

บทที่ 1

บทนำ

1. ภูมิหลัง

จากสภาพปัญหาสังคม เศรษฐกิจและการเมืองที่เผชิญอยู่ในปัจจุบัน ได้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนไทย มีโอกาสในการเผชิญกับภาวะคับข้องใจ เกิดความกดดันในการดำเนินชีวิต เกิดสภาวะความเครียด ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชมากขึ้น จนเกิดเป็นการฆ่าตัวตายตามมา ผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลก พบว่า ประชากรวัยที่พบการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากที่สุดอยู่ระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งเป็นวัยหลักในการก่อผลผลิตให้แก่ประเทศ ได้มีการคำนวณค่ากลางการทำงานหากไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายไว้ประมาณ 20 ปีรายได้เฉลี่ยเดือนละ 4,000 บาทต่อเดือนหรือ 48,000 บาทต่อปี ดังนั้นการที่คนๆ หนึ่งเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเขาจะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 960,000 บาท แต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,000 คน ดังนั้นประเทศชาติ จะสูญเสียโอกาสในการสร้างรายได้ไปประมาณ 3,840 ล้านบาทต่อปี ในวัยนี้ยังมีผลต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของครอบครัวอย่างสูง เนื่องจากเป็นวัยเริ่มมีครอบครัว รับผิดชอบลูกวัยเรียน หากหัวหน้าครอบครัวเสียชีวิตครอบครัวก็ขาดที่พึ่งไป พบว่าโดยเฉลี่ยแล้วการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน (World Health Organization 2001) หากเหตุการณ์ขึ้นในโรงเรียนหรือโรงงานก็จะมีผลกระทบต่อคนได้เป็นจำนวนร้อย แม้ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ถึงแก่ชีวิตก็ยังคงมีความสูญเสียจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการ ทุพพลภาพ ตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมจัดว่าเป็นการสูญเสียทั้งแรงงานการผลิตและค่าใช้จ่ายในการรักษา ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก ร่วมกับธนาคารโลกและ Harvard School of Public Health (Murray & Lopez 1996) ได้ศึกษาการคาดการณ์ภาระของโรค (Burden of disease) ที่มีต่อประชากรในทุกภูมิภาคของโลก โดยวัดความสูญเสียเป็นจำนวนปีที่ดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาพดี พบว่า โรคซึมเศร้ามีการเปลี่ยนแปลงอันดับของโรคที่เป็นภาระจากอันดับ 4 ในปี ค.ศ.1990 มาเป็นอันดับ 2 ในปี ค.ศ.2020 ซึ่งหมายถึง โรคซึมเศร้าจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นเท่าตัว จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดการสูญเสียที่รุนแรงมากขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในปัจจุบันและอนาคต ผู้ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปจะมีปัญหาการฆ่าตัวตายมากกว่าถึง 8 เท่าตัว

จากการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย ปี 2542 พบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) โดยเมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและการเจ็บป่วย (Years Live with Disability : YLD) โรคซึมเศร้าจะก่อความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทย และเป็นอันดับ 4 ของชายไทย เมื่อเปรียบเทียบเฉพาะกลุ่มโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวชพบว่าโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs) สูงที่สุด แสดงให้เห็นว่าโรคซึมเศร้าถึงแม้ว่าจะไม่สูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควรแต่การส่งผลกระทบต่อสังคมของโรคซึมเศร้ามีค่อนข้างสูงมาก และยังพบว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจที่เกิดจากการฆ่าตัวตายมี Year of Life Lost (YLL) ในผู้ชายสูงเป็นอันดับที่ 7 และในเพศหญิงสูงเป็นอันดับที่ 14 ก่อให้เกิดการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years : DALYs) ในเพศชายสูงเป็นอันดับ 9 (คณะทำงานศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บ กระทรวงสาธารณสุข,2540) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ไปรับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในปี พ.ศ. 2542-2544 มีจำนวน 61,405 ราย , 80,673 ราย และ 59,133 ราย ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วย 5 ปี ย้อนหลังพบว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 3-5 เท่า ซึ่งมีผู้ป่วยเฉลี่ย ปีละ 21,272 คนต่อปี ซึ่งโรคซึมเศร้าเป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 20 -35 การฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางการสาธารณสุข และสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้กระทำ และผู้ใกล้ชิด องค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน (World Report Violence and Health,2004) และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย นั่นคือจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน ทุก 20 วินาที และพยายามฆ่าตัวตาย 1 คน ทุก 1-2 วินาที (มานิช หล่อตระกูล,2553) โดยเฉพาะหากผู้เสียชีวิตอยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยหลักที่ก่อผลผลิตของประเทศ ได้มีการประเมินค่าความสูญเสียจากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าความเสียหายเชิงเศรษฐกิจประมาณ 550 ล้านบาทต่อปี (ปัดพงศ์ เกษมสมบูรณ์, 2554) ในประเทศไทยแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500-5,500 คน และถ้านับจำนวนผู้ที่ทำร้ายตนเองทั้งหมด ทั้งที่เสียชีวิตและไม่เสียชีวิต จะพบว่ามีจำนวนรวมสูงขึ้น 25,000-27,000 รายต่อปี (อภิชัย มงคลและคณะ,2546) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 2.5 จะลงมือทำร้ายคนใกล้ชิดด้วย (อภิชัย มงคลและคณะ,2551) ในปี พ.ศ.2542 เป็นปีที่อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดจำนวน 5,290 คน คิดเป็นอัตรา 8.59 ต่อประชากรแสนคน หรือเฉลี่ยวันละ 14.5 ส่งผลให้ปี พ.ศ.2543 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย จึงกำหนดเป็นนโยบายและแผนงานเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหาอย่างต่อเนื่อง ด้วยการจัดทำโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน โดย

ดำเนินการทั่วประเทศ ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายโดยรวมทั้งประเทศในปี 2543-2556 ลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ 8.4 ,7.74 ,7.84 ,7.13 ,6.87 ,6.34 ,5.77 ,5.97 ,5.98 ,5.97 ,6.03,6.2 และ 6.08 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2556) และสถานการณ์การฆ่าตัวตายในแต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันมาก ปี 2556 พบภาคเหนือ คือ จังหวัดพะเยามีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดที่ 13.14 ต่อประชากรแสนคน และภาคใต้ คือจังหวัดปัตตานี มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำสุด 1.17 ต่อประชากรแสนคน พบว่าพื้นที่ที่มีการฆ่าตัวตายสูง มีการกระชกตัวอยู่ในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและชายฝั่งทะเลตะวันออก (กรมสุขภาพจิต,2556) ปี 2556 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าจังหวัดเลยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุด 8.22 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำสุดคือจังหวัดร้อยเอ็ด 3.74 ต่อประชากรแสนคน

จังหวัดยโสธรเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยในปีงบประมาณ 2550-2556 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5.9,7.0,5.7,5.9 ,5.5,4.5 และ 4.3 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง ปีงบประมาณ 2557 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จจำนวน 19 ราย อัตรา 3.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับพื้นที่ที่พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง คืออำเภอเมือง จำนวน 9 ราย อัตรา 6.86 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาอำเภอไทยเจริญ จำนวน 2 ราย อัตรา 6.6 ต่อประชากรแสนคน (เป้าหมายกระทรวงไม่เกิน 6.5 ต่อประชากรแสนคน) และในอำเภอเมืองยโสธร พื้นที่ที่พบปัญหาการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ ตำบลเชียงคำ ที่มีผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย 2 ราย และสำเร็จ 1 ราย และข้อมูลสถิติของผู้ที่ฆ่าตัวตายที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.4 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดคือ คิดสุราหรือยาเสพติด ร้อยละ 31.9 รองลงมาโรคจิตเภท ร้อยละ 27.3 และทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 18.2 วิธีการกระทำพบบ่อยที่สุดคือ ผูกคอตาย ร้อยละ 86.5 และเป็นการกระทำครั้งแรก ร้อยละ 100 และพบการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ จำนวน 44 ราย อัตรา 8.2 ต่อประชากรแสนคน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.6 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด การทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 75 วิธีการกระทำพบบ่อยที่สุด การกินยาเกินขนาด ร้อยละ 56.7 รองลงมากินสารกำจัดแมลง/วัชพืช ร้อยละ 18.2 พบการกระทำมากกว่า 1 ครั้ง ร้อยละ 11.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2557) ผลการสอบสวนการตาย พบว่า ปัจจัยส่งผลต่อการเกิดปัญหาซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย คือ สภาพะสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คิดสุรา ยาเสพติด และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ด้านวิถีชุมชนเป็นชุมชนขนาดใหญ่ มีลักษณะเป็นชุมชนเมือง ขาดความสามัคคี ขาดการมีส่วนร่วม ขาดธรรมะ ด้านครอบครัว ได้แก่ครอบครัวแตกแยก ขาดความอบอุ่น มีหนี้สิน และว่างงาน ด้านสิ่งแวดล้อมสภาพชุมชนมีน้ำเน่าเหม็น มีร้านเกม มีการจำหน่ายยาเสพติด มีการเล่นการพนัน เกิดปัญหาหลัก

ขโมย ด้านบริการสาธารณสุขได้แก่ บุคลากรมีภาระงานมาก การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตน้อย ด้านองค์กรในชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานน้อย ปีงบประมาณ 2556 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และรักษาด้วยยาที่โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จำนวน 7,945 ราย ได้ดำเนินการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 15 ปีขึ้นไป ด้วย 2Q จำนวน 41,136 ราย พบมีแนวโน้มป่วยเป็นโรคซึมเศร้า จำนวน 6,582 ราย ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน จำนวน 1,826 ราย ประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q พบว่าคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 1 คะแนน จำนวน 493 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, 2556) ซึ่งเป็นข้อมูลที่แสดงถึงสภาพการณ์ปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน แต่ในการดำเนินงานที่ผ่านมา จังหวัดยโสธร ได้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาในหลากหลายรูปแบบ แต่ก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เท่าที่ควร การดำเนินงานส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้เป็นเจ้าของปัญหา ผลลัพธ์ที่ได้คือการแก้ไขปัญหาต่างๆ ไม่ตรงกับความต้องการและปัญหาของชุมชนที่แท้จริง สูญเสียทรัพยากรจำนวนมาก ขาดความต่อเนื่องและไม่มีความยั่งยืน เนื่องจากประชาชนในชุมชน ไม่ได้มีส่วนร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล จึงไม่รู้สึกรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของ (Psychological ownership) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยประชากร 2 ชุมชนในจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและพยายามฆ่าตัวตายเพราะเข้าใจว่าเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคลและไม่สามารถประเมินภาวะเสี่ยงของบุคคลที่มีความคิดจะฆ่าตัวตายได้ แต่ถ้าหากทราบชัดเจนว่ามีใครคิดจะฆ่าตัวตายก็อยากให้ช่วยเหลือ เช่นพูดคุยให้กำลังใจและจะพยายามหยุดพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายของบุคคลนั้น (มานิดา สิงห์จิตและคณะ, 2541)

การพัฒนาที่ต้องการให้ประชาชนพึ่งพาตนเองในด้านต่าง ๆ ได้นั้น จำเป็นต้องเปิดโอกาสให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนต่าง ๆ ของการพัฒนาให้มากที่สุด เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสร้างรูปแบบการแก้ปัญหาของตนเองเพื่อตนเอง และยังเป็นการพัฒนาจิตความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้นตามลำดับ และปัญหาในชุมชนบางอย่าง อาจใช้ทักษะ เทคนิค หรือทุนทางสังคมของชุมชนเอง ร่วมกับการสนับสนุนจากภายนอก ก็จะสามารถแก้ไขปัญหาภายในชุมชนได้ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นวิธีการที่สำคัญ ที่เป็นการดำเนินกิจกรรมเองโดยประชาชน ซึ่งต้องเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากความสมัครใจของประชาชนในชุมชน รวมทั้งประชาชนเป็นผู้มีส่วนร่วมทุกขั้นตอน คือร่วมในการตัดสินใจ ร่วมคิดค้นปัญหา ร่วมวางแผนดำเนินการ ร่วมติดตามประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ โดยมีเป้าหมายของชุมชนร่วมกัน และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นของประชาชน ดังนั้นการแนวทางการสร้างมีส่วนร่วมของประชาชน จึงหมายถึง

การที่ประชาชนเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอนของโครงการพัฒนาตามกิจกรรมหรือโครงการต่างๆ และสามารถบรรลุผลสำเร็จเป้าหมายที่กำหนดไว้ เกิดความรู้สึกรู้สึกความเป็นเจ้าของ ส่งผลให้เกิดการพัฒนาที่แท้จริง (อภินันท์, 2537 เฉลียว บุรีภักดี และคณะ, 2545 สิริพันธ์ทิพย์ เกสร, 2545) และในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนก็เช่นกัน ที่จำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยเช่นกัน จึงจะประสบผลสำเร็จได้โดยง่าย ผู้วิจัย จึงสนใจพัฒนารูปแบบในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่เสี่ยง โดยใช้แนวทางการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเลือกพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายสูงที่สุด โดยได้วิจัยตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอนและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว โดยมีความคาดหวังว่า จะมีรูปแบบที่ชัดเจนและเหมาะสมในการเฝ้าระวังดูแลช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดีของผู้มีภาวะซึมเศร้าหรือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้สามารถดำเนินชีวิตเหมือนคนปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และที่สำคัญคือ ไม่ก่อเหตุฆ่าตัวตายตามมา และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย รูปแบบดังกล่าวจะสามารถเผยแพร่ใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เสี่ยงอื่นๆ ต่อไป

2. คำถามการวิจัย

- 2.1 รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร ที่เหมาะสมเป็นอย่างไร
- 2.2 สภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร เป็นอย่างไร
- 2.3 ผลของการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร เป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัด
ยโสธร

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 4.1 ทราบสภาพการณ์ปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย
จังหวัดยโสธร
- 4.2 ได้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายจังหวัดยโสธร
- 4.3 เป็นแนวทางในการดำเนินการตามรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ
ของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่จังหวัดยโสธร
- 4.4 สามารถใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายให้
เหมาะสมกับบริบทของชุมชนในพื้นที่อื่นๆ
- 4.5 เกิดเครือข่ายการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชุมชนที่มีความเข้มแข็งและยั่งยืน

5. สมมติฐานการวิจัย

หลังจากการพัฒนาใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัว
ตายแล้ว กลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้า ค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้า (9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มี
ค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งทางใจ ค่าเฉลี่ยคะแนนความสุข เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
กลุ่มผู้มีส่วนใช้รูปแบบ มีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย
ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6. ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษา ข้อมูลสภาพการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ และพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายของชุมชนที่ผ่านมา ตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ร่วมกับแนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP Model) การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) และแนวคิดทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment) มาใช้ในงานวิจัย

พื้นที่การวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ จะจงเลือก (Purposive Sampling) พื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดยโสธร ซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าทุกอำเภอ และจะจงเลือกพื้นที่ตำบลเชียงคำ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เนื่องจากมีปัญหาของการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง รวมถึงมีการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวนมากทุกพื้นที่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ร่วมวิจัย คือกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการร่วมพัฒนา และใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ โดยเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ตัวแทนผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้มีภาวะซึมเศร้า แก่นนำผู้สูงอายุ ครู ตัวแทนจาก อปท.และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมจำนวน 56 คน และญาติผู้มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 30 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จะจงเลือกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 53 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

1. ตัวแปรต้น รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ที่ผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนพัฒนาขึ้น

2. ตัวแปรตามคือ ความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผลการประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ผลการประเมินความเข้มแข็งทางใจ และผลประเมินความสุข ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พฤศจิกายน 2559– กรกฎาคม 2560

7. นิยามศัพท์

7.1 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายในจังหวัดยโสธร หมายถึง การนำเอารูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยอาศัยรูปแบบเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ทำให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ถูกต้องในการฆ่าตัวตายและสามารถร่วมกันออกแบบแนวทางในการป้องกัน การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยนำเอาทฤษฎีการสร้างพลัง (Empowerment) และวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-IC) เพื่อให้เกิดพลังชุมชนที่เข้มแข็ง สามารถสร้างรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

7.2 ผู้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอาจจะโดยเจตนาหรือไม่ได้เจตนาก็ตาม รวมทั้งเป็นผู้มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดในสมอง มะเร็ง) ผู้ติดสุรา ยาเสพติด ผู้สูญเสียคนที่รักหรือสิ่งของ และความรุนแรงในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลจากการคัดกรอง 2 คำถาม(2Q) และ 9 คำถาม (9Q) แล้วมีคะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 7 คะแนน และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะซึมเศร้าและเมื่อประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน 1 ขึ้นไป

การป้องกันการฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ชุมชนดำเนินการเพื่อค้นหา เฝ้าระวังและป้องกันกันการฆ่าตัวตายของคนในชุมชน เริ่มจากการคัดกรองประชาชนและการดูแล และติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) หรือการสังเกตอาการของกลุ่มเสี่ยงที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม แสดงออกทางการกระทำ การพูด ทางอารมณ์ เป็นต้น