

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ชัยฎา ลอมศรี¹, อรทัย เจียมคำรัส¹, สุมิตรพร จอมจันทร์², สุรินทร์ อิวปา¹, อริสา หาญเดชะ¹

¹ศูนย์สุขภาพจิตที่ 1

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและพัฒนา ประเมินผลรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ในจังหวัดลำพูน โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 - สิงหาคม 2563 สถานที่ทำการศึกษาคือ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มศึกษาและพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แกนนำชุมชน อสม. ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย บุคลากรองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรสาธารณสุข รวม 69 คน และกลุ่มประเมินผลรูปแบบฯ ได้แก่ แกนนำชุมชน/อสม. จำนวน 50 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) แบบการสนทนากลุ่ม 2) รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. 3) แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา: ระยะเวลาศึกษาและพัฒนาแบบฯจากการสนทนา และทำ Focus group ได้พัฒนาได้รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ประกอบด้วย การสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของเครือข่ายทุกภาคส่วน และการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอสม. โดยการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบผู้เรียนมีส่วนร่วม ให้ฝึกปฏิบัติและมีการติดตามการดำเนินงานต่อเนื่อง ระยะเวลาประเมินผลรูปแบบฯ จากการทำแบบสอบถามอาสาสมัครทั้งหมด 50 คน เพศชาย ร้อยละ 60 อายุอยู่ระหว่าง 20- 62 ปี ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 58.00) พบว่า คะแนนในด้านสภาวะแวดล้อมอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.19 ± 0.17) ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า อยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.04 ± 0.13) ด้านกระบวนการดำเนินงานอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.23 ± 0.10) และด้านผลผลิตอยู่ในระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.06 ± 0.12) โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี

สรุปผล: การพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.ที่ได้พัฒนาขึ้น โดยการมีส่วนร่วมของ 3 องค์กร ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และ แกนนำชุมชน/อสม. มีผลการประเมินโดยรวมในระดับดี ซึ่งเห็นว่าควรมีการนำไปใช้และศึกษาและพัฒนาต่อเนื่องต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย, แกนนำชุมชน, อสม., ภาคเหนือตอนบน

ส่งบทความ: 16 พ.ค. 2566, แก้ไขบทความ: 2 พ.ย. 2566, ตีพิมพ์บทความ: 3 พ.ย. 2566

ติดต่อบทความ

สุมิตรพร จอมจันทร์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

E-mail: Sumitporn@bcnc.ac.th

Original Article

Development of a suicide prevention model for community leaders
and village health volunteers

Chutchada Lomsri¹, Orathai Chiamdamrat¹, Sumitporn Chomchan², Surintorn lupa¹,
Arisa Harntecha¹

¹Mental Health Center 1

²Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

ABSTRACT

The study objective was to study, develop, and evaluate a suicide prevention model for community leaders and village health volunteers in Lamphun province. The research and development (R&D) approach was used to conduct the investigation between October 2019 - August 2020, at Mueang District, Lamphun. The samples included 69 model developers who were community leaders, village health volunteers, prior suicide attempts, local government officers, and health care practitioners, and 50 community leaders or village health volunteers for model evaluation. The following research instruments were used: 1) a focus group discussion form, 2) a prototype model of suicide prevention for community leaders and village health volunteers, and 3) a prototype model evaluation form. Descriptive statistics were used to analyze the data.

Results: Interviews and focus groups provided the data for the research and development phase. According to the findings of the study, a suicidal prevention model for community leaders and village health volunteers consisted of 1) encouraging participation across all social networks to prevent suicide in all communities 2) improving the skills of community leaders and village health volunteers through a participatory learning (PL) training session that emphasizes practice and continual process monitoring. Questionnaires were used to collect data for the model evaluation phase. In this phase, there were 50 participants, the majority of whom were male (60%), aged between 20 and 62 years old, and engaged in agricultural work (58%). The evaluation of all components showed a good level, with mean scores of 2.19 ± 0.17 for the environment component, 2.04 ± 0.13 for the influencing/input elements, 2.23 ± 0.10 for the implementation component, and 2.06 ± 0.12 for the output component.

Conclusion: This study has developed a suicide prevention model for community leaders/villages, comprising a collaboration between healthcare services, local administrative organizations, and community leaders/villages. The overall evaluation of the model was positive; however, it should be implemented and further developed in other communities.

Keywords: program suicidal prevention, community leaders, village health volunteers, Upper-Northern Thailand

Submitted: 2023 Jun 16, Revised: 2023 Nov 2, Published: 2023 Nov 3

Contact

Sumitporn Chomchan, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

E-mail: Sumitporn@bcnc.ac.th

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาระดับโลก และ มีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงขึ้น ในแต่ละปีทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละ 8 แสนคน มีการฆ่าตัวตายทุก 40 วินาที ซึ่งผู้ที่ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นวัยสูงอายุและวัยรุ่น เพศชายมี แนวโน้มในการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า จากวิธีการต่างๆ เช่น แขนงคอ ยิงตัวตาย และ กินยาฆ่าแมลง^[1] อัตราฆ่าตัวตายของประเทศไทย เปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยในระดับโลก ณ.ช่วงเวลา เดียวกันนั้นคือ ปี 2559 ไทยมีอัตราฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.35 ต่อประชากรแสนคน ถือได้ว่าประเทศไทย อยู่กลุ่มประเทศที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก และ ข้อมูลปี 2561 อัตราฆ่าตัวตายลงต่ำไปอีกเล็กน้อย เท่ากับ 6.32 ต่อประชากรแสนคน^[2] และจากศึกษา สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ- ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า ปีที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือปี 2558 (6.47 ต่อประชากรแสนคน) และน้อยที่สุด คือ ปี 2557 (6.08) เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงกว่าเพศหญิงในทุกปี 3.39-4.15 เท่า วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุ (30-89 ปี) มีอัตราการฆ่าตัวตาย ของช่วงอายุและวัยนั้นมากกว่า 6.30 ภาคเหนือ มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดในแต่ละปี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคกลางมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่ภาคใต้มีแนวโน้มลดลง วิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ ออกเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือ การใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้ สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่น ๆ และการใช้ กระจกสนุนปืน โดยวิธีที่ใช้มีความแตกต่างกันใน ภูมิภาค เพศ และช่วงวัย^[3] ทั้งนี้ในพื้นที่ภาคเหนือ โดยการรวบรวมข้อมูลเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของเขตสุขภาพที่ 1 ย้อนหลัง 5 ปี พ.ศ. 2557-2561 คือ 12.64, 13.01, 12.67, 11.35 และ 10.93 ต่อแสนประชากร โดยในปี 2557 และ 2558 จังหวัดลำพูนมีอัตราการฆ่าตัวตาย สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 1 และ

ปี 2559 เป็นอันดับ 4 ของประเทศ^[4] นอกจากนี้ ยังพบว่าปี 2561 อำเภอเมืองลำพูน เป็นอำเภอที่ มีการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดของจังหวัดลำพูน และตำบลมะเขือแจ้มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึง 4 คน ข้อมูลปี 2556 – 2561 พบว่าตำบล มะเขือแจ้มีการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างต่อเนื่อง เกือบทุกปี โดยปี 2561 เป็นปีที่มีคนฆ่าตัวตาย สำเร็จสูงสุด^[5]

จากสถิติดังกล่าวข้างต้น พบว่าแม้จะมี การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายตามนโยบาย ด้านสุขภาพจิตระดับประเทศ เช่น การส่งเสริม การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าจะเพิ่มมากขึ้นในแต่ ละจังหวัด แต่ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 1 ยังมีอัตราที่สูงเกินเกณฑ์ โดยเฉพาะจังหวัดลำพูน แสดงให้เห็นถึงการแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายยังมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ซึ่งการดำเนินงาน และจัดบริการโดยใช้รูปแบบบริการสาธารณสุข เพียงฝ่ายเดียว ยังไม่เพียงพอในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายให้ประสบความสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยภาคส่วนอื่นๆในชุมชนมาร่วม แก้ไขปัญหาด้วย แต่จากการประเมินประสิทธิผล ของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในจังหวัด ลำพูนพบว่าทั้งประชาชน ผู้นำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา การฆ่าตัวตายและการป้องกันแก้ไขปัญหานี้ ตลอดจนขาดทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือ^[6] ในขณะที่การฆ่าตัวตายสำเร็จสามารถกระทำได้ ครั้งแรกในชุมชน สูงถึงร้อยละ 80 – 90^[7] จึงมี ความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายที่ต้องอาศัย ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ร่วมกันวางระบบให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา และบริบทของพื้นที่โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ที่ชุมชนต้องมีความรู้ ทักษะ และมีความตระหนัก ต่อปัญหาการฆ่าตัวตายโดยอาศัยจากทุกภาค ส่วนที่เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนทั้ง

ด้านทรัพยากร และมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ลดลง

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมพบปัญหาดังนี้ (1) ชุมชนขาดความรู้ ทักษะในการสังเกต การประเมินบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการตระหนักถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย ทำให้การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนยังไม่เกิดความสำเร็จ สรุปได้ว่าการที่ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นเพราะขาดความรู้และไม่ทราบแนวทางในการช่วยเหลือ ส่งต่อ^[8-12] (2) ขาดกิจกรรมสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ทำให้การดำเนินงานยังไม่ต่อเนื่อง เกิดได้เฉพาะช่วงที่มีกระแสการประชาสัมพันธ์รณรงค์เท่านั้น^[11] (3) ขาดการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ซึ่งกระบวนการนี้เป็นการทำงานโดยสาธารณสุขเป็นหลัก ยังขาดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน^[13-14] และ (4) ขาดการวางแผนการทำงานที่ยั่งยืน แต่มีจุดเด่นคือ เป็นการทำงานโดยชุมชนมีส่วนร่วมและมีการบูรณาการร่วมกันหลายภาคส่วน^[15-18]

นอกจากนี้ จากการศึกษารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนที่ผ่านมาพบว่า มีการดำเนินงานมาหลากหลาย ได้แก่ 1) การจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด และจัดให้มีผู้รับผิดชอบงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด โดยผู้รับผิดชอบงานเป็นหน่วยงานสาธารณสุขทั้งหมด 2) การพัฒนาระบบข้อมูลจัดเก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายที่มีจากแหล่งเดียวกันทั้งจังหวัด คือ เก็บข้อมูลจากแบบฟอร์ม รง.506 DS และเก็บข้อมูลจากใบ มบ.1 เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกัน และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์เพื่อการแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ โดยโรงพยาบาลเป็น

ผู้จัดเก็บข้อมูล 3) การสนับสนุนให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการอบรมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย^[5] และ 4) การบูรณาการงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายกับโครงการป้องกันสุขภาพอื่นๆ เช่น การบูรณาการในโครงการลด ละ เลิกสุรา^[14,19] แต่ทั้งนี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนก็ยังคงสูงอย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์รูปแบบการดำเนินงาน พบว่า โดยส่วนใหญ่เป็นการทำงานของสาธารณสุขเป็นหลัก ยังขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมคิด ร่วมแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งหน่วยงานนอกกระบวนการสาธารณสุขที่เป็นภาคีเครือข่ายสำคัญ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี และรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นการอบรมให้ความรู้เพียงระยะสั้นๆ รวมทั้งไม่มีระบบการติดตามการดำเนินงาน การแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อติดตามความยั่งยืนของการแก้ปัญหาในชุมชน ตลอดจนเน้นการดูแลเฉพาะกลุ่ม ทำให้ขาดการดำเนินงานในกลุ่มอื่นที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัดลำพูนให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชน มีรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การสร้างกระบวนการค้นหาปัญหา การวิเคราะห์และวางแผนโดยชุมชน มีระบบการติดตามการดำเนินงาน และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นอสม./แกนนำชุมชนที่มีศักยภาพ เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และแกนนำ เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุด

จึงสามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชนได้ดีที่สุด

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาสู่การวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้วยเทคนิคเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (Technology of Participation: TOP) และพัฒนารูปแบบการอบรมอสม./แกนนำชุมชน โดยใช้หลักการเรียนรู้แบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) รวมทั้งมีการติดตามผลของกิจกรรม ทำให้ชุมชนเห็นความสำคัญและสามารถสานต่อให้เกิดความยั่งยืนในท้องถิ่นของตนเองต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.
3. เพื่อประเมินการใช้รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ระเบียบวิธีการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพัฒนา (Development research) โดยใช้กระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ได้แก่ การทบทวนข้อมูลอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในอาสาสมัครสาธารณสุข แกนนำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนปัญหาการฆ่าตัวตายและรูปแบบการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรม

และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและจัดทำต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยผู้เชี่ยวชาญ และหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของรูปแบบฯ

ขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ไปทดลองใช้ในกลุ่มเป้าหมาย

เครื่องมือวิจัยและการควบคุมคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมข้อมูลประกอบด้วย

1) แบบการสนทนากลุ่ม แบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

2) สร้างแบบสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

2) ต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2) วิเคราะห์ผลการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

3) จัดทำร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

4) ปรับปรุงร่างรูปแบบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

5) หาความเที่ยงตรงของร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมการเรียนรู้ แต่ละหัวข้อ เช่น สารสำคัญ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการ ระยะเวลา วัสดุอุปกรณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของข้อคำถาม หาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ IOC (Index of Item-objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.76

3) แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1) ศึกษาวิธีการและรูปแบบของวิธีการประเมินคุณภาพ

2) สร้างแบบประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ ซึ่งประกอบด้วย 3 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ ตอนที่ 2 แบบประเมินรูปแบบฯ เป็นคำถามปลายปิดหัวข้อการประเมิน จำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านสภาวะแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า จำนวน 8 ข้อ 3) ด้านกระบวนการดำเนินงานจำนวน 4 ข้อ 4) ด้านผลผลิตของรูปแบบ จำนวน 8 ข้อ และคำถามปลายเปิดประเด็นเพิ่มเติม 3 ข้อ ตอนที่ 3 ปัญหาข้อเสนอแนะ แนวทางแก้ไข เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ

3) หาความตรงของรูปแบบฯ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของข้อคำถาม หาค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบทดสอบ IOC (Index of Item-objective Congruence) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.73

4) การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ไปทดลองใช้ (Tryout) กับอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านของอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1.07

แบบประเมินคุณภาพของรูปแบบฯ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 3 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินรูปแบบฯ เป็นคำถามปลายปิดหัวข้อการประเมินจำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย

1. ด้านสภาวะแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

1.1 เป็นรูปแบบฯ ที่สอดคล้อง ตรงกับความต้องการและการแก้ปัญหาในพื้นที่

1.2 เป็นรูปแบบฯ ที่กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ สอดคล้องกัน อย่างชัดเจน

1.3 เป็นรูปแบบฯ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และระบุความต้องการ

1.4 เป็นรูปแบบฯ ที่เป็นรูปแบบใหม่ ไม่ซ้ำซ้อนกับรูปแบบเดิม

1.5 เป็นรูปแบบฯ ที่ผู้นำและคนในชุมชนให้ความสำคัญ

2. ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า จำนวน 8 ข้อ ดังนี้

2.1 งบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอกับการดำเนินงาน

2.2 การใช้จ่ายงบประมาณมีความคุ้มค่ากับประโยชน์ที่ได้รับ

2.3 บุคลากรที่ถ่ายทอด มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน

2.4 คณะทำงานที่ร่วมดำเนินการในชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงาน

2.5 การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความเหมาะสม

2.6 สถานที่ มีความพร้อม

2.7 สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ มีความพร้อม

2.8 สื่อ และ คู่มือ มีความพร้อม

3. ด้านกระบวนการดำเนินงาน จำนวน 4 ข้อ ดังนี้

3.1 มีการศึกษาสภาพปัญหา และ ความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย และ มีการออกแบบกิจกรรม /หลักสูตรให้ตรงกับความ ต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

3.2 มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้ รายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันฯ แก่กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม

3.3 มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงาน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

3.4 มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ โครงการชัดเจน

4. ด้านผลผลิตของรูปแบบ จำนวน 8 ข้อ ดังนี้

4.1 เป็นรูปแบบฯ ที่สามารถป้องกันการ ฆ่าตัวตายได้จริง

4.2 เป็นรูปแบบฯ ที่ส่งเสริมให้คนในชุมชน มีทัศนคติที่ดีต่อคนที่คิดฆ่าตัวตายได้

4.3 เป็นรูปแบบฯ ที่ทำให้คนในชุมชน ตระหนักเห็นความสำคัญและอยากเข้าไปช่วยเหลือ คนที่คิดฆ่าตัวตาย

4.4 เป็นรูปแบบฯ ที่เพิ่มความรู้และเทคนิค ในการช่วยเหลือคนที่คิดฆ่าตัวตายได้

4.5 เป็นรูปแบบฯ ที่มีระยะเวลาใน การดำเนินงานเหมาะสม

4.6 มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนครบถ้วน

4.7 มีระบบติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผล โครงการ

4.8 เป็นโครงการที่มีการประเมินผลตัวชี้วัด ตามที่กำหนด

และคำถามปลายเปิดประเด็นเพิ่มเติม 3 ข้อ ดังนี้

- หากไม่ดำเนินโครงการนี้จะเกิดผลอย่างไร

- ปัจจัยสำคัญที่ทำให้การดำเนินการโครงการ บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย คือ

- ปัจจัยที่ส่งผลให้โครงการนี้ไม่บรรลุ วัตถุประสงค์ หรือเป้าหมาย โปรดระบุ

รูปแบบการตอบคำถามปลายปิดตอบโดยให้ ระดับคะแนนที่ตรงกับความเห็นของท่าน ซึ่ง แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนนระดับ 3 หมายถึง ให้คะแนนคุณภาพ รูปแบบฯ ในหัวข้อนั้น ในระดับดีมาก

คะแนนระดับ 2 หมายถึง ให้คะแนนคุณภาพ รูปแบบฯ ในหัวข้อนั้น ในระดับดี

คะแนนระดับ 1 หมายถึง ให้คะแนนคุณภาพ รูปแบบฯ ในหัวข้อนั้น ในระดับพอใช้

คะแนนระดับ 0 หมายถึง ให้คะแนนคุณภาพ รูปแบบฯ ในหัวข้อนั้น ในระดับควรปรับปรุง

ตอนที่ 3 ปัญหา ข้อเสนอแนะ แนวทาง การแก้ไขปัญหา เป็นคำถามปลายปิดจำนวน 4 ข้อ **ระยะเวลาศึกษา**

ระหว่างเดือนตุลาคม 2562 ถึง เดือนสิงหาคม 2563

สถานที่ที่ทำการศึกษาและประชากร/ กลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่เป้าหมาย ได้แก่ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

กลุ่มตัวอย่าง หมายถึง บุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ และแกนนำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และบุคลากรองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด ลำพูน

ขั้นตอนที่ 1 ทำการศึกษาที่ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตรา การฆ่าตัวตายสูง หมายถึง ศึกษาจากกลุ่ม ตัวอย่าง ทั้งหมด จำนวน 69 คน คัดเลือกโดย การสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง ดังนี้

1. แกนนำชุมชน ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน จำนวน 15 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตหมู่บ้านละ 2 คน จำนวน 21 หมู่บ้าน รวม 42 คน

3. ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายพร้อมจะให้ข้อมูล จำนวน 5 คน

4. บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้บริหารของหน่วยงาน, ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุข จำนวน 2 คน

5. บุคลากรสาธารณสุข ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จำนวน 1 คน โรงพยาบาลลำพูน จำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง จำนวน 1 คน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน จำนวน 2 คน รวมจำนวนทั้งหมด 5 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นแกนนำชุมชน/อสม. ที่สามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถเดินทางเยี่ยม/คัดกรองคนในชุมชนได้สะดวก บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข และสามารถเสนอแผนโครงการเพื่อของบประมาณสนับสนุนได้ บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตของพื้นที่ และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายของตำบลมะเขือแจ้ที่พร้อมจะให้ข้อมูลและประเมินภาวะซึมเศร้าแล้วให้ผล Negative ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ผู้สัมภาษณ์ ได้แก่ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลจิตเวช (อาจารย์พยาบาล) จะให้การเยียวยาจิตใจไปพร้อมกับการสัมภาษณ์ด้วย

2. สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถเข้าร่วมได้ตลอดหลักสูตร

ขั้นตอนที่ 2 ทำการศึกษาจากข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนที่ 3 ทำการศึกษาที่ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ จำนวน 2 คน และแกนนำชุมชน จำนวน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 5 คน และบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น 12 คน

ขั้นตอนที่ 4 ทำการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ โดย ผู้เชี่ยวชาญ หมายถึง นักสังคมสงเคราะห์ ชำนาญการพิเศษ จากสถาบันพัฒนาการเด็ก ราชนครินทร์ 1 ท่าน, พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชระดับเชี่ยวชาญ โรงพยาบาลสวนปรุง 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลครอบครัวชุมชน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ 1 ท่าน

ขั้นตอนที่ 5 ทำการศึกษาที่ ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน หมายถึง แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านของตำบลมะเขือแจ้ อำเภอเมือง จำนวน 50 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

วิธีการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดย

1. ศึกษาข้อมูลย้อนหลังสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตาย ของเขตสุขภาพที่ 1 อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นประชุมคณะทำงานของศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 เพื่อทำการคัดเลือกพื้นที่ในการดำเนินงาน คือ จังหวัดลำพูน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงในเขตสุขภาพที่ 1 ระยะเวลาดำเนินการ เดือนตุลาคม 2562

2. ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการแผนการดำเนินงาน รวมถึงการคัดเลือกพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานในโครงการ โดยทำหนังสือเชิญ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต

ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน โรงพยาบาลลำพูน และ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในจังหวัดลำพูน ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤศจิกายน 2562

3. ออกแบบ ข้อคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำแบบคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group) ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาคุณภาพและความเหมาะสมของข้อคำถาม ระยะเวลาดำเนินการ เดือนธันวาคม 2562

4. จัดประชุมเพื่อวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยประสานผ่านทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน เชิญบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลลำพูน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมะเขือแจ้ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย และแกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษา ดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็น ในการพัฒนาการรูปแบบฯ โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผ่านคำถามการสนทนากลุ่มที่ได้รับการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้สัมภาษณ์ได้แก่คณะผู้วิจัยจำนวน 5 คน จากศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จำนวน 4 คน ประกอบด้วยนักจิตวิทยาคลินิก 2 คน นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน และอาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ จำนวน 1 คน นอกจากนั้นใช้การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ การทบทวนข้อมูลอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ทำกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2563

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนปัญหาการฆ่าตัวตายและรูปแบบการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการทำกรอบแนวคิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาดำเนินการเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2563

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและจัดทำต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยการจัดประชุมเชิญบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ที่จะดำเนินการศึกษา แกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มาร่วมให้ข้อคิดเห็นและให้ร่วมกันออกแบบร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ระยะเวลาดำเนินการ เดือนมีนาคม - เมษายน 2563

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยผู้เชี่ยวชาญ และหาความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของรูปแบบฯ ระยะเวลาดำเนินการ เดือนเมษายน 2563

ขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ไปทดลองใช้ และประเมินคุณภาพรูปแบบฯ โดยผู้วิจัยการออกแบบเครื่องมือ แบบประเมินคุณภาพรูปแบบฯ และผ่านการพิจารณาความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญ สรุปผลการดำเนินงานวิจัยและทำรูปเล่มรายงาน ระยะเวลาดำเนินการ เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2563 และสรุปรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. **การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมวิจัยในมนุษย์**

งานวิจัยนี้ได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นลายลักษณ์อักษรโดยข้อมูล

ส่วนบุคคลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวบุคคล ถูกเก็บเป็นความลับ และงานวิจัยนี้ได้ผ่านการประเมินและรับรองในการทำวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ โรงพยาบาลสวนปรุง เลขที่หนังสือรับรอง 29/2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วยวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการสังเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. จนข้อมูลอิ่มตัว

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ผลการศึกษานำเสนอตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพของชุมชน

ส่วนที่ 2 การพัฒนาต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ส่วนที่ 4 สรูปรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ส่วนที่ 1 การศึกษาปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่เป้าหมาย จำนวนทั้งสิ้น 69 คน พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอยู่ในกลุ่มวัยทำงาน

มากที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ทั้ง 2 กลุ่มวัยคิดเป็น ร้อยละ 51 ของจำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด เป็นเพศชายมากถึงร้อยละ 63.63 เพศหญิงร้อยละ 36.37 วิธีการทำร้ายตัวเองพบว่า ใช้วิธีการผูกคอตายมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 70.00 รองลงมาคือ กินยากำจัดวัชพืช ร้อยละ 10.00 ใช้ปืน ร้อยละ 10.00 และเผาตัวเอง ร้อยละ 10.00 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์เชิงสังคม คิดเป็น ร้อยละ 41.67 ได้แก่ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด น้อยใจ การถูกทอดทิ้งโดดเดี่ยว ทั้งในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด เช่น สามเณร ลูกคนรัก เพื่อน และบางรายพบว่า บุคคลในครอบครัวเป็นปัจจัยกระตุ้นให้กระทำการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การพูดท้าทายให้ไปฆ่าตัวตาย 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจคิดเป็น ร้อยละ 16.67 เช่น มีหนี้สิน ตกงาน 3) ปัจจัยด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติด คิดเป็น ร้อยละ 33.33 เช่น ซึมเศร้า ติดสุรา 4) ปัจจัยด้านสุขภาพกาย คิดเป็น ร้อยละ 8.33 เช่น โรคติดเชื้อ โรคเรื้อรัง ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 1 รายสามารถมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้หลายปัจจัยร่วมกัน หากมีอาการมีเมาสุราร่วมด้วยจะทำให้เกิดอารมณ์หุนหันพลันแล่นและตัดสินใจทำร้ายตนเองได้ง่ายขึ้น ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายคิดเป็น ร้อยละ 45.50 มักมีสัญญาณเตือนต่อการฆ่าตัวตาย แต่ครอบครัวและชุมชนคิดเป็น ร้อยละ 65.00 ยังขาดความรู้และความตระหนักต่อสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย จึงให้ความสำคัญน้อยมาก

ส่วนที่ 2 การพัฒนาต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

เมื่อผู้วิจัยได้แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายจากการทบทวนวรรณกรรมและสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแล้ว จึงได้ออกแบบต้นร่างโดยเน้นสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายการพัฒนาศักยภาพชุมชนจึงได้ต้นร่างประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย กิจกรรมที่ 2 การอบรมให้ความรู้แก่ แกนนำชุมชน/อสม. ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมย่อย ได้แก่ 1) การปรับทัศนคติ/ความคิด ความเชื่อ เรื่องการฆ่าตัวตาย 2) สร้างความตระหนักเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย 3) ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช การประเมินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้น 4) การสื่อสารเชิงบวก และการปรึกษาเบื้องต้น 5) ฝึกปฏิบัติการดูแล/ช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต และแนวทางการส่งต่อ 6) สร้างแผนที่เดินดินเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7) แผนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และกิจกรรมที่ 3 การติดตามผลการดำเนินงาน โดยใช้รูปแบบการประชุมเชิงปฏิบัติการ การอบรมให้ความรู้ การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มแกนนำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในรูปแบบการเรียนการสอนแบบสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เรียน และนำไปปฏิบัติจริงได้

กลุ่มเป้าหมายที่จะนำไปใช้ คือบุคลากรสาธารณสุขในระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีความรู้เรื่องสุขภาพจิตเป็นอย่างดี ผ่านการอบรมทางสุขภาพจิต เช่น หลักสูตรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หลักสูตรทางจิตวิทยา หรือ

การอบรมอื่นๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยบุคลากรสาธารณสุขอบรมความรู้ให้กับแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.

ผู้วิจัยได้นำต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ไปทดลองใช้กับ แกนนำ/อาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 50 คน เพศชาย ร้อยละ 60 เพศหญิง ร้อยละ 40 อายุอยู่ระหว่าง 20- 62 ปี ส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 58.00 ตั้งแต่แผนการสอนที่ 1 – 9 ประกอบด้วย 1. การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 2. ทักษะ/ความคิด ความเชื่อ เรื่องการฆ่าตัวตาย 3. สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย 4. ใครคือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต และจะช่วยเหลืออย่างไร 5. การให้การปรึกษาเบื้องต้น เพื่อช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต 6. การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต 7. แผนที่เดินดิน แผนที่ที่ดูแลประชาชนทุกตารางนิ้ว 8. แผนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 9. การติดตามผลการดำเนินงาน ภายใต้การสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการติดตามประเมินผลโดยการสนทนากลุ่มและประเมินโดยแบบสอบถาม ผลการประเมินคุณภาพรูปแบบ ดังนี้

ตาราง 1 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ด้านสภาวะแวดล้อม (n = 50) (ระดับคะแนน 0 = ควรปรับปรุง, ระดับคะแนน 1 = พอใช้ , ระดับคะแนน 2 = ดี , ระดับคะแนน 3 = ดีมาก)

ด้านสภาวะแวดล้อม	ผลการตรวจสอบคุณภาพ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. เป็นรูปแบบฯ ที่สอดคล้อง ตรงกับความต้องการและการแก้ปัญหาในพื้นที่	2.22	0.71	ระดับดี
2. เป็นรูปแบบฯ ที่กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์ สอดคล้องกันอย่างชัดเจน	2.22	0.71	ระดับดี
3. เป็นรูปแบบฯ ที่เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น และระบุความต้องการ	2.13	0.71	ระดับดี

ตาราง 1 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ด้านสภาวะแวดล้อม (n = 50) (ระดับคะแนน 0 = ควรปรับปรุง, ระดับคะแนน 1 = พอใช้, ระดับคะแนน 2 = ดี, ระดับคะแนน 3 = ดีมาก) (ต่อ)

ด้านสภาวะแวดล้อม	ผลการตรวจสอบคุณภาพ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
4. เป็นรูปแบบฯ ที่เป็นรูปแบบใหม่ ไม่ซ้ำซ้อนกับรูปแบบเดิม	1.97	0.64	ระดับดี
5. เป็นรูปแบบฯ ที่ผู้นำและคนในชุมชนให้ความสำคัญ	2.06	0.67	ระดับดี
รวม	2.19	0.17	ระดับดี

จากตาราง พบว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฯด้านสภาวะแวดล้อม ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 เมื่อพิจารณา

รายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.97-2.22

ตาราง 2 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ / ปัจจัยนำเข้า (n = 50) (ระดับคะแนน 0 = ควรปรับปรุง, ระดับคะแนน 1 = พอใช้, ระดับคะแนน 2 = ดี, ระดับคะแนน 3 = ดีมาก)

ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า	ผลการตรวจสอบคุณภาพ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. งบประมาณในการดำเนินงานเพียงพอต่อการดำเนินงาน	1.84	0.63	ระดับดี
2. การใช้จ่ายงบประมาณมีความคุ้มค่ากับประโยชน์ที่ได้รับ	1.84	0.72	ระดับดี
3. บุคลากรที่ถ่ายทอด มีความรู้ความสามารถในการดำเนินงาน	2.28	0.73	ระดับดี
4. คณะทำงานที่ร่วมดำเนินการในชุมชนมีความสามารถในการดำเนินงาน	2.03	0.65	ระดับดี
5. การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีความเหมาะสม	2.22	0.66	ระดับดี
6. สถานที่ มีความพร้อม	2.03	0.54	ระดับดี
7. สื่อ วัสดุ อุปกรณ์ มีความพร้อม	1.97	0.74	ระดับดี
8. สื่อ และ คู่มือ มีความพร้อม	2.09	0.69	ระดับดี
รวม	2.04	0.13	ระดับดี

จากตาราง พบว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฯด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.84-2.28

ตาราง 3 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. คุณภาพรูปแบบฯ ด้านกระบวนการดำเนินงาน (n = 50) (ระดับคะแนน 0 = ควรปรับปรุง, ระดับคะแนน 1 = พอใช้, ระดับคะแนน 2 = ดี, ระดับคะแนน 3 = ดีมาก)

ด้านกระบวนการดำเนินงาน	ผลการตรวจสอบคุณภาพ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. มีการศึกษาสภาพปัญหา และความต้องการของ กลุ่มเป้าหมาย และมีการออกแบบกิจกรรม/ หลักสูตรให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย	1.97	0.78	ระดับดี
2. มีการชี้แจง เผยแพร่ข้อมูล ให้ความรู้รายละเอียด เกี่ยวกับรูปแบบการป้องกันฯ แก่กลุ่มเป้าหมายที่ เข้าร่วม	2.28	0.58	ระดับดี
3. มีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดำเนินงานให้บรรลุ ตามวัตถุประสงค์	2.19	0.54	ระดับดี
4. มีการมอบหมายเจ้าหน้าที่รับผิดชอบโครงการ ชัดเจน	2.28	0.58	ระดับดี
รวม	2.23	0.10	ระดับดี

จากตาราง พบว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฯ ด้านกระบวนการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.97-2.28

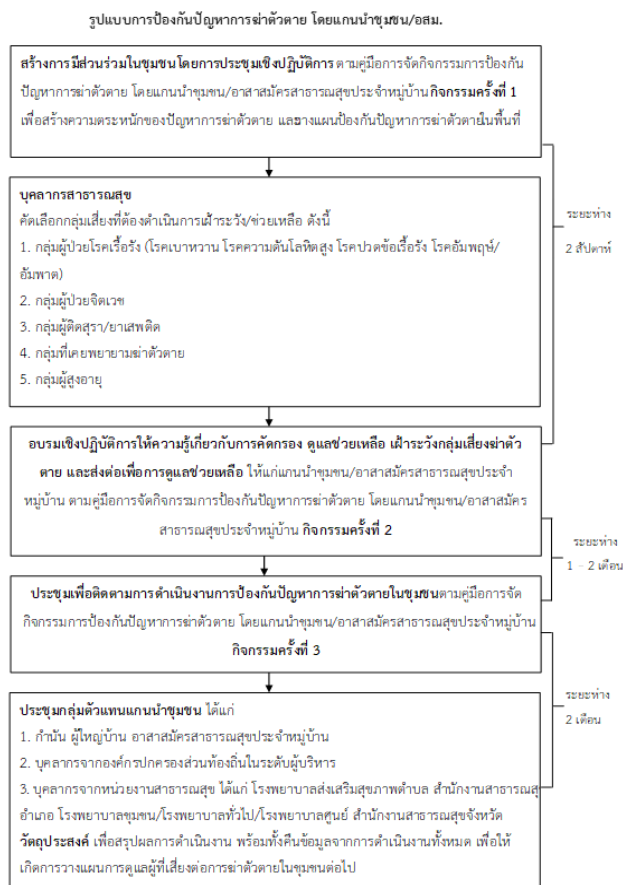
ตาราง 4 ผลการศึกษาคุณภาพรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ด้านผลผลิตของรูปแบบฯ (n = 50) (ระดับคะแนน 0 = ควรปรับปรุง, ระดับคะแนน 1 = พอใช้, ระดับคะแนน 2 = ดี, ระดับคะแนน 3 = ดีมาก)

ด้านผลผลิตของรูปแบบฯ	ผลการตรวจสอบคุณภาพ		
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	การแปลผล
1. เป็นรูปแบบที่สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้จริง	2.03	0.59	ระดับดี
2. เป็นรูปแบบฯ ที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีทัศนคติที่ดี ต่อคนที่คิดฆ่าตัวตายได้	2.19	0.64	ระดับดี
3. เป็นรูปแบบฯ ที่ทำให้คนในชุมชนตระหนักเห็น ความสำคัญและอยากเข้าไปช่วยเหลือคนที่คิด ฆ่าตัวตาย	2.22	0.65	ระดับดี
4. เป็นรูปแบบฯ ที่เพิ่มความรู้และเทคนิคใน การช่วยเหลือคนที่คิดฆ่าตัวตายได้	2.06	0.62	ระดับดี
5. เป็นรูปแบบฯ ที่มีระยะเวลาในการดำเนินงาน เหมาะสม	1.94	0.56	ระดับดี
6. มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนครบถ้วน	2.00	0.62	ระดับดี
7. มีระบบติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลโครงการ	1.94	0.67	ระดับดี
8. เป็นโครงการที่มีการประเมินผลตัวชี้วัดตามที่ กำหนด	2.03	0.69	ระดับดี
รวม	2.06	0.12	ระดับดี

จากตาราง พบว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพ รูปแบบฯ ด้านผลผลิตของรูปแบบฯ อยู่ในระดับดี โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06 เมื่อพิจารณารายชื่อ

พบว่า ความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.94 - 2.22

ส่วนที่ 4 สรุปรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.



สรุปผลการศึกษา

การพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ใช้กระบวนการพัฒนา (development) 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและความจำเป็นในการพัฒนาแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ศึกษา

ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดย การสนทนากลุ่ม (Focus group)

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดกรอบแนวคิด (Conceptual framework) ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 ออกแบบและจัดทำต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยมีทั้งหมด 3 ครั้ง จำนวน 9 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบคุณภาพต้นร่างรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. โดยผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเที่ยงตรง IOC (Index of Item-objective Congruence) เท่ากับ 0.76

ขั้นตอนที่ 5 นำรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย และประเมินคุณภาพรูปแบบฯ ผลการตรวจสอบคุณภาพรูปแบบฯ ด้านสภาวะแวดล้อม ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.19 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.97-2.22 ด้านปัจจัยที่ส่งผลกระทบ/ปัจจัยนำเข้า ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.84-2.28 ด้านกระบวนการดำเนินงาน ในภาพรวมอยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.23 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.97-2.28 ด้านผลผลิตของรูปแบบฯ อยู่ในระดับดีโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.06 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าความคิดเห็นทั้งหมดอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1.94-2.22

จากการดำเนินการตาม 5 ขั้นตอนสามารถพัฒนารูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ประกอบด้วย 2 ส่วนได้แก่

1) การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย โดยพบว่าองค์ประกอบของเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน 3 ภาคส่วน คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสาธารณสุข และ แกนนำชุมชน/อสม. กิจกรรมสำคัญในการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อป้องกันปัญหา

การฆ่าตัวตาย โดยใช้วิธีการอภิปรายอย่างมีส่วนร่วม (Discussion-ORID-Method) เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงปัญหาและมีส่วนร่วมในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน

2) การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย

2.1 การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทศนคติ/ความคิด ความเชื่อ เรื่องการฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 2 ใครคือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ ดูแลช่วยเหลืออย่างไร

กิจกรรมที่ 3 สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 4 การให้การปรึกษาเบื้องต้น เพื่อช่วยผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 5 แสดงบทบาทสมมุติ (Role Play) การช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 6 แผนที่เดินดิน แผนที่ดูแลประชาชนทุกตารางนิ้ว

จากการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ ซึ่งเป็นแกนนำชุมชน/อสม. ที่ให้ข้อมูลทั้งหมด 50 คน พบว่าก่อนการอบรมผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีทศนคติความคิดความเชื่อ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 54 และหลังการอบรมให้ความรู้ แกนนำชุมชน/อสม. มีทศนคติความคิดความเชื่อ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง เพิ่มขึ้นเป็น 40 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ของผู้เข้ารับการอบรมทั้งหมด

โดยทศนคติ/ความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ “ผู้ช่วยฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง ส่วนผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย ดังนั้นผู้หญิงไม่ได้อยากตายจริงแบบผู้ชาย” ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่าแกนนำชุมชน/อสม.

เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย คณะกรรมการเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.59 ทั้งนี้ข้อที่กลุ่มเป้าหมายตอบผิดมากที่สุดได้แก่ “เบอร์โทรศัพท์ให้คำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323” “หากให้การปรึกษาแล้วผู้ให้การปรึกษาร้องให้ เราควรมุ่งการให้คำปรึกษาทันทีเพื่อให้เขาหยุดร้องไห้ให้ได้ก่อน” “ผลจากความเครียดอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก หน้ามืด เป็นลม และเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ”

2.2 การประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงาน การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 3 ชั่วโมง

อภิปรายผลการวิจัย

จากการผลการวิจัย ผู้วิจัยได้อภิปรายผลดังนี้ รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1. รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน และ 2. การพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขในรูปแบบการอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้แกนนำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และสามารถชี้เป้า เฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง อภิปรายผลได้ดังนี้

1. รูปแบบการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายที่ทำงานร่วมกัน การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ความเข้มแข็งของเครือข่ายเป็นสิ่งสำคัญ โดยเครือข่ายหลักที่ทำงานเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน ประกอบด้วย (1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยแกนนำชุมชน และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นบุคคลที่มี

ความเสียสละในการทำงานเพื่อชุมชนของตน และมีความสามารถในการดูแล สอดส่อง และให้การช่วยเหลือคนในชุมชนได้ 2) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานที่ตั้งอยู่ในชุมชน มีความใกล้ชิด เข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพของคนในชุมชน 3) หน่วยบริการสาธารณสุขทำหน้าที่บริการแบบองค์รวมทั้งการรักษาฟื้นฟู ส่งเสริม และป้องกันปัญหาสุขภาพ โดยมีเป้าหมายสร้างสุขให้กับประชาชนไม่ต่างกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแกนนำชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ความร่วมมือของทั้ง 3 ส่วนจะช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยความร่วมมือจาก 3 ส่วน ให้เกิดการค้นหาปัญหาอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้ชุมชนตระหนักและเห็นความสำคัญของการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมวางแผน และดำเนินการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พบว่าชุมชนที่มีศักยภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ภาคประชาชนและภาครัฐจะต้องมีบทบาทในการขับเคลื่อนงานป้องกันการฆ่าตัวตาย มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อาศัยการทำงานร่วมกันของชุมชน โรงเรียน และสาธารณสุข^[17-18, 20]

ทั้งนี้การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้ง 3 ภาคส่วน นอกจากการคัดเลือกแกนนำที่มีศักยภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการคิดวางแผนดำเนินการแล้ว เครื่องมือที่ใช้สร้างการมีส่วนร่วมที่ดีจะช่วยดึงศักยภาพและความร่วมมือของชุมชน โดยผู้วิจัยใช้วิธีการถกปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (Discussion-ORID-Method) ในการสร้างการมีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสร้างสุขในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของประชาชนพบว่า

การสร้างการมีส่วนร่วมด้วย วิธีการแก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม (Discussion-ORID-Method) จะช่วยกระตุ้นให้คนในชุมชนกล้าแสดงออกทางความคิดและเข้ามามีบทบาทในการจัดการปัญหาของชุมชน^[21]

2. รูปแบบพัฒนาศักยภาพแกนนำ ด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้เรื่องการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำหรับแกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ความรู้โดยการมีส่วนร่วมของผู้เรียน (Participatory Learning: PL) และให้ความรู้ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น กิจกรรมเรื่องทัศนคติ ความเชื่อเรื่องการฆ่าตัวตาย การให้การปรึกษาเบื้องต้น การฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต และกิจกรรมแผนที่เดินดินซึ่งเป็นการระบุพิภพความชุกของกลุ่มเสี่ยงที่แกนนำ/อสม. ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งพบว่าการทำให้กลุ่มเป้าหมายได้เห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาการฆ่าตัวตายในการนำความรู้ไปช่วยเหลือและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแบบการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายโดยเครือข่ายในชุมชนตำบลลูกการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและเครือข่ายให้มีความรู้ในการเฝ้าระวังและการดูแล ทำให้เกิดอสม.เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต มีระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน และมีการร่วมมือของชุมชนในการเฝ้าระวัง การจำแนกกลุ่มผู้ป่วยด้วยแผนที่เดินดิน ซึ่งทำให้เพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตในชุมชน^[22] และพบว่าการสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย^[23] โดยกิจกรรมที่สำคัญในการแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน คือการพัฒนาส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับแกนนำผู้ให้การปรึกษาแนะนำเมื่อเกิดปัญหาในชุมชน^[24] และการสร้างทัศนคติผู้นำ

ผู้ดูแลผู้ป่วย การค้นหาติดตามเชิงรุกสามารถดำเนินการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนได้^[25] ตลอดจนการสังเกตสัญญาณเตือนของคนในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เพราะคนไทยฆ่าตัวตายจากความท้อแท้ พลังงาน ความขัดแย้งในครอบครัว รวมทั้งการขาดความตระหนักจากการสังเกตคนรอบข้างมากกว่าการเป็นโรคซึมเศร้า^[26] ซึ่งศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติพบว่าก่อนการฆ่าตัวตาย ผู้ตายได้ส่งสัญญาณเตือนถึงร้อยละ 25.30 โดยเป็นการพูดบ่นเกี่ยวกับเรื่องความตาย บ่นน้อยใจ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ หรือการส่งสัญญาณเตือนทางเฟซบุ๊ก กลุ่มเหล่านี้ต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วนแต่บางครั้งไม่สามารถช่วยเหลือเพื่อเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันหรือไม่สามารถหาช่องทางติดต่อกลับไปยังบุคคลเหล่านั้นได้^[27]

นอกจากนี้ จากการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบฯ พบว่าหลังการอบรมให้ความรู้ แกนนำชุมชน/อสม.มีทัศนคติความคิดความเชื่อ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอย่างถูกต้อง เพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 80 โดยทัศนคติ/ความคิด ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องมากที่สุด ได้แก่ “ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง ส่วนผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย” ดังนั้นผู้หญิงไม่ได้อยากตายจริงแบบผู้ชาย” ด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่าแกนนำชุมชน/อสม.เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย คะแนนเพิ่มขึ้นร้อยละ 70.59 ทั้งนี้ข้อที่กลุ่มเป้าหมายตอบผิดมากที่สุดได้แก่ “เบอร์โทรศัพท์ให้คำปรึกษาสายด่วนสุขภาพจิต 1323” “หากให้การปรึกษาแล้วผู้ให้การปรึกษาร้องให้ เราควรวุติการให้คำปรึกษาทันทีเพื่อให้เขาหยุดร้องไห้ให้ได้ก่อน” “ผลจากความเครียดอาจทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เจ็บหน้าอก หน้ามืด เป็นลม และเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็ง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ” แสดงให้เห็นว่ากลุ่มเป้าหมายขาดความรู้แหล่งให้การ

ช่วยเหลือทางจิตใจ ทักษะการให้ความช่วยเหลือ และเรื่องปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย ดังนั้นการให้ความรู้กับประชาชนและแกนนำที่จะเข้าไปช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงต้องให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องเหล่านี้ และติดตามผลการดำเนินงาน โดยการประชุมเพื่อติดตามการดำเนินงานการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยการสนทนากลุ่ม จำนวน 2 ครั้ง ทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงาน ได้ทบทวนความรู้ในการช่วยเหลือผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย และได้รับการเสริมพลังในการทำงานจากเพื่อนแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขจากโรงพยาบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นที่เสี่ยงในการทำงานสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการเสริมพลังเพื่อส่งเสริมสุขภาพชุมชนพบว่ากลุ่มอาสาสมัครที่เกิดจากการมีจิตสาธารณะในการร่วมมือกันทำกิจกรรม การเสริมพลังในกลุ่มนี้ควรเป็นการเสริมพลังทั้งแบบทางการและไม่เป็นทางการ และควรทำอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยเป็นการเสริมพลังด้านบวก เช่น การชื่นชมกลุ่ม ยกย่องในการประชุม เป็นต้น^[28]

รูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่เป็นการทำงานของสาธารณสุขเป็นหลัก ยังขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นซึ่งถือเป็นหน่วยงานที่สามารถให้การสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในแต่ละปี นอกจากนี้เป็นเพียงการอบรมให้ความรู้ ระยะสั้นๆ และไม่มีระบบการติดตามปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม^[29] และจากการศึกษาข้อมูลคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม

(Focus group) พบว่า ประชาชนยังขาดความตระหนักเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง รวมถึงปัญหาการสื่อสารในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ดังนั้นรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.ที่ได้พัฒนาขึ้น จึงเป็นการปิดช่องว่าง (gap) ของการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของ 3 องค์กร ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ แกนนำชุมชน/อสม. ในการร่วมวางแผนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ นอกจากนี้ มีการสร้างความตระหนักเรื่องสัญญาณเตือน การสื่อสารเชิงบวก การค้นหาและระบุกลุ่มเสี่ยง เพื่อเฝ้าระวังและติดตามเพื่อให้ได้รูปแบบที่สมบูรณ์และครอบคลุมในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. เป็นรูปแบบที่มีคุณภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันกับพื้นที่ที่ผู้วิจัยศึกษา
2. การนำรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. ไปใช้ควรศึกษาทำความเข้าใจให้ชัดเจนก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม. เพิ่มเติมและนำผลประเมินที่ไม่ผ่าน มาพัฒนารูปแบบหรือพัฒนาต่อไปข้างหน้าเพิ่มเติม
2. ควรมีการประเมินประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับแกนนำชุมชน/อสม.ว่าเหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงระดับใด เนื่องจากกลุ่มเสี่ยงที่ป่วยรุนแรงอาจไม่เหมาะสมกับรูปแบบนี้

3. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในพื้นที่
ทดลองกับพื้นที่ควบคุมเพื่อทราบประสิทธิผลที่
ชัดเจน

4. ควรมีการพัฒนาการจัดกิจกรรมในรูปแบบ
Online หรือเป็นคลิปวิดีโอ เพื่อให้เข้ากับรูปแบบ
การดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New normal) หากเกิด
การระบาดของโรคไวรัสโควิด – 19

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide data 2016. [cited 2020 November 28]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world> [In Thai]
2. Department of Mental Health. International Mental Health Symposium 17th Symposium and Symposium 15th Child Mental Health and Psychiatry 2018. Nonthaburi: Beyond Publishing Company Limit; 2018. [In Thai]
3. Meewongsom C, Cowawintaweewat S, Chamsuwanwong A. The suicide situation and methods in relation to gender-age-region in thailand in 2012-2016. Journal of Criminology and Forensic Science. 2021;7(2), 90–107.[In Thai]
4. National Center for Suicide Prevention. Suicide Statistics Report; 2018. [cited 2018 November 24]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/> [In Thai]
5. Lamphun Provincial Public Health Office. The analysis reported the problem of suicide Lamphun Provincial Governance Committee Meeting 2017. Lamphun: Health Promotion Working Group; 2018. [In Thai]
6. Phutchong C, Charoenchukiattikit W, Kongkaew U, Yothasamut J, Khamphang R, Somna S, et al. Study of problem conditions Related factors Pre-suicide signals to prepare recommendations for the development of suicide prevention measures at the community level. Bangkok: Thana Press; 2011.[In Thai]
7. The Ministry of Public Health. Suicide Information Annual Meeting of the Ministry of Health. Chiang Mai: The Ministry of Public Health; 2018. [In Thai]
8. Vorapran P, Bumrueraj S, Sukhawaha S. A study of factors influencing suicide attempts in Kongkailas District Sukhothai Province. Journal of Community Health Development Quarterly Khon Kaen University. 2013;1(1):69–78. [In Thai]
9. Aiamsaart N, Thaweesees P. Epidemiological study of suicidal attempt and completed suicide patients at Phraputthabat hospital. Department of health Service Support Journal. 2020;16(3):23-30. [In Thai]
10. Charoensri H, Khiewyoo J. Suicidal risk prevalence and factors related to suicidal risk among people in Ban Tak District, Tak Province. KKU RESEARCH JOURNAL (GRADUATE STUDY). 2017;17(3):77-93. [In Thai]
11. Anusak B, Tatiyananthaporn S, Khamthita P. Development of a model for strengthening community power in suicide prevention, Lamphun Province. Phrae Medical Journal and Clinical Sciences. 2021;29(2):65–77.[In Thai]

12. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrassameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W. Risk and Protective Factors of People Who Attempted Suicide in the 7th Health District of Thailand. *Journal of Suicide Prevention of Thailand*. 2020;1(1):25-40. [In Thai]
13. Somsukcharoen S, Sakdiworaphong C. Emotional quotient, family relationship and the suicide at-risk prevention of the TO BE NUMBER ONE Project's Members. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 2012;38(1):136-49.[In Thai]
14. Chaitongsri J, Butsaeng A, Surawan J, Lophongpanit P. The effectiveness of suicide surveillance and prevention guidelines with the community participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province. *J Psychiatr Assoc Thailand*. 2022;67(1):59-70. [In Thai]
15. Surakarn A, Arin N. Mental health care: the participation of the community. *Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology)*. 2014;6(12):176–84. [In Thai]
16. Polmeesak J, Pansila W, Pakanon P. Development of the participation model in the surveillance and care for people with depression and risk group of suicide: A case study, Tabtoa Village, Numkumyai Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. *Maharakham Hospital Journal*. 2015;12(1):31–9. [In Thai]
17. Penglia Y, Tippunya S, Puksorn K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *J Ment Health Thai*. 2018 ;26(3):184-96. [In Thai]
18. Udthatho A, Manoton A. Development of community participation process is solving suicide problems successfully new normal in Maeteep Subdistrict, Ngao District, Lampang Province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2023;9(1):69-83.[In Thai]
19. Tungkasamesamran K. Driving the development of repeated suicide prevention model on suicide attempters in Uttaradit Province, Thailand. *Journal of Health Science*. 2022;31(4):638-47.[In Thai]
20. Surakarn A, Arin N. Mental Health Care: The Participation of The Community. *Srinakharinwirot University (Journal of Science and Technology)*. 2014;6(12):176–84. [In Thai]
21. Wongsawad S, Yoelao D, Peungposop N. Development of mental health promotion model for aging population at risk by community health care team. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2019;6(2):229-43.[In Thai]

22. Pamarapa N. The development of suicidal prevention model for attempted suicide patients with depression in Uttaradit Province. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC.2 Phitsanulok*. 2022;9(3):92–107. [In Thai]
23. Kochragas N, Inchaithep S. Development of Suicide Prevention through Community Engagement, Lampang. *Royal Thai Navy Medical Journal*. 2020;47(2):446–63. [In Thai]
24. Sirithongthaworn S, Gornnum S, Virojanapa S, Kanjanarat P, Inchuea S, Borriharn P, et al. Evaluation research on the national suicide prevention strategy 2017 – 2022. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2023;31(1):64-78.[In Thai]
25. Suparum K, Kamsa-ard S. Incidence and factors associated with completed suicide among adolescent aged 10-19 years, Health Region 10. *Srinagarind Medical Journal*. 2023;38(5):459-69. [In Thai]
26. Wongpiromsant Y. The science of promoting mental health prevention. Nonthaburi: Dinatoo Company Media Plus Ltd; 2017. [In Thai]
27. National Center for Suicide Prevention. Suicide Statistics Report;2020. [cited 2020 November 24]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/main.asp?ndead=2> [In Thai]
28. Huajium B. The Empowerment for Community Health. *Academic Journal Phranakhon Rajabhat University*. 2016;7(1):19–25. [In Thai]
29. Lamphun Provincial Public Health Office. Report on the problem of suicide. Lamphun: Governance Committee Meeting Lamphun Province; 2016. [In Thai]