การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Community-Participatory Suicide Prevention and Intervention Model with Multi-Stakeholder Networks in Huai Thap Than District, Sisaket Province

(Received: June 27, 2026; Revised: June 28, 2026; Accepted: June 30, 2026)

ณัฐพงษ์ โพธิบุตร[1], พุทธิไกร ประมวล[2],
Nattapong Potibut[1], Putthikrai Pramual[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ดำเนินการ 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ระยะที่ 2 การพัฒนาและออกแบบรูปแบบ ระยะที่ 3 การทดลองใช้ และระยะที่ 4 การติดตามและประเมินผล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมิน DASS-21 และดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (DMHI) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multivariable logistic regression การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา Paired t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานอาชีพเกษตร ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเยาวชนหญิงที่มีภาวะเสี่ยงซึมเศร้าและปัญหาความสัมพันธ์ ซ้ำเติมด้วยภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ครอบครัวเปราะบาง การเข้าถึงบริการที่จำกัด และเครือข่าย อสม. ที่ยังขาดทักษะการคัดกรองและส่งต่อ โดยพบ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ (ORadj = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) และปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา (ORadj = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) พัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และโรงเรียน (นสร.) 2) พัฒนาพี่เลี้ยงดูแลด้านสุขภาพจิต (MCATT) 3) พัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกัน 4) พัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อ 5) พัฒนาระบบข้อมูล และ 6) การติดตามเยี่ยมเสริมกำลังใจและผลการรักษา หลังการทดลอง นักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตายและทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อขยายผลสู่ระดับโรงเรียนและชุมชน พบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ แต่ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันและแก้ไข, การฆ่าตัวตาย, ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม, อำเภอห้วยทับทัน

Abstract

This was research and development study aimed to develop a community-participatory suicide prevention and intervention model engaging local multi-stakeholder networks. The research comprised four phases: (1) analysis of the situational context and factors associated with depression; (2) model development and design; (3) implementation; and (4) follow-up and evaluation. The data collection tools used included the DASS-21 assessment form and the Local Community Mental Health Index (DMHI) from the Department of Mental Health Promotion and Development. Data were analyzed using multivariable logistic regression, content analysis, Paired t-test and the independent t-test.

Completed suicides occurred predominantly among working-age women in agriculture, whereas attempts were concentrated among female adolescents experiencing depressive risk and relationship problems, compounded by economic hardship, fragile family relationships, limited service access, and

[1] นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยทับทัน
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

insufficient screening and referral skills among village health volunteers. Two factors were significantly associated with depression: a history of physical and psychological abuse (adjusted OR = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) and psychological protective factors (adjusted OR = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29). The model comprised six activities: (1) developing community and school mental health teams; (2) developing mental health mentors (MCATT); (3) strengthening surveillance and prevention; (4) improving treatment and referral pathways; (5) developing the information system; and (6) conducting supportive follow-up visits and treatment monitoring. After implementation, community and school mental health workers showed significantly higher mean scores in knowledge, attitudes toward depression and suicide prevention, and skills in surveillance, screening, and primary assistance than before. When scaled to the school and community levels, post-experiment results indicated that compared to the control group, the experimental group demonstrated a statistically significant decrease in DASS-21 scores and an increase in DMHI scores ($p < 0.05$).
Keywords: prevention and intervention model; suicide; multi-stakeholder network participation; Huai Thap Than District

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลต่อการสูญเสียชีวิตและภาระโรคอย่างมีนัยสำคัญ องค์การอนามัยโลกประมาณว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ในกลุ่มอายุ 15–29 ปี[1] นอกจากการสูญเสียชีวิตแล้ว การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายยังก่อภาระทางเศรษฐกิจอย่างมาก โดยการศึกษาในสหรัฐอเมริกาประเมินต้นทุนรวมของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายไว้สูงมาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นต้นทุนจากการสูญเสียผลิตภาพ[2] ในกลุ่มประเทศรายได้น้อยและปานกลางในเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งเป็นที่ตั้งของสัดส่วนการฆ่าตัวตายจำนวนมากของโลก พบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย[3] ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เช่น ความยากจนและหนี้สิน จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญในบริบทนี้

สำหรับประเทศไทย ข้อมูลกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แสดงว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและกระจายไม่เท่ากันในแต่ละภูมิภาค โดยภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราสูงสุดของประเทศ และจังหวัดศรีสะเกษมีอัตราสูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ[4] การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับสากลเน้นแนวทางบูรณาการหลายระดับ กรอบของ Mann และ Zalsman ระบุองค์ประกอบหลัก ได้แก่ การจำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย การปรับปรุงการรักษาและดูแลสุขภาพจิต การสร้างเครือข่ายสนับสนุน และการฝึกอบรมผู้เฝ้าระวังในชุมชน[5,6] หลักฐานจากการศึกษาแบบมีกลุ่มควบคุมในหลายประเทศยุโรปสนับสนุนว่าการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับสามารถส่งผลต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ แม้ผลจะแตกต่างกันตามบริบทพื้นที่[7] แนวทาง LIVE LIFE ขององค์การอนามัยโลกได้รวบรวมกลยุทธ์เหล่านี้เป็นคู่มือปฏิบัติระดับประเทศ[8] ทั้งนี้โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการของกองทัพอากาศสหรัฐอเมริกาสามารถลดความเสี่ยงการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้[9]

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังและดูแลภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่ดำเนินงานทุกระดับ ประกอบด้วยการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในกลุ่มเสี่ยงระดับชุมชนด้วยเครื่องมือสองคำถาม การประเมินความรุนแรง การวินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป การดูแลทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวช การดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกำเริบและการฆ่าตัวตาย และการส่งเสริมสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง[10] สอดคล้องกับ

แนวทางระดับสากลที่เคลื่อนสู่การป้องกันการฆ่าตัวตายแบบทั้งสังคม (whole-of-society) ที่อาศัยความร่วมมือข้ามภาคส่วน[11] แนวโน้มงานวิจัยร่วมสมัยเน้นการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community-based Participatory Research: CBPR) ซึ่งให้ความสำคัญกับความรู้ของผู้ที่เผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันและการเสริมพลังอำนาจ เหมาะสมเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบาง[12] การศึกษาในชุมชนพื้นเมืองและชุมชนห่างไกลแสดงว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบชุมชนเป็นฐานสามารถสร้างระบบเฝ้าระวังและการพัฒนาที่ชุมชนมีส่วนร่วมและดำเนินการต่อได้เอง[13,14]

อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทที่มีประชากร 41,162 คน ใน 6 ตำบล ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (ลาว เขมร ส่วย)[15] ปัญหาการฆ่าตัวตายถูกจัดเป็นปัญหาสุขภาพอันดับ 1 ของอำเภอ ข้อมูล พ.ศ. 2562–2568 แสดงอัตราผันผวนระหว่าง 2.36–18.99 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2568 มีผู้เสียชีวิต 5 ราย ใน 5 ตำบล โดยผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นหญิงวัยทำงานอาชีพเกษตรกรรม ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเยาวชนหญิง[15] รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเศรษฐกิจสังคมกับการฆ่าตัวตายในชนบทของภูมิภาคนี้[3] การวิเคราะห์สาเหตุด้วยแผนภูมิก้างปลา (Fish Bone Analysis) ในพื้นที่ พบกลุ่มสาเหตุหลัก ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (ภาวะซึมเศร้า ปัญหาเศรษฐกิจ การเข้าถึงสารพิษทางการเกษตร) ปัจจัยความสัมพันธ์ ปัจจัยชุมชน ปัจจัยนโยบาย และปัจจัยระบบสุขภาพ (บุคลากรไม่เพียงพอ การขาดทักษะประเมินความเสี่ยงระดับปฐมภูมิ)[15] แม้พื้นที่จะมีจุดแข็งด้านผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และระบบอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้มแข็ง แต่ยังขาดรูปแบบการป้องกันที่เป็นระบบและใช้กรอบ CBPR ที่สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม เศรษฐกิจและสังคมของชุมชน[12] การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันที่มีรากฐานจากการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน เพื่อเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทปัญหา สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) บูรณาการวงจรคุณภาพ PAOR (Plan–Action–Observe–Reflection) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อศึกษาบริบทปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 13 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ไม่น้อยกว่า 6 เดือน จำนวน 187 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยวิธี AIPE[16] โดยกำหนดค่าพารามิเตอร์จากวิจัยของสุรเดชช ชวะเดช[17] สุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน ได้แก่ สุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (เลือก 1 หมู่บ้านต่อตำบล) และสุ่มแบบเป็นระบบในแต่ละหลังคาเรือน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น 6 ส่วน (ข้อมูลทั่วไป, ความสัมพันธ์/ความรุนแรงในครอบครัว, ปัจจัยป้องกัน, การสนับสนุนทางสังคม, DASS-21 และการรับรู้/ทัศนคติต่อโรคซึมเศร้า) ผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดลองใช้ที่อำเภออุทุมพรพิสัย ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามปัจจัย

ป้องกันและ DASS-21 เท่ากับ 0.78 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าด้วย Multivariable logistic regression

2. การกำหนดกิจกรรม ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ผ่านกระบวนการ PAOR กลุ่ม ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขระดับอำเภอและตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ญาติผู้ป่วย และพระภิกษุ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ การสังเกต การประเมินการมีส่วนร่วม และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

3. การทดลอง ในตำบลกล้วยกว้าง เพื่อพัฒนาทีมสุขภาพจิต (MT) เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น ก่อน–หลังได้รับรูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ นักเรียนชั้น ม.1–5 อายุ 13–17 ปี สำหรับหลักสูตรนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) 62 คน และแกนนำ อสม./CG สำหรับหลักสูตรนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) 62 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม 4 ส่วน ผ่านการตรวจคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้ (KR-20) 0.82 ด้านทัศนคติและทักษะ (สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค) 0.77 และ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ด้วย Paired t-test

4. การนำรูปแบบไปขยายผลระดับตำบล โดยตำบลผักไหม ภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรอง DASS-21 ตำบลละ 150 คน สุ่มตัวอย่าง 2 ขั้นตอน (แบ่งชั้นภูมิตามสัดส่วนรายหมู่บ้าน และสุ่มแบบเป็นระบบ) เครื่องมือเป็นแบบประเมิน DASS-21 และดัชนีสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (DMHI) ของกองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต [18] วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วย Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SPPH 2025-147 เมื่อวันที่ 18 กันยายน 2568 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 ศึกษาบริบทปัญหา สาเหตุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

บริบทปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชน พบว่า อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เป็นพื้นที่ชนบทที่มีโครงสร้างสังคมและเศรษฐกิจพึ่งพาเกษตรกรรมเป็นหลัก แม้ชุมชนจะมีความเข้มแข็งทางด้านเครือญาติและวัฒนธรรมท้องถิ่น หากแต่ยังคงประสบปัญหาด้านสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และคุณภาพชีวิตของประชาชนอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยเสี่ยงที่พบมีหลายประการ อาทิ ภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ ความไม่มั่นคงด้านรายได้ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่เปราะบาง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตลอดจนข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แม้มีบุคลากรด้านสุขภาพจิตครบถ้วนตามกรอบอัตรากำลัง แต่ยังมีภาระภารกิจด้านสุขภาพจิต ที่มีทั้งปริมาณมากและมีความซับซ้อนสูง ต้องการการติดตามอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ส่งผลให้การให้บริการเชิงลึกยังไม่ครอบคลุม การใช้เครือข่าย อสม. เข้ามาสนับสนุน แม้ช่วยเสริมการเฝ้าระวังในระดับชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ แต่ยังคงมีข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะด้านสุขภาพจิต ทำให้การคัดกรอง การให้คำปรึกษาเชิงลึก และการส่งต่อผู้มีภาวะเสี่ยง ยังไม่เป็นระบบและครอบคลุมเพียงพอ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.78 อายุเฉลี่ย 26.27±16.61 ปี อายุ 16-20 ปี ร้อยละ 45.99 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 48.13 มัธยฐานรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 5,000 บาท ในครอบครัวมีผู้ป่วยจิตเวช ร้อย

ละ 4.81 มีสมาชิกป่วยภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 8.56 มีปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ร้อยละ 34.76 เคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ร้อยละ 24.60 และสมาชิกในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.42

การประเมินภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบประเมิน DASS-21 พบว่า มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.20 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 65.78 และมีภาวะความเครียด ร้อยละ 31.02 โดยแบ่งเป็นภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 13.90 ภาวะวิตกกังวลรุนแรง ร้อยละ 25.13 และมีภาวะเครียดรุนแรง ร้อยละ 5.88 ดังตารางที่ 1 และพบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายด้านร่างกายและจิตใจ (ORadj = 4.81; 95% CI: 2.02–11.42) และปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา (ORadj = 0.14; 95% CI: 0.07–0.29) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ระดับปัญหาสุขภาพจิตจากการประเมิน DASS-21

ระดับสุขภาพจิต	ภาวะซึมเศร้า		ภาวะวิตกกังวล		ภาวะความเครียด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปกติ	95	50.80	64	34.22	129	68.98
เล็กน้อย	18	9.63	23	12.30	12	6.42
ปานกลาง	31	16.58	38	20.23	17	9.09
รุนแรง	17	9.09	15	8.02	18	9.63
รุนแรงมาก	26	13.90	47	25.13	11	5.88

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของประชาชนในพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ เมื่อคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว

ตัวแปรทำนาย	ระดับภาวะซึมเศร้า				Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value
	ปกติ		มีภาวะซึมเศร้า					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
1. เคยถูกทำร้ายร่างกาย/จิตใจ								0.0002
ไม่เคย	86	60.99	55	39.01	1	1		
เคย ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป	9	19.57	37	80.43	6.43	4.81	2.02-11.42	
2. ปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยา								<0.0001
ระดับไม่ดี	13	19.70	53	80.30	1	1		
ระดับดี	82	67.77	39	32.23	0.12	0.14	0.07-0.29	

หมายเหตุ: *วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression*

ผลการวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านกระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

1) การพัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และโรงเรียน (นสร.) เป็นการสร้างทีมสุขภาพจิต (Mental Health Team: MT) ในระดับชุมชนและโรงเรียน โดยมีการอบรมพัฒนาความรู้ ปรับทัศนคติ และฝึกทักษะการคัดกรองสุขภาพจิต การประเมินอาการ และการช่วยเหลือเบื้องต้น ทีมนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และประเมินภาวะสุขภาพทางจิตของประชาชนในชุมชน ส่วนนักสุขภาพจิตในโรงเรียน (นสร.)ทำหน้าที่เป็น "ผู้เฝ้าระวังด่านหน้า"

(gatekeeper) ในการสังเกต คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นของเพื่อนนักเรียนในโรงเรียน

2) การพัฒนาพี่เลี้ยงดูแลด้านสุขภาพจิต (MCATT) เป็นการยกระดับบุคลากรแกนหลักให้ทำหน้าที่"พี่เลี้ยง" (mentor/coach) กำกับดูแลและหนุนเสริมทีม นสช./นสร. ให้ทำงานได้อย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง เป็นกลไกสร้างความยั่งยืนเชิงวิชาการ ลดการพึ่งพาบุคลากรเฉพาะทางจิตเวชที่มีจำกัดในพื้นที่ และเป็นโครงสร้างรองรับการนิเทศติดตาม (supervision)

3) การพัฒนาระบบเฝ้าระวังป้องกันที่ดี เป็นการวางระบบคัดกรองเฝ้าระวัง (surveillance screening) โดย MCATT ร่วมกับ อสม. และทีม MT เน้นการคัดกรองเชิงรุกและการครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเปราะบาง (เช่น เยาวชนหญิง ผู้มีภาวะซึมเศร้า) ให้ค้นพบผู้เสี่ยงได้เร็วก่อนเกิดเหตุ สอดคล้องกับหลักการจำกัดการเข้าถึงวิธีการและการค้นหากลุ่มเสี่ยงในแนวทางสากล

4) การพัฒนาระบบการรักษาและส่งต่อ เป็นการจัดระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตและเส้นทางส่งต่อที่ไร้รอยต่อ (referral system) ครอบคลุมการดูแลต่อเนื่องและการประสานกับระบบบริการของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้เสี่ยงและผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาได้ทันเวลา ครอบคลุมทั้งการดูแลรักษาเบื้องต้นก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-Hos) ระหว่างรักษาในโรงพยาบาล (In-Hos) และหลังจากรักษาและส่งต่อผู้ป่วยมาที่บ้าน (Post-Hos) ที่เชื่อมประสานกันเป็นอย่างดี

5) การพัฒนาระบบข้อมูล เป็นการสร้างระบบฐานข้อมูลสำหรับติดตามการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ผลการคัดกรองและการดำเนินงาน ตลอดจนผลการดูแลผู้ป่วย เพื่อใช้กำกับติดตามและตัดสินใจเชิงบริหาร แก้จุดอ่อนเรื่องการนำเทคโนโลยีมาวิเคราะห์ข้อมูลของบุคลากร และหนุนการรายงานที่รับผิดชอบ

6) การพัฒนาระบบการเยี่ยมติดตามผลการรักษา เป็นการติดตามเยี่ยมเสริมกำลังใจโดย MCATT (coaching & mentoring) ร่วมกับทีม MT และ อสม. เพื่อดูแลต่อเนื่องหลังเกิดเหตุ ป้องกันการกระทำซ้ำ และฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้รอดและครอบครัว สอดรับแนวคิดการดูแลภายหลัง (postvention) ดังภาพที่ 1

การพัฒนาแผนผังระบบเฝ้าระวังสุขภาพใจและส่งต่อเชิงรุกของอำเภอห้วยทับทัน ที่ออกแบบเป็น 3 ระยะตามจุดบริการ (Pre–In–Post Hospital) ดังนี้

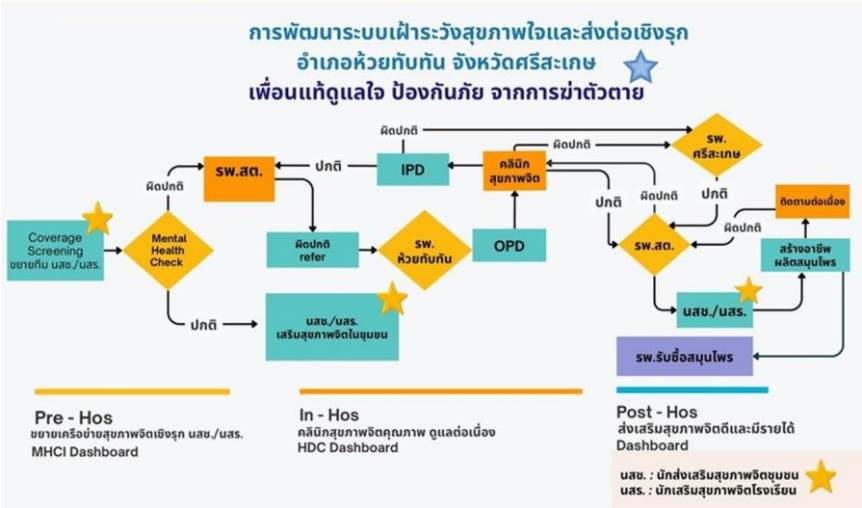
1) Pre-Hospital: ขยายเครือข่ายเฝ้าระวังเชิงรุก เป็นระยะค้นหากลุ่มเสี่ยงเชิงรุกในชุมชน เริ่มจากการคัดกรองครอบคลุม (Coverage Screening) โดยทีม นสช./นสร. ที่ขยายลงพื้นที่แล้วเข้าสู่จุดประเมินสุขภาพจิต (Mental Health Check) ผู้ที่ผลปกติจะได้รับกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพจิตในชุมชน ส่วนผู้ที่ผลผิดปกติจะถูกส่งต่อเข้าสู่ รพ.สต. และระบบบริการ เพื่อให้พบผู้เสี่ยงได้เร็วก่อนเกิดเหตุ

2) In-Hospital: คลินิกสุขภาพจิตคุณภาพ ดูแลต่อเนื่อง เป็นระยะการรักษาในระบบบริการ ผู้ที่ผิดปกติไหลผ่าน รพ.สต. สู่ รพ.ห้วยทับทัน โดยแยกเส้นทางตามระดับความรุนแรงเข้าสู่ OPD, IPD หรือคลินิกสุขภาพจิต รายที่ซับซ้อนเกินศักยภาพจะถูกส่งต่อไปยัง รพ.ศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย ขณะที่รายที่อาการดีขึ้นจะถูกส่งกลับลงมาตามระบบ (step-down) เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างไร้รอยต่อ

3) Post-Hospital: ส่งเสริมสุขภาพจิตดีและมีรายได้ เป็นระยะฟื้นฟูและคืนสู่ชุมชน ผู้ป่วยถูกส่งกลับผ่าน รพ.สต. และทีม นสช./นสร. เพื่อติดตามดูแลต่อเนื่องและป้องกันการกระทำซ้ำ ควบคู่กับการสร้างอาชีพและการผลิตสมุนไพร โดยมีโรงพยาบาลรับซื้อผลผลิตเป็นกลไกเชื่อม จึงเป็นการบูรณาการมิติเศรษฐกิจเข้ากับการฟื้นฟูจิตใจ ซึ่งตอบโจทย์ปัจจัยเศรษฐกิจที่เป็นรากของปัญหาในพื้นที่ ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ



ภาพที่ 2 การพัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพใจและส่งต่อเชิงรุกของอำเภอห้วยทับทัน

ผลการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลของการนำรูปแบบฯ ไปทดลองใช้ พบว่า ทั้งนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นสูงขึ้นหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ($p < 0.0001$) โดยกลุ่มนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) มีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้านอย่างใกล้เคียงกัน ได้แก่ ด้านความรู้เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 2.40 คะแนน (Mean diff = 2.40, 95% CI: 1.78–3.03) ด้านทัศนคติเพิ่มขึ้น 5.21 คะแนน (Mean diff = 5.21, 95% CI: 4.33–6.08) และด้านทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้นเพิ่มขึ้น 4.98 คะแนน (Mean diff = 4.98, 95% CI: 4.30–5.92) ส่วนกลุ่มนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) มีคะแนนเพิ่มขึ้นในทุกด้านเช่นกัน โดยด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านทักษะ เพิ่มขึ้น 6.78 คะแนน (Mean diff = 6.78, 95% CI: 5.87–7.69) รองลงมาคือด้านความรู้ เพิ่มขึ้น 3.52 คะแนน (Mean diff = 3.52, 95% CI: 2.77–4.27) และด้านทัศนคติ เพิ่มขึ้น 1.96 คะแนน (Mean diff = 1.96, 95% CI: 1.29–2.63) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติต่อภาวะซึมเศร้าและการป้องกันการฆ่าตัวตาย และทักษะการเฝ้าระวัง คัดกรอง และช่วยเหลือเบื้องต้น ของนักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.) และนักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.) ระหว่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	หลังทดลอง (n=62)		ก่อนทดลอง (n=62)		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
นักสุขภาพจิตชุมชน (นสช.)	ความรู้	16.73	2.31	14.32	3.25	2.40	1.78 to 3.03	<0.0001
	ทัศนคติ	14.02	2.74	8.81	2.15	5.21	4.33 to 6.08	<0.0001
	ทักษะ	13.57	2.32	8.59	2.94	4.98	4.30 to 5.92	<0.0001
นักสุขภาพจิตโรงเรียน (นสร.)	ความรู้	18.56	2.13	15.04	2.07	3.52	2.77 to 4.27	<0.0001
	ทัศนคติ	13.52	1.74	11.56	2.01	1.96	1.29 to 2.63	<0.0001
	ทักษะ	14.36	2.19	7.58	2.87	6.78	5.87 to 7.69	<0.0001

ผลการวิจัยระยะที่ 4 การประเมินผลรูปแบบฯ จากการนำไปขยายผลในระดับตำบล โดยเปรียบเทียบระหว่างตำบลผักไหม (พื้นที่ทดลอง) และตำบลเมืองหลวง (พื้นที่ควบคุม) พบว่าก่อนทดลองฯ ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง คะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ที่รวมคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด และด้านดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลอง คะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ที่รวมคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล และภาวะเครียด น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.24 คะแนน (95% CI: -7.33 to -5.15; $p < 0.0001$) ด้านดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 11.74 คะแนน (95% CI: 4.03–19.45; $p = 0.0042$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) และดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) หลังพัฒนารูปแบบฯ

ช่วงเวลา	ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean difference	95% CI	p-value
		Mean	SD	Mean	SD			
หลังทดลอง	ดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21)	47.18	5.31	53.42	4.21	-6.24	-7.33 to -5.15	<0.0001
	ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI)	88.26	9.12	76.52	11.48	11.74	4.03 to 19.45	0.0042
ก่อนทดลอง	ดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21)	54.36	5.72	55.36	5.41	-1.00	-2.27 to 0.27	0.1209
	ดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI)	70.53	8.42	75.81	6.94	-5.28	-17.54 to 6.68	0.3972

สรุปและอภิปรายผล

ระยะที่ 1 บริบทและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาสะท้อนภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนเกษตรกรรมชนบทอีสานได้ชัดเจน โดยกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงวัยเยาว์ที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมที่ด้อยสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศรายได้น้อยและปานกลางของเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้[3] และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในพื้นที่ใกล้เคียงของจังหวัดศรีสะเกษ[17] ประเด็นที่มีนัยสำคัญเชิงวิชาการคือ การเคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจเพิ่มโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเกือบห้าเท่า (ORadj = 4.81) ขณะที่ปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยาในระดับดีลดโอกาสลงอย่างชัดเจน (ORadj = 0.14) ผลทั้งสองทิศทางยืนยันว่าการป้องกันที่ได้ผลต้องดำเนินทั้งการลดปัจจัยเสี่ยงควบคู่กับการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ตามกรอบการป้องกันแบบหลายองค์ประกอบ[5,6] นอกจากนี้การที่กลุ่มตัวอย่างมีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าระดับรุนแรงในสัดส่วนสูง ตอกย้ำความจำเป็นเร่งด่วนของระบบคัดกรองและส่งต่อที่เป็นระบบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักของระบบเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายของไทย[10] สอดรับกับสถานการณ์ระดับประเทศที่อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[4]

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ รูปแบบที่พัฒนาผ่านกระบวนการ PAOR มีจุดแข็งเชิงทฤษฎีที่สอดรับกับแนวทางสากล กล่าวคือ การพัฒนาทีมนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนให้ทำหน้าที่ผู้เฝ้าระวังด่านหน้า (gatekeeper) เป็นกลยุทธ์ที่มีหลักฐานสนับสนุนมากที่สุดในการป้องกันการฆ่าตัวตาย[5,6] ขณะที่การวางระบบเฝ้าระวัง การส่งต่อไร้รอยต่อแบบ Pre–In–Post Hospital และการติดตามเยี่ยมเชิง postvention สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานแบบทั้งสังคม (whole-of-society) ที่เน้นความต่อเนื่องของการดูแลข้ามภาคส่วน[11] จุดเด่นเฉพาะของรูปแบบนี้คือการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายในการออกแบบ ซึ่งสะท้อนหลักการวิจัยแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่ให้ความสำคัญกับความรู้ท้องถิ่นและการเสริมพลังอำนาจ และมีหลักฐานว่าเหมาะสมเป็นพิเศษกับกลุ่มเปราะบางและชุมชนห่างไกล[12,14] สอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคอีสานที่รายงานไว้ก่อนหน้า[19] การบูรณาการมิติเศรษฐกิจ (อาชีพ/สมุนไพร) เข้ากับการฟื้นฟูจิตใจยังเป็นนวัตกรรมที่ตอบโจทย์รากของปัญหาในพื้นที่ ซึ่งปัจจัยเศรษฐกิจเป็นตัวเร่งสำคัญ[(3)]

ระยะที่ 3 การประเมินผลในทีมผู้ปฏิบัติ ผลพบว่าทั้งนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน ($p < 0.0001$) สนับสนุนว่าการอบรมพัฒนาศักยภาพผู้เฝ้าระวังด่านหน้าสามารถยกระดับสมรรถนะได้จริง ตามที่โปรแกรมป้องกันแบบบูรณาการในบริบทอื่นแสดงผลไว้[9,20] ที่น่าสนใจคือกลุ่มโรงเรียนมีพัฒนาการด้านทักษะสูงสุด (เพิ่ม 6.78 คะแนน) ขณะที่ด้านทัศนคติเพิ่มน้อยที่สุด (1.96 คะแนน) ซึ่งอาจอธิบายได้จากคะแนนตั้งต้นด้านทัศนคติที่สูงอยู่แล้ว (ceiling effect) อย่างไรก็ตาม การออกแบบระยะนี้เป็นแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (one-group pretest–posttest) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านความตรงภายใน เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุม การเปลี่ยนแปลงที่พบจึงอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายนอก เช่น พัฒนาการตามเวลา (maturation) หรือผลจากการทดสอบซ้ำ (testing effect) ควรตีความผลด้วยความระมัดระวัง

ระยะที่ 4 การขยายผลระดับตำบล ระยะนี้มีจุดแข็งเชิงระเบียบวิธีที่สำคัญ คือ ก่อนการทดลอง คะแนน DASS-21 และ DMHI ของตำบลทดลอง (ผักไหม) และตำบลควบคุม (เมืองหลวง) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.1209$ และ 0.3972) ซึ่งยืนยันความเทียบเคียงของคะแนนตั้งต้น (baseline equivalence) ทำให้ผลต่าง

ภายหลังตีความได้ว่ามาจากรูปแบบฯ มิใช่ความแตกต่างที่มีอยู่เดิม ช่วยลดอคติจากการคัดเลือก (selection bias) ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่พบบ่อยในงานกึ่งทดลองที่ใช้พื้นที่เปรียบเทียบ ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนน DASS-21 ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (ผลต่าง 6.24 คะแนน; $p < 0.0001$) สะท้อนระดับอาการซึมเศร้า–วิตกกังวล–เครียดที่ลดลง ขณะที่ DMHI สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ผลต่าง 11.74 คะแนน; $p = 0.0042$) ทิศทางผลทั้งสองสอดคล้องกับหลักฐานว่าการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับส่งผลเชิงบวกต่อภาวะสุขภาพจิตได้[7,9] การที่รูปแบบฯ ส่งผลทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชนเป็นจุดแข็งสำคัญ เพราะแสดงว่ามาตรการมิได้เปลี่ยนแปลงเพียงตัวบุคคล แต่ยกระดับทุนทางสังคมของชุมชนด้วย จึงสนับสนุนการขยายผลในพื้นที่ที่มีลักษณะใกล้เคียง โดยควรระบุหน่วยวิเคราะห์ของ DMHI (ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน) ให้ชัดเนื่องจากต่างจาก DASS-21 ที่วัดระดับบุคคล และควรพิจารณาการติดตามผลระยะยาวเพื่อยืนยันความคงทนของผลในการศึกษาต่อไป[21]

ผลการวิจัยสอดคล้องกับหลักฐานสากลที่ว่าการพัฒนาผู้เฝ้าระวังด่านหน้า (gatekeeper) และการแทรกแซงระดับชุมชนแบบหลายระดับช่วยยกระดับสุขภาพจิตได้ จุดแข็งคือคะแนนตั้งต้นของสองตำบลไม่ต่างกัน ทำให้ผลต่างที่พบน่าเชื่อถือว่ามาจากรูปแบบฯ และการบูรณาการมิติเศรษฐกิจเข้ากับการฟื้นฟูจิตใจตอบโจทย์รากของปัญหาในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การประเมินระยะที่ 3 ใช้แบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลังที่ไม่มีกลุ่มควบคุม จึงตีความเชิงสาเหตุได้จำกัด ควรระบุทิศทางคะแนน DASS-21 และหน่วยวิเคราะห์ DMHI ให้ชัด พร้อมเสริมการติดตามระยะยาวในการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1) ควรนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้น ทั้ง 6 กิจกรรม ไปขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เนื่องจากผลการวิจัยพบว่าหลังนำรูปแบบไปใช้ กลุ่มทดลองมีคะแนนดัชนีสุขภาพจิตระดับบุคคล (DASS-21) ต่ำกว่า และดัชนีสุขภาพจิตชุมชน (DMHI) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ แสดงว่ารูปแบบฯ ส่งผลเชิงบวกทั้งระดับบุคคลและระดับชุมชน

2) ควรมุ่งเป้าการดูแลและการคัดกรองไปยังกลุ่มที่เคยถูกทำร้ายร่างกายและจิตใจ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (ORadj = 4.81) ควบคู่กับการเสริมสร้างปัจจัยป้องกันทางจิตวิทยาที่พบว่าช่วยลดความเสี่ยงได้อย่างชัดเจน (ORadj = 0.14) รวมทั้งให้ความสำคัญกับกลุ่มที่พบภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลระดับรุนแรงในสัดส่วนสูง

3) ควรศึกษาติดตามผลระยะยาว (longitudinal follow-up) เพื่อประเมินผลของรูปแบบฯ ต่ออัตราการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเป็นตัวชี้วัดปลายทางที่สำคัญที่สุดของงานป้องกันการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้วัดผลผ่านตัวชี้วัดระดับกลาง (ความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และดัชนีสุขภาพจิต) การศึกษาที่เชื่อมโยงถึงการเปลี่ยนแปลงของอัตราการฆ่าตัวตายโดยตรงจะช่วยยืนยันประสิทธิผลที่แท้จริง และให้หลักฐานที่หนักแน่นต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความอนุเคราะห์จากนายอำเภอห้วยทับทัน คณะกรรมการ พชอ. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลห้วยทับทัน คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากร รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานศึกษา วัด ผู้นำชุมชน อสม. ทีมนักสุขภาพจิตชุมชนและโรงเรียนตลอดจนภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ที่ร่วมขับเคลื่อนจนเกิดผลเป็นรูปธรรม ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Shepard DS, Gurewich D, Lwin AK, Reed GA Jr, Silverman MM. Suicide and suicidal attempts in the United States: costs and policy implications. Suicide Life Threat Behav. 2016;46(3):352-62.
3. Knipe DW, Carroll R, Thomas KH, Pease A, Gunnell D, Metcalfe C. Association of socio-economic position and suicide/attempted suicide in low and middle income countries in South and South-East Asia – a systematic review. BMC Public Health. 2015;15:1055.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2566.
5. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA. 2005;294(16):2064-74.
6. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646-59.
7. Hegerl U, Maxwell M, Harris F, Koburger N, Mergl R, Székely A, et al. Prevention of suicidal behaviour: results of a controlled community-based intervention study in four European countries. PLoS One. 2019;14(11):e0224602.
8. World Health Organization. LIVE LIFE: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021.
9. Knox KL, Litts DA, Talcott GW, Feig JC, Caine ED. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. BMJ. 2003;327(7428):1376.
10. Kongsuk T, et al. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South-East Asia J Public Health. 2017;6(1):34-38. (โปรดยืนยันชื่อผู้แต่งหลักจาก PubMed — บทนำเดิมอ้างเป็น Udomratn)
11. U.S. Department of Health and Human Services. National Strategy for Suicide Prevention. Washington, DC: HHS; 2024.
12. Kral MJ, Allen J. Community-based participatory action research. In: Jason LA, Glenwick D, editors. Handbook of methodological approaches to community-based research: qualitative, quantitative, and mixed methods. New York: Oxford University Press; 2016. p. 253-62.
13. Cwik MF, Barlow A, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Tingey L, Craig M, et al. Planning for implementation and sustainability of a community-based suicide surveillance system in a Native American community. Implement Sci Commun. 2023;4(1):2.
14. Allen J, Mohatt G, Fok CC, Henry D; People Awakening Team. Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. Int J Circumpolar Health. 2009;68(3):274-91.
15. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายอำเภอห้วยทับทัน. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอห้วยทับทัน; 2568.
16. Kelley K, Maxwell SE. Sample size for multiple regression: obtaining regression coefficients that are accurate, not simply significant. Psychol Methods. 2003;8(3):305-21.
17. สุรเดชช ชวะเดช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2564;4(1):47-56.
18. กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต. ดัชนีวัดสุขภาพจิตชุมชนท้องถิ่น (Community Mental Health Index). กรมสุขภาพจิต. 2567
19. ศิริพร พันธุ์วิเศษ, วิทยา อยู่สุข. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบมีส่วนร่วมของชุมชน: กรณีศึกษาในภาคอีสาน.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;30(3):123-35.
20. ประภาส เลิศวิเศษ. การป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน: แนวทางการปฏิบัติสำหรับประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
21. จุฑามาส ชัยสิทธิ์, สุนีย์ ปิยะวงศ์สุข, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารพยาบาลสุขภาพจิต. 2564;9(2):45-58.