



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
โรงพยาบาลกระแสดินธุ์

Development of a Suicide Prevention Surveillance Model in Patients with  
Depression at Krasaesin Hospital

นันวลัย ไชยสวัสดิ์<sup>1\*</sup>

Nanvalai Chaisawat<sup>1\*</sup>

(Received: September 10, 2025; Revised: January 27, 2026; Accepted: January 30, 2026)

บทคัดย่อขยาย

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูง การพัฒนาแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทหน่วยบริการจึงมีความจำเป็น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสดินธุ์

วิธีการวิจัย การวิจัยและพัฒนา แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) ศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายและการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 14 คน และการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต จำนวน 10 คน แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักจิตวิทยา และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชปฐมภูมิ 5 แห่ง 2) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 3) ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 34 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Paired Sample t-test และประเมินประโยชน์และคุณค่าของรูปแบบ

<sup>1</sup>โรงพยาบาลกระแสดินธุ์

<sup>1</sup>Krasaesin Hospital

\*Corresponding Author: Krasaesinsuksa@gmail.com



**ผลการวิจัย** พบว่า การคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังขาดความเป็นระบบ ปัจจัยที่มีผล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม รูปแบบช่วยพัฒนาศักยภาพบุคลากร คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมเครือข่ายครอบครัวและชุมชน จัดการข้อมูลสุขภาพจิต ดูแลรายบุคคล ติดตามป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และใช้เทคโนโลยี หลังการนำรูปแบบไปใช้ พบว่า ภาวะซึมเศร้าลดลง จาก  $2.68 \pm 0.72$  เป็น  $0.52 \pm 0.83$ , ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง จาก  $1.59 \pm 0.65$  เป็น  $0.38 \pm 0.49$  และ พฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จาก  $77.32 \pm 7.17$  เป็น  $86.21 \pm 4.98$  มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) รูปแบบมีประโยชน์ในการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**สรุปและข้อเสนอแนะ** รูปแบบเหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน มีประสิทธิภาพลดภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพิ่มพฤติกรรมป้องกัน ช่วยพัฒนาศักยภาพบุคลากร ติดตามผู้ป่วยรายบุคคล และส่งเสริมการมีส่วนร่วม ควรนำรูปแบบไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและชุมชน

**คำสำคัญ:** โรคซึมเศร้า, ฆ่าตัวตาย, การเฝ้าระวัง, การป้องกัน, การพัฒนารูปแบบ

### Extended Abstract

**Background and Objectives** Suicide is a significant public health issue, particularly among patients with depression who are at high risk. Therefore, developing a model for suicide prevention surveillance that is appropriate for the service unit context is necessary. This study aimed to examine the situation and factors affecting suicide, develop a model for suicide prevention surveillance, and evaluate the model's effectiveness in patients with depression at Krasaesin Hospital.

**Methods** The research and development process was divided into three steps: 1) Study the situation and factors affecting suicide and a suicide prevention surveillance model through in-depth interviews with 14 patients aged 15 years and older with a history of suicide attempts and focus group discussions with 10 mental health service providers, including doctors, pharmacists, psychiatric nurses, home visit nurses, psychologists, and primary care psychiatric nurses from five facilities; 2) Develop a model for suicide prevention surveillance based on qualitative data analysis; 3) Test and evaluate the effectiveness of the model in 34 patients with depression, collecting pre- and post-test data using the 9Q Depression Screening Questionnaire, the 8Q Suicide Risk Assessment, and the



Suicide Prevention Behavior Questionnaire. Data were analyzed using the paired sample t-test, and the benefits and value of the model were assessed.

**Results** Research findings indicated that the screening and assessment of suicide risk still lack a systematic approach. The influencing factors included personal factors, experiences, health, and environment. The model assisted in developing staff capabilities, screening at-risk groups, promoting family and community networks, managing mental health data, providing individual care, following up to prevent recurrence, and utilizing technology. After implementing the model, depression levels decreased from  $2.68 \pm 0.72$  to  $0.52 \pm 0.83$ , suicide risk decreased from  $1.59 \pm 0.65$  to  $0.38 \pm 0.49$ , and suicide prevention behaviors increased from  $77.32 \pm 7.17$  to  $86.21 \pm 4.98$ , with statistical significance ( $p < .001$ ). The model was beneficial for systematic surveillance and enhancing confidence in caring for patients with depression.

**Conclusion and Recommendations** The model is suitable for the context of community hospitals. It is effective in reducing depression and suicide risk and increasing preventive behaviors. It helps develop staff potential, monitor individual patients, and promote participation. The model should be implemented in the development of health service systems and communities.

**Keywords:** Depression, Suicide, Surveillance, Prevention, Model Development

## บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก โดยองค์การอนามัยโลกรายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลกอยู่ที่ประมาณ 9 - 10 ต่อประชากรแสนคน และยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน (World Health Organization [WHO], 2023) โดยในช่วงปี ค.ศ. 2020 ความถี่ของการฆ่าตัวตายเพิ่มเป็นประมาณ 1 รายในทุก 20 วินาที ส่งผลให้อัตราการฆ่าตัวตายเฉลี่ยอยู่ที่ 10.7 ต่อประชากรแสนคน เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าเพศหญิงประมาณ 3 - 4 เท่า และพบมากในกลุ่ม วัยหนุ่มสาวและวัยทำงาน โดยเฉพาะช่วงอายุ 15 – 35 ปี ซึ่งจัดเป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของกลุ่มอายุดังกล่าว นอกจากนี้ กว่าร้อยละ 70 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้า ซึ่งถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด (WHO, 2021) สำหรับภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกตะวันตก พบว่ามีสัดส่วนการฆ่าตัวตายรวมกันมากกว่าร้อยละ 50 ของทั่วโลก และผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 8 - 12 เท่า สอดคล้องกับรายงานขององค์การอนามัยโลกและข้อมูลการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในประเทศไทย



(WHO, 2022) ในประเทศไทย อัตราการฆ่าตัวตายอยู่ที่ประมาณ 6 – 7 ต่อประชากรแสนคน โดยเพศชายและกลุ่มวัยทำงานอายุ 20 - 59 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปประมาณ 10 - 20 เท่า (Department of Mental Health, 2022) (b) และผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสกลับมาพยายามฆ่าประมาณร้อยละ 20 - 30 หากไม่ได้รับการเฝ้าระวังและดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ (Department of Mental Health, 2023)

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ โดยก่อให้เกิดภาวะโศกเศร้า ความเครียดทางจิตใจ และความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตในผู้ใกล้ชิด รวมถึงลดความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพและเพิ่มภาระทางเศรษฐกิจและสังคมในระยะยาว (Hawton & Williams, 2022) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายหรือมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดเหตุซ้ำ หากไม่ได้รับการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในบริบทโรงพยาบาลชุมชนที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากร ดังนั้น การเฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบจึงมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ติดตาม และเชื่อมโยงการดูแลระหว่างหน่วยบริการ ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างยั่งยืน (Bohanna & Wang, 2021) การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดจากปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความคิดและประวัติการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การขาดทักษะการจัดการตนเอง และการใช้สารเสพติด ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม เช่น การขาดการสนับสนุน ความขัดแย้งในครอบครัว และการตีตราทางสังคม รวมถึงปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการล่าช้า การติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง และการสื่อสารระหว่างหน่วยบริการที่ไม่ครบถ้วน ซึ่งล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ (Franklin et al., 2022) แม้ว่าหน่วยบริการสุขภาพจะมีแนวทางคัดกรองและดูแลกลุ่มเสี่ยงอยู่แล้ว แต่ยังพบช่องว่างสำคัญของระบบเฝ้าระวัง ได้แก่ การขาดรูปแบบที่เป็นระบบและสอดคล้องกับบริบท โรงพยาบาลชุมชน ตลอดจนข้อจำกัดด้านความต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการบูรณาการทีมสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้การเฝ้าระวังยังไม่สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Hawton & Williams, 2022) ช่องว่างดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เหมาะสมกับบริบทโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเพิ่มความปลอดภัยและลดการสูญเสียอย่างยั่งยืน โดยมุ่งเน้นการพัฒนารูปแบบบนฐานบริบทจริงของหน่วยบริการสุขภาพ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นควรผ่านกระบวนการศึกษาสภาพการณ์ วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ออกแบบรูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เพื่อให้ได้รูปแบบการเฝ้าระวังที่มีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง และมีประสิทธิผลในการลดความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (WHO, 2021; Turecki



et al., 2021) ดังนั้น จากความสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและช่องว่างของระบบ เฝ้าระวัง จึงมีการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพการณ์และปัจจัยที่มีผลกระทบต่ออาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในด้านมีประโยชน์ ด้านมีคุณค่า ผลที่คาดหวัง คือ การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงชัดเจน เป็นระบบ และสามารถประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งจะช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล เสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ลดความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และสนับสนุนการขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับพื้นที่ (Department of Mental Health, 2023)

ในเขตสุขภาพที่ 12 จังหวัดสงขลา แม้ภาพรวมอัตราการฆ่าตัวตายยังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด แต่อัตราการฆ่าตัวตายในช่วงปี พ.ศ. 2564 - 2566 อยู่ที่ 6.11, 4.06 และ 4.47 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Regional Health Statistics Office 12 Songkhla, 2023) ขณะที่โรงพยาบาลกระแสสินธุ์พบอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในจังหวัด โดยมีอัตรา 7.85, 20.04 และ 20.23 ต่อประชากรแสนคน และมีจำนวนผู้ป่วย โรคซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 0.95, 1.04 และ 1.08 ของประชากรทั้งหมด (Krasaesin Hospital, 2023) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงแนวโน้มความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดของระบบเฝ้าระวัง เช่น การขาดรูปแบบที่เป็นระบบ การติดตามเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง การประเมินภาวะวิกฤตที่ไม่ทันท่วงที และการเชื่อมโยงส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ โดยมุ่งเน้นการบูรณาการการดูแลทั้งเชิงรับภายในสถานบริการสุขภาพและเชิงรุกในระดับชุมชน เพื่อเสริมสร้างระบบการเฝ้าระวังป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลกระแสสินธุ์
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสสินธุ์
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโรงพยาบาลกระแสสินธุ์



### กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-Management) (Kanfer & Gaelick – Bays, 1991) และการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) โดยประกอบด้วย 4 มิติหลัก (Berkman & Glass, 2000) ความผูกพัน (Attachment) การมีส่วนร่วมในสังคม (Social Integration) การยืนยันคุณค่า (Reassurance of Worth) โอกาสในการดูแลและเลี้ยงดู (Opportunity for Nurturance) ประกอบด้วย 1) สภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลและการเฝ้าระวังป้องกัน 2) พัฒนารูปแบบ 3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ (Figure 1)

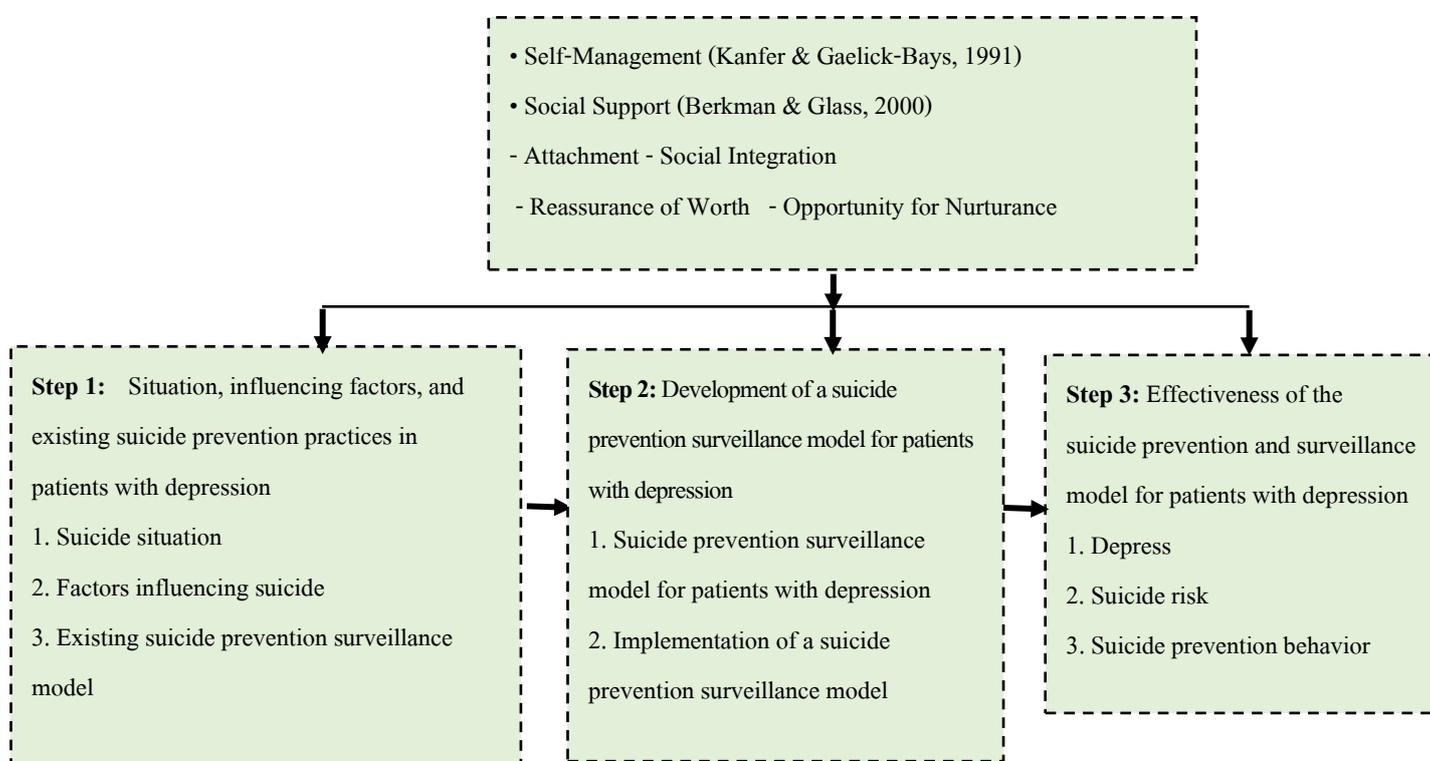


Figure 1 Conceptual framework with lean principles

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร วิธีเชิงคุณภาพ มีขั้นตอนดังนี้



### วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) รายงานการเข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า และผลการปฏิบัติงานเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า จากฐานข้อมูลโรงพยาบาลกระแสนินธุ์
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ ตามหัวข้อ สภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบ และการเฝ้าระวังป้องกันที่มีอยู่แล้ว จึงนำมาสังเคราะห์เพื่อนำมาพิจารณาและยกร่างเป็นรูปแบบและคู่มือการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

### วิธีเชิงคุณภาพ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ และผู้ให้บริการสุขภาพจิตโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 แห่ง

#### ผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย 2 กลุ่ม

1. ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2567 จำนวน 14 คน คัดเลือกจากทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ (Krasaesin Hospital, 2023) โดยมีเกณฑ์คัดเลือกคือ ได้รับการวินิจฉัย โรคซึมเศร้าตามเกณฑ์แพทย์ (ICD-10: F32–F33) อายุ 15 ปีขึ้นไป มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง อยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ให้บริการสุขภาพจิต จำนวน 10 คน ประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักจิตวิทยา และผู้รับผิดชอบงานจิตเวชของหน่วยบริการปฐมภูมิ 5 แห่ง โดยมีเกณฑ์คัดเลือก คือ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตอย่างน้อย 2 ปี ปฏิบัติงานในพื้นที่ศึกษาอย่างต่อเนื่อง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คัดเลือกจากรายงานการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกกึ่งโครงสร้างกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายโดยผู้วิจัยสร้างคำถามจากการทบทวนเอกสาร มีคำถามหลักเพียงข้อเดียวคือ “ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านพยายามฆ่าตัวตาย” พร้อมคำถามกระตุ้นเพิ่มเติมเพื่อสำรวจปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้จะใช้ระบุปัจจัยที่มีผลและประสบการณ์ตรงเพื่อออกแบบรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย



2. ใช้แบบการสนทนากลุ่ม กับผู้ให้บริการสุขภาพจิต โดยผู้วิจัยสร้างคำถามจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถาม จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ "ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย" และ "ท่านคิดว่า มีวิธีการอย่างไรในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า" คำถามทั้งสองครอบคลุมประเด็นสำคัญที่ใช้วิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย

### 3. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 ท่าน อาจารย์ด้านจิตเวช 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน ประเมินความเหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองใช้กับพยาบาลรับผิดชอบงานจิตเวชหน่วยบริการปฐมภูมิ 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจในแต่ละคำถาม ก่อนนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วม จำนวน 3 คน เพื่อประเมินความเข้าใจและความเหมาะสมของแนวคำถาม ผลพบว่าผู้ป่วยเข้าใจคำถามโดยรวม แต่บางคำถามยังกว้างเกินไป จึงมีการปรับแก้ให้กระชับ ใช้ภาษา ย่อยง่ายขึ้น และเพิ่มคำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอธิบายปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคมได้ครบถ้วน ก่อนนำเครื่องมือไปใช้จริงในการเก็บข้อมูล

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 14 คน ดำเนินการสัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชและนักจิตวิทยาที่มีความเชี่ยวชาญและผ่านการอบรมด้านการให้คำปรึกษา ก่อนการสัมภาษณ์ มีการสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูล โดยอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขอความร่วมมือ และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์จัดขึ้นในห้องให้คำปรึกษาที่เป็นส่วนตัว เพื่อสร้างความรู้สึกปลอดภัยและรักษาความลับ แนวทางการสัมภาษณ์เริ่มจากคำถามปลายเปิด “ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรบ้างที่ทำให้ท่านพยายามฆ่าตัวตาย” และใช้คำถามกระตุ้นเพิ่มเติมเพื่อขยายประเด็นในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ครอบครัว สังคม และประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที พร้อมขออนุญาตจดบันทึกประเด็นสำคัญเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง โดยจัดกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต ให้ข้อมูล 10 คน ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมแสดงความคิดเห็นตามแนวคำถาม 2 ข้อ ได้แก่ “ท่านคิดว่าปัจจัยอะไรที่ทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย” และ “ท่านคิดว่ามีวิธีการอย่างไรในการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” และทบทวนการเฝ้าระวังป้องกันที่มีอยู่แล้ว เพื่อนำมาปรับปรุง มีผู้จัดบันทึก 1 คน และ



ขออนุญาตบันทึกเสียงการสนทนา หลังการสนทนา ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญและให้ผู้เข้าร่วมตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลไปถอดเทปแบบคำต่อคำเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธี การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) (Crabtree & Miller, 1992) โดยการจัดเพิ่มข้อมูล การจัดประเภท และการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ เพื่อตรวจสอบและตีความข้อมูลอย่างเป็นระบบ ได้มีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Verification) และยืนยันความน่าเชื่อถือ (Trustworthiness) โดยให้ผู้เข้าร่วมตรวจสอบข้อมูล การบันทึกและถอดเทปแบบคำต่อคำ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและการวิจัย เพื่อให้มั่นใจว่าการวิเคราะห์สะท้อนข้อมูลจริงและลดอคติของผู้วิจัย

### ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการโดยการจัดสนทนากลุ่ม จำนวน 1 ครั้ง ณ ห้องประชุม โรงพยาบาลกระแสนินทร์ ใช้ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง ผู้เข้าร่วมสนทนาเป็นผู้ให้บริการด้านสุขภาพจิต จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพจิตเวช พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักจิตวิทยา และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชปฐมภูมิ 5 แห่ง ผู้เข้าร่วมสนทนามีคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านจิตเวชไม่น้อยกว่า 2 ปี และไม่มีผู้ป่วยเข้าร่วมการสนทนา ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนา และมีผู้จดบันทึก จำนวน 1 คน โดยมีการบันทึกเสียงตลอดการสนทนา หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้เข้าร่วมทุกคน หลังการสนทนา ผู้วิจัยทำการสรุปประเด็นสำคัญ และนำกลับไปให้ผู้เข้าร่วมสนทนาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นจึงถอดเทปการสนทนาแบบคำต่อคำ เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการสังเคราะห์รูปแบบ หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยการจัดกลุ่มประเด็นสำคัญ การเชื่อมโยงข้อมูล และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลกระทบ และกระบวนการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีอยู่ในหน่วยบริการ จึงสังเคราะห์ผลการวิเคราะห์เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยนำร่างรูปแบบดังกล่าวกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อยืนยันความสอดคล้องกับบริบทและความคิดเห็นของกลุ่มเป้าหมาย

4. นำร่างรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 3 คน ได้แก่ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา และพยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชปฐมภูมิ ผลการตรวจสอบพบว่า



รูปแบบมีความครอบคลุมตั้งแต่การสังเกตพฤติกรรม การประเมินอารมณ์และอาการซึมเศร้า การมีส่วนร่วมของทีมนิสิตวิชาชีพ และการเชื่อมโยงเครือข่ายสังคม พร้อมทั้งใช้เครื่องมือประเมินที่เหมาะสม ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มความถี่ในการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เสริมทักษะการสังเกตสัญญาณเตือน การสื่อสารกับผู้ป่วย และพัฒนาคู่มือการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจน เข้าถึงได้สำหรับบุคลากรทุกระดับ

5. นำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไปประเมินความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย อาจารย์ด้านจิตเวช และพยาบาลเชี่ยวชาญด้านจิตเวช ใช้แบบประเมินที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การตรวจสอบ ความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence:  $IOC \geq 0.67$ ) และการประเมินระดับ ความคิดเห็น ใช้มาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต 5 ระดับ ผลการประเมินพบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และให้ประโยชน์ต่อผู้รับบริการร้อยละ 100 ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มความถี่ในการติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง และปรับปรุงคู่มือการปฏิบัติงานให้ชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงรูปแบบเพื่อให้เหมาะสมต่อการนำไปใช้จริง

6. นำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3  
ขั้นตอนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ดำเนินการโดยใช้ ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยใช้ การออกแบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) ซึ่งจัดเป็น pre-experimental design เนื่องจากไม่มีการสุ่มตัวอย่างแบบ random assignment และไม่มีการกำหนด กลุ่มควบคุม การออกแบบนี้ช่วยเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้รูปแบบแต่ไม่สามารถสรุป ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้แน่นอน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลกระแสนินทร์ ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 หรือ DSM-5 (รหัส F32.0-F39.0) จำนวน 154 คน ครอบคลุมทั้งเพศชายและเพศหญิง

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคซึมเศร้า ไม่มีอาการทางจิตกำเริบ ไม่มีโรคร่วมหรือภาวะทางกายและจิตที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น โรคจิตเภท ภาวะใช้สารเสพติด หรือ โรคร้ายแรงอื่น และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สามารถเข้าร่วมได้ภายใต้การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด



**เกณฑ์การคัดออก** ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง มีความผิดปกติทางระบบประสาท หรือไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือ ขอดอนตัว การศึกษานี้ไม่จำกัดช่วงอายุ และใช้คะแนนการประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบการพิจารณาในการคัดเลือกและประเมินผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรงพยาบาลกระแสนินธุ์ จังหวัดสงขลา ในปี พ.ศ. 2567 ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคซึมเศร้า (Depressive Disorder) ตามรหัสวินิจฉัย F32.0 – F39.0 ตามเกณฑ์การจำแนกโรคของ ICD – 10 หรือ DSM – 5 การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้โปรแกรม G\*Power Analysis (Faul et al., 2007) โดยเลือกการทดสอบแบบ t-test สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดค่าอิทธิพลขนาด ปานกลาง (effect size) เท่ากับ 0.50 ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยที่ใช้กลุ่มตัวอย่างแบบวัดซ้ำสามารถกำหนดค่าอิทธิพลตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน (Cohen, 1977) เนื่องจากไม่สามารถควบคุมการถอนตัวของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลองได้ ผู้วิจัยจึง เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 34 คนดังสูตร (Jirawattankul, 2013)

$$n = \frac{27}{(1-.1)^2} = 33.33$$

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสนินธุ์ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากผลการดำเนินการวิจัยในขั้นตอนที่ 2 โดยอาศัยการสังเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมโดยผู้เชี่ยวชาญก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือจำนวน 4 ชนิด ดังนี้

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง เพื่อใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย รวมจำนวน 6 ข้อ เป็นลักษณะคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ



2.2 แบบสอบถามคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ การแปลผล < 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย 13 - 18 มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง  $\geq 19$  มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง

2.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นแบบประเมินมาตรฐานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สำหรับประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีจำนวน 8 ข้อคำถาม โดยแบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 0 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย 1 - 8 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับรุนแรง  $\geq 17$  คะแนน

2.4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยใช้ แนวคิดการดูแลตนเอง (Self-care Theory) และ แนวคิดการป้องกันการฆ่าตัวตายเชิงพฤติกรรม (Suicide Prevention Behavior Framework) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ การสังเกตและรับรู้สัญญาณเตือนของตนเอง การจัดการอารมณ์และความเครียดอย่างเหมาะสม การแสวงหาความช่วยเหลือและการใช้แหล่งสนับสนุน และการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการดูแลตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็น แบบประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติบ่อยมาก 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง 2 คะแนน ปฏิบัติน้อย 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติเลย 0 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงอยู่ในระดับดี และมีการนำไปใช้ในสถานบริการสุขภาพจิตทั่วประเทศ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือดังกล่าวโดยไม่ดัดแปลงข้อความหรือโครงสร้างของแบบประเมิน จึงอ้างอิงค่าความเที่ยงจากเอกสารต้นฉบับ เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ผู้วิจัยได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเพิ่มเติม พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช อาจารย์พยาบาลจิตเวช และพยาบาลผู้ชำนาญการ ด้านสุขภาพจิต ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละข้อคำถาม โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนระดับ ความเหมาะสมตั้งแต่ 1 = ไม่เหมาะสม ถึง 4 = เหมาะสมมาก ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนี



ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.85 และทุกรายข้อมีค่า CVI ตั้งแต่ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ขั้นต่ำที่กำหนดไว้ที่ 0.70 (Waltz et al., 2010)

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างนำร่องจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาหลัก ผลการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) มีค่า = 0.89 แสดงว่าแบบสอบถามมีความสอดคล้องภายในสูงและมีความเที่ยงอยู่ในระดับดี ( $\geq 0.70$ )

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. ชี้แจงลักษณะงานวิจัย รูปแบบการเฝ้าระวัง วิธีเข้าร่วม และการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ช่วยผู้วิจัย พร้อมลงลายมือชื่อยินยอม
3. สร้างสัมพันธภาพ อธิบายขั้นตอนกิจกรรม และตอบข้อสงสัยของกลุ่มตัวอย่าง
4. Pre-test กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินความเครียดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย

#### ขั้นทดลอง

ในระยะทดลองใช้รูปแบบ ผู้ให้บริการได้ดำเนินการตามรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ อย่างต่อเนื่องตลอดช่วงการศึกษา โดยมีโครงสร้างการดำเนินงานที่ชัดเจน ประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลคลินิกสุขภาพใจ นักจิตวิทยา และพยาบาลรับผิดชอบงานจิตเวชปฐมภูมิ ทำงานร่วมกันภายใต้บทบาทหน้าที่ที่กำหนด ระหว่างการทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการทดลอง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย การแจกแผ่นพับการประเมินตนเอง สัญญาณเตือน และการจัดแสดงป้ายประชาสัมพันธ์ในคลินิกสุขภาพใจ

**ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองและประเมินความเครียด** พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพใจ 2 ท่าน เป็นผู้ดำเนินการคัดกรองผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย คลินิกสุขภาพใจ โรงพยาบาลกระแสสินธุ์ ใช้เวลาประมาณ 15 – 20 นาทีต่อราย เพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงและจัดกลุ่มผู้ป่วย



**ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนและให้การดูแลรายบุคคล** แพทย์และพยาบาลจิตเวชร่วมกันจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามระดับความเล็งขง ประกอบด้วยการรักษาด้วยยา การให้คำปรึกษาทางจิตใจ และการจัดสิ่งแวดลอมที่ปลอดภัย ดำเนินการในช่วงการรับบริการตามปกติ ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีต่อราย

**ขั้นตอนที่ 3 การติดตามและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง** พยาบาลจิตเวชและพยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชหน่วยบริการปฐมภูมิ ดำเนินการติดตามอาการผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการทุกสัปดาห์ และการเยี่ยมบ้านภายใน 1 เดือนในรายที่มีความเสี่ยงสูง การติดตามแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 – 30 นาที

**ขั้นตอนที่ 4 การประสานเครือข่ายและการสนับสนุนจากครอบครัว** ทีมสหวิชาชีพให้ข้อมูลและเสริมสร้างความเข้าใจแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนและการดูแลผู้ป่วย พร้อมทั้งประสานเครือข่ายชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อร่วมกันเฝ้าระวังและส่งต่อเมื่อพบความเสี่ยง ดำเนินการควบคู่ไปกับการติดตามผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการทดลอง

**ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการดำเนินงาน** เมื่อสิ้นสุดระยะทดลองใช้รูปแบบ ผู้วิจัยประเมินผลลัพธ์โดยการเปรียบเทียบระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เพื่อสะท้อนประสิทธิผลของรูปแบบการเฝ้าระวังที่พัฒนาขึ้น

#### **ขั้นหลังการทดลอง**

1. ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างชุดเดิมได้รับการประเมินผลหลังการทดลอง (Post-test) โดยทำแบบสอบถามชุดเดิมเป็นครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายหลังการใช้รูปแบบ

2. ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ โดยผู้รับผิดชอบงานจิตเวชทั้ง 10 คน ประเมินหลังนำรูปแบบไปใช้ในด้านประโยชน์และด้านคุณค่า

#### **การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบก่อนและหลัง (Pre-test vs. Post-test) วิเคราะห์โดยใช้ Paired Sample t-test ตัวแปรเชิงปริมาณต่อเนื่อง คือ คะแนนซึมเศร้า คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย ข้อมูลเป็นคู่ แต่ละค่าตรงกันระหว่างชุดข้อมูลสองชุด ความต่างระหว่างคู่ตัวอย่างมีการแจกแจงใกล้เคียงปกติ (Shapiro-wilk, sig = .973, .212) ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001



### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดสงขลา (เลขที่รับรอง 23 ลงวันที่ 17 มกราคม 2567) ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัยก่อนตัดสินใจเข้าร่วม โดยเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลส่วนบุคคลได้รับการเก็บรักษาเป็น ความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตน

### ผลการวิจัย

**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการ ฆ่าตัวตาย

1. ผลจากการศึกษาสภาพการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า การคัดกรองและ ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายยังขาดรูปแบบ การเฝ้าระวังป้องกัน การติดตามต่อเนื่อง และการ เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีความชัดเจน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วย ขาดความต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 154 คน ร้อยละ 1.18 ของประชากร 13,000 คน และมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 คน ร้อยละ 1.95 สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหา ได้แก่ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย การขาดการ สนับสนุนทางสังคม และช่องว่างของระบบติดตามดูแลที่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้การเฝ้าระวังและป้องกันการ ฆ่าตัวตายยังไม่สามารถตอบสนองต่อความเสี่ยงของผู้ป่วยได้

2. จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 14 คน พบว่า เป็นเพศหญิง 11 คน และเพศชาย 3 คน ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 – 20 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือช่วงอายุ 21 – 30 ปี จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 35.7 และอายุมากกว่า 30 ปี จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 14.3 วิธีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ การรับประทานยาเกินขนาด จำนวน 11 คน รองลงมาคือรับประทานยาเกินขนาดร่วมกับการกรีดแขน จำนวน 2 คน และการรับประทานสารเคมี จำนวน 1 คน สาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากการทะเลาะกับบุคคลอันเป็นที่รัก จำนวน 9 คน รองลงมาคือปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จำนวน 3 คน และปัญหาเศรษฐกิจ จำนวน 2 คน พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัย ด้านประสบการณ์ ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีความสัมพันธ์และส่งผลร่วมกันต่อ ความเสี่ยงในการพยายาม ฆ่าตัวตาย ดังแสดงใน Table 1

**Table 1** Results of the Analysis of Factors Influencing Suicide among Patients with Suicide Attempts

Personal Factors	Experiential Factors	Health Factors	Environmental Factors
- is easily anxious	- has attempted suicide	- having depression	- family disruption
- has a habit of overthinking	before	and anxiety disorders	- living in a family with lack of bonding
- a person who feels worthless	- a family member has a history of suicide	- uses drugs and alcohol	- poor family relationships
	- loss of a loved one	- presence of chronic or incurable disease	- has no one to talk to
			- facing financial problems
			- unemployment
			- has no friends and is frequently bullied

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย พบว่าผู้ป่วยมีความรู้สึกสิ้นหวัง หน้อยล้ำ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า และขาดการสนับสนุนทางอารมณ์จากบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยส่วนใหญ่บอกว่าไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกกับครอบครัวหรือบุคคลอื่นเป็นที่รักได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและความกดดันสะสม จนนำไปสู่ความคิดและพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีความเครียดเรื้อรังจากปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาทางเศรษฐกิจ และการเจ็บป่วยทางจิต โดยขาดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ส่งผลให้ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบได้ และเพิ่มความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ดังคำกล่าวที่ว่า

“รู้สึกเหนื่อยมาก เหมือนไม่มีใครเข้าใจ ต่อให้พูดไปก็ไม่มีใครฟัง”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 3)

“ทะเลาะกับคนที่รักบ่อย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่า เลยคิดว่าไม่อยากอยู่แล้ว”

(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

ผลการวิเคราะห์จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการสุขภาพจิต พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังแสดงใน Table 2



**Table 2** Results of the Analysis of Factors Related to Suicide among Patients with Depression by Service Providers

Personal Factors	Experiential Factors	Health Factors	Environmental Factors
- severe depression and high-risk delusions	- has attempted suicide before	- other psychiatric disorders, such as	- family disruption
- lacks skills to cope with stress or challenging situations	- loss of a loved one	anxiety disorders or	- poor family relationships
- experienced childhood abuse	- has a history or thoughts of suicide	substance use	- financial problems
	- has experienced various forms of psychological disorders		- has no friends and is frequently bullied
			- access to drugs or toxic substances
			- hearing about suicide in the media
			- lack of social support from friends

จากการสนทนากลุ่ม ผู้ให้บริการสุขภาพจิต พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง ความคิดหลงผิด ขาดทักษะในการรับมือความเครียด เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มีโรคทางจิตเวชร่วม และปัญหาครอบครัว เป็นผลรวมของปัจจัยต่างๆ การเฝ้าระวังป้องกันจึงควรออกแบบให้ครอบคลุมทั้งบุคคล ประสิทธิภาพ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม เพื่อเพิ่มความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

### 3. การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสนินทร์ ดัง Table 3

**Table 3** Methods for Suicide Prevention Monitoring in Patients with Depression

Method	Surveillance and Prevention
- observation of patient changes (warning signs)	- talking about death or wanting to disappear, social withdrawal, insomnia, loss of appetite, and giving away treasured belongings or saying goodbye
- understanding communication	- listening without judgment or coercion, speaking in a calm tone, and showing concern while allowing patients to express their feelings
- help-seeking promotion	-encouraging participation in therapy groups and referring to the mental health hotline 1323
- managing a safe environment	- removing sharp objects, medications, and other potentially dangerous items from the home, and not leaving the patient alone if at high risk
- providing encouragement and hope	- acknowledging the patient's small achievements, emphasizing that recovery is possible, and encouraging participation in previously enjoyed activities



Method	Surveillance and Prevention
- collaboration with the multidisciplinary team	- coordinating referral and psychiatric consultation

จากผลการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต พบว่า การเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังขาดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน แนวทางการปฏิบัติแตกต่างกันในแต่ละหน่วยบริการ ส่งผลให้การดูแลและติดตามผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงไม่ต่อเนื่อง การสื่อสารและการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบุคลากรและหน่วยงานยังไม่เป็นระบบ ทำให้การเฝ้าระวังขาดความเชื่อมโยง ศักยภาพและความรู้ ความเข้าใจของบุคลากรด้านการประเมินสัญญาณเตือนและการสื่อสารกับผู้ป่วยยังมีความแตกต่างกัน ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร จึงเห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังที่มีโครงสร้างชัดเจน ส่งเสริมการทำงานของทีมสหวิชาชีพ และเชื่อมโยงการดูแลระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชนอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าแต่ละหน่วยทำไม่เหมือนกัน ยังไม่มีแนวทางเดียวกันชัดเจน”  
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2)

“บุคลากรบางส่วนยังไม่มั่นใจในการประเมินสัญญาณเตือน และการสื่อสารกับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง”  
(ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7)

**Table 4** Comparison of Suicide Prevention Surveillance in Patients with Depression

Aspect	Existing Model	New Model
target group	patients visiting the hospital	patients and high-risk individuals in the community
screening	general questionnaires / observation	8Q and 9Q risk assessment, depression symptom observation, warning signs checklist
continuity	irregular follow-up	systematic follow-up with frequency based on risk level
participation	hospital staff	multidisciplinary team, family, village health volunteers, community
manuals and tools	unclear / no standard	clear manual, standardized assessment tools



## ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

จากผลการสนทนากลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพจิต ดำเนินการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลกระแสนันธุ์

รูปแบบมีองค์ประกอบและโครงสร้าง ดัง Table 5

Table 5 Suicide Prevention Surveillance Model for Depressed Patients

Component	Suicide Prevention Surveillance Model for Depressed Patients
capacity building of personnel	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. appoint a working committee</li> <li>2. train healthcare personnel and village health volunteers</li> <li>3. train mentors to provide counseling</li> </ol>
network promotion	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. establish community networks</li> <li>2. conduct training and exchange meetings</li> <li>3. expand referral channels</li> </ol>



Component	Suicide Prevention Surveillance Model for Depressed Patients
risk group screening development	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. develop screening guidelines</li> <li>2. create a registry of at-risk individuals</li> <li>3. expand referral channels for high-risk individuals</li> </ol>
mental health information system development	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. establish a community mental health data center</li> <li>2. develop modern data storage equipment</li> <li>3. provide feedback channels to the network</li> </ol>
individual patient care	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. develop individualized care plans</li> <li>2. schedule follow-up appointments at 2 weeks, 1 month, and 3 months</li> <li>3. provide psychotherapy and pharmacotherapy</li> <li>4. ensure a safe environment</li> </ol>
prevention of relapse	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. conduct home visits within 1 month</li> <li>2. weekly telephone follow-ups</li> <li>3. recommend participation in peer support groups</li> </ol>
family and peer support	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. provide information to family members</li> <li>2. foster understanding in patient care</li> <li>3. coordinate with schools when relevant</li> </ol>
use of technology and applications	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. mobile applications for mood and symptom tracking</li> <li>2. online counseling services</li> <li>3. develop a manual for personnel on suicide prevention surveillance</li> </ol>

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

**Table 6** Number and Percentage of Depression Severity Before and After Model Implementation

Depression Severity (Score)	Before Intervention		After Intervention	
	Number	%	Number	%
no depression / very mild (<7)	13	38.23	22	64.70
mild (7–12)	10	29.41	7	20.58
moderate (13–18)	8	23.52	5	14.72
severe ( $\geq 19$ )	3	08.84	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>



ผลจากตารางแสดงให้เห็นว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีอาการหรืออาการซึมเศร้าระดับน้อยมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.20 เป็น 64.70 จำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าระดับน้อยและปานกลางลดลงอย่างชัดเจน และผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรงลดลงเป็นศูนย์ ผลลัพธ์เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเฝ้าระวังและการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องสามารถ ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและป้องกันความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

**Table 7** Number and Percentage of Suicide Risk in Depressed Patients Before and After Model Implementation

Suicide Risk Level (Score)	Before Intervention		After Intervention	
	Number	%	Number	%
no current suicidal ideation (0)	22	64.70	29	85.29
mild suicidal ideation (1–8)	9	26.47	5	14.71
moderate suicidal ideation (9–16)	3	8.83	0	0
severe suicidal ideation ( $\geq 17$ )	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 64.70 เป็น 85.29 ขณะที่ผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับน้อยและปานกลางลดลงและไม่พบผู้ป่วยที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ผลลัพธ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายมี ประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน

**Table 8** Comparison of Mean Scores of Depressions, Suicide Risk, and Suicide Prevention Behaviors in Depressed Patients (n = 34) Using Paired Sample t-Test

Variable	Before	After	df	t	95% CI of the Difference	P-value
	Experiment (Mean $\pm$ SD)	Experiment (Mean $\pm$ SD)				
depression	2.68 $\pm$ 0.72	0.52 $\pm$ 0.83	33	11.28	1.51 – 7.70	<.001**
suicide Risk	1.59 $\pm$ 0.65	0.38 $\pm$ 0.49	33	13.06	1.01 – 7.17	<.001**
suicide Prevention behaviors	77.32 $\pm$ 7.17	86.21 $\pm$ 4.98	33	-7.70	-11.22 – -6.53	<.001**

\*\*p<.001



ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า หลังการนำรูปแบบไปใช้ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลงจาก  $2.68 \pm 0.72$  เป็น  $0.52 \pm 0.83$  ( $t = 11.28, df = 33, p < .001$ ) คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงจาก  $1.59 \pm 0.65$  เป็น  $0.38 \pm 0.49$  ( $t = 13.06, df = 33, p < .001$ ) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 77.3 และ  $2 \pm 7.17$  เป็น  $86.21 \pm 4.98$  ( $t = -7.70, df = 33, p < .001$ ) ช่วงความเชื่อมั่น 95 % ของความแตกต่างไม่ข้ามศูนย์ แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์การนำรูปแบบไปใช้ไม่เพียงแต่ลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ยังเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ

**Table 9** Evaluation of the Effectiveness of the Suicide Prevention Surveillance Model in Depressed Patients: Benefits and Value

Domain	Key Points
benefits of the model	<ul style="list-style-type: none"> <li>- reduce suicide risk via monitoring warning signs and risky behaviors</li> <li>- provide psychological and social support</li> <li>- support recovery through continuous follow-up</li> <li>- reduce social isolation and foster community inclusion</li> <li>- improve access to services (e.g., online consultation)</li> <li>- prevent relapse through close monitoring</li> </ul>
value of the model	<ul style="list-style-type: none"> <li>- save patients' lives</li> <li>- provide psychological reassurance to patients</li> <li>- reduce caregivers' emotional burden</li> <li>- lower economic loss and healthcare costs</li> <li>- improve access to mental health services</li> <li>- prevent future suicide</li> </ul>

จากการประเมินโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 10 คน พบว่า รูปแบบมีประโยชน์ ได้แก่ ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ลดการแยกตัวและเพิ่มการเข้าถึงบริการ ด้านคุณค่า ได้แก่ การรักษาชีวิตผู้ป่วย ลดภาระของครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตในชุมชน แสดงให้เห็นว่า รูปแบบไม่เพียงแต่ช่วยผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างประโยชน์ต่อครอบครัวและระบบบริการสุขภาพโดยรวม รูปแบบมีประโยชน์ โดยเฉพาะการป้องกัน เฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ และมีคุณค่าในการเพิ่มความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก และเพื่อการดูแลสุขภาพจิตที่มีคุณภาพต่อไป



## อภิปรายผล

อำเภอกระแสดินทร์ จังหวัดสงขลา เป็นพื้นที่ชนบทประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตยังมีข้อจำกัด ประชากรส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยบุตรหลานย้ายถิ่นไปทำงานต่างพื้นที่ ส่งผลให้เกิดครอบครัวข้ามรุ่น ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูบุตรหลาน มีรายได้น้อยขาดการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ปัจจัยดังกล่าวเอื้อต่อการเกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลกระแสดินทร์ และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้า วัยรุ่น ผู้ใหญ่ตอนต้น (15 - 40 ปี) ส่วนใหญ่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและเครือข่ายสนับสนุนน้อย การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมีข้อจำกัด โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ห่างจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยมักไม่เปิดเผยอารมณ์และความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากกังวลเรื่องสังคมและครอบครัว การติดตามและเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่เป็นระบบ มีเครือข่ายสนับสนุนจำกัดและบางรายมีความเสี่ยงต่อการแยกตัวจากสังคม ผลการสนทนากลุ่มชี้ว่า ผู้ป่วยในพื้นที่ชุมชนชนบทมักมีความกังวลเรื่องการเปิดเผยอารมณ์และความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นการพัฒนารูปแบบที่สามารถ ติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด จึงมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการลดความเสี่ยง (Krasaesin hospital, 2023) ซึ่งสอดคล้องกับความสำคัญของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในชุมชนชนบท (Phrommas et al., 2022)

ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 15 – 20 ปี วิธีที่พบบ่อยคือการรับประทานยาเกินขนาด ซึ่งสะท้อนว่าผู้หญิงมักเลือกวิธีที่รุนแรงน้อยแต่มีความตั้งใจสูง กลุ่มอายุน้อยยังมีความเปราะบางทางอารมณ์และทักษะการเผชิญปัญหาที่ไม่สมบูรณ์ (Department of Mental Health, 2022) (a) นอกจากนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ความวิตกกังวล อุบัติสัยคิดมาก และความรู้สึกรู้ค่า ซึ่งสอดคล้องกับบุคลิกภาพแบบซึมเศร้า เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อความคิดฆ่าตัวตาย อีกทั้งปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวพบร่วมบ่อยที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้า (Department of Mental Health, 2023) รวมทั้งผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชอื่น ๆ เช่น โรคจิตเภท และโรคปรับตัว โดยเฉพาะผู้ที่อายุต่ำกว่า 21 ปี ก็มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเช่นกัน (Buriram Hospital, 2020) ปัจจัยด้านประสบการณ์ เช่น การเคยพยายามฆ่าตัวตาย การสูญเสียคนรัก หรือมีสมาชิกในครอบครัวฆ่าตัวตาย เป็นประสบการณ์เชิงลบที่สะสมผลกระทบ ทำให้ผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่รู้สึกโดดเดี่ยวและขาดแรงสนับสนุน มีความเสี่ยงสูงต่อการพยายามฆ่าตัวตายอีก (Khammee et al., 2022) ปัจจัยด้านสุขภาพ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และการใช้สารเสพติด ส่งผลต่อสมดุลสารเคมีในสมองที่ควบคุมอารมณ์และความคิด ทำให้มีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายสูงขึ้น โดยในปี 2566 มีผู้ป่วย



โรคซึมเศร้าอายุ 15 ปีขึ้นไปกว่า 1.35 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 33,926 คน หรือเฉลี่ยวันละ 93 คน (Department of Mental Health, 2023) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัวแตกแยก การขาดการสื่อสาร ปัญหาทางการเงิน และการถูกกลั่นแกล้ง เป็นแรงกดดันภายนอกที่เพิ่มภาระทางจิตใจและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหมดหนทาง สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ความเครียดจากการเรียน ความคาดหวังเรื่องงาน และฐานะการเงินของครอบครัว โดยเฉพาะในวัย 15 – 22 ปี เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะซึมเศร้า ขณะที่การถูกกลั่นแกล้ง ยังทำให้เกิดความเครียด ความอับอาย และความมั่นใจลดลง (National Health Commission Office, 2023) จากการสนทนากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า 10 คน พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัจจัยด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และการขาดทักษะจัดการความเครียด ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ความขัดแย้ง การขาดผู้รับฟัง และบรรยากาศในบ้านที่ไม่อบอุ่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เช่น รายได้ไม่มั่นคง ภาระหนี้สิน และการว่างงาน รวมถึงลักษณะบุคลิกภาพที่แยกตัว ขาดการสื่อสาร และการขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดสนับสนุนทางสังคม (Cohen & Wills, 1985) ขณะที่การสนทนากลุ่มผู้ให้บริการพบปัจจัยสำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ส่วนบุคคล เช่น บุคลิกภาพ อาการซึมเศร้ารุนแรง ขาดทักษะการเผชิญปัญหา 2) ประสบการณ์ชีวิต เช่น การสูญเสีย การถูกทารุณกรรม หรือการเคยพยายามฆ่าตัวตาย 3) สุขภาพ เช่น โรคจิตเวชร่วม หรือการใช้สารเสพติด และ 4) สิ่งแวดล้อม เช่น ปัญหาครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตายวิธี เฝ้าระวังป้องกันที่สำคัญคือ การสังเกตสัญญาณเตือน เช่น การพูดถึงความตาย การแยกตัว หรือ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งหากได้รับการรับรู้และตอบสนองทันเวลา จะช่วยให้ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์เข้าช่วยเหลือก่อนเกิดเหตุร้ายแรง (Department of Mental Health, 2023) รูปแบบที่พัฒนานั้นการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ดูแลผู้ป่วยรายบุคคล ติดตามต่อเนื่อง สนับสนุนครอบครัวและชุมชน พัฒนาศักยภาพบุคลากร ใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีเชื่อมโยงหน่วยงาน และป้องกันการกลับเป็นซ้ำพร้อมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับผลของโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าระดับชุมชน (Department of Mental Health, 2022) (a) ส่วนผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ขณะที่กลุ่มซึมเศร้าระดับปานกลางและรุนแรงลดลงอย่างชัดเจน ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยง และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ยืนยันว่ารูปแบบการเฝ้าระวังแบบเข้มข้นและกระบวนการ “หมอ 3 หมอ” สามารถลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้ (Tansri et al., 2021) ในด้านพฤติกรรมป้องกัน ค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอยู่ที่ 77.32 คะแนน (S.D. = 7.17) และหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 86.21 คะแนน (S.D. = 4.98) โดยมีค่า  $t = -7.70$ ,  $df = 33$ ,  $p < .001$  แสดงว่าพฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การประเมินคุณภาพของรูปแบบ พบว่ามีประโยชน์เชิงปฏิบัติ เช่น ลดความเสี่ยง



สนับสนุนด้านจิตใจ ลดการแยกตัว และติดตามการรักษาต่อเนื่อง รวมถึงคุณค่าเชิงสังคม จิตใจ และเศรษฐกิจ เช่น ลดภาระครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และเพิ่มคุณภาพชีวิต รูปแบบนี้มีศักยภาพต่อยอดเป็นโมเดลต้นแบบในพื้นที่อื่นได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการใช้รูปแบบป้องกันสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Phamarapa et al., 2022)

ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายมีประโยชน์ทั้งด้านลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สนับสนุนด้านจิตใจและสังคม ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง และเพิ่มการเข้าถึงบริการ มีคุณค่าช่วยลดภาระครอบครัว ลดค่าใช้จ่าย และเสริมสร้างระบบสุขภาพจิตในชุมชน ช่วยเพิ่มความมั่นใจของบุคลากรและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาระบบสนับสนุนสุขภาพจิตในชุมชนชนบท: การสร้างเครือข่ายและการเข้าถึงบริการ (Sawat et al., 2023)

### ข้อจำกัดของการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างอาจมาจากโรงพยาบาลเดียว ทำให้ความหลากหลายของผู้ป่วยจำกัด
2. ผู้ป่วยอาจไม่เปิดเผยความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยตรงไปตรงมา
3. รูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันอาจต้องปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบริบทของโรงพยาบาล

### สรุป

ผู้ป่วยซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น ส่วนใหญ่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและเครือข่ายสนับสนุนน้อย ปัจจัยที่มีผลกระทบ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประสบการณ์ สุขภาพ และสิ่งแวดล้อม หลังใช้รูปแบบการเฝ้าระวัง พบว่าภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง พฤติกรรมป้องกันเพิ่มขึ้น มีประโยชน์ ช่วยลดความเสี่ยง สนับสนุนด้านจิตใจ ติดตามการรักษา ลดการแยกตัว และเพิ่มการเข้าถึงบริการ คุณค่าในการรักษาชีวิต จิตใจ ครอบครัว และเศรษฐกิจ สามารถนำไปใช้เป็นรูปแบบในพื้นที่อื่นได้

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนารูปแบบให้ชัดเจนครอบคลุมด้านจิตใจ ครอบครัว และชุมชน เพื่อลดความเสี่ยงและสนับสนุนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย
2. จัดอบรมบุคลากรให้คัดกรอง เฝ้าระวัง และให้คำปรึกษา เพื่อตอบสนองสัญญาณเตือนทันเวลา



3. จัดระบบติดตามต่อเนื่องระยะฟื้นฟู เพื่อลดโอกาสกลับเป็นซ้ำและสนับสนุนพฤติกรรมป้องกัน

4. ส่งเสริมการเข้าถึงบริการ พบแพทย์ออนไลน์หรือแอปพลิเคชันติดตามอารมณ์ สำหรับในพื้นที่ห่างไกล

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. พัฒนาเครือข่ายสนับสนุนในชุมชน เช่น อสม. ครอบครัว และเพื่อนบ้าน ให้มีบทบาทดูแลผู้ป่วย

2. วิจัยเชิงทดลองระยะยาว เพื่อติดตามประสิทธิผลของรูปแบบในการลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

#### รายการอ้างอิง (References)

- Arun, J. (2013). *Biostatistics for health science research*. Witthayaphat.
- Berkman, L. F., & Glass, T. A. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137–173). Oxford University Press.
- Bohanna, I., & Wang, X. (2021). Suicide risk and prevention in patients with depression: Community-based interventions and follow-up care. *International Journal of Mental Health, 50*(2), 123 – 136. <https://doi.org/10.1111/j.1753-6405.2012.00888.x>
- Buriram Hospital (2020). *Annual report on mental health and suicide prevention among psychiatric patients and youth 2020*. Author.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>nd</sup> ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing qualitative research*. Sage Publications.
- Department of Mental Health. (2022) (a). *Community-based suicide prevention program for patients with depression*. Ministry of Public Health.



- Department of Mental Health. (2022). (b) *Suicide situation report in Thailand*. Ministry of Public Health.
- Department of Mental Health. (2023). (a) *Development of a suicide prevention surveillance model for patients with depression*. Ministry of Public Health.
- Department of Mental Health. (2023). (b) *Situation and surveillance report on suicide in psychiatric and depressed patients*. Ministry of Public Health.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods, 39*(2), 175 – 191. <https://doi.org/10.3758/BF03193146>
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., & Nock, M. K. (2022). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin, 143*(2), 187 – 232. <https://doi.org/10.1037/bul0000346>
- Hawton, K., & Williams, K. (2022). Suicide prevention in healthcare settings: Gaps and challenges in community hospitals. *The Lancet Psychiatry, 9*(3), 123 – 135. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00466-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00466-4)
- Jirawattankul, A. (2013). *Health science statistics for research*. Vithayaphat Publishing.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods* (4<sup>th</sup> ed., pp. 305–360). Pergamon Press.
- Khammee, P., Punjaroen, S., Kongsuk, T., & Wannasin, J. (2022). A study of risk and protective factors among suicide attempters in Health Region 7. *Journal of Suicide Prevention of Thailand, 1*(1), 15–28. <https://doi.org/10.14456/jspt.2022.2>
- Krasaesin Hospital. (2023). *Report on the suicide situation at Krasaesin Hospital, 2021–2023*. Author.
- National Health Commission Office. (2023). *Mental health in adolescents: Stress, bullying, and depression*. Author.
- Phamarapa, N., Khammee, P., Tansri, P., & Kongsuk, T. (2022). Effectiveness of a suicide prevention and surveillance model for at-risk groups in the community. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36*(2), 45 – 60. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH>



- Phrommas, C., Khammee, P., Tansri, P., & Kongsuk, T. (2022). Accessibility of mental health services and support network building in rural communities: A case study of the Northeastern region. *Journal of Health Science*, 31(Suppl.), 112 – 125. <https://thaidj.org/index.php/JHS>
- Regional Health Statistics Office 12 Songkhla. (2023). *Suicide statistics in Health Region 12, Songkhla province: 2021–2023*. Ministry of Public Health.
- Sawat, P., Tansri, P., Khammee, P., Kongsuk, T., & Wannasinp, J. (2023). Development of a mental health support system in rural communities: Networking and access to services. *Thai Journal of Mental Health*, 31(2), 85 – 98. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJMH>
- Tansri, P., Khammee, P., Kongsuk, T., Wannasinp, J., & Punjaroen, S. (2021). Evaluation of a community-based care and surveillance model for depressed patients to prevent suicide. *Thai Journal of Mental Health*, 29(3), 150 – 163. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TJMH>
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., & Pirkis, J. (2021). Suicide and suicide risk. *Nature Reviews Disease Primers*, 7, 1–26. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00275-6>
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research* (4<sup>th</sup> ed.). Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2021). *Suicide worldwide in the 21st century*. Author.
- World Health Organization. (2022). *World suicide prevention report 2022: Mental health and suicide surveillance in the Western Pacific region*. Author.
- World Health Organization. (2023). *Suicide worldwide in the 21st century: Global age-standardized suicide rates*. Author.