

โครงร่างวิจัย

ชื่อเรื่อง “โครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการสื่อสารเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย”

ผู้วิจัย/หน่วยงาน

- | | |
|----------------------------|--|
| 1. นางสาวจอมขวัญ โยธาสมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 2. นายธีระ ศิริสมุด | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 3. นางสาวสุทธิษา สมนา | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 4. นางสาวชลัญธร โยธาสมุทร | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 5. ดร.ภญ.ศรีเพ็ญ ตันติเวสส | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |
| 6. ดร.นพ.ยศ ติระวัฒนานนท์ | โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ |

สรุปย่อโครงการวิจัย (Project summary)

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า ในปี 2552 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 คน คิดเป็น 5.72 ต่อประชากร 100,000 คน [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก [3, 4] อย่างไรก็ตาม กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวมาอย่างต่อเนื่อง โดยการดำเนินกิจกรรมการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องเกี่ยวกับวิธีการดูแลและเฝ้าระวังผู้มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สื่อหลายรูปแบบ ถึงกระนั้น ยังไม่มีมาตรการให้ความรู้สู่ประชาชนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย รวมถึงแนวทางปฏิบัติเมื่อพบบุคคลใกล้ขีดมีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิตได้ร่วมมือกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ระยะที่ 1 ในปี 2553 ที่อำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน เพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบว่าทั้งประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการฆ่าตัวตายและการป้องกันแก้ไขปัญหานี้ ตลอดจนขาดทักษะในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชาชนไม่ทราบถึงบริการสายด่วนสุขภาพจิตซึ่งเป็นมาตรการที่ได้ดำเนินการมาระยะหนึ่ง

ข้อค้นพบจากการศึกษาดังกล่าว ได้นำมาซึ่งข้อเสนอแนะในการพัฒนามาตรการเพื่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในชุมชนดังนี้ 1) ควรให้ความรู้พื้นฐาน และปรับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีดำเนินการหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี แก่ประชาชนทั่วไป ผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ วิทยุชุมชน เสียงตามสาย และป้ายโฆษณา 2) ควรให้ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับบุคคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และ อสม./ผู้นำชุมชน และสนับสนุนเงินทุนในการจัดกิจกรรมเพื่ออบรมการใช้คู่มือฯ และกิจกรรมเสริมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง แก่บุคคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ อสม. และผู้นำชุมชน และ 3) พัฒนาระบบการให้บริการให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ให้เหมาะสมกับบริบทและเกิดการใช้ประโยชน์โดยผู้รับบริการ

ทั้งนี้จะประเมินประสิทธิผลของมาตรการโดยพิจารณา ความรู้และทัศนคติต่อสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การปฏิบัติหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ใช้วิธีเก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินมาตรการโดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการ ใน 3 กลุ่มเป้าหมาย คือ 1) กลุ่มบุคคลากรสาธารณสุข อสม. และผู้นำชุมชน 2) กลุ่มผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) ผู้ใกล้ชิดกลุ่ม

เสียง นอกจากนั้นยังติดตามประเมินจากกิจกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในพื้นที่ รวมถึงอัตราการฆ่าตัวตายหลังจากมีการดำเนินโครงการไปครบ 6 เดือน และ 1 ปี

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมา

การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากรายงานของกรมสุขภาพจิตในปี 2552 พบผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จรวมทั้งสิ้น 3,634 ราย [1] กลุ่มอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือช่วงอายุ 30-40 ปี [2] ซึ่งถือเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ บุญชัย นวมงคลวัฒนาและคณะ (2546) ศึกษาค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำนวน 12 แห่งพบว่า มูลค่าความสูญเสียในเชิงเศรษฐกิจของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมูลค่า 37,793 บาทต่อผู้ป่วย 1 ราย [3,4] และจากการศึกษาโดยศูนย์วิจัยกสิกรไทยพบว่า ในปี 2548 ประเทศไทยสูญเสียทรัพยากรมนุษย์จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นความสูญเสียเชิงเศรษฐศาสตร์ประมาณ 16,000 ล้านบาท [4]

ในทางจิตเวชศาสตร์จะแยกการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายแต่ไม่เสียชีวิต เนื่องจากมีพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงต่างกัน และมีศัพท์รวมเรียกว่า “พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidal behavior)” ซึ่งมีความหมายครอบคลุมถึง

1. การคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึงการมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
2. การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หรือปัจจุบันนิยมเรียก parasuicide หมายถึงผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ในที่สุดยังไม่ถึงแก่ชีวิต ศัพท์อีกคำหนึ่งที่ใกล้เคียงกันคือ deliberate self harm ซึ่งหมายถึงผู้ที่ทำร้ายตนเองโดยเจตนา ไม่ว่าจะทำไปเพื่อต้องการตายหรือไม่
3. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) หมายถึงผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts, deliberate self-harm, parasuicides) จะพบบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายและเสียชีวิต โดยพบได้ตั้งแต่ 6:1 ถึง 25:1 โดยเฉลี่ยทั่วโลกประมาณ 18:1 [12] นอกจากนั้นพบว่าผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายนั้นประมาณร้อยละ 30-60 เคยมีการพยายามฆ่าตัวตายนมาก่อน และในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเมื่อติดตามไประยะยาวพบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด (เดิม reference: Diekstra RFW (1993). Epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand, 371(Suppl): 9-20.)

ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมักมีการสื่อสาร โดยแสดงออกเป็นสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย (suicide warning sign) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การสื่อสารทางตรงด้วยวาจา เช่น การบอกกับญาติว่าจะฆ่าตัวตาย การสื่อสารทางอ้อมด้วยวาจา เช่น การฝากฝังให้ทำภารกิจให้ หรือรำลา การสื่อสารทางตรงด้วยท่าทาง เช่น เดินไปหยิบอุปกรณ์ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และการสื่อสารทางอ้อมด้วยท่าทาง เช่น การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัวที่ดีที่สุด เป็นต้น และจากการศึกษาพบว่า แม้ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายนี้อาจมีการสื่อสารแต่กลับพบว่าผู้ใกล้ชิดส่วนใหญ่ไม่ทราบจึงมิได้ดำเนินการป้องกันแต่อย่างใด และการฆ่าตัวตายนี้นั้นมักจะเกิดขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากสื่อสารสัญญาณฆ่าตัวตายนอกไป [11]

ในต่างประเทศมาตรการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายคือ การรณรงค์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชน เช่น ในประเทศเยอรมนี [6] อังกฤษ [7] ออสเตรเลีย [8] และนิวซีแลนด์ [9] มีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุและวิธีการดูแลรักษาผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในสหรัฐอเมริกา มีองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่ป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยเฉพาะที่ชื่อว่า American Foundation for

Suicide Prevention (AFSP) มีหน้าที่ให้ความรู้เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายและให้การสนับสนุนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต กิจกรรมหนึ่งที่สำคัญของ AFSP คือการให้ความรู้แก่สาธารณชนให้ตระหนักต่อความเจ็บป่วยทางจิตที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายรวมทั้งสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ “Suicide Shouldn't Be A Secret” โดยรณรงค์ผ่านสื่อมวลชนไปยังกลุ่มเยาวชนในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีการปฏิบัติเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และช่องทางในการให้การช่วยเหลือเมื่อพบบุคคลเหล่านั้น

จากการทบทวนงานวิจัยพบการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายด้วยการให้ความรู้แก่ประชาชนจำนวนหนึ่งในต่างประเทศ เช่น การศึกษาของ Anthony และ Helen [8] เกี่ยวกับผลกระทบของโครงการ Beyondblue ซึ่งเป็นโครงการรณรงค์เพื่อลดความเครียดผ่านรายการโทรทัศน์ วิทยุและสื่อสิ่งพิมพ์ ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีการเข้าถึงโครงการนี้ในระดับสูงประชาชนจะตระหนักว่าตนเองครอบครัวญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนที่ใกล้ชิดพวกเขาอาจมีปัญหากับสุขภาพจิตมากกว่าพื้นที่ที่การเข้าถึงโครงการอยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ Sogaard และ Fonnebo [10] ศึกษาผลโครงการ the Norwegian Mental Health Campaign ในประเทศนอร์เวย์ ซึ่งรณรงค์เกี่ยวกับสุขภาพจิตผ่านรายการโทรทัศน์ พบว่าหลังจากมีโครงการรณรงค์ไปแล้วกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 70 ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชมากขึ้น และร้อยละ 45 มีการพูดคุยเกี่ยวกับโครงการรณรงค์นี้กับผู้อื่น นอกจากนี้พบว่าภายหลังมีการรณรงค์สัดส่วนของจำนวนผู้แนะนำบุคคลอื่นที่มีความผิดปกติทางจิตให้ไปพบผู้เชี่ยวชาญมีสัดส่วนที่สูงขึ้น รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตได้ถูกให้ความสำคัญมากขึ้นและประสบผลสำเร็จในการเปลี่ยนความรู้อคติทัศนคติของประชาชน

สำหรับประเทศไทย การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายเริ่มมีการดำเนินงานที่ชัดเจนในปี 2540 โดยหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่รับผิดชอบหลักคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีมาตรการสำคัญในด้านการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กิจกรรมการพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขในด้านการอบรมให้คำปรึกษาเชิงลึก การพัฒนาระบบฐานข้อมูลบันทึกการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยาของการทำร้ายตนเองอย่างต่อเนื่องทุกปี [5] ในปีงบประมาณ 2551 มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในหลายกิจกรรมที่ใช้สื่อเทคโนโลยีในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในระดับจังหวัด เช่น หนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ หนังสือการ์ตูน VCD ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตที่อยู่ในรูปภาพยนตร์สั้น เป็นต้น อย่างไรก็ตามการดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีมาตรการสื่อสารในการให้ความรู้สู่ประชาชนอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ตัดสินใจทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์ชั่วขณะ รวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดหลังพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย

ในปี 2553 กรมสุขภาพจิตได้ร่วมมือกับโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP) โดยการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ดำเนินโครงการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในประเทศไทยเพื่อทำความเข้าใจสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในระดับชุมชนและบุคคล สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย และระบบบริการสุขภาพ รวมถึงความคิดเห็นของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่อำเภอป่าซาง ซึ่งพบว่า (1) ประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ขาดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย (2) บุคลากรสาธารณสุขส่วนหนึ่งยังขาดทักษะในการเฝ้าระวัง และ

ป้องกันการฆ่าตัวตาย และ(3) ประชาชนเข้าไม่ถึงระบบบริการ และไม่ทราบว่ามีการบริการสายด่วนสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังไม่มีเคยมีการประเมินประสิทธิผลของมาตรการที่ดำเนินการอยู่

การศึกษาดังกล่าวได้นำไปสู่การพัฒนามาตรการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน โดยมาตรการที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ (1) การให้ความรู้พื้นฐาน และปรับทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปักจี้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย วิธีดำเนินการหากพบผู้ที่มีอาการซึมเศร้าหรือคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี แก่ประชาชนทั่วไป ผ่านช่องทางการสื่อสาร ได้แก่ วิทยุชุมชน เสียงตามสาย และป้ายโฆษณา (2) การให้ความรู้เบื้องต้นในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ผ่านคู่มือการป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)/ผู้นำชุมชน และสนับสนุนเงินทุนในการจัดกิจกรรมเพื่อแนะนำการใช้คู่มือฯ และกิจกรรมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง แก่บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ อสม. และผู้นำชุมชน (3) การพัฒนาระบบการให้บริการให้คำปรึกษา ทางสุขภาพจิต ให้เหมาะสมกับบริบทและเกิดการใช้ประโยชน์โดยผู้รับบริการ

เมื่อนำมาตรการดังกล่าวไปใช้ ขั้นตอนต่อไป ได้แก่ การประเมินประสิทธิผลมาตรการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยใช้วิธีการสำรวจข้อมูลประชากรแบบก่อนและหลังดำเนินการ ซึ่งพิจารณาจากความรู้และทัศนคติต่อสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปักจี้เสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การปฏิบัติหากพบผู้มีอาการซึมเศร้าหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี

1.2 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ มีส่วนร่วม และวางอยู่บนหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ

1.3 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1.3.1 เพื่อประเมินการความรู้ ทัศนคติ และแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับปัญหาการฆ่าตัวตายและปัญหาจิตเวชในประชาชนทั่วไป กลุ่มแกนนำชุมชน อสม. และผู้ให้บริการในพื้นที่ดำเนินการ
- 1.3.2 เพื่อติดตามและประเมินกิจกรรมของมาตรการสื่อสาร ในแง่เกิดขึ้นตามแผนกิจกรรม ประเมินแยกตามหลัก SSCR-ผู้ส่งสื่อ เนื้อหา ช่องทางและผู้รับสื่อ
- 1.3.3 เพื่อติดตามและประเมินมาตรการพัฒนาระบบบริการ ได้แก่ คู่มือแนวทางการดูแลทางจิตเวชสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ คู่มือเพื่อการป้องกันและดูแลปัญหาการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์สายด่วน 1323 ในแง่เกิดขึ้นตามแผนกิจกรรม ความเข้าใจ ความพึงพอใจ การนำไปใช้
- 1.3.4 เพื่อประเมินอัตราการฆ่าตัวตายของประชาชนจังหวัดเชียงใหม่และลำพูนหลังจากดำเนินการเป็นระยะเวลา 1 ปี

1.4 พื้นที่เป้าหมายดำเนินโครงการ

โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพกำหนดพื้นที่ศึกษาในการดำเนินงานจากสถิติข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 5 ปี สูงสุดในประเทศไทย และมีความพร้อมในการดำเนินโครงการวิจัย ซึ่งได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่และลำพูน ทั้งนี้ก็วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะบางอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากความเหมาะสมในการบริหารจัดการ ส่วนจังหวัดลำพูนเลือกทั้งจังหวัด

1.4.1 จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอพร้าว จอมทอง ดอยสะเก็ด ผางสันกำแพง สันทราย สันป่าตอง เวียงแหง หางดง และอำเภอสารภี

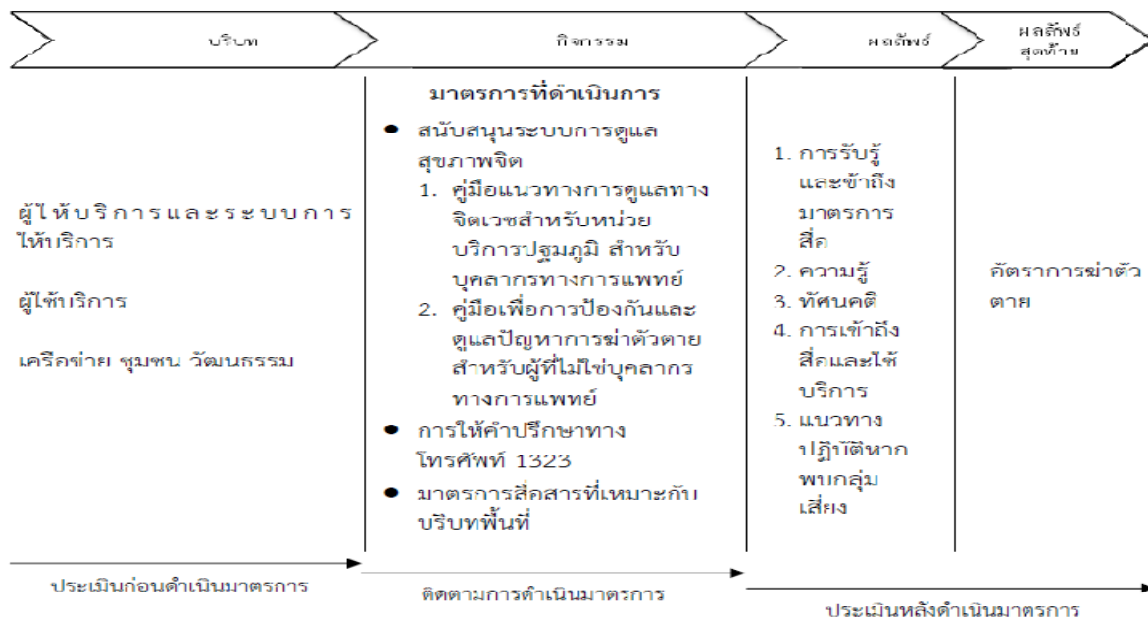
1.4.2 จังหวัดลำพูน จำนวน 8 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอบ้านธิ บ้านโฮ้ง ป่าซาง ลี้ แม่ทา เวียงหนองล่อง เมืองลำพูน และอำเภอทุ่งหัวช้าง

2 ระเบียบวิธีวิจัย

ประยุกต์การศึกษาวิจัยประเมินผล (evaluation research) เพื่อพัฒนาและประเมินมาตรการการป้องกันการฆ่าตัวตายที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน 18 อำเภอ การประเมินประสิทธิผลของมาตรการ จะพิจารณา ความรู้และทัศนคติต่อสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช ปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตาย การปฏิบัติหากพบผู้มีอาการซึมเศร้าหรือความคิดอยากฆ่าตัวตาย ข้อมูลเกี่ยวกับสายด่วนสุขภาพจิต และแนวทางการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ใช้วิธีเก็บข้อมูลก่อนและหลังดำเนินมาตรการ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อศึกษาประสิทธิผลของมาตรการ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะมีประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายทั้งระดับพื้นที่ และขยายสู่ระดับประเทศต่อไป

2.1 กรอบแนวคิดการสำรวจ

การสำรวจครั้งนี้ เป็นการเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างก่อนและหลังดำเนินมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ ประชาชนทั่วไป รวมทั้งแกนนำชุมชนหรือ อสม. การประเมินประสิทธิผลของมาตรการแบ่งเป็น 2 ระดับ นั่นคือ 1) การประเมินการรับรู้และการเข้าถึงมาตรการสื่อ ความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การเข้าถึงและการใช้บริการของผู้มีปัญหาฆ่าตัวตายหรือกลุ่มเสี่ยง ประเมินประสิทธิผลแนวทางปฏิบัติที่ระบุไว้ในคู่มือฯ ในกลุ่มผู้ให้บริการ และแกนนำชุมชนหรือ อสม. และ 2) การประเมินผลลัพธ์สุดท้าย คือ การเปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตาย นอกจากนั้น จะมีการติดตามความก้าวหน้า เก็บข้อมูลปัญหา อุปสรรคระหว่างการดำเนินมาตรการอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ผังแสดงการประเมินประสิทธิผลของมาตรการดำเนินการ

2.2 รูปแบบและขอบเขตการศึกษา

เป็นการศึกษาวิจัยประเมินผล (evaluation research) โดยสำรวจข้อมูลก่อนดำเนินการ (baseline data) เปรียบเทียบกับข้อมูลหลังสิ้นสุดมาตรการ (end line data) ซึ่งเป็นการประเมินผลเป็นระยะเวลา 1 ปี ในกลุ่มประชาชน กลุ่มผู้ป่วย ญาติ/ผู้ใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มสื่อบุคคล นอกจากนี้มีการติดตามและประเมินกิจกรรมของมาตรการสื่อสารและมาตรการพัฒนาระบบบริการ ในจังหวัดเชียงใหม่และลำพูน รวม 18 อำเภอ

2.3 ประชากรเป้าหมายในการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาวิจัยจะมุ่งเน้นกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับมาตรการและ/หรือเป็นกลุ่มที่ได้รับผลประโยชน์หรือผลกระทบจากการดำเนินการมาตรการดังกล่าว ประกอบด้วย

ประชาชนทั่วไป คือ กลุ่มผู้ที่อาศัยในพื้นที่ดำเนินการอย่างน้อย 3 เดือน ซึ่งอาจเป็นคนที่มีความเสี่ยงต่อการตัดสินใจฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคร้ายแรง ผู้พิการซ้ำซ้อน ผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยเฉพาะโรคซึมเศร้า โรคจิต ผู้มีอาการติดสุราหรือใช้สารเสพติด ผู้ที่มีประวัติฆ่าตัวตาย ผู้ประสบปัญหาหรือมีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิต ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง ไร้ค่า ซึมเศร้ารุนแรง รวมถึงผู้ที่ไม่มียาติ/หรือมี แต่ความสัมพันธ์ไม่ดี รวมทั้งกลุ่มผู้ดูแล/ญาติ/ครอบครัวผู้ป่วย และกลุ่มประชาชนทั่วไป

กลุ่มสื่อบุคคล (แกนนำชุมชน และอสม.) คือ ตัวบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นผู้ส่งสารด้านสุขภาพจิต ซึ่งอาจส่งสารไปยังระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เป็นได้ทั้งคนในชุมชนและนอกชุมชน โดยการศึกษาเน้นสื่อบุคคลในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พระภิกษุ ครู เป็นต้น

กลุ่มผู้ให้บริการ คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.)

2.4 การสำรวจกลุ่มประชาชนทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

การประเมินผลเชิงสำรวจเพื่อพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อได้ข้อมูลสะท้อนภาพรวมในแต่ละจังหวัด ดังนั้นทีมวิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างเพื่อสำรวจ

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 PQ}{d^2}$$

โดยที่ $Z_{\alpha/2}^2 = 1.96$ (ค่าคงที่ที่ระดับความเชื่อมั่น 95%)

P = สัดส่วนของประชาชนได้รับข้อมูลจากมาตรการสื่อประชาสัมพันธ์ ซึ่งการศึกษานี้กำหนดสัดส่วนของการได้และไม่ได้รับมาตรการสื่อเหล่านั้นเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 (P= 0.5)

Q= 1-P

d= ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้จากการสำรวจ ทีมวิจัยกำหนดที่ร้อยละ 5 (0.05)

แทนค่าสมการข้างต้นได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องเก็บข้อมูลทั้งสิ้นจังหวัดละ 385 คน ทีมวิจัยกำหนดอัตราการไม่ให้ความร่วมมือให้ข้อมูล (non-response rate) เท่ากับร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 500 คน ในการสำรวจครั้งนี้ กำหนดให้เก็บข้อมูลหมู่บ้าน/ชุมชนละ 30 คน โดยแบ่งกลุ่มอายุทั้งหมด 6 กลุ่ม ได้แก่ อายุ 15-19 ปี 20-29 ปี 30-39 ปี 40-49 ปี 50-59 ปี และ 60 ปีขึ้นไป หลังจากนั้นคำนวณหาจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนตัวอย่าง โดยนำขนาดตัวอย่างจำนวน 500 มาหารกับ 30 และพิจารณาปรับกลุ่มขนาดตัวอย่างตามความเหมาะสม ได้จำนวนหลังการปรับปรุงทั้งสิ้นจังหวัดละ 510 คน จำนวน 17 หมู่บ้าน/ชุมชน

แนวทางการสุ่มพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างของแต่ละจังหวัดแบบ 2 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกพื้นที่ตัวอย่างเรียงลำดับรายชื่ออำเภอ ตำบล และรายชื่อหมู่บ้านตามตัวอักษรในแต่ละจังหวัด และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ให้ได้ 17 หมู่บ้านต่อจังหวัด ด้วยโปรแกรมการสุ่มอย่างง่ายของ Excel 2007

ตารางที่ 1 จำนวนพื้นที่ตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวนพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ	จำนวนพื้นที่ตัวอย่างที่สุ่มได้ *
เชียงใหม่	10 อำเภอ 97 ตำบล 1060 หมู่บ้าน	6 อำเภอ 12 ตำบล 17 หมู่บ้าน
ลำพูน	8 อำเภอ 47 ตำบล 541 หมู่บ้าน	7 อำเภอ 15 ตำบล 17 หมู่บ้าน

* พิจารณา รายชื่อพื้นที่ตัวอย่างในภาคผนวก

ขั้นที่ 2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างอายุ 15 ปีขึ้นไปอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling-SRS) จำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยกระจายและคิดจำนวนตามสัดส่วนประชากรของแต่ละกลุ่มอายุ (probability proportion to size-PPS) ดังตาราง

ตารางที่ 2 การกระจายกลุ่มตัวอย่างตามกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	สัดส่วนกลุ่มที่ ต้องการสำรวจ**	ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)
15-19	8	2	2	4
20-29	16	2	2	4
30-39	19	3	3	6
40-49	20	3	3	6
50-59	20	3	3	6
60 ปีขึ้นไป	17	2	2	4
รวม	100	15	15	30

** ข้อมูลประชากร จากกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย

มีขั้นตอนและแนวทางการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. จัดทำทะเบียนรายชื่อประชาชนเป้าหมาย (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ในพื้นที่ตัวอย่าง โดยประสานความร่วมมือไปที่ผู้ประสานงานในพื้นที่ตัวอย่าง เพื่อขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละตำบลที่เป็นความรับผิดชอบของ รพ.สต. นั้นๆ

2. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ต้องตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นปัจจุบันของรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่รับผิดชอบในหมู่บ้านนั้นๆ โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ กลุ่มเป้าหมายที่ไม่อยู่ในพื้นที่จริง (ย้ายออกหรือไปทำงานที่อื่น) หรือเสียชีวิตไปแล้ว หรืออยู่ในเกณฑ์คัดออกอื่นๆ เช่น เป็นผู้วิกลจริต เป็นไข้ ติดสุราอาจเป็นอันตรายต่อการสัมภาษณ์หรือไม่ได้ข้อมูลแท้จริง เป็นต้น

3. ส่งรายชื่อประชาชนเป้าหมายมาที่มิววิจัย เพื่อดำเนินการสุ่มเลือกอย่างเป็นระบบ โดย

ก. เรียงอายุจากน้อยไปหามาก โดยจัดทำแยกเป็นเพศชายและหญิง และกำหนดหมายเลขตามบัญชีรายชื่อที่มีการปรับปรุงล่าสุด

ข. คำนวณช่วงของการสุ่ม (random interval) ในแต่ละกลุ่มอายุ $I=N/n$ (I = ช่วงห่างของการสุ่ม N =จำนวนประชาชนทั้งหมดในกลุ่มอายุนั้นๆ และ n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ)

ค. สุ่มหา random start (r) คือ สุ่มเลือกประชาชนจากกลุ่มแรกมา 1 คน โดยใช้วิธีการจับสลากหมายเลข

ง. หลังจากได้หมายเลขสุ่มเริ่มต้น (r) ให้นำไปอีกตามช่วงที่คำนวณได้ (I)

ยกตัวอย่าง เช่น หลังจากตรวจสอบและคัดเลือกโดยเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มเป้าหมายในหมู่บ้าน ก แล้ว แยกรายชื่อออกเป็นชายและหญิง จากนั้นนำรายชื่อที่ได้รับการปรับปรุงมาเรียงลำดับตามอายุ และกำกับหมายเลขพบว่าผู้ชายกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 50 คน (N) ต้องการสัมภาษณ์ 2 คน (n) ช่วงของการสุ่ม (I) จะเท่ากับ $50/2 = 25$ จากนั้นทำสลากหมายเลข 1-10 และสุ่มเลือกหมายเลขเริ่มต้น (r) หากได้หมายเลข 6 หมายความว่า ผู้ชายอายุใน 15-19 ปีลำดับที่ 6 เป็นคนแรกที่มีการสุ่มเลือกเป็นตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ และบุคคลต่อไป คือ ลำดับที่ 31 ในกลุ่มเป้าหมายหญิงก็ทำในลักษณะเดียวกัน

4. จัดทำทะเบียนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 3 บัญชี/1 หมู่บ้าน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria)

1. ประชาชนที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. นั้นๆ
2. ประชาชนที่เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 (15 ปีขึ้นไป)
3. มีตัวตนในพื้นที่และยินดีให้ความร่วมมือในช่วงการสัมภาษณ์
4. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับการประเมินของ ทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นั้นๆ

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

1. ไม่มีตัวตนในพื้นที่ ได้แก่ ย้ายออก ไปทำงานต่างจังหวัดระยะยาว เสียชีวิต ซึ่งจะคัดออกตั้งแต่ขั้น การสุ่มเลือกตัวอย่าง
2. เป็นผู้มีรายชื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง แต่ในวันสัมภาษณ์ ทีมวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ได้ประเมินและสรุปว่าไม่สามารถทำการสัมภาษณ์ อาจเนื่องจากมีความผิดปกติทางจิตหรือทางกายกำเริบ ต้มสุรา และอาจเป็นอันตรายต่อผู้สัมภาษณ์ เป็นต้น
3. ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการหรือไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในกรณีผู้มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

2.5 การสำรวจกลุ่มแกนนำชุมชน อสม.

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรง (face-to-face interviews)

กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มเลือก สัมภาษณ์กลุ่มแกนนำชุมชน อสม. ทุกคนที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและ/หรือเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกัน พันฟูปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยผู้เกี่ยวข้องเหล่านี้พักอาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่ได้รับการสุ่มเลือกจากการสำรวจประชาชนทั่วไป

2.6 กลุ่มผู้ให้บริการ

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามตอบกลับทางไปรษณีย์ (self - administration)

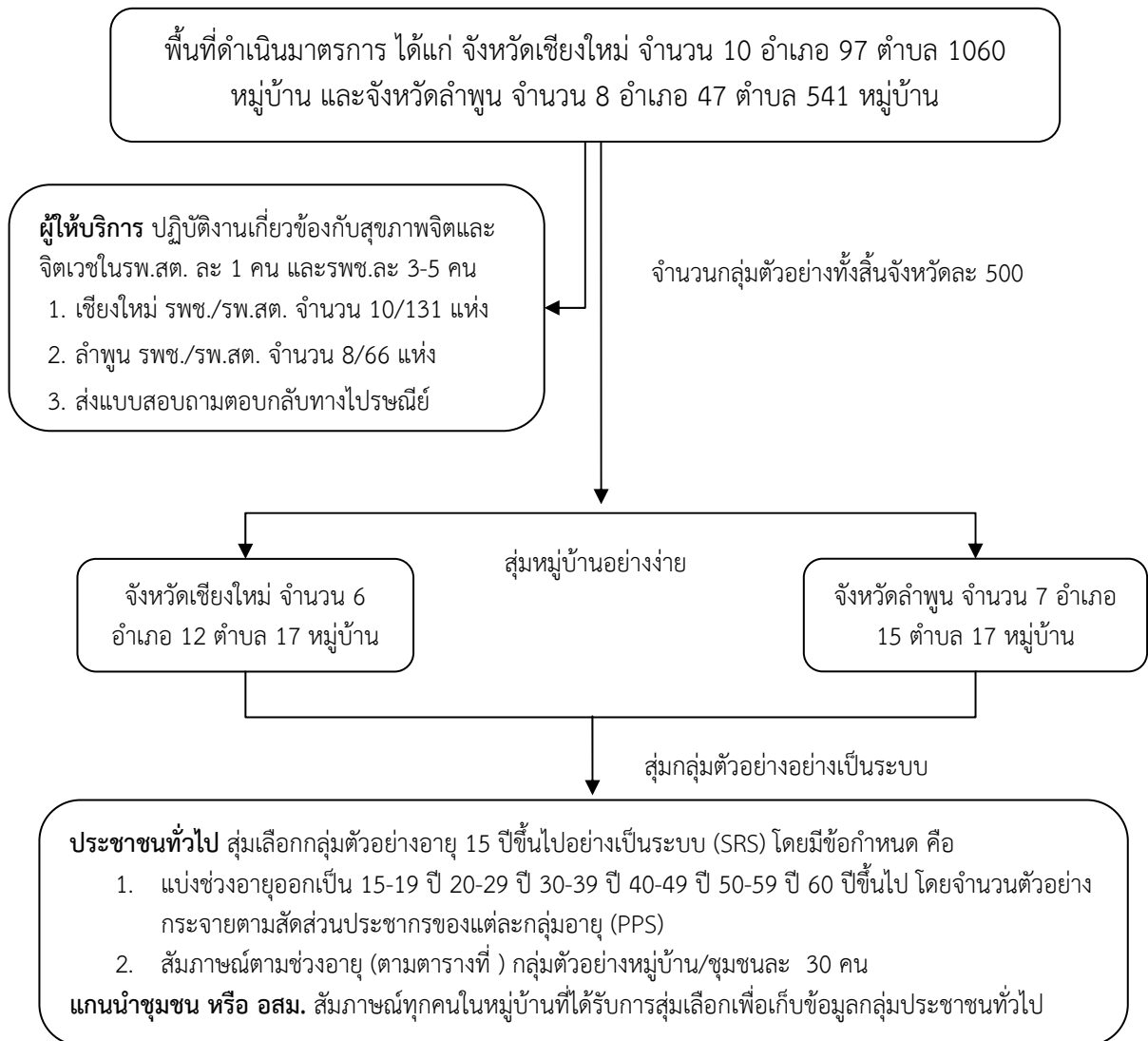
กลุ่มตัวอย่างและการสุ่มเลือก เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตและจิตเวช ใน รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) ทั้งหมดในพื้นที่ดำเนินมาตรการ มีการเลือกผู้ปฏิบัติงานจากสถานพยาบาลต่างๆ ดังนี้

- รพ.สต. ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบและปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ เก็บข้อมูล รพ.สต. ละ 1 คน
- รพ. ได้แก่ จิตแพทย์/แพทย์ทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ พยาบาลจิตเวช นักวิชาการสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยฉุกเฉิน ฝ่ายส่งเสริมป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย รพ. ละ 3-5 คน

ตารางที่ 3 จำนวนโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ดำเนินมาตรการ*

จังหวัด	โรงพยาบาล (แห่ง)	รพ.สต. (แห่ง)
เชียงใหม่	10	131
ลำพูน	8	66

*พิจารณารายชื่อ รพ. และรพ.สต. ในภาคผนวก



ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มเลือกพื้นที่และกลุ่มตัวอย่าง

3 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

3.1 ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

1. สรรหาและกำหนดนักวิจัยภาคสนามที่มีประสบการณ์ในการเก็บข้อมูลประชากร
2. อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือต่อนักวิจัยภาคสนามโดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมสุขภาพจิต และคณะนักวิจัย
3. คณะนักวิจัยออกหนังสือประสานงานในพื้นที่ส่งถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ โดยที่นักวิจัยภาคสนามวางแผนเก็บข้อมูลในระดับชุมชนหรือหมู่บ้าน และประสานพื้นที่เพื่อเตรียม การอำนวยความสะดวก การจัดเตรียมสถานที่ เส้นทางการเดินทาง รวมทั้งประสานขอความร่วมมือในการเร่งรัดให้ รพ.สต. ที่รับผิดชอบในพื้นที่ตัวอย่างนั้นๆ ส่งรายชื่อกลุ่มเป้าหมายกลับมาที่คณะนักวิจัย
4. รพ.สต. ที่รับผิดชอบชุมชนหรือหมู่บ้านตัวอย่าง ดึงข้อมูลฐานประชากรและตรวจสอบสถานะของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งคณะทำงานส่วนกลางจะสุ่มโดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้
 - ก. เป็นบุคคลที่มีทะเบียนในความรับผิดชอบเพื่อจัดบริการสุขภาพของ รพ.สต. นั้นๆ
 - ข. เกิดตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2540 (15 ปีขึ้นไป)
 - ค. มีตัวตนในพื้นที่ตัวอย่างในช่วงการสัมภาษณ์ คือ ไม่นับรวมผู้ที่ย้ายออกไปทำงานต่างจังหวัด ระยะยาว เสียชีวิต
 - ง. เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ถึงแม้มีความผิดปกติทางจิตหรือทางกาย โดยขึ้นอยู่กับ การประเมินของเจ้าหน้าที่ รพ.สต. นั้นๆ
5. คณะนักวิจัยสุ่มและส่งรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 บัญชี พร้อมทั้งประสานงานพื้นที่เพื่อยืนยันการ เก็บรวบรวมข้อมูล
6. คณะนักวิจัยสอบถามจำนวนแกนนำชุมชน และอสม. ในพื้นที่ตัวอย่าง รวมทั้งจำนวนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายใน รพ.รต. และ รพ. เพื่อวางแผนการเก็บข้อมูลและเตรียมจัดส่งแบบสอบถามทาง ไปรษณีย์

3.2 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่

1. คณะวิจัยเก็บข้อมูลในพื้นที่โดยติดต่อผู้ประสานงานเพื่อเตรียมพร้อมด้านเวลา สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกอื่นที่เอื้อต่อการเก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่าง
2. ตรวจสอบความถูกต้องของรายชื่อและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่มารอให้สัมภาษณ์ให้ตรงตามบัญชีรายชื่อที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างของคณะทำงานกลาง
3. เก็บข้อมูลตามรายชื่อในบัญชีที่ 1 (จำนวน 30 คน) ถ้าในกรณีที่ตัวอย่างไม่เป็นไปตามบัญชีรายชื่อ 1 ให้พิจารณาทดแทนกลุ่มอายุและเพศในบัญชีสำรองที่ 2 และบัญชีสำรองที่ 3 แต่หากไม่ครบจำนวนตัวอย่างใน บัญชีสำรองที่ 3 ซึ่งอาจเกิดปัญหา คือ
 - ก) **ตัวอย่างไม่มีตัวตน** หมายถึง ในช่วงการส่งรายชื่อเพื่อสุ่มตัวอย่างยังอยู่หรือมีตัวตนในพื้นที่ แต่ขณะ เข้าสัมภาษณ์ ไม่อยู่ในพื้นที่ซึ่งอาจมีการย้ายออก ย้ายบ้านหรือที่ทำงานไปยังพื้นที่อื่น ๆ หรือเสียชีวิต หรือมีรายชื่อ แต่เพศหรืออายุไม่ตรงกับฟอร์มตามบัญชีรายชื่อ
 - ข) **ตัวอย่างไม่ยินดีหรือสะดวกให้ข้อมูล** หมายถึง ตัวอย่างในรายชื่อทั้ง 3 บัญชี มีตัวตนและอยู่ในพื้นที่ แต่ไม่ยินดีให้ข้อมูลหรือไม่สะดวกเนื่องจากติดภารกิจ เจ็บป่วยหนัก เป็นต้น

หากมีปัญหาดังกล่าว ทีมวิจัยจะบันทึกสาเหตุ และดำเนินการเลือกตัวอย่างในพื้นที่ (ชุมชน/หมู่บ้าน) โดยเลือกเพศ และช่วงอายุเดิมที่ขาดหายไปเท่านั้น (ไม่สัมภาษณ์เกินจำนวนตามเงื่อนไขแต่ละช่วงอายุและเพศที่กำหนด) นั่นคือ ทีมสำรวจจะต้องสัมภาษณ์ให้ครบจำนวน 30 คน ตามช่วงอายุที่กำหนด และหากไม่สามารถเลือกตัวอย่างทดแทนได้ ควรสัมภาษณ์อย่างน้อย 24 คนต่อชุมชน/หมู่บ้าน หรือร้อยละ 80

4. หลังจากนั้นทีมวิจัยแนะนำตัวทีมเก็บข้อมูล ชี้แจงที่มา วัตถุประสงค์และขั้นตอนของโครงการ รวมทั้งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

5. แบ่งกลุ่มตัวอย่างให้ทีมผู้สัมภาษณ์

6. ผู้สัมภาษณ์ชี้แจง และพิทักษ์สิทธิของผู้ยินยอมให้ข้อมูล ก่อนเก็บข้อมูลรับคำยินยอม ให้ตัวอย่างเช่นยินยอม ถ้าหากตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-17 ปี อายุยังไม่ถึง 18 (ไม่บรรลุนิติภาวะ) ให้ผู้ปกครองเป็นผู้เซ็นยินยอมให้ผู้ที่อยู่ในการปกครอง ในกรณีที่ตัวอย่างไม่สามารถเซ็นยินยอมได้ด้วยสาเหตุทางกายภาพ ให้ปัมลายนิ้วหัวแม่มือ พร้อมบันทึกกำกับว่า เป็นลายนิ้วมืออะไรข้างไหน และมีพยานเซ็นรับรอง 2 คน

7. ผู้สัมภาษณ์ดำเนินการสัมภาษณ์ตามขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

8. ตรวจสอบความถูกต้อง ความครบถ้วนของข้อมูล กำหนดให้ทำการตรวจสอบ 3 ครั้ง โดยไม่ซ้ำผู้ตรวจสอบ ดังนี้

- การตรวจสอบครั้งที่ 1 โดยผู้สัมภาษณ์ ทำการตรวจสอบก่อนให้คำตอบแทน และก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ 2 โดยหัวหน้าทีมวิจัยภาคสนามทำการตรวจสอบก่อนออกจากพื้นที่ ถ้าไม่ครบถ้วนให้ขอข้อมูลเพิ่มเติม
- การตรวจสอบครั้งที่ 3 โดยหัวหน้าทีมนักวิจัย หรือผู้รับผิดชอบตรวจสอบข้อมูลในการสำรวจของหน่วยงาน ก่อนบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์รายวัน

9. การสัมภาษณ์กลุ่มแกนนำชุมชน และ อสม. ใช้แนวทางและขั้นตอนลักษณะเดียวกัน

10. สำหรับแบบสอบถามผู้ให้บริการ จะดำเนินการจัดส่งแบบสอบถามก่อนที่จะลงพื้นที่ โดยจัดทำทะเบียนบัญชีและเตรียมแบบสัมภาษณ์พร้อมจดหมายขอความอนุเคราะห์ (พร้อมกับซองจดหมายเปล่า) ลงในซองเอกสาร หลังจากจัดส่งประมาณ 2 สัปดาห์ ทีมวิจัยจะติดตามความก้าวหน้าของการจัดส่งคืนเป็นระยะๆ

4 การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 การประมวลผลข้อมูล ในแต่ละวันหัวหน้าทีมวิจัยที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลร่วมกับผู้สัมภาษณ์ จะตรวจสอบแบบสัมภาษณ์ ทำทะเบียนรายการและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีการตรวจสอบข้อมูลในทุกขั้นตอนจากนักวิจัยจากส่วนกลาง ก่อนที่นำข้อมูลทั้งหมดเข้าสู่ระบบของการวิเคราะห์

4.2 การวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่จำนวนร้อยละสัดส่วนค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อใช้อธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะความรู้ ความเข้าใจ ทศนคติ การได้รับสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการเข้ารับบริการในสถานพยาบาลของกลุ่มผู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สถิติเชิงวิเคราะห์ (analytical statistics) เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังดำเนินมาตรการ โดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

- เปรียบเทียบสัดส่วนโดยใช้สถิติ Chi-Square test และ Fisher's exact test
- เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลที่มีลักษณะช่วงมาตราและอัตราส่วนมาตรา (interval and ratio scale) เช่น ความรู้และทัศนคติระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

5 ระยะเวลาดำเนินการ

กิจกรรม	พ.ศ. 2555							พ.ศ. 2556					
	มี.ย	ก.ค	ส.ค	ก.ย	ต.ค	พ.ย	ธ.ค	ม.ค	ก.พ	มี.ค	เม.ย	พ.ค	มิ.ย
1. พัฒนาโครงร่างวิจัย เครื่องมือสำรวจ และคู่มือปฏิบัติการภาคสนาม													
2. จัดประชุมผู้เชี่ยวชาญ ทดสอบ ปรับปรุงเครื่องมือสำรวจ													
3. คัดเลือกพนักงานสัมภาษณ์และอบรมการใช้แบบเครื่องมือ													
4. ประสานงานขอรายชื่อกลุ่มเป้าหมายเพื่อสุ่มรายชื่อตัวอย่าง และส่งให้พื้นที่													
5. ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานตามมาตรการ													
6. ลงพื้นที่เก็บข้อมูล 2 จังหวัด													
7. การควบคุมคุณภาพข้อมูล บันทึกข้อมูล													
8. วิเคราะห์ข้อมูล													
9. สรุปผลข้อมูลเบื้องต้น เพื่อเสนอผู้เกี่ยวข้อง													
10. เผยแพร่ข้อมูลจากการวิจัย และทำรายงานฉบับสมบูรณ์													

6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อรับรู้ถึงประสิทธิผลการดำเนินงานของมาตรการสื่อที่มีความจำเพาะต่อบริบทพื้นที่ อันนำไปสู่การผลักดันให้เป็นนโยบายหรือแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่หรือระดับประเทศต่อไป

7 เอกสารอ้างอิง

- [1] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2551.
- [2] สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. สถิติสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2546-2550.
- [3] บุญชัย นวมงคลวัฒนา. ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช. การประชุมวิชาการนานาชาติ ครั้งที่ ๔ สุขภาพจิตกับยาเสพติด. โรงแรมแอมบาสเดอร์ กรุงเทพมหานคร 2546.
- [4] ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. ฆ่าตัวตาย : สูญเสียทางเศรษฐกิจ 16,000 ล้านบาท. มองเศรษฐกิจฉบับที่ 1857. 2549.
- [5] ทวี ตั้งเสรี. รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ พ.ศ.2550: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
- [6] Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public attitudes towards treatment of depression: effects of an information campaign. *Pharmacopsychiatry*. 2003 Nov;36(6):288-91.
- [7] Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*. 1998 Dec;173:519-22.
- [8] Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2005 Apr;39(4):248-54.
- [9] Akroyd S, Wylie J. Impacts of National Media Campaign to Counter Stigma and Discrimination Associated with Mental Illness:survey 4. Wellington,New Zeland: New zeland Ministry of Health;2002.
- [10] Sogaard AJ, Fonnebo V. [Effects of a TV mental health campaign 1992]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1996 Aug 30;116(20):2467-72.
- [11] เชิญขวัญ ฤชณรงค์, วิชรียา เจริญชูเกียรติกิจ และคณะ.การศึกษาสภาพปัญหา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง สัญญาณก่อนการฆ่าตัวตาย เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะสำหรับพัฒนามาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน; 2554.

8 ภาคผนวก

รายชื่อพื้นที่ตัวอย่าง

หมู่บ้าน	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด
บ้านน้ำดิบสามัคคี	ช่วงเปา	จอมทอง	เชียงใหม่
บ้านบ้านฮ่อน	ช่วงเปา	จอมทอง	เชียงใหม่
บ้านสบแจ่มฝั่งขวา	บ้านแปะ	จอมทอง	เชียงใหม่
บ้านโป่งไถ	เวียง	ฝาง	เชียงใหม่
บ้านทรายขาว	ศรีดงเย็น	ฝาง	เชียงใหม่
บ้านป่าสักน้อย	เชิงดอย	ดอยสะเก็ด	เชียงใหม่
บ้านน้ำแพร่	ตลาดขวัญ	ดอยสะเก็ด	เชียงใหม่
บ้านเกษตรใหม่	หนองหาร	สันทราย	เชียงใหม่
บ้านทุ่งข้าวตอกใหม่	หนองແຍ່ງ	สันทราย	เชียงใหม่
บ้านก่อแก้ว	ทุ่งด้อม	สันป่าตอง	เชียงใหม่
บ้านเจดีย์เนิ้ง	บ้านแม่	สันป่าตอง	เชียงใหม่
บ้านเชียงขวาง	ไชยสถาน	สารภี	เชียงใหม่
บ้านต้นโชคหลวง	ไชยสถาน	สารภี	เชียงใหม่
บ้านหัวหลิม	หนองแฝก	สารภี	เชียงใหม่
บ้านกอง	หางดง	หางดง	เชียงใหม่
บ้านทุ่งอ้อหลวง	หารแก้ว	หางดง	เชียงใหม่
บ้านเป่อ (หนองแก้ว)	สันผักหวาน	หางดง	เชียงใหม่
บ้านช่างเขียน	บ้านธิ	บ้านธิ	ลำพูน
บ้านป่าปี	บ้านธิ	บ้านธิ	ลำพูน
บ้านห้วยน้ำดิบ	บ้านโฮ่ง	บ้านโฮ่ง	ลำพูน
บ้านป่าข่อยเหนือ	นครเจดีย์	ป่าซาง	ลำพูน
บ้านห้วยไฟ	นครเจดีย์	ป่าซาง	ลำพูน
บ้านสะปึ่งหลวง	ม่วงน้อย	ป่าซาง	ลำพูน
บ้านวังหมื่น	วังผาง	ป่าซาง	ลำพูน
บ้านกลาง	บ้านกลาง	เมือง	ลำพูน
บ้านศรีคำ	บ้านกลาง	เมือง	ลำพูน
บ้านม้าเหนือ	ศรีบัวบาน	เมือง	ลำพูน
บ้านทุ่งยาว	ศรีบัวบาน	เมือง	ลำพูน
บ้านทาป่าสัก	ทาปลาตูก	แม่ทา	ลำพูน
บ้านแม่หวางลุ่ม	นาทราย	แม่ทา	ลำพูน
บ้านเด่นหม้า	แม่ลาน	แม่ทา	ลำพูน
บ้านหนองมะล้อย	แม่ลาน	แม่ทา	ลำพูน
บ้านแพะหนองห้า	ลี	แม่ทา	ลำพูน
บ้านใหม่สุขสันต์	ศรีวิชัย	แม่ทา	ลำพูน