

รายงานการวิจัย

ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย สำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

ภัทรพล บุญคู่, พ.บ. (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน)
โรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด
E-mail : pattarapon_16@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ของอสม.กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด เพื่อนำผลการศึกษาไปพัฒนาแนวทางการส่งเสริมการปฏิบัติงานของอสม.ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม โดยการศึกษาเป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง ใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลอสม.ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเขาสมิงจังหวัดตราด ช่วงเดือนกรกฎาคม-กันยายน พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งสิ้น 694 คน

โดยผลศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.2) มีอายุเฉลี่ย 50.5 ปี (S.D. = 10.7) และเป็นเกษตรกร (ร้อยละ 58.6) มีรายได้เฉลี่ย 10,856 บาทต่อเดือน (S.D. = 11,818.8) โดยระยะการดำรงตำแหน่งเฉลี่ย 14.4 ปี (S.D. = 10.1) นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งมีระดับความรู้ต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษาในระดับที่ดี (ร้อยละ 58.1) และมีการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในภาพรวมค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 ครั้งต่อเดือน (S.D. = 9.9) โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 0-1 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 50.7) และปฏิบัติงานในด้านการประเมินกลุ่มเสี่ยงรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในชุมชนและด้านการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน มากที่สุด ผลการทดสอบ Chi-square test พบว่า ปัจจัยการฝึกอบรม (COR 1.90, 95% CI 1.41-2.57) และปัจจัยความรู้ (COR 1.38, 95% CI 1.02-1.86) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการพยากรณ์ด้วย Multiple logistic regressions พบว่า อสม. ที่มีประวัติผ่านการอบรม (95% CI 1.44-2.65) และระดับความรู้ความเข้าใจในระดับที่ดี (95% CI 1.03-1.92) นั้น มีโอกาสที่จะปฏิบัติงานในระดับที่สูง 1.95 เท่า และ 1.41 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษา หน่วยบริการสุขภาพควรพัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน โดยส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในดำเนินงานและจัดฝึกอบรมเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ อสม. โดยเฉพาะแนวทางการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย และองค์ความรู้อื่นตามบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการฆ่าตัวตายในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล (รพ.สต.) นอกจากนี้ ผู้กำหนดนโยบาย ควรพัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานที่สามารถวัดค่าเป็นปริมาณงานได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในดำเนินงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ การฆ่าตัวตายสำเร็จ, ชุมชน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามนิยามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ในปี 2562 การฆ่าตัวตายถูกจัดอันดับเป็นสาเหตุการเสียชีวิตทั่วโลก อันดับที่ 4 ในกลุ่มประชากรอายุ 15-29 ปี รองลงมาจาก การบาดเจ็บบนท้องถนน วัณโรค และความรุนแรงระหว่างบุคคล โดยมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน อัตราการฆ่าตัวตายในเพศชายมากกว่าเพศหญิงสองเท่า (12.6:5.4 ต่อแสนคน) ทั้งนี้ อัตราการฆ่าตัวตายมักพบในประเทศที่มีรายได้สูง (16.5 ต่อแสนคน) สำหรับผู้หญิงที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดพบได้ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ (7.1 ต่อแสนคน) (World Health Organization, 2021)

สำหรับประเทศไทย พบว่าแต่ละปีมีคนไทยที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2562-2565 โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรเท่ากับ 6.34 6.59 7.37 และ 7.97 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายวิสัยทัศน์ของกรมสุขภาพจิต ระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2563-2565) ซึ่งกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2562) โดยปี 2563 จังหวัดตราดมีอัตราการฆ่าตัวตาย 8.19 ต่อแสนประชากร (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ, 2563) ซึ่งอำเภอเขาสมิง เป็นอำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินตัวชี้วัดระดับประเทศอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปี 2564-2566 มีการกำหนดค่าเป้าหมายอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ไม่เกิน 8 ต่อแสนคน จากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเขาสมิง พบว่า ในอำเภอเขาสมิงมีการอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร อยู่ที่ 13.45 8.95 และ 11.23 ตามลำดับ ซึ่งเกินค่าเป้าหมายทุกปี

การฆ่าตัวตายสำเร็จส่งผลกระทบต่อตรงต่อตัวผู้กระทำเอง อีกทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และประเทศชาติ นอกจากนี้ สามารถสร้างความเสียหายต่อชีวิตได้ทั้ง ต่อครอบครัวและคนใกล้ชิด ตลอดจนคนในสังคมอาจเกิดการเลียนแบบพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (กรณีการ ถูกลอบ และ ศิริมา เนาวรัตน์, 2542) กรณีฆ่าผู้อื่นและฆ่าตัวเองก่อให้เกิดอันตรายกับคนในสังคมและเกิดปัญหาสังคมจากผู้ที่สูญเสียจากการฆ่าตัวตาย ตัวอย่างเช่น การใช้สารเสพติดมากขึ้น อาจเกิดการก่อคดีต่าง ๆ ทำให้สังคมไม่สงบสุข (มานิช หล่อตระกูล, 2546) รวมไปถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจ การขาดรายได้จากการเจ็บป่วยหรือความพิการ หรือจากการที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นหัวหน้าครอบครัว การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล หรือการขาดโอกาสในการทำงานจากความพิการหลังจากพยายามฆ่าตัวตาย การสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ก่อนวัยอันควร จากการฆ่าตัวตายที่เป็นสาเหตุการตายอันดับต้น ๆ ของสาเหตุการตายทั้งหมดทั้งในเพศชายและเพศ (World Health Organization, 2021) และนอกจากนี้ปัญหาการฆ่าตัวตายถือได้ว่าเป็นตัวชี้วัดความสุขอย่างหนึ่งของคนในประเทศว่าเป็นไปในทิศทางที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน (มานิช หล่อตระกูล, 2546)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้านและได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการการฟื้นฟูสภาพ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ หรือบทบาท 6 ประการของ อสม. คือ แก่ข่าวร้าย กระจายข่าว

ดี ซึ่บริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดี (สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2565) นอกจากนี้ อสม. ถือว่าเป็นหมอบุคคลที่ 1 หรือหมอบริการบ้าน ตามนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ให้คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอบริการประจำตัว 3 คน ซึ่งมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน อีกทั้งยังมีส่วนร่วมที่สำคัญงานจิตเวชในชุมชน โดยมีส่วนร่วมการค้นหาบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ และส่งต่อเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกินศักยภาพในการดูแลรักษา รวมไปถึง ประเมิน คัดกรอง การช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามกลุ่มเสี่ยง (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ปัจจุบัน ในอำเภอเขาสมิงมีจำนวนอสม. จำนวนทั้งสิ้น 694 คน ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเขาสมิงตามบทบาทที่กล่าวมาข้างต้น

ทางโรงพยาบาลเขาสมิงได้มุ่งเน้นในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม ผลที่ตามมาอาจมีการเพิ่มขึ้นของการฆ่าตัวตายสำเร็จอย่างต่อเนื่องทุกปี ผู้ทำวิจัยเห็นว่ามียุทธศาสตร์ที่เกี่ยวของของชุมชนที่ส่งผลกระทบต่อทางอ้อมต่อการฆ่าตัวตายของประชากรในชุมชน จึงได้ทำการเก็บข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นหมอบริการประจำตัวคนที 1 ของประชาชนในชุมชน โดยมีส่วนร่วมที่สำคัญในการค้นหาบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ และส่งต่อเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกินศักยภาพในการดูแลรักษา รวมไปถึง ประเมิน คัดกรอง การช่วยเหลือ ส่งต่อ และติดตามกลุ่มเสี่ยง ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง รวมทั้งความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความตระหนักถึงการฆ่าตัวตายของประชาชนในชุมชน กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน เพื่อนำไปพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีส่วนใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ให้มีความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และพัฒนากระบวนการหรือวิธีเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอเขาสมิง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความตระหนักถึงการฆ่าตัวตาย กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด
2. เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความตระหนักถึงการฆ่าตัวตายของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด
3. เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด
4. เพื่อหาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

สมมติฐานการวิจัย

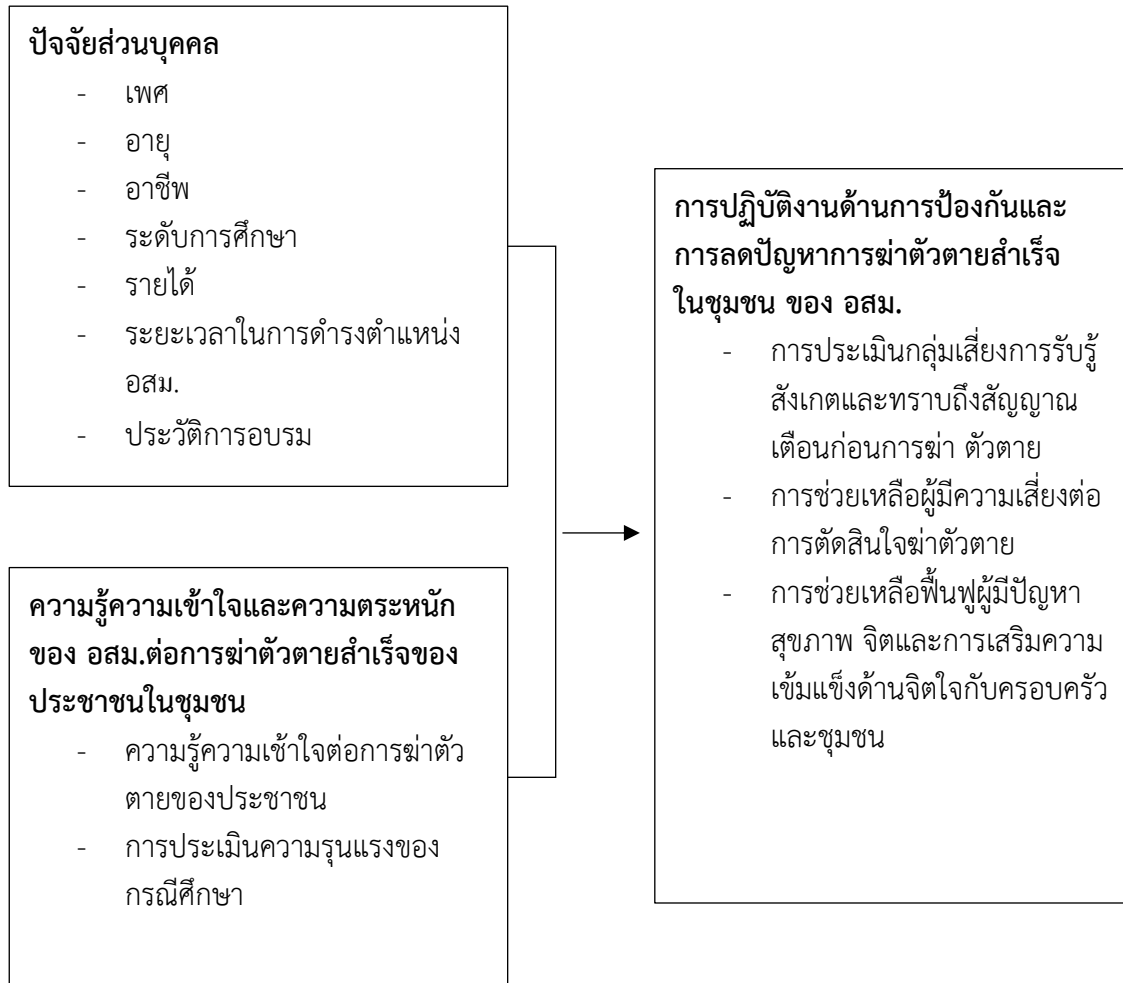
ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ สถานะสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง ประวัติการเข้ารับการอบรม และความรู้ความเข้าใจ

เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความตระหนักถึงการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน สำหรับ อสม. ตามแนวทางของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพและกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 1) การประเมินกลุ่มเสี่ยงการรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย 2) การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย 3) การช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต และ 4) การเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมมิติข้อมูลที่ใช้เพื่ออธิบายประสิทธิภาพการทำงานส่วนบุคคล พบว่า ปริมาณงานสามารถแสดงประสิทธิภาพของ อสม. ในบริบทของการศึกษานี้มากที่สุด จึงได้กำหนดการวัดการปฏิบัติงานของ อสม. เป็นรูปแบบของจำนวนวันที่ปฏิบัติงานภายใน 1 เดือน

การศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้นี้ พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. (ปรานค์ จักรไชย และคณะ, 2560; ไพบุลย์ อินทมาศ, 2561; ทรรศนีย์ บุญมัน, 2564) นอกจากนี้ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการเป็น อสม. เป็นปัจจัยและทำนายการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อของ อสม. ดังนั้นการศึกษานี้จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง รวมทั้งความรู้ความเข้าใจของ อสม. ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชน และความรู้ในการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา กับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน เพื่อนำไปพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีส่วนใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด ให้มีความรู้ความตระหนักเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และพัฒนากระบวนการหรือวิธีเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอเขาสมิง รายละเอียด ดังภาพต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

ก. รูปแบบการทำวิจัย

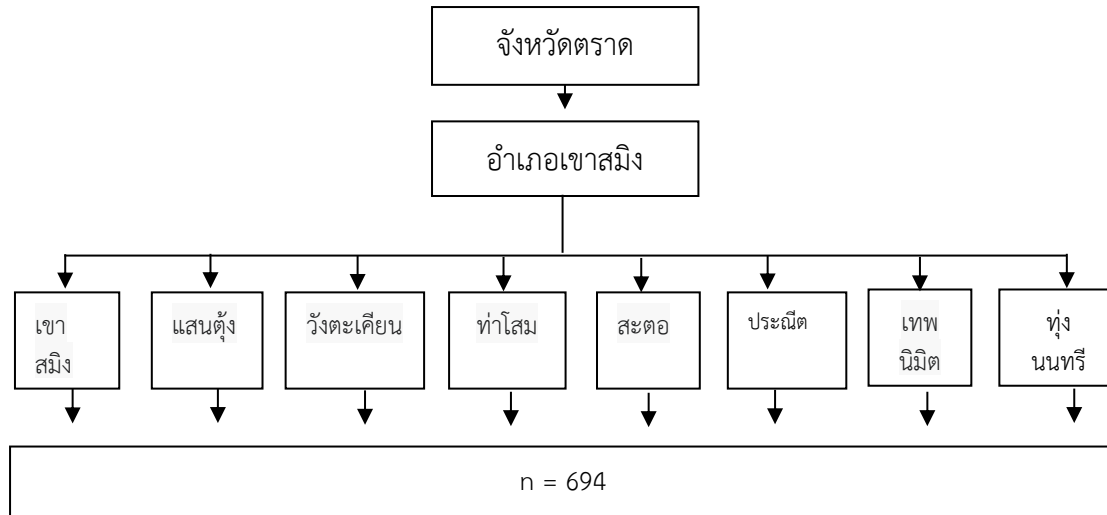
การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional study) โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย สำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 694 คน โดยการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่า ตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย การประเมินกลุ่มเสี่ยงการรับรู้สิ่งเกิดและ ทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่า ตัวตาย การช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย และการ ช่วยเหลือฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพ จิตและการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน ปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับ การศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งความ ตระหนักถึงการฆ่าตัวตาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 โดยมีจำนวนทั้งสิ้น 694 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ได้

เลือกประชากรทั้งหมด เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงหรือเลือกตัวอย่างแบบมีเจตนา

อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเขาสมิงที่เข้าร่วมการวิจัยมีจำนวนทั้งสิ้น 694 คน จากจำนวน 8 ตำบล คือ เขาสมิง แสนตั่ง วังตะเคียน ท่าโสม สะตอ ประณีต เทพนิมิต และทุ่งนนทรี โดยผังประชากรกลุ่มตัวอย่าง แสดงดังภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1.1 ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ค. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อ.เขาสมิง จ.ตราด โดยแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 42 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (8 ข้อ) ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะสมรสปัจจุบัน อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม. การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 6 เดือนที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและความตระหนักถึงการฆ่าตัวตาย (30 ข้อ) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (26 ข้อ) โดยคำตอบมีให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ โดยข้อคำถามมีต่อไปนี้

- 1) เราไม่สามารถทำอะไรได้กับคนที่มีความคิดจะฆ่าตัวตาย
- 2) หากมีการตรวจโดยจิตแพทย์ คนที่ฆ่าตัวตายจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นซึมเศร้า
- 3) การพบจิตแพทย์หรือนักจิตบำบัดสามารถช่วยคนจากการฆ่าตัวตายได้
- 4) ส่วนใหญ่แล้วคนที่ฆ่าตัวตายเป็นโรคทางจิตเวช
- 5) ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้นที่สามารถช่วยคนที่ฆ่าตัวตายได้
- 6) โรคพิษสุราเรื้อรังมีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย
- 7) บุคคลที่กล่าวถึงการฆ่าตัวตายมักจะไม่ใช่ฆ่าตัวตาย
- 8) บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายสามารถเปลี่ยนความคิดได้อย่างรวดเร็ว

- 9) การพูดถึงการฆ่าตัวตายมักจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 10) บุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนคือบุคคลที่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายอีกครั้งมากกว่าบุคคลที่ไม่เคยทำมาก่อน
- 11) สื่อที่นำเสนอเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสามารถกระตุ้นให้คนฆ่าตัวตาย
- 12) ทุกคนที่จะฆ่าตัวตายวางแผนการฆ่าตัวตายมาก่อน
- 13) คนที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายไม่ควรเล่าเรื่องนี้ให้บุคคลอื่นฟัง
- 14) คนส่วนน้อยเท่านั้นที่คิดเรื่องการฆ่าตัวตาย
- 15) คนที่มีความวิตกกังวลมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย
- 16) คนที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่อายุต่ำกว่า 30 ปี
- 17) ผู้ชายมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิง
- 18) คนที่มีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์หรือปัญหาการเงินมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย
- 19) ส่วนใหญ่คนที่ฆ่าตัวตายมักจะไม่วางแผนอนาคต
- 20) ถ้าคุณถามคนอื่นว่า “คุณจะฆ่าตัวตายใช่ไหม” อาจจะทำให้บุคคลนั้นพยายามฆ่าตัวตาย
- 21) บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักจะมีความคิดที่จะฆ่าตัวตายตลอดเวลา
- 22) บุคคลที่ฆ่าตัวตายคือคนที่ป่วยทางจิต
- 23) ช่วงเวลาที่ฆ่าตัวตายมากที่สุดของคนเป็นโรคซึมเศร้าคือช่วงเวลาที่บุคคลนั้นกำลังมีอาการดีขึ้น
- 24) แรงจูงใจและสาเหตุการฆ่าตัวตายค่อนข้างชัดเจน คาดเดาง่าย
- 25) โดยส่วนใหญ่คนที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะทำไม่สำเร็จ
- 26) คนที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะทำเพื่อบังคับคนอื่นหรือเพื่อเรียกร้องทำความสนใจ

2.2 กรณีตัวอย่างการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide risk vignettes)

(4 ข้อ) โดยคำตอบมีให้เลือก 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีความเสี่ยง เสี่ยงมาก เสี่ยงน้อย และ เสี่ยงปานกลาง โดยข้อคำถามมีต่อไปนี้

1) กรณีศึกษาที่ 1 หญิงอายุ 19 ปี อาชีพนักเรียน เมื่อไม่นานมานี้ผู้ป่วยรู้สึกกดดันมากกับการเรียน รู้สึกว่าเรียนไม่ไหว เกรดเริ่มตกจึงได้ซื้อยารักษาโรคสมาธิสั้นจากเพื่อนร่วมห้อง ยาดังนั้นแทนที่จะช่วยให้มีสมาธิดีขึ้นแต่กลับทำให้ผู้ป่วยมีอาการอยู่ไม่สุข นอกจากนั้นผู้ป่วยยังมีปัญหาเล็กน้อยกับแฟนหนุ่มที่คบกันมานาน เนื่องจากไม่มีเวลาให้และทำให้ผู้ป่วยไม่เชื่อเรื่องความสัมพันธ์อีกเลย ผู้ป่วยเริ่มตีตัวออกห่างจากเพื่อน โดดเรียน และหยุดเข้าร่วมกิจกรรมเสริมของโรงเรียน คุณครูเริ่มสังเกตว่าผู้ป่วยขาดเรียนและขอให้มาพบที่ห้องปกครอง หลังจากเข้าพบคุณครู ครูขอให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยตกลงจะไปแต่เธอคิดว่ามันคงช่วยอะไรไม่ได้มากเนื่องจากเธอคิดว่าจะอยู่อีกไม่นาน

2) กรณีศึกษาที่ 2 ชายอายุ 68 ปี ที่เพิ่งตัดสินใจจะย้ายไปอยู่บ้านพักคนชรา ถึงแม้ว่าเขาจะมีความมั่นใจที่จะอยู่คนเดียวได้ แต่เขาก็ประสบปัญหาที่อุปสรรคเล็กๆ น้อย ๆ ซึ่งเป็นการบังคับให้เขาเข้าไปอยู่บ้านพักคนชราเพื่อที่จะได้มีผู้ดูแล ภรรยาของผู้ป่วยที่แต่งงานกันมา 40 ปี ได้เสียชีวิตเมื่อ 2-3 เดือนมาแล้วและเขาก็อยู่คนเดียวตั้งแต่นั้นมา ผู้ป่วยเกษียณจากงานมาแล้ว 10 ปี ส่วนใหญ่จะใช้เวลาไปกับการอ่านหนังสือหรือดูโทรทัศน์ เจ้าหน้าที่ที่บ้านพักคนชราแจ้งว่าผู้ป่วยดูเครียดและดูแว้งแว้งตั้งแต่ย้ายเข้าพัก ผู้ป่วยมีปัญหาโรคซึมเศร้ามาตลอดและเคยรับประทานยาต้านซึมเศร้าเป็นประจำและเพิ่งหยุดมาไม่นานนี้ เมื่อถามผู้ป่วยว่าอยากให้ใครมาเยี่ยมช่วงวันหยุดนี้บ้าง ผู้ป่วยตอบว่าไม่มี เขากับภรรยาไม่มีลูกด้วยกันและตอนนี้

ภรรยาเขาก็ตายไปแล้ว ตอนที่เขาย้ายมาใหม่ๆ เขามีเพื่อนบ้างและไม่ได้มีปัญหาในการเข้าสังคมแต่เมื่อไม่นานมานี้เขาก็เปลี่ยนไป เจ้าหน้าที่แจ้งว่าเขาไม่เข้าสังคมและแม้จะมีเพื่อนพยายามจะคุยด้วยแต่เขามักจะแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวตอบกลับ

3) **กรณีศึกษาที่ 3** ชายอายุ 35 ปี มีบุตร 2 คน อาชีพนักบัญชี เขามักจะไปโบสถ์และแจกอาหารที่โบสถ์เป็นประจำทุกอาทิตย์ เขาเพิ่งจะเสียพี่ชายจากอุบัติเหตุรถยนต์เมื่อไม่นานมานี้ซึ่งเหตุการณ์นี้กระทบเขาอย่างมากเนื่องจากเขากับพี่ชายสนิทกันมาก ภรรยาของผู้ป่วยมีความกังวลเพราะผู้ป่วยเคยบอกว่าญาติของเขาคนหนึ่งได้ฆ่าตัวตายเมื่อ 10 ปีก่อน ภรรยาของผู้ป่วยแนะนำให้เขาหยุดทำงานในช่วงนี้ไปก่อนเนื่องจากเขาเสียใจมากที่พี่ชายได้จากไป ผู้ป่วยยังยอมรับไม่ได้ที่พระเจ้าได้พรากชีวิตของพี่ชายเขาไป เขาจึงตัดสินใจไปเข้าร่วมกลุ่มบำบัดเพื่อที่จะรักษาอาการเศร้านี้และเขารู้สึกขอบคุณกลุ่มนี้และมีกำลังใจที่จะผ่านเรื่องราวนี้ไปได้

4) **กรณีศึกษาที่ 4** หญิง 26 ปี ทำงานที่ธนาคาร มีแฟนเป็นผู้หญิงมาแล้ว 5 ปี งานของเธอค่อนข้างเครียดแต่ก็คุ้มค่ามากสำหรับเธอ เธอมีเพื่อนสนิทและมักจะพบปะกันเสมอ เธอยังรู้สึกว้าวนอกใจกับพ่อแม่และมักจะไปเยี่ยมพวกเขาบ่อยครั้ง ในช่วงแรกพ่อแม่ยังมีปัญหาที่เธอเปิดเผยว่าชอบเพศเดียวกันแต่ก็ไม่ได้ว่ากล่าวอะไร มีเพียงสนับสนุนเธอทุกอย่าง นอกเหนือจากงานแล้วเธอยังทำงานจิตอาสาช่วยเหลือเด็กกำพร้า เมื่อไม่นานมานี้เธอเพิ่งรู้ว่าสถานรับเลี้ยงเด็กกำลังประสบปัญหาการเงินและอาจจะต้องปิดตัวลงซึ่งข่าวนี้ทำให้เธอเศร้ามากเนื่องจากรู้สึกผูกพันกับเด็ก ๆ แฟนสาวของเธอจึงแนะนำให้รับเลี้ยงลูกบุญธรรมหลังจากที่พวกเขาแต่งงานกันแล้วซึ่งความคิดนี้ทำให้เธอรู้สึกมีความหวังอีกครั้งและวางแผนที่จะปรึกษาทนายเกี่ยวกับกระบวนการรับเลี้ยงเด็ก

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน (4 ข้อ) โดยผู้ตอบคำถามจะตอบจำนวนวันที่ได้มีการปฏิบัติงาน ซึ่งมีข้อความ ดังนี้

1) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีประเมินกลุ่มเสี่ยงรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย ในชุมชน จำนวนกี่ครั้ง (เช่น มีการเยี่ยมบ้านและประเมินกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง/ทุพพลภาพ/ติดเชืเอชไอวี ผู้ที่มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่าซึมเศร้ารุนแรง ผู้ป่วยทางโรคจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ที่ติดเหล้าหรือใช้สารเสพติด หรือผู้ที่ไม่มีความเป็นต้น)

2) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย จำนวนกี่ครั้ง (เช่น แนะนำให้ญาติเก็บอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตายและสารพิษให้พ้นจากคนเหล่านั้น พูดคุยและเปิดโอกาสให้ผู้คิดฆ่าตัวตายระบายความไม่สบายใจ สนับสนุนและให้กำลังใจ หาทางแก้ไขปัญหาและช่วยคิดหาทางออก แจ้ง/ประสานกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้กับเจ้าหน้าที่ รพ.สต./สอ.ทราบหรือให้ข้อมูลและแหล่งข้อมูลความช่วยเหลือ เช่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 หรือ รพ.สต./สอ. ใกล้บ้าน เป็นต้น)

3) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตายจำนวนกี่ครั้ง (เช่น เฝ้าระวัง ติดตาม และประเมินความเสี่ยง โดยประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่รพ.สต./สอ. หรือเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เยี่ยมบ้านเพื่อติดตามดูแลจิตใจผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ญาติและผู้ใกล้ชิดมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเห็นใจและดูแลอย่างใกล้ชิด มีกิจกรรมชุมชนบำบัด หรือมีการค้นคว้าศึกษาข้อมูลแหล่งข้อมูลที่จำเป็น เป็นต้น)

4) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน จำนวนกี่ครั้ง (เช่น ประสานและให้ความร่วมมือกับ รพ. หรือ รพ.สต./สอ. ใกล้บ้านเพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต

และการป้องกันการฆ่าตัวตาย สอดส่องดูแลและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกในชุมชน จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เป็นปัจจุบันเพื่อติดตามดูแล กระตุ้นให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาฆ่าตัวตายได้รับการคัดกรองประเมินรับการปรึกษาและการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ. หรือ รพ.สต./สอ. ใกล้บ้าน หรือเข้ารับการอบรมความรู้และการดูแลเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น)

ง. การสร้างและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการ ดังนี้

การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาและตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความชัดเจนครบถ้วนของข้อความจากนั้นนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความถูกต้องชัดเจนและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ จากนั้น หาความเที่ยงเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ใน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีการของ Cronbach (Cronbach's coefficient alpha) มีค่าเท่ากับ 0.72

จ. วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากผู้วิจัยได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราดแล้ว ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามโดยเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566

2) ในระหว่างการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและอธิบายประโยชน์ของการตอบแบบสอบถามงานวิจัย และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการตอบแบบสอบถามและข้ามคำถามข้อที่ไม่สะดวกที่จะตอบ ผู้วิจัยจะเริ่มอ่านแบบสอบถามและกรอกข้อมูล หลังจากผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยเท่านั้น การเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงเรื่องพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัยและเป็นลายลักษณ์อักษรในหน้าแรกของแบบสัมภาษณ์การวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการตอบแบบสัมภาษณ์ ให้ความชัดเจนเกี่ยวกับ แบบสัมภาษณ์และดำเนินการเก็บข้อมูลกับ อสม. ที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น

3) ผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสอบถาม ไม่เกิน 30 นาทีต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 คน และบันทึกข้อมูล โดยไม่มีการระบุชื่อของผู้เข้าร่วมการวิจัยในแบบสอบถาม

4) นักวิจัยบันทึกข้อมูลลงในคอมพิวเตอร์ โปรแกรม Microsoft Excel และจัดการข้อมูลให้สมบูรณ์

5) นักวิจัยทำการประเมินผลข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากฐานข้อมูล Microsoft Excel เข้ามาสู่โปรแกรม SPSS (Statistical Package for science for Windows) เพื่อมาคำนวณค่าทางสถิติ

6) และดำเนินการเก็บข้อมูลกับ อสม. ที่เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น

ฉ. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ดังนี้

1) หาค่าร้อยละ (Percentage) สำหรับวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานะสมรสปัจจุบัน อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม. การอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้นจาก

เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน 6 เดือนที่ผ่านมา และส่วนที่ 3 การปฏิบัติงานด้านการป้องกัน และการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน

- 2) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : SD) สำหรับวิเคราะห์ ข้อมูลจากแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมิน ความรุนแรงของกรณีศึกษา

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Statistical Inference) โดย Bivariate analysis ใช้การ วิเคราะห์ด้วยการทดสอบ Chi-square tests เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม นอกจากนี้ Multiple logistic regression ใช้เพื่อทำนายตัวแปรตาม โดยใช้ซอฟต์แวร์ SPSS เวอร์ชัน 21 คำวนการวิเคราะห์ทางสถิติทั้งหมดที่มีนัยสำคัญ ระดับร้อยละ 5

ข. ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับวิจัยในมนุษย์ของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด 14/66 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2566 โดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยนี้ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงทุกอย่างถือเป็น ความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น แบบฟอร์มต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัยถูกเก็บรักษา โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยจะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และผู้วิจัยได้แยกใบยินยอมตนเข้าร่วม โครงการวิจัยไว้คนละส่วนกับแบบสัมภาษณ์ เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูล หลังเสร็จสิ้นงานวิจัยประมาณ 1 ปี ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมด

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จใน ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ซึ่งมีอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ช่วงเดือนกรกฎาคม – กันยายน พ.ศ. 2566 จำนวนทั้งสิ้น 694 คน โดยผลการศึกษสามารถแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งความ ตระหนักถึงการฆ่าตัวตาย ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ที่เข้าร่วมการวิจัยนี้มี จำนวนทั้งสิ้น 694 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.2) และมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 50.5 ปี (S.D. = 10.7) และมากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 52 ปี (ร้อยละ 51.2) โดยเกือบ 3 ใน 4 ของ อสม. มีสถานะสมรส (ร้อยละ 70.9) และส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาเป็นต้นไป (ร้อยละ 98.8) นอกจากนี้ ส่วนใหญ่ อสม. ที่เข้าร่วมการวิจัยประกอบอาชีพเป็น เกษตรกรเป็นอาชีพหลัก (ร้อยละ 58.6) มีรายได้เฉลี่ย 10,856 บาท ต่อ เดือน (S.D. =11,818.8)

ระยะการดำรงตำแหน่ง อสม. ที่เข้าร่วมการวิจัยเฉลี่ย เท่ากับ 14.4 ปี (S.D.= 10.1) และมากกว่า ครึ่งหนึ่งมีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น (ร้อยละ 51.3) อีกทั้ง มีระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของ กรณีศึกษาในระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน) (ร้อยละ 58.1)

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

การปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ในภาพรวม ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

- 1) ด้านประเมินกลุ่มเสี่ยงรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในชุมชน
- 2) ด้านการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย
- 3) ด้านการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้มีปัญหาการฆ่าตัวตาย และ
- 4) ด้านการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน มีการดำเนินงานทั้งหมดมากที่สุด 98 ครั้งต่อเดือน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 ครั้งต่อเดือน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงาน 0-1 ครั้งต่อเดือน (ร้อยละ 50.7)

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติงานในแต่ละด้านของการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด พบว่า ด้านการประเมินกลุ่มเสี่ยงรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในชุมชน และด้านการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตใจกับครอบครัวและชุมชน มีการปฏิบัติงานมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และด้านการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.5 1.5 1.1. และ 0.9 ครั้งต่อเดือน ตามลำดับ

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ความเข้าใจกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรู้ความเข้าใจกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ผู้วิจัยได้คำนวณการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) ใช้ตัวแปรอิสระในกรอบแนวคิดการวิจัย ตามภาพที่ 1 ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะสมรสปัจจุบัน อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม. ประวัติการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น และระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา

จากตาราง ผลของการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) พบว่า อสม. ที่มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น (COR 1.90, 95% CI 1.41-2.57) และระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษาที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป) (COR 1.38, 95% CI 1.02-1.86) มีความสัมพันธ์กับความถี่ของการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในระดับที่สูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลของการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ของ อสม.				Crude OR	95% CI	p-value
	ระดับต่ำ (0-1 ครั้ง ต่อเดือน)		ระดับสูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน)				
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)			
1.เพศ							
- หญิง	317	90.1	316	92.4	1.34	0.79-2.28	0.287
- ชาย	35	9.9	26	7.6			
2.อายุ							
- ตั้งแต่ 52 ปี เป็นต้นไป	168	47.7	187	54.7	1.32	0.98-1.78	0.067
- ต่ำกว่า 52 ปี	184	52.3	155	45.3			
3.สถานะสมรสปัจจุบัน							
- สมรส	256	72.7	106	31.0	0.83	0.60-1.16	0.281
- อื่นๆ	96	27.3	236	69.0			
4. อาชีพหลัก							
- เกษตรกร	212	60.2	195	57.0	0.88	0.65-1.19	0.391
- อื่นๆ	140	39.8	147	43.0			
5.ระดับการศึกษา							
- ระดับมัธยมศึกษาปลาย เป็นต้นไป	216	61.4	225	65.8	0.83	0.61-1.13	0.226
- ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปลาย	136	38.6	117	34.2			
6.รายได้ ต่อเดือน							
- ต่ำกว่า 9,000 บาท	194	55.1	199	58.2	0.88	0.65-1.19	0.414
- มากกว่า 9,000 บาท เป็นต้นไป	158	44.9	143	41.8			
7.ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม.							
- มากกว่า 12 ปี เป็นต้นไป	182	51.7	176	51.5	1.01	0.75-1.36	0.949
- ต่ำกว่า 12 ปี	170	48.3	166	48.5			
- ไร้	123	38.2	233	62.6	1.90	1.41-2.57	<0.001*

ผลของการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) (ต่อ)

ปัจจัย	ความถี่ของการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ของ อสม.		Crude OR	95% CI	p-value

	ระดับต่ำ (0-1 ครั้ง ต่อ เดือน)		ระดับสูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อ เดือน)				
	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)			
8.มีประวัติผ่านการอบรม ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการป้องกันการฆ่าตัว ตายเบื้องต้น							
- ใช่	123	38.2	233	62.6	1.90	1.41-2.57	<0.001*
- ไม่ใช่	199	61.8	139	37.4			
9.ระดับความรู้ความ เข้าใจต่อการฆ่าตัวตาย ของประชาชนและการ ประเมินความรุนแรงของ กรณีศึกษา							
- ระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป)	192	54.5	212	62.0	1.38	1.02-1.86	0.039*
- ระดับที่น้อย (น้อยกว่า 14 คะแนน)	160	45.5	130	38.0			

หมายเหตุ: 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ ร้อยละ 95 (confidence interval of 95%), * มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value <0.05

4. ผลการทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตาย สำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด

การทำนายปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จใน
ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด หลังจากนักวิจัยได้หา
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จใน
ชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) แล้วนั้น
นักวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions) โดยใช้ตัวแปรอิสระใน
กรอบแนวคิดการวิจัย และใช้วิธี Enter อย่างไรก็ตาม ตัวแปรเพศ ไม่ได้รวมอยู่ด้วย เนื่องจากไม่ผ่านคุณสมบัติ
ของการทดสอบไคสแควร์ ดังนั้น ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ใช้ในการวิเคราะห์แบบจำลองนี้ ประกอบด้วย อายุ
สถานะสมรสปัจจุบัน อาชีพหลัก ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม.
ประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น และระดับความรู้ความ
เข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา

จากตารางแสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions) แบบ Enter
พบว่า อสม. ที่มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น (95% CI
1.44-2.65) และระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของ
กรณีศึกษาในระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป) (95% CI 1.03-1.92) มีโอกาสที่จะปฏิบัติงานด้านการ
ป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในระดับที่สูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน) 1.95 เท่า และ

1.41 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regressions) แบบ Enter

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
1.อายุ				
- ตั้งแต่ 52 ปี เป็นต้นไป	1.34	0.95	1.89	0.099
- ต่ำกว่า 52 ปี				
2.สถานะสมรสปัจจุบัน				
- สมรส	0.84	0.60	1.18	0.320
- อื่นๆ				
3. อาชีพหลัก				
- เกษตรกร	0.93	0.68	1.28	0.666
- อื่นๆ				
4.ระดับการศึกษา				
- ระดับมัธยมศึกษาปลาย เป็นต้นไป	0.88	0.63	1.24	0.459
- ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปลาย				
5.รายได้ ต่อเดือน				
- ต่ำกว่า 9,000 บาท	0.86	0.63	1.18	0.364
- มากกว่า 9,000 บาท เป็นต้นไป				
6.ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่ง อสม.				
- มากกว่า 12 ปี เป็นต้นไป	0.89	0.65	1.24	0.513
- ต่ำกว่า 12 ปี				
7.มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น				
- ใช่	1.95	1.44	2.65	<0.001*
- ไม่ใช่				
8.ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชน และการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา				
- ระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนน เป็นต้นไป)	1.41	1.03	1.92	0.031*
- ระดับที่น้อย (น้อยกว่า 14 คะแนน)				

หมายเหตุ: 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ ร้อยละ 95 (confidence interval of 95%), * มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value <0.05

ขั้นตอนสุดท้าย นักวิจัยได้มีการวิเคราะห์แบบจำลอง Multiple logistic regressions ซึ่งได้ทำการคัดเลือกใส่ตัวแปรอิสระเฉพาะที่มีค่า p-value ของการทดสอบไคสแควร์เป็น 0.25 โดยใช้แบบจำลอง Hosmer-Lemeshow goodness-of fit และแบบย้อนกลับ: วิธี Wald และการทดสอบนี้เลือก Step ที่มีค่า p-value ของ Hosmer-Lemeshow ที่ใกล้เคียงที่สุดกับ 0.05 เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ที่มากที่สุดระหว่างตัวแปรตามและตัวแปรอิสระ พบว่า ผลการวิเคราะห์แบบจำลอง Hosmer-Lemeshow Test เท่ากับ 28.61 (p-value <0.001) ใน Step 1 โดย อสม. ที่มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น (95% CI 1.42-2.61) และมีระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการ

ประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษาในระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป) (95% CI 1.05-1.95) มีโอกาสที่จะปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในระดับที่สูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน) 1.92 เท่า และ 1.43 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์แบบจำลอง Hosmer-Lemeshow goodness-of fit แบบย้อนกลับ (backward: Wald)

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI		p-value
		Lower	Upper	
1.อายุ				
- ตั้งแต่ 52 ปี เป็นต้นไป	1.24	0.89	1.72	0.207
- ต่ำกว่า 52 ปี				
2.ระดับการศึกษา				
- ระดับมัธยมศึกษาปลายเป็นต้นไป	0.75	0.54	1.05	0.097
- ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาปลาย				
3.มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น				
- ใช่	1.92	1.42	2.61	<0.001*
- ไม่ใช่				
4.ระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา				
- ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป)	1.43	1.05	1.95	0.024*
- น้อย (น้อยกว่า 14 คะแนน)				

หมายเหตุ 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ ร้อยละ 95 (confidence interval of 95%), * มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ p-value <0.05

Hosmer and Lemeshow Test = 28.61, p-value <0.001 (Step 1)

อภิปรายผล

แนวทางการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ของโรงพยาบาลเขาสมิง จังหวัดตราด ได้มุ่งเน้นในการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไปอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นหมอประจำตัวคนที่ 1 ของประชาชนในชุมชน เป็นมีส่วนร่วมที่สำคัญในดำเนินงาน เนื่องจากมีความใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จากการศึกษา พบว่า อสม. มีปฏิบัติงานการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ตามแนวทางในคู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับ อสม. และแกนนำชุมชน (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.1 ครั้งต่อเดือน (S.D. =9.9) ส่วนใหญ่ มีประสิทธิภาพงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ซึ่งวัดจากปริมาณงานที่ปฏิบัติเป็นครั้ง (Koopmans et al., 2011) ต่ำกว่าและเท่ากับค่ามัธยฐาน (0-1 ครั้งต่อเดือน) คิดเป็นร้อยละ 50.7 ของ อสม. ทั้งหมด โดยมีการปฏิบัติงานด้านการประเมินกลุ่มเสี่ยงรับรู้สังเกตและทราบถึงสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในชุมชน และด้านการเสริมความเข้มแข็งด้านจิตให้กับครอบครัวและชุมชน มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.5 ครั้งต่อเดือน (S.D. =3.3 และ

S.D.=3.7 ตามลำดับ) ในขณะที่งานด้านการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้มีปัญหาสุขภาพจิต และด้านการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย มีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1.1 และ 0.9 ครั้งต่อเดือน (S.D. =2.5 และ S.D. =3.1 ตามลำดับ) ทั้งนี้ ในเชิงการประเมินประสิทธิภาพงาน จำเป็นต้องมีการพัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานที่สามารถวัดค่าเป็นปริมาณงานได้ เช่น ระบุจำนวนครั้งในการประเมินกลุ่มเสี่ยง หรือการติดตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้การป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน ของ อสม. มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ผลการศึกษานี้ พบว่า อสม. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอเขาสมิง จังหวัดตราด ส่วนใหญ่ มีความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษา ในระดับที่ดี (ตั้งแต่ 14 คะแนนเป็นต้นไป) คิดเป็นร้อยละ 58.1 และระดับความรู้ความเข้าใจที่ดี (COR 1.38, 95% CI 1.02-1.86) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในระดับที่สูง (มากกว่า 1 ครั้ง ต่อเดือน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสามารถทำนายโอกาสปฏิบัติงานในระดับที่สูง 1.43 เท่า (95% CI 1.05-1.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับหลายการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าความรู้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของ อสม. (ปรารค์ จักรไชย และคณะ, 2560; ไพบูลย์ อินทมาศ, 2561; ทรรศนีย์ บุญมั่น, 2564) ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายสำเร็จและโรคซึมเศร้าของประชาชน ใน อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการขับเคลื่อนงานป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน นอกจากนี้ ผลการศึกษายังพบว่าการปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด 0.9 ครั้งต่อเดือน (S.D. =3.1) ดังนั้น องค์ความรู้ที่ควรส่งเสริมคือแนวทางการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย เช่น การสนับสนุนและให้กำลังใจทางแก้ไขปัญหาและช่วยคิดหาทางออก หรือการส่งเสริมให้เห็นคุณค่าของตนเอง โดยให้มองข้อดีความสามารถของคนที่มียุ่และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ เป็นต้น (โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

นอกจากนี้ ผลการศึกษานี้ พบว่า อสม. ที่มีประวัติผ่านการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายเบื้องต้น (COR 1.90, 95% CI 1.41-2.57) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนในระดับที่สูง และสามารถทำนายโอกาสปฏิบัติงานในระดับที่สูง 1.95 เท่า (95% CI 1.03-1.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดฝึกอบรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ อสม. สำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเปราะบาง ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อให้ อสม. สามารถพัฒนาขีดความสามารถของตนเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการทำงานให้ดียิ่งขึ้น และสร้างผลสำเร็จได้ดียิ่งขึ้น

การพัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของปัญหาร่วมกัน เป็นหนึ่งในยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่หวังจะลดอัตราการฆ่าตัวตายของคนในประเทศ ดังนั้น การส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมที่สำคัญในดำเนินงานในการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน มีความจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก อสม. ถือเป็นหมอคนที่ 1 หรือหมอประจำบ้าน ตามนโยบายระบบสุขภาพปฐมภูมิที่ให้คนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน ซึ่งหลักสูตรในการฝึกอบรม อสม. ควรสอดคล้องกับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการฆ่าตัวตายในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล (รพ.สต.) ได้แก่ 1) การค้นหาบุคคลที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ และส่งต่อเมื่อพบว่าผู้ป่วยมีปัญหาเกินศักยภาพในการดูแลรักษา 2) ประเมิน คัดกรอง การช่วยเหลือและส่งต่อ และ 3) ติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ได้ส่งต่อ หรือประเมินสุขภาพจิตในกลุ่มที่มารับบริการโดยคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการติดตามเยี่ยมกลุ่มที่เสี่ยงจากการส่งต่อจาก รพ. ชุมชน/ รพ.

ทั่วไป/ รพ.ศุนย์ โดยมีเครื่องมือการคัดกรองและการเฝ้ากลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีระดับความรู้ความเข้าใจต่อการฆ่าตัวตายของประชาชนและการประเมินความรุนแรงของกรณีศึกษาในระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน) ควรเพิ่มพูนทักษะหรือได้รับการจัดฝึกอบรม สำหรับการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน โดยองค์ความรู้ที่ควรส่งเสริม คือแนวทางการช่วยเหลือผู้มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับหน่วยบริการสุขภาพ

หน่วยบริการสุขภาพ ควรพัฒนารูปแบบกลไกการจัดการแบบบูรณาการในจังหวัดที่มีการฆ่าตัวตายสูง ในฐานะเจ้าของของปัญหาาร่วมกัน โดยส่งเสริมให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งเป็นหมอกคนแรกและมีความใกล้ชิดประชาชนในชุมชน มีส่วนร่วมในดำเนินงานในการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน และจัดฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นแก่ อสม. โดยหลักสูตรในการอบรมควรสอดคล้องกับบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อการฆ่าตัวตายในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมระดับตำบล (รพ.สต.)

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้กำหนดนโยบาย ควรพัฒนามาตรฐานแนวทางการดำเนินงานการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่สามารถวัดค่าเป็นปริมาณงานได้ เช่น ระบุจำนวนครั้งในการประเมินกลุ่มเสี่ยง หรือการติดตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในดำเนินงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนมากยิ่งขึ้น

4. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต

การศึกษาในครั้งต่อไป ควรเก็บข้อมูลการปฏิบัติงานด้านการป้องกันและการลดปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากสมุดบันทึกการปฏิบัติงานของ อสม. เพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำมากขึ้น และขยายการศึกษานี้ไปยังพื้นที่อื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

กรรณิการ์ เถาหมอ และ ศิริมา เนาวรัตน์. (2542). รายงานการวิจัยครอบครัวกับการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดนครสวรรค์. โรงพยาบาลประชารักษ์.

กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 สิงหาคม). อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2562). แผนปฏิบัติการราชการระยะ 5 ปี (พ.ศ.2561 - 2565) ของกรม



- สุขภาพจิตในวาระแรก ระยะ 3 ป (พ.ศ.2563 - 2565).
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2566, 10 สิงหาคม). ปัญหาการฆ่าตัวตาย. คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2563). คำศัพท์จิตวิทยา.
- เฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2563). トラバパของสมาชิกครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34(2), 18-32.
- ณัฐพัชร์ ทองสุวรรณ และ จุฑารัตน์ สติธิปัญญา. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยะลา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 7(3), 58-69.
- ทรรศนีย์ บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- นารถยา สุดจ้อย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 2 กองวิศวกรรม การแพทย์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- ปรารค์ จักรไชย, อภิชัย คุณิพงษ์, และวรงค์ ช่างแก้ว. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทีมหมอครอบครัว จังหวัดปทุมธานี. วารสารพยาบาลสาธารณสุข (Thai Public Health Nurses Association), 31(1), 16-28.
- ไพบุลย์ อินทมาส. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- มาโนช หล่อตระกูล. (2546). พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (พิมพ์ครั้งที่ 1). หมอชาวบ้าน.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). การฆ่าตัวตายการรักษาและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 1). ปิยอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2563). เอกสารโครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย (Suicide Prevention and reduce Self harm in Thailand) ภายใต้อำนวยการดำเนินงานวิจัยทำทนายไทย : เรื่องสังคมไทยไร้ความรุนแรง.
- วิภาลักษณ์ ดุจแสงทอง และ ประทุมทิพย์ ทองเจริญ (2565). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของบุคลากรในสำนักงานสาธารณสุข เทศบาลนครหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2563). รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน แยกตามจังหวัด ประจำปี พ.ศ. 2563 ตายตามทะเบียนบ้าน..
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย. สู่พัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา. (2539). บทความเพื่อสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศและคอมพิวเตอร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สำนักสื่อสารและประชาสัมพันธ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2565, มิถุนายน 14). อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.).
- อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, สุพิน พิมพ์เสน, ปัทพงษ์เกษมสมบูรณ์, นุศราพรเกษมสมบูรณ์, จริญญา พิชัยคำ และคณะ. (2548). ระบาดวิทยาของพฤติกรรมทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายปี พ.ศ. 2547. กรมสุขภาพจิต
- Barbee, M. A, & Bricker, P. (1996). Suicide. *Psychiatric mental health nursing*, 613-633
- Dieksta, R. F., & Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior a review of three



- continents. *World Health Statistic Quarterly*, 46, 52-68.
- Ibrahim, S. (2019). Suicide Literacy and Laypersons: Ability to Accurately Recognize Suicide Warning Signs and Risk Factors. [Theses and Dissertations].
- Koopmans, L., Bernaards, C. M., Hildebrandt, V. H., Schaufeli, W. B., de Vet Henrica, C. W., & van der Beek, A. J. (2011). Conceptual frameworks of individual work performance: a systematic review. *Journal of occupational and environmental medicine*, 53(8), 856–866.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. (2002). *World Report on Violence and Health*. World Health Organization.
- McLaughlin, M. W. (1993a). *CASTING THE SELF: Frames for identity and dilemmas for policy*. Teachers College Press.
- Oxford University Press. (2016, March 7). *Suicide*.
- Pompili, M., Shrivastava, A., Serafini, G., Innamorati, M. Milelli, M. Erbuta, D., ... Girardi, P. (2013). Bereavement after the suicide of a significant other. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 256-263.
- Scocco, P., Preti, A., Totaro, S., Ferrari, A., & Toffl, E. (2017). Stigma and psychological distress in suicide survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 94, 39-46.
- Stedman, Thomas. (2006). *Stedman's Medical Dictionary*.
- Stuart, W. G., & Laraia, L. M. (2005). *Principle and practice of psychiatric nursing (8th ed.)*. St Louis: Mosby.
- Silverman, M.M. (2006), The Language of Suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36: 519-532.
- World Health Organization. (2021, June 17). *One in 100 deaths is by suicide: WHO guidance to help the world reach the target of reducing suicide rate by 1/3 by 2030*.
- World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A Global Imperative*.