

Original research

Citation:

สมบัติ ดุลยรัตน์, วิไลรัตน์ จิตรัตน์วรโชค, กรรณิกา หงษ์ใจ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข. 2569;4(2):1-14.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดแม่ฮ่องสอน

สมบัติ ดุลยรัตน์¹, วิไลรัตน์ จิตรัตน์วรโชค¹, กรรณิกา หงษ์ใจ²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

²โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน

บทคัดย่อ

บทนำ: การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ซึ่งมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และทดลองใช้ ประเมินผล และขยายผลรูปแบบในจังหวัดแม่ฮ่องสอน

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการในจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2567 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ R1 การศึกษาสภาพการณ์ D1 การพัฒนารูปแบบ R2 การทดลองใช้และประเมินผล และ D2 การปรับปรุงและขยายผล ระยะ R1 ศึกษาประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 400 คน และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ 30 คน เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ระยะ R2 และ D2 ประเมินผลในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย แบบวัดพลังใจ (RQ) แบบประเมินความเครียด (ST-5) และแบบวัดความสุขของคนไทย (THI-15) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Paired t-test และ Thematic analysis

ผลการศึกษา: ระยะ R1 พบว่าประชาชนมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลาง แต่การเข้าถึงบริการและการมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ความโดดเดี่ยว โรคเรื้อรัง การใช้สุรา และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะ D1 พัฒนา CARE-MHS Model ซึ่งประกอบด้วย Community Voice, Acceptance & Culture, Risk Screening, Empowerment และ Mental Health Support System ระยะ R2 พบว่าคะแนนการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ขณะที่กลุ่มเสี่ยงมีคะแนนพลังใจและความสุขเพิ่มขึ้น และระดับความเครียดลดลง ระยะ D2 พบว่าคะแนนการปฏิบัติตัวด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในทุกพื้นที่ และจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มลดลง

สรุปผล: CARE-MHS Model ซึ่งบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน การคัดกรองเชิงรุก และระบบสนับสนุนสุขภาพจิตหลายระดับ มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านพฤติกรรม การป้องกันการฆ่าตัวตายและสุขภาพจิตในบริบทพื้นที่ห่างไกลและความหลากหลายทางวัฒนธรรม อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบต่อไป

คำสำคัญ: การป้องกันการฆ่าตัวตาย รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นฐาน สุขภาพจิตชุมชน วิจัยและพัฒนา แม่ฮ่องสอน

วันรับ: 21 ก.พ. 2569

วันแก้ไข: 20 พ.ค. 2569

วันตอบรับ: 30 พ.ค. 2569

ผู้พิมพ์ประสานงาน:

สมบัติ ดุลยรัตน์;

Email: sombat.mhs@gmail.com

Original research

Development of a Community-Based Participatory Model for Suicide Prevention in Mae Hong Son Province

Citation:

Sombat Dulyarat, Wilairat Thitiratworachok, Kannika Hongjai. Development of a Community-Based Participatory Model for Suicide Prevention in Mae Hong Son Province. Journal of Public Health Research and Innovation. 2026;4(2):1-14.

Sombat Dulyarat¹, Wilairat Thitiratworachok¹, Kannika Hongjai²

¹ Meahongson Provincial Public Health Office

² Srisangwal Hospital, Meahongson Province

Abstract

Background: Suicide is a major public health problem, particularly in remote and ethnically diverse areas where limitations in access to mental health services and sociocultural factors exist. This study aimed to investigate the suicide situation and community participation, develop a community-based participatory suicide prevention model, and implement, evaluate, and scale up the model in Mae Hong Son Province.

Methods: This research and development (R&D) study was conducted in Mae Hong Son Province between January 2024 and March 2025 and consisted of four phases: R1 situation analysis, D1 model development, R2 implementation and evaluation, and D2 refinement and scale-up. In phase R1, 400 adults aged 18 years and over and 30 qualitative informants participated in the study. The research instruments were validated by experts and demonstrated a reliability coefficient of 0.82. Phases R2 and D2 evaluated stakeholders and at-risk groups using a suicide prevention practice questionnaire, Resilience Quotient (RQ), Stress Test-5 (ST-5), and Thai Happiness Indicators (THI-15). Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and thematic analysis.

Results: Phase R1 revealed that public awareness regarding mental health and suicide was moderate, whereas access to mental health support and participatory decision-making remained low. Economic problems, social isolation, chronic illness, alcohol use, and depression were associated with suicide risk. In phase D1, the CARE-MHS Model was developed through a participatory co-design process. The model comprised Community Voice, Acceptance & Culture, Risk Screening, Empowerment, and Mental Health Support System. In phase R2, stakeholders demonstrated significantly improved suicide prevention practices ($p < .001$), while at-risk participants showed increased resilience and happiness scores and reduced stress levels. In phase D2, suicide prevention practice scores improved across all implementation areas, and the number of completed suicide cases showed a decreasing trend.

Conclusion: The CARE-MHS Model, integrating community participation, proactive risk screening, and multi-level mental health support systems, was associated with positive changes in suicide prevention practices and mental well-being in remote and culturally diverse settings. Long-term follow-up studies are recommended to evaluate the sustainability of the model.

Keywords: suicide prevention, community-based participatory model, community mental health, research and development, Mae Hong Son

Received: 21 Feb 2026

Revised: 20 May 2026

Accepted: 30 May 2026

Correspondence to

Sombat Dulyarat;

Email: sombat.mhs@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี ค.ศ. 2019 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 703,000 ราย และผู้เสียชีวิต 1 ราย มักมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20 ราย¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 ราย คิดเป็นอัตรา 7.94 ต่อแสนประชากร และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 31,000 ราย² โดยเขตสุขภาพที่ 1 ในช่วงปี พ.ศ. 2562–2566 มีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 10.81–15.54 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศอย่างต่อเนื่อง³

จังหวัดแม่ฮ่องสอนเป็นพื้นที่ภูเขาสูง การคมนาคมยากลำบาก และมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและการดูแลต่อเนื่อง ข้อมูลปี พ.ศ. 2562–2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ระหว่าง 10.78–17.03 ต่อแสนประชากร⁴ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพจิต และข้อจำกัดเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล สอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมของ Marmot⁵ ที่อธิบายว่าความเหลื่อมล้ำทางสังคมและการเข้าถึงบริการสุขภาพส่งผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต แม้ว่าจะมีการดำเนินงานคัดกรองและติดตามกลุ่มเสี่ยงผ่านระบบบริการสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะเชิงรับ ขาดการบูรณาการระหว่างชุมชน ภาครัฐ เครือข่าย และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ แนวคิด Social-Ecological Model ของ McLeroy และคณะ⁶ อธิบายว่าการป้องกันปัญหาสุขภาพควรดำเนินการแบบหลายระดับ ขณะที่แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff และแนวคิด Community-Based Participatory Research (CBPR) ของ Israel และคณะ⁷⁻⁸ เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และความเป็นหุ้นส่วนระหว่างนักวิจัยกับชุมชนในทุกขั้นตอน งานวิจัยในประเทศไทยพบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่ายในพื้นที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยง⁹⁻¹¹ อย่างไรก็ตาม ยังขาดรูปแบบเชิงระบบที่บูรณาการการส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองเชิงรุก การส่งต่อดูแลรักษา

และการติดตามต่อเนื่องให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ห่างไกล และความหลากหลายทางชาติพันธุ์

การวิจัยครั้งนี้จึงใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับแนวคิด participatory co-design เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทจังหวัดแม่ฮ่องสอน และสามารถเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างชุมชน ภาครัฐ เครือข่าย และระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์ (R1) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ (D1) ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (R2) และระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบและการขยายผลทั้งจังหวัด (D2) พื้นที่ศึกษาคือจังหวัดแม่ฮ่องสอน ครอบคลุม 7 อำเภอ โดยกำหนด “ตำบลนาร่อง” 1 ตำบลเพื่อการพัฒนาเชิงลึก และ “ตำบลขยายผล” ในอำเภอที่เหลืออำเภอละ 1 ตำบลเพื่อสะท้อนบริบทพื้นที่และความหลากหลายทางชาติพันธุ์

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (R1)

การศึกษาเชิงปริมาณ ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จำนวน 210,790 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตร Cochran¹² ดังนี้

$$n_0 = (Z^2 \times p \times q) / e^2$$
 โดยกำหนดให้ n_0 = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $Z = 1.96$, $p = 0.5$, $q = 0.5$, $e = 0.05$

คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 384.16 คน ผู้วิจัยปัดขึ้นเป็น 385 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อชดเชยการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ตามแนวทางการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยของบุญชม ศรีสะอาด¹³ จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างสุดท้ายจำนวน 400 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) โดยกำหนดพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมทั้ง 7 อำเภอ สุ่ม 28 ตำบล 56 หมู่บ้าน และสุ่มประชาชนจากแต่ละหมู่บ้านตามสัดส่วนประชากร เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่

เป็นประชาชนที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน อย่างน้อย 6 เดือน เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) เป็นผู้ที่มิภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรงในขณะเก็บข้อมูล ดำเนินการในอำเภอขุนยวม โดยคัดเลือกตำบลขุนยวมเป็นพื้นที่นำร่อง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง มีความพร้อมของภาคีเครือข่าย ใช้วิธีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 30 คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ 1 รูป บุคลากรสาธารณสุข 2 คน ครู 2 คน เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน ผู้นำชุมชน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 8 คน และญาติของกลุ่มเสี่ยง 10 คน

เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) จำนวน 4 กลุ่มย่อยตามบทบาท ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชนและพระสงฆ์ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและภาคีเครือข่าย กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และกลุ่มญาติของผู้มีความเสี่ยงใช้เวลาประมาณ 90 นาทีต่อกลุ่ม โดยมีการบันทึกเสียงและถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

ประกอบด้วยเครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. แบบสอบถามสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชน พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามเป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามสภาพการณ์สุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในชุมชน จำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 12 ข้อ โดยส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 เป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย กำหนดคะแนนเป็น 3, 2 และ 1 ตามลำดับ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ใช้วิธีการคำนวณอัตราภาคขึ้นตามแนวคิดของ อธิพัทธ์ สุวทันพรกุล¹⁴

เครื่องมือวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันด้านสุขภาพจิตชุมชน อาจารย์พยาบาลจิตเวช

และสุขภาพจิต และผู้เชี่ยวชาญด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความชัดเจนของภาษาและความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion guide) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาพการณ์การฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง บทบาทของชุมชน การดำเนินงานด้านสุขภาพจิต จุดแข็ง จุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ Bottom of Form

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น (Thematic analysis) ตามแนวทางของ Braun และ Clarke¹⁵ ประกอบด้วย การอ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวม การกำหนดรหัสข้อมูล การจัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อย การสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก การตรวจสอบความสอดคล้องของประเด็นร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (D1)

พัฒนารูปแบบโดยใช้แนวคิด Participatory co-design โดยประยุกต์จากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff ร่วมกับแนวคิด CBPR ของ Israel และคณะคัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจง 18 คน แบ่งเป็นแกนร่วมระดับจังหวัด 9 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2 คน โรงพยาบาล 3 คน สำนักงานศึกษาธิการจังหวัด 2 คน สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด 2 คน) มีบทบาทในการให้ข้อเสนอเชิงนโยบาย กำหนดกรอบแนวทาง และร่วมพิจารณาความเป็นไปได้ของรูปแบบในระดับจังหวัด และทีมออกแบบเชิงลึกจากตำบลนำร่อง จำนวน 9 คน (พระสงฆ์ 1 รูป บุคลากรสาธารณสุข 2 คน ครู 1 คน อปท. 1 คน อสม. 2 คน และญาติกลุ่มเสี่ยง 2 คน) มีบทบาท

ในการร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และพัฒนาไก การดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่นำร่อง ดำเนิน การผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยใช้ผล R1 เป็นฐานในการคืนข้อมูล วิเคราะห์ปัญหา จัดลำดับ ความสำคัญ กำหนดเป้าหมาย และออกแบบองค์ประกอบของ รูปแบบ ครอบคลุม (1) หลักการสำคัญ (2) กลไกระดับชุมชนและ ระบบบริการ (3) บทบาทภาคีหลายระดับ และ (4) กระบวนการ เฝ้าระวัง คัดกรอง ช่วยเหลือ ส่งต่อ ติดตามดูแลในทุกช่วงวัย หลังได้ร่างรูปแบบ ประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและ ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย (1) แนวทางการประชุม เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน แนวคิด CBPR และผลการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อใช้ในการคืนข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และกำหนดกลไกการดำเนินงานของ รูปแบบ (2) แบบบันทึกการประชุมเชิงปฏิบัติการ สำหรับบันทึก ประเด็นอภิปราย ข้อเสนอแนะ และข้อสรุปจากกระบวนการ ออกแบบร่วม โดยมีการบันทึกภาคสนามและบันทึกเสียงภายใต้ความยินยอมของผู้เข้าร่วม และ (3) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ ซึ่งประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ครอบคลุม ด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้องกับบริบท ความครอบคลุมของระบบ และความชัดเจนของกระบวนการดำเนินงาน โดยใช้มาตราประมาณค่า 5 ระดับ และแปลผลคะแนนเฉลี่ยตามแนวคิดของอิทธิพัทธ์ สวทันพรกุล¹⁴

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อประเมินระดับความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความสอดคล้องกับบริบท ความครอบคลุมของระบบ และความชัดเจนของกระบวนการดำเนินงานของรูปแบบ ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติการและกระบวนการ ออกแบบร่วม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เชิงประเด็น และ ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่ง ข้อมูล ผู้วิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล เพื่อยืนยันความถูกต้องของ ประเด็นที่สังเคราะห์ได้ก่อนนำไปพัฒนารูปแบบฉบับสมบูรณ์

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (R2)

นำรูปแบบที่พัฒนาจากระยะ D1 ไปทดลองใช้ในตำบล ขุนยวมเป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบ ก่อน-หลัง (Before-after design) และประเมินในกลุ่ม ตัวอย่างเดิม (Paired assessment) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงาน จำนวน 30 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พระสงฆ์ ครู ผู้แทนองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ซึ่งเข้าร่วมดำเนินกิจกรรม ตามรูปแบบ เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษามา ไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ เกณฑ์คัดออก บุคคล ที่มีภาวะสุขภาพจิตหรือร่างกายที่ไม่พร้อม หรือไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มที่ 2 กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 40 คน ได้แก่ ผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยโปรแกรม G*Power ตามแนวทางของ Faul และคณะ¹⁶ สำหรับการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยแบบกลุ่มตัวอย่าง สัมพันธ์กัน (Paired-samples t-test) โดยกำหนดระดับนัย สำคัญทางสถิติเท่ากับ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Effect size = 0.50) ได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 34 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนเป็น 40 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและความไม่ครบถ้วน ของการติดตามประเมินผล และทำการประเมินก่อนหลังในกลุ่ม เดิม เกณฑ์คัดเข้า เป็นบุคคลที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และอยู่ในฐานข้อมูลของโรงพยาบาล มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษามาไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์คัดออก คือ บุคคลที่มีภาวะทางจิตเวชรุนแรง และไม่สามารถเข้าร่วม กิจกรรมการศึกษาได้ครบถ้วน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้กับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ แบบ ประเมินการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (Likert scale 4 ระดับ) และแบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ (Likert scale 5 ระดับ) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรง เชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น แบบสอบถามการปฏิบัติตนเกี่ยวกับ

การป้องกันการฆ่าตัวตาย มีค่าเท่ากับ 0.81 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่าเท่ากับ 0.82 สำหรับกลุ่มเสี่ยง ใช้เครื่องมือ Mental Health Check-in ของกรมสุขภาพจิต¹⁷ โดยเลือกตัวชี้วัด Resilience Quotient (RQ) และ Stress (ST-5) ร่วมกับแบบวัดความสุขของคนไทย (THI-15)¹⁸

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย คะแนนพลังใจ คะแนนความเครียด และคะแนนความสุขของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบ ด้วยสถิติ Paired t-test โดยก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ได้แก่ การแจกแจงแบบปกติของค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ด้วยการทดสอบ Shapiro-wilk โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบและการขยายผลทั้งจังหวัด (D2)

ปรับปรุงรูปแบบโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คัดเลือกผู้เข้าร่วมแบบเจาะจง 30 คน ประกอบด้วย ทีมออกแบบเดิม 18 คน และเพิ่มผู้แทนพื้นที่ขยายผลจาก 6 อำเภอ อำเภอละ 2 คน รวม 12 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ เพื่อเสนอชื่อผู้แทนที่มีบทบาทเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ประกอบด้วยผู้แทนด้านสาธารณสุข 1 คน และผู้แทนภาคีชุมชน 1 คน โดยมีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตหรือการดูแลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ อย่างน้อย 1 ปี สามารถสะท้อนบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่ได้ ดำเนินการประชุมเพื่อคืนข้อมูลผลการทดลองใช้ในระยะที่ 3 วิเคราะห์จุดแข็ง ข้อจำกัด ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากพื้นที่นำร่อง จากนั้นร่วมกันปรับปรุงองค์ประกอบ กิจกรรม และแนวทางดำเนินงานของรูปแบบให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน ภายหลังการปรับปรุงรูปแบบ ผู้วิจัยนำรูปแบบไปขยายผลยังตำบลขยายผล 6 ตำบล (อำเภอละ 1 ตำบล) ได้แก่ ตำบลแม่มาเต็ง ตำบลสบป่อง ตำบลห้วยโป่ง ตำบลแม่ลา ตำบลบ้านกาศ และตำบลแม่สวด โดยการทดลองใช้และการประเมินผลในพื้นที่ขยายผลใช้โครงสร้างกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า คัดออก เครื่องมือ และวิธีวิเคราะห์เดียวกับระยะ R2 และดำเนินการ 6 เดือน นอกจากนี้ ผู้วิจัยเปรียบเทียบจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จก่อนและหลังการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อสะท้อนแนวโน้มผล การศึกษาระดับพื้นที่

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณา รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (หมายเลขรับรอง MHS REC 001/2567 ลงวันที่ 16 มกราคม 2567)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดแม่ฮ่องสอน (R1)

ผลการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 52.00 อายุเฉลี่ย 46.22 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 55.25 การรับรู้สภาพการณ์ด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.04$, $SD = 0.61$) ขณะที่การเข้าถึงความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 1.46$, $SD = 0.70$) สำหรับการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ามิติการแบ่งปันผลประโยชน์มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ขณะที่มิติการตัดสินใจและการประเมินผลอยู่ในระดับน้อย

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่มย่อยพบว่า ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหลายช่วงวัย โดยเชื่อมโยงกับปัจจัยเศรษฐกิจ ความโดดเดี่ยว โรคเรื้อรัง การใช้สุรา สารเสพติด และภาวะซึมเศร้า ชุมชนตระหนักถึงปัญหาและรู้สึกเศร้าเสียใจ กังวลเมื่อเกิดเหตุการณ์ แต่ยังมี ความลังเลในการพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตจากอิทธิพลความเชื่อและวัฒนธรรม ทำให้การช่วยเหลือมักเกิดเมื่อสถานการณ์รุนแรงแล้ว กิจกรรมที่เคยดำเนินการ เช่น การเยี่ยมบ้านโดย อสม. และกิจกรรมกลุ่มในชุมชน แต่ยังเป็นการแก้ไขเฉพาะหน้าและขาดการบูรณาการ ขณะที่ภาคีหลัก ได้แก่ หน่วยบริการสุขภาพ โรงเรียน อปท. ผู้นำศาสนา และ อสม. ยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูลและการติดตามต่อเนื่อง จุดแข็งของพื้นที่คือ

ความสัมพันธ์ชุมชนใกล้ชิด เครือข่าย อสม. เข้มแข็ง และบทบาทผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนเด่นชัด ส่วนจุดอ่อนสำคัญคือการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจและประเมินผลต่ำ ขาดระบบคัดกรองเชิงรุกและความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต รวมถึงข้อจำกัดการเข้าถึงบริการ

เมื่อพิจารณาร่วมกัน พบข้อค้นพบสำคัญ 4 ประเด็น ได้แก่ (1) การรับรู้ปัญหามีในระดับปานกลาง แต่การเข้าถึงความช่วยเหลือยังต่ำ (2) การมีส่วนร่วมของชุมชนยังไม่เป็นเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจและการประเมินผล (3) บริบทวัฒนธรรม ชนิตพันธุ์ และพื้นที่ทางไกลมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต และ (4) มีความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบที่บูรณาการ “ชุมชน-ระบบบริการ” ผ่านการเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต การคัดกรองเชิงรุก การเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และระบบส่งต่อ-ติดตามอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (D1)

การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะที่ 2 ดำเนินการผ่านกระบวนการ Participatory co-design โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมระหว่างแกนร่วมระดับจังหวัดและตัวแทนพื้นที่นำร่องตำบลขุนยวม จำนวน 18 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมด้วยวิธี thematic analysis พบประเด็นหลักที่นำไปสู่การกำหนดองค์ประกอบของรูปแบบจำนวน 5 ประเด็นสำคัญ ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพจิตตามกลุ่มวัยเสี่ยง

ผู้เข้าร่วมเห็นว่าควรออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย เนื่องจากสถานการณ์ในพื้นที่พบว่า วัยรุ่นมีแนวโน้มการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ขณะที่วัยทำงานและผู้สูงอายุมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังหรือมีโรคเรื้อรัง ดังคำกล่าวว่า “วัยรุ่นตอนนี้มีปัญหาเรื่องความเครียดและสื่อออนไลน์มากขึ้น ต้องเริ่มสร้างทักษะชีวิตตั้งแต่ในโรงเรียน” (ครู) และ “ผู้สูงอายุหลายคนอยู่ลำพัง ลูกหลานไปทำงานต่างจังหวัด ทำให้รู้สึกโดดเดี่ยว” (อสม.)

2. การพัฒนาระบบคัดกรองและเฝ้าระวังเชิงรุกในระดับชุมชน

ผู้เข้าร่วมเสนอให้เครือข่ายชุมชน เช่น อสม. ครู ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน มีบทบาทในการค้นหากลุ่มเสี่ยงและติดตามช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เนื่องจากผลการศึกษา R1 พบว่าการช่วยเหลือส่วนใหญ่มักเกิดหลังเกิดเหตุการณ์แล้ว ดังคำกล่าวว่า

“ถ้ารอให้คนมาหาโรงพยาบาลเอง บางครั้งก็สายเกินไป ต้องมีคนในชุมชนช่วยสังเกต” (บุคลากรสาธารณสุข)

3. การออกแบบรูปแบบที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและชาติพันธุ์

ผู้เข้าร่วมเห็นว่าพื้นที่แม่ฮ่องสอนมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์และความเชื่อ จึงควรใช้แนวทางที่เคารพวัฒนธรรมท้องถิ่น และให้บทบาทแก่ผู้นำจิตวิญญาณ เช่น พระสงฆ์ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชน ในการให้คำปรึกษาและสร้างความไว้วางใจด้านสุขภาพจิต ดังคำกล่าวที่ว่า “บางหมู่บ้านยังเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ ถ้าจะทำงานต้องเข้าใจวิถีของเขาก่อน” (ผู้นำศาสนา)

4. การเพิ่มการมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจและการเสริมพลังชุมชน

ผู้เข้าร่วมสะท้อนว่าการดำเนินงานเดิมส่วนใหญ่เป็นลักษณะการรับนโยบายจากหน่วยงานภายนอก ชุมชนยังมีบทบาทจำกัดในการวางแผนและประเมินผล จึงเสนอให้มีโครงสร้างการตัดสินใจร่วมในระดับตำบล เช่น คณะทำงานสุขภาพจิตชุมชน การประชุมร่วมระหว่างภาคี และการประเมินผลร่วมกัน ดังคำกล่าวที่ว่า “ที่ผ่านมาชุมชนมักเป็นผู้ปฏิบัติตามแต่ไม่ได้มีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น” (ผู้แทน อบท.)

5. การบูรณาการระบบสนับสนุนสุขภาพจิตหลายระดับ

ผู้เข้าร่วมเสนอให้พัฒนากลไกเชื่อมโยงระหว่างระดับชุมชน โรงพยาบาล อำเภอ และจังหวัด เพื่อให้เกิดระบบส่งต่อติดตามดูแล และแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการประสานงานระหว่างหน่วยงาน ดังคำกล่าวที่ว่า “ตอนนี้แต่ละหน่วยงานทำงานของตัวเอง ถ้ามีระบบเชื่อมข้อมูลจะช่วยให้ได้มาก” (บุคลากรสาธารณสุข)

จากการสังเคราะห์ข้อมูลและกระบวนการออกแบบร่วม ทำให้ได้รูปแบบ CARE-MHS ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ Community voice, Acceptance & Culture, Risk screening, Empowerment และ Mental health support system โดยรูปแบบดังกล่าวมีลักษณะแตกต่างจากรูปแบบการมีส่วนร่วมทั่วไป เนื่องจากเชื่อมโยงการดำเนินงานระหว่างระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ผ่านกลไกการคัดกรองเชิงรุก การมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจ และระบบติดตามดูแลต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนแนวคิดการบูรณาการเชิงระบบ ที่เชื่อมระบบชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (R2)

การทดลองใช้รูปแบบ CARE-MHS ดำเนินการในพื้นที่ตำบลขุนยวม ระยะเวลา 6 เดือน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 30 คน กลุ่มเสี่ยง จำนวน 40 คน ทั้งสองกลุ่มได้รับการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (Pre-post design) และไม่มีข้อมูลสูญหาย (Missing data=0)

1. ผลในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองใช้เท่ากับ 2.23 (SD=0.70) และเพิ่มขึ้นเป็น 3.35 (SD=0.30) หลังการใช้รูปแบบ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-7.543, p<0.001$) เมื่อพิจารณาข้อค้นพบในรายชื่อ พบประเด็นสำคัญที่เปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนเมื่อพบกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ ได้แก่ การสอบถามปัญหาด้วยท่าที่เป็นมิตร การพูดเตือนสติ และการเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก ด้านความพึงพอใจต่อรูปแบบ คะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยเท่ากับ 4.34 (SD=0.27) อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด เมื่อพิจารณาข้อค้นพบในรายชื่อ พบประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือการสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลด้านจิตใจ รองลงมาคือการส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน และการทำให้กลุ่มเสี่ยงมีจิตใจเข้มแข็ง

2. ผลในกลุ่มเสี่ยง ด้านพลังใจ (Resilience quotient: RQ) คะแนนเฉลี่ยพลังใจก่อนการทดลองใช้เท่ากับ 16.20 (SD=4.12) และหลังการทดลองใช้เพิ่มขึ้นเป็น 17.60 (SD=4.17) การทดสอบ Paired t-test พบว่าคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-4.521, p<0.001$) ด้านความเครียด (ST-5) คะแนนความเครียดก่อนทดลองใช้มีค่าเฉลี่ย 7.15 (SD=3.56) และหลังทดลองใช้ลดลงเป็น 6.40 (SD=2.48) อย่างไรก็ตาม การเปรียบเทียบก่อน-หลังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.018, p=0.051$) อาจเนื่องจากความเครียดเป็นภาวะที่ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยเศรษฐกิจ ครอบครัว โรคเรื้อรัง และภาระชีวิต ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงมากกว่าตัวชี้วัดด้านพลังใจหรือความสุข ส่วนด้านความสุข (THI-15) คะแนนความสุขก่อนทดลองใช้มีค่าคะแนนรวมเฉลี่ย 20.80 (SD=7.53) และเพิ่มขึ้นเป็น 25.38 (SD=5.46) หลังการทดลองใช้ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-5.797, p<0.001$)

โดยรวม ผลการทดลองใช้รูปแบบ CARE-MHS แสดงให้เห็นผลลัพธ์เชิงบวกต่อทั้งสองกลุ่ม โดยพบว่าพลังใจและ

ความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความเครียดมีแนวโน้มลดลง แม้ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าการส่งเสริมสุขภาพจิต การคัดกรองเชิงรุก การเสริมพลังชุมชน และระบบสนับสนุนสุขภาพจิตแบบบูรณาการ มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพจิตและสนับสนุนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่

ระยะที่ 4 การปรับปรุงรูปแบบและการขยายผลทั้งจังหวัด (D2)

ภายหลังการทดลองใช้ในพื้นที่นำร่อง (ระยะ R2) คณะวิจัยได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อทบทวนผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะจากพื้นที่ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ พบข้อเสนอสำคัญ 3 ประเด็น ได้แก่ (1) ควรเพิ่มความชัดเจนของกลไกการประสานงานและติดตามดูแลต่อเนื่องระหว่างระดับชุมชน อำเภอ จังหวัด (2) ควรเสริมบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนทรัพยากรและงบประมาณ และ (3) ควรเพิ่มมิติสนับสนุนด้านเศรษฐกิจและสังคม เข้าในรูปแบบ เนื่องจากปัจจัยด้านหนี้สิน รายได้ไม่มั่นคง และความยากจน เป็นปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียดและความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองในหลายพื้นที่ จากข้อค้นพบดังกล่าว รูปแบบ CARE-MHS ได้รับการปรับปรุงโดยเพิ่มองค์ประกอบด้านการเชื่อมโยงการช่วยเหลือเศรษฐกิจและสังคม เข้าในกลไกระบบสนับสนุน และแปลงเป็นกิจกรรมปฏิบัติที่ชัดเจน

หลังปรับปรุงรูปแบบ ได้ดำเนินการขยายผลใน 6 ตำบลจาก 6 อำเภอ ได้แก่ ตำบลแม่ณาเต็ง สบป่อง ห้วยโป่ง แม่ลาน้อย บ้านกาศ และแม่สวด เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยใช้โครงสร้างกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือ และวิธีการประเมินแบบก่อน-หลังเช่นเดียวกับระยะ R2 ซึ่งการดำเนินงานมีคู่มือ CARE-MHS Model เพื่อใช้เป็นกรอบมาตรฐานร่วมของทุกพื้นที่ มีการพัฒนาทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอให้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา สนับสนุนวิชาการ และติดตามการดำเนินงานของพื้นที่ขยายผลอย่างต่อเนื่อง และทีมวิจัยประชุมติดตามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้รายเดือนกับทีมพี่เลี้ยง ผลการศึกษาพบว่า

1. ผลการศึกษาในกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกพื้นที่มีคะแนนการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับมากทุกพื้นที่ (Cohen's $d = 1.36-1.81$) สะท้อนว่ารูปแบบ CARE-MHS สามารถพัฒนาศักยภาพภาคีเครือข่ายใน

การเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้ในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน ขณะที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ($\bar{X} = 4.06-4.39$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการปฏิบัติตัวก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ขยายผล ($n=30$ ต่ออำเภอ)

อำเภอ	ตำบล	ก่อน ()	หลัง ()	MD	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ปาย	แม่นาเติง	2.25	3.42	1.17	0.92 ถึง 1.42	-9.441	<0.001	1.72
ปางมะผ้า	สบป่อง	2.15	3.21	1.06	0.80 ถึง 1.32	-8.190	<0.001	1.50
เมือง	ห้วยโป่ง	2.01	3.17	1.16	0.87 ถึง 1.45	-8.062	<0.001	1.47
แม่ลาน้อย	แม่ลาน้อย	2.11	3.08	0.97	0.70 ถึง 1.24	-7.477	<0.001	1.37
แม่สะเรียง	บ้านกาศ	2.01	3.10	1.09	0.86 ถึง 1.32	-9.900	<0.001	1.81
สบเมย	แม่สวด	2.05	2.88	0.83	0.60 ถึง 1.06	-7.427	<0.001	1.36

2. ผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยง

จากตารางที่ 2 พบว่าภายหลังการทดลองใช้รูปแบบ CARE-MHS กลุ่มเสี่ยงในทุกพื้นที่มีคะแนนพลังใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมีขนาดอิทธิพลระดับปาน

กลางถึงมาก (Cohen's $d = 0.65-0.85$) สะท้อนว่ารูปแบบ CARE-MHS สามารถเสริมสร้างพลังใจและความสามารถในการเผชิญปัญหาของกลุ่มเสี่ยงได้ในบริบทพื้นที่ที่หลากหลายของจังหวัดแม่ฮ่องสอน

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพลังใจก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ขยายผล ($n = 40$ ต่อตำบล)

อำเภอ	ตำบล	ก่อน ()	หลัง ()	MD	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ปาย	แม่นาเติง	16.40	18.95	2.55	1.52 ถึง 3.58	-5.024	<0.001	0.79
ปางมะผ้า	สบป่อง	15.20	16.85	1.65	0.93 ถึง 2.37	-4.642	<0.001	0.73
เมือง	ห้วยโป่ง	14.40	16.13	1.73	0.91 ถึง 2.55	-4.242	<0.001	0.67
แม่ลาน้อย	แม่ลาน้อย	13.73	15.40	1.67	1.04 ถึง 2.30	-5.352	<0.001	0.85
แม่สะเรียง	บ้านกาศ	13.50	15.00	1.50	0.76 ถึง 2.24	-4.128	<0.001	0.65
สบเมย	แม่สวด	13.53	14.73	1.20	0.61 ถึง 1.79	-4.119	<0.001	0.65

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มเสี่ยงในหลายพื้นที่มีคะแนนความเครียดลดลงโดยอำเภอปาย ปางมะผ้า เมืองและแม่ลาน้อยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ขณะที่อำเภอแม่สะเรียงและสบเมยมีแนวโน้มคะแนนลดลงแต่ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's $d = 0.28-0.62$) อำเภอปายมีการ

เปลี่ยนแปลงของคะแนนความเครียดมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบ CARE-MHS สามารถช่วยลดความเครียดของกลุ่มเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของผลลัพธ์ระหว่างพื้นที่อาจสัมพันธ์กับข้อจำกัดด้านภูมิประเทศ การเข้าถึงบริการ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของพื้นที่ต่างไกล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความเครียดก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ขยายผล (n = 40 ต่อตำบล)

อำเภอ	ตำบล	ก่อน ()	หลัง ()	MD	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ปาย	แม่นาเติง	6.95	5.33	-1.62	-2.46 ถึง -0.78	3.896	<0.001	0.62
ปางมะผ้า	สบป่อง	7.10	6.10	-1.00	-1.80 ถึง -0.20	2.518	0.016	0.40
เมือง	ห้วยโป่ง	7.00	6.30	-0.70	-1.37 ถึง -0.03	2.118	0.041	0.33
แม่ลาน้อย	แม่ลาน้อย	7.05	6.60	-0.45	-0.89 ถึง -0.01	2.068	0.045	0.33
แม่สะเรียง	บ้านกาศ	7.00	6.63	-0.37	-0.79 ถึง 0.05	1.778	0.083	0.28
สบเมย	แม่สวด	7.20	6.58	-0.62	-1.24 ถึง 0.00	2.006	0.052	0.32

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มเสี่ยงในทุกพื้นที่มีคะแนนความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ไม่ครอบคลุมศูนย์ทุกพื้นที่ โดยอำเภอแม่ลาน้อย ปางมะผ้า และปาย มีขนาดอิทธิพลระดับมาก (Cohen's $d = 1.05-1.23$) สะท้อนว่ารูปแบบ CARE-MHS

สามารถส่งเสริมสุขภาวะทางจิตและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างชัดเจน ขณะที่อำเภอเมืองแม่ฮ่องสอน แม่สะเรียง และ สบเมย มีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง ซึ่งอาจสัมพันธ์กับบริบทและศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในแต่ละพื้นที่

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสุขก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบของกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ขยายผล (n = 40 ต่อตำบล)

อำเภอ	ตำบล	ก่อน ()	หลัง ()	MD	95% CI	t	p-value	Cohen's d
ปาย	แม่นาเติง	20.55	28.10	7.55	5.24 ถึง 9.86	-6.615	<0.001	1.05
ปางมะผ้า	สบป่อง	20.88	27.45	6.57	4.71 ถึง 8.43	-7.154	<0.001	1.13
เมือง	ห้วยโป่ง	20.98	23.93	2.95	1.52 ถึง 4.38	-4.167	<0.001	0.66
แม่ลาน้อย	แม่ลาน้อย	20.85	26.55	5.70	4.21 ถึง 7.19	-7.757	<0.001	1.23
แม่สะเรียง	บ้านกาศ	20.58	22.98	2.40	1.18 ถึง 3.62	-3.993	<0.001	0.63
สบเมย	แม่สวด	20.73	22.73	2.00	0.98 ถึง 3.02	-3.950	<0.001	0.62

3. หลังการขยายผลรูปแบบ CARE-MHS จำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงจาก 8 ราย เหลือ 3 ราย โดยไม่พบพื้นที่ใดมีจำนวนเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีการรับรู้ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง แต่การเข้าถึงบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตและการมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ห่างไกล ทั้งด้านภูมิประเทศ การเดินทาง

ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ และจำนวนบุคลากรด้านสุขภาพจิตที่จำกัด ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความเครียดทางเศรษฐกิจ หนี้สิน ความโดดเดี่ยว การดื่มสุรา โรคเรื้อรัง และภาวะซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Social-Ecological Model ของ McLeroy และคณะ⁶ ที่อธิบายว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลจากปัจจัยหลายระดับ นอกจากนี้ยังพบว่า แม้ชุมชนจะมีการช่วยเหลือกันในระดับหนึ่ง แต่การดำเนินงานส่วนใหญ่ยังเป็นลักษณะเชิงรับ ขาดกลไกการเฝ้าระวังเชิงรุกและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างภาคีเครือข่าย สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการเฝ้าระวังและติดตามกลุ่มเสี่ยง⁹⁻¹¹ ผลการศึกษานี้จึงสะท้อนว่า การป้องกัน

การฆ่าตัวตายในพื้นที่ห่างไกลและมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ และเพิ่มบทบาทการมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจของชุมชนมากขึ้น

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ผลการศึกษาระยะ D1 พบว่า กระบวนการ Participatory co-design ช่วยให้เกิดการพัฒนารูปแบบ CARE-MHS ที่สอดคล้องกับแบบจำลองของ WHO¹⁹ และบริบทของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม และข้อจำกัดเชิงพื้นที่ โดยการเปิดโอกาสให้ภาคีเครือข่ายทั้งระดับจังหวัดและระดับชุมชนร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และกำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกัน ส่งผลให้ชุมชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของรูปแบบ และพร้อมขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อเนื่อง สอดคล้องกับแนวคิด CBPR และ empowerment ที่เน้นการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของชุมชน^{8,20} จุดเด่นสำคัญของ CARE-MHS คือ การสร้างกลไกการทำงานร่วมหลายระดับระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมแบบแยกส่วน โดยเฉพาะองค์ประกอบด้านการเฝ้าระวังเชิงรุก การติดตามต่อเนื่อง และการประสานส่งสอดคล้องกับแนวคิดของพุทธิพงษ์²¹ และ กายสิทธิ์ ศรีแก้ว และคณะ²² ขณะที่องค์ประกอบด้าน Community Voice และ Empowerment ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมเชิงตัดสินใจและความเป็นเจ้าของของชุมชน นอกจากนี้ การออกแบบรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของอรพิน ยอดกลาง และคณะ²³ เช่น การใช้บทบาทของพระสงฆ์ ผู้นำศาสนา และผู้นำชุมชนในการให้คำปรึกษาและสร้างความไว้วางใจยังเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้การดำเนินงานสามารถเข้าถึงประชาชนในพื้นที่ได้มากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มชาติพันธุ์ที่อาจมีข้อจำกัดด้านภาษาและความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพจิต

3. การทดลองใช้ ประเมินผล และขยายผลรูปแบบ CARE-MHS

ผลการทดลองใช้รูปแบบ CARE-MHS ในระยะ R2 พบว่า กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีคะแนนการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับสูง สะท้อนว่ารูปแบบ

สามารถพัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายด้านการเฝ้าระวังคัดกรอง ส่งต่อ และติดตามช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้จริง ข้อมูลเชิงคุณภาพยังพบว่าเกิดการประสานงานระหว่าง อสม. ผู้นำชุมชน โรงเรียน และหน่วยบริการสุขภาพมากขึ้น รวมทั้งเกิดการคัดกรองเชิงรุกในระดับชุมชน สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบ CARE-MHS สามารถสร้างการบูรณาการระหว่างชุมชนกับระบบบริการสุขภาพได้จริง ในกลุ่มเสี่ยง พบว่าคะแนนพลังใจและความสุขเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่คะแนนความเครียดมีแนวโน้มลดลง สะท้อนว่า CARE-MHS สามารถเสริมสร้างปัจจัยปกป้องทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มเสี่ยงได้ สอดคล้องกับแนวคิด Resilience ของ Rutter²⁴ อย่างไรก็ตาม ผลการลดระดับความเครียดมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ โดยบางพื้นที่สามารถลดคะแนนความเครียดได้อย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่บางพื้นที่มีเพียงแนวโน้มลดลง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับความแตกต่างด้านศักยภาพเครือข่ายชุมชน การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมของแต่ละพื้นที่ สะท้อนว่าการลดความเครียดในพื้นที่ห่างไกลจำเป็นต้องอาศัยทั้งมาตรการด้านสุขภาพจิต และมาตรการทางสังคมควบคู่กัน

ในระยะ D2 ซึ่งเป็นการขยายผลทั้งจังหวัด พบว่าทุกพื้นที่มีคะแนนการปฏิบัติตนด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จในช่วงเวลาเปรียบเทียบมีแนวโน้มลดลงสอดคล้องกับงานของ เกษม ตั้งเกษมสำราญ²⁵ แม้การศึกษานี้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลโดยตรงได้ แต่ผลลัพธ์สะท้อนว่าการพัฒนารูปแบบที่บูรณาการชุมชนกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ อาจช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ได้

สรุปผล

ผลการวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ สามารถยกระดับกลไกการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ได้ ทั้งในด้านการเสริมสร้างพลังใจของกลุ่มเสี่ยง การเพิ่มศักยภาพภาคีเครือข่าย และการลดแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จในระดับอำเภอ โดยรูปแบบ CARE-MHS สะท้อนประสิทธิผลของการดำเนินงานแบบ

หลายระดับ ภายใต้กรอบสังคมนิเวศ ที่เชื่อมโยงระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการ ผ่านการคัดกรองเชิงรุก การเสริมพลังชุมชน และการประสานงานระหว่างระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรม สุขภาวะจิต และผลลัพธ์ระดับพื้นที่ นอกจากนี้ การบูรณาการ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมเข้าสู่รูปแบบ ยังช่วยให้การป้องกันการฆ่าตัวตายครอบคลุมปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงสังคมมากขึ้น

โดยสรุป CARE-MHS Model สามารถพัฒนาเป็นต้นแบบระบบป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัดที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ทางไกลและมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ และมีความศักยภาพในการประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ควรบูรณาการรูปแบบ CARE-MHS เป็นแนวทางหลักในการดำเนินงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด โดยเชื่อมโยงกับนโยบายกรมสุขภาพจิตและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พร้อมสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาเครือข่ายป้องกันการฆ่าตัวตาย การอบรมความรู้สุขภาพจิต และการดำเนินกิจกรรมเชิงป้องกันในชุมชน นอกจากนี้ควรพัฒนาระบบประสานงานระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะคัดกรองสุขภาพจิต การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการช่วยเหลือเบื้องต้น พร้อมจัดทำระบบติดตามและประเมินผลที่ใช้ข้อมูลสุขภาพจิตเชิงบูรณาการ รวมถึงส่งเสริมความร่วมมือระหว่างผู้นำชุมชน พระ ครู บุคลากรสาธารณสุข อปท. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานในพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิจัย

ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบ CARE-MHS เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต รวมทั้งศึกษาบทบาทของปัจจัยทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์ต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย และดำเนินการวิจัยด้านต้นทุน-ประสิทธิผลเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการขยายผลในอนาคต

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การประเมินผลในระยะทดลองใช้และระยะขยายผลใช้รูปแบบการวิจัยแบบก่อน หลัง โดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลของรูปแบบ CARE-MHS ต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากอาจมีปัจจัยภายนอกอื่นร่วมส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง

2. แม้ว่าผลการศึกษาค้นพบแนวโน้มจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงหลังการดำเนินงาน แต่ระยะเวลาติดตามผลยังค่อนข้างสั้น และจำนวนเหตุการณ์มีขนาดเล็ก จึงควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินผลลัพธ์เชิงระบบของรูปแบบต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ศึกษา องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) รวมถึงประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำแนะนำในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตลอดจนภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพจิตที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบ จนสามารถนำไปทดลองใช้และขยายผลในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. Geneva: WHO; 2019 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341728/9789240026643-eng.pdf>.
2. Department of Mental Health. Suicide situation report in Thailand 2023. Bangkok: Department of Mental Health; 2023.
3. Office of Health Region 1. Summary of health inspection, fiscal year 2023. Chiang Mai: Office of Health Region 1; 2023.

4. Mae Hong Son Provincial Public Health Office. Annual report 2023. Mae Hong Son: Mae Hong Son Provincial Public Health Office; 2023.
5. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(9464):1099-104. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
6. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>.
7. Cohen JM, Uphoff NT. Rural development participation: Concept and measure for project design, implementation and evaluation. New York: Cornell University; 1981.
8. Israel BA, Schulz AJ, Parker EA, Becker AB. Review of community-based research: assessing partnership approaches to improve public health. *Annu Rev Public Health*. 1998;19:173-202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>.
9. Jansam S. The Development of a Community Participatory Model for Preventing Suicide of Yasothon Province [dissertation]. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2016.
10. Penglia Y, et al. 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. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/149274>.
11. Udthato A & Manoton A, et al. 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. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ajcph/article/view/258974>.
12. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
13. Srisa-ard B. Introduction to research. 10th ed. Bangkok: Suwiriyasan; 2017.
14. Suwattanapongkul I. Educational research: concepts and applications. Bangkok: Department of Educational Measurement and Research, Faculty of Education, Srinakharinwirot University; 2019.
15. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
16. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 2007;39(2):175-91. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>.
17. Department of Mental Health. Mental Health Check In application. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2020.
18. National Statistical Office. Summary of key findings from the mental health (happiness) survey of Thai people, 2020. Bangkok: Bangkok Block Partnership; 2021.
19. World Health Organization. Preventing suicide: A community engagement toolkit. Geneva: WHO; 2018 [cited 2025 Oct 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272860>.
20. Zimmerman MA. Psychological empowerment: Issues and illustrations. *Am J Community Psychol*. 1995;23:581-600. <https://doi.org/10.1007/BF02506983>.
21. Pongnanthakulkit P, et al. The Development of a Suicide Prevention Model in Depression Risk Groups in the Community, Chanthaburi Province. *Journal of Health and Nursing Research*. 2022;38(2):187-197. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/view/249329/174281>.

22. Kaewyasri K, et al. The Model Development of a Psychiatric patients' surveillance, screening, and caring in the community Loei Province. *Research and Development Health System Journal*. 2022;15(2):328–342. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RDHSJ/article/view/256834/176829>.
23. Yodklang O, et al. Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand. Department of Mental Health; 2020 [cited 2025 Oct 5]. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/download/view.asp?id=299>.
24. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry*. 1987;57(3): 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>.
25. Tangkasemsamran K. Driving the Development of Repeated Suicide Prevention Model on Suicide Attempters in Uttaradit Province, Thailand. *Journal of Health Science*. 2022;31(4):638–647. <https://thaidj.org/index.php/JHS/article/view/12556/10425>.