

Received: 11 Oct 2020, Revised: 6 Dec 2020

Accepted: 19 Feb 2021

นิพนธ์ต้นฉบับ

สถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย: มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดเลย ประเทศไทย

กยสิทธิ์ แก้วยาศรี¹ บุญมา สุนทรวีรัตน์^{2,*} นิตยาภรณ์ โคตรแก้ว³

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสาน (Mixed method research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายและแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายจากมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จังหวัดเลย เก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลังจำนวน 4 ปี โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน One Way ANOVA ยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test เติมเต็มด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยใช้แนวคำถามสืบค้นในการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก หลังจากนั้นนำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายสู่การปฏิบัติ และประเมินผล เก็บข้อมูลระหว่างตุลาคม 2562 - กันยายน 2563 ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 209 คนเป็นชายมากกว่าหญิงประมาณ 4 เท่า อายุเฉลี่ย 43.13 ปี (SD=16.085) อายุต่ำสุด 14 ปี และอายุสูงสุด 87 ปี อัตราตายสูงสุด 9.58 ต่อแสนประชากร ใช้วิธีการแขวนคอตายร้อยละ 72.73 เพศไม่มีความสัมพันธ์ใดๆกับวิธีการฆ่าตัวตาย Kruskal-Wallis Test (Chi=3.707, P-value=0.157) และวิธีการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มอายุ (F=0.764, p-value=0.467) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญ แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่ การค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพนับเป็นการต่อยอดแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย แนวทางการป้องกัน มุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

¹ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย (ด้านบริหาร) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

² สาธารณสุขอำเภอหนองหิน จังหวัดเลย

³ หัวหน้าฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลหนองหิน

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

*Original Article***Situation and Guideline for Suicide Prevention: Stakeholder Perspectives
Loei Province, Thailand****Kayasir Kaewyasri¹, Boonma Soontaraviratana^{2,*}, Nittayaporn Kotkeaw³****Abstract**

These mixed method research were aimed to study situation and guideline suicide prevention: stakeholder perspectives in Loei province. The suicide data collected 4 years by suicide record form. The data analyzed by descriptive and analytical statistic. The One Way ANOVA (Tukey SHD) and Kruskal-Wallis Test were used. The research was fulfilled by qualitative research. The samplings were stakeholders and used tracing questions for focus group discussion and in-depth interviewed. After that, the suicide prevention guidelines were put into practice and evaluated. The data collected from October 2019 to September 2020. The research result reveal that 209 sampling. The samplings were male more 4 times than female. The average age was 43.13 years old (SD=16.085, Min=14, Max=87). The most mortality ratio was 9.58 per100,000. The suicide method was hanged 72.73 percent (Kruskal-Wallis Test, Chi=3.707, P-value=0.157). The suicide methods were not different in each group age. (F=0.764, p-value=0.467). The qualitative data showed that suicide risk groups do not have access to health services as and importance issue. The suicide prevention guidelines depend on local context. The proactive patient searched by village health volunteers for refers was an extension of the standard suicide prevention guidelines.

Keyword: Suicide, Suicide prevention guidelines. Stakeholder perspectives.¹ Loei deputy provincial health medical doctor (Administration), Loei² Nong-hin district health office director, Loei³ The master of family practice department, Nong-hin Hospital.

* Corresponding author: isntisnt@gmail.com

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึง การที่บุคคลหนึ่ง ได้กระทำการพฤติกรรมรุนแรงโดยทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บทางร่างกาย ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ถึงขั้นเสียชีวิตได้ ทั้งที่มีเจตนาต้องการตายจริงหรือไม่ก็ตาม ซึ่งผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตมาก่อน¹ กรมสุขภาพจิต อธิบายถึงสาเหตุที่เป็นปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ความรัก หึงหวง ต้องการคนใส่ใจ ดูแล ปัญหาด้านการใช้สุรา และยาเสพติด มีอาการซึมเศร้าระหว่างทำร้ายตนเอง ปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต โรคซึมเศร้า และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ² องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ยกปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นวาระสำคัญของโลก³ ได้รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายโลกโดยระบุว่ามีความเสี่ยงชีวิตจากการฆ่าตัวตายทุกๆ 40 วินาที หรือประมาณ 800,000 คน/ปี และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของวัยรุ่น (อายุ 15-19 ปี) มากที่สุด แม้ว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา หลายประเทศทั่วโลกจะเพิ่มมาตรการ และนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น แต่ก็ยังต้องการการสนับสนุนจากภาคส่วนต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีรายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลกประจำปี พ.ศ.2562 โดย World Population Review ที่สำรวจ และพิจารณาข้อมูลการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกปี 2561 ทั้งหมด 183 ประเทศ พบว่า ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตาย ในอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อ

ประชากรแสนคน โดยประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในโลก 10 อันดับแรกประกอบด้วย ลิทัวเนีย (31.9) รัสเซีย (31.0) กายอานา (29.2) เกาหลีใต้ (26.9) เบลารุส (26.22) ชูรินาเม (22.8) คาซัคสถาน (22.5) ยูเครน (22.4) ลัตเวีย (21.2) และ เลโซโท (21.2) ส่วนประเทศอื่น ๆ ในเอเชียที่ติดอันดับในรายงาน มีอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ดังนี้ ญี่ปุ่น อันดับ 14 (18.5) อินเดีย อันดับ 21 (16.3) ศรีลังกา อันดับ 29(14.6) เกาหลีเหนือ อันดับ 59(11.2) สิงคโปร์ อันดับ 67(9.9) จีน อันดับ 69(9.7) ลาว อันดับ 84(8.6) พม่า อันดับ 94(7.8) เวียดนาม อันดับ 101(7.3) มาเลเซีย อันดับ 123(5.5) และฟิลิปปินส์ อันดับ 163 (3.2) โดยใช้ฐานประชากร 15 ปีขึ้นไป^{4,5}

ประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายทั้งประเทศที่รายงานโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 6.34 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยในปี พ.ศ.2561 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 4,137 คน แบ่งเป็นชาย 3,327 คน คิดเป็น 80% เป็นหญิง 810 คน คิดเป็น 20% และพบว่า วัยแรงงาน ช่วงอายุ 25-59 ปี เป็นวัยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 74.7% รองลงมาเป็นวัยสูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป 22.1% และวัยเด็ก อายุ 10-24 ปี 3.2% ตามลำดับ⁶ นอกจากนี้มีผู้ทำร้ายตัวเองจนเสียชีวิต เฉลี่ยอยู่ที่ 345 รายต่อเดือน และมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยวันละประมาณ 11-12 ราย โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลในการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ 1.) ปัญหาด้านความสัมพันธ์ ซึ่งเป็นสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ความน้อยใจ ถูกดูต่ำ ตำหนิ การทะเลาะกับคนใกล้ชิด พบ 48.7% ความรัก หึงหวง 22.9% และต้องการ

คนใส่ใจ ดูแล 8.36% 2.) ปัญหาการใช้สุรา และยาเสพติด พบว่า มีปัญหาการดื่มสุรา 19.6% มีอาการมีนเมาระหว่างทำร้ายตนเอง 6% และปัญหาด้านการเจ็บป่วยทางจิต พบภาวะโรคจิต 7.45% โรคซึมเศร้า 6.54% และมีประวัติการทำร้ายตนเองซ้ำ 12%⁶ และสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย พบว่า จังหวัดที่มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10 อันดับแรก ในปี พ.ศ.2561 ประกอบด้วย แม่ฮ่องสอน (17.26) แพร่ (13.90) น่าน (13.19) เชียงราย (11.70) พัทลุง (11.05) ลำปาง (10.37) เชียงใหม่ (10.18) สระแก้ว (10.18) อุตรดิตถ์ (10.88) และตาก (9.85)⁶ นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตยังกังวลกับการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายของสื่อมวลชน โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายแบบรมควัน ในห้วงที่ผ่านมา อาจทำให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ ซึ่งมักเกิดขึ้นหลังเสพข่าวที่บรรยายถึงวิธีการโดยละเอียดจากสื่อซ้ำๆ รวมถึงอาจขึ้นอยู่กับสัดส่วน ความถี่ และปริมาณข่าวสารที่ได้รับด้วย สำหรับวิธีป้องกัน คนรอบข้าง ครอบครัว คนใกล้ชิด ควรสังเกต หากพบว่ามีอาการเศร้า เบื่อ เซ็ง แยกตัว คิดวนเวียน นอนไม่หลับ มองโลกในแง่ลบ หรือเขียนข้อความเชิงเสี่ยง ไม่อยากมีชีวิตอยู่ หดห้วงในชีวิต ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกของโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย⁶

จังหวัดเลย ตั้งอยู่บริเวณภาคอีสานตอนบน โดยมีพื้นที่ทิศเหนือ ติดสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดจังหวัดขอนแก่น ทิศตะวันออกติดจังหวัดหนองคายและหนองบัวลำภู และทิศตะวันตกติดจังหวัดพิษณุโลกและเพชรบูรณ์ พื้นที่เป็นที่ราบสูงสลับภูเขา มีป่าที่อุดมสมบูรณ์บริเวณอุทยานแห่งชาติภู

หลวงและอุทยานแห่งชาติภูกระดึง ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ปลูกข้าว ข้าวโพด ถั่ว และมันสำปะหลัง หลังปี พ.ศ.2545 เป็นต้นมามียางพาราเข้ามาเป็นพืชเศรษฐกิจของจังหวัดเลย ประชาชนมีวัฒนธรรมคล้ายคนอีสานทั่วไป อาจแตกต่างกันบ้างในบางประเด็นและมีวัฒนธรรมคล้ายคนเหนือเพราะพื้นที่บางส่วนติดภาคเหนือของประเทศไทย มีภาษาพูดเฉพาะของคนเมืองเลย ซึ่งเป็นเอกลักษณ์คล้ายประชาชนในแขวงไชยบุรีและแขวงหลวงพระบางของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้มีการข้ามไปมาหาสู่กันเป็นบ้านพี่เมืองน้องเหมือนดังอดีตที่ผ่านมา⁷ ประชากรของจังหวัดเลยทั้งหมด 641,660 คน แบ่งเป็นชาย 320,861 คน และหญิง 320,799 คน⁷ มุมมองหรือความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder Perspective) เป็นสิ่งที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคล หากแต่ความหลากหลายภายใต้กรอบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานภาครัฐและภาคประชาชนจะสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ยั่งยืนในเกือบทุกปัญหา หากมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ทั้งภาครัฐ เอกชน ประชาชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ในชุมชน จะส่งผลอย่างไร จะช่วยให้การดำเนินงานช่วยให้สังคมน่าอยู่ยิ่งขึ้น เกื้อกูลเอื้ออาทร แก้ไขปัญหาตรงจุดตรงประเด็น นำมาซึ่งความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดเลย

2. เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนในจังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยผสมผสาน (Mixed Method Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปีระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลการฆ่าตัวตายวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน One Way ANOVA และยืนยันความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธีการของ Tukey HSD และสถิติ Kruskal-Wallis Test ส่วนเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เป็นการศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดำเนินงานเขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เพื่อนำเสนอสารสนเทศที่สังเคราะห์แล้วเสนอต่อบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 8 คนเพื่อช่วยยกร่างแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการสนทนากลุ่ม ซึ่งใช้แนวคำถามสืบค้นในการดำเนินการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำร่างแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย นำเสนอต่อภาคประชาสังคม เพื่อให้เห็นโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Groups Discussion) นำแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ได้สู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อดำเนินการจำนวน 12 เดือนพร้อม

ประเมินผลลัพธ์ และประชุมกลุ่มบุคลากรผู้ดำเนินงานจิตเวชชุมชนเพื่อให้ความเห็นต่อรูปแบบ ข้อเด่น ข้อด้อยและแนวทางการดำเนินงานที่ควรปรับปรุง ภายหลังกดำเนินการคินข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มเป้าหมายภาคประชาสังคมเดิม เพื่อยืนยันความถูกต้องของข้อมูล และเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ การวิเคราะห์สถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปี ระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 จำนวน 209 คน

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ ดำเนินการศึกษาโดยนักวิจัยจำนวน 3 คน กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนจำนวน 8 คน และกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในภาคประชาสังคม จำนวน 10 คน โดยใช้แนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย ดำเนินการคัดกรองในระดับพื้นที่โดยอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้แบบประเมิน 2Q,8Q และ 9Q

ขอบเขตการวิจัย

วิจัยแบบผสมผสานนี้มีขอบเขตการศึกษา ด้านเนื้อหาครอบคลุมการศึกษาศถานการณ์และแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดเลย โดยการศึกษาศถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาพรวมของจังหวัดเลยหลังจากนั้นนำผลการวิเคราะห์เสนอต่อบุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของ

กรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เมื่อได้แนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายแล้ว นำแนวทางเสนอผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อเติมเต็มแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพในมุมมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยสรุปครอบคลุมเนื้อหา 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตาย 4 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2562 จำนวน 209 คน โดยศึกษา พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย พื้นที่

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลเสนอต่อกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชน เพื่อปรับปรุงหรือเพิ่มเติมแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย หลังจากนั้น ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มผู้เคยใช้สารเสพติด ผู้ป่วยที่รับยาต้านเศร้า ผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีโอกาสหาย รวมทั้งครอบครัวกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ประกอบข้อมูล สรุปสถานการณ์และแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นข้อมูลตั้งต้น นำเสนอผู้มีส่วนได้เสีย เพื่อศึกษาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพในมุมมองผู้มีส่วนได้เสีย โดยการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ผู้นำองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนบุคลากรสาธารณสุข เก็บข้อมูลระหว่าง ตุลาคม พ.ศ.2562 -กันยายน พ.ศ. 2563

เครื่องมือวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ ใช้นักวิจัยเป็นเครื่องมือหลักในการดำเนินการวิจัย โดยมีเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ (1) การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบบันทึกข้อมูล เก็บข้อมูลจากรายงานการตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย (2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้คำถามสืบค้นในการสนทนากลุ่ม แนวคำถามสืบค้นการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบประเมิน 2Q,8Q และ 9Q แบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการทำร้ายตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (แบบ รง.506 DS) ในการส่งต่อ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย แนวทางการสรุปผลการวิจัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์เสริมอื่นๆเช่นกล้องถ่ายรูป เครื่องบันทึกเสียง นำมาอธิบายและเสนอมุมมองร่วมกัน และนักวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามโดยมุ่งเน้นปรากฏการณ์ทางสังคมที่ปรากฏต่อหน้า นักวิจัย ปราศจากแนวคิดทฤษฎีภายนอก คล้ายทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) หากแต่ไม่นำเสนอหรือไม่มีความพยายามในการสร้างทฤษฎีใหม่จากปรากฏการณ์⁸

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 4 ปีในจังหวัดเลยจำนวน 209 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย ที่อยู่ ปี พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย

การวิจัยเชิงคุณภาพ

1) ประชุมกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 8 คน เพื่อนำเสนอแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิตกระทรวง

สาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเลย

2) ยกร่างแนวทางการดำเนินงานการ
ป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ปรับปรุง เพิ่มเติมจากกลุ่ม
บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ชุมชน ต่อผู้มีส่วนได้เสียระดับพื้นที่ จำนวน 10
คน เพื่อเสนอมุมมองในการดำเนินงานเพิ่มเติม

3) นำแนวทางการดำเนินงานการป้องกัน
การฆ่าตัวตายระดับพื้นที่ สู่การปฏิบัติ

4) ดำเนินการตามแนวทางที่กำหนด
ติดตาม สนับสนุน และประเมินผลเมื่อดำเนินการ
ครบ 12 เดือน

5) นำผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค
และข้อเสนอแนะ นำเสนอการประชุมกลุ่ม
บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต
ชุมชน และปรับแนวทางการดำเนินงาน สรุป
ผลการวิจัยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม แนว
ทางการประชุมกลุ่ม การสรุปและนำเสนอเพื่อ
ยืนยันความถูกต้อง ของข้อมูล ใช้แบบประเมิน
2Q, 8Q และ 9Q ในการประเมินคัดกรองในระดับ
ครัวเรือน ใช้แบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการ

ทำร้ายตนเอง ของกรมสุขภาพจิต (แบบ รง.506
DS) ในการส่งต่อ และเยี่ยมบ้านผู้ป่วย

ผลการวิจัย

การวิจัยผสมผสานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ
ศึกษาสถานการณ์การฆ่าตัวตายและแนวทางการ
ป้องกันการฆ่าตัวตายจากมุมมองของผู้มีส่วนได้
ส่วนเสีย จังหวัดเลย ผลการศึกษาปรากฏดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ ผล
การศึกษาระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การ
ฆ่าตัวตาย 4 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2559- พ.ศ. 2562
ที่อยู่ ปี พ.ศ. อายุ เพศ วิธีการฆ่าตัวตาย ผล
การศึกษาพบรายละเอียด พบว่าข้อมูลการฆ่าตัว
ตาย 4 ปี ระหว่าง พ.ศ.2559-2562 พบการฆ่าตัว
ตาย 209 คน เป็นเพศชายจำนวน 167 คน (ร้อยละ
79.90) เพศหญิง จำนวน 42 คน (ร้อยละ
20.10) รวม 4 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายของเพศ
ชายมากกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า อัตราตาย
ต่อแสนประชากร พ.ศ.2559-2562 เท่ากับ 8.55,
8.15, 9.58 และ 6.45 ตามลำดับ รายละเอียด
แสดงดังตารางที่ 1

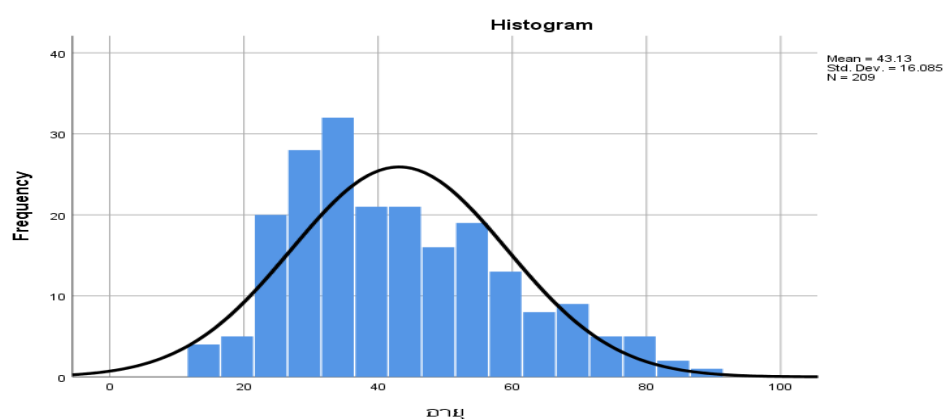
ตารางที่ 1 Gender of the suicidal person in Loei province collected from 2016-2019

Years	Male		Female		Total		Death rate /100000
	No	Percentage	No	Percentage	No	Percentage	
2016	50	90.91	5	9.09	55	100	8.55
2017	41	78.85	11	21.15	52	100	8.15
2018	44	72.13	17	27.87	61	100	9.58
2019	32	78.05	9	21.95	41	100	6.45
Total	167	79.90	42	20.10	209	100	(n=209)

จากข้อมูล 4 ปีย้อนหลัง ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2562 กลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตาย มากที่สุดคือ ระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 48.33 รองลงมาคือ 41-60 ปี ร้อยละ 33.01 อายุน้อยที่สุด 14 ปี และ มากที่สุด 87 ปี โดยอายุเฉลี่ยคือ 43.13 ปี (SD=16.085) รายละเอียดดังตารางที่ 2 และกลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ระหว่าง พ.ศ. 2559 – 2562 เป็นกลุ่มอายุที่เป็นวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่ คือระหว่างอายุ 20-60 ปี รายละเอียดดังแผนภูมิ ภาพที่ 1

ตารางที่ 2 Age groups of suicidal person in Loei province collected from 2016-2019

Age Groups	Number	Percentage
<=20	7	3.35
21-40	101	48.33
41-60	69	33.01
61-80	27	12.92
>80	5	2.39
Total (n=209) (X=43.13 SD=16.085, Min=14, Max=87)		



แผนภูมิภาพที่ 1 การฆ่าตัวตายกระจายตามกลุ่มอายุ

จากข้อมูล 4 ปีย้อนหลัง ระหว่าง พ.ศ. 2559-2562 ผู้เสียชีวิตใช้วิธีการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้การแขวนคอ ร้อยละ 72.73 รองลงมาคือ การดื่มสารพิษ ร้อยละ 26.32 และใช้อาวุธปืนร้อยละ 0.96 รายละเอียดดังตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบวิธีการฆ่าตัวตายในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p - value =0.467) จึงไม่มีการยืนยันความแตกต่างรายคู่ (Post Hoc Tests) รายละเอียดดังตารางที่ 4 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ กับวิธีการฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Kruskal Wallis Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value =0.157) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 The methods of suicide in Loei province collected from 2016-2019

Years	Toxic substances		Hanging		Gunfire		Total
	No	Percentage	No	Percentage	No	Percentage	
2016	16	29.09	39	70.91	0	0	100
2017	12	23.08	39	75.00	1	1.92	100
2018	16	26.26	44	72.13	1	1.64	100
2019	11	26.83	30	73.17	0	0	100
Total	55	26.32	152	72.73	2	0.96	(n=209)

ตารางที่ 4 The comparison of age groups and suicidal methods in Loei province collected 2016-2019

Suicidal methods	df	SS	Ms	F	p-value
Between Groups	2	396.16	198.08	0.764	0.467
Within Groups	206	53,422.09	259.33		
Total (n=209)	208	53,818.25			

ตารางที่ 5 The comparison of gender and suicidal methods in Loei province collected from 2016-2019

Suicidal method	df	Chi-square	p-value
Gender	2	3.707	0.157
Total (n=209)			

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ผลการสนทนากลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน จำนวน 8 คน จากโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นพยาบาลวิชาชีพ (เวชปฏิบัติครอบครัว) จำนวน 7 คน และพยาบาลวิชาชีพ (เวชปฏิบัติครอบครัว สาขาจิตเวชชุมชน) จำนวน 1 คน นักวิจัยเสนอแนวทางการดำเนินงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย และ

สรุปสถานการณ์การฆ่าตัวตาย จังหวัดเลย ระหว่างปี พ.ศ.2559-2562 โดยแบ่งแนวทางการดำเนินงานเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาจิตเวชในโรงพยาบาล และกลุ่มประชาชนทั่วไปในชุมชน

ข้อค้นพบจากการประชุมกลุ่ม

- สภาพปัญหาที่พบคือกลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ บุคลากรสาธารณสุขมักไม่รู้มาก่อนว่าเขาเหล่านั้นมีปัญหาและส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ

คำปรึกษาหรือยาต้านอาการซึมเศร้ามาก่อน และ
ส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยขาดยา

- มีเพียงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ
เท่านั้นที่เข้าถึงบริการสุขภาพ ได้รับคำปรึกษา ยา
ต้านซึมเศร้า และได้รับบริการเยี่ยมบ้าน ติดตาม
ดูแลในระดับครัวเรือน ชุมชน

- โดยรวมมีข้อเสนอให้ อสม.คัดกรอง
สมาชิกครัวเรือนที่รับผิดชอบอย่างคร่าว ๆ ด้วย
2Q และ 9Q (ข้อที่ 9) หากมีข้อใดข้อหนึ่ง ให้ส่ง
ต่อไปยังบุคลากรสาธารณสุขประจำบ้านเพื่อ
ติดตามประเมิน 9Q และ 8Q โดยดำเนินการทุก
เดือน

- หากพบว่า อสม.รายงานผู้ป่วยซึมเศร้า
หรือฆ่าตัวตาย บุคลากรสาธารณสุขผู้รับผิดชอบ
หมู่บ้านต้องติดตามเยี่ยมประเมินและส่งต่อไป
โรงพยาบาลเพื่อพบแพทย์

2) ผลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย สมาชิกเข้าร่วมสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงาน
ผู้สูงอายุองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำ
ผู้แทนผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระสงฆ์
รวมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกเฉพาะผู้แทนผู้เคยใช้
ยาเสพติด ผู้แทนผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ที่กำลังรับยา
ต้านซึมเศร้า โดยคำถามสืบค้นประกอบด้วย

(1) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อสถานการณ์การ
ฆ่าตัวตายในจังหวัดเลย”

(2) “ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อแนวทางการ
ดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการ
อยู่”

(3) “ในมุมมองของท่าน ปัญหาอุปสรรคที่เรา
ประสบอยู่คืออะไร”

(4) “เราควรปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน
การป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการอยู่อย่างไร”
ผลการศึกษารายละเอียดโดยสรุป ดังนี้

- “เราเองก็อาย ไม่กล้าบอกใคร ไม่รู้จะไป
ปรึกษาใคร แม้แต่พ่อแม่ก็ไม่กล้าปรึกษา มันคิด
วนเวียน หาทางออกไม่ได้”

- “ยังไงก็ไม่หาย อยู่ไปก็เป็นภาระลูกหลาน
มันเป็นแบบนี้ มีแต่สร้างความทุกข์ให้คนอื่น” แว
วตาเศร้า น้ำตาไหล

- “จริงทุกปัญหามีทางแก้ไข ผมเข้าตาต้อง
ให้คนอื่นเอาออก แล้วจะรู้ได้ไงว่าผมเข้าตาใคร มัน
ยากนะ”

- “คนที่น่าจะช่วยได้มากที่สุดคือผู้นำกับ
อสม. เพราะอยู่ใกล้ชิดมากที่สุด”

- “มันมีเชื่อ มีแนว โคตรเหง้าสักราดเขา
เป็นแบบนั้น คิดไม่เหมือนชาวบ้านปกติทั่วไป ต้อง
ระวัง”

- “ยาบ้านี้แหละตัวร้าย ้วยรุ่นหนุ่มสาว
ติดกันงอมแงม”

- “พิษเศรษฐกิจซ้ำเติม โควิด 19 มันไม่มี
ทางออก บางคนกู้เงินดอกรายวัน เจ้าหนี้มันจะฆ่า
เอา คิดไม่ตก”

- “ถ้าเราพอรู้แล้วส่งต่อ หรือบอกหมอ มัน
จะช่วยให้เขาได้รับยา ได้รับคำปรึกษา โอกาสฆ่า
ตัวตายจะลดลง”

- “คนเราจะฆ่าตัวตายมันไม่ง่ายหรอก มัน
ต้องสุด ๆ มันพอมีเวลานะถ้าเราสังเกตดี ๆ ก็ช่วย
ช่วยได้”

- “ก็เคยได้ยิน แกพูดอยู่เรื่องตายนะ ก็กลัว
อยู่ว่าแกจะทำ แต่ไม่รู้จะไปพูดหรือช่วยยังไง”

● “บ่กล้าถามหรือคุณหมอเรื่องฆ่าตัวตาย กลัวว่าจะเป็นภาระขึ้นเขา”

● “เราเป็นคนในชุมชน เราก็จะรู้ว่าบ้านไหนเป็นยังไง หมอเจอคนไข้แต่ตอนอยู่โรงพยาบาล บ่รู้หรือ”

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และนักวิจัยปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมกระบวนการคัดกรองทุกครัวเรือนโดย อสม. เน้น 3 ส คือ

● สอดส่องมองหา โดยใช้ 2Q 9Q และ 8Q คัดกรองในครัวเรือน

● ใส่ใจรับฟัง อสม. เยี่ยมครัวเรือน รับผิดชอบ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีปัญหา ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง

● ส่งต่อเชื่อมโยง อสม. ส่งต่อหากพบและรายงานในแบบรายงานประจำเดือน

1) การประชุมชี้แจงการดำเนินงานแก่ อสม. ในการประชุมประจำเดือน และติดตามผลทุก 3 เดือน

2) ดำเนินการคัดกรองประชาชนทั่วไปโดย อสม. และรายงานเพิ่มเติม 1 ข้อในแบบรายงานประจำเดือน

3) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านซึมเศร้าและผู้ป่วยจิตเวชที่ขึ้นทะเบียนได้รับการเยี่ยมติดตามทุกรายและผู้ป่วยขาดยาทุกรายได้รับการติดตามเพื่อให้เข้าถึงบริการสุขภาพ

4) ผลการดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ปรับประยุกต์ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในรอบ 12 เดือน ในพื้นที่ทดลอง 34 หมู่บ้าน ครอบคลุมประชากรชาย 12,776 คน หญิง 12,470 คน ประชากรรวม 25,246 คน¹⁰

● อสม. ได้รับการชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน จำนวน 525 คน

● อสม. คัดกรองด้วย 2Q 9Q (ข้อที่9) และส่งต่อเข้าถึงบริการ จำนวน 49 คน

● ผู้ป่วยจิตเวชรับยาประจำทั้งหมด จำนวน 206 คน รายใหม่ 82 คน

● ผู้ป่วยรับยาต้านซึมเศร้า จำนวน 142 คน

● ผู้ป่วยยาเสพติดที่ดำเนินการบำบัดทั้งหมด จำนวน 9 คน

● ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 288 คน

● ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยขาดยา จำนวน 10 คน

● ส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไปรับการรักษาต่อ จำนวน 34 คน

● ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด จำนวน 2 คน

● ผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 1 คน

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การศึกษาเชิงปริมาณ

จากผลการวิจัยพบว่าข้อมูลการฆ่าตัวตาย 4 ปีย้อนหลัง ระหว่าง พ.ศ.2559-2562 ของจังหวัดเลย มีสถิติการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับสถิติในระดับประเทศที่พบว่า เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า⁶ ซึ่งสอดคล้องสถิติในระดับประเทศของกรมสุขภาพจิต และยังพบว่ากลุ่มอายุที่ฆ่าตัวตาย มากที่สุดคืออายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 48.33) สอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิตใน

ระดับประเทศและสมภพ เรื่องตระกูล ที่พบว่า การฆ่าตัวตายมักพบในคนวัยหนุ่มสาวหรือวัยทำงานตอนต้น โดยทั่วไปจะเกิดขึ้นในช่วงอายุ 20-44 ปี เนื่องจากเป็นช่วงที่เครียดกับปัญหาในเรื่องงาน ประสบปัญหาการว่างงาน มีความกังวลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ สังคมมากขึ้น¹¹ ส่วนวิธีการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่ใช้วิธีแขวนคอ (ร้อยละ 72.73) รองลงมาคือการดื่มสารพิษ (ร้อยละ 26.32) และใช้อาวุธปืน (ร้อยละ 0.96) ยังสอดคล้องกับข้อมูลในระดับประเทศ แต่แตกต่างจากวิธีการฆ่าตัวตายในภาพรวมของโลก ซึ่งมักใช้วิธีการดื่มสารพิษมากที่สุด และตามด้วยการแขวนคอ ส่วนการฆ่าตัวตายของประเทศสหรัฐอเมริกาส่วนใหญ่ใช้อาวุธปืนในการฆ่าตัวตาย และกลุ่มอายุต่ำกว่า 35 ปี มีการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น^{4,9} และยังพบว่า แม้เพศชายจะมีสถิติการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิงประมาณ 4 เท่า แต่วิธีการฆ่าตัวตายไม่ได้แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง คือส่วนใหญ่ยังใช้วิธีการแขวนคอมากที่สุด และดื่มสารพิษเป็นวิธีการรองลงมา และยังพบว่า พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายนั้นเพศหญิงมีมากกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีภาวะเครียดมากกว่าเพศชาย เพราะมีหลายบทบาทหน้าที่ในเวลาเดียวกัน เช่น ทำงานนอกบ้านและในบ้านทั้งดูแลครอบครัว บุตร สามี ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในครัวเรือน ทำให้เพศหญิงเกิดความเครียดได้ง่ายกว่าเพศชาย¹² ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ ประทีปธีรานันต์ ที่พบว่าพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีอารมณ์ที่หนักแน่นและตัดสินใจเด็ดขาดมากกว่าเพศหญิง¹³

ส่วนที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ

กระบวนการประชุมกลุ่มบุคคลากร ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตชุมชน นับเป็นกระบวนการเริ่มต้นที่ช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกันในแนวทางเวชปฏิบัติ (Clinical Practice Guideline: CPG) ในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เมื่อบุคลากรมีความเข้าใจที่ตรงกันแล้ว จะสามารถช่วยให้ข้อเสนอแนะได้ว่ามีประเด็นใดที่เป็นจุดอ่อนในการดำเนินงานตามแนวทางเวชปฏิบัติในระดับพื้นที่ ซึ่งผลก็คือพบข้อบกพร่องในระดับการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เหมาะสม โดยข้อเสนอแนะเพิ่มเติมคือการให้ อสม.ดำเนินการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน ชุมชน การจัดระบบการส่งต่อจากหมู่บ้านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อพบแพทย์และแก้ไขปัญหในระดับบริการทุติยภูมิ ซึ่งเป็นกระบวนการรับประกันว่าผู้ป่วยจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวชตามความเห็นของแพทย์ผู้ทำการรักษา เมื่อได้สรุปแนวทางการดำเนินงานและแนวทางเวชปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว การเติมเต็มด้วยมุมมองของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นับเป็นประเด็นที่มีความสำคัญ เพราะจะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและยั่งยืน เช่น ความละเอียดอ่อนในการเยี่ยมบ้าน ความเป็นส่วนตัวของครอบครัว เพราะปัญหาจิตเวชในครัวเรือนและปัญหายาเสพติด จะเป็นเรื่องที่ปกปิดในระดับชุมชน การดำเนินงานของ อสม.และ

บุคลากรสาธารณสุขต้องดำเนินไปด้วยความระมัดระวัง ปกปิดและช่วยสนับสนุนในส่วนที่เหมาะสมและเป็นความต้องการของครัวเรือน

แนวทางการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นแนวทางการดำเนินที่ดีมีคุณภาพ สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในระดับพื้นที่ หากแต่ในบริบทของจังหวัดเลย กระบวนการได้มาซึ่งกลุ่มเสี่ยงในระดับพื้นที่ครัวเรือน ไม่มีกระบวนการดำเนินงานที่ชัดเจน การเพิ่มเติมการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงในระดับครัวเรือน โดย อสม.ผู้รับผิดชอบครัวเรือน ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดประชาชนมากที่สุด เข้าใจคุ้นเคยและมีข้อมูลรายละเอียดเชิงลึกมากที่สุด พอจะทราบว่าใครมีความเสี่ยง โดยใช้กระบวนการประชุมและเพิ่มองค์ความรู้ด้านจิตเวชชุมชนและการคัดกรองสุขภาพจิต แก่ อสม. ภายหลังบุคลากรนำ อสม.ฝึกปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อคัดกรองกลุ่มที่เฝ้าระวังหรือกลุ่มเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย ไม่ว่าจะเป็น ผู้เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยยาเสพติด โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคเรื้อรังทางกาย รักษาไม่หาย ปัญหาจิตสังคมรุนแรงทั้งสูญเสียคนรัก ภัยธรรมชาติและวิกฤตการเงิน ซึ่งหลังจากฝึกปฏิบัติแล้ว อสม.จะดำเนินการติดตามและคัดกรองเป็นประจำทุกเดือน หากพบ จะส่งต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวชชุมชนเพื่อประเมินและส่งพบแพทย์ กระบวนการนี้เป็นการเพิ่มเติมเข้าไปในแนวทางการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต ก็จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่แฝงตัวในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้รับการ

รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ซึ่งคาดว่าจะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในภาพรวมได้

ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนา

การนำกิจกรรมหรือแนวทางการดำเนินงานด้านสุขภาพใด ๆ ลงปฏิบัติในระดับพื้นที่ ควรระมัดระวังความสอดคล้องของกิจกรรมกับวิถีชีวิตสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เพราะหากต้องการความยั่งยืนควรมีการปรับปรุงให้เกิดความสะดวกและง่ายต่อการปฏิบัติ การให้ อสม.เฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน อาจช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น การดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามโดยบุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับทุติยภูมิโดยโรงพยาบาลชุมชน ก็จะสามารถประเมินความจำเป็นทางสุขภาพที่เกิดขึ้นและจัดบริการที่จำเป็น รวมถึงส่งต่อได้อย่างเหมาะสม โดยขอค้นพบจากการศึกษานี้ อาจพอสรุปได้ดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือทรัพยากรบุคคลที่ทรงคุณค่าในการดำเนินการคัดกรองและส่งต่อประชาชนที่มีภาวะซึมเศร้าให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ซึ่งเชื่อมโยงต่อการลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย
2. การลดอัตราการขาดยาของผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติด โดยการติดตามเยี่ยมบ้านและจัดบริการสุขภาพที่บ้านนับเป็นมาตรการที่ควรใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานในระดับปฐมภูมิ
3. การดำเนินการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับครัวเรือน หมู่บ้าน ชุมชน โดย อสม. มีประสิทธิภาพและลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตาย

บทเรียนที่ได้

การดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยปกติปัญหาสุขภาพจิตมักเป็นปัญหาที่ซ่อนเร้น ปกปิด ส่วนใหญ่จะพอรายละเอียดหากเป็น คนที่อาศัยในหมู่บ้านชุมชน ซึ่งมีความใกล้ชิด อสม. จึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะเข้าใจ ทราบปัญหา รายครอบครัว การคัดกรองด้วย 2Q 9Q (ข้อที่ 9) และช่วยส่งต่อไปยังสถานบริการสาธารณสุขในพื้นที่ หากพบปัญหา หรือแจ้งเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบหมู่บ้าน เพื่อดำเนินการเยี่ยมบ้านหรือ คัดกรองซ้ำ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่จะช่วยให้ผู้มี ปัญหาสุขภาพจิต เข้าถึงบริการสุขภาพได้ ซึ่งเป็น ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัว ตาย การกำหนดให้ อสม. รายงานปัญหา สุขภาพจิต เพิ่มเติมในรายงานประจำเดือน อสม. รายบุคคล จึงนับว่าเป็นประโยชน์ต่อการ ดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย และสร้างความ เข้าใจต่อปัญหาในระดับชุมชน สร้างความ ภาคภูมิใจแก่คนในชุมชน และเกิดความยั่งยืนใน ที่สุด

ปัญหา/ข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรค

การปฏิบัติงานระดับพื้นที่ตามแนวทางการ ดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พบอุปสรรค หลายประการ ที่สำคัญประการหนึ่งคือบุคลากร สาธารณสุขยังขาดองค์ความรู้เรื่องจิตเวชชุมชน โดยแต่ละอำเภอของจังหวัดเลยมีพยาบาลจิตเวช เพียงอำเภอละ 1-2 คน อำเภอขนาดเล็กมีเพียง 1 คนซึ่งหากเกิดกรณีฉุกเฉินและพยาบาลจิตเวชติด ราชการ การดำเนินงานก็เป็นไปตามข้อจำกัด บุคลากรสาธารณสุขระดับตำบล ส่วนใหญ่ยังไม่ ผ่านการอบรมจิตเวชชุมชน ในภาพรวมอาจขาด

องค์ความรู้และทักษะในการดำเนินงาน หากแต่ก็ ยังสามารถดำเนินการส่งต่อได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือ และสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่ายผู้มีส่วนได้เสียในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ภาคประชา สังคม แพทย์ พยาบาลจิตเวช โดยให้การสนับสนุน และคำแนะนำ รวมถึงข้อเสนอแนะอื่น ๆ นักวิจัย จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วงศ์พรรณ มลารัตน์ และคณะ. ปัญหาการฆ่า ตัวตายในชุมชน จังหวัดเชียงราย. ศูนย์ สุขภาพจิตที่ 10 กระทรวงสาธารณสุข. มปป
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=29978/>.
3. World Health Organization: WHO. 2020. World Health Statistics data. [Internet].2020. [cited 2020 Nov 1]. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.sdg-3-4-viz-2?lang=en>.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนว ทางการจัดการโรคซึมเศร้า. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร ประเทศไทย จำกัด; 2557.

5. World Health Organization: WHO. 2020. World Health Statistics data. [Internet]. 2020. [cited 2020 April 10]. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1.
6. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/report/suicide/>.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/>.
8. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2552.
9. American Psychiatric Association: APS.2020. Suicide Prevention. [Internet]. 2020. [cited 2020 July 16]. Available from: <https://www.psychiatry.org/patients-families/suicide-prevention>.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย. ฐานข้อมูล Health Data Centre: HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lo.moph.go.th/main/>.
11. สมภาพ เรื่องตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2553.
12. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. เพศหญิงหรือความเป็นหญิงจึงนำมาสู่การเป็นโรคซึมเศร้า. วารสารจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555; 7: 61-74.
13. วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2556; 28: 90-103.