การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

ประภาพร จันทร์นาม*

*นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลภูหลวง อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วม ดำเนินการในอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ระหว่างมกราคม 2567 ถึงมิถุนายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน 2) พัฒนาระบบโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3) ทดลองใช้และประเมินผล 4) ปรับปรุงพัฒนาต้นแบบ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิและเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คน ญาติผู้ดูแล 275 คน บุคลากรสาธารณสุข 50 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 120 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินคุณภาพชีวิต แบบประเมินภาระการดูแล แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Paired t-test Chi-square test และ Content Analysis

ผลการศึกษา พบว่า อำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 การถูกตีตราทางสังคม ร้อยละ 68.2 และการขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 ระบบที่พัฒนาขึ้น “ภูหลวงโมเดล” ประกอบด้วย ระบบค้นหาคัดกรอง ระบบติดตามเฝ้าระวัง ระบบจัดการภาวะวิกฤต ระบบสนับสนุนทางสังคม และระบบบริหารจัดการ ผลการทดลองใช้ 6 เดือน กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน พบว่า ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงจาก 12.4 เป็น 6.2 คะแนน การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 86.7 การได้รับการเยี่ยมบ้านเพิ่มจากร้อยละ 28.3 เป็นร้อยละ 93.3 การพยายามฆ่าตัวตายลดลงจาก 8 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ลดลงร้อยละ 75 และสร้างเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน 15 กลุ่ม สรุปได้ว่า “ภูหลวงโมเดล” มีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเพิ่มการเข้าถึงบริการ สามารถเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลต่อไป

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย/ โรคซึมเศร้า/ โรคจิตเภท/ การมีส่วนร่วมของชุมชน/ ระบบเฝ้าระวัง

---

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ประภาพร จันทร์นาม, อีเมล: Prapapornchannam@gmail.com, โทร.: 08 8571 3458

Received: 15 กรกฎาคม 2568/ Revised: 17 สิงหาคม 2568/ Accepted: 19 สิงหาคม 2568

Development of Community-Based Suicide Surveillance and Prevention System for Patients with Depression and Schizophrenia through Community Network Participation: A Case Study of Phu Luang District, Loei Province

Praphaporn Channam*

*Senior Specialist Physician, Phu Luang Hospital, Phu Luang District, Loei Province

Abstract

This participatory action research study aimed to develop a community-based surveillance and prevention system for suicide among patients with depression and schizophrenia. The study was conducted in Phu Luang District, Loei Province, from January 2024 to June 2025, divided into four phases: 1) situational analysis, 2) community-participatory system development, 3) implementation and evaluation, and 4) prototype refinement. The study employed stratified purposive sampling, comprising 275 patients with depression and schizophrenia, 275 caregivers, 50 healthcare personnel, and 120 community leaders/village health volunteers. Research instruments included the 8Q Suicide Risk Assessment Scale (Cronbach's alpha = 0.88), quality of life assessment, caregiver burden assessment, knowledge assessment regarding mental illness and suicide prevention, and attitude assessment toward psychiatric patients. Data were analyzed using paired t-test, chi-square test, and content analysis.

Results revealed that Phu Luang District had an average suicide rate of 18.82 per 100,000 population, 2.5-3.4 times higher than the national average. Key risk factors included lack of continuous treatment (68.4%), social stigma (68.2%), and absence of community surveillance systems (82.5%). The developed "Phu Luang Model" comprised five main components: screening and case-finding system, monitoring and surveillance system, crisis management system, social support system, and administrative management system. Results from a 6-month trial with 60 high-risk patients showed that suicide risk scores decreased from 12.4 to 6.2 points, medication adherence increased from 45% to 86.7%, home visits increased from 28.3% to 93.3%, suicide attempts decreased from 8 to 2 incidents (75% reduction), and 15 community support networks were established.

Keywords: Suicide/ Depression/ Schizophrenia/ Community participation/ Surveillance system

---

*Corresponding author: Praphaporn Channam, email: Prapapornchannam@gmail.com, Tel.: 08 8571 3458

Received: July 15, 2025/ Revised: August 17, 2025/ Accepted: August 19, 2025

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกประมาณ 800,000 คน หรือเฉลี่ยทุก 40 วินาทีจะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 20 เท่าของผู้ที่เสียชีวิต[1] ข้อมูลการศึกษาระดับสากลพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่าวิตก โดยในปี 2013 ความชุกของการฆ่าตัวตายทั่วโลกอยู่ที่ 10.5 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 12 ต่อประชากร 100,000 คน ในปี 2015 ซึ่งแสดงอัตราการเติบโตร้อยละ 14.29 ในช่วง 2 ปี[2] การศึกษาล่าสุดของ Naghavi และคณะ[3] พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเพิ่มขึ้นต่อเนื่องเป็น 9.0 ต่อประชากรแสนคนในปี 2019 สำหรับประเทศไทย ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของคนไทยเพิ่มขึ้นจาก 6.03 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2563 เป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2565[4] ข้อมูลจากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567 แสดงให้เห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.2 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566[5] แม้ว่าอัตราดังกล่าวจะยังต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วโลก แต่แนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบอย่างมากต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมไทยในภาพรวม เมื่อพิจารณาระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดของประเทศ โดยมีอัตรา 12.8 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศร้อยละ 56[6] สำหรับจังหวัดเลย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยรายงานว่ามีอัตราการฆ่าตัวตาย 15.6 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของภาคตะวันออกเฉียงเหนือและค่าเฉลี่ยประเทศ[7] ปัจจัยสำคัญประการหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาระดับนานาชาติพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตสูงถึงร้อยละ 10 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 5 - 10 เท่า[8] การศึกษาเชิงอภิมานล่าสุดของ Ventriglio และคณะ[9] พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 26.8 และมีปัจจัยเสี่ยงหลักได้แก่ การขาดการรักษาต่อเนื่อง การใช้สารเสพติด และการขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ Bachmann[10] พบว่า ความชุกตลอดชีวิตของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ที่ร้อยละ 4.0 และความชุกตลอดชีวิตของการพยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 31.0 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 20 เท่า การศึกษาของ Hawton และคณะ[11] เน้นย้ำว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการรักษาหรือรักษาไม่ต่อเนื่องมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยคุ้มครองที่สำคัญต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย การศึกษาของ Nordentoft และคณะ[12] ติดตามผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลา 20 ปี พบว่าผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตามการรักษา (medication adherence) สูงกว่าร้อยละ 80 มีอัตราการฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 65 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามการรักษา การศึกษาของ Tiihonen และคณะ[13] ในประเทศฟินแลนด์ ซึ่งติดตามผู้ป่วย 62,250 ราย เป็นเวลา 20 ปี พบว่าการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 71 ในผู้ป่วยจิตเภทและร้อยละ 45 ในผู้ป่วยซึมเศร้า

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลยุทธ์สำคัญในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่ซับซ้อน องค์การอนามัยโลกได้ยอมรับว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับท้องถิ่น[14] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Hegerl และคณะ[15] ที่วิเคราะห์โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชุมชน 45 โครงการจาก 16 ประเทศ พบว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชนได้ร้อยละ 30 - 50 โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทที่มีทรัพยากรด้านสุขภาพจิตจำกัด การศึกษาในต่างประเทศแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน การศึกษาในประเทศเยอรมนีของ Hegerl และคณะ[16] พบว่าโปรแกรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เน้นการมีส่วนร่วม

ของชุมชนผ่านการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข การให้ความรู้แก่ประชาชน และการสร้างเครือข่ายสนับสนุน สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 24 ในระยะเวลา 2 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นของ Motohashi และคณะ[17] ที่พบว่าการพัฒนาเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังผ่านกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพสามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุได้ร้อยละ 73 ในช่วง 8 ปี ในบริบทของประเทศเอเชีย การศึกษาของ Yip และคณะ[18] ในฮ่องกงพบว่าการใช้แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การควบคุมการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย และการปรับปรุงการรายงานข่าวสื่อมวลชน สามารถลดอัตราการฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 35 ในระยะเวลา 5 ปี การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ของ Lim และคณะ[19] แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายระดับชุมชนที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์สาธารณสุข และอาสาสมัครชุมชน สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ร้อยละ 42 แนวปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนที่มีอยู่แล้วในประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและขาดการประเมินผลอย่างเป็นระบบ การศึกษาของ จิรศักดิ์ สุวรรณชัย และคณะ[20] ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนพบว่าการพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับตำบลโดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สามารถเพิ่มการค้นหากลุ่มเสี่ยงได้ร้อยละ 180 แต่ยังขาดการติดตามผลระยะยาว การศึกษาของ ประจวบ จันทรโชติ และคณะ[21] ในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 28 แต่ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย

อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศอย่างมีนัยสำคัญ โดยข้อมูลจากโรงพยาบาลภูหลวงพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2566 อำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงถึง 16.08, 24.06, 16.04, 19.94, 19.96 และ 18.45 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศ[22] ข้อมูลการสำรวจเบื้องต้นของ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในอำเภอภูหลวงเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคจิตเภท และในจำนวนนี้มีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้นที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง[23] จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง Gap of knowledge ที่สำคัญ คือ การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนของประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัดและขาดการเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง โดยเฉพาะในบริบทของชุมชนชนบทที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง นอกจากนี้ยังไม่มีการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ด้วยประสบการณ์ของผู้วิจัยในการทำงานเป็นแพทย์ผู้ดูแลด้านสุขภาพจิตชุมชนมาเป็นเวลา 15 ปี ทำให้มีความเข้าใจลึกซึ้งถึงปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่และความจำเป็นในการพัฒนาระบบป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนชนบท การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับการวิจัยและพัฒนา (R&D) ผลที่คาดว่าจะได้รับคือการลดอัตราการฆ่าตัวตาย การสร้างระบบดูแลที่ยั่งยืน การเพิ่มขีดความสามารถของชุมชน และเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

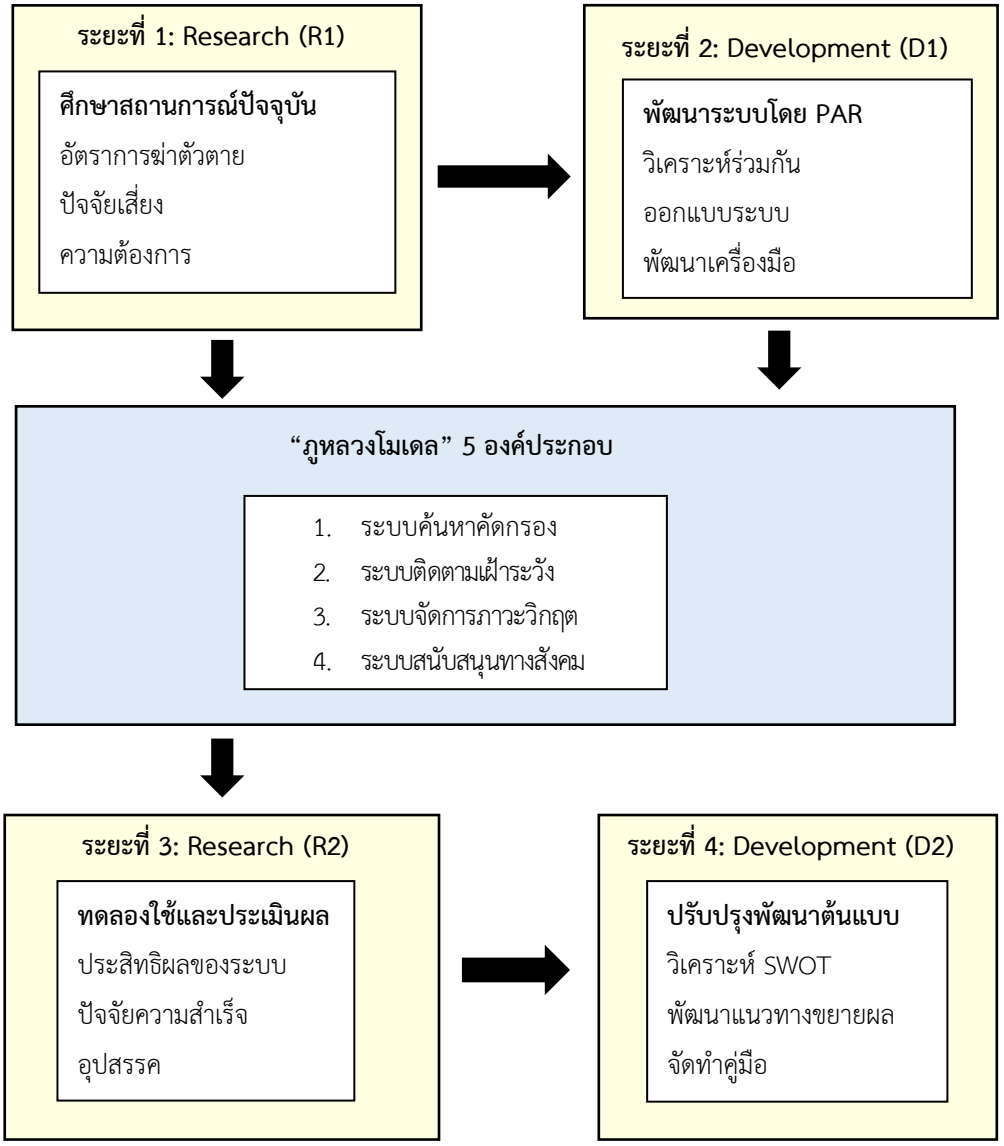
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้น
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ อุปสรรค และพัฒนาแนวทางขยายผลสู่พื้นที่อื่น

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งเน้นศึกษาและพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32-F33) และโรคจิตเภท (F20-F29) ตามเกณฑ์ ICD-10 โดยครอบคลุมการศึกษาปัจจัยเสี่ยง การพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบมีส่วนร่วม การจัดการภาวะวิกฤต และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ดำเนินการในอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ครอบคลุม 5 ตำบล ได้แก่ ตำบล ภูหอ ห้วยสีเสียด หนองคัน แก่งศรีภูมิ และเลยวังไสย์ ประชากรเป้าหมายประกอบด้วยผู้ป่วย 854 คน ญาติผู้ดูแล 854 คน บุคลากรสาธารณสุข 78 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 595 คน กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ การศึกษาสถานการณ์ 720 คน การพัฒนาระบบ 40 คน และการทดลองใช้ 60 คน ระยะเวลาดำเนินการ 18 เดือน (มกราคม 2567 - มิถุนายน 2568) แบ่งเป็น 4 ระยะ ตัวแปรต้นคือ “ภูหลวงโมเดล” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ตัวแปรตามคือความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย อัตราการมารับยา การเยี่ยมบ้าน คุณภาพชีวิต และภาระการดูแล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีหลัก 4 ประการ เป็นกรอบในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) ทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย ของ Joiner[24] อธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจาก 3 องค์ประกอบ คือ ความรู้สึกเป็นภาระ ความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และความสามารถทำร้ายตนเอง ระบบที่พัฒนาจึงมุ่งลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความเป็นส่วนหนึ่งของสังคมผ่านกิจกรรมกลุ่มและการสนับสนุนทางสังคม 2) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ตาม Cohen & Uphoff[25] ประกอบด้วย 4 มิติ คือ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล การวิจัยให้ชุมชนมีส่วนร่วมครอบคลุมทุกขั้นตอน 3) ทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม ของ Bronfenbrenner[26] เน้นว่าพฤติกรรมได้รับอิทธิพลจากหลายระดับ ระบบจึงออกแบบการแทรกแซงครอบคลุมระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม 4) แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ตาม Rappaport & Zimmerman[27] มุ่งพัฒนาความสามารถชุมชนในการควบคุมและจัดการปัญหาด้วยตนเองอย่างยั่งยืน ทั้ง 4 แนวคิดบูรณาการเป็นกรอบพัฒนาระบบเฝ้าระวังที่เน้นการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนของชุมชน ตามกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) ร่วมกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ประยุกต์ใช้วงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection)[28] ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2567 ถึง มิถุนายน 2568 แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (Research: R1) ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 720 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คน ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท 275 คน บุคลากรสาธารณสุข 50 คน และแกนนำชุมชน/อสม. 120 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน และสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ (Development: D1) ใช้กระบวนการ PAR โดยผู้มีส่วนร่วม 40 คน ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาด้วยเทคนิค AIC ออกแบบระบบ พัฒนาเครื่องมือ และประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (Research: R2) ทดลองใช้ระบบ "ภูหลวงโมเดล" เป็นเวลา 6 เดือน กับผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทกลุ่มเสี่ยง จำนวน 60 คน ใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design โดยประเมินผลก่อนและหลังการทดลองด้วยเครื่องมือ 5 ชุด ประกอบด้วย แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) แบบประเมินภาระการดูแลของญาติ (Zarit Burden Interview) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และแบบประเมินทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเวช

ระยะที่ 4 การปรับปรุงและพัฒนาต้นแบบ (Development: D2) วิเคราะห์ผลด้วย SWOT Analysis ปรับปรุงระบบ และพัฒนาแนวทางการขยายผล

มีรายละเอียดการดำเนินการวิจัยดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1. ประชากร

ประชากร ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลภูหลวงและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง จังหวัดเลย จำนวน 854 คน (โรคซึมเศร้า 669 คน และโรคจิตเภท 185 คน) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 854 คน บุคลากรสาธารณสุขในอำเภอภูหลวง จำนวน 78 คน และแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 595 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน

1) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จำนวน 720 คน ประกอบด้วย

1.1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท จำนวน 275 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) และแบ่งตามพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล ตามสัดส่วนของผู้ป่วยในแต่ละตำบล

1.2) ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 275 คน โดยเป็นญาติหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.3) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 50 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่

1.4) แกนนำชุมชนและ อสม. จำนวน 120 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในชุมชน

2) กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ กำหนดตามหลักการ Data Saturation โดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ความหลากหลายและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 70 คน ประกอบด้วย

2.1) การสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 30 คน ดังนี้

(1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและโรคจิตเภท จำนวน 10 คน เลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์หลากหลาย ครอบคลุมทั้งโรคซึมเศร้าและจิตเภท ระดับความรุนแรงต่างกัน และมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

(2) ญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 10 คน เลือกจากผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการดูแลต่างกัน และมีภาระการดูแลหลากหลายระดับ

(3) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน เลือกจากตำแหน่งงานที่หลากหลาย (แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง) และประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิต

2.2) ผู้ร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน รวม 40 คน กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยซึมเศร้า กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ 3 ญาติ/ผู้ดูแล กลุ่มที่ 4 บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน เลือกผู้เข้าร่วมที่สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและมีความเต็มใจแสดงความคิดเห็นอย่างเปิดเผย

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกัน

กลุ่มผู้มีส่วนร่วม 40 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความสนใจในการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย ผู้แทนผู้ป่วยและญาติ 8 คน ร้อยละ 20 บุคลากรสาธารณสุข 12 คน ร้อยละ 30 แกนนำชุมชนและ อสม. 16 คน ร้อยละ 40 ผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4 คน ร้อยละ 10 (นายอำเภอ สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และหัวหน้าส่วนราชการ)

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล

1. ขั้นตอนการทดลองใช้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบ One Group Pretest-Posttest Design ประเมินผลก่อนและหลังการทดลองเป็นเวลา 6 เดือน โดยขนาดกลุ่มตัวอย่าง: คำนวณด้วย Power Analysis โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 โดยกำหนด Effect size (Cohen's d) = 0.5, α = 0.05 (two-tailed), Power = 0.80 ได้ n = 54 คน เพิ่ม ร้อยละ 10 สำหรับ dropout rate เป็น 60 คน กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 3 กลุ่ม

1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้ป่วยต้องมีคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ≥8 คะแนน อายุ ≥18 ปี และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

2) ญาติ/ผู้ดูแล 60 คน จับคู่กับผู้ป่วยแต่ละราย

3) บุคลากรและแกนนำชุมชน 60 คน ผู้ที่เข้าร่วมการดำเนินงานตามระบบที่พัฒนาขึ้น

2. ขั้นตอนการประเมินผล โดยมีกลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลเชิงคุณภาพ จำนวน 70 คน ประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน และผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 40 คน กำหนดจำนวนตามหลักการ Data Saturation และแนวปฏิบัติการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก 30 คน ตามหลักการที่ว่าการสัมภาษณ์เชิงลึกในการวิจัยเชิงคุณภาพควรมีจำนวน 20 - 30 คน เพื่อให้เกิด Data Saturation และได้ข้อมูลที่หลากหลายครอบคลุมทุกมุมมอง

2.2 การสนทนากลุ่ม 40 คน (4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน) ตามหลักการ Focus Group Discussion ที่แนะนำให้มี 3 - 4 กลุ่ม กลุ่มละ 6 - 12 คน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเพียงพอ

3. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การเลือก ใช้ Purposive Sampling เลือกผู้ที่มีประสบการณ์หลากหลาย สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกและเต็มใจแบ่งปันประสบการณ์ จนกระทั่งข้อมูลเกิดความอิ่มตัว (Data Saturation) คือไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มครั้งต่อไป

3.1 เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) สำหรับผู้ป่วย ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32-F33) หรือโรคจิตเภท (F20-F29) ตามการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของ ICD-10 ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในโรงพยาบาลภูหลวงหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) สำหรับญาติหรือผู้ดูแล เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภูหลวงหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอภูหลวง มีประสบการณ์การทำงานในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี ได้รับมอบหมายหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตหรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีวุฒิการศึกษาขั้นต่ำระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือเทียบเท่า สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้อย่างดี มีความสนใจและตั้งใจเข้าร่วมกิจกรรมวิจัยอย่างต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4) สำหรับแกนนำชุมชนและ อสม. เป็นแกนนำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิก อบต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ผู้นำทางศาสนา ครู) หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างเป็นทางการในเขตอำเภอภูหลวง มีประสบการณ์การทำงานหรือให้บริการในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี ได้รับการยอมรับและไว้วางใจจากสมาชิกในชุมชน มีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพหรือเคยผ่านการอบรมด้านสุขภาพ สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ มีความสนใจในการพัฒนาชุมชนด้านสุขภาพจิต มีเวลาและความพร้อมในการเข้าร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1) สำหรับผู้ป่วย กลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีอาการทางจิตรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรมได้ มีความบกพร่องทางสติปัญญาระดับรุนแรง และมีแผนย้ายออกจากพื้นที่ในช่วงการวิจัย

2) สำหรับญาติหรือผู้ดูแล มีความบกพร่องทางสติปัญญาหรือภาวะสมองเสื่อมที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง มีโรคจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษาและมีอาการรุนแรง มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์อย่างต่อเนื่องที่ส่งผลต่อการตัดสินใจ มีแผนย้ายออกจากพื้นที่หรือเปลี่ยนบทบาทการดูแลในช่วงการวิจัย และมีความขัดแย้งรุนแรงกับผู้ป่วยที่อาจส่งผลต่อการดูแล

3) สำหรับบุคลากรสาธารณสุข มีแผนย้ายงานหรือเกษียณอายุในช่วงการวิจัย

4) สำหรับแกนนำชุมชนและ อสม. มีแผนย้ายออกจากพื้นที่หรือลาออกจากตำแหน่งในช่วงการวิจัย มีข้อขัดแย้งร้ายแรงกับสมาชิกในชุมชนที่อาจส่งผลต่อการทำงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อมูลส่วนบุคคล (อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้) ประวัติการเจ็บป่วยและการรักษา ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 8 คำถาม คะแนนรวม 0-24 คะแนน เกณฑ์การแปลผล: ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน), เสี่ยงน้อย (1 - 8 คะแนน), เสี่ยงปานกลาง (9 -16 คะแนน) และ เสี่ยงสูง (≥17 คะแนน)

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 26 ข้อ 4 ด้าน คะแนนรวม 26 - 130 คะแนน การแปลผล คุณภาพชีวิตต่ำ: 26 - 60 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง: 61 - 95 คะแนน คุณภาพชีวิตดี: 96 - 130 คะแนน

4) แบบประเมินภาระการดูแล (Zarit Burden Interview) สำหรับญาติ/ผู้ดูแล ประกอบด้วย 22 ข้อ คะแนนรวม 0 - 88 คะแนน

5) แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันการฆ่าตัวตาย พัฒนาขึ้นเฉพาะสำหรับการวิจัยนี้ ประกอบด้วย 20 ข้อ คะแนนรวม 0 - 20 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ป่วยและญาติ ประสบการณ์การรักษา ปัญหาอุปสรรค ความต้องการสำหรับบุคลากร ปัญหาในการดูแลรักษา ความต้องการพัฒนาระบบ สำหรับแกนนำชุมชน บทบาทในการสนับสนุนความพร้อมการมีส่วนร่วม

2) แนวทางการสนทนากลุ่ม ประเด็นการวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน การระดมความคิดในการพัฒนาระบบการประเมินความเหมาะสมของระบบที่พัฒนา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) ของทุกข้อคำถาม 0.80-1.00

2. ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างนำร่อง 30 คน ในอำเภอด่านซ้าย จังหวัดเลย (พื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียง) เครื่องมือที่ทดสอบใหม่ แบบประเมิน 8Q: Cronbach's alpha = 0.88 แบบประเมินความรู้: Cronbach's alpha = 0.85 (พัฒนาใหม่) แบบประเมินทัศนคติ: Cronbach's alpha = 0.84 (พัฒนาใหม่)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเตรียมการ การขออนุญาต จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูหลวง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 5 แห่ง ประสานงานกับนายอำเภอภูหลวง ผู้ใหญ่บ้านและแกนนำชุมชน แจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัยให้ชุมชนทราบ การฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูล ฝึกอบรมผู้ช่วยวิจัย 6 คน เป็นเวลา 2 วัน ทดสอบความเข้าใจและทักษะการเก็บข้อมูล กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน

2. กระบวนการเก็บข้อมูล

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน (4 เดือน) ทีมเก็บข้อมูล ผู้วิจัยหลักร่วมกับผู้ช่วยวิจัย 6 คน ประกอบด้วย นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน เภสัชกร 1 คน และนักเทคนิคการแพทย์ 1 คน การเตรียมทีม จัดอบรมผู้ช่วยวิจัย 3 วัน ครอบคลุมหลักการวิจัย เทคนิคการสัมภาษณ์ การใช้เครื่องมือ จริยธรรมการวิจัย และการทดสอบภาคปฏิบัติ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (เดือน 1 - 2) ระยะเวลา 6 สัปดาห์ แบ่งทีม 3 คู่ คู่ละ 1 - 2 ตำบล เก็บข้อมูลวันจันทร์ - วันศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น. ณ บ้านผู้ป่วยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (เดือน 3) สัมภาษณ์เชิงลึก 30 คนๆ ละ 45 - 60 นาที บันทึกเสียง ถอดเทป สนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 - 10 คน ระยะเวลา 90 - 120 นาที จัดที่ศูนย์เรียนรู้ชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล (เดือน 4) วิเคราะห์และสรุปผลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบในระยะต่อไป

2.2 ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบ (5 เดือน) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ PAR 8 ครั้ง ครั้งละ 4 - 6 ชั่วโมง เก็บข้อมูลการมีส่วนร่วมด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกกระบวนการพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่อง

2.3 ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผล (6 เดือน) เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโครงการ (Pretest) ติดตามข้อมูลระหว่างการดำเนินงาน (เดือนที่ 1, 3, 6) เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงาน (Posttest)

2.4 ระยะที่ 4 การปรับปรุงและพัฒนาต้นแบบ (3 เดือน) สัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมเพื่อประเมินผลและข้อเสนอแนะ จัดประชุมสรุปผลและวางแผนการขยายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS version 26.0 ที่ระดับนัยสำคัญ α = 0.05 ใช้สถิติพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และสถิติอนุมาน ประกอบด้วย Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อน -

หลังการทดลอง Chi-square test เปรียบเทียบสัดส่วน และ Multiple regression วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม NVivo version 12 ใช้ Content Analysis วิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม Framework Approach วิเคราะห์ตามกรอบแนวคิดที่กำหนด และ Triangulation ตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

3. การบูรณาการข้อมูล ใช้ Mixed Methods Integration วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพร่วมกัน สร้าง Joint Display แสดงความสอดคล้องและความแตกต่างของผลการวิจัยจากทั้งสองแนวทาง เพื่อให้ได้ข้อสรุปที่ครอบคลุมและลึกซึ้ง

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 048/2567 วันที่ 5 กรกฎาคม 2567

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภทในการศึกษานี้ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 157 คน ร้อยละ 57.1 มีอายุเฉลี่ย 41.8 ± 12.4 ปี โดยกลุ่มอายุ 31 - 45 ปี มีจำนวนมากที่สุด 127 คน ร้อยละ 46.2 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี 73 คน ร้อยละ 26.5 ด้านการศึกษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา 142 คน ร้อยละ 51.6 รองลงมาคือไม่ได้เรียนหรือจบประถมศึกษา 98 คน ร้อยละ 35.6 และจบระดับอุดมศึกษา 35 คน ร้อยละ 12.8 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม 156 คน ร้อยละ 56.7 รับจ้าง 78 คน ร้อยละ 28.4 และค้าขาย 28 คน ร้อยละ 10.2 ประเภทของโรคพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้า 216 คน ร้อยละ 78.5 และผู้ป่วยจิตเภท 59 คน ร้อยละ 21.5 ผู้ป่วยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.2 ± 2.8 ปี และเข้ารับการรักษาเฉลี่ย 8.6 ± 5.2 ครั้ง ที่น่าสนใจคือผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมีจำนวน 93 คน ร้อยละ 33.8 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาในกลุ่มนี้

2. สถานการณ์และปัจจัยเสี่ยง อำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร (ปี 2561 - 2566) สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 41.8 ปี เป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ 78.5 มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.8 ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านการรักษา ขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 ไม่ได้รับยาตามแผน ร้อยละ 45.8 ขาดการติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 72.3 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ความรู้สึกเป็นภาระ ร้อยละ 76.4 การถูกตีตรา ร้อยละ 68.2 ขาดการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 71.6 ปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 54.5 3) ปัจจัยด้านระบบบริการ ขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 ขาดการประสานงาน ร้อยละ 65.4 ความรู้และทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขและแกนนำชุมชน ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า โรคจิตเภท และการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 170 คน พบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีระดับความรู้สูงกว่าแกนนำชุมชน/อสม.อย่างชัดเจน บุคลากรสาธารณสุข (n = 50) มีความรู้อยู่ในระดับที่ดี โดยมีค่าเฉลี่ย 14.6 ± 2.8 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 48.0 และดีมาก ร้อยละ 36.0 เพียงร้อยละ 16.0 ที่มีความรู้ปานกลาง และไม่มีผู้ใดที่มีความรู้ในระดับต่ำ ในขณะที่แกนนำชุมชน/อสม. จำนวน 120 คน มีระดับความรู้ต่ำกว่า โดยมีค่าเฉลี่ย 10.2±3.4 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.7 และยังมีผู้ที่มีความรู้ในระดับต่ำถึงร้อยละ 20.0 มีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่มีความรู้ในระดับดีขึ้นไป ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิตให้แก่แกนนำชุมชนและอสม. เพื่อให้สามารถทำหน้าที่ในการดูแลและส่งต่อผู้ป่วยในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ความต้องการในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จากการวิเคราะห์ความต้องการของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบความต้องการ 5 ด้านหลัก โดยความต้องการสูงสุดคือระบบการติดตามที่ต่อเนื่อง

ร้อยละ 92.3 รองลงมาคือระบบส่งต่อที่รวดเร็ว ร้อยละ 91.2 และแนวทางการจัดการภาวะวิกฤตที่ชัดเจน ร้อยละ 88.7 ด้านระบบคัดกรองต้องการเครื่องมือที่ง่าย สะดวก ใช้ได้ในชุมชน ร้อยละ 85.6 และการอบรมทักษะการประเมินความเสี่ยง ร้อยละ 78.4 ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนต้องการให้ชุมชนมีบทบาทในการดูแล ร้อยละ 83.5 และการสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 79.6 ด้านการสนับสนุนทางสังคมต้องการกิจกรรมลดการตีตรา ร้อยละ 76.8 และกลุ่มช่วยเหลือในชุมชน ร้อยละ 72.4 ขณะที่การใช้เทคโนโลยีช่วยติดตามมีความต้องการปานกลาง ร้อยละ 68.5 ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังแบบองค์รวมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการทุกภาคส่วน

3. ระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การวิจัยนี้ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 40 คน ระยะเวลา 4 เดือน ผ่าน 4 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันด้วยเทคนิค AIC 2) การออกแบบระบบแบบมีส่วนร่วม 3) การพัฒนาเครื่องมือ 8 ชิ้น และ 4) การประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญ ระบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “ภูหลวงโมเดล” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบของระบบ ดังนี้

1) ระบบค้นหาและคัดกรอง ใช้แบบประเมิน 8Q ฉบับชุมชน มีอสม.คัดกรองเบื้องต้น จัดทำแผนที่กลุ่มเสี่ยงระดับหมู่บ้าน พบกลุ่มเสี่ยงสูง 33 คน ร้อยละ 3.9 เสี่ยงปานกลาง 124 คน ร้อยละ 14.5 เสี่ยงน้อย 285 คน ร้อยละ 33.4

2) ระบบติดตามเฝ้าระวัง เยี่ยมบ้านประจำเดือน ใช้ Line กลุ่มเฝ้าระวัง ประสานงานกับญาติผู้ดูแล ผลการติดตาม การเยี่ยมบ้าน 1,248 ครั้งใน 6 เดือน อัตราการติดตามตามแผนเพิ่มจาก ร้อยละ 28.3 เป็น ร้อยละ 93.3

3) ระบบจัดการภาวะวิกฤต มี Flowchart การจัดการชัดเจน ทีมช่วยเหลือฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง ระบบส่งต่อ Fast Track จาก 2.5 ชั่วโมง ใช้เวลาตอบสนองเฉลี่ย 45 นาที อัตราการส่งต่อที่เหมาะสมเพิ่มจากร้อยละ 65 เป็น ร้อยละ 92

4) ระบบสนับสนุนทางสังคม กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน 15 กลุ่ม กิจกรรมลดการตีตรา 6 ครั้ง ธรรมบำบัดที่วัด 8 ครั้ง อบรมครอบครัว 10 ครั้ง ระดับการตีตราลดจาก 6.8 เป็น 4.9 คะแนน ความรู้สึกโดดเดี่ยวลดจาก 7.8 เป็น 4.2 คะแนน

5) ระบบบริหารจัดการ คณะกรรมการระดับอำเภอ ระบบข้อมูลออนไลน์ พัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง

ผลการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การดำเนินการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นขั้นตอนแรกของระบบ “ภูหลวงโมเดล” โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยง 8Q ในการประเมินประชากรผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภททั้งหมดในพื้นที่อำเภอภูหลวง การคัดกรองนี้ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขร่วมกับแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้ครอบคลุมและเข้าถึงผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง ผลการคัดกรองแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (N = 854)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ	การดำเนินการ
ไม่มีความเสี่ยง (0 คะแนน)	412	48.2	ให้ความรู้และติดตามปกติ
เสี่ยงน้อย (1 - 8 คะแนน)	285	33.4	เฝ้าระวังและติดตามใกล้ชิด
เสี่ยงปานกลาง (9 - 16 คะแนน)	124	14.5	เยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง
เสี่ยงสูง (≥17 คะแนน)	33	3.9	ส่งพบแพทย์ภายใน 24 ชม.
รวม	**854**	**100**	

ผลการคัดกรอง พบว่า ประชากรผู้ป่วยในพื้นที่เกือบครึ่งหนึ่ง 412 คน ร้อยละ 48.2 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ขณะที่อีกหนึ่งในสามมีความเสี่ยงน้อย 285 คน ร้อยละ 33.4 ซึ่งกลุ่มนี้ต้องการการเฝ้าระวังและติดตามใกล้ชิดที่น่าสนใจคือ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางถึงสูงรวมกัน 157 คน ร้อยละ 18.4 โดยกลุ่มเสี่ยงปานกลาง 124 คน ร้อยละ 14.5 ต้องการการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง และกลุ่มเสี่ยงสูง 33 คน ร้อยละ 3.9 ต้องการการส่งพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง สัดส่วนผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงระดับปานกลางถึงสูงในพื้นที่ศึกษา ร้อยละ 18.4 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศที่อยู่ในช่วงร้อยละ 8 - 12 เกือบเท่าตัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่และความจำเป็นเร่งด่วนในการมีระบบเฝ้าระวังและป้องกันที่เข้มแข็งและครอบคลุม ผลการคัดกรองนี้เป็นข้อมูลสำคัญในการวางแผนการจัดสรรทรัพยากรและการดำเนินงานตามระดับความเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม

4. ผลการทดลองใช้และประสิทธิผลของระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การทดลองใช้ระบบ "ภูหลวงโมเดล" ได้รับการทดลองใช้เป็นเวลา 6 เดือน (ตุลาคม 2567 - มีนาคม 2568) กับกลุ่มตัวอย่าง 60 คน ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

4.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการทดลองจำนวน 60 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.0 มากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 40 ด้านช่วงอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 31 - 45 ปี มีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 46 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 กลุ่มอายุ 18 - 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 20 และกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี มีสัดส่วนน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 6.6 เมื่อพิจารณาประเภทโรค พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีสัดส่วนสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 78.3 ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสัดส่วนน้อยกว่า คิดเป็นร้อยละ 21.7 สำหรับระดับความเสี่ยงเริ่มต้น พบว่ากลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีสัดส่วนมากกว่าเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 55 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45

4.2 ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้ระบบ

4.2.1 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q Scale) ทำการประเมินผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 60 คน ก่อนเริ่มการทดลองและหลังการทดลองเป็นเวลา 6 เดือน ผลการเปรียบเทียบแสดงดัง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย ± S.D.	ค่ามัธยฐาน	Min – Max (mean diff)	95% CI
ก่อนการทดลอง	12.4 ± 4.2	12.0	8 - 22	11.3 - 13.5
หลังการทดลอง 6 เดือน	6.2 ± 3.1	6.0	2 - 14	5.4 - 7.0
ผลต่าง	**-6.2±3.8**	**-6.0**	**-15 ถึง 2**	**-7.2 ถึง -5.2**

ผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มทดลอง 60 คน พบว่า คะแนนความเสี่ยงเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 12.4 ± 4.2 คะแนนก่อนการทดลอง เป็น 6.2 ± 3.1 คะแนนหลังการทดลอง 6 เดือน ($t = 12.73$, $df = 59$, $p < 0.001$) โดยมีการลดลงเฉลี่ย 6.2 ± 3.8 คะแนน (95% CI: -7.2 ถึง -5.2) ค่ามัธยฐานของคะแนนความเสี่ยงลดลงจาก 12.0 เป็น 6.0 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการปรับปรุงที่ชัดเจน ช่วงคะแนนก่อนการทดลองอยู่ระหว่าง 8 - 22 คะแนน ลดลงเป็น 2 - 14 คะแนน หลังการทดลอง การลดลงของคะแนนความเสี่ยงมีช่วงกว้างตั้งแต่ 2 ถึง 15 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยแต่ละรายมีการตอบสนองต่อระบบแตกต่างกัน แต่โดยรวมแล้วระบบ “ภูหลวงโมเดล” สามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงจากระดับเสี่ยงสูงและปานกลางไปสู่ระดับเสี่ยงน้อย ซึ่งมีความหมายสำคัญทางคลินิกในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

4.2.2 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF) ซึ่งวัดคุณภาพชีวิตใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยทำการประเมินก่อนและหลังการทดลองใช้ระบบ “ภูหลวงโมเดล” เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ด้านคุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ผลต่าง	p-value
ด้านสุขภาพกาย	14.2±3.1	18.7±2.8	+4.5±3.2	<0.001
ด้านจิตใจ	13.8±3.4	17.9±3.1	+4.1±3.5	<0.001
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	8.9±2.2	11.4±2.0	+2.5±2.4	<0.001
ด้านสิ่งแวดล้อม	23.1±4.6	26.8±4.2	+3.7±4.1	<0.001
คะแนนรวม	60.0±11.2	74.8±10.1	+14.8±12.1	<0.001

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน (p<0.001) โดยด้านสุขภาพกายมีการปรับปรุงมากที่สุด เพิ่มขึ้น 4.5 ± 3.2 คะแนน จาก 14.2 ± 3.1 เป็น 18.7 ± 2.8 คะแนน รองลงมาคือด้านจิตใจที่เพิ่มขึ้น 4.1 ± 3.5 คะแนน และด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้น 3.7 ± 4.1 คะแนน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมแม้จะมีการปรับปรุงน้อยที่สุด แต่ก็เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ 2.5 ± 2.4 คะแนน จาก 8.9 ± 2.2 เป็น 11.4 ± 2.0 คะแนน ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงผลของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนและการลดการตีตราทางสังคม คะแนนรวมของคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 60.0 ± 11.2 เป็น 74.8 ± 10.1 คะแนน หรือเพิ่มขึ้น 14.8 ± 12.1 คะแนน (p<0.001) ซึ่งถือเป็นการปรับปรุงที่มีความหมายทางคลินิกอย่างชัดเจน แสดงให้เห็นว่าระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ลดความเสี่ยงเท่านั้น แต่ยังช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2.3 ภาระการดูแลของญาติ (Zarit Burden Interview) การประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชเป็นตัวชี้วัดสำคัญในการวัดประสิทธิผลของการแทรกแซง เนื่องจากญาติผู้ดูแลมักประสบกับภาระทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมจากการดูแลผู้ป่วย การศึกษานี้ใช้แบบสอบถาม Zarit Burden Interview ซึ่งเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการประเมินระดับภาระการดูแลของญาติผู้ดูแล ผลการศึกษาแสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลของญาติก่อนและหลังการทดลอง (n = 60)

ระยะเวลา	ค่าเฉลี่ย ± S.D.	ค่ามัธยฐาน	Min - Max (mean diff)	p-value
ก่อนการทดลอง	48.3 ± 12.6	47.5	28 - 72	
หลังการทดลอง	32.1 ± 10.8	31.0	15 - 58	<0.001
ผลต่าง	**-16.2±11.2**	**-16.5**	**-42 ถึง 8**	

ผลการเปรียบเทียบภาระการดูแลของญาติก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p<0.001 ก่อนการทดลอง ญาติผู้ดูแลมีคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ย

48.3 ± 12.6 คะแนน ค่ามัธยฐาน 47.5 คะแนน, ช่วง 28 - 72 คะแนน หลังการทดลอง คะแนนภาระการดูแลลดลงเหลือ 32.1 ± 10.8 คะแนน ค่ามัธยฐาน 31.0 คะแนน ช่วง 15 - 58 คะแนน ผลต่างคะแนนภาระการดูแลเฉลี่ยลดลง 16.2 ± 11.2 คะแนน ค่ามัธยฐาน -16.5 คะแนน โดยมีช่วงการลดลงตั้งแต่ 42 คะแนน ไปจนถึงการเพิ่มขึ้น 8 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงสามารถลดภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิผลและมีนัยสำคัญทางสถิติ

4.3 ตัวชี้วัดด้านพฤติกรรมสุขภาพ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบการปรับปรุงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกตัวชี้วัด ($p<0.001$) การมารับยาต่อเนื่อง เพิ่มขึ้นจาก 27 คน ร้อยละ 45 เป็น 52 คน ร้อยละ 86.7หลังการทดลอง แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเด่นชัด การได้รับการเยี่ยมบ้าน เพิ่มขึ้นอย่างโดดเด่นจาก 17 คน ร้อยละ 28.3 เป็น 56 คน ร้อยละ 93.3 ซึ่งสะท้อนถึงการขยายการเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนที่ดีขึ้น การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 8 คน ร้อยละ 13.3 เป็น 42 คน ร้อยละ 70 แสดงให้เห็นถึงการปรับปรุงการมีส่วนร่วมทางสังคมและการลดความแยกตัวของผู้ป่วย การมีผู้สนับสนุนในชุมชนเพิ่มขึ้นจาก 15 คน ร้อยละ 25 เป็น 51 คน ร้อยละ 85 ซึ่งบ่งชี้ถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่แข็งแกร่งขึ้น

4.4 การลดจำนวนการพยายามฆ่าตัวตาย ผลการเปรียบเทียบจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในระยะเวลา 6 เดือนแต่ละช่วง พบว่า การแทรกแซงสามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.37$, $p = 0.018$) ก่อนการทดลอง มีการพยายามฆ่าตัวตายรวม 8 ครั้ง จาก 6 ราย คิดเป็นอัตรา 266.7 ต่อ 1,000 คน/ปี หลังการทดลอง จำนวนการพยายามฆ่าตัวตายลดลงเหลือ 2 ครั้ง จาก 2 ราย คิดเป็นอัตรา 66.7 ต่อ 1,000 คน/ปี การลดลงของจำนวนการพยายามฆ่าตัวตายคือ 6 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75 จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.7 และอัตราการเกิดเหตุการณ์ลดลง 200.0 ต่อ 1,000 คน/ปี คิดเป็นร้อยละ 75

4.5 ประสิทธิภาพการตอบสนองภาวะวิกฤต ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพการตอบสนองภาวะวิกฤตก่อนและหลังการมีระบบ พบการปรับปรุงในทุกตัวชี้วัดอย่างเด่นชัด ระยะเวลาตอบสนองเฉลี่ย ลดลงอย่างมีนัยสำคัญจาก 2.5 ชั่วโมง เป็น 45 นาที คิดเป็นการลดลงร้อยละ 70 ซึ่งแสดงถึงการเพิ่มความรวดเร็วในการให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤต อัตราการส่งต่อที่เหมาะสม เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 65 เป็นร้อยละ 92 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 27 บ่งชี้ถึงการปรับปรุงคุณภาพการประเมินและการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่เหมาะสม จำนวนเหตุการณ์วิกฤตที่จัดการได้ เพิ่มขึ้นจาก 3 ใน 5 กรณี ร้อยละ 60 เป็น 5 ใน 5 กรณี ร้อยละ 100 คิดเป็นการเพิ่มขึ้นร้อยละ 40 แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการจัดการภาวะวิกฤตที่สมบูรณ์ขึ้น

4.6 การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ผลการดำเนินกิจกรรมสนับสนุนทางสังคมในการสร้างเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ป่วยทางจิตเวชและครอบครัว พบว่า กิจกรรมทั้ง 4 ประเภทสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิผล กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน จัดขึ้น 12 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 180 คน สามารถสร้างเครือข่ายสนับสนุนได้ 15 กลุ่ม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการขยายระบบสนับสนุนแบบเพียร์ที่มีประสิทธิผล กิจกรรมลดการตีตรา จัดขึ้น 6 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 450 คน ส่งผลให้ทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยทางจิตเวชเพิ่มขึ้นร้อยละ 68 บ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญ ธรรมบำบัดที่วัด จัดขึ้น 8 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 120 คน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีที่พึ่งทางใจถึงร้อยละ 85 แสดงถึงประสิทธิผลในการให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ การอบรมครอบครัว จัดขึ้น 10 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 150 คน ส่งผลให้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของครอบครัวเพิ่มขึ้นร้อยละ 78 ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลผู้ป่วย

4.7 การประเมินทัศนคติต่อการตีตราทางสังคม ผลการเปรียบเทียบคะแนนการตีตราทางสังคมก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มผู้ประเมิน 3 กลุ่ม พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกกลุ่ม ($p<0.001$) ผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราทางสังคม มีคะแนนการรับรู้การถูกตีตราลดลงจาก 6.8 ± 1.4 เป็น 4.9 ± 1.2 คะแนน โดยลดลง 1.9 ± 1.3 คะแนน แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรู้สึกถูกตีตราน้อยลงอย่างเด่นชัด ญาติ/ผู้ดูแล การตีตราผู้ป่วย มีคะแนนการตีตราผู้ป่วยลดลง

จาก 5.2 ± 1.6 เป็น 3.8 ± 1.1 คะแนน โดยลดลง 1.4 ± 1.4 คะแนน บ่งชี้ว่าญาติผู้ดูแลมีการตีตราผู้ป่วยลดลง ชุมชนทัศนคติต่อผู้ป่วย มีคะแนนทัศนคติเชิงบวกเพิ่มขึ้นจาก 2.8 ± 0.9 เป็น 3.9 ± 0.8 คะแนน โดยเพิ่มขึ้น 1.1 ± 0.7 คะแนน สะท้อนการปรับปรุงทัศนคติของชุมชนต่อผู้ป่วยทางจิตเวชในทิศทางที่ดีขึ้น

5. ปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรค

5.1 ปัจจัยความสำเร็จ การศึกษาพบปัจจัยความสำเร็จของระบบ “ภูหลวงโมเดล” 5 ด้านหลัก โดย การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เป็นปัจจัยสำคัญที่สุด ร้อยละ 92.3 ที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติ บุคลากรสาธารณสุข และชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของและมีความรับผิดชอบร่วมกัน รองลงมาคือ การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ร้อยละ 88.5 ซึ่งผู้ใหญ่บ้านและกำนันให้การสนับสนุนเต็มที่ การพัฒนาศักยภาพต่อเนื่อง ร้อยละ 84.6 ด้วยการฝึกอบรมสม่ำเสมอ ระบบสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ร้อยละ 80.8 โดยใช้ LINE และการสื่อสารแบบเห็นหน้า และ การบูรณาการกับงานประจำ ร้อยละ 76.9 ที่ไม่เป็นภาระเพิ่มเติมแต่สามารถทำควบคู่กันได้

5.2 อุปสรรคและข้อจำกัด อุปสรรคหลักที่พบคือ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 65.4 ซึ่งต้องแก้ไขด้วยการจัดสรรทรัพยากรและกำลังคนเพิ่มเติม งบประมาณไม่เพียงพอ ร้อยละ 57.7 ต้องหาแหล่งงบประมาณหลากหลายเพื่อความยั่งยืน การตีตรายังคงมี ร้อยละ 53.8 ต้องดำเนินกิจกรรมลดการตีตราอย่างต่อเนื่อง ความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย ร้อยละ 46.2 ต้องสร้างความเข้าใจกับผู้บริหารทุกระดับ และ การเข้าถึงเทคโนโลยี ร้อยละ 34.6 ต้องเพิ่มการฝึกอบรมการใช้เทคโนโลยี

6. ความพึงพอใจต่อระบบ ระดับความพึงพอใจต่อระบบ "ภูหลวงโมเดล" จากผู้เข้าร่วมทั้งหมด 180 คน พบว่าความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.2±0.6 คะแนน และผู้ที่มีความพึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 76.1 เมื่อพิจารณารายกลุ่ม พบว่า ญาติ/ผู้ดูแล มีความพึงพอใจสูงสุด โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.3±0.5 และมีผู้พึงพอใจระดับมากถึงร้อยละ 81.7 ไม่มีผู้ใดพึงพอใจระดับน้อยหรือน้อยมาก ผู้ป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 4.2±0.6 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากร้อยละ 78.3 มีเพียงร้อยละ 1.7 ที่พึงพอใจระดับน้อย บุคลากรสาธารณสุข มีคะแนนเฉลี่ย 4.1±0.7 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากร้อยละ 73.3 และมีผู้พึงพอใจระดับน้อยเพียงร้อยละ 3.4 แกนนำชุมชน/อสม. มีคะแนนเฉลี่ย 4.0±0.8 โดยมีผู้พึงพอใจระดับมากร้อยละ 70 และมีผู้พึงพอใจระดับน้อยร้อยละ 3.3

7. การประเมินประสิทธิผลโดยรวม ประสิทธิผลของระบบ “ภูหลวงโมเดล” การทดลองใช้ระบบเป็นเวลา 6 เดือน แสดงประสิทธิผลที่มีนัยสำคัญในทุกด้าน **ผลลัพธ์หลัก** ได้แก่ ผู้ป่วยร้อยละ 73.3 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลง ไม่มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในช่วงทดลอง และการพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 75 **ผลลัพธ์รอง** ประกอบด้วย การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มขึ้นร้อยละ 92.7 การเยี่ยมบ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 230 ระยะเวลาตอบสนองฉุกเฉินลดลงจาก 2.5 ชั่วโมง เป็น 45 นาที และชุมชนมีทัศนคติที่ดีขึ้นต่อผู้ป่วยจิตเวช **ปัจจัยความสำเร็จ** คือ การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของทุกภาคส่วน การบูรณาการระบบอย่างต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการปรับให้เข้ากับบริบทท้องถิ่น**อุปสรรค** ได้แก่ ภาระงานที่เพิ่มขึ้น งบประมาณไม่เพียงพอ การตีตรายังคงมี และความไม่ต่อเนื่องของนโยบายระบบมีประสิทธิผลสูงและศักยภาพในการเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

8. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

8.1 ประสบการณ์ของผู้ป่วยและญาติ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบหลัก 3 ประการที่สะท้อนการเปลี่ยนแปลงเชิงบวก ความรู้สึกไม่โดดเดี่ยว ผู้ป่วยรู้สึกว่า “มีคนใส่ใจ มีคนคอยดูแล” และ “ไม่ต้องเก็บความเจ็บปวดไว้คนเดียวแล้ว” ซึ่งแสดงถึงการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพ การเพิ่มขึ้นของความหวัง ปรากฏชัดเจนจากการที่ผู้ป่วยเริ่ม “เห็นแสงสว่าง รู้สึกว่าชีวิตยังมีค่า” และญาติสังเกตว่า “ลูกเริ่มมีความฝันอีกครั้ง” บ่งชี้ถึงการฟื้นฟูความมุ่งหวังในชีวิต การลดลงของความรู้สึกผิด เกิดขึ้นจากความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยรู้ว่า “ไม่ใช่ความผิดของตัวเอง เป็นเรื่องของโรค” และญาติเข้าใจว่า “ไม่ใช่พ่อแม่ที่แย่ โรคนี้รักษาได้”

8.2 มุมมองของบุคลากรสาธารณสุข รายงานผลกระทบเชิงบวกต่อการปฏิบัติงาน ได้แก่ การมีเครื่องมือประเมินความเสี่ยงที่ชัดเจน ความมั่นใจในการจัดการภาวะวิกฤตที่เพิ่มขึ้น และการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ดีขึ้น แม้ว่าจะมีภาระงานเพิ่มขึ้นในช่วงแรก แต่มีประสิทธิภาพมากขึ้นในระยะยาว

8.3 การเปลี่ยนแปลงในชุมชน จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม พบการเปลี่ยนแปลงสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ ชุมชนเริ่มพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตได้มากขึ้น การลดลงของคำพูดที่ดูถูกผู้ป่วยจิตเวช ผู้นำชุมชนให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น และเกิดกลุ่มสนับสนุนภายในชุมชนอย่างเป็นธรรมชาติ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนตามทฤษฎีของ Cohen & Uphoff[25] ที่พบว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือ การตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความยั่งยืนของระบบ สอดคล้องกับทฤษฎีระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตายของ Joiner[24] ที่อธิบายว่าการลดความรู้สึกเป็นภาระและเพิ่มความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคมจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งระบบที่พัฒนาขึ้นได้ตอบสนองทั้งสองมิตินี้ผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนและการลดการตีตรา ประสิทธิผลของระบบในการเพิ่มการมารับยาต่อเนื่องจากร้อยละ 45 เป็นร้อยละ 86.7 สูงกว่าการศึกษาของ Motohashi และคณะ ในญี่ปุ่นที่พบการเพิ่มขึ้นร้อยละ 35 ทั้งนี้อาจเนื่องจากระบบที่พัฒนาขึ้นมีการติดตามที่ใกล้ชิดกว่าและใช้เทคโนโลยี Line ในการสื่อสารซึ่งเข้าถึงได้ง่ายในบริบทไทย การลดการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 75[17] สูงกว่าการศึกษาของ Hegerl และคณะ[15] ในเยอรมนีที่พบการลดลงร้อยละ 24 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทไทยการศึกษาของ Mann และคณะ[29] ที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพควรมีองค์ประกอบหลายด้าน ซึ่งสอดคล้องกับ “ภูหลวงโมเดล” ที่ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบครบถ้วน นอกจากนี้ การศึกษาของ Zalsman และคณะ[30] ที่เน้นการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จ

การผสมผสานกิจกรรมทางศาสนา (ธรรมบำบัด) เข้ามาในระบบถือเป็นนวัตกรรมที่เหมาะสมกับบริบทไทยและช่วยลดการตีตราได้ในระดับหนึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Koenig[31] ที่พบว่าการมีส่วนร่วมทางศาสนาช่วยเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตาย การใช้เทคโนโลยี Line ในการติดตามเฝ้าระวังเป็นการปรับใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยเฉพาะในชุมชนชนบทอย่างไรก็ตาม การตีตราทางสังคม (Social Stigma) ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญแม้จะมีกิจกรรมลดการตีตราแล้วก็ตาม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rüsch และคณะ[32] ที่พบว่าการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของสังคมต้องใช้เวลานานและต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง การที่ระบบได้รับการบูรณาการเข้ากับแผนพัฒนาท้องถิ่นและมีการจัดตั้งกองทุนสุขภาพจิตชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนของ Rappaport & Zimmerman[27] เน้นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการจัดการปัญหาด้วยตนเอง ความสำเร็จของระบบเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนตั้งแต่เริ่มต้น การสนับสนุนจากผู้นำชุมชน และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง

การวิจัยมีข้อจำกัดสำคัญคือการไม่มีกลุ่มควบคุมและระยะเวลาติดตามที่สั้น (6 เดือน) ทำให้ไม่สามารถควบคุมปัจจัยแทรกซ้อนได้สมบูรณ์ การศึกษาของ Goldsmith และคณะ[33] เสนอแนะว่าการประเมินโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายควรติดตามผลอย่างน้อย 2 - 3 ปี เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาว นอกจากนี้ การศึกษาเฉพาะในอำเภอภูหลวงอาจทำให้ผลการวิจัยไม่สามารถสรุปอ้างอิงไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างได้ทันที การมีอคติในการรายงาน (Hawthorne Effect) จากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้ว่าตนเองอยู่ในโครงการอาจทำให้เกิดอคติในการรายงานผลในทางบวกมากเกินจริง

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า “ภูหลวงโมเดล” มีศักยภาพในการเป็นต้นแบบสำหรับการพัฒนานโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ความสำเร็จของระบบสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการองค์ความรู้ทางวิชาการกับภูมิปัญญาท้องถิ่น การให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน และการปรับใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น

สรุปผล

การศึกษาพบว่าอำเภอภูหลวงมีอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 18.82 ต่อแสนประชากร สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ 2.5 - 3.4 เท่า ปัจจัยเสี่ยงหลักคือการขาดการรักษาต่อเนื่อง ร้อยละ 68.4 การถูกตีตราทางสังคม ร้อยละ 68.2 และการขาดระบบเฝ้าระวังในชุมชน ร้อยละ 82.5 การวิจัยพัฒนา "ภูหลวงโมเดล" ด้วยวิธี R&D ร่วมกับ PAR จากกลุ่มตัวอย่าง 720 คน โดยประกอบด้วย 5 ระบบหลัก คือ ระบบค้นหาคัดกรอง ระบบติดตามเฝ้าระวัง ระบบจัดการภาวะวิกฤต ระบบสนับสนุนทางสังคม และระบบบริหารจัดการ ผลการทดลองใช้ 6 เดือน กับผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 60 คน แสดงประสิทธิผลสูง โดยความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงจาก 12.4 เป็น 6.2 คะแนน ($p<0.001$) การมารับยาต่อเนื่องเพิ่มเป็นร้อยละ 86.7 การพยายามฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 75 และสร้างเครือข่ายสนับสนุน 15 กลุ่ม ระบบมีศักยภาพเป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรนำ "ภูหลวงโมเดล" เป็นต้นแบบพัฒนานโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ จัดสรรงบประมาณเฉพาะสำหรับการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และกำหนดตัวชี้วัดการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดหลักในการประเมินผลงานหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นทักษะการคัดกรอง การสื่อสาร และการจัดการภาวะวิกฤต สร้างระบบพี่เลี้ยงให้พื้นที่ที่ประสบความสำเร็จเป็นพี่เลี้ยงแก่พื้นที่ใหม่ และพัฒนาเทคโนโลยีสนับสนุน เช่น แอปพลิเคชันคัดกรอง และติดตามผล

ข้อเสนอแนะการวิจัยต่อไป ติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 2-3 ปีเพื่อประเมินความยั่งยืน ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ใช้ระบบกับพื้นที่ควบคุม และวิเคราะห์ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอภูหลวงทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอบคุณโรงพยาบาลภูหลวงและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลยที่สนับสนุนการดำเนินงาน

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO; 2021.
2. Kedar A. Global trends in suicide mortality from 1990 to 2019: A joinpoint regression analysis. J Affect Disord. 2021;295:1152-61.
3. Naghavi M; Global Burden of Disease Self-Harm Collaborators. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. BMJ. 2019;364:l94.

4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2566.
5. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
6. ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายรายภาค ปี พ.ศ. 2566. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายจังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2566. เลย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย; 2567.
8. Sher L, Kahn RS. Suicide in schizophrenia: an educational overview. Medicina (Kaunas). 2019;55(7):361.
9. Ventriglio A, Gentile A, Bonfitto I, et al. Suicide in the early stage of schizophrenia. Front Psychiatry. 2021;12:632494.
10. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(7):1425.
11. Hawton K, Casañas i Comabella C, Haw C, Saunders K. Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. J Affect Disord. 2013;147(1-3):17-28.
12. Nordentoft M, Mortensen PB, Pedersen CB. Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. Arch Gen Psychiatry. 2011;68(10):1058-64.
13. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Majak M, et al. Real-world effectiveness of antipsychotic treatments in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. JAMA Psychiatry. 2018;74(7):686-93.
14. World Health Organization. Preventing suicide: a community engagement toolkit. Geneva: WHO; 2018.
15. Hegerl U, Rummel-Kluge C, Värnik A, Arensman E, Koburger N, et al. Alliances against depression - A community based approach to target depression and to prevent suicidal behaviour. Neurosci Biobehav Rev. 2019;100:61-74.
16. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med. 2006;36(9):1225-33.
17. Motohashi Y, Kaneko Y, Sasaki H, Yamaji M. A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. Suicide Life Threat Behav. 2007;37(5):593-9.
18. Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang SS, Wu KCC, Chen YY. Means restriction for suicide prevention. Lancet. 2012;379(9834):2393-9.
19. Lim M, Lee SU, Park JI. Difference in suicide risk by psychiatric diagnosis and sex: a longitudinal study of patients visiting emergency department for suicide attempts. J Korean Med Sci. 2014;29(12):1696-703.
20. จิรศักดิ์ สุวรรณชัย, วรรณา ติงศภัทิย์, สุนีย์ คงคา. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในระดับตำบล จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2020;29(3):425-37.
21. ประจวบ จันทรโชติ, สมจิต นิลประพันธ์, รัชนี ศรีสวัสดิ์. การบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2019;27(2):123-36.
22. โรงพยาบาลภูหลวง. รายงานสถิติการฆ่าตัวตาย อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย ปี พ.ศ. 2561-2566. เลย: โรงพยาบาลภูหลวง; 2567.
23. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง. รายงานการสำรวจผู้ป่วยจิตเวชที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย อำเภอภูหลวง ปี พ.ศ. 2566. เลย: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภูหลวง; 2566.

24. Joiner T. Why people die by suicide. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
25. Cohen JM, Uphoff NT. Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. World Dev. 1980;8(3):213-35.
26. Brofenbrenner U. The ecology of human development: experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press; 1979.
27. Rappaport J, Zimmerman MA. Empowerment theory for rehabilitation research: conceptual and methodological considerations. Rehabil Psychol. 2018;33(1):3-17.
28. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The SAGE handbook of qualitative research. London: SAGE; 2022. p.559-603.
29. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.
30. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
31. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. ISRN Psychiatry. 2012;2012:278730.
32. Rüsch N, Angermeyer MC, Corrigan PW. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. Eur Psychiatry. 2005;20(8):529-39.
33. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE. Reducing suicide: a national imperative. Washington: National Academies Press; 2002.