



# ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

## The Effectiveness of Suicide Surveillance and Prevention Guidelines with the Community Participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province

จักรกริช ไชยทองศรี\*, อาทิตยา บุตรแสง\*, เจษฎา สุรวรรณ\*\*, ปัทมา ล้อพงศ์พานิช\*\*\*

Jagkrit Chaitongsri\*, Arthittaya Butsaeng\*, Jesada Surawan\*\*, Pattama Lophongpanit\*\*\*

\* โรงพยาบาลชำสูง

\*\* สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

\*\*\* คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

\* Sam Sung Hospital

\*\* Strategy for Health Development Subdivision, Khon Kaen Provincial Health Office

\*\*\* Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น

**วิธีการศึกษา** การวิจัยแบบกึ่งทดลอง รูปแบบ Pretest Posttest Design เก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือบริการสุขภาพ ชำสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและครอบคลุมวัดดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2) แบบประเมินความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และระบบส่งต่อผู้ป่วย 3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

**ผลการศึกษา** เครื่องมือบริการสุขภาพชำสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมวัดดี ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .01$ ,  $\leq .05$  และ  $\leq .01$  ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 80.00 มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย ร้อยละ 20.00 ระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 93.33 ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.67 มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .05$ )

**สรุป** การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยแก่ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตรายบุคคล พัฒนาการรับรู้ด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมความคิดเชิงบวก สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายน้อยลง

**คำสำคัญ** ประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชนวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 59-70

Corresponding author: จักกริช ไชยทองศรี โรงพยาบาลชำสูง 231 หมู่ 3 อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น 40170

Email: Jagkrit.chai@gmail.com

วันรับ : 28 มิถุนายน 2564 วันแก้ไข : 1 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ : 5 ตุลาคม 2564

## Abstract

**Objective:** To study the effectiveness of suicide surveillance and prevention guidelines with the community participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province

**Methods:** This was a quasi-experimental pre-test and post-test studies research design. Data were collected from September 1 - December 31, 2020. The sample groups were purposive sampling include the suicidal risk groups, which were divided into the control and experimental group, 30 people for each group, Sam Sung health service network, suicide risk families, and buddy families. The research tools consisted of 1) teaching plans, 2) assessment of the knowledge, attitudes, surveillance behaviors of suicide prevention, and referral system 3) the 2-questions depression screening form, the 9-questions depression screening form, and the 8-questions suicidal ideation form (8Q) from the Department of Mental Health, Ministry of Health. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

**Results:** The mean score of knowledge, attitude, surveillance behaviors of suicide prevention, and referral system in Sam Sung health service network group, suicide risk families, and buddy families after participating in a research project was statistically significantly higher than before participating. (p-value  $\leq .01$ ,  $\leq .05$ , and  $\leq .01$  respectively) Before participating in a research project, 80.00% of the experimental suicidal risk group had the current suicidal tendencies/ideas at a low level and 20.00% at a medium level. After participating in a research project 93.33% had no suicidal tendencies/ideas and 6.67% had the current suicidal tendencies/ideas at a low level. The levels of current suicidal tendencies/ideas were statistically different between the control and experimental group. (p-value  $\leq .05$ )

**Conclusion:** Provide education and developing surveillance suicide prevention, and referral system skills to the families and communities together with solving individual physical and mental health problems, develop knowledge of mental health and promote positive thinking to the suicidal risk groups. It can help reduce the current suicidal tendencies/ideas.

**Keywords:** effectiveness, suicide surveillance and prevention, community participation  
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 59-70

## บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงทั้งในแง่สังคมและสาธารณสุข จากสถิติองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) ร้อยละ 79 ของการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ - รายได้ปานกลาง พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (13.5 และ 7.7 ต่อประชากรแสนคน) และ เป็นอันดับที่ 18 ของสาเหตุการตายทั่วโลก<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย พบแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 6.03 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 6.30 และ 6.64 ในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ<sup>2</sup> เช่นเดียวกับกับจังหวัดขอนแก่น พบแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายสูงขึ้น จากปี พ.ศ. 2560 - 2562 เท่ากับ 5.89, 7.21 และ 7.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ<sup>3</sup> อำเภอที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2562 คืออำเภอชำสูง เท่ากับ 21.01 และ 21.13 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ<sup>3</sup>

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย 3 ขั้นตอน (Three-step theory) ของ E. David Klonsky และ Alexis M. May<sup>4</sup> อธิบายว่า ก่อนการคิดฆ่าตัวตาย บุคคลจะเริ่มจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับความสิ้นหวังในชีวิต ถ้าบุคคลนั้นมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง จะทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ถ้าสัมพันธภาพนั้นไม่ดีจะส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจัง และเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการฆ่าตัวตายทำให้มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เป็นเพศชาย มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นโรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดยาเสพติด ภาวะซึมเศร้า และปัญหา ยาเสพติด<sup>5-7</sup> โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แนะนำแนวทางป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

ประกอบด้วย 1) บุคคล ควรได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายที่ดีอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเสริมทางด้านจิตใจให้ยังคงมีความรู้สึกรู้ค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่ 2) ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน 3) ชุมชนและการมีระบบบริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชน สู่มุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรง จากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง<sup>8</sup>

โรงพยาบาลชำสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง จากนั้นจึงประเมินประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานและนำไปใช้ต่อไป

## นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน 1 - 16 คะแนน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย - ปานกลาง อาศัยอยู่ในอำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น
2. ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง
3. ครอบครัวบัดดี หมายถึง เพื่อนบ้านที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง
4. เครือข่ายบริการสุขภาพชำสูง หมายถึง ผู้นำชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู นักเรียน ตำรวจ

พระสงฆ์ บุคลากรจากโรงพยาบาล ส่วนราชการ และองค์การบริหารส่วนตำบล

4. แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การดำเนินงานเพื่อดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 1) กลุ่มเสี่ยง ได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายและจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเสริมแรงทางบวกด้านจิตใจให้ยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่ 2) ครอบครัวหรือเพื่อนบ้าน มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน ทำให้ส่งต่อการรักษาอย่างถูกขั้นตอน ถูกเวลา ทันทีทั้งที่ 3) ชุมชน ปรับมุมมองด้านบวก ลดอคติและการสร้างตราบาปของการฆ่าตัวตาย จัดกิจกรรมดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจให้กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

5. ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินจาก 1) ระดับความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ในกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอครอบครัว กลุ่มเสี่ยงและครอบครัวที่ดี เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ 2) ระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบ Pretest Posttest Design<sup>9</sup> โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ณ อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาศึกษาวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม 2563

## 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวที่ดี อาศัยอยู่ในอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 66 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน

1.2.2 เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอข้าสูง จำนวน 94 คน

1.2.3 ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มทดลอง) และครอบครัวที่ดี ครอบครัวละ 1 คน จำนวน 66 คน

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1.3.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1.3.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ประมาณค่าอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วย t-test<sup>10</sup> จากสูตร

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

โดยที่  $d$  = ขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$  = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

$SD_C$  = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม จากทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ประสิทธิภาพของ

โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน<sup>11</sup> พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.30 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.97 นำค่าที่ได้มาแทนค่าในสูตร  $d = 0.7$  กำหนดค่า  $\alpha = 0.05$  Power analysis = 0.80 จากตาราง Power Tables for Effect Size  $d$ <sup>12</sup> ได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน

1.3.1.2 กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Krejcie and Morgan<sup>13</sup> ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1)+x^2P(1-p)}$$

โดยที่ n = ค่าขนาดตัวอย่าง

$x^2$  = ค่า chi-square value ที่ความเชื่อมั่น 95% และองศาความเป็นอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 1 มีค่าเท่ากับ 3.84

N = ขนาดประชากร เท่ากับ 124 คน

P = ค่าสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจ เท่ากับ 0.50

$e^2$  = ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร เท่ากับ 93.95 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูงเท่ากับ 94 คน

1.4 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สุ่มเลือกจากตำบลที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ตำบลเป็นฐานในการคัดเลือกกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ใช้ลำดับเลขที่การลงทะเบียนเข้ารับการอบรมและอยู่ภูมิลำเนาเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นฐานในการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวบังคับ ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง

1.5 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

1.5.1 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 เป็นต้น มีภาวะซึมเศร้า คัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนนระหว่าง 1 - 16 คะแนน กลุ่มควบคุม อาศัยอยู่ในตำบล ก. กลุ่มทดลองอาศัย

อยู่ในตำบล ข. อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.5.2 เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายกัญชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู นักเรียน ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรจากโรงพยาบาล ส่วนราชการ หรือองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ภูมิลำเนาเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.5.3 ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวบังคับ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพื่อนบ้าน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.6 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

1.6.1 กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

1.6.2 กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากโครงการวิจัย

1.6.3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน  $\geq 17$  คะแนน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ให้นำตัวส่งเข้ารับการรักษาทันที

## 2. เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

2.1 เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แผนการให้ลูกศึกษาแก่

เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมวัดดี ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ฝึกทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระยะเวลาอบรม 1 วัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับให้เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมวัดดีเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา บทบาทหน้าที่ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เรื่องการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติการเป็นผู้เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยไม่เห็นด้วยเท่า ๆ กัน ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ และ ส่วนที่ 4 การประเมินตนเองด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สำหรับให้กลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุราและ/หรือสารเสพติด และ

เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง การฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การตอบคำถามแบบประเมิน 2Q ตอบว่าใช่/มี ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การแปลผล คะแนน < 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ายกระดับน้อยมากหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ายกระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ายกระดับปานกลาง  $\geq 19$  คะแนน มีภาวะซึมเศร้ายกระดับรุนแรง โดยที่ผู้ตอบแบบประเมิน 9Q ได้คะแนน  $\geq 7$  คะแนน ให้ใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8Q การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1 - 8 คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง  $\geq 17$  คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้ทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ อาจารย์พยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้น นำเครื่องมือชุดที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.86

### 3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อได้



รับอนุญาตและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 63071 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้

3.1 ขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลข้าสูง หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ในกรณีที่ ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางเดิมที่โรงพยาบาลข้าสูงเคยปฏิบัติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น

3.2 นักวิจัยจัดประชุมผู้มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง ได้แก่ ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวปกติ และเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง เพื่ออธิบายโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ ให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษา ฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) จากกรณีตัวอย่าง ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย และแจกโปสเตอร์สัญลักษณ์เตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายไปติดในบ้านและสถานที่สาธารณะ เพื่อแจ้งเตือนต่อชุมชนให้ร่วมกันเฝ้าระวังและทราบบริธีส่งต่ออย่างทันทั่วทั้ง

สัปดาห์ที่ 2 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง ประเมินสภาพร่างกายตามโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขสาเหตุเป็นรายบุคคล รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดโอกาสฆ่าตัวตาย เช่น การจัดเก็บเชื้อเพลิง อุปกรณ์ของมีคม การเก็บน้ำยา สารเคมีต่าง ๆ ในที่ปลอดภัย การปรับเวลานุคนอนในครอบครัวให้สามารถสลบกันอยู่เป็นเพื่อนกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 3 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงได้พูดระบายความรู้สึกของตนเอง จัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ได้แก่ การรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การให้กำลังใจ การส่งเสริมทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือจากชุมชนและสังคม สายด่วนกรมสุขภาพจิต การส่งเสริมความคิดเชิงบวก และการมองโลกในแง่ดี

สัปดาห์ที่ 4 - 7 จัดกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวปกติหรือเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ผลัดเปลี่ยนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยง การโทรศัพท์พูดคุยกับญาติพี่น้อง รวมทั้งการชักจูงให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ออกไปนอกบ้านพบปะกับผู้อื่นมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ (กลุ่มทดลอง) ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลการวิจัย นักวิจัยจะจัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งให้กับกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มควบคุม)

เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และ ครอบคลุมบัณฑิต ในรูปแบบเดียวกันกับที่กลุ่มทดลองได้รับ

#### 4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและหลังการอบรม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและความต้องการการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และ หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

### ผลการศึกษา

เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมบัณฑิต ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโครงการวิจัยครบทุกกิจกรรม มีจำนวน 90 คน แบ่งเป็น เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ร้อยละ 62.22 (56 คน) ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 33.33 (30 คน) และ ครอบคลุมบัณฑิต ร้อยละ 4.44 (4 คน) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.20 (65 คน) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 51.01 ปี (SD 10.37) ร้อยละ 60.00 (54 คน) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 (36 คน) มีสถานภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 33.33 (30 คน) เป็นครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และร้อยละ 10.00 (9 คน) เป็นอาสาสมัครกู้ภัย ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .01$ ,  $\leq .05$  และ  $\leq .01$  ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ (n=90 คน)

การทดสอบสมมติฐาน	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	t	p-value
<b>ความรู้</b>					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	9.18	1.34	2.21	10.09	$\leq .01^{**}$
หลังเข้าร่วมโครงการ	11.39	1.71			
<b>ทักษะคิด</b>					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	3.79	0.36	0.20	3.39	$\leq .05^*$
หลังเข้าร่วมโครงการ	4.00	0.35			
<b>พฤติกรรม</b>					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	2.48	1.11	0.72	4.10	$\leq .01^{**}$
หลังเข้าร่วมโครงการ	3.20	0.90			

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครบทุกกิจกรรม มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 (23 คน) ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 60.00 (18 คน) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value .165) อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 59.57 ปี (SD 7.61) และ 66.23 ปี

(SD 9.35) ตามลำดับ ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .01$ ) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 (25 คน) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 (15 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .01$ ) ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง (n=60 คน)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มเสี่ยง		$\chi^2/t$	$p$ -value
	กลุ่มควบคุม (N 30 คน)		กลุ่มทดลอง (N 30 คน)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
<b>เพศ</b>					1.93	.165
ชาย	7	23.33	12	40.00		
หญิง	23	76.67	18	60.00		
<b>อายุ (ปี)</b>	59.57 ปี (SD 7.61)		66.23 ปี (SD 9.35)		3.02	$\leq .01^{**}$
<b>การศึกษา</b>					15.17	$\leq .01^{**}$
ไม่ได้เรียน	0	0.00	12	40.00		
ประถมศึกษา	25	83.33	15	50.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.33	2	6.67		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.33	1	3.33		
ปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00		

\*\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม กลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 70.00 (21 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ร้อยละ 30.00 (9 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.00 (24 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ร้อยละ 20.00 (6 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value .371)

หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.33 (22 คน) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 26.67 (8 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 (28 คน) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 6.67 (2 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .05$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย (n=60 คน)

ระดับความคิดฆ่าตัวตาย	กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุม (n 30 คน)		กลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง (N 30 คน)		$\chi^2$	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
	<b>ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย</b>					
ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	0	0.00	0	0.00	.800	.371
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	21	70.00	24	80.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	9	30.00	6	20.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง	0	0.00	0	0.00		
<b>หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย</b>						
ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	22	73.33	28	93.33	4.32	≤.05*
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	8	26.67	2	6.67		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	0	0.00	0	0.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง	0	0.00	0	0.00		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## วิจารณ์

ผลการประเมินประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวบำบัด ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .01$ ,  $\leq .05$  และ  $\leq .01$  ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยมีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $\leq .05$ )

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวบำบัด (กลุ่มทดลอง) ที่เข้าร่วมกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะ

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การส่งต่อไปรับการรักษา รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของหยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ<sup>14</sup> ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำในชุมชน ครู และครอบครัวกลุ่มเสี่ยง มีคะแนนความรู้ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อนบ้านและครอบครัว ให้มีความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของหยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ<sup>14</sup> สุภาพร

จันทร์สาม, เรณุการ์ ทองคำรอด และ กชพงศ์ สารการ<sup>15</sup> James Allen และคณะ<sup>16</sup> พบว่าการพัฒนาศักยภาพ แกนนำชุมชนและญาติสนิทของกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และยินดีให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันลดลง

หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} \leq 0.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของธีรพงษ์ ธงทิมา, สุทธิพร มูลศาสตร์ และปราการณมยงกูร<sup>11</sup> พบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะวิเคราะห์อาการ สาเหตุ และการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ร่วมกับส่งเสริมการคิดเชิงบวก ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลงได้

## สรุป

แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย กิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง เน้นการให้ความรู้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและครอบครัววัดดี การฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายจากกรณีศึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยง เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสุขภาพจิตรายบุคคล พัฒนาการยอมรับรู้ด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมความคิดเชิงบวก จากผลการวิจัยพบว่า สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายลดลง

## ข้อเสนอแนะ

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัววัดดี ควรได้รับการทบทวนความรู้ทัศนคติการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายทุกปี เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงมีสภาวะโรคที่แย่ลงกว่าเดิม จะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมครอบครัวอบอุ่น ภายใต้คำแนะนำของนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เป็นรายบุคคล

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนให้มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณนายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเข้า นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และ ดร.กชพงศ์ สารการ ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้เครื่องมือในการวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัววัดดี ที่ช่วยให้ข้อมูลในการทำวิจัย ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. National suicide prevention center. Success rate of suicide per 100,000 populations [Internet]. 2021. Available from: [https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_prov.asp](https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp)

3. National suicide prevention center. Suicide rate Khon Kaen Province during the year 2017 - 2019 [Internet]. 2021. Available from: [https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/s\\_stat](https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/s_stat).
4. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *Int J Cogn Ther.* 2015; 8(2): 114-29.
5. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R et.al. The suicidality in Thai population: A national survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4): 413-24.
6. Khamma A. Risk factors associated with suicide: A case - control study in Sukhothai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(1): 3-16.
7. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. *Siriraj Medical Bulletin* 2020; 13(1): 40-7.
8. Yodklang O, Tipayamongkholgul M. Suicide Prevention and Self-Harm Reduction in Thailand. [Internet]. 2021. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/download>
9. Choochom O. Quasi - experimental research. *Journal of Behavioral Science* 2009; 15(1):1-15.
10. Sukamonson S. Effect size: Practical significance in research. *Pasaa Paritat Journal* 2010; 25:26-37.
11. Thonghima T, Moolsart S, Thomyangkoon P. The effectiveness of a suicide prevention program in elderly with depression in a community. *Journal of Nursing and Health Research* 2019;20(2):105-18.
12. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2<sup>nd</sup> ed. New York: Lawrence Erlbaum; 1988.
13. Pasunon P. Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970) approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts.* 2014;7(2):112-25.
14. Penglia Y, Tippunya S, Puksorn K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *J Ment Health Thai* 2018; 26(3): 186-96.
15. Junsam S, Thongkhamrod R, Sarakan K. The development of a community participatory model in preventing suicide of Yasothon province. In: *The 8<sup>th</sup> STOU National Research Conference Sukhothai Thammathirat Open University. Nonthaburi;* 2018. p. 405-12.
16. Allen J, Mohatt G, Ching C, Fok T, Henry D, People Awakening Team. Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *Circumpolar Heal* 2009; 68: 274-91.