

## การพัฒนาแบบแผนการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยพลังชุมชน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ธนชัย รินไธสง<sup>1</sup>, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์<sup>2</sup>, และเจษฎา สุรวรรณ<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม ตามแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 11 คน และสมาชิกเครือข่ายพลังชุมชนเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 31 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ตรวจคุณภาพเครื่องมือได้ค่า IOC 0.67 – 1.00 ค่า KR-20 0.71 และค่า Cronbach's alpha 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน SMILE model ประกอบด้วย S: Safety environment สร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย M: Masses cooperate สร้างความร่วมมือจากมวลชน I: Interpersonal skill สร้างทักษะเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายให้สมาชิกเครือข่ายพลังชุมชน L: Laugh therapy สร้างเสียงหัวเราะบำบัดความเครียด E: Evaluation ประเมินผลและรายงานผลทุกสัปดาห์ ประสิทธิภาพของรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และ ทักษะ ระยะเวลาก่อนการอบรม หลังการอบรม และ 12 สัปดาห์หลังการอบรมแตกต่างกันอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) หลังการอบรมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.30 แสดงพฤติกรรม การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายระดับสูง ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำใน ระยะเวลา 12 สัปดาห์ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงเป็นการเติมเต็มแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันการ ฆ่าตัวตายที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขให้มีประสิทธิผลยิ่งขึ้น

**คำสำคัญ:** การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย, พลังชุมชน, พัฒนาแบบแผน

<sup>1</sup> นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลยางตลาด จังหวัดกาฬสินธุ์

<sup>2</sup> พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา ตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

<sup>3</sup> นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

\*Corresponding Author ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์, Email: pattama.l@ubru.ac.th

Received: July 17, 2025; Revised September 02, 2025; Accepted September 04, 2025

## **Development of a surveillance and suicide prevention model using community empowerment in Borabue District, Maha Sarakham Province**

*Tanachai Rinthaisong<sup>1</sup>, Pattama Lophongpanit<sup>2\*</sup>, and Jesada Surawan<sup>3</sup>*

### **ABSTRACT**

This action research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a surveillance and suicide prevention model using community empowerment in Borabue District, Maha Sarakham Province, based on TK's 5 Factors Model of Suicide. The participants included 11 key stakeholders from the surveillance and suicide prevention team, as well as 31 members of the community network for suicide surveillance and prevention. Data were collected using semi-structured interviews and questionnaires on knowledge, attitudes, and behaviors regarding suicide prevention. The quality of the research instruments was assessed using an IOC of 0.67 to 1.00, a KR-20 reliability coefficient of 0.71, and Cronbach's alpha coefficients of 0.82 and 0.81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the repeated measure ANOVA test. The findings revealed that SMILE Model consisted of five components: S – Safety environment: creating a safe physical and social environment; M – Masses cooperate: promoting mass collaboration; I – Interpersonal skill: enhancing community members' suicide prevention and surveillance skills; L – Laugh therapy: using laughter to reduce stress; and E – Evaluation: conducting and reporting weekly evaluations. The participants' mean scores on knowledge and attitudes were statistically significantly different across three time points: before intervention, after intervention, and 12 weeks after intervention ( $p$ -value  $< .01$ ). 90.30% of participants demonstrated high-level suicide prevention and surveillance behaviors. Additionally, no suicide reattempts were recorded among individuals who had previously attempted suicide during the 12-week follow-up period. Hence, the SMILE Model provides a complementary approach to existing health professional-led suicide prevention efforts, enhancing their effectiveness through active community engagement and empowerment.

**Keywords:** Surveillance and preventing suicide, Community Empowerment, Model development

---

<sup>1</sup> Medical Doctor, Senior Professional Level, Yang Talat Hospital, Kalasin Province

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

<sup>3</sup> Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Khonkaen Provincial Health Office

## บทนำ (Introduction)

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญพบได้ทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จปี ค.ศ. 2019 (พ.ศ. 2562) มีอัตราเฉลี่ย 9 ต่อแสนประชากรโลก เพศชายมากกว่าเพศหญิง (12.6 : 5.4 ต่อแสนประชากร) ร้อยละ 77 พบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 58 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จอายุต่ำกว่า 50 ปี นอกจากนั้น การฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15 – 29 ปี<sup>1</sup> สำหรับประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2562 – 2563 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 11.97 และ 14.81 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนใหญ่อายุ 25 – 44 ปี เพศชายเสียชีวิตมากกว่าเพศหญิง (4:1) วิธีการที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ การผูกคอ<sup>2</sup> จากการศึกษาของเฉลิมพรรณย์ เมฆลอย<sup>3</sup> พบว่า การฆ่าตัวตายส่งผลให้เกิดตราบาปทางสังคม (public stigma) และตราบาปภายในใจ (self-stigma) กับบุคคลในครอบครัวทำให้รับรู้ตนเองในทางลบ มองว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ควรได้รับการยอมรับ มีการโทษหรือตำหนิตัวเองอย่างมากที่ไม่สามารถช่วยเหลือบุคคลอื่นเป็นที่รักได้ ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวจมอยู่ในความทุกข์ ซึมเศร้า ท้อแท้ หดหู่ มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตายตามมาได้

จากการติดตามวิเคราะห์ข้อมูลและสังเกตการณ์การฆ่าตัวตายในไทยของศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า การฆ่าตัวตายในบุคคลแต่ละครั้งจะเกิดขึ้นเมื่อมีครบ 5 เงื่อนไขสำคัญตามแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide ได้แก่ 1) บุคคลนั้นต้องมีปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตายได้มากกว่าคนทั่วไป 2) มีปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ให้คิดและกระทำฆ่าตัวตาย 3) เข้าถึงวัสดุอุปกรณ์และสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตายได้ง่าย 4) การเฝ้าระวังป้องกันสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายล้มเหลว และ 5) บุคคลนั้นมีปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่อ่อนแอ<sup>4</sup> จากการศึกษาภายในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายโดยพัฒนาศักยภาพแกนนำในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้นำทางศาสนา กลุ่มแม่บ้าน ครู อาสาสมัครกู้ชีพ สมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน เป็นต้น ให้มีความรู้และทักษะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายร่วมมือสอดส่องผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่งต่อรับการรักษา เป็นต้น ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จได้<sup>5,6,7,8,9</sup>

โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จึงได้ดำเนินการตามแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้และทักษะใน

การสังเกต ประเมิน ดูแลช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิต การให้ความรู้กับประชาชนทั่วไป และกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงและประเมินตนเองด้านสุขภาพจิตด้วยโปรแกรม Mental Health Check In การจัดระบบเข้าถึงบริการที่สะดวก ปลอดภัย รวมทั้งระบบติดตามกลุ่มเสี่ยงที่ขาดนัดอย่างต่อเนื่อง จากการดำเนินงานดังกล่าว ในปี พ.ศ. 2564 – 2566 ยังคงพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับร้อยละ 11.21, 14.94 และ 15.96 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีแนวโน้มที่สูงขึ้นและสูงที่สุดในจังหวัดมหาสารคาม แสดงให้เห็นว่าแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันยังไม่เพียงพอที่จะแก้ไขปัญหา จึงควรพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายให้เหมาะสมกับบริบทของอำเภอบรบือ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายลงและขยายผลสู่อำเภออื่นต่อไป

#### วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

#### วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

##### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ระยะเวลาแผน (plan) ศึกษาบริบทชุมชนและ

เงื่อนไขการฆ่าตัวตาย จากแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide นำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน ระยะปฏิบัติ (action) นำรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในชุมชน ระยะสังเกต (observation) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบฯ และระยะสะท้อนกลับ (reflection) นำผลที่ได้จากการประเมินไปปรับปรุงและพัฒนารูปแบบฯ ให้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้จริง ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนกันยายน 2567 – พฤษภาคม 2568 ศึกษาวิจัยในเขตพื้นที่บริการของโรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

#### กลุ่มตัวอย่าง

1. ระยะวางแผนและระยะสะท้อนกลับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 11 คน ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนภาครัฐ ผู้นำชุมชนภาคสังคม และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัว คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย และ/หรือ มีประสบการณ์ตรงในการช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2. ระยะปฏิบัติและระยะสังเกต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน ได้แก่ สมาชิกเครือข่ายพลังชุมชนเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

(คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power เพื่อทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Repeated Measure ANOVA) สุ่มพื้นที่ทดลองใช้รูปแบบฯ คือ ตำบล A อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่องเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน และอาศัยอยู่ในเขตตำบล A เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบ 12 สัปดาห์ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยจัดทำบัญชีรายชื่อสมาชิกเครือข่ายพลังชุมชนฯ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) แบบไม่คืนกลับจนครบจำนวน 34 คน

### **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

1. ระยะเวลาแผน เครื่องมือการวิจัย คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการฆ่าตัวตาย แนวทางเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอบรบือควรเป็นอย่างไร

2. ระเบียบปฏิบัติ เครื่องมือการวิจัยคือ คู่มือการจัดกิจกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนฯ ตรวจสอบ

คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC รายกิจกรรม ระหว่าง 0.67 – 1.00 นำไปปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปใช้จัดกิจกรรม

3. ระยะสังเกต เครื่องมือการวิจัยจำนวน 3 ชุด ได้แก่

3.1 แบบประเมินความรู้และทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน แบ่งเป็น 3 ตอน ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ตอนที่ 2 ประเมินความรู้การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย เป็นแบบเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ ใช้ มา ต ร วัด แบบ Rating scale ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 5 ระดับ ให้คะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน (เห็นด้วยระดับมากที่สุด = 5 คะแนน ถึง ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน)

3.2 แบบบันทึกผลลัพธ์รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน ได้แก่ จำนวนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและเฝ้าระวัง จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จ

3.3 แบบประเมินพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน จำนวน 10 ข้อ ใช้มาตรวัดแบบ Rating

scale ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว มี 4 ระดับ คะแนนตั้งแต่ 1-4 คะแนน (ปฏิบัติเป็นประจำ = 4 คะแนน ถึง ไม่เคยปฏิบัติ = 1 คะแนน) คะแนนระหว่าง 10 – 40 คะแนน แบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ 10 – 20 ระดับต่ำ 21 – 30 คะแนน ระดับปานกลาง และ 31 – 40 คะแนน ระดับสูง

ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ได้ค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00 นำไปทดลองใช้กับสมาชิกเครือข่ายพลังชุมชนฯ ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แบบประเมินความรู้วิเคราะห์ด้วยสถิติ KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 แบบประเมินทัศนคติและพฤติกรรมวิเคราะห์ด้วยสถิติ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ 0.81 ตามลำดับ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ระยะวางแผน นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรือ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงนัดผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมกันพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอบรือ

2. ระยะปฏิบัติ นำรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนฯ ไปจัดทำเป็นคู่มือ นักวิจัยอบรมผู้ช่วยนักวิจัย เรื่องวิธีจัดกิจกรรมและการเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดเตรียมเอกสารและสื่อการสอนประชาสัมพันธ์เชิญชวนผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ

3. ระยะสังเกต นักวิจัยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ ระยะเวลา 1 วันให้กลุ่มตัวอย่างแบ่งโซนรับผิดชอบการเฝ้าระวังฯ ในแต่ละหมู่บ้านของตำบล A ให้เข้าร่วมกลุ่มไลน์เครือข่ายพลังชุมชนฯ ประเมินความรู้และทัศนคติต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ก่อน – หลัง เข้ารับการอบรม และเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์

4. นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพท์การดำเนินงาน และให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระยะ 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร่วมกันประเมินคุณภาพของรูปแบบปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงรูปแบบ

5. ระยะสะท้อนกลับ นักวิจัยจัดประชุมคืนข้อมูลที่ได้จากระยะสังเกตให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทราบ และร่วมกันปรับปรุงรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายฯ ที่เหมาะสมกับบริบทอำเภอบรือต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) ให้สอดคล้องกับคำถามการวิจัย นำข้อสรุปย่อยมาเชื่อมต่อกันจนกระทั่งได้ข้อสรุปที่ตอบปัญหาการวิจัย

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Repeated Measure ANOVA กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

### จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลบรบือ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 13/2567 วันที่ 26 สิงหาคม 2567 ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับคำอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบ เปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยโดยอิสระ ผู้ที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### ผลการวิจัย (Result)

#### 1. รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนอำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม

ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มจำนวน 11 คน ร้อยละ 81.82 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.45 ปี (SD 10.48) ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติ ครอบครัว พยาบาล นักส่งเสริมสุขภาพจิต ชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข อสม. ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครกู้ชีพ และญาติผู้พยายามฆ่าตัวตาย

แนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบรบือระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีความรู้และทักษะในการสังเกต ประเมิน ดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การให้ความรู้กับประชาชนเรื่องสัญญาณของการฆ่าตัวตาย การจัดกิจกรรมให้กับกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเพื่อเสริมพลังความมีคุณค่าของตนเพิ่มขึ้น การส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงและประเมินตนเองด้านสุขภาพจิตด้วยโปรแกรม Mental Health Check In พัฒนาระบบการส่งยาให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า/โรคจิตเภทที่อาการทุเลาควบคุมได้ที่บ้าน ผ่าน อสม./จนท.รพ.สต. ระบบให้ความปรึกษาผ่าน FB กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด Line และโทรศัพท์ ตลอด 24 ชั่วโมง และมีระบบการติดตามผู้ป่วยจิตเวชขาดนัด

ผลการวิเคราะห์บริบทชุมชนตามเงื่อนไขการฆ่าตัวตาย TK's 5 Factors model of suicide พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จระหว่างปี พ.ศ. 2564 – 2566 ร้อยละ 89.58 เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 25 – 44 ปี (ร้อยละ 50) ปัจจัยเสี่ยงที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 58.33 เป็นผู้ติดสุราและ/หรือใช้สารเสพติด รองลงมา ร้อยละ 16.67 มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และร้อยละ 14.58 เป็นโรคทางจิตเวช ตามลำดับ ปัจจัยกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากพิษของสารเสพติด ออกฤทธิ์หลอนประสาท การขาดยาทาง

จิตเวช และประสบวิกฤตในชีวิต เช่น ตกงาน เป็นหนี้ เป็นต้น ร้อยละ 100 ของวิธีฆ่าตัวตาย คือ การผูกคอต การจัดเตรียมเชือกและสถานที่ จึงสามารถกระทำได้ง่าย ผู้ที่ฆ่าตัวตาย สำเร็จมีปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ เนื่องจากขาด ทักษะการเผชิญหน้าแก้ไขปัญหา และ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี โดยเฉพาะ อย่างยิ่งในกลุ่มผู้ติดสุราและใช้สารเสพติด คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านจึงไม่สนใจ สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมี หน่วยงานที่ดำเนินการบำบัดกลุ่มผู้ติดสุรา และใช้สารเสพติดโดยเฉพาะอยู่แล้ว กลุ่มเป้าหมายการเฝ้าระวังของการวิจัยครั้งนี้ ตามมติของการสนทนากลุ่มจึงเป็นกลุ่มผู้ที่ ประสบภาวะวิกฤตในชีวิต และผู้ป่วยจิตเวช และพบว่า แนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายที่ผ่านมา กิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็น การดำเนินงานของบุคลากรด้านสาธารณสุข ยังขาดผู้เฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องในชุมชน

จากการทบทวนการทำงานของพื้นที่ที่ ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า การมี ส่วนร่วมของชุมชนเป็นปัจจัยความสำเร็จที่ ช่วยเฝ้าระวังและฆ่าตัวตายได้อย่างมี ประสิทธิภาพ จึงนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการ เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลัง ชุมชน จัดทำเป็นคู่มือการจัดกิจกรรม ประกอบด้วย 1) ผูกทักษะการคัดกรองกลุ่ม เสี่ยงฆ่าตัวตายและประเมินสภาพแวดล้อมที่ ทำให้เข้าถึงอุปกรณ์ฆ่าตัวตายได้ จากนั้น ให้ ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านออกคัดกรองกลุ่มเสี่ยง

เพื่อกำหนดเป็นพื้นที่รับผิดชอบในการดูแล ร่วมกับคนในครอบครัว 2) กลุ่มตัวอย่าง ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้าน ค้นหาเหตุที่อาจเป็น ปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายของกลุ่มเป้าหมาย วางแผนแก้ไขปัญหาให้ตรงตามสาเหตุร่วมกับ ครอบครัว เช่น กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชจะเน้นเรื่อง การรับประทานยาครบตามแผนการรักษาของ แพทย์ เป็นต้น 3) ให้ความรู้เรื่องสัญญาณ เตือนฆ่าตัวตาย สร้างสถานการณ์จำลองให้ ผูกทักษะการดักจับสัญญาณเตือนฆ่าตัวตาย ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือ เมื่อพยายามฆ่าตัวตายและแนวทางการส่ง ต่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล 4) ผูกทักษะ การหวัะระมัดระวังให้กับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้ ในชีวิตประจำวันเพื่อลดความเครียดและสอน คนรอบข้าง ไปจนถึงการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ของหมู่บ้าน สร้างวัฒนธรรมการหวัะระก่อก่อน จัดกิจกรรม เป็นต้น 5) กลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัว ตายในพื้นที่รับผิดชอบของตน ออกเยี่ยมบ้าน สืบตาค้ห้ละอย่างน้อย 1 ครั้ง ส่งข้อมูลการเฝ้า ระวังเข้าในกลุ่มไลน์ทุกสัปดาห์

หลังการถอดบทเรียน ค้นข้อมูลให้กับ ชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สรุปรูปแบบการ เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลัง ชุมชน เรียกว่า SMILE ประกอบด้วย S: Safety environment สร้างสิ่งแวดล้อมที่ ปลอดภัย M: Masses cooperate สร้างความ ร่วมมือจากมวลชน I: Interpersonal skill สร้างทักษะให้สมาชิกเครือข่ายพลังชุมชนฯ



L: Laugh therapy สร้างเสียงหัวเราะบำบัดความเครียด E: Evaluation ประเมินผลการเฝ้าระวัง รายงานผลผ่านระบบไลน์ทุกสัปดาห์ โดยมีสไลด์แกนของรูปแบบคือ “ประเมินสุขภาพจิตเป็นประจำ หมั่นหัวเราะ ออกเลาะบ้านเพื่อน ดักเตือนเมื่อเศร้า อย่าปล่อยให้เหงาคนเดียว”

## 2. ประสิทธิผลรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนอำเภอเบรือ จังหวัดมหาสารคาม

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เข้าร่วมการวิจัยครบตามระยะเวลาที่กำหนดจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 91.17 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.50 อายุเฉลี่ย 51.97 ปี (SD 8.93) อายุระหว่าง 28 – 65 ปี ร้อยละ 80.60 เป็นอสม. ร้อยละ 61.30 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 80.60 มีสถานภาพสมรส และ ร้อยละ 19.40 เคยอยู่ในเหตุการณ์คนในชุมชนพยายามฆ่าตัวตาย/ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติ ระยะ

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติ ระยะก่อนการอบรม หลังการอบรม และ 12 สัปดาห์หลังการอบรม

| ระยะเวลา   | ความรู้   |      |                 | ทัศนคติ   |      |                 |
|------------|-----------|------|-----------------|-----------|------|-----------------|
|            | $\bar{X}$ | SD   | MS<br>(p-value) | $\bar{X}$ | SD   | MS<br>(p-value) |
| ก่อนอบรม   | 5.94      | 1.59 | -2.84           | 34.65     | 4.10 | -9.39           |
| หลังอบรม   | 8.77      | 1.12 | (<0.001*)       | 44.03     | 5.15 | (<0.001*)       |
| ก่อน       | 5.94      | 1.59 | -1.87           | 34.65     | 4.10 | -12.61          |
| 12 สัปดาห์ | 7.81      | 0.75 | (<0.001*)       | 47.26     | 1.55 | (<0.001*)       |

ก่อนการอบรม หลังการอบรม และ 12 สัปดาห์หลังการอบรม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) เปรียบเทียบเป็นรายคู่ โดยใช้วิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ทั้ง 3 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 47.50, df 1.82, p-value < 0.001) ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 5.94 คะแนน (SD 1.59) หลังการอบรมเท่ากับ 8.77 คะแนน (SD 1.12) และ หลังการอบรม 12 สัปดาห์เท่ากับ 7.81 คะแนน (SD 0.75) ตามลำดับ เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยทัศนคติทั้ง 3 ระยะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F test = 99.40, df 2, p-value < 0.001) ก่อนการอบรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 34.65 คะแนน (SD 4.10) หลังการอบรมเท่ากับ 44.03 คะแนน (SD 5.15) และ หลังการอบรม 12 สัปดาห์เท่ากับ 47.26 คะแนน (SD 1.55) ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติ ระยะก่อนการอบรม หลังการอบรม และ 12 สัปดาห์หลังการอบรม (ต่อ)

| ระยะเวลา                                  | ความรู้   |      |                                        | ทัศนคติ   |      |                 |
|-------------------------------------------|-----------|------|----------------------------------------|-----------|------|-----------------|
|                                           | $\bar{x}$ | SD   | MS<br>(p-value)                        | $\bar{x}$ | SD   | MS<br>(p-value) |
| หลัง                                      | 8.77      | 1.12 | 0.97                                   | 44.03     | 5.15 | -3.23           |
| 12 สัปดาห์                                | 7.81      | 0.75 | (0.001*)                               | 47.26     | 1.55 | (0.01*)         |
| F test = 47.50, df 1.82, p-value < 0.001* |           |      | F test = 99.40, df 2, p-value < 0.001* |           |      |                 |

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 MS = Mean Difference

หลังการอบรม กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 90.30 รายงานว่ามีพฤติกรรมการเฝ้าระวังฯ ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 33.71 คะแนน SD 1.91) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 70.97 ออกเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นประจำ ร้อยละ 64.52 ใช้หลัก 3 ส (สอดส่องมองหา ใส่ใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง) ในการเฝ้าระวังเป็นประจำ และ ร้อยละ 51.61 คัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q plus เป็นประจำ

2.3 ผลลัพธ์รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชนระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - เมษายน 2568 จากการคัดกรองประชาชนอำเภอบรบือ จำนวน 6,475 คน พบผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 36 คน ทุกคนได้รับการส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลบรบือสำหรับในเขตตำบล A เดือนกุมภาพันธ์พบผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 4 คน ฆ่าตัวตายสำเร็จโดยการผูกคอตายจำนวน 1 คน เดือนเมษายน ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 12 สัปดาห์

### บทวิเคราะห์ วิจารณ์ (Discussion)

ผลการศึกษาริบท พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่โน้มนำให้ฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดสุราและ/หรือใช้สารเสพติด มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ และเป็นโรคทางจิตเวช ปัจจัยกระตุ้นให้คิดฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เกิดจากพิษของสารเสพติดออกฤทธิ์หลอนประสาท การขาดยาทางจิตเวช และประสบวิกฤตในชีวิต ร้อยละ 100 ใช้วิธีผูกคอต ปัจจัยปกป้องที่อ่อนแอ คือ สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี คนในครอบครัวและเพื่อนบ้านไม่สนใจสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7 พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตายคือ การมีความขัดแย้งของความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือกับเพื่อนบ้านในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

การมีทักษะการแก้ไขปัญหาและเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะมีบุคคลหรือหน่วยงานใด ๆ คอยช่วยเหลือ<sup>10</sup>

รูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม เป็นการเสริมแนวทางดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบรบือ ประยุกต์จากแนวคิด TK's 5 Factors model of suicide เกิดเป็น SMILE model ประกอบด้วย S: Safety environment เป็นการป้องกันการเข้าถึงอุปกรณ์ฆ่าตัวตายโดยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย M: Masses cooperate การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายควรได้รับความร่วมมือจากชุมชน I: Interpersonal skill สร้างทักษะการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การค้นหาปัจจัยกระตุ้น เฝ้าระวังสัญญาณเตือนฆ่าตัวตายและส่งเสริมปัจจัยปกป้องให้แข็งแรง L: Laugh therapy สร้างเสียงหัวเราะบำบัดความเครียดชวนให้ออกไปทำกิจกรรมในชุมชน E: Evaluation ประเมินผลการเฝ้าระวัง รายงานผลผ่านระบบไลน์ทุกสัปดาห์ สอดคล้องกับผลการประเมินยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565 ที่เน้นการส่งเสริมองค์ความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อช่วยงานบริการ และการขับเคลื่อนงานโดยใช้รูปแบบการดึงเครือข่ายในชุมชนและผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงมาเป็นผู้รับผิดชอบดูแลร่วมกัน<sup>11</sup> สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัว

ตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง ประกอบด้วยการสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วม การดำเนินกิจกรรมและการประเมินผล<sup>6</sup> และสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี<sup>12</sup> ประกอบด้วย การคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้า การป้องกันการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตายโดยป้องกันความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสร้างสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และการป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่าการหัวเราะบำบัดจะกระตุ้นการหลั่งสารเอนโดรฟินและเซโรโทนิน ส่งผลให้อาการวิตกกังวลและซึมเศร้ามลดลง<sup>13</sup>

ผลการจัดกิจกรรมอบรมเชิงปฏิบัติการสมาชิกเครือข่ายเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทัศนคติการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย หลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.30 รายงานว่ามีพฤติกรรมการเฝ้าระวังฯ ในระดับสูง อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะ

แสดงพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันได้อย่างเหมาะสมมากขึ้น สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ<sup>14</sup> พบว่าโปรแกรมฝึกอบรม gatekeeper ให้กับคนในชุมชนช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อการช่วยเหลือผู้ที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของวัยรุ่นโดยใช้โรงเรียนเป็นฐานฯ พบว่าการอบรมที่เน้น “ความรู้ ทักษะ และฝึกทักษะ” ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจและความตั้งใจในการเฝ้าระวังผู้เสี่ยงการฆ่าตัวตาย<sup>15</sup> อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในสัปดาห์ที่ 12 ต่ำกว่าหลังการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไปความคงทนของการเรียนรู้ (Learning Retention) จะลดลงตามทฤษฎีความจำสองกระบวนการ (Two – Process Theory of Memory) ที่กล่าวว่าความจำมี 2 ประเภทหลักคือ ความจำระยะสั้น (Short-term Memory) ที่ต้องได้รับการทบทวนตลอดเวลา และ ความจำระยะยาว (Long-term Memory) เป็นความจำที่เก็บข้อมูลได้นาน ข้อมูลในความจำระยะสั้นจะสลายไปหากไม่ถูกทบทวนหรือประมวลผลเพื่อส่งต่อไปยังความจำระยะยาว การทบทวนแบบเว้นช่วง การนำไปประยุกต์ใช้จริง การสอนผู้อื่น และการให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการอภิปรายแบบโต้ตอบ จะช่วย

พัฒนาความจำและการเก็บรักษาความรู้ในระยะยาวได้<sup>16</sup>

จากการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่ม ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยงอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ปฏิบัติตามหลัก SMILE และสโลแกน “ประเมินสุขภาพจิตเป็นประจำ หมั่นหัวเราะ ออกเลาะบ้านเพื่อน ดักเตือนเมื่อเศร้า อย่าปล่อยให้เหงาคนเดียว” สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลจากคนในครอบครัวและเพื่อนบ้าน หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 93.33 ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.67 มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย<sup>17</sup>

### บทสรุปและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม SMILE model เป็นการพัฒนาศาซิกเครือข่ายเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายให้มีความรู้ ทักษะที่ดีต่อการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำให้เกิดพฤติกรรมเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายตามแนวคิดของ TK's 5 Factors model of

suicide ส่งผลให้ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 12 สัปดาห์ และช่วยเติมเต็มแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบรบือจากเดิมที่ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขอย่างเดียว เป็นการพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยพลังชุมชน ควรได้รับการการทบทวนความรู้เป็นระยะๆ เพื่อทำให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาคั้งต่อไป ควรศึกษาเรื่องสมรรถนะการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยระบบสุขภาพดิจิทัล สำหรับสมาชิกเครือข่ายเฝ้าระวังฯ และประสิทธิภาพการนำเทคโนโลยีระบบสุขภาพดิจิทัลมาช่วยเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

#### กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายฝ่ายที่ต้องกล่าวถึงและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ได้แก่ นายแพทย์กัมพล เอี่ยมเกื้อกูล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ ให้ความอนุเคราะห์สถานที่และสนับสนุนทีมผู้ช่วยนักวิจัย ทำให้โครงการวิจัยดำเนินงานได้อย่างราบรื่น ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือการวิจัย ได้แก่

นายแพทย์จักรกริช ไชยทองศรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านฝาง นายแพทย์ภัทรภักษ์ ลาภบุญเรือง กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสิรินธร และ พว.วงเดือน เพชรสังหาร หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบรบือ ขอขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน และผู้ช่วยนักวิจัยที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลงานวิจัยทุกคน

#### เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. ชีโนรส ลีสวัสดิ์. ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ.2562 - พ.ศ. 2563. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):623-37.
3. เฉลิมพรรณ เมฆลอย. ตราบาปของสมาชิกครอบครัวผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นที่สำเร็จกับการประยุกต์ใช้ กลุ่มจิตบำบัดระดับประคอง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2563;34(2):18-32.
4. ธรินทร์ กองสุข. TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2567;39(2):209-18.
5. ศักรินทร์ แก้วเห้า, ศุภเสก วิโรจนาภา, พรรณนา ตันต์ศุภศิริ, กรรณิการ์ หนูสอน, สุขเสริม ทิพย์ปัญญา, ลักษณะ

- สกุลทอง, และคณะ. การพัฒนาระบบป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
6. นงคราญ ศรัทธา, ศรีประไพ อินทร์ชัย เทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนาวิ. 2563;47(2):446–63.
  7. บุษบา อนุศักดิ์, สุลล ตติยนันทพร, พัชรีย คำธิตา. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดลำพูน. วารสารโรงพยาบาลแพร่. 2564;29(2):65–77.
  8. Brodsky BS, Spruch-Feiner A SB. The Zero Suicide Model: Applying Evidence-Based Suicide Prevention Practices to Clinical Care. *Front Psychiatry*. 2018;9(33):1–7.
  9. Alonzo D. The engaged community action for preventing suicide (ECAPS) model in Latin America: development of the ¡PEDIR! program. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023;58:861–70.
  10. ปราวรณา คำมีสินนท์, พรดุสิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ ไชยศรีศรีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า, สุนันทา คำชมพู่, วชิรวัลย์ เสาร์แก้ว. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. วารสารป้องกันและการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2563;1(1):25–40.
  11. สมัย ศิริทองถาวร, สรรกมล กรนุ้ม, ศุภเสก วิโรจนาภา, เพ็ญกาญจน์ กาญจนรัตน์, สุวิมล อินทร์เชื้อ, เพชรลดดา บริหาร, และคณะ. การวิจัยประเมินผลยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2565. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2566;31(1):64–78.
  12. พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และ ปราการ ถมยางกูร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(2):187-197.
  13. Sun X, Zhang J, Wang Y, Zhang X, Li S, Qu Z, Zhang H. The impact of humor therapy on people suffering from depression or anxiety: An integrative literature review. *Brain Behav*. 2023;13(9):e3108.
  14. Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, Sareen J; Swampy Cree Suicide Prevention Team. Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide:

- a systematic review. Can J Psychiatry. 2009;54(4):260-8.
15. Espelage DL, Boyd RC, Renshaw TL, & Jimerson SR. Addressing Youth Suicide Through School-Based Prevention and Postvention: Contemporary Scholarship Advancing Science, Practice, and Policy. School Psychology Review. 2022;51(3):257–265.
  16. Atkinson RC, Shiffrin RM. Human Memory: A Proposed System and its Control Processes. In K. W. Spence & J. T. Spence, The psychology of learning and motivation: II. 1968; Academic Press.
  17. จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, เจษฎา สุราวรรณ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์. ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย . 2565;67(1):59–70.