

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน

กฤษ ใจวงศ์ พ.บ.*

วรยุทธ นาคอ้าย ปร.ด.**

* โรงพยาบาลสันติสุข จังหวัดน่าน

** วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก

ติดต่อผู้เขียน: วรยุทธ นาคอ้าย Email: worayuth@scphc.ac.th

วันรับ: 11 ต.ค. 2565

วันแก้ไข: 21 ธ.ค. 2566

วันตอบรับ: 2 ม.ค. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสังเกตและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะเจาะจงจำนวน 44 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ร่วมกับการศึกษาเอกสารข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงานจากฐานข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงาน HosXP วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงมีลักษณะเป็นสามเหลี่ยมที่มีฐานการดำเนินงานคือชุมชน โดยมีการดำเนินงานประสานงานกันของหน่วยงานต่างๆ ตามระดับสายการบังคับบัญชา มีกลไกที่สำคัญ คือ (1) กลไกการสนับสนุนของหน่วยงานต้นนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาลจังหวัด (2) กลไกการบูรณาการการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ พชอ. ที่ขับเคลื่อนโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลอำเภอ (3) กลไกการสื่อสารและการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. และกลไกการดำเนินงานเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนที่ดำเนินการโดย อสม.และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวสามารถเพิ่มอัตราความครอบคลุมการคัดกรองการฆ่าตัวตาย ลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ (1) การขับเคลื่อนเชิงนโยบายผ่านคณะกรรมการ พชอ. (2) มีต้นแบบและแนวทางการป้องกันเชิงรับและเชิงรุกสำหรับการดำเนินงาน (3) เครือข่ายการดำเนินงานมีความเข้มแข็งและ (4) ใช้ช่องทางการสื่อสารทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อการประสานงานและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการสื่อสารสุขภาพในชุมชน รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่ที่มีบริบทเทียบเคียงโดยการปรับแนวทาง ตัวแปร ให้มีความเหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย; การเฝ้าระวังและป้องกัน; การมีส่วนร่วมของชุมชน

บทนำ

องค์การอนามัยโลก กล่าวว่าปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถเป็นได้ทั่วไป มีประชากรที่เผชิญกับความทุกข์จากการป่วยด้วยโรคนี้กว่า 264 ล้านคนทั่วโลก ซึ่งทำให้ปัญหาภาวะซึมเศร้ากลายเป็นภาระโรคของโลกในปัจจุบัน⁽¹⁾ สำหรับสุขภาพจิตของประชาชนในประเทศไทย เกิดความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวลเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจภาวะเครียดของกรมสุขภาพจิต พบว่าประชาชนไทย 4 ใน 10 คน มีความเครียดและกังวลจากการทำงาน ซึ่งจะมีแนวโน้มทำให้ประชาชนเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่าอัตราการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่สูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลของ ปี 2562 กับปี 2563 พบว่าจำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นประมาณ ร้อยละ 20⁽¹⁾

จังหวัดน่านมีแนวโน้มที่อัตราการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าสูงขึ้นด้วยเช่นกัน โดยมีอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาในจังหวัดน่าน เทียบกับคาดประมาณผู้ป่วยในพื้นที่ ระหว่าง ปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 เท่ากับ 81.20, 89.21, และ 92.76 ตามลำดับ และมีอัตราฆ่าตัวตายระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง พ.ศ. 2563 เท่ากับ 6.32, 6.64, และ 7.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งสภาวะสุขภาพจิตของประชาชนไทยในปัจจุบันนั้น ขึ้น-ลงตามสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา-19 ผลกระทบจากการระบาดและมาตรการในการควบคุมโรค ทำให้ประชาชนในสังคมที่อยู่ร่วมกันต่อสู้กับวิกฤตการระบาดของโรค ส่งผลต่อสุขภาพจิตของประชาชนไทยจำนวนมาก โดยช่วงการระบาดใหญ่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 พบว่ากลุ่มที่มีความเครียดสูงอยู่ที่ร้อยละ 8 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ปกติ⁽³⁾

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญของอำเภอสันติสุขเป็น 1 ใน 5 อันดับโรค ที่มีอัตราการเสียชีวิตสูงสุด ผลกระทบของการฆ่าตัวตายย่อมนำมาซึ่งความเสียหายทั้งต่อผู้ฆ่าตัวตายและครอบครัวของผู้สูญเสีย ซึ่งสาเหตุของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาครอบครัว

และปัญหาด้านการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความเครียด/ภาวะซึมเศร้าเมื่อไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ ไม่ได้รับการบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างทันท่วงทีทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จค่อนข้างสูง และจากสถิติ ปี 2544-2562 ตำบลพงษ์ มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 10 ราย ทำร้ายตัวเอง จำนวน 26 ราย มีความคิดทำร้ายตัวเอง 19 ราย⁽⁴⁾ ช่วงการระบาดของโควิด-19 เครือข่ายสุขภาพอำเภอสันติสุขได้ดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการการค้นหา คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมถึงการเชื่อมโยงการดำเนินงาน การดูแลติดตามไปยังเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเครือข่ายอย่างครอบคลุม ส่งผลให้อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จของอำเภอสันติสุขลดลงและน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐาน การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลง⁽⁵⁾ และยังเสริมสร้างสัมพันธภาพของครอบครัว⁽⁶⁾ ทั้งนี้การมีส่วนร่วมดังกล่าวเป็นการสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและการเสริมพลังชุมชน โดยกำหนดกลยุทธ์ กิจกรรมและการประเมินผลร่วมกัน⁽⁵⁾

การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอสันติสุข โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพื่อการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเชิงรับทั้งในสถานบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขของรัฐ และการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน จึงเป็นกลวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินงานเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในชุมชน และส่งเสริมสุขภาพจิตของประชาชนในชุมชน โดยอาศัยทุนทางสังคมของชุมชนในการขับเคลื่อน โดยการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโดยชุมชน พื้นที่อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน และสังเคราะห์รูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายใน

กลุ่มเสี่ยงโดยชุมชน ทั้งนี้เพื่อให้เกิดรูปแบบของการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของชุมชนให้เกิดการพัฒนาอย่างยั่งยืน และสามารถขยายแนวทางการดำเนินงานดังกล่าวไปสู่ชุมชนอื่น ๆ ในการประยุกต์ใช้กระบวนการดำเนินงานดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชุมชนเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายให้ลดลงได้

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้มุ่งให้ความสนใจที่จะนำรูปแบบของการวิจัยเชิงคุณภาพมาใช้เป็นกรอบของการศึกษา การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน ให้ความสำคัญกับรูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง ผ่านบทเรียนประสบการณ์ เอกสาร และการสัมภาษณ์เครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน

พื้นที่ศึกษา ดำเนินการในหมู่บ้านที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานพยาบาลในอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน จำนวน 5 แห่ง ที่มีกิจกรรมและการดำเนินงานป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขชุมชนบ้านปางช้าง รพ.สต. พงษ์ รพ.สต. บ้านราษฎร์รัฐพัฒนา รพ.สต. ป่าแลวหลวง และโรงพยาบาลสันติสุข

กลุ่มประชากรที่ศึกษา ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ที่ มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยเป็นผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นโครงการในปีงบประมาณ 2563-2565 โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 44 คน ที่ให้ข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นปรากฏการณ์ ปัญหา ประสบการณ์ ความคิดเห็น ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง โดยการเลือกผู้มีส่วนร่วมแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติคือ เป็นผู้ปฏิบัติงานและมีส่วนร่วมใน

โครงการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 2 ปี ได้แก่

1) ผู้รับผิดชอบงานงานจิตเวชของสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.) น่าน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานโรงพยาบาลน่านประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 คน พยาบาลจิตเวช 1 คน ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอ-สันติสุข 1 คน รวม 5 คน

2) ผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชหรือผู้รับผิดชอบงานจิตเวช โรงพยาบาลสันติสุข ซึ่งได้แก่ แพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขหน่วยบริการละ 2 คน รวม 15 คน

3) กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข โรงพยาบาลสันติสุข 8 คน หน่วยบริการสาธารณสุขอื่น หน่วยละ 1 คน รวม 12 คน

4) กลุ่มอาสาสมัครประจำครอบครัว หรือในการศึกษาครั้งนี้คือ ญาติหรือผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันจาก 8 หมู่บ้านและ รพ.สต. และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน หน่วยบริการละ 1 คน รวม 12 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้อาศัยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นฐานคิดในการศึกษา โดยใช้แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก และประเด็นการสนทนากลุ่มที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต จำนวน 3 ท่าน ร่วมกับการใช้เทคนิคการสนทนากลุ่มในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานคลินิกจิตเวชของ รพ.สันติสุขและหน่วยบริการ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานจิตเวช สสจ. น่านและ รพ.น่าน และกลุ่มอาสาสมัครประจำครอบครัว ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเทคนิคและกระบวนการที่สังเกตได้จาก

กระบวนการพัฒนาในสมุดบันทึก⁽⁷⁾ และในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญหนึ่งของการศึกษาโดยได้เข้าไปสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพและการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้าง ตรวจสอบข้อมูลโดยเทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (triangulation methods) คือ ข้อมูลวิจัยขั้นต้น เวลา สถานที่ และการตรวจสอบโดยใช้ข้อมูล (data triangulation)⁽⁸⁻¹⁰⁾ การเปรียบเทียบและตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลโดยนำข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่างๆ ที่เก็บโดยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพต่างๆ ซึ่งเก็บในช่วงเวลาเดียวกันหรือคนละช่วงเวลามาเปรียบเทียบกัน เปรียบเทียบข้อมูลที่ได้ทั้งจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและการสังเกตเอกสารรายงานผลการปฏิบัติงาน เปรียบเทียบปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น⁽¹¹⁾ โดยมีขั้นตอนการเก็บข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัย ในพื้นที่เป้าหมาย 4 พื้นที่ ดังนี้

1. ประสานงานกิจกรรมและการดำเนินงานกับพื้นที่เป้าหมายการศึกษา เพื่อเข้าร่วมสังเกตและศึกษากระบวนการดำเนินงาน และบทบาทของเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานของพื้นที่เป้าหมายตั้งแต่เริ่มดำเนินโครงการ

2. ศึกษาผลการดำเนินงานในเชิงผลผลิต และผลลัพธ์ของการดำเนินงานโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการของพื้นที่เป้าหมาย

3. เก็บข้อมูลกระบวนการดำเนินงาน เทคนิค ปัจจัยเงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครประจำครอบครัว และเครือข่ายที่ร่วมดำเนินงาน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก

4. ในกรณีที่ข้อมูลจากกลุ่มผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยยังไม่สามารถตอบวัตถุประสงค์การวิจัยได้ ก็ประสานและเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้มีส่วนร่วมคนเดิมหรือสอบถามข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ตามที่ผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยเสนอแนะด้วยวิธีการเลือก

ผู้มีส่วนร่วมแบบเฉพาะเจาะจง ในกรณีที่ผู้วิจัยต้องการข้อมูลเพิ่มเติมใช้วิธีการโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อขอสอบถามข้อมูล จนได้ข้อมูลที่มีความอึดตัว⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) คืออ่านข้อมูลให้ได้เนื้อหา (ความหมาย) แยกแยะ และจัดกลุ่มความหมายหาแบบแผนกระบวนการและเชื่อมโยงแบบแผนต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของกระบวนการและการขับเคลื่อนกระบวนการในขั้นสุดท้ายการวิเคราะห์ที่ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาเพื่อสังเคราะห์ประเด็นตัวแปรและสร้างรูปแบบ (model constructions)⁽⁸⁾ รวมทั้งการศึกษาล้างใจ เงื่อนไขสนับสนุนการดำเนินงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลบริบทและสภาพปัญหา

ในปี 2563-2565 อำเภอสันติสุข มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการร้อยละ 84.45, 101.65 และ 103.11 ตามลำดับและมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ดังนี้ 38.13, 6.35, 12.70 ตามลำดับพบอัตราผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำใน 1 ปี (เป้าหมายร้อยละ 85.00) ในปี 2563-2565 พบร้อยละ 100.00 ในปี 2565 อำเภอสันติสุขมีผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 5 ราย สำเร็จ 2 ราย โดยตำบลที่มีอัตราฆ่าตัวตายสูงได้แก่ ตำบลดู่พงษ์ 2 ราย และพยายามฆ่าตัวตาย ตำบลป่าแลวหลวง 2 ราย ตำบลดู่พงษ์ 4 ราย ตำบลพงษ์ 1 ราย ซึ่งสาเหตุหลักส่วนใหญ่ของการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและสัมพันธ์ภาพกับคนใกล้ชิด

2. กระบวนการดำเนินงาน

2.1 การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง อำเภอสันติสุขมีระบบและกลไกการดำเนินงานที่สอดคล้องกันหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบาย ถึงระดับปฏิบัติการในชุมชน สามารถอธิบายกลไกการดำเนินงานได้ดังนี้

1) กลไกการสนับสนุน โรงพยาบาลน่านมีบทบาทในการให้การสนับสนุนวิชาการ โดยการให้คำปรึกษา การพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน การรักษาและการรับการรักษาต่อ โดยทีมจิตแพทย์ และพยาบาลเฉพาะทาง ที่เอื้อให้การดำเนินงานของหน่วยงานในระดับอำเภอ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยปฏิบัติการ เพื่อให้มีทักษะในการปฏิบัติงานภาคสนามได้อย่างถูกต้อง ทั้งนี้ ทีมงานจิตแพทย์ รพ.น่าน ยังใช้โอกาสในการปฏิบัติงานภาคสนามเพื่อเสริมทักษะและเสริมการเรียนรู้ให้กับบุคลากรในระดับปฏิบัติงาน ไปพร้อมกันในการออกสอบสวนสาเหตุการฆ่าตัวตาย โดยเชื่อมโยงการดำเนินงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานในเชิงระบบการขับเคลื่อนประเด็นยุทธศาสตร์ผ่านนโยบาย พขอ. และการควบคุมกำกับการทำงานโดยการสร้างช่องทางการรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบออนไลน์

2) กลไกการบูรณาการขับเคลื่อน หน่วยงานในระดับอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลสันติสุข ได้ขับเคลื่อนประเด็นปัญหาการฆ่าตัวตาย เพื่อให้เป็นวาระในการดำเนินงานภายใต้ คณะกรรมการ พขอ. โดยการบูรณาการกับแผนงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ยาเสพติดของชุมชน ทั้งนี้ในส่วนของหน่วยงานด้านสาธารณสุข ยังมีการจัดทำแผนการดำเนินงานประจำปีโดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นและดำเนินการวิเคราะห์กลุ่มเสี่ยงที่สำคัญๆ ในการเฝ้าระวัง ได้แก่ กลุ่มติดยาและกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย (palliative care) โดยมีการดำเนินงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสันติสุข และเจ้าหน้าที่ในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งในมิติการเฝ้าระวังและการดำเนินการตรวจคัดกรองเชิงรุกในชุมชน

3) กลไกการสื่อสารและการพัฒนาศักยภาพ หน่วยบริการในระดับปฐมภูมิ โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบ มีรูปแบบการดำเนินงานเป็นเครือข่ายเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง มีบทบาทที่สำคัญในการสร้าง

ระบบการเฝ้าระวัง ตรวจจับ และส่งต่อเพื่อการรักษากลุ่มเสี่ยง โดยบุคลากรในพื้นที่มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน สมาชิกในครอบครัว เพื่อให้มีทักษะในการตรวจจับความผิดปกติของกลุ่มเสี่ยง และการให้คำปรึกษา การประสานงานกรณีฉุกเฉิน เพื่อการส่งต่อ นอกจากนี้ เจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่มีประชากรในเขตรับผิดชอบยังดำเนินการปรับและแปลเครื่องมือสำหรับการคัดกรองให้เป็นภาษาชาติพันธุ์ของพื้นที่เพื่อให้เกิดการสื่อสารและการคัดกรองที่ตรงกับกลุ่มเป้าหมายและมีความเข้าใจที่ถูกต้องเชิงเนื้อหา โดยแปลเครื่องมือการคัดกรองเป็นภาษา “ม้ง” ทำให้กลุ่มแกนนำในชุมชนสามารถใช้เครื่องมือในการสื่อสารเพื่อคัดกรองได้สะดวกมากขึ้น

4) กลไกการเฝ้าระวังในชุมชน หัวใจสำคัญของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงคือภาคประชาชนและเครือข่ายในชุมชน โดยเฉพาะแกนนำ อสม. ที่ดำเนินการตรวจคัดกรองและค้นหาความเสี่ยง โดยใช้เครื่องมือที่ง่ายต่อความเข้าใจของกลุ่มเป้าหมายในการสื่อสาร คัดกรองและสื่อสารความเสี่ยงเพื่อให้กลุ่มเสี่ยง และสมาชิกในชุมชนมีการเฝ้าระวัง และตรวจจับสัญญาณความผิดปกติของกลุ่มเสี่ยง ให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในการให้คำปรึกษา และดำเนินการส่งต่อและประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบชุมชน โดยการดำเนินงานของ อสม. เป็นการทำงานร่วมกันกับสมาชิกของครอบครัวกลุ่มเสี่ยงที่จะทำหน้าที่เฝ้าระวังและจับความผิดปกติทางจิตและกายของผู้ป่วย (warning sign) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ในชุมชนยังมีเครือข่ายการดำเนินงานเฝ้าระวังที่เรียกว่า “สื่อสารด้วยรัก” เป็นอีกหนึ่งภารกิจของเครือข่ายในชุมชน ทั้งแกนนำ อสม. แกนนำชุมชน และในการดำเนินงานเพื่อสื่อสารความเสี่ยงและป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.2 ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงาน

1) การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย โดยการขับเคลื่อนผ่านผู้ว่าราชการจังหวัดในแผนพัฒนาสุขภาพจังหวัดน่าน ซึ่งเป็นการกำหนดทิศทางและเป้าหมายสำหรับการดำเนิน-

งานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในประเด็นสุขภาพจิต ที่ไม่เป็นเพียงภารกิจของหน่วยงานด้านสุขภาพ แต่ยังคงครอบคลุมและเชื่อมโยงภารกิจไปยังหน่วยงานที่มีแผนงานและปฏิบัติการด้านสังคมและคุณภาพชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อบูรณาการกิจกรรมและสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวให้บรรลุตามเป้าหมายและทิศทางของนโยบายที่กำหนด

2) ต้นแบบและแนวทางการดำเนินงานป้องกันทั้งเชิงรับและเชิงรุกในชุมชนที่กำหนดและพัฒนามาตรฐานการดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพและทีมแพทย์เฉพาะทางของ รพ.น่าน ซึ่งเป็นการกำหนดแนวทางที่พัฒนามาจากสภาพปัญหา ข้อมูล บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ จึงทำให้แนวทางดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบทขององค์กรสาธารณสุขภายในจังหวัดและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน

3) ความเข้มแข็งของเครือข่ายและการบูรณาการ การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชนและการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นผลงานของหน่วยงานสาธารณสุขผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่สามารถคัดกรอง ตรวจจับและป้องกันการสูญเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย แต่เป็นผลของการดำเนินงานร่วมกันของหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชนที่เป็นผู้ปฏิบัติการในชุมชนของตนเอง โดยการดำเนินงานที่สอดประสานกันโดยมีกลไก พชอ. เป็นแกนกลางและเป็นเวทีสำหรับการติดตาม รายงานและวางแผนร่วมกันเพื่อการแก้ไขปัญหาจึงเป็นจุดแข็งที่นำไป

สู่ความสำเร็จและเป้าหมายของโครงการ

4) การสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะ จะเห็นได้ว่าการสื่อสารเรื่องสุขภาพจิตในพื้นที่มีจุดเด่นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงเครื่องมือตรวจคัดกรองให้เป็นภาษาชาติพันธุ์ที่เข้าใจได้ง่าย จึงเป็นเครื่องมือในการทำงานของ อสม.และแกนนำสุขภาพชุมชน ที่ใช้สำหรับการคัดกรองและการสื่อสารในกลุ่มชาติพันธุ์ให้มีความเข้าใจได้ง่ายขึ้น ในขณะที่การสื่อสารสาธารณะ นั้นไม่เพียงแต่การให้ความสำคัญกับการสื่อสารเชิงนโยบายและการขับเคลื่อนประเด็นสุขภาพจิต ในภาพนโยบายของจังหวัด อำเภอ ผ่านกลไก พชอ. แต่ยังมีมีการสื่อสารสุขภาพผ่านช่องทางการสื่อสารสาธารณะอื่นๆ เพื่อการกระตุ้น และเสริมสร้างความรู้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยง และกลุ่มเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ผ่านสื่อวิทยุ เสียงตามสาย และสื่อออนไลน์ อื่นๆ

3. ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินงานการป้องกันและเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต

การดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่อำเภอสันติสุขโดยการมีส่วนร่วมพบว่า อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จากปีงบประมาณ 2563 พบว่า อัตราการพยายามฆ่าตัวตายลดลง แต่พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2565 รายละเอียดดังตารางที่ 1

3.2 ผลการดำเนินงานเชิงสังคมและนวัตกรรมสังคม

1) เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถามและ 9

ตารางที่ 1 ผลการดำเนินงานการป้องกันและการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต อำเภอสันติสุข

ตัวบ่งชี้มิติสุขภาพ	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
	2563	2564	2565
อัตราความครอบคลุมการตรวจคัดกรองการฆ่าตัวตาย*	60.19	72.03	71.84
อัตราการพยายามฆ่าตัวตาย**	30.68	24.50	18.40
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**	38.13	6.35	12.70

หมายเหตุ: * ร้อยละ ** อัตราต่อแสนประชากร

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน

คำตามภาษาชาติพันธุ์ม้ง เป็นผลของการพัฒนาเครื่องมือที่มีความสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายของพื้นที่ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการคัดกรองและการประเมินตนเองในกลุ่มเสี่ยงได้สะดวกมากขึ้น และง่ายต่อการใช้งานของ อสม. และแกนนำในพื้นที่

2) ชุมชนต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต “สื่อสารด้วยรัก” รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงของชุมชนที่มีแนวทางการพัฒนาและประยุกต์ ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้เกิดการป้องกันและการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบที่มีความเฉพาะและสอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

4. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย

การดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน สามารถสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดำเนินงานในเชิง model ได้ดังภาพที่ 1

จาก model จะเห็นว่าการทำงานในครั้งนี้ใช้ชุมชนเป็นฐานของการดำเนินงานโดย อสม. และสมาชิกของครอบครัวซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงจะดำเนินการในการเฝ้าระวังด้วยการตรวจจับความผิดปกติ และการสื่อสาร โดยมีทีมเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ในพื้นที่คอยเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานและสนับสนุนกระบวนการ

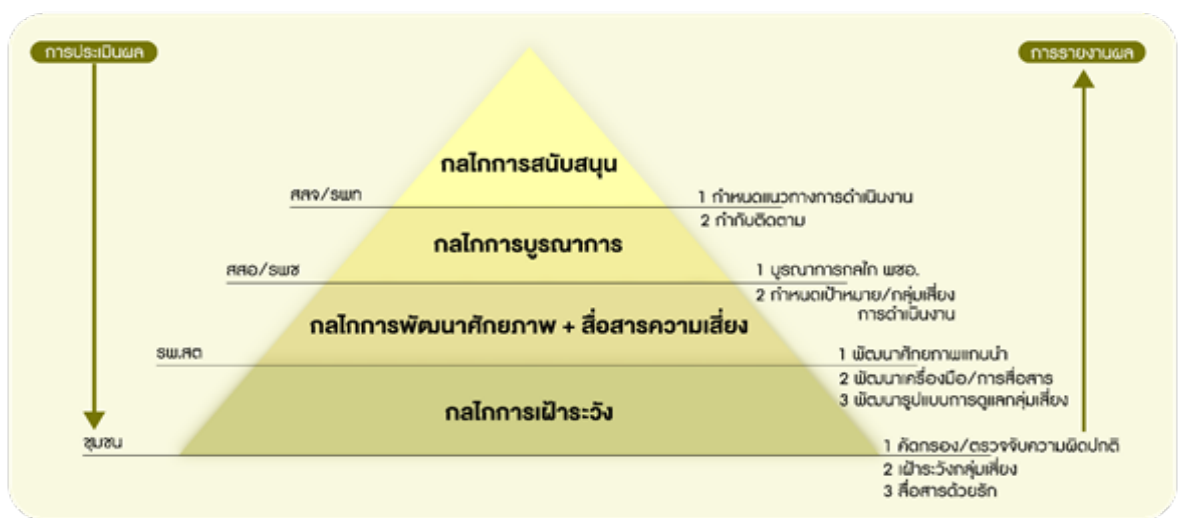
ดำเนินของ อสม. ทั้งนี้กลไกการดำเนินงานที่ขับเคลื่อนเป็นการบูรณาการในภาพการพัฒนาาระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นหน่วยงานในการเสนอแนวทางการดำเนินงานเชิงบูรณาการร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ร่วมกับ โรงพยาบาลอำเภอ และกลไกการประเมินผลความสำเร็จตามระบบบัญชาการที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลจังหวัด ในส่วนงานจิตเวช เพื่อปรับกระบวนการและเสริมความเข้มแข็งด้านวิชาการในการทำงานกับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

วิจารณ์

กระบวนการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงพื้นที่อำเภอสันติสุข จังหวัดน่านพบว่ามีกลไกการดำเนินงานที่สอดคล้องกันหลายระดับ ตั้งแต่ระดับนโยบายของจังหวัด จนถึงปฏิบัติการ โดยมีกลไกการสนับสนุนการดำเนินงาน กลไกการบูรณาการขับเคลื่อนของหน่วยงานในระดับอำเภอ กลไกการสื่อสารและการพัฒนาศักยภาพ กลไกการเฝ้าระวังในชุมชน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ การขับเคลื่อนเชิงนโยบายต้นแบบและแนวทางการดำเนินงานป้องกันทั้งเชิงรับและ

ภาพที่ 1 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน กรณีศึกษาอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน



เชิงรุก ความเข้มแข็งของเครือข่ายและการบูรณาการการดำเนินงาน การสื่อสารสุขภาพและการสื่อสารสาธารณะความสำเร็จของการดำเนินงานคือการดำเนินงานโดยการบูรณาการเครือข่าย และการใช้ชุมชนเป็นฐานการพัฒนากระบวนการ ทั้งนี้การปรับเปลี่ยนเครื่องมือการคัดกรองที่ใช้ภาษาชาติพันธุ์ ทำให้ความครอบคลุมการคัดกรองเพิ่มมากขึ้นด้วยความเข้าใจในภาษาและการสื่อสารที่ใช้ภาษาเดียวกันกับกลุ่มเป้าหมาย โดยมีการสนับสนุนกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการเสริมพลังและการพัฒนาศักยภาพอสม. และญาติที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง สามารถทำให้เครือข่ายมีศักยภาพในการดำเนินงานได้มากขึ้น^(12,13) ส่วนความสำเร็จของการดำเนินงานที่สามารถเพิ่มความครอบคลุมการตรวจคัดกรองและลดอัตราการฆ่าตัวตายให้ลดลงนั้น การแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในชุมชนที่ประสบความสำเร็จจำเป็นต้องใช้แนวทางการแก้ไขและการจัดการอย่างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติการป้องกันและประชาชนในการดำเนินงานระดับชุมชน ร่วมกับการเสริมสร้างศักยภาพให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานในชุมชน⁽¹⁴⁾ สอดคล้องกับการวิจัยการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปางที่สามารถเพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและเฝ้าระวังโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอย่างต่อเนื่อง และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากรของจังหวัดลำปาง ลดลงโดยการติดตามเยี่ยมครอบครัว และการให้การช่วยเหลือด้านสังคมและความเป็นอยู่ รวมถึงการทำความเข้าใจกับชุมชนเพื่อลดการตีตราและซ้ำเติมครอบครัวผู้ฆ่าตัวตาย⁽⁵⁾

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและฆ่าตัวตายในชุมชนมีลักษณะที่ใช้ชุมชนเป็นฐานปฏิบัติการเฝ้าระวัง โดยได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการพัฒนาศักยภาพการสื่อสารความเสี่ยง จากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ซึ่งการดำเนินงานและการขับเคลื่อนผ่านกลไกพหุ. และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานด้านวิชาการ

และนโยบายในการควบคุม และสนับสนุนการดำเนินงานทั้งด้านนโยบายและวิชาการ ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวมีความสอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรดิตถ์⁽¹³⁾ พบว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายต้องมีการพัฒนา 4 ด้านคือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการค้นหาคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมภาคี-เครือข่ายมีส่วนร่วม และการพัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศ ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน และกลไกและกิจกรรมการดำเนินงานสอดคล้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน⁽⁶⁾ ที่มีแนวทางการดำเนินงานโดยการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ การสร้างสัมพันธภาพภายในครอบครัวและการป้องกันสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. และญาติกลุ่มเสี่ยงให้ความร่วมมือในการดูแลและติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง การเสริมพลังให้กับชุมชน การพัฒนาความสามารถเครือข่ายเป็นทั้งทิศทางค่านิยมในการทำงานในชุมชน ดังนั้นการสร้าง ความเข้าใจกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ของความพยายามในการควบคุมและจัดการปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จะส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยในชุมชน⁽¹⁵⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของนงคราญ คุชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ⁽⁵⁾ ที่พบว่าเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยเครือข่ายแกนนำชุมชน ภาคประชาชน เอกชน ภาครัฐ และเครือข่ายสุขภาพนั้นสามารถกำหนดกลยุทธ์ มาตรการทางสังคม สนับสนุนงบประมาณ ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและความสัมพันธ์ทางสังคม การสอดส่องดูแล การคัดกรอง การบำบัดรักษา และการติดตามประเมินผล ซึ่งเป็นกลวิธีดำเนินงานที่นำไปสู่ความสำเร็จของโครงการ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. โรคซึมเศร้ากับเหล่าเชลย. [อินเทอร์เน็ต].

- [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2278>.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย (รายต่อแสนประชากร)ปี พ.ศ. 2540-2563. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 28 ก.พ. 2564]. แหล่งข้อมูล: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
 - พรรณพิมล วิปุลากร. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 2 เม.ย. 2564]. แหล่งข้อมูล: <https://www.hfocus.org/content/2021/02/20996>.
 - ธัญญารัตน์ ปกรณ์ธนกุล. พัฒนารูปแบบประเมินคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถามและ 9 คำถามที่เหมาะสมกับพื้นที่หมู่บ้านปางช้าง ตำบลพงษ์ อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน [รายงานวิจัย R2R]. น่าน: สถานบริการสาธารณสุขบ้านปางช้าง; 2564.
 - นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนาวิ 2563; 47(2):446-63.
 - พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์, ปราการ ฅม-ยางกูร. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(2):187-97.
 - สุภางค์ จันทวานิช. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2540.
 - สุภางค์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
 - Conelly L, But M, Goffart N, Taunton R. Methodological triangulation a study of nurse retention. Nursing Research 1997;46(5):299-302.
 - Cresswell J W. Research design: Qualitative and quantitative approaches. Thousand Oaks, CA: Sage; 1994.
 - ทวีศักดิ์ นพเกษตร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 1. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2548.
 - สุพัตรา สุขาวท, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560;62(4):359-78.
 - เนตรนภา ภมระภา. การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า จังหวัดอุดรดิษฐ์. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2565; 9(3):92-107.
 - Wandersman A, Florin P. Community interventions and effective prevention. American Psychologist 2003; 58(6-7):441-8.
 - Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational, and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. New York: Kluwer Academic Publishers; 2000. p. 43-63.

Suicide Prevention Model within the At-Risk Group by Community Participation, Santisuk District, Nan Province

Krit Jaiwong, M.D.*; Worayuth Nak-Ai, Ph.D.**

** Santisuk Hospital, Nan Province; ** Sirindhorn Collage of Public Health, Faculty of Public Health and Allied Science, Praboromrajchanok Institute, Thailand*

Journal of Health Science of Thailand 2024;33(2):297-306.

Corresponding author: Worayuth Nak-Ai, Email: worayuth@scphc.ac.th

Abstract: These action research aimed to develop a model for preventing suicide within the at-risk group by community participation. Qualitative data was collected using observations and in-depth interviews with various key informants, including public health officials, health volunteers, community leaders, caregivers, and local government officers. A total of 44 purposive key informants were included to this study and data analyzed by content analysis. The study incorporated data from HosXP operation reports and statistical analysis were applied. The results showed that the model of preventive and control for suicide within the at-risk group have a characterized by a triangular framework by the community based. Collaborative efforts across different organizational levels were evident, guided by hierarchical command chains. Key mechanisms included: (1) support mechanisms from the policy units; the provincial public health office and provincial hospital; (2) integration mechanisms through District Health Board driven by district public health offices and hospitals; (3) communication and capacity-building mechanisms for health volunteers and caregivers through village health volunteers and designated hospital staff; and (4) surveillance mechanisms for suicide prevention by village health volunteers and caregivers. This operational framework increased suicide screening coverage and reduces suicide attempt rates within the at-risk group. The success factors included: (1) policy-driven coordination through district health board; (2) protocol and guideline for prevention with both proactive and reactive measures; (3) strong operational networks; and (4) formal and informal communication channels for coordination and learning exchange, including community health communication. This preventive and control for suicide within the at-risk group model could be apply for surveillance and prevention strategies, and be adopted as a guideline for similar areas through contextual adjustments and variables suitable for specific regional context.

Keywords: suicide attempt; suicide surveillance and prevention; community participation