

ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

นวลจันทร์ สายถวิล, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-พฤษภาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง คือ เครือข่ายในชุมชน จำนวน 290 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า จำนวน 37 คน เครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปและแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มีค่า CVI ทั้งหมด = 1 แบบสอบถามความรู้ KR-20 = 0.86 ความเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตาย = 0.94 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า = 0.82 ทศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย = 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มี 3 กิจกรรม คือ การปรับความคิดและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย ให้การปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และวิธีการระบุงารมณืความคิดผู้ป่วยนำสู่การแก้ปัญหา หลังพัฒนาเครือข่ายมีการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้านและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วย มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผลการพัฒนาผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังพัฒนา มีคะแนนความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$) มีค่าเฉลี่ยทศนคติในทางบวกต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสถิติ ($p = 0.003$) และผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.017$)

ข้อเสนอแนะ การนำแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปใช้ ทำให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวมลดลง

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของชุมชน การแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตาย

*โรงพยาบาลศรีธาตุ อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

Effect of community participation process solving suicide Problems in Si That District Udon Thani Province

Nualjun Saytawil, B.N.S.*

Abstract

This action research aimed to study evaluation effects of community participation process solving suicide problems in Si That District Udon Thani Province. Between August 2024- May 2025, the sample group consisted of 290 people from the community mental health network and 37 caregivers of depressed patients. Research instrument was questionnaire, including general information and guidelines for suicide surveillance and prevention for caregivers of patients with depression CVI = 1. Knowledge questionnaire KR-20 = 0.86. Confidence (alpha) as follows: participation in suicide prevention practices = 0.94, severity of depressive symptoms = 0.82, attitude about suicide = 0.87. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, Paired t-test and Wilcoxon signed ranks test.

The results: It was found that guidelines for monitoring and preventing suicide for caregivers of patients with depression include 3 activities: adjusting thoughts and behaviors in caring for patients, providing counseling according to the patient's problems. and how to identify the patient's emotions and thoughts leading to problem solving. After developing the network, care for patients with depression in the community and caregivers in the patient's family, following up with home visits and finding help for the patient's family, Overall knowledge scores about depression and suicide problems increased significantly ($p < 0.001$) and community participation in overall suicide prevention practices increased significantly. ($p < 0.001$). Results of developing caregivers for patients with depression found that after developing the overall knowledge score increased significantly ($p = 0.003$), mean overall positive attitude towards suicide prevention increased significantly ($p = 0.003$) and overall severity of depression symptoms in patients decreased significantly ($p = 0.017$).

Suggestions: Implementing guidelines for suicide surveillance and prevention for caregivers of patients with depression using community participation. This causes patient had reduction the severity of their overall depressive symptoms.

Keyword: Community Participation, Process Solving Suicide Problems

* Si That Hospital, Si That District, Udon Thani Province

บทนำ

สาเหตุการฆ่าตัวตาย อัตราและวิธีการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันในระดับภูมิภาค เพศ และช่วงวัย¹ การศึกษาของ สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ² ด้านความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ในกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 1-6 ของโรงเรียนระดับมัธยมแห่งหนึ่ง ในจังหวัดระยอง พบว่า มีความเสี่ยงสูงต่อการมีความคิดฆ่าตัวตาย ($M = 7.08$) กลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต คือ มีปัญหาเกี่ยวกับนักเรียนอื่น หรือมีปัญหาเกี่ยวกับครู/ อาจารย์ มีโอกาสมีความคิดฆ่าตัวตายมากเป็น 3.7 เท่าของผู้ที่ไม่มีปัญหากับนักเรียนอื่น จากการศึกษาพบว่า การฆ่าตัวตายในประเทศไทยทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจประมาณ 16,000 ล้านบาท พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การคิดอยากฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายยังไม่ถึงแก่ชีวิต และการฆ่าตัวตายสำเร็จ และเมื่อติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไปในระยะยาวพบว่าร้อยละ 10-14 เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในที่สุด ข้อมูลของกลุ่มประชาชนทั่วไปและแกนนำชุมชน/อสม. มาเปรียบเทียบกันพบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับร้อยละ 95 ใน 2 ประเด็น กล่าวคือ กลุ่มประชาชนทั่วไปมีผู้เข้าใจผิดสูงกว่าแกนนำชุมชน/อสม. ในประเด็นที่ว่า “โรคซึมเศร้าไม่ใช่สาเหตุของการฆ่าตัวตาย” และแกนนำชุมชน/อสม. มีผู้เข้าใจผิดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปในประเด็น “ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจะไม่ทำซ้ำ”³ การมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นสิทธิขั้นพื้นฐานอันชอบธรรมของทุกคนที่เราเคารพให้การยอมรับและยกย่องโดยการให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแสดงออกเกี่ยวกับการพัฒนาวิถีชีวิตถ้าให้โอกาสแก่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาช่วยให้อสนองความต้องการที่แท้จริงของประชาชนได้ดีกว่า⁴

สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในอำเภอศรีธาตุ พบว่าปีงบประมาณ 2564-2566 มีดังนี้ ปี 2564 จำนวน 1 ราย เป็นเพศชาย อายุ 24 ปี วิธีทำร้ายตนเอง คือ ผูกคอตาย จากปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด+ปัญหาใช้สารเสพติดร่วม ปี 2566 จำนวน 2 ราย คือ 1) เป็นเพศหญิงอายุ 39 ปี วิธีทำร้ายตนเอง คือ ผูกคอตาย จากปัญหาเศรษฐกิจ เล่นแชร์แล้วล้มละลายมีหนี้สิน 2) เป็นเพศชาย อายุ 70 ปี วิธีฆ่าตัวตาย คือ ผูกคอตาย (ไปเสียชีวิตที่อำเภอหนองแสง)ปัญหาหาราไม่มีคนดูแล ผู้เสียชีวิตจะไปบวชที่ อำเภอหนองแสง (ไปคนเดียว) ก่อนจะบวชไปผูกคอตายที่ดอนปู่ตา ผลการคัดกรอง พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลศรีธาตุ ช่วงปีงบประมาณ 2564-2566 มีจำนวน 23, 39 และ 123 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นมาก ระบบการดำเนินการเดิม คือปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย มีปัญหาของชุมชน ที่ไม่มีความรู้ ขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในบุคคลที่จะทำร้ายตัวเอง จึงเป็นเหตุผลนำมาซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอำเภอศรีธาตุ ตามระดับความรุนแรง ความยาก-ง่าย ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและตระหนักของชุมชนเป็นอันดับที่ 1 คือ ไม่มีความรู้ในเฝ้าระวัง สังเกต สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบกับปัญหาการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ไม่มีความรู้ ความตระหนักในการเฝ้าระวังสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายในบุคคลที่จะทำร้ายตัวเอง⁵

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีธาตุ ได้มีการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ตามกระบวนการพัฒนากิจกรรมเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยได้จัดทำโครงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย และมีการจัดอบรมเครือข่ายชุมชน ดังนั้นจากการพัฒนาความตระหนักเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายผ่านทางสื่อ ความเชื่อ ความรู้สึก ทศนคติ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในชุมชนของเครือข่ายชุมชนดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลให้ทำการวิจัยในเรื่อง ผลของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อประเมินผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดของการวิจัย

ตัวแปรแทรกแซง คือ แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ของอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การปรับความคิดและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 ให้การปรึกษาการดูแลตามปัญหาของผู้ป่วย

ครั้งที่ 3 วิธีการระบุนามณ์ความคิดผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า นำสู่การแก้ปัญหา

ตัวแปรตาม คือ การประเมินผล ประกอบด้วย

กลุ่มเครือข่าย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของชุมชนในปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

กลุ่มผู้ป่วย ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) สถานที่ศึกษาในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ระหว่างเดือนสิงหาคม 2567-พฤษภาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน⁶ ดังนี้

1. เครือข่ายในชุมชน จำนวน 290 คน ได้แก่ บุคลากรศูนย์สุขภาพชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (8) สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าหรือผู้ดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตาย (37) แกนนำ หมู่บ้านละ 1 คน (8) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (8) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (229)

2. กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 37 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในครอบครัว ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ตามรหัส ICD 10 ได้แก่ F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือผู้มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt)

เกณฑ์คัดออกอาสาสมัคร (exclusion criteria)

1. เครือข่ายในชุมชน ที่ตอบแบบสอบถามไม่ครบ 2 ครั้ง หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
2. กลุ่มตัวอย่างญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า จำนวน 37 คน ที่เป็นดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ที่มีภาวะสติปัญญาช้า และมีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจ และการติดสารเสพติดรุนแรง เป็นต้น ที่ไม่อยู่ในพื้นที่ช่วงที่ศึกษาหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ชุดเครื่องมือ ประกอบด้วย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ กิจกรรมแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของ Grotberg⁷ เป็นองค์ประกอบการสร้างความเข้มแข็งทางใจ ให้สามารถแก้ปัญหา ดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมให้การปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การให้การปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและสิ่งที่ได้เรียนรู้

ครั้งที่ 3 ทักทาย ระบุอารมณ์และทบทวนการบ้าน ให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามและแบบบันทึกข้อมูล จำนวน 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับเครือข่าย มี 4 ส่วน จำนวน 54 ข้อ

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ สุภาพร จันทรสาม⁸ การศึกษาความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย เช่น การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือบ่นวាយอยากตาย เหนงหางอย เศร้าซึม หมดอาลัยตายอยาก โรควึมเศร้าคือ ความเศร้าของคนทั่วไป แต่จะไม่ใช้โรคทางจิตเวช โรควึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้ โรควึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรควึมเศร้า เป็นต้น การตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนเต็ม 20 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับต่ำ (<12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 15 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ จอมขวัญ โยธาสมุทรและคณะ³ เกี่ยวกับปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายของเครือข่าย ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด ด้านการปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง และ ด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือในชุมชน การตอบมี 1-5 ระดับ¹⁰ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹¹ คือ ระดับต่ำ (15.00-35.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน) ระดับสูง (55.01-75.00 คะแนน)

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย จำนวน 20 ข้อ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือบ่นววายอยากตาย เหนงหางอย เศร้าซึม หมดอาลัยตายอยาก โรควึมเศร้าคือ ความเศร้าของคนทั่วไป แต่จะไม่ใช้โรคทางจิตเวช โรควึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้ โรควึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย การตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน การแปลผลคะแนนรวม 20 คะแนน กำหนดการแบ่งค่าร้อยละออกเป็น 3 ระดับ⁹ คือ ระดับต่ำ (< 12 คะแนน) ระดับพอใช้ (12-15 คะแนน) ระดับดี (16 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้า จำนวน 9 ข้อ ประยุกต์จากการศึกษาของ วรินทร์มาศ เกษทองมา¹⁰ ศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า เช่น เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร ช่วงนี้รู้สึกซึมเศร้า ท้อแท้ หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง เป็นต้น การบันทึกระดับความรุนแรงของอาการมี 1-5 ระดับ¹¹ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= เป็นทุกวัน การแปลผลรวม 45 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ (9.00-21.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (21.01-33.00 คะแนน) ระดับสูง (33.01-45.00 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย จำนวน 15 ข้อ ศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติหรือความเชื่อเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เช่น อยากมีชีวิตอยู่ อยากจบชีวิต คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่บอกคนอื่น คนพูดว่าจะฆ่าตัวตายจะไม่ทำจริง คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ เป็นต้น การตอบเป็นระดับทัศนคติมี 1-5 ระดับ¹¹ คือ 1= น้อยที่สุด ถึง 5= มากที่สุด การแปลผลคะแนนรวม 75 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ¹² คือ ระดับต่ำ (15.00-35.00 คะแนน) ระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน) ระดับสูง (55.01-75.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ของแบบสอบถามความตรงที่ได้ไม่สามารถแสดงได้ด้วยค่าสถิติ แต่เป็นความเห็นพ้องต้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามทั้งชุดมีค่า CVI เท่ากับ 1 จึงนำไปใช้ คือแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. การหาค่าอำนาจจำแนกความยากง่ายของแบบทดสอบความรู้ จำนวน 20 ข้อ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน ได้ค่า KR-20 = 0.86

3. การหาค่าเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ผลการทดสอบค่าเชื่อมั่น (alpha) ดังนี้ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตาย = 0.94 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า = 0.82 ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย = 0.87

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนในการรวบรวมข้อมูล จากกลุ่มตัวอย่างจริง รับข้อมูลแบบสอบถามกลับตรวจสอบความถูกต้องลงรหัส ทำการวิเคราะห์ประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ ใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงด้วยค่าความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการของเครือข่าย ทักษะคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล และความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย และสถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย การศึกษานี้ได้รับการรับรองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 11367 วันที่ 14 สิงหาคม 2567

ผลการศึกษา

1. **การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน** กำหนดบทบาทหน้าที่ของเครือข่ายชุมชน ประกอบด้วย

- เจ้าหน้าที่ อปท./อบต./ผู้นำชุมชนและอสม. บทบาทการปฏิบัติงาน ดังนี้ 1) การเฝ้าระวังอาการของความผิดปกติทางจิต 2) สร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่ชุมชน 3) เป็นแกนนำประชาสัมพันธ์การดูแลผู้ป่วยยาเสพติดและจิตเวชในชุมชน 4) สังเกตอาการผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในชุมชน

- บทบาทพนักงานเจ้าหน้าที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ท้องถิ่น และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) ได้แก่ 1) เป็นผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือ 2) การบูรณาการงานส่งเสริมสุขภาพจิตสู่งาน NCD ใช้การคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับการคัดกรองความเสี่ยง NCD ค้นหากกลุ่มเสี่ยงและส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลศรีธาตุแจ้งกลับผู้ป่วยไปยังชุมชน

- พัฒนารูปแบบของญาติ ครอบครัวหรือผู้ดูแล ตามแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ดำเนินการ 3 ครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 1 กิจกรรมให้การปรึกษา โดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

ครั้งที่ 2 การให้การปรึกษาปัญหาของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าและสิ่งที่ได้เรียนรู้

ครั้งที่ 3 ทักทาย ระบุอารมณ์และทบทวนให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม

หลังพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนมีระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในชุมชนโดยเครือข่ายชุมชน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายในชุมชนหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องในชุมชนครบวงจร จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีอาการความรุนแรงลดลง

2. ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายของเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ จากร้อยละ 98.6 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาคือการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ จากร้อยละ 94.1 เป็นร้อยละ 99.7 และน้อยที่สุดคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จแสดงได้ว่าไม่คิดที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ ไม่ควรให้ความใส่ใจ จากร้อยละ 1.7 เป็นร้อยละ 4.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายข้อต่อบุคคล ก่อนและหลังพัฒนา (n=290)

ความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ	140	48.3	148	51.0
2. สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือบ่นว่าอยากตาย เหนงหงอย เศร้าซึม หมดอาลัยตายอยาก	283	97.6	288	99.3
3. โรคซึมเศร้าคือ ความเศร้าของคนทั่วไป แต่ไม่ใช่โรคทางจิตเวช	163	56.2	169	58.3
4. โรคซึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้	280	96.6	289	99.7
5. โรคซึมเศร้าเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ทำให้มีอาการซึมเศร้า ท้อแท้	232	80.0	236	81.4
6. สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรคซึมเศร้า	40	13.8	51	17.6
7. การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ	273	94.1	289	99.7
8. การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถรักษาโรคซึมเศร้าได้	154	53.1	159	54.8
9. การกินยารักษาโรคซึมเศร้าไม่ควรกินต่อเนื่องเพราะจะทำให้เสพติดยา ถ้าอาการดีขึ้นให้หยุดยาได้	27	9.3	39	13.4
10. โรคซึมเศร้าเป็นแค่เพียงความเศร้าไม่ต้องกินยาก็หายเองได้	25	8.6	40	13.8
11. การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ	286	98.6	290	100.0
12. ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นคนหนีปัญหาจึงไม่มีประโยชน์ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	9	3.1	29	10.0
13. การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าคือการลดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	265	91.4	275	94.8
14. คนที่จะสามารถทำการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ต้องเป็นเจ้าของที่โรงพยาบาลเท่านั้น	27	9.3	40	13.8
15. คนที่ป่วยโรคเรื้อรังนานๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าสูง	237	81.7	248	85.5
16. การมีส่วนร่วมสนับสนุนจากผู้นำชุมชนหรือ อสม. ไม่ได้มีอำนาจในการตัดสินใจหรือช่วยนำทางความคิดที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ ได้	31	10.7	43	14.8
17. ความเครียดโดยไม่เจ็บป่วย อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนและการจัดการปัญหาความเครียดได้เฉพาะบุคคลเนื่องจากมีความเข้าใจเชิงทางใจแตกต่างกัน	280	96.6	286	98.6
18. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากความเจ็บป่วยอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้	282	97.2	286	98.6
19. ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งในคนจนหรือผู้มั่งคั่งในความรักเท่านั้น	16	5.5	37	12.8
20. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จแสดงได้ว่าไม่คิดที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ ไม่ควรให้ความใส่ใจ	5	1.7	13	4.5

ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 61.1 เป็น ร้อยละ 87.6 โดยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=7.407, p<0.001$) ดังตารางที่ 2 และตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังอบรม (n=290)

ระดับความรู้ (รวม 20 คะแนน)	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	3	1.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	109	37.6	36	12.4
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	178	61.4	254	87.6

ตารางที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=290)

ความรู้	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	t	P-value
ก่อนการพัฒนา	20	10.53	1.98	-7.407	<0.001*
หลังการพัฒนา	20	11.22	1.91		

*p-value < 0.05, Paired t-test

3. การมีส่วนร่วมของชุมชนในปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย พบว่า หลังการพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.992, p < 0.001$) โดยด้านการปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง ($t = -3.421, p = 0.001$) ด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือในชุมชน ($t = -2.929, p = 0.004$) และด้านการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด ($t = -2.709, p = 0.007$) สำหรับระดับการมีส่วนร่วม หลังพัฒนาเครือข่าย พบว่า มีระดับการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 69.3 เป็นร้อยละ 90.0 ดังตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในปฏิบัติการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวมและรายด้าน ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา (n=290)

การมีส่วนร่วม	ก่อน	หลัง	T	P-value
	Mean±SD	Mean±SD		
ด้านการปฏิบัติต่อบุคคลในครอบครัวหรือญาติใกล้ชิด	19.19±1.62	19.36±1.23	-2.709	0.007*
ด้านการปฏิบัติต่อกลุ่มเสี่ยง	28.61±2.33	28.89±1.90	-3.421	0.001*
ด้านการปฏิบัติการช่วยเหลือในชุมชน	23.71±2.50	23.99±2.03	-2.929	0.004*
รวม	71.51±5.61	72.24±4.81	-3.992	<0.001*

*p-value < 0.05, Paired t-test

ตารางที่ 5 ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรวม ก่อนและหลังการพัฒนา (n= 290)

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน รวม 75 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (15.00-35.00 คะแนน)	25	8.6	5	1.7
ระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน)	64	22.1	27	9.3
ระดับสูง (55.01-75.00 คะแนน)	201	69.3	258	89.0

4. ผลการพัฒนาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือการรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ จากร้อยละ 86.5 เป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาคือโรคซึมเศร้าทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้ จากร้อยละ 83.8 เป็นร้อยละ 97.3 และน้อยที่สุดคือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จแสดงได้ว่าไม่คิดที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ ไม่ควรให้ความใส่ใจ จากร้อยละ 2.7 เป็นร้อยละ 5.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลข้อต่อบุคคล ก่อนและหลังพัฒนา (n=37)

ความรู้	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ในวัยรุ่นและผู้สูงอายุ	5	13.5	9	24.3
2. สัญญาณเตือนอย่างหนึ่งของการฆ่าตัวตายคือบ่นว่าอยากตาย เหนงหงอย เศร้าซึม หมดอาลัยตายอยาก	22	59.5	28	75.7
3. โรควิตกกังวลคือ ความเศร้าของคนทั่วไป แต่จะไม่ใช้โรคทางจิตเวช	28	75.7	33	89.2
4. โรควิตกกังวลทำให้คนคิดฆ่าตัวตายได้	31	83.8	36	97.3
5. โรควิตกกังวลเกิดจากสารเคมีในสมองผิดปกติ ทำให้มีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย	23	62.2	28	75.7
6. สิ่งแวดล้อมรอบตัวไม่ได้เป็นสาเหตุเกี่ยวข้องกับการเป็นโรควิตกกังวล	15	40.5	20	54.1
7. การรักษาโรควิตกกังวลที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ	32	86.5	37	100.0
8. การออกกำลังกายเป็นประจำสามารถรักษาโรควิตกกังวลได้	2	5.4	4	10.8
9. การกินยารักษาโรควิตกกังวลไม่ควรกินต่อเนื่องเพราะจะทำให้เสพติดยา ถ้าอาการดีขึ้นให้หยุดยาได้	4	10.8	5	13.5
10. โรควิตกกังวลเป็นแค่เพียงความเศร้าไม่ต้องกินยาก็หายเองได้	4	10.8	5	13.5
11. การดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรควิตกกังวล การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ	32	86.5	35	94.6
12. ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายเป็นคนที่มีปัญหาจึงไม่มีประโยชน์ที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป	2	5.4	4	10.8
13. การป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าคือการลดอาการรุนแรงของภาวะซึมเศร้า	29	78.4	33	89.2
14. คนที่สามารถทำการส่งเสริมสุขภาพจิตได้ต้องเป็นเจ้าของที่โรงพยาบาลเท่านั้น	2	5.4	4	10.8
15. คนที่ป่วยโรคเรื้อรังนานๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีโอกาสเป็นโรควิตกกังวลสูง	26	70.3	32	86.5
16. การมีส่วนร่วมสนับสนุนจากผู้นำชุมชนหรือ อสม. ไม่ได้มีอำนาจในการตัดสินใจหรือช่วยนำทางความคิดที่อยู่ในชุมชนนั้นๆ ได้	1	2.7	3	8.1
17. ความเครียดโดยไม่เจ็บป่วย อาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนและการจัดการปัญหาความเครียดได้เฉพาะบุคคลเนื่องจากมีความเข้าใจเชิงทางใจแตกต่างกัน	31	83.8	35	94.6
18. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าจากความเจ็บป่วยอาจทำให้คิดฆ่าตัวตายได้	31	83.8	35	94.6
19. ภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ทั้งในคนจนหรือผู้มั่งคั่งในความรักเท่านั้น	2	5.4	3	8.1
20. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จแสดงได้ว่าไม่คิดที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ ไม่ควรให้ความใส่ใจ	1	2.7	2	5.4

หลังการพัฒนาผู้ดูแลมีความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.938, p = 0.003$) และมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 62.2 เป็น ร้อยละ 73.0 ดังตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 คะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=37)

ความรู้	คะแนนเต็ม	\bar{X}	SD	Z	P-value
ก่อนการพัฒนา	20	8.73	3.67	-2.938	0.003*
หลังการพัฒนา	20	10.57	0.98		

*p-value < 0.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

ตารางที่ 8 ระดับความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังอบรม (n=37)

ระดับความรู้ของผู้ดูแล รวม 20 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	4	10.8	0	0.0
ระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	23	62.2	27	73.0
ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	10	27.0	10	27.0

ทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่บอกคนอื่น จาก 4.46 ± 1.07 เป็น 4.68 ± 0.94 รองลงมาคือคนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง จาก 4.38 ± 0.86 เป็น 4.65 ± 0.67 และน้อยที่สุดคือไม่ควรไว้ทุกข์ให้กับคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จาก 1.41 ± 0.68 เป็น 1.54 ± 0.69 ตามลำดับ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลรายข้อ ก่อนกับหลังพัฒนา (n=37)

ทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
1. สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยอยากมีชีวิตอยู่	2.35±0.71	2.49±0.73
2. สังเกตเห็นว่าผู้ป่วยอยากจบชีวิต	3.38±1.13	3.59±1.23
3. คนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่บอกคนอื่น	4.46±1.07	4.68±0.94
4. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย จะไม่ทำจริง	4.08±1.38	4.30±1.35
5. คนพูดว่าจะฆ่าตัวตาย เพียงเพื่อเรียกร้องความสนใจ	4.19±1.15	4.41±1.09
6. คนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง	4.38±0.86	4.65±0.67
7. การฆ่าตัวตายเป็นบาป	2.19±1.28	2.30±1.22
8. การพูดเปิดเผยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นการชี้้นำให้เกิดการฆ่าตัวตาย	3.97±1.06	4.14±0.88
9. คนคิดฆ่าตัวตายมีแต่คนบ้าเท่านั้น	1.43±0.68	1.54±0.69
10. คนคิดและลงมือฆ่าตัวตายคือคนที่อ่อนแอ ชี้อแพ้ ล้มหวัง หนีปัญหา	2.57±0.95	2.68±0.94
11. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตาย จะอับอายขายหน้า ไม่กล้าเผชิญหน้ากับคนอื่น	1.62±0.82	1.76±0.92
12. ไม่ควรไว้ทุกข์ให้กับคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ	1.41±0.68	1.54±0.69
13. คนคิดฆ่าตัวตาย มักคิดว่าอยู่ต่อไปก็ไม่มีจุดหมาย เพราะเข้ากับคนอื่นไม่ได้	3.97±0.83	4.19±0.81
14. ครอบครัวที่มีคนฆ่าตัวตายจะมีคนอื่นในครอบครัวฆ่าตัวตายตามมาด้วย	2.00±0.70	2.14±0.58

หลังพัฒนาผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสถิติ ($t=-3.233$, $p=0.003$) มีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับสูงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75.7 เป็นร้อยละ 83.8 ดังตารางที่ 10 และตารางที่ 11

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลโดยรวม ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา (n=37)

ทัศนคติ	Mean	SD	t	P-value
ก่อนพัฒนา	42.00	4.44	-3.233	0.003*
หลังพัฒนา	44.38	1.93		

*p-value < 0.05, Paired t-test

ตารางที่ 11 ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายของผู้ดูแลโดยรวมก่อนและหลังพัฒนา (n= 37)

ระดับทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย รวม 75 คะแนน	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (15.00-35.00 คะแนน)	0	0.0	0	0.0
ระดับปานกลาง (35.01-55.00 คะแนน)	9	24.3	6	16.2
ระดับสูง (55.01-75.00 คะแนน)	28	75.7	31	83.8

5. ผลการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางซึมเศร้า ท้อแท้ จาก 4.03 ± 1.38 เป็น 4.24 ± 1.36 รองลงมาคือผู้ป่วยบอกว่า ตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง จาก 3.70 ± 1.39 เป็น 4.14 ± 1.41 และน้อยที่สุดคือ ผู้ป่วยมีสีหน้าเบื่อหน่าย ไม่สนใจอยากทำอะไร จาก 3.57 ± 1.06 เป็น 3.84 ± 1.14 ตามลำดับ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย รายข้อ ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา (n=37)

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วย	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา
	Mean±SD	Mean±SD
1. ผู้ป่วยมีสีหน้าเบื่อหน่าย ไม่สนใจอยากทำอะไร	3.57±1.06	3.84±1.14
2. ผู้ป่วยมีสีหน้าท่าทางซึมเศร้า ท้อแท้	4.03±1.38	4.24±1.36
3. ผู้ป่วยหลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป	3.81±1.37	4.03±1.38
4. ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	3.86±1.37	4.03±1.38
5. ผู้ป่วยเบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	3.81±1.37	4.03±1.38
6. ผู้ป่วยบอกว่า ตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	3.70±1.39	4.14±1.41
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือ ทำงาน	3.90±1.41	4.14±1.41
8. พุดซ้ำ ทำอะไรซ้ำจากการสังเกตเห็นว่ากระสับกระส่าย	3.70±1.30	3.92±1.34
9. ผู้ป่วยบอกว่าอยากตาย ถ้าตายไปคงจะดี	3.92±1.42	4.14±1.41

หลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.492, p = 0.017$) และมีความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางลดลง จากร้อยละ 70.3 เป็นร้อยละ 64.9 ดังตารางที่ 13 และตารางที่ 14

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโดยรวม ระหว่างก่อนกับหลังการพัฒนา (n=37)

ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	Mean	SD	t	P-value
ก่อนพัฒนา	36.49	11.81	-2.492	0.017*
หลังพัฒนา	32.32	10.21		

*p-value < 0.05, Paired t-test

ตารางที่ 14 ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวม ก่อนและหลังพัฒนา (n=37)

ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า	ก่อนพัฒนา		หลังพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รวม 45 คะแนน				
ระดับต่ำ (9.00-21.00 คะแนน)	3	8.1	9	24.3
ระดับปานกลาง (21.01-33.00 คะแนน)	26	70.3	24	64.9
ระดับสูง (33.01-45.00 คะแนน)	8	21.6	4	10.8

สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

1. การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า มี 3 กิจกรรม คือ การปรับความคิดและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วย ให้การปรึกษาตามปัญหาของผู้ป่วย และวิธีการระบุนอารมณ์ความคิดผู้ป่วยนำสู่การแก้ปัญหา ทั้งนี้หลังพัฒนาเครือข่าย พบว่า เครือข่ายในชุมชนมีระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย มีการติดตามเยี่ยมบ้าน และเครือข่ายในชุมชนหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่องและหาทางช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยภาวะ

ซึมเศร้าในชุมชนครบวงจร จึงทำให้ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับตีเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรารธนา คำมีสินนท์ และคณะ¹³ พบว่า ปัจจัยปกป้องการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา และเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ จะมีบุคคลในครอบครัวหรือหน่วยงานคอยช่วยเหลือ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ¹⁴ทำการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยจิตเวชด้านความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า โปรแกรมบำบัดรายบุคคลเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดโปรแกรม และการศึกษาของ นารินทร์ จันทร์¹⁵ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชน ก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่า กลุ่มควบคุม

2. ความรู้และการมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มเครือข่าย พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือ การดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าประกอบด้วย การคัดกรอง การประเมินโรคซึมเศร้า การรักษา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจและการเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำ การรักษาโรคซึมเศร้าที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จแสดงได้ว่าไม่คิดที่จะฆ่าตัวตายจริงๆ ไม่ควรให้ความใส่ใจ จึงทำให้หลังการพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก หลังการพัฒนาเครือข่ายมีส่วนร่วมดำเนินงานเพิ่มขึ้นมากที่สุดคือคอยสังเกตลักษณะอาการเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ให้กำลังใจบุคคลรอบข้างญาติมิตรหรือเพื่อนบ้านที่เคยแสดงอาการเสี่ยงภาวะซึมเศร้า และกระตุ้นให้คนในชุมชนตระหนักถึงปัญหา และให้ความสนใจดูแล และเฝ้าระวังซึ่งกันและกัน ไม่ปล่อยปละละเลย จึงทำให้การมีส่วนร่วมของชุมชนในกลุ่มเครือข่ายหลังการพัฒนาโดยรวมเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นงคราญ คชรักษา และ ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ¹⁶ ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย การสร้างเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพและเสริมพลังชุมชน การกำหนดกลยุทธ์การส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดำเนินกิจกรรม และการประเมินผลคุณภาพของรูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมาก หลังการใช้รูปแบบ ประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตในการป้องกันการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

3. ผลการพัฒนากลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้ดูแล พบว่า หลังพัฒนาเครือข่ายมีคะแนนความรู้ความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากหลังพัฒนาผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือคนที่ตั้งใจฆ่าตัวตายจริงจะไม่บอกคนอื่น ระบุว่าคนพยายามฆ่าตัวตายหวังผลที่จะจบชีวิตจริง และไม่ควรวัวทุกข์ให้กับคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จตามลำดับ จึงทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญอย่างมีนัยสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกกับแนวคิดจัดการกับอารมณ์ ได้แก่ แหล่งต้านทานความเครียด ประสบการณ์ชีวิต และความเครียด ส่งผลต่อการมีหรือไม่มีความสุข¹⁷ ซึ่งแสดงถึงภาวะสุขภาพ ผู้ที่สามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข สามารถจัดการกับปัญหาหรือสิ่งเร้าที่เข้ามาในชีวิตได้ ส่วนผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตไม่ดี คือบุคคลที่ไม่สามารถปรับตัว เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบได้ อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิต เกิดปัญหาในด้านต่าง ๆ รวมทั้งอาการซึมเศร้าที่รุนแรง¹⁸ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินทร์มาศ เกษทองมา¹⁰ ได้ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลกกับความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตาย อีกทั้งเป็นตัวทำนายภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ได้ชัดเจน

4. ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า หลังพัฒนากลุ่มผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยความรุนแรงของอาการซึมเศร้าโดยรวมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำที่สุด อธิบายได้ว่า หลังการพัฒนาครั้งนี้ทำให้ความรุนแรงของอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลง ได้แก่ สิ้นหนาท่าทางซึมเศร้าท้อแท้ บอกว่า ตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง และการมีสีหน้าเบื่อหน่าย ไม่สนใจอยากทำอะไร ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹⁹ และการศึกษาที่พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีภาวะซึมเศร้าและมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ²⁰

ข้อสรุป การพัฒนาเครือข่ายในชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น และลดความรุนแรงอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการบริหารจัดการของหน่วยบริการ จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า ที่มีความเหมาะสมและมีระบบการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง จะสามารถช่วยไม่ให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบรุนแรง อันจะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย จากการเป็นหน่วยงานด้านบริการรักษาพยาบาลเป็นการบริการในเชิงรุก ที่เน้นการนำองค์ความรู้และการปฏิบัติจากผลลัพธ์การศึกษามาพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย พร้อมทั้งเสริมสร้างทัศนคติที่ดีแก่ประชาชนในชุมชนเพื่อให้เกิดภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชสารเสพติดเชื่อมโยงกันไปตั้งแต่ระดับประเทศ ส่วนภูมิภาค จนถึงระดับท้องถิ่นชุมชน

2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ควรฝึกอบรมบุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องตามที่กฎหมายกำหนด อาจนำกิจกรรมการพัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายโดยการสนับสนุนทางสังคมจากการศึกษาครั้งนี้ ไปให้ความรู้ การบริการสุขภาพผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าอย่างเหมาะสม ในการดูแล โดยการประสานงาน/ทีมสำรวจ (บำรุงทุกข์ บำรุงสุข) ชุมชน ครอบครัว โดยฝึกทักษะการมีจิตอาสาบริการ เข้าใจผู้ป่วยและครอบครัว และมีการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

3. ด้านผู้ดูแลผู้ป่วย ควรการดำเนินงานส่งเสริมความรู้ การปรับทัศนคติและเพิ่มมาตรการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายกับประชาชนเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยใช้สื่อและเทคโนโลยีต่างๆ เช่น แผ่นพับ และโปสเตอร์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานที่ผ่านมา ยังไม่มีมาตรการสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างเป็นระบบในเรื่องสัญญาณเตือนก่อนการฆ่าตัวตายรวมถึงแนวทางปฏิบัติของบุคคลใกล้ชิดเมื่อพบผู้มีสัญญาณเตือนก่อนฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการติดตามผลการศึกษาแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าครั้งนี้ ใช้เวลา 3 เดือน ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ถ้ามีการนำกิจกรรมการพัฒนานี้ไปใช้ควรมีการติดตามผลการศึกษาต่อไปในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เป็นการติดตามฟื้นฟูการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

1. จรรย์รักษ์ มีวงษ์สม. สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภูมิภาคของประเทศไทยช่วงปีพ.ศ. 2555 – 2559. [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต] สาขานิติวิทยาศาสตร์ คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2563.
2. สุธิดา พลพิพัฒน์พงศ์. ความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
3. จอมขวัญ โยธาสมุทร, ธีระ ศิริสมุด, รุ่งนภา คำผาง, สุทธิษา สมณา, ยศ ตีระวัฒนานนท์, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส. รายงานโครงการพัฒนาและประเมินผลมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.hitap.net>
4. ศุภรา เอื้ออภิสิทธิ์วงศ์, ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ. แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์; 2560.
5. โรงพยาบาลศรีธาตุ. สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายและความสำคัญของปัญหาโรคซึมเศร้าในอำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 7 พฤษภาคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.srithathospital.com/index.php>
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์, 2557.
7. ธัญชนก จิงา, ศรีแพร เข็มวิชัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อการเห็นคุณค่าในตนเองและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 2563;14(1):1-9.
8. สุภาพร จันทร์สาม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช; 2560.
9. Bloom BS, Madaus GF, Hastings JT. Hand Book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill; 1997.
10. วรินทร์มาศ เกษทองมา. ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์ชีวิต ความเข้มแข็งในการมองโลก การเผชิญปัญหา และความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ในบุคคลที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2565.
11. Likert R. "The Method of Constructing an Attitude Scale," Reading in Attitude Theory and Measurement. edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley & Son; 1967.
12. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc. ; 1977.
13. ปรรณนา คำมีสินนท์, พรดสิต คำมีสินนท์, จิตภินันท์ ไชศรีศรีหิรัญ, เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า, สุนันทา คำชมพู, วัชรวิทย์ เสาร์แก้ว. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย 2563;1(1):25-40.
14. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, สาคร บุปผาเฮ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563;28(1):86-98.

15. นารีรัตน์ จันทะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี. วารสารอนามัย สิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2565;7(3):78-87.
16. นงคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดย กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนารี 2563;47(2):446-63.
17. Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, LindströmB. The Handbook of Salutogenesis. Bethesda: National Center for Biotechnology Information, 2017.
18. WHO. Suicide in the world. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 2019. [Cited 2023, Jan, 19]. Available from: <https://www.who.int>
19. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกุลพรรณ, พรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความ เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร 2561;45(4):144-58.
20. เบญจมาภรณ์ รุ่งแสง, สายสุดา โภชนาภรณ์. ความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้พยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2563;15(3):190-94.