบ ได้แก่ คิดว่าครอบครัวเป็นสาเหตุหนึ่งในการฆ่าตัวตาย ความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุการฆ่าตัวตายในชุมชนประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาในครอบครัว ผิดหวังทางด้านความรัก ประชดน้อยใจ 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดเรื้อรัง ขาดความเข้มแข็งทางใจ พฤติกรรมลอกเลียนแบบผู้อื่น และ 3) ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ได้แก่ การใช้สารเสพติด ติดสุราเรื้อรัง การเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง เป็นต้น โดยส่วนมากแล้วผู้ฆ่าตัวตายจะมีหลายปัจจัยประกอบ การตัดสินใจและมักเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อเนื่องเป็นเวลานาน ความคิดเห็นต่อกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือใช้สารเสพติด มีปัญหาครอบครัว ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีโรคร่วม ผิดหวังในความรัก สมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย และกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ บุคคลทั่วไปเนื่องจากทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

หากมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ปัจจัยทางสังคม และเศรษฐกิจ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางชีวภาพ การแพทย์ ผลกระทบของการฆ่าตัวตายด้านจิตใจ ต่อสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว มีภาวะซึมเศร้า เสียใจ เกิดความท้อแท้ ต้องแบกรับภาระเพิ่มขึ้น ขาดเสาหลักในครอบครัว ส่วนผลกระทบด้านจิตใจต่อชุมชน ได้แก่ สมาชิกในชุมชนเกิดความหวาดกลัวผู้ที่ฆ่าตัวตายเนื่องจากเป็นการตายผิดธรรมชาติ เกิดมุมมองด้านลบจากสังคมภายนอกกว่าชุมชน ไม่เอาใจใส่ซึ่งกันและกัน เสียบุคคลที่มีความสำคัญในชุมชน สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายทำให้เกิดผลกระทบในวงกว้าง ไม่จำกัดเพียงแต่ครอบครัวของผู้ฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงชุมชนที่อยู่อาศัยอีกด้วย

ประสบการณ์การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของชุมชนในอดีตเคยมีการเฝ้าระวังในกลุ่มญาติผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย การทำพิธีกรรมทางศาสนาหรือความเชื่อต่าง ๆ เช่น บายศรีสู่ขวัญเพื่อเสริมสร้างขวัญกำลังใจแก่ญาติ ทำบุญอุทิศส่วนกุศลแก่ผู้เสียชีวิต จัดกลุ่มเสวนาในกลุ่มผู้นำหมู่บ้านและบุคคลในชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายพบว่าส่วนใหญ่จะมองถึงระบบการเฝ้าระวังทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน กล่าวคือ ระดับครอบครัว เช่น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจและสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปซึ่งอาจจะนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างสมาชิกในครอบครัว ส่วนระดับชุมชน เช่น ส่งเสริมการผ่อนคลายความเครียด ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างแกนนำเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเยี่ยมบ้านดูแลผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และส่งเสริมการดูแลเอาใจใส่ระหว่างสมาชิกในชุมชนให้มากขึ้น

กรอบแนวคิด



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหามรณัติโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ร่างรูปแบบการแก้ไขปัญหามรณัติโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 “ครอบครัวมีสุข ผู้นำสดใส่ใจชุมชน” วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง สัญญาณเตือน และการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น แก่บุคคลในครอบครัว แกนนำชุมชน เพื่อพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง การแจ้งเตือนความเสี่ยง และการดูแลช่วยเหลือในชุมชนแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มเสี่ยง และเพื่อพัฒนาทักษะการสื่อสารทางบวก การให้กำลังใจแก่บุคคลในครอบครัว แกนนำชุมชน

และนักประชาสัมพันธ์ โดยจัดกิจกรรมพัฒนาเครือข่ายครอบครัว แกนนำชุมชนในการดูแลสุขภาพจิตเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนให้มีการดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน โดยเน้นการให้ชุมชนเกิดความตระหนักและร่วมกันในการช่วยเหลือเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ แกนนำครอบครัวกลุ่มเสี่ยง แกนนำชุมชน และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น นักประชาสัมพันธ์ผู้นำทางศาสนา ผู้นำทางจิตวิญญาณ NGO ที่อยู่ในพื้นที่ ระยะเวลา 3 ชั่วโมง

กิจกรรมที่ 2 “ดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข”
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ยาทางจิตเวช การใช้เครื่องมือประเมินสภาพจิต ทักษะการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช เสริมสร้างบุคลากรสาธารณสุขให้มีทัศนคติในทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในชุมชน และเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน พนักงานสาธารณสุขชุมชน ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง)

กิจกรรมที่ 3 “สุขสร้างได้ ในโรงเรียน”
วัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง สัญญาณเตือน และการดูแลช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่นักเรียน และครอบครัว แนะนำสื่อการสอนและสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องทักษะชีวิตสำหรับนักเรียนประถมศึกษา กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียน และครูอนามัยโรงเรียน หรือครูประจำชั้นระดับประถมศึกษา ระยะเวลา 1 วัน (6 ชั่วโมง)

ผลการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดย

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของผู้เชี่ยวชาญ พบว่าทั้งสามกิจกรรมมีเนื้อหาและเวลาที่เหมาะสม ทั้งนี้ควรเพิ่มเติมจำนวนแบบทดสอบจาก 15 ข้อ เป็น 20 ข้อ และเนื้อหาของแบบทดสอบก่อนและหลังการจัดกิจกรรม ควรเพิ่มเติมเนื้อหาเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และทักษะชีวิตในเด็กนักเรียนประถมศึกษา

การทดลองใช้เทคโนโลยีสุขภาพจิตในระบบ

กิจกรรมที่ 1 “ครอบครัวมีสุข แกนนำสดใสรักใจชุมชน”

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน เชื้อชาติไทยและนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.4) อยู่ในช่วงวัยทำงาน (ร้อยละ 73.8) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 86.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95.5) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 82.2) พบพาในชุมชนส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข (ร้อยละ 73.3) ระยะเวลาอาศัยอยู่ในชุมชนนาน 41 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 94.3) อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกันผู้ที่ฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 97.8)

การประเมินความรู้ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมด้วยแบบทดสอบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ก่อนร่วมกิจกรรมเฉลี่ย 10.48 คะแนน หลังการร่วมกิจกรรมคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.21 คะแนน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

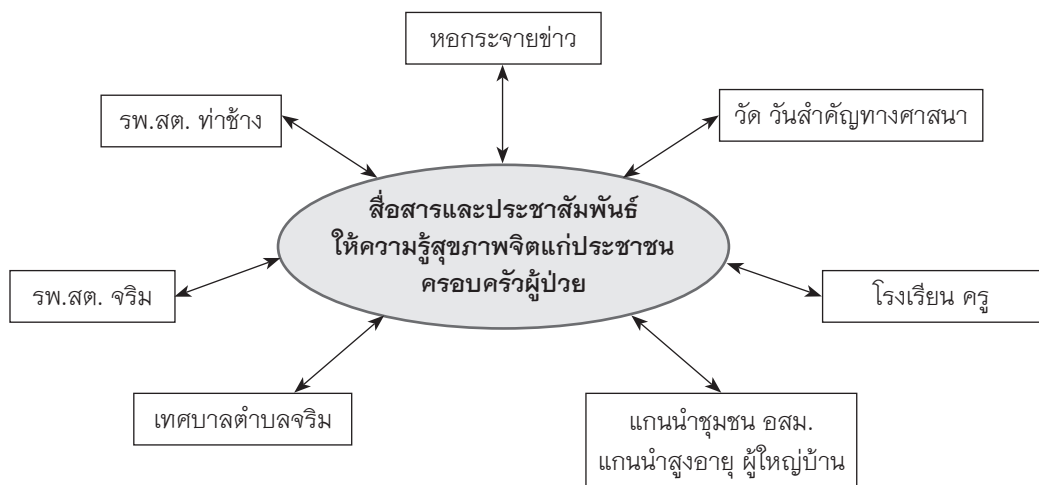
การประชุมระดมสมองและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นอย่างมีส่วนร่วมเพื่อจัดทำแผนการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่าประเด็นการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตาย ได้กำหนดกิจกรรมดำเนินการ ได้แก่ ประชุมสัญจรของเครือข่ายแกนนำในชุมชน ส่งเสริมการสร้างครอบครัวอบอุ่นด้วยกิจกรรมกินข้าวเย็นพร้อมกันอย่างน้อย

สัปดาห์ละ 1 วัน (วันอาทิตย์) ดูแลสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายโดยจัดเก็บสิ่งของอันตราย เช่น มีด เชือก ยาฆ่าแมลง ปืน ฯลฯ ไว้ให้มิดชิด และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้าน รมรงค์/ประชาสัมพันธ์ในงานบุญ พุดคุยประชาสัมพันธ์ในวันสำคัญทางศาสนาประชุมกลุ่มแม่บ้าน ประชุมประจำเดือน ประชุมสัญจรผู้สูงอายุในชุมชน และพุดคุยประชาสัมพันธ์กันในวันจ่ายเบี้ยยังชีพประจำเดือนสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังแผนภาพที่ 2

การเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้มีการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค การสังเกตพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การดูแลช่วยเหลือ และการขอความช่วยเหลือ รวมถึงการสำรวจภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง สังเกตผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ

การทำร้ายตนเอง ได้แก่ การให้กำลังใจโดยญาติ ผู้ดูแล และประชาชนในชุมชน ด้วยคำพูดและการแสดงออก และเป็นที่ปรึกษาแก่กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การประสานเครือข่ายหรือแกนนำในชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือครอบครัวที่มีปัญหาจากการประสบภาวะวิกฤต ส่วนระบบส่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ฆ่าตัวตาย กำหนดแผนดำเนินการประสานขอความช่วยเหลือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล ฯลฯ ในการเยี่ยมเยียนญาติใจญาติและครอบครัว ผู้สูญเสีย การสร้างระบบการส่งต่อข้อมูลในชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

นอกจากนี้ยังมีการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิตแบบมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน เช่น กลุ่มหัตถกรรมภูมิปัญญาท้องถิ่น ปั่นจักรยานออกกำลังกาย จัดให้มีอาชีพเสริมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ร้องเพลง ประกวดสละล้อซอซึง (ดนตรีพื้นบ้าน) ไหว้พระ 9 วัด นั่งสมาธิ การแสดงเทคนาให้หลักธรรมในการดำเนินชีวิตในวันสำคัญทางศาสนา



แผนภาพที่ 2 แนวทางการประชาสัมพันธ์เพื่อเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

กิจกรรมที่ 2 “ดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข” จากกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าที่สาธารณะสุข 3 คน เป็นเพศหญิง เชื้อชาติไทย อายุอยู่ในช่วง 30 – 60 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี อาศัยอยู่ในชุมชนน้อยกว่า 20 ปี และอยู่ในชุมชนเดียวกันกับผู้ฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างมีคำแนะนำเฉลี่ยความรู้หลังการอบรมเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 3 “สุขสร้างได้ ในโรงเรียน” กลุ่มตัวอย่างเป็นครู เชื้อชาติไทย การศึกษาระดับปริญญาตรี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 50 – 59 ปี สถานภาพสมรสคู่ อาศัยอยู่ในชุมชนน้อยกว่า 10 ปี เป็นครูที่อาศัยอยู่ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

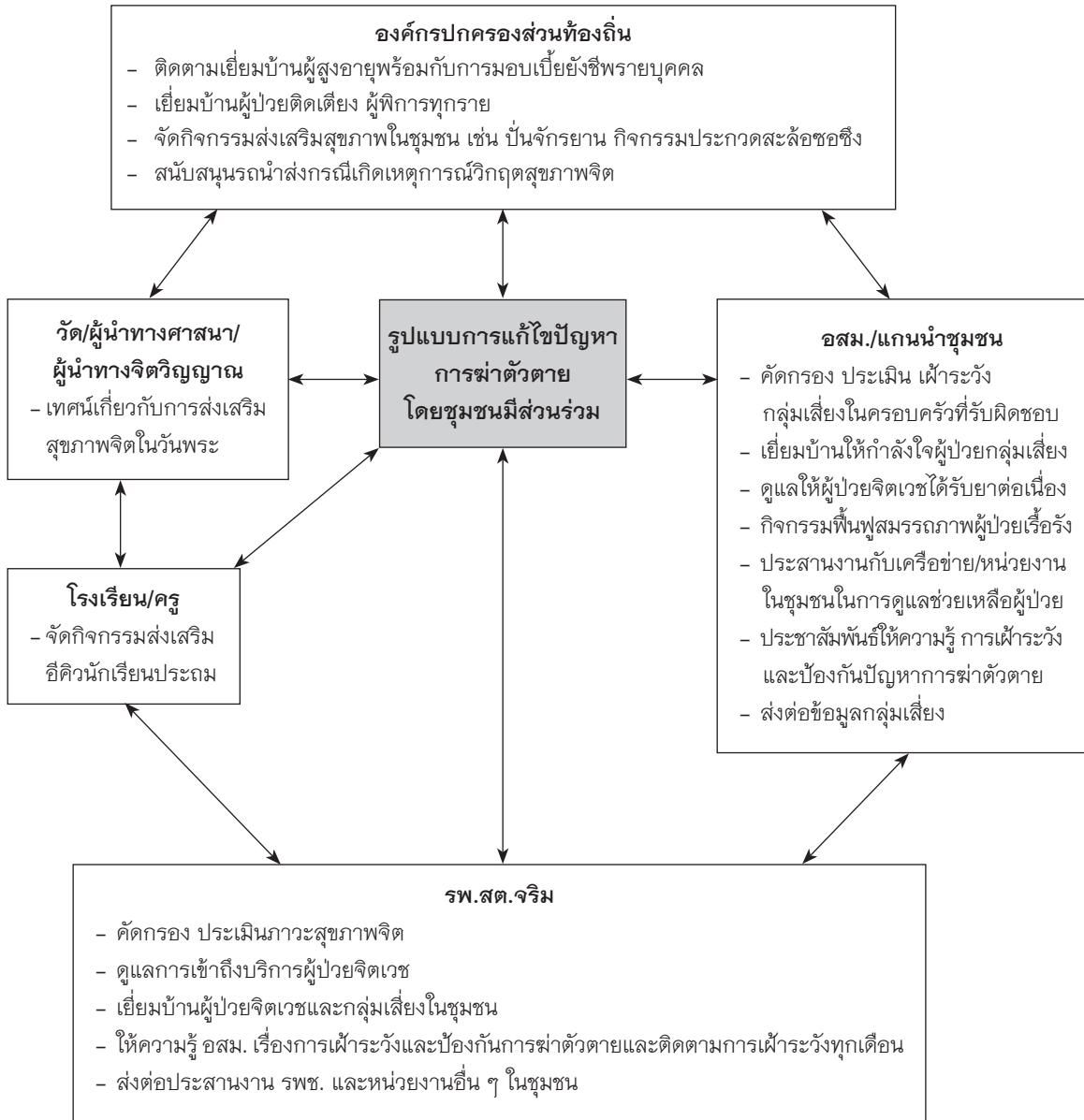
ผลการดำเนินงานมิติเชิงผลลัพธ์ ในระยะเวลา 3 - 6 เดือน (ตุลาคม พ.ศ. 2558 – มีนาคม พ.ศ. 2559) เมื่อเปรียบเทียบกับช่วงเวลาเดียวกันของปีที่ผ่านมา ไม่พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จากการดำเนินการดังกล่าว สามารถสรุปเป็นแผนภาพกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงของกิจกรรมดำเนินการรูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดังแผนภาพที่ 3

วิจารณ์

รูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมมีสามกิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายในชุมชน โดยกิจกรรม “ครอบครัวมีสุข ผู้นำสตรีใส่ใจชุมชน” ผู้มีบทบาทหลักในการขับเคลื่อน ได้แก่ กลุ่มแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายชมรมต่าง ๆ ญาติและครอบครัวกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับรายงานวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกัน

ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย^{9,12,13} ที่พบว่าส่วนใหญ่ประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย จะเป็นกลุ่มแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มญาติ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาสุขภาพจิต มีศักยภาพในการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน สามารถเชื่อมโยงในการดำเนินงานระหว่างชุมชนและองค์กรต่าง ๆ ในการเข้าร่วมกิจกรรม มีการให้ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนแก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม และพบว่าภายหลังการให้ความรู้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความรู้เพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจ และมีความรู้ความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในชุมชน สอดคล้องการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตในชุมชน^{8,9,13-19} ที่พบว่าการเพิ่มศักยภาพโดยการให้ความรู้สุขภาพจิตแก่กลุ่มแกนนำ อาสาสมัครสาธารณสุขและกลุ่มเครือข่ายชมรมต่าง ๆ ญาติและครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ส่งผลให้กลุ่มดังกล่าวเกิดความตระหนักและให้ความร่วมมือในการสร้างแนวทางการแก้ไขปัญหา วางแผนและร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพจิตประชาชนในชุมชน ทำให้ประชาชนมีความเครียดลดลง มีความสุขเพิ่มขึ้น และไม่พบผู้พยายามฆ่าตัวตาย จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นความสำคัญในการให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ประชาชนที่จะนำไปสู่การดูแลตนเองในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นในชุมชนได้



แผนภาพที่ 3 รูปแบบการแก้ไขปัญหามาดำเนินการโดยชุมชนมีส่วนร่วม
ตำบลจirim อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์

นอกจากนั้นจากการวิจัยยังพบว่าชุมชนได้มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดกิจกรรมเพื่อป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยใช้ความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เป็นต้นทุนในชุมชน ได้แก่ ต้นทุนทางด้านบุคคลประกอบด้วย แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ชุมชนผู้สูงอายุ วัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และต้นทุนทางวัฒนธรรมประกอบด้วย ภูมิปัญญาท้องถิ่น วัฒนธรรมพื้นบ้าน ความเข้มแข็งที่เกิดจากการทำงานเชิงรุกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกิจกรรมการติดตามเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุทุกคน ทำให้เกิดความร่วมมือของชุมชนในการดำเนินงานสุขภาพจิต ชุมชนเกิดการเรียนรู้และร่วมมือกันในการส่งเสริมสุขภาพจิตภายใต้บริบทของชุมชนเอง เช่น การประชาสัมพันธ์ความรู้สุขภาพจิต ความรู้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยผู้ใหญ่บ้าน ทุกหมู่บ้าน การเทศน์ส่งเสริมสุขภาพจิตในวันพระและเทศกาลสำคัญ การประกวดกิจกรรมสะล้อซอซึง สร้างครอบครัวอบอุ่นกินข้าวเย็นพร้อมกันทุกวันอาทิตย์ ฯลฯ จากข้อมูลดังกล่าวทำให้เห็นความสามารถและศักยภาพของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยใช้การมีส่วนร่วม และส่งผลให้ปัญหาการฆ่าตัวตายลดลง

เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วยหลากหลายวิชาชีพที่ยังขาดความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะในการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีอัตรากำลังที่จำกัดไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานสุขภาพจิตในเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุมกับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ บุคลากรสาธารณสุขหลังเข้าร่วมกิจกรรม “ดูแลด้วยใจ ทุกวัยเป็นสุข” พบว่ามีความรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้นและมีทักษะการประเมิน

สภาพจิต การเยี่ยมบ้าน และการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว รวมทั้งมีระบบการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรฯ ให้มีความรู้ความสามารถ มีทักษะในการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชให้เป็นมาตรฐาน แต่ข้อจำกัดในกรณีผู้ป่วยซับซ้อนในชุมชนที่บุคลากรยังขาดความมั่นใจ เช่น การติดตามผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช การให้คำแนะนำผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องการรับประทานยา ควรพัฒนาระบบการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง ผ่านรูปแบบช่องทางที่หลากหลาย เช่น การจัดประชุมพบพจนานายกรณี การเรียนรู้ผ่านการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน (กิจกรรมเยี่ยมบ้าน) การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ฯลฯ

บุคลากรครูมีความรู้ความเข้าใจน้อยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นเครือข่ายนอกกระบวนการสาธารณสุขที่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับเครือข่ายในชุมชน ส่วนใหญ่กิจกรรมจะเน้นการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตในวัยเรียน เช่น การคัดกรองความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การประเมินพฤติกรรมเด็ก (SDQ) เนื่องจากเป็นนโยบายกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข หลังเข้าร่วมกิจกรรม “สุขสร้างได้ในโรงเรียน” ครูมีความรู้สุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สามารถสังเกตพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง ให้การดูแลช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้นแก่นักเรียน และใช้สื่อการสอนทักษะชีวิตในนักเรียนชั้น ป.1 – ป.6 ตามแผนดำเนินการ ดังนั้นการสร้างเครือข่ายนอกกระบวนการสาธารณสุขกับเครือข่ายครูจึงมีความจำเป็นและมีความสำคัญใน

6. Mongkol A, Tunkserree T, Pimsane S, Katesomboon P, Katesomboon N. The epidemiology of suicide attempted and suicide in 2002. Khonkaen: Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2003. (in Thai)
7. Singhutsatid M, Silakate A, Kumkom S, Nuttarangsee J. The community participation for prevention suicide in the high risk group. *Journal of Mental Health Thailand* 2007;8:17-25. (in Thai)
8. Nitirat P, Tatak G, Pongsittitawon K, Kadudom P. Participatory action research: building community-based mental health care communities at Baan Khao Daeng, Moo 9, Soi Dao District, Chanthaburi province. [Thesis]. Chanthaburi: Phrapokklao Nursing College Chanthaburi; 2011. (in Thai)
9. Thomanoi R. Development of suicide prevention in both hospitals and communities in Li Distric, Lamphum Province. The 8th Suicide Prevention Conference. 2008 Jul 7-8, 2008; Chiang Rai, Thailand.
10. Pattanavanichanan N, Budsee S, Niljoy J, krajangyal A. People's involvement in suicidal prevention: case study of Ngam-Pat-Toop, Wangnoi district, Ayutthaya province. *Journal of Nursing* 2005;23:67-75. (in Thai)
11. Department of Mental Health. Mental health research and development manual. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2012. (in Thai)
12. Hinthou B. The action research and participatory to develop the media to promote health and prevent health problems of the elderly lbun The Sak district, Phetchabun province. [Research Report]. Phitsanulok: Pibulsongkram Rajabhat University; 2015. (in Thai)
13. Konta K. Community empowerment in the care of stressed people: depression and risk of suicide. [Research Report]. Uthaitane: Banrai Hospital; 2008. (in Thai)
14. Singnang J, Ratchaboot N. Evaluation of suicide prevention project, Department of Mental Health, 2004 [Research Report]. Khonkaen: Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2004. (in Thai)
15. Boonyawongviroj P, Mongkol A, Tangseree T, Huttapanom W, Sriviset S, Kanachai V. The promoting and preventon model for mental health problems in community. *Journal of Mental Health Thailand* 2006;14:114-23. (in Thai)