การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี

Development of a Model for Preventing Recurrent Suicide Attempts among Individuals with Suicidal Behaviors through Community Networks and Family Caregivers in Lopburi Province

กมลวรรณ ชาติทองคำ, พย.บ., วท.ม., ญานันท์ ใจอาจหาญ, พย.บ., วท.ม., ปร.ด., วิไลพรรณ อุ่นจิตร, พย.บ., พย.ม.
Kamonwun Chatthongkham, B.N.S., M.Sc., Yanan Chaiardhan, B.N.S., M.Sc. Ph.D., Wilaiphan Ounchit, B.N.S., M.N.S

Abstract

Objective: To examine the situation of care for individuals with suicidal behavior, to develop a model for preventing recurrent suicide attempts through community networks and family caregivers, and to evaluate the effectiveness of the developed model.

Methods: This research and development study was conducted in three phases. Phase 1 involved qualitative research to explore the care situation for individuals with suicidal behavior using focus group discussions and in-depth interviews. Phase 2 focused on developing a recurrent suicide prevention model based on findings from Phase 1 and a literature review. Phase 3 evaluated the effectiveness of the model using a one-group quasi-experimental design. Purposive sampling was used to select participants, including 70 community network members, 40 individuals with suicide attempts, and 40 family caregivers. The research instruments included: (1) a questionnaire for community network members, (2) a questionnaire for family caregivers, (3) a community network satisfaction questionnaire, and (4) a suicide risk assessment form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and t-tests, while qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The developed model for preventing recurrent suicide attempts was the "Community & Caregivers 5C Model," consisting of: C1: Crisis Continuity of Care – continuous care after a crisis C2: Communication Strategies – supportive communication strategies C3: Caregiver Participation – involvement of family caregivers C4: Community Networks and Social Support – community networks and social support C5: Collaboration with Mental Health Services – integration with mental health service systems. The effectiveness evaluation showed that community network members had significantly increased levels of knowledge and practices in preventing recurrent suicide attempts (p-value < 0.05) (12.4±1.3, 16.1±1.0), (32.7±1.0, 56.3±1.2). Family caregivers also demonstrated significantly improved knowledge and suicide prevention assistance (p-value < 0.05) (11.4±0.9, 14.8±0.7), (50.1±0.9, 63.7±0.4). The suicide risk level among individuals with suicide attempts significantly decreased (p-value < 0.05) (10.2±0.4, 7.8±0.3). Community network satisfaction was at a high level (40.2±0.6).

Conclusion: The developed model for preventing recurrent suicide attempts is effective in strengthening the capacity of community networks and family caregivers, as well as reducing the risk of repeated suicide attempts among individuals with suicidal behavior. The model also has the potential to be applied in other community contexts.

วันที่รับ (received) 17 กุมภาพันธ์ 2569
วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 23 มีนาคม 2569
วันที่ตอบรับ (accepted) 23 มีนาคม 2569
Published online ahead of print 25 มีนาคม 2569

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จังหวัดลพบุรี
Lopburi Provincial Public Health Office, Lopburi

Corresponding Author: กมลวรรณ ชาติทองคำ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี จังหวัดลพบุรี
Email: dangchat65@gmail.com
doi: https://doi.org/10.14456/r3medphj.2026.13

Keywords: Prevent Recurrent Suicide, community networks, family caregivers, post-crisis continuity of care, community mental health

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำโดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว

วิธีการศึกษา: การวิจัยและพัฒนา ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยอาศัยผลการศึกษาระยะที่ 1 และการทบทวนวรรณกรรม และระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกเจาะจงตามคุณสมบัติ ประกอบด้วย เครือข่ายชุมชน 70 คน ผู้พยายามฆ่าตัวตาย 40 คน และผู้ดูแลในครอบครัว 40 คน เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสำหรับเครือข่ายชุมชน 2) แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว 3) แบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชน 4) แบบประเมินระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบค่าที และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่พัฒนาขึ้น คือ “Community & Caregivers 5C Model” ประกอบด้วย C1: Crisis Continuity of Care คือ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต C2: Communication Strategies คือ กลยุทธ์การสื่อสารเชิงสนับสนุน C3: Caregiver Participation คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว C4: Community Networks and Social Support คือ เครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม และ C5: Collaboration Mental Health Service คือ การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพจิต การประเมินประสิทธิผลรูปแบบ พบว่า เครือข่ายชุมชนมีระดับความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05) (12.4±1.3, 16.1±1.0), (32.7±1.0, 56.3±1.2) ผู้ดูแลในครอบครัวมีระดับความรู้และการช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05) (11.4±0.9, 14.8±0.7), (50.1±0.9, 63.7±0.4) ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value< 0.05) (10.2±0.4, 7.8±0.3) ความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนอยู่ในระดับมาก (40.2±0.6)

สรุป: รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว รวมทั้งลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทชุมชนอื่นได้

คำสำคัญ: การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ, เครือข่ายชุมชน, ผู้ดูแลในครอบครัว, การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต, สุขภาพจิตชุมชน

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกระบุว่าปัญหาการฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 ของสาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและเศรษฐกิจทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกเฉลี่ย 10.6 ต่อประชากรแสนคน[1] โดยอัตราการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศซึ่งมีค่าระหว่าง 5 คนต่อแสนประชากร และ 30 คนต่อแสนประชากร ซึ่งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าอัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยทั่วโลก สำหรับประเทศไทยมีข้อมูลรายงานจากองค์การอนามัยโลกรายงานว่าประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในปี 2012 และ 2017 คือ 12.0 และ 14.4 ต่อแสนประชากร[2,3] และจากการรายงานของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 7.97, 7.94 และ 7.98 ตามลำดับ จำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน 7.75, 7.94 และ 7.89 ตามลำดับ จากการรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพบอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 2.81, 3.24 และ 3.62 ตามลำดับ[4] ซึ่งจากสถิติข้างต้นมีค่าเฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก 2 ชั่วโมง และมีคนไทยพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง สำหรับเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565-2567 อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 3.65, 3.49 และ 3.68 ตามลำดับ โดยอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำต่อประชากรแสนคนอยู่ที่ 4.70, 3.94 และ 4.92 ตามลำดับ[5] ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ สะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของปัญหาการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำประกอบด้วยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า ความผิดปกติทางจิตเวช และการติดสุราหรือสารเสพติด ปัจจัยด้านสุขภาพกาย เช่น โรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยที่รุนแรง รวมถึงปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเครียดทางเศรษฐกิจ และการขาดการสนับสนุนทางสังคม[6,7] การศึกษาหลายการศึกษายังพบว่าผู้ที่เคยมีประวัติ

พยายามฆ่าตัวตายมาก่อนเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของการฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคต ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา แนวคิดการป้องกันการฆ่าตัวตายได้เน้นการดำเนินงานแบบบูรณาการในระดับชุมชนมากขึ้น โดยเครือข่ายชุมชนถือเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวัง คัดกรอง และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยง เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และองค์กรท้องถิ่น[8] ซึ่งสามารถช่วยสังเกตสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย และเชื่อมโยงผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ ผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver) ยังมีบทบาทสำคัญในการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ การดูแลในชีวิตประจำวัน และการติดตามการรักษา ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ[9] อย่างไรก็ตามจากการศึกษาหลายงานวิจัยพบว่า แม้จะมีระบบบริการสุขภาพจิตในสถานพยาบาล แต่การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายยังคงมีข้อจำกัด โดยเฉพาะในระดับชุมชน เนื่องจากเครือข่ายชุมชนยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลด้านสุขภาพจิต ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย และยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจนในการติดตามผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล ขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากยังขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่เข้มแข็งและอาจทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงกลับมาพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้[10]

องค์การอนามัยโลกจึงมีข้อเสนอแนะให้การป้องกันการฆ่าตัวตายควรเป็นการดำเนินการเชิงระบบ และจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชนและประชาชน ทำงานร่วมกันอย่างมีบทบาทชัดเจน ตั้งแต่การป้องกันต้นเหตุ การเข้าถึงบริการ การช่วยเหลือเร็ว การลดการตีตรา การดูแลแบบบูรณาการ และการใช้ข้อมูลอย่างรับผิดชอบ เมื่อทุกฝ่ายร่วมมือกันอย่างต่อเนื่อง จะช่วยลดความสูญเสียและเสริมสร้างสุขภาวะของสังคมโดยรวมได้[1] ซึ่งจากปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นปัญหาสำคัญทางสังคมและสุขภาพจิตที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงมีโอกาสสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำหากไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม การป้องกันจึงไม่สามารถทำได้เพียงโดยแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตเท่านั้น แต่จำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายชุมชน และ ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งเป็นด่านหน้าและแหล่งสนับสนุนใกล้ชิดที่สุด เครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังเชิงรุก ติดตามและเชื่อมโยงผู้เสี่ยงกับบริการช่วยเหลือ ตลอดจนสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและลดความอับอายในการขอความช่วยเหลือ ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลประจำวันที่สำคัญที่สุด การรับฟัง การติดตามการรักษาและการสร้างความปลอดภัยในบ้าน สามารถช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มความรู้สึกปลอดภัยให้กับผู้เสี่ยง การทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างชุมชน ครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจึงเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้เสี่ยงให้สามารถฟื้นตัวและใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัย

จังหวัดลพบุรีจากรายงานสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ระหว่างปีงบประมาณ 2565-2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ 4.20, 4.35 และ 3.98 ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ 2.26, 2.84 และ 3.12 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจน โดยพบว่าอำเภอเมืองเป็นอำเภอที่มีผู้พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด รองลงมาเป็นอำเภอท่าหลวง จากการฆ่าตัวตายทั้งหมดจำแนกวิธีทำร้ายตนเอง 3 ลำดับแรก ได้แก่กินยาเกินขนาด จำนวน 165, 174, 60, 80 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.2, 61.5, 62.5, 59.7 กินสารเคมีอื่นๆ จำนวน 40, 34, 20, 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.6, 12.0, 20.8, 16.4 ผูกคอ จำนวน 22, 13, 9, 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.0, 4.6, 9.4, 11.2 ตามลำดับ[11] ปัจจุบันจังหวัดลพบุรีมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 236 คน เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 22 คน จากการดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่าการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ยังคงพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นหลักในการบำบัดรักษาในสถานพยาบาล และมีการส่งต่อให้ชุมชนร่วมดูแลผู้ป่วยภายหลังการรักษา อย่างไรก็ตาม กระบวนการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนยังไม่ชัดเจนและขาดความเข้มแข็ง โดยเครือข่ายชุมชนยังมีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ การขาดความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ การให้คำแนะนำหรือการตัดสินใจช่วยเหลือที่ยังไม่ถูกต้อง รวมทั้งยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองในการป้องกันและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน นอกจากนี้ยังพบว่าขาดความตระหนักในการสังเกตสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายซ้ำในบุคคลกลุ่มเสี่ยง และการติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงในชุมชนยังขาดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล อีกทั้งคนในชุมชนบางส่วนยังมีทัศนคติว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องส่วนบุคคล จึงไม่กล้าเข้าไปมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ ขณะเดียวกันผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมทั้งขาดความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องในชุมชนยังไม่เข้มแข็งและอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว จังหวัดลพบุรีให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยผลักดันให้เป็นวาระจังหวัด (Province policy) และกำหนดเป็นนโยบายสำคัญ

โดยการบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับจังหวัดและพื้นที่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว มีการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ตามกระบวนการพัฒนากิจกรรมเครือข่ายสุขภาพจิตชุมชนในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ ร่วมกับการพัฒนายุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายระดับจังหวัด ดังนั้นเพื่อเป็นการผลักดันนโยบายดังกล่าวให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ระดับจังหวัดอย่างมีประสิทธิภาพและยังเป็นการผลักดันให้บรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ ผู้วิจัยจึงจัดทำการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ในจังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำโดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าว โดยดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวันที่ 8-28 กรกฎาคม 2569 เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยวิธีการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม คัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ 1) บุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ดูแล บำบัด รักษา จำนวน 14 คน เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแล บำบัด รักษากลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 3 ปี 2) เครือข่ายชุมชน จำนวน 14 คน เป็นผู้ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีประสบการณ์และส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 3 ปี 3) ผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 10 คน เป็นผู้ดูแลหลัก ใช้เวลาในการสนทนากกลุ่ม กลุ่มละ 60 นาที และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เคยพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีสติสัมปชัญญะดี และไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสารใช้เวลาคนละ 45 นาที

ระยะที่ 2 พัฒนา (Development) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ดำเนินการระหว่างวันที่ 29 กรกฎาคม-8 กันยายน 2568 โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาที่ได้จากระยะที่ 1 ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม ทีมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี และบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ดูแล บำบัด รักษา พัฒนารูปแบบขึ้นจากแนวคิดการป้องกันการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการที่เน้นการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต การมีส่วนร่วมของครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนร่วมกับระบบบริการสุขภาพจิตของ WHO (2021) ได้ผลลัพธ์ คือ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 5C model ประกอบด้วย C1: Crisis Continuity of Care คือ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต C2: Communication Strategies คือ กลยุทธ์การสื่อสารเชิงสนับสนุน C3: Caregiver Participation คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว C4: Community Networks and Social Support คือ เครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม และ C5: Collaboration Mental Health Service คือ การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพจิต หลังจากพัฒนารูปแบบแล้ว ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมดไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC= 0.84 ตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ความเป็นไปได้ของรูปแบบปรับปรุงรูปแบบจนได้รูปแบบที่สมบูรณ์

ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมายดำเนินการเป็นระยะเวลา 20 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 9 กันยายน 2568 – 20 มกราคม 2569 การทดลองใช้รูปแบบโดยมีการติดตามประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง และประเมินประสิทธิภาพ 1) ระดับความรู้การปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของเครือข่ายชุมชน 2) ระดับความรู้ การช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว 3) อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในระยะเวลา 5 เดือน 4) ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 5) ความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชนที่ใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เครือข่ายชุมชน ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ผู้นำชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน/กำนัน) อสม. จำนวน 210 คน 2) ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 236 คน 3) ผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 236 คน

กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) เครือข่ายชุมชน ในพื้นที่จังหวัดลพบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า เป็นตัวแทนครอบคลุมทุกอำเภอ โดยมีประสบการณ์และส่วนร่วมในการดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 3 ปี ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ไม่ครบ 20 สัปดาห์จะถูกคัดออก ได้จำนวน 70 คน

2) กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์คัดเข้า เป็นเพศชายหรือหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีสติสัมปชัญญะดีและไม่มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เกณฑ์การคัดออก ผู้ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเก็บข้อมูล คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบของจากศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม[12] กำหนด *p*-value 0.05 power 0.95 และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ได้จำนวน 40 คน

3) ผู้ดูแลในครอบครัวของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 40 คน เกณฑ์คัดเข้า เพศชาย และหญิง อายุ 20 ปี ขึ้นไป เป็นผู้ดูแลหลัก เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง เกณฑ์การคัดออก ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่อยู่ในความดูแล เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบรูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ก่อนนำมาปรับปรุงและนำไปศึกษาผลลัพธ์ระหว่างวันที่ วันที่ 9 กันยายน 2568 –20 มกราคม 2569 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่ายชุมชน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกในครอบครัว ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบถูก-ผิด วิธีการให้คะแนนการตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป) ได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence Index, IOC) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (แพทย์สาขาจิตเวชเวชศาสตร์พยาบาลด้านจิตเวช) ได้ค่าเท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย KR-20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบ Rating Scale การตอบมี 1-5 ระดับ คือ 1= น้อยที่สุด 2= น้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (15.0-20.0 คะแนน) ระดับปานกลาง (20.01-40.0 คะแนน) ระดับสูง (40.01-75.0 คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.91 ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลา ที่ป่วยซึมเศร้า รายได้ของครอบครัวต่อเดือน จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ในครอบครัวและสถานะในครอบครัว ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบถูก-ผิด วิธีการให้คะแนนการตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่ได้คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป) ได้รับการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1 และความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วย KR-20 เท่ากับ 0.90 ส่วนที่ 3 การช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบ Rating Scale การตอบมี 1-5 ระดับ คือ 1= น้อยที่สุด 2= น้อย 3= ปานกลาง 4= มาก 5= มากที่สุด การแปลผลรวม 125 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best, 1977) คือ ระดับต่ำ (1-42.33 คะแนน) ระดับปานกลาง (42.34-83.66 คะแนน) ระดับสูง (83.67-125 คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.94 2.3) ชุดที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของเครือข่ายชุมชน จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถาม เป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เฉยๆ 4 = เห็นด้วย 5 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนนรวม 50 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ (10-23 คะแนน) ระดับปานกลาง (24-36 คะแนน) ระดับดี (37-50 คะแนน) ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.94 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.90 ชุดที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.87 แบบประเมินระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 9 คำถาม (9Q) และ 8 คำถาม (8Q)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยบันทึกการสนทนากลุ่มจากแนวคำถามการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยเสียงและข้อความที่บันทึกไว้

2) ข้อมูลความรู้ ด้วยแบบวัดความรู้ของเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว การปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำด้วยแบบสอบถามเครือข่ายชุมชน การช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยแบบสอบถามผู้ดูแลในครอบครัว เก็บข้อมูลก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

3) ผลลัพธ์การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ ประเมินระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เก็บข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายซ้ำ ด้วยแบบประเมินผลลัพธ์ในระยะเวลา 5 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (Paired-sample t-test) เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังใช้รูปแบบ (One-group pretest-posttest design) โดยตรวจสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นแบบปกติ 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้เทคนิคการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสโครงการ KNH 92/2568 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 สถานการณ์การดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) สะท้อนสถานการณ์การดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในพื้นที่ศึกษา โดยสามารถวิเคราะห์เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง ผลการศึกษาพบว่าสถานบริการสุขภาพมีการดำเนินงานด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่บริการที่เหมาะสม และการติดตามดูแลเพื่อลดการเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ อย่างไรก็ตามระบบการติดตามดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหลังออกจากโรงพยาบาลยังขาดความต่อเนื่องและความเป็นระบบ โดยมีข้อจำกัดด้านนโยบายที่ยังไม่ชัดเจน การขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพจิต ตลอดจนงบประมาณและทรัพยากรที่มีจำกัด ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการบูรณาการข้อมูล การติดตามผู้ป่วย และการประเมินผลการดูแลยังไม่ครอบคลุมและต่อเนื่องเท่าที่ควร

2. ข้อจำกัดของเครือข่ายชุมชน เครือข่ายชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง การให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและการสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม พบว่าศักยภาพของเครือข่ายชุมชนยังมีความแตกต่างกัน โดยบางพื้นที่ยังขาดความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตที่เพียงพอ นอกจากนี้ เครือข่ายชุมชนยังต้องเผชิญกับภาระงานจำนวนมาก รวมทั้งการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีความแตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและการติดตามกลุ่มเสี่ยงยังไม่ต่อเนื่องและไม่เป็นระบบ

3. บทบาทของครอบครัวในการดูแล ครอบครัวของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีบทบาทสำคัญในการดูแลอย่างใกล้ชิด ทั้งในด้านการเฝ้าระวังพฤติกรรม การสนับสนุนทางอารมณ์ และการติดตามการรักษา อย่างไรก็ตาม ครอบครัวจำนวนมากต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตเฉพาะทาง ขณะเดียวกันผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายสะท้อนถึงปัญหาความเครียดสะสม ความรู้สึกสิ้นหวัง การขาดผู้รับฟัง และอุปสรรคในการเข้าถึงความช่วยเหลือ ซึ่งการได้รับการดูแลที่ไม่ตีตรา มีความเข้าใจ และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจและลดความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ

จากผลการศึกษาดังกล่าว นำไปสู่ข้อเสนอในการพัฒนารูปแบบการดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรและเครือข่ายชุมชน การบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดสรรทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาระบบติดตามประเมินผล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างยั่งยืน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี ใช้หลัก 5C Model ซึ่งพัฒนาบนฐานของทฤษฎีการดูแลต่อเนื่อง ทฤษฎีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม โดยเน้นการดูแลหลังภาวะวิกฤตอย่างเป็นระบบ การสื่อสารเชิงสนับสนุน การมีส่วนร่วมของครอบครัว การเสริมพลังเครือข่ายชุมชน และการบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัย ลดการตีตรา และสนับสนุนการฟื้นฟูอย่างยั่งยืน โดยมีรูปแบบที่ต่างจากเดิม ดังนี้

C1: Crisis Continuity of Care คือ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต โดยใช้ระบบติดตามหลังจำหน่าย การติดต่อเชิงรุกในช่วงเปราะบาง และการมีผู้ประสานงานดูแลรายกรณี เพื่อเชื่อมโยงการดูแลระหว่างสถานบริการ ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะสั้นภายหลังจำหน่าย (1–4 สัปดาห์แรก) ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูง ไปจนถึงระยะติดตามต่อเนื่องระยะกลางถึงระยะยาว (3–6 เดือน) ตามระดับความเสี่ยงรายบุคคล เพื่อให้การดูแลสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงมีความต่อเนื่อง

C2: Communication Strategies คือ กลยุทธ์การสื่อสารเชิงสนับสนุน โดยฝึกบทบาทสมมติ (Role Play) ให้กับเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว สอนเทคนิคการใช้คำพูดการพูดคุยกับผู้มีความเสี่ยงโดยเน้นการแสดงความห่วงใยอย่างไม่กดดัน โดยการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน การใช้ถ้อยคำที่เคารพความรู้สึก และการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอผ่านการโทรศัพท์ การส่งข้อความ หรือการพบปะตามนัดหมาย ช่วยสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ดูแลกับผู้มีความเสี่ยง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและการรับรู้ว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ส่งผลให้ผู้มีความเสี่ยงกล้าเปิดเผยความคิด ความรู้สึก และสัญญาณเตือน รวมถึงตัดสินใจขอความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว หรือเครือข่ายชุมชนได้ง่ายขึ้น ซึ่งมีส่วนสำคัญในการลดโอกาสการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

C3: Caregiver Participation คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมุ่งพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือนและแนวทางการตอบสนองที่เหมาะสม กำหนดบทบาทของผู้ดูแลในการเฝ้าระวังพฤติกรรม ดูแลด้านอารมณ์และสนับสนุนการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการให้การสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแล ได้แก่ การให้คำปรึกษาและช่องทางขอความช่วยเหลือ เพื่อลดภาระและความเครียดและเสริมความต่อเนื่องของการดูแลภายในครอบครัว

C4: Community Networks and Social Support คือ เครือข่ายชุมชนและการสนับสนุนทางสังคม โดยกำหนดบทบาทของเครือข่ายชุมชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อสม. และอาสาสมัคร ให้ทำหน้าที่เฝ้าระวัง สังเกตสัญญาณเตือน ให้การรับฟัง และประสานการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ การเสริมแรงทางบวกแก่การทำงานของเครือข่ายผ่านการให้คำชื่นชม การสนับสนุนทรัพยากร และการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ช่วยเพิ่มความเข้มแข็งและความต่อเนื่องของการดูแล ควบคู่กับการเชื่อมโยงผู้มีความเสี่ยงกับทรัพยากรในชุมชน เช่น กลุ่มสนับสนุน กิจกรรมทางสังคมและสวัสดิการที่เหมาะสม รวมถึงการดำเนินกิจกรรมลดการตีตราทางสังคม เพื่อส่งเสริมความเข้าใจ ยอมรับ และเอื้อต่อการขอความช่วยเหลือในชุมชน

C5: Collaboration Mental Health Service คือ การบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพจิต โดยเน้นการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างบุคลากรสุขภาพ ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ผ่านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การส่งต่อ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคล แนวทางการดูแลให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยควบคู่กับการเคารพอัตตภาพและการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจรักษา เพื่อสร้างความไว้วางใจ ส่งเสริมการยอมรับการรักษา และเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแลในระยะยาว

หลังจากได้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยนำรูปแบบทั้งหมด ไปตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity) ได้ค่า IOC= 0.84 เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านเวลาจึงตรวจสอบความเหมาะสมเกี่ยวกับความเป็นไปได้ของการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่เป้าหมาย โดยการสนทนากลุ่มตัวแทนเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว และนำข้อเสนอแนะในประเด็นต่างๆ มาแก้ไข ปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำไปใช้ต่อไปในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัว จังหวัดลพบุรี โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ ดังนี้

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (12.4±1.3, 16.1±1.0, *p*-value< 0.05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=70)

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย	N	Mean	SD.	t	*p*-value
ก่อนใช้รูปแบบ	70	12.4	1.3	-12.37	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	70	16.1	1.0		

**p*-value<0.05

ผลการเปรียบเทียบคะแนนการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของเครือข่ายชุมชนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (32.7±1.0, 56.3±1.2, *p*-value < 0.05) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบทุกด้าน ด้านการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด (34.2±1.1, 56.1±1.3, *p*-value < 0.05) ด้านการปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง (28.9±1.0, 39.8±1.2, *p*-value < 0.05) และด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือในชุมชน (35.4±1.2, 62.3±1.6, *p*-value < 0.05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำของเครือข่ายชุมชน (N=70)

การปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		*p*-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
1. ด้านการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด	34.2	1.1	56.1	1.3	0.00*
2. ด้านการปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง	28.9	1.0	39.8	1.2	0.00*
3. ด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือในชุมชน	35.4	1.2	62.3	1.6	0.00*
คะแนนรวม	32.7	1.0	56.3	1.2	0.00*

*p-value<0.05

ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนความรู้หลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (11.4±0.9, 14.8±0.7, p-value < 0.05) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=40)

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย	N	Mean	SD.	t	*p*-value
ก่อนใช้รูปแบบ	40	11.4	0.9	-13.24	0.01*
หลังใช้รูปแบบ	40	14.8	0.7		

*p-value<0.05

ผลการเปรียบเทียบการช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบคะแนนการช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (50.1±0.9, 63.7±0.4, p-value< 0.05) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นหลังใช้รูปแบบทุกด้าน ด้านการเฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณเตือน (40.2±0.8, 69.3±0.7, p-value < 0.05) ด้านการให้การสนับสนุนทางอารมณ์ (42.1±0.8, 65.1±0.3, p-value < 0.05) ด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว (64.7±0.9, 70.8±0.5, p-value < 0.05) ด้านการจัดการความปลอดภัยและลดความเสี่ยง (59.3±0.7, 68.9±0.3 p-value < 0.05) และด้านการเชื่อมโยงบริการและความรู้ของผู้ดูแล (48.3±0.8, 54.2±0.7, p-value < 0.05) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงการช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=40)

การปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		*p*-value
	Mean	SD.	Mean	SD.	
1. ด้านการเฝ้าระวังและสังเกตสัญญาณเตือน	40.2	0.8	69.3	0.7	0.00*
2. ด้านการให้การสนับสนุนทางอารมณ์	42.1	0.8	65.1	0.3	0.00*
3. ด้านการสื่อสารและความสัมพันธ์ในครอบครัว	64.7	0.9	70.8	0.5	0.00*
4. ด้านการจัดการความปลอดภัยและลดความเสี่ยง	59.3	0.7	68.9	0.3	0.00*
5. ด้านการเชื่อมโยงบริการและความรู้ของผู้ดูแล	48.3	0.8	54.2	0.7	0.00*
คะแนนรวม	50.1	0.9	63.7	0.4	0.00*

*p-value<0.05

หลังการใช้รูปแบบ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายซ้ำลดลงจากร้อยละ 3.12 เหลือ 2.34 ผลการเปรียบเทียบระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายหลังการใช้รูปแบบต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (10.2±0.4, 7.8±0.3, p-value< 0.05) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 แสดงความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (N=40)

ความรู้เกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตาย	N	Mean	SD.	t	*p*-value
ก่อนใช้รูปแบบ	40	10.2	0.4	12.47	0.00*
หลังใช้รูปแบบ	40	7.8	0.3		

**p*-value<0.05

ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบฯ ในประเด็นภาพรวม ด้านกระบวนการพัฒนา ผลสำเร็จการใช้รูปแบบ ส่วนใหญ่มีความเห็นสอดคล้องกันว่า มีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมาก (40.2±0.6, 38.4±0.8, 42.1±0.6, *p*-value< 0.05) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 แสดงความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำสำหรับกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (N=70)

ความพึงพอใจ	Mean	SD.	ระดับ
กระบวนการพัฒนา	38.4	0.8	มาก
ผลสำเร็จการใช้รูปแบบ	42.1	0.6	มาก
รวม	40.2	0.6	มาก

วิจารณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลกลุ่มที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกสะท้อนให้เห็นว่า ยังมีความไม่ชัดเจน 3 ประเด็นหลัก คือ 1) การขาดระบบติดตามต่อเนื่อง 2) ข้อจำกัดของเครือข่ายชุมชน 3) บทบาทของครอบครัวในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพในหลายประเทศยังให้ความสำคัญกับการดูแลในระยะวิกฤตมากกว่าการดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย[13] บทบาทของเครือข่ายชุมชนพบว่าเป็นกลไกสำคัญในการเฝ้าระวัง ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นและสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ที่มีความเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ความรู้และทักษะของเครือข่ายยังไม่สม่ำเสมอ รวมถึงมีภาระงานสูงและการประสานงานที่แตกต่างกันตามบริบทพื้นที่ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Tew และคณะ[14] ที่ชี้ว่าการทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพและระบบสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรม มิฉะนั้นบทบาทของเครือข่ายจะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างยั่งยืน ในส่วนของครอบครัว พบว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลใกล้ชิดเฝ้าระวังพฤติกรรม และสนับสนุนการรักษา แต่ต้องเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการเฉพาะทาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun และคณะ[15] ที่ระบุว่าผู้ดูแลมักประสบภาระทางอารมณ์และขาดการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลในระยะยาว ขณะที่ผู้พยายามฆ่าตัวตายสะท้อนถึงปัญหาความเครียดสะสม ความรู้สึกสิ้นหวัง การขาดผู้รับฟัง และอุปสรรคในการขอความช่วยเหลือ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Joiner[16] ที่อธิบายว่าความรู้สึกโดดเดี่ยวและการขาดความผูกพันทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่พัฒนาขึ้นแตกต่างจากแนวทางการดูแลเดิมในหลายประเด็นสำคัญ ประการแรก รูปแบบให้ความสำคัญกับ การดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต (Post-discharge care) อย่างเป็นระบบ โดยกำหนดช่วงเวลาและระดับความเข้มข้นของการติดตามตามระดับความเสี่ยงรายบุคคล ตั้งแต่ระยะเปราะบางในช่วง 1–4 สัปดาห์แรกหลังจำหน่าย ไปจนถึงการติดตามระยะกลางและระยะยาว 3–6 เดือน แนวทางดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chung และคณะ[17] ซึ่งพบว่าความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในช่วงสัปดาห์แรกหลังออกจากโรงพยาบาล และยังคงสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญในช่วงหลายเดือนถัดมา อย่างไรก็ตามแนวทางการดูแลในระบบบริการสุขภาพทั่วไปทั้งในและต่างประเทศมักขาดระบบติดตามที่มีโครงสร้างชัดเจนหลังจำหน่าย[18] รูปแบบในงานวิจัยนี้จึงช่วยลดช่องว่างดังกล่าวได้

การสื่อสารเชิงสนับสนุนที่ไม่กดดันและไม่ตีตรา โดยให้ความสำคัญกับการรับฟังอย่างไม่ตัดสิน การใช้ถ้อยคำที่เคารพอัตตภาพ และการติดต่ออย่างสม่ำเสมอในรูปแบบที่ยืดหยุ่นตามบริบทชีวิตของผู้มีความเสี่ยง แนวทางนี้สอดคล้องกับหลักการของ Caring Contacts และ Brief Intervention and Contact (BIC) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้[19-20] อย่างไรก็ตามความแตกต่างของรูปแบบนี้ คือการบูรณาการการสื่อสารดังกล่าวเข้ากับบทบาท

ของครอบครัวและเครือข่ายชุมชน ไม่จำกัดเฉพาะบุคลากรสุขภาพเพียงอย่างเดียว ทำให้การดูแลมีความใกล้ชิดและต่อเนื่องมากขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้มีความเสี่ยง

รูปแบบนี้ยังยกระดับบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจากผู้รับภาระการดูแล เป็นผู้ร่วมทีมการดูแลอย่างมีศักยภาพ โดยมุ่งพัฒนาความรู้ ทักษะ และบทบาทที่ชัดเจนในการเฝ้าระวังการสนับสนุนทางอารมณ์ และการเชื่อมโยงบริการสุขภาพจิตควบคู่กับการดูแลสุขภาวะทางอารมณ์ของผู้ดูแลเอง แนวคิดนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซ้ำและเพิ่มการยอมรับการรักษา[21] แต่แตกต่างจากหลายการศึกษาที่มุ่งเน้นเฉพาะการใช้ครอบครัวเป็นทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วย โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลโดยตรง ซึ่งรูปแบบในงานวิจัยนี้ช่วยเสริมความยั่งยืนของการดูแลในบริบทครอบครัวไทย

รูปแบบให้ความสำคัญกับการเสริมพลังเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยกำหนดบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครและผู้นำชุมชนอย่างชัดเจน ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวัง การรับฟัง การสนับสนุนทางสังคม การประสานการส่งต่อ และการลดการตีตราในชุมชน แนวทางนี้สอดคล้องกับแนวคิดการป้องกันการฆ่าตัวตายเชิงชุมชนขององค์การอนามัยโลก ที่เน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนและการลดการตีตรา[22] อย่างไรก็ตามรูปแบบนี้มีความแตกต่างโดยการเสริมแรงทางบวกและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เครือข่ายชุมชนสามารถทำงานได้จริงและไม่เป็นภาระเพิ่มเติมในระยะยาว

นอกจากนี้การบูรณาการการทำงานระหว่างระบบบริการสุขภาพจิต ครอบครัว และชุมชน ภายใต้แผนการดูแลรายบุคคลที่คำนึงถึงความปลอดภัยควบคู่กับการเคารพอัตตภาพของผู้ป่วย และการเปิดโอกาสให้ผู้มีความเสี่ยงมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care)[19] ซึ่งเน้นการให้ความสำคัญกับความต้องการและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ทั้งยังสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)[20] ที่เน้นการทำงานร่วมกันระหว่างระบบบริการสุขภาพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและลดความเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ และยังสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Stanley และ Brown[21] ที่พัฒนา Safety Planning Intervention ร่วมกับการติดตามต่อเนื่อง พบว่าสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและเพิ่มการเข้ารับบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Fleischmann และคณะ[22] ที่ใช้ Brief Intervention and Contact (BIC) ในหลายประเทศพบว่าการติดตามและการติดต่ออย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายช่วยลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ส่วนใหญ่มุ่งเน้นบทบาทของบุคลากรสุขภาพเป็นหลัก ขณะที่รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ได้ขยายแนวคิดดังกล่าวไปสู่การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายชุมชนอย่างเป็นระบบ ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนไทย ซึ่งช่วยเสริมสร้างความต่อเนื่องของการดูแลในชีวิตประจำวัน และเพิ่มศักยภาพของระบบสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างยั่งยืน

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ เครือข่ายชุมชนมีระดับความรู้และการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาศักยภาพและการกำหนดบทบาทที่ชัดเจนช่วยเพิ่มสมรรถนะของเครือข่ายชุมชนได้จริง โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมสามารถเสริมสร้างความสามารถในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pitman และคณะ[23] ที่รายงานว่าการเสริมสร้างบทบาทของชุมชนช่วยเพิ่มการตรวจพบและการส่งต่อผู้มีความเสี่ยงเข้าสู่ระบบบริการ ในส่วนของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่าความรู้และการช่วยเหลือป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความรู้ ควบคู่กับการสนับสนุนทางอารมณ์ ช่วยลดภาระและเพิ่มความมั่นใจในการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sun และคณะ[15] ที่สำคัญ ผลการศึกษายังพบว่าระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลที่เน้นความต่อเนื่อง การสื่อสารเชิงสนับสนุน และการบูรณาการหลายภาคส่วน สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วยได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ Stanley และ Brown[21] ที่พบว่าการติดตามเชิงรุกและการวางแผนความปลอดภัยช่วยลดการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิสามารถนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำโดยเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยเน้นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังและติดตามดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิตควรสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวให้มีบทบาทในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในระดับชุมชน รวมทั้งส่งเสริมการบูรณาการการทำงานระหว่างระบบบริการสุขภาพและภาคชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยในอนาคตควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดังกล่าวโดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบมีกลุ่มควบคุม และศึกษาการนำรูปแบบไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนจำกัดและคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่จังหวัดลพบุรี จึงอาจไม่สามารถสรุปอ้างอิงผลการศึกษาไปยังพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างกันได้ทั้งหมด อีกทั้งระยะเวลาการดำเนินการวิจัยและการติดตามผลค่อนข้างจำกัด จึงอาจยังไม่สามารถสะท้อนผลลัพธ์ของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในระยะยาวได้อย่างชัดเจน รวมทั้งบริบทของชุมชนและระดับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในแต่ละพื้นที่อาจแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพของรูปแบบเมื่อนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทอื่น

สรุป

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำไม่สามารถพึ่งพาเพียงระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างสถานบริการสุขภาพ เครือข่ายชุมชน และครอบครัว รูปแบบที่พัฒนาขึ้นช่วยเติมเต็มช่องว่างของระบบเดิม โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องหลังภาวะวิกฤต การสื่อสารเชิงสนับสนุนที่ลดการตีตราและการเสริมพลังผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชนให้มีบทบาทเชิงรุกมากขึ้น การที่ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายลดลงหลังการใช้รูปแบบ สะท้อนถึงความสำคัญของการดูแลที่ต่อเนื่อง มีความเข้าใจ และให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและครอบครัวควบคู่กับการรักษาทางการแพทย์ ดังนั้นรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่พัฒนาขึ้นจึงมีศักยภาพในการนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง และสามารถเป็นแนวทางเชิงนโยบายในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพจิตในระดับชุมชน เพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายซ้ำอย่างยั่งยืนในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide rates. Geneva: World Health Organization; 2025.
2. World Health Organization. World mental health atlas 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.
3. World Health Organization. World mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018.
4. กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์การฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2565–2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
5. เขตสุขภาพที่ 4. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายจากระบบ HDC ปีงบประมาณ 2565–2567. สระบุรี: เขตสุขภาพที่ 4; 2568.
6. Pemau A, Marin-Martin C, Diaz-Marsa M, de la Torre-Luque A, Ayad-Ahmed W, Gonzalez-Pinto A, et al. Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. Psychol Med. 2024;54(9):1897–904.
7. สุกัญญา คงเพชร. ผลการให้การปรึกษาแนวพุทธธรรมต่อความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565;3(2):132-43.
8. Sukmak V, Sripola S, Sriphoungpherd L, Jundeekray-om S, Compapong K. A narrative inquiry into caregivers' experiences and management after a relative's suicide attempt in a rural community in Northeast Thailand. Arch Psychiatr Nurs. 2023;45:124–130.
9. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ. รายงานสาเหตุและปัจจัยการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปี 2567. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2567.
10. Goldsmith SK, Pellmar TC, Kleinman AM, Bunney WE, editors. Reducing suicide: a national imperative. Washington (DC): National Academies Press; 2002.
11. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตาย จังหวัดลพบุรี จากระบบ HDC ปีงบประมาณ 2565–2567. ลพบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี; 2568.
12. กนกภรณ์ ทองคุ้ม. ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารบริหารการพัฒนานวัตกรรมเชิงบูรณาการ. 2568;5(1):13–25.
13. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: World Health Organization; 2014
14. Tew J, Ramon S, Slade M, Bird V, Melton J, Le Boutillier C. Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. Br J Soc Work. 2012;42(3):443–60.
15. Sun FK, Long A, Huang XY, Chiang CY. A grounded theory study of caring for suicidal patients. J Clin Nurs. 2011;20(7–8):1101–11.

16. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2005.
17. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry. 2017;4(9):694–702.
18. Large M, Sharma S, Cannon E, Ryan C, Nielssen O. Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. Aust N Z J Psychiatry. 2011;45(8):619–28.
19. Spillane A, Matvienko-Sikar K, Larkin C, Corcoran P, Arensman E. What are the physical and psychological effects of suicide bereavement on family members? BMJ Open. 2017;7:e014732.
20. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. World Psychiatry. 2017;16(2):146–53.
21. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. Cogn Behav Pract. 2012;19(2):256–64.
22. Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. Bull World Health Organ. 2008;86(9):703-9.
23. Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. Lancet Psychiatry. 2014;1(1):86–94.