

THE DEVELOPMENT OF SUICIDE PREVENTION AND SURVEILLANCE SYSTEM BY THE PARTICIPATION OF DISTRICT COMMUNITY, SATUN PROVINCE

*Darin Thanapunyaboon, M.D.**

Abstract

Objective: This study aimed to: (1) examine and analyze the causes and contributing factors of suicide in collaboration with community stakeholders; (2) develop a community-participatory district-level suicide surveillance and prevention system in Satun Province; and (3) evaluate the implementation of the suicide surveillance and prevention system across seven districts in Satun Province.

Methods: This research employed a mixed-methods research design integrating quantitative and qualitative approaches. The study participants comprised: (1) community leaders and village health volunteers; (2) members of the District Health Coordinating Committee, spiritual leaders, relatives and family members, individuals with a history of self-harm, and members of the District Quality of Life Development Committee (e.g., district chiefs, mayors, district public health officers, subdistrict administrative organization chiefs, and hospital directors). The target areas were nine villages with a recorded history of suicide in 2023. A total of 110 participants were included.

Results: The findings revealed that the participants were situated in a rural community context characterized by strong family cohesion and high levels of social connectedness, which serve as important protective factors against suicidal behaviors. At the same time, television and social media were found to play a significant role in shaping public attitudes toward suicide. In addition, the participants' levels of beliefs, thoughts, feelings, and attitudes regarding suicide, as well as practices related to funeral management and mourning, were significantly higher after the intervention than before the intervention at the .05 level. Furthermore, the overall satisfaction of the participants with the developed system was rated at the highest level.

Conclusion: The results indicate that the district-level, community-based suicide prevention and surveillance system in Satun Province effectively enhances public awareness, understanding, and community participation at the local level. Moreover, the system is appropriate and well aligned with the cultural and social context of the area.

Keywords: suicide prevention and surveillance system, suicide, community participation

*Corresponding author: Medical Physician, Senior Professional Level, Satun Hospital, e-mail: jieb darin@gmail.com

Received: 16 October 2025, Revised: 10 January 2026, Accepted: 18 January 2026

การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

คาริน ธนปัญญาบุรณ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน 2) เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล 3) เพื่อประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดสตูล

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยและพัฒนาเชิงแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) ผู้นำทางจิตวิญญาณ ญาติครอบครัว และผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายจากหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน จำนวน 110 คน

ผลการศึกษา : ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในบริบทชุมชนชนบทที่มีความเข้มแข็งของครอบครัวและความผูกพันทางสังคมสูง ซึ่งเป็นปัจจัยก้ำกั้นสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขณะเดียวกันบทบาทของสื่อโทรทัศน์และสื่อสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อทัศนคติของประชาชนอย่างมาก อีกทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการจัดการศพและไว้ทุกข์หลังการพัฒนาล่วงหน้าก่อนพัฒนายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อระบบโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุป : ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลสามารถเสริมสร้างความตระหนักรู้ ความเข้าใจ และการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับพื้นที่ อีกทั้งยังเป็นมีความเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมและสังคม

คำสำคัญ : ระบบป้องกันและเฝ้าระวัง, ปัญหาการฆ่าตัวตาย, ชุมชนมีส่วนร่วม

*ผู้ประสานงานบทความ: นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสตูล, e-mail: jiebdarin@gmail.com

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2568, วันที่แก้ไข: 10 มกราคม 2569, วันที่ตอบรับ: 18 มกราคม 2569

ความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับโลกมีแนวโน้มเพิ่มความรุนแรงมากขึ้น การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่แสดงถึงความล้มเหลวในการเผชิญและปรับตัวของบุคคลต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอาจนำมาสู่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า การใช้สารเสพติด รวมถึงการเจ็บป่วยทางจิตเวชและปัญหาการทำร้ายตนเอง ดังนั้นปัญหาการฆ่าตัวตายจึงถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นอันดับ 1 ของการเสียชีวิตในกลุ่มอายุ 15 - 49 ปี มีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าโรคสำคัญอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเอดส์ และอุบัติเหตุบนท้องถนน (World Health Organization, 2021) โดย การฆ่าตัวตายนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญของประเทศไทยและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นมีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ในอันดับที่ 28 ของโลก จากรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง และคนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน

หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) เหตุการณ์ฆ่าตัวตายไม่ได้เกิดขึ้นง่าย ๆ ผู้ที่ฆ่าตัวตายนั้นมักจะมีวามเปราะบางมีความโน้มเอียงมีความเสี่ยงอยู่ก่อนแล้ว ประสบวิกฤติชีวิตที่ทำให้อับอายขายหน้า หรือ พ่ายแพ้ล้มเหลว ร่วมกับอับจนหนทางไม่มีทางออกในวิกฤตินั้น ความคิดฆ่าตัวตายจึงเกิดขึ้น การแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตายไม่ว่ารายบุคคลหรือรายจังหวัด จึงไม่มีสูตรสำเร็จที่ได้ผลที่สุดเนื่องจากเหตุปัจจัยแปรเปลี่ยนไปตามเวลา ยุคสมัย และในแต่ละรายบุคคล แนวทางการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายที่ดำเนินอยู่ในปัจจุบันคือ รวบรวมข้อมูลเรื่องราวที่นำไปสู่การฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายของแต่ละเหตุการณ์ด้วย suicide investigation (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

จังหวัดสตูลเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทย มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม และชุมชน ประชากรส่วนใหญ่ยังคงมีวิถีชีวิตแบบชุมชนที่เข้มแข็ง แต่ในขณะเดียวกัน ปัญหาสุขภาพจิตและพฤติกรรมเสี่ยงก็ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน หนึ่งในปัญหาที่สำคัญคือการฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นปัญหาสุขภาพจิตและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567 พบว่า จังหวัดสตูลมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายจำนวน 16 ราย อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จอยู่ที่ 4.91 รายต่อประชากรแสนคน ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 154 ราย โดยมีอัตราการไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำภายใน 1 ปี

อยู่ที่ร้อยละ 87.01 เมื่อพิจารณาารายอำเภอพบว่า อำเภอละงูและอำเภอทุ่งหว้ามีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ 8.10 และ 8.12 รายต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ส่วนวิธีการฆ่าตัวตายที่พบบ่อยที่สุดคือการแขวนคอ ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ การมีครอบครัวอบอุ่นและชุมชนที่เข้มแข็ง ขณะที่กลุ่มเสี่ยงมักเป็นนักเรียน/นักศึกษาและผู้รับจ้าง ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายไม่ได้เป็นเพียงปัญหาส่วนบุคคล แต่ยังเกี่ยวข้องกับบริบททางครอบครัว ชุมชน และสภาพแวดล้อมทางสังคม ดังนั้นควรมีการพัฒนาาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับจังหวัดโดยมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อให้สามารถเฝ้าระวังและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงได้อย่างต่อเนื่อง การสร้างความรู้ ความเข้าใจ และการสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล, 2566) จากข้อมูลการสำรวจในชุมชนพบว่าประชาชนยังขาดความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสาเหตุ สัญญาณเตือน และวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำให้บางกรณีเกิดผลกระทบทางจิตใจ ทั้งความเครียด ความหดหู่ และความวิตกกังวล นอกจากนี้ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัด เนื่องจากขาดบุคลากรเฉพาะด้าน สุขภาพจิตในชุมชนจึงไม่ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง และประชาชนส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงช่องทางขอความช่วยเหลือหรือแนวทางการป้องกันอย่างถูกต้อง อีกทั้งการอบรมและให้ความรู้แก่ชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายยังไม่เพียงพอ ทำให้ขาดการคัดกรองและดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ ในด้านทรัพยากร ชุมชนยัง

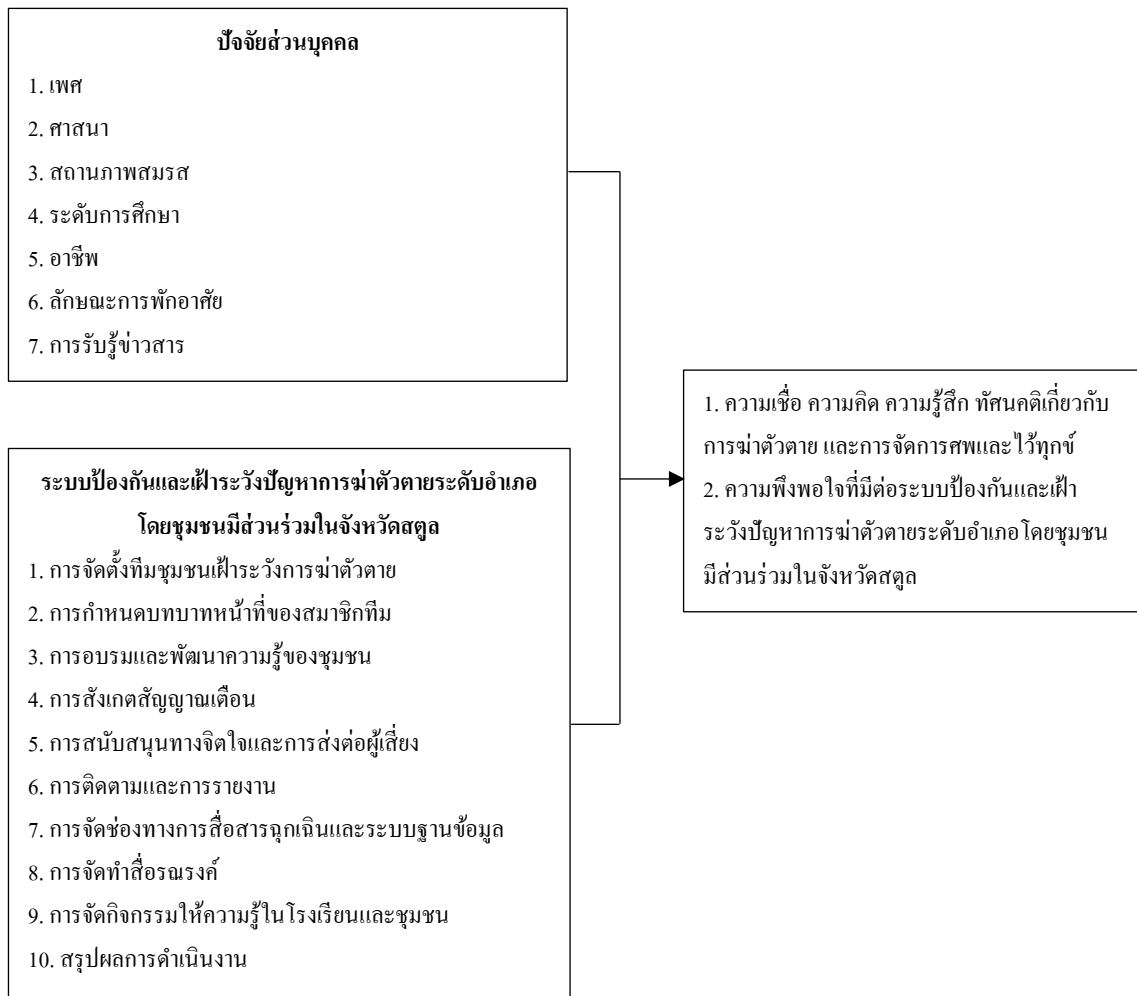
ขาดงบประมาณ อุปกรณ์ และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้การดำเนินงานด้านสุขภาพจิตไม่สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนได้เต็มที่ ปัจจัยทางสังคมและครอบครัว เช่น ครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น ความร่วมมือของชุมชนไม่เข้มแข็ง ปัญหาเศรษฐกิจ ว่างงาน และปัญหาสุขภาพจิต ยิ่งส่งผลให้การป้องกันและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมีอุปสรรคเพิ่มขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล เพื่อพัฒนาระบบการคัดกรอง ดูแล และให้ความรู้แก่ประชาชน รวมถึงสร้างกลไกการป้องกันที่เหมาะสมทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การสำรวจปัญหาและทรัพยากรที่มีอยู่ พร้อมทั้งวิเคราะห์อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุน เพื่อให้ได้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน
2. เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล
3. เพื่อประเมินผลการใช้ระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 7 อำเภอในจังหวัดสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research) และเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยกำหนดขอบเขตการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัย

ของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดสตูล (2) พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล (3) ศึกษาผลการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) 3) ผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้านและ ปราชญ์ชาวบ้าน 4) ญาติ ครอบครัว และ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง 5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยกำหนดพื้นที่เป้าหมายจากหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน

2. กลุ่มตัวอย่างได้มีการคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเฉพาะเจาะจง ทำให้ได้ผู้ร่วมวิจัยจากพื้นที่เป้าหมายซึ่งเป็นหมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 9 หมู่บ้าน โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ซึ่งใช้ในการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร โดยกำหนดค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.50 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ทั้งนี้ได้ใช้โปรแกรมคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำเร็จรูปส่งผลให้ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 110 คน ได้แก่ 1) แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 32 คน 2) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอ (คปสอ.) จำนวน 17 คน 3) ผู้นำหมู่บ้าน เช่น ผู้ใหญ่บ้านและปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 18 คน 4) ญาติ ครอบครัว และ ผู้มีประวัติทำร้ายตนเอง จำนวน 28 คน 5) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ เช่น นายอำเภอ นายกเทศมนตรี สาธารณสุขอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 15 คน รวมจำนวน 110 คน

เกณฑ์ที่คัดเข้า

1. บุคคลที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป
2. อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการในสัมภาษณ์
4. มีสติสัมปชัญญะดีและสามารถสื่อสารเข้าใจด้วยภาษาไทย

เกณฑ์ที่คัดออก

1. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ หรือต้องการออกจากการศึกษาในขณะดำเนินการสอบถามด้วยเหตุผลต่าง ๆ

2. พื้นที่ทำการวิจัยเป็นการเลือกแบบเจาะจง คือ หมู่บ้านที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในปี 2566 จังหวัดสตูล โดยมีเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายและยังอยู่ในช่วงที่กลุ่มเป้าหมายจะให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลด้านภูมิศาสตร์ ประชากร หน่วยงานราชการในพื้นที่ หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ และจำนวนแพทย์และพยาบาล

2. แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยอาศัยการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวัง ได้แก่ แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง

และปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย (กรมสุขภาพจิต, 2560; American Foundation for Suicide Prevention, 2018) ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของการฆ่าตัวตาย (Joiner, 2010) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen และ Uphoff (1981) รวมทั้งแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2012) ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล ข้อมูล โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) และ แบบเติมคำในช่องว่าง (open-ended questions) จำนวน 11 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย ระยะเวลาที่อยู่อาศัย บุคคลที่พ้ออาศัยด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ อาชีพ และบทบาทในชุมชน

ส่วนที่ 2 ความตระหนักรู้เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผ่านทางสื่อรณรงค์ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความเชื่อ ความคิดความรู้สึกทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้อาลัย จำนวน 13 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนให้เลือก 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นใจ และ ไม่เห็นด้วย จำนวน 4 ข้อ ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 4 ข้อ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้

ความเชื่อ/ทัศนคติ ระดับคะแนน

เห็นด้วย 3 คะแนน

ไม่เห็นใจ 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน

เกณฑ์การตัดสินและการแปลผล

ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็น

2.34 - 3.00 เห็นด้วย

1.67 - 2.33 ไม่เห็นใจ

1.00 - 1.66 ไม่เห็นด้วย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินปัญหาการใช้สุรา

และสารเสพติด โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (Checklist Questions) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) และ แบบเติมคำในช่องว่าง (open-ended questions) จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 6 ประสิทธิภาพการฆ่าตัวตายและการรับบริการทางการแพทย์ โดยข้อคำถามเป็นลักษณะแบบเลือกตอบ (checklist questions) จำนวน 23 ข้อ

3. แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับการพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ จำนวน 17 ข้อ

4. ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่พัฒนามาจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการเฝ้าระวังและการป้องกันการฆ่าตัวตาย (WHO, 2014; กรมสุขภาพจิต, 2564)

แนวคิดการกำหนดบทบาทเพื่อลดความซ้ำซ้อนในการทำงานเป็นทีม (Tuckman & Jensen, 1977) แนวคิดการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย (Beautrais, 2000; กรมสุขภาพจิต, 2563) แนวคิดการรับรู้สัญญาณเตือนล่วงหน้าในการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Joiner, 2005) แนวคิดการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจเพื่อลดความรุนแรงของภาวะวิกฤตทางอารมณ์ได้ (WHO, 2011) แนวคิดระบบติดตามต่อเนื่องช่วยป้องกันการหลุดจากระบบการดูแล (Hawton & Williams, 2001) แนวคิดระบบข้อมูลและการสื่อสารในการตอบสนองต่อภาวะวิกฤต (WHO, 2014) แนวคิดการสื่อสารสาธารณะเชิงบวกต่อผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (Niederkrotenthaler et al., 2010) แนวคิดโรงเรียนเป็นฐานการป้องกัน (school-based prevention) (กรมสุขภาพจิต, 2563) และแนวคิดการประเมินผล (Stufflebeam & Shinkfield, 2007) โดยผ่านการประเมินความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 1 ท่าน ด้านการบริหารสาธารณสุข จำนวน 1 ท่าน และด้านนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 1 ท่าน โดยขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้

4.1 การจัดตั้งทีมชุมชนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยจัดประชุมผู้นำชุมชน และอาสาสมัครเพื่อคัดเลือกแกนนำและแต่งตั้งคณะทำงานเฝ้าระวังอย่างเป็นทางการ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (พฤษภาคม 2567)

4.2 การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม โดยจัดการระดมสมองเพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่

ของสมาชิกทีม เช่น ผู้คัดกรอง ผู้ประสานงาน ผู้ติดตาม และผู้รายงานผล พร้อมจัดทำเอกสารโครงสร้างทีม โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (พฤษภาคม 2567)

4.3 การอบรมและพัฒนาความรู้ของชุมชน โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การป้องกันการฆ่าตัวตาย และการดูแลผู้เสี่ยง โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและจิตเวชเป็นวิทยากร โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (มิถุนายน - กรกฎาคม 2567)

4.4 การสังเกตสัญญาณเตือน โดยฝึกอบรมการสังเกตสัญญาณเตือนทั้งด้านพฤติกรรม อารมณ์ และคำพูด ผ่านกรณีศึกษาและสถานการณ์จำลอง พร้อมการประเมินความเสี่ยง โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (กรกฎาคม 2567)

4.5 การสนับสนุนทางจิตใจและการส่งต่อผู้เสี่ยง โดยฝึกทักษะการให้ความช่วยเหลือทางจิตใจเบื้องต้น (Psychological First Aid: PFA) และจัดระบบส่งต่อผู้เสี่ยงไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขหรือสายด่วนสุขภาพจิต โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 5 เดือน (สิงหาคม - ธันวาคม 2567)

4.6 การติดตามและการรายงาน โดยจัดทำแบบฟอร์มติดตามผู้เสี่ยงรายบุคคล ประชุมทีมรายเดือน และรายงานผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการระดับพื้นที่ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 5 เดือน (สิงหาคม - ธันวาคม 2567)

4.7 การจัดช่องทางทางสื่อสารฉุกเฉินและระบบฐานข้อมูล โดยจัดตั้งสายด่วนชุมชน กลุ่ม Line เฝ้าระวัง และพัฒนาฐานข้อมูลผู้เสี่ยงแบบไม่

เปิดเผยตัวตน เพื่อใช้ในการประสานงานฉุกเฉิน โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (สิงหาคม-กรกฎาคม 2567)

4.8 การจัดทำสื่อรณรงค์ โดยผลิตโปสเตอร์ แผ่นพับ และสื่อออนไลน์เพื่อรณรงค์เรื่องการดูแลสุขภาพจิต ลดการตีตรา และส่งเสริมการขอความช่วยเหลือ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (กันยายน - ตุลาคม 2567)

4.9 การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน และชุมชน โดยจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการในโรงเรียนและชุมชน เช่น ถ่ายพัฒนาทักษะชีวิต การจัดการความเครียด และการสร้างความเข้มแข็งทางอารมณ์ โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 2 เดือน (ตุลาคม - พฤศจิกายน 2567)

4.10 สรุปผลการดำเนินงาน โดยจัดประชุมสรุปบทเรียน ประเมินผลโครงการ และจัดทำรายงานเสนอแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังในระยะยาว โดยระยะเวลาในการดำเนินการ 1 เดือน (ธันวาคม 2567)

5. แบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในชุมชนที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล โดยข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับตามเกณฑ์ดังนี้

คะแนน ระดับความพึงพอใจ

5 มากที่สุด

4 มาก

3 ปานกลาง

2 น้อย

1 น้อยที่สุด

เกณฑ์การตัดสินและการแปลผล

ค่าเฉลี่ย ความคิดเห็น

4.51 - 5.00 มากที่สุด

3.51 - 4.50 มาก

2.51 - 3.50 ปานกลาง

1.51 - 2.50 น้อย

1.00 - 1.50 น้อยที่สุด

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เลขที่รับรอง ET-ST 02/2567 อนุมัติเมื่อวันที่ 21 มีนาคม 2567 ซึ่งการเข้าร่วมการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอเฉพาะในภาพรวมโดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย และชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกจัดเก็บในรูปแบบ 2) ไม่ระบุตัวตน มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วม 3) จัดเก็บเอกสารในที่ปลอดภัยมีการป้องกันด้วยรหัสผ่าน 4) มีการจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้รับผิดชอบโครงการ 5) ข้อมูลจะใช้เพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น จากนั้นผู้เข้าร่วมที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในแบบฟอร์มการให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เสนอโครงการวิจัย และเครื่องมือการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เพื่อออก

เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. ประสานงานกับพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตาย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล หลังได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยนำเอกสารอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พร้อมแบบสอบถามติดต่อกับผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้

3. ลงพื้นที่เก็บและดำเนินการเก็บข้อมูล โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนธันวาคม 2567

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบผลก่อนการพัฒนา กับหลังการพัฒนาด้วยการวิเคราะห์ด้วย dependent

t-test

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาและวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยของปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดสตูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง อายุ 40 - 59 ปี นับถือศาสนาอิสลาม มีสถานภาพสมรส การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมปลาย/ปวช. และอาชีพหลักคือรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรม ส่วนใหญ่พักอาศัยกับคู่สมรสและลูก โดยสมาชิกในบ้านส่วนใหญ่มี 4 - 6 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านโทรทัศน์ และ Facebook มากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชุมชนทั่วไป และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	34.55
หญิง	72	65.45
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	28	25.45
40 - 59 ปี	64	58.18
60 ปีขึ้นไป	18	16.37
ศาสนา		
อิสลาม	96	87.27
พุทธ	14	12.73

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	22	20.00
สมรส	72	65.45
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	16	14.55
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	23.64
มัธยมปลาย / ปวช.	48	43.64
อนุปริญญา / ปวส.	20	18.18
ปริญญาตรีขึ้นไป	16	14.55
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป	44	40.00
เกษตรกรกรรม	36	32.73
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	18	16.36
อื่น ๆ	12	10.91
ลักษณะการพักอาศัย		
อยู่กับคู่สมรสและบุตร	68	61.82
อยู่กับครอบครัว/ญาติ	26	23.64
อยู่คนเดียว	16	14.55
แหล่งรับรู้ข่าวสาร		
โทรทัศน์	46	41.82
Facebook	44	40.00
วิทยุ/สื่อสิ่งพิมพ์	12	10.91
อื่น ๆ	8	7.27
บทบาทในชุมชน		
ผู้นำชุมชนในพื้นที่	14	12.73
ผู้ปฏิบัติงานในส่วนราชการ	12	10.91
ผู้นำทางศาสนา	10	9.09
ผู้นำทางการศึกษา	8	7.27
อาสาสมัครสาธารณสุข	26	23.64
สมาชิกในชุมชน	40	36.36

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อยู่อาศัย		
ต่ำกว่า 1 ปี	6	5.45
1 - 5 ปี	18	16.36
6 - 10 ปี	22	20.00
11 - 20 ปี	28	25.45
มากกว่า 20 ปี	36	32.73

2. ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์ ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับไม่แน่ใจ (mean = 1.92, S.D. = 0.69) เมื่อพิจารณา

รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดที่สุด คือ คนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง รองลงมา คือ ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะมีคนอื่นในครอบครัวฆ่าตัวตายตามมาด้วย และการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดีกว่า

ตารางที่ 2 ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์

รายการ	mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะมีคนอื่นในครอบครัวฆ่าตัวตายตามมาด้วย	2.21	0.68	ไม่แน่ใจ
2. คนคิดฆ่าตัวตายมีแค่คนบ้าเท่านั้น	2.08	0.72	ไม่แน่ใจ
3. คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ดีกว่า	1.69	0.73	ไม่แน่ใจ
4. คนคิดฆ่าตัวตายจะไม่บอกใคร	1.77	0.77	ไม่แน่ใจ
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง	2.07	0.60	ไม่แน่ใจ
6. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ	2.11	0.66	ไม่แน่ใจ
7. การฆ่าตัวตายเป็นบาป	1.17	0.45	เห็นด้วย

ตารางที่ 2 ความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและไว้ทุกข์ (ต่อ)

รายการ	mean	S.D.	ระดับความคิดเห็น
8. การพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการ ชี้แนะให้เกิดการฆ่าตัวตาย	2.21	0.67	ไม่แน่ใจ
9. คนคิดลงมือกระทำการฆ่าตัวตายคือคนที่มีลักษณะ อ่อนแอ ขี้แพ้ สิ้นหวัง หนีปัญหา	1.85	0.77	ไม่แน่ใจ
10. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะรู้สึกอับอายขายหน้า ไม่กล้าเผชิญหน้ากับคนอื่นในสังคม	2.20	0.78	ไม่แน่ใจ
11. คนคิดฆ่าตัวตายมักคิดว่าอยู่ต่อไปก็ไม่มีจุดหมาย เพราะเข้ากับคนอื่นไม่ได้	1.89	0.79	ไม่แน่ใจ
12. คนพยายามฆ่าตัวตาย หวังผลที่จะจบชีวิตจริง	2.26	0.79	ไม่แน่ใจ
13. คนฆ่าตัวตายเพราะเชื่อว่าจะไปเกิดใหม่ในภพภูมิที่ ดีกว่า	1.48	0.62	ไม่เห็นด้วย
รวม	1.92	0.69	ไม่แน่ใจ

3. ปัญหาการใช้สุรา และสารเสพติด

จากการศึกษาพฤติกรรมการใช้สุราและสารเสพติดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ คิดเป็นร้อยละ 87.79 ขณะที่ร้อยละ 12.21 สูบบุหรี่ สำหรับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบเพียงร้อยละ 10 และการใช้กัญชาพบร้อยละ 4 โดยไม่พบการใช้สารกระตุ้นประสาทหรือยาหล่อมประสาท

4. ประสบการณ์การฆ่าตัวตายและการรับบริการทางการแพทย์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีญาติหรือคนในครอบครัวเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเลย ร้อยละ 94.40 ของผู้ตอบไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย และมีเพียงร้อยละ 5.60 ที่เคยคิด

โดยส่วนใหญ่ไม่เคยลงมือทำจริง เหตุผลหลักที่ไม่ลงมือทำคือกลัวบาปและห่วงคนที่รัก ร้อยละ 100 กลัวเจ็บหรือพิการ ร้อยละ 60 และมีคนคอยให้กำลังใจร้อยละ 20 นอกจากนี้มีเพียงสองคนที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย โดยเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2542 และ 2562 โดยไม่มีเหตุกระตุ้นก่อนการกระทำ และหลังจากพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรสาธารณสุขหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญพบว่ามีความคิดเห็นว่าควรมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้

ครอบครัวย ส่งเสริมการเปิดใจรับฟังและให้กำลังใจ พร้อมกับจัดอบรมและให้ความรู้เชิงปฏิบัติแก่ชุมชน สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ และอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพื่อลดความเสี่ยงและสร้างพื้นที่ปลอดภัยทางจิตใจให้กับประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอในจังหวัดสตูล ตามแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014); กรมสุขภาพจิต (2564); Tuckman & Jensen (1977); Beautrais (2000); กรมสุขภาพจิต (2563); Joiner (2005); Hawton & Williams (2001); Niederkrotenthaler et al. (2010); กรมสุขภาพจิต (2563) และ Stufflebeam & Shinkfield (2007) ซึ่งได้รับการพัฒนาครอบคลุมกิจกรรมหลัก 10 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดตั้งทีมชุมชนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย 2) การกำหนดบทบาทหน้าที่ของสมาชิกทีม 3) การอบรมและพัฒนาความรู้ของชุมชน 4) การสังเกตสัญญาณเตือน 5) การสนับสนุนทางจิตใจและการส่งต่อผู้เสี่ยง 6) การติดตามและการรายงาน 7) การจัดช่องทางการสื่อสารฉุกเฉินและระบบฐานข้อมูล 8) การจัดทำสื่อรณรงค์ 9) การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในโรงเรียน และชุมชน 10) สรุปผลการดำเนินงานโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านได้ประเมินความเหมาะสมของระบบโดยรวม พบว่าผ่านเกณฑ์ความเหมาะสม และสามารถนำไปใช้ได้กับบริบทที่ศึกษาช่วยเพิ่มความตระหนักและการสอดส่องผู้เสี่ยง ลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานสาธารณสุข ชุมชน และครอบครัวอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

จากการนำระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูลที่พัฒนาขึ้นไปใช้และศึกษาผลการใช้พบรายละเอียดดังนี้

1. ผลการเปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายพบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์สูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

2. ผลการประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล พบว่าอยู่ในระดับมากที่สุด ดังตารางที่ 4

การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะสะท้อนบริบทของชุมชนชนบทในจังหวัดสตูล ซึ่งมีโครงสร้างประชากรเป็นครอบครัวขยายและมีวิถีชีวิตพึ่งพาเครือข่ายทางสังคมใกล้ชิด การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร แสดงถึงความเข้มแข็งของระบบครอบครัว ซึ่งถือเป็น ปัจจัยคุ้มกันทางจิตใจที่สำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการจัดการศพและไว้ทุกข์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้ระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตาย

ความคิดเห็น	n	mean	S.D.	t	p
ก่อนใช้ระบบ	110	1.92	0.69	60.145	0.000*
หลังใช้ระบบ	110	2.35	0.73		

*p-value < .05

ตารางที่ 4 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วมในจังหวัดสตูล

รายการประเมิน	mean	S.D.	แปลผล	อันดับ
1. กิจกรรมครอบคลุมของการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน	4.70	0.57	มากที่สุด	3
2. การให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บังคับเสี่ยง และวิธีการป้องกัน	4.67	0.58	มากที่สุด	4
3. ประโยชน์ของการฝึกทักษะการสังเกตสัญญาณ และการประเมินความเสี่ยงเบื้องต้น	4.63	0.59	มากที่สุด	6
4. ทำให้เข้าใจและทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรม	4.85	0.56	มากที่สุด	2
5. กิจกรรมทำให้มีทัศนคติในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ดี	4.89	0.52	มากที่สุด	1
6. กิจกรรมการรณรงค์และการสื่อสารสาธารณะ เช่น สื่อรณรงค์ โปสเตอร์ หรือสื่อออนไลน์	4.59	0.50	มากที่สุด	8
7. ประสิทธิภาพของการสื่อสารประชาสัมพันธ์	4.56	0.51	มากที่สุด	9
8. ความเหมาะสมของกิจกรรมการอบรม	4.62	0.49	มากที่สุด	7
9. กิจกรรมมีความน่าสนใจและสร้างบรรยากาศที่ดีและปลอดภัย	4.65	0.48	มากที่สุด	5
10. ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมเหมาะสม	4.55	0.51	มากที่สุด	10
รวม	4.67	0.53	มากที่สุด	

ของ Masten (2014) และกรมสุขภาพจิต (2563) พบว่าครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดสามารถ

ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคลได้

อย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่าน โทรศัพท์และ Facebook มากที่สุด ซึ่งสะท้อนบทบาทของสื่อมวลชนและสื่อสังคมออนไลน์ในการกำหนดกรอบความคิดของประชาชนต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Niederkröten et al. (2010) ที่พบว่าสื่อสามารถมีทั้งผลเชิงลบและเชิงบวกต่อการรับรู้เรื่องการฆ่าตัวตาย หากนำเสนอในลักษณะที่สร้างความหวังและเน้นการขอความช่วยเหลือ จะช่วยลดทัศนคติเชิงลบและลดพฤติกรรมเลียนแบบ ดังนั้นผลการวิจัยนี้จึงสนับสนุนแนวคิดว่าการใช้สื่อเป็นเครื่องมือในการรณรงค์เชิงสร้างสรรค์ในชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ส่วนในด้านบทบาทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในชุมชนทั่วไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นระยะเวลามากกว่า 20 ปี สะท้อนถึงระดับความผูกพันกับชุมชนสูงซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับงานวิจัยของ Putnam (2000) ที่ได้อธิบายว่าทุนทางสังคมในชุมชน เช่น ความไว้วางใจและเครือข่ายความสัมพันธ์ จะช่วยเสริมสร้างความสามารถของชุมชนในการดูแลตนเองและลดความเสี่ยงของพฤติกรรมเบี่ยงเบน รวมถึงพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2. ผลการศึกษา อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของประภาพร จันทน์นาม (2568) ที่ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอภูหลวง จังหวัดเลยที่มีการเน้นการทำงานร่วมกันของเครือข่ายในชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพ การมีทีม/เครือข่าย

ระดับชุมชน การพัฒนาศักยภาพผ่านการอบรม การเฝ้าระวัง-ส่งต่อ-ติดตาม และการทำให้ระบบดำเนินต่อเนื่องได้จริงในบริบทพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับกิจกรรมของระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ การจัดตั้งทีม กำหนดบทบาท อบรม สังเกตสัญญาณเตือน สนับสนุนทางจิตใจและส่งต่อ ติดตามและรายงาน และการสรุปผลเพื่อปรับปรุงระบบ

3. ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวมถึงการจัดการศพและการไว้ทุกข์อยู่ในระดับไม่แน่ใจ สะท้อนให้เห็นว่าประชาชนในชุมชนยังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ชัดเจนต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้งในมิติด้านสุขภาพจิต สังคม และวัฒนธรรม โดยเฉพาะความเชื่อที่เกี่ยวข้องกับตราบาปทางสังคมและการมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของชุมชนที่ยังขาดเวทีการเรียนรู้และการพูดคุยอย่างเปิดเผยเกี่ยวกับปัญหาดังกล่าวการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิเคราะห์ปัญหา ช่วยให้สามารถระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงได้อย่างรอบด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยชุมชนที่เน้นการสร้างการเข้าใจจากบริบทจริงของพื้นที่ (กรมสุขภาพจิต, 2565) อีกทั้งยังพบว่าหลังการพัฒนากระบวนการกลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดเห็นด้านความเชื่อ ความคิด ความรู้สึก และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการจัดการศพและการไว้ทุกข์สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นมี

ประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติของประชาชนในชุมชนผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่ากิจกรรมให้ความรู้ การอบรมเชิงปฏิบัติการ และการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำทางศาสนา มีบทบาทสำคัญในการลดความเข้าใจผิด และทราบปาทางสังคมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับงานวิจัยของพุทธิพร พงษ์นันท์ทุกกิจ และคณะ (2565) และประภาพร จันทน์นาม (2568) ที่อธิบายว่าการพัฒนาเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเพิ่มศักยภาพการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงด้านทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการศพและการไว้ทุกข์ ยังสะท้อนถึงความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาในบริบทจังหวัดสตูล ซึ่งมีความหลากหลายทางศาสนา โดยการสื่อสารและการเรียนรู้ร่วมกันในชุมชนช่วยลดความเชื่อที่ไม่เหมาะสม และส่งเสริมการปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลักสังคมและวัฒนธรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาของภาวิณี สุขสวัสดิ์ (2563)

4. ผลการประเมินพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจต่อระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าระบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองต่อบริบท ความต้องการ และวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมที่ได้รับความนิยมสูงสุด ได้แก่ การสร้างทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย และการฝึกทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การสังเกตสัญญาณเตือน การประเมิน

ความเสี่ยง และการรับฟังเชิงลึก ซึ่งสะท้อนว่าผู้เข้าร่วมสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้จริงในชุมชนได้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2021) เนื่องจากมีความเหมาะสมของระบบในมิติ วัฒนธรรมและสังคมของพื้นที่ เนื่องจากกิจกรรมถูกออกแบบให้เคารพบริบทด้านศาสนา ความเชื่อ และโครงสร้างครอบครัวของชุมชน เช่น การเชื่อมโยงหลักศาสนากับคุณค่าของชีวิต และการใช้แกนนำชุมชนเป็นผู้ถ่ายทอดสาระสำคัญ ทำให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกยอมรับและเชื่อมั่นในระบบมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในระบบเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม บางด้าน เช่น ประสิทธิภาพการประชาสัมพันธ์และความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดกิจกรรม ได้รับคะแนนต่ำกว่าด้านอื่นเล็กน้อย สะท้อนถึงความคาดหวังของชุมชนต่อการสื่อสารที่ต่อเนื่องและการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชน ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรนำไปปรับปรุงเพื่อเพิ่มความยั่งยืนของระบบในระยะยาว

ดังนั้นระบบป้องกันและเฝ้าระวังที่ออกแบบมาให้ความเหมาะสมกับบริบทชุมชนในจังหวัดสตูล สามารถสร้างทัศนคติบวกเพิ่มพูนทักษะ และเสริมเครือข่ายชุมชนให้เข้มแข็งขึ้น แต่ยังคงพัฒนาเรื่องการสื่อสารและจัดเวลาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตประชาชน เพื่อให้ระบบมีความยั่งยืนและใช้งานได้จริงในระยะยาว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเสริมสร้างความรู้และทัศนคติเชิงบวกในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมี

ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับไม่แน่ใจ แสดงให้เห็นว่ายังมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนและขาดพื้นที่ในการเรียนรู้ ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้และเวทีพูดคุยเรื่องสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ เพื่อช่วยลดคราบปาทองสังคม และสร้างความเข้าใจว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของครอบครัวและชุมชน

2. ควรพัฒนาระบบติดตามและดูแลผู้มีความเสี่ยงในระดับครอบครัวและชุมชน ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในอดีตไม่ได้รับการดูแลจากระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นทางการ สะท้อนถึงช่องว่างของระบบช่วยเหลือ ควรพัฒนากลไกการติดตามผู้มีความเสี่ยงโดยใช้ครอบครัวแกนนำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นฐาน เชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อให้การช่วยเหลือ การส่งต่อ และการติดตามผลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3. ควรนำศาสนาและวัฒนธรรมท้องถิ่นมาใช้เป็นฐานในการป้องกันเชิงรุก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความกลัวต่อบาปและความห่วงใยต่อคนที่รัก ซึ่งสะท้อนบทบาทของศาสนาและครอบครัวในฐานะปัจจัยก้ำกั้มกันทางจิตใจ ดังนั้นควรบูรณาการผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชน และครอบครัว เป็นแกนหลักในการสื่อสารเรื่องคุณค่าของชีวิตและการดูแลสุขภาพจิต เพื่อเสริมพลังทางวัฒนธรรมให้กับระบบป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

4. ควรพัฒนาการสื่อสารผ่านช่องทางที่ประชาชนใช้จริง ซึ่งจากผลการวิจัยประชาชนส่วนใหญ่รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านโทรทัศน์และ Facebook มากที่สุด ดังนั้นจึงควรใช้ช่องทาง

ดังกล่าวเป็นสื่อหลักในการเผยแพร่ความรู้และแนวทางการป้องกัน โดยเน้นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย ลดการตีตราผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้เคยพยายามฆ่าตัวตาย และส่งเสริมการขอความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2566). รายงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน และการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย. <https://suicide.dmh.go.th/news/files/s2566.pdf>
- กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางยกระดับมาตรฐานการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต. <https://dmh-elibrary.org/items/show/276>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <https://dmh-elibrary.org/items/show/126>
- กรมสุขภาพจิต. (2565). คู่มือการป้องกันและการช่วยเหลือ ปัญหาฆ่าตัวตายในชุมชน. <https://dmh-elibrary.org/items/show/127>
- ประภาพร จันทน์นาม. (2568). การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าและจิตเภท โดยการสร้างเครือข่ายชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาอำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย. *วารสารสุขภาพจิต*, 48(2), 109-128.
- ภาวิณี สุขสวัสดิ์. (2563). การพัฒนาแนวทางการดูแลและจัดการ ศพกรณีการฆ่าตัวตายในบริบทชุมชนไทยภาคใต้. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 33(2), 45-60.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล. (2566). รายงานสถิติการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในจังหวัดสตูล ประจำปี 2566-2567. <https://shorturl.asia/oM8RF>
- พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และปรภากร ฅมยางกูร. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยสุขภาพ และการพยาบาล*, 38(2), 187-197.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(3), 420-436.

- Hawton, K., & Williams, K. (2001). The Papageno effect and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 178, 1-6.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary magic: Resilience in development*. New York, NY: Guilford Press.
- Niederkrotenthaler, T., Voracek, M., Herberth, A., et al. (2010). Role of media in suicide prevention: The Papageno effect. *British Journal of Psychiatry*, 197(3), 234-243.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. (1977). Stages of small-group development revisited. *Group & Organization Studies*, 2(4), 419-427.
- World Health Organization, War Trauma Foundation, & World Vision International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44615>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2019). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>