

## รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

กัลยา รัตนปราโมทย์\*, อลิสา บัวทอง, นิสิตา ดิษฐาน

โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการป้องกันการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย และ 3) ประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ดำเนินการทั้งหมด 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 วิเคราะห์จากเอกสารและเชิงคุณภาพ ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยและพัฒนา และระยะที่ 3 ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง กลุ่มเป้าหมายมี 2 กลุ่ม คือ เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ ข้อมูลทุติยภูมิ การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม และรูปแบบ KAM-END Model ตรวจสอบเครื่องด้วยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่า IOC ระหว่าง 0.67 – 1.00 ค่าความเที่ยงแบบประมาณทักษะการดูแล เท่ากับ 0.81 สถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์เนื้อหา One Sample t-Test และ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น 2) รูปแบบที่พัฒนาขึ้น คือ KAM-Model ประกอบไปด้วย การมีความรู้ (K-Knowledge) การเข้าถึงบริการ (A-Access) การมีพี่เลี้ยง (M-Monitor) การให้กำลังใจ (E-Encourage) การมีเครือข่าย (N-Network) และการมีศูนย์ข้อมูล (D-Data Center) 3) หลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า 1) มีโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าลดลง และอัตราการฆ่าตัวตายลดลง 2) ทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และ 3) ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001

ฉะนั้น โรงพยาบาลพระพรหมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน นำรูปแบบไปใช้ในชุมชน โดยขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เน้นประสิทธิภาพในการคัดกรองโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q และพัฒนาทักษะการดูแล และสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายของประชาชนในชุมชน

**คำสำคัญ:** การป้องกัน, การฆ่าตัวตาย, กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

\*ผู้ให้การติดต่อ: กัลยา รัตนปราโมทย์

อีเมล: kanlayalove2529@gmail.com

รับบทความ: 17 ตุลาคม 2568; ปรับปรุงแก้ไข: 16 ธันวาคม 2568; รับผิดชอบพิมพ์: 22 ธันวาคม 2568



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต  
Creative Commons Attribution-  
NonCommercial-NoDerivatives 4.0  
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

## Suicide Prevention Model for High-Risk Suicide Groups in Phraphrom District, Nakhon Si Thammarat Province

Kanlaya Rattanapramot<sup>\*</sup>, Alisa Buathong, Nisa Ditsathan

Phaphrom Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

### Abstract

This research and development study aimed to: 1) Study the situation, problems, and needs regarding suicide prevention. 2) Develop a suicide prevention model. And 3) Evaluate the suicide prevention model among individuals at risk of suicide. The study was conducted in three phases and involved two target groups: Community mental health networks and Caregivers of individuals at risk of suicide. Research tools included secondary data, focus group discussions, questionnaires, and the KAM-END Model. The instruments were validated by three experts, with IOC (Index of Item-Objective Congruence) values ranging from 0.67 to 1.00. The reliability (in terms of caregiving skills assessment) was 0.81. Data analysis included descriptive statistics, content analysis, One-Sample t-test, and Wilcoxon Signed Rank Test.

Research findings revealed that: 1) the majority of individuals at risk of suicide were patients with chronic illnesses, and the trend of suicide risk was increasing. 2) The developed model, KAM-END Model, consists of: Knowledge (K), Access (A), Monitor (M), Encourage (E), Network (N), Data Center (D) and 3) After implementing the model: Rates of depression and depressive symptoms decreased, Suicide rates decreased, Caregivers' skills in providing care improved and Caregivers experienced reduced stress levels in providing care.

Phra Phrom Hospital and relevant community agencies should adopt the model for use in communities, expanding its coverage to all areas. The focus should be on improving the efficiency of screening using 2Q, 9Q, and 8Q assessment tools, and enhancing caregiving skills and the ability of community members to recognize suicide warning signs.

**Keywords:** Prevention, Suicide, Suicide-Risk Group

\*Corresponding Author: Kanlaya Rattanapramot

E-mail: kanlayalove2529@gmail.com

Received: 17 October 2025; Revised: 16 December 2025; Accepted: 22 December 2025



This article is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).

## บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นอาการที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งเรียกรวม ๆ ได้ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) ซึ่งเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรองมาแล้ว [1] ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถเป็นได้ โดยมีคนทั่วโลกที่ต้องเผชิญกับความทุกข์จากการป่วยด้วยโรคนี้มีมากกว่า 264 ล้านคน องค์การอนามัยโลกจึงได้กล่าวว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าเป็นภาระโรคของโลกในปัจจุบัน สำหรับประเทศไทย พบว่า ประชาชนเกิดความกดดัน ความเครียด และความวิตกกังวลเป็นจำนวนมาก จากการสำรวจภาวะสุขภาพจิต พบว่า ประชาชนไทยประมาณ 4 ใน 10 คน มีแนวโน้มและอาจเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชความเครียด และกังวลจากการทำงานเพิ่มขึ้น นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลของปี พ.ศ. 2562 กับปี พ.ศ. 2563 มีแนวโน้มของการฆ่าตัวตายสูงขึ้น กล่าวคือ ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20 [2]

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ประเทศไทย มีการดำเนินการป้องกันปัญหาฆ่าตัวตายของประเทศไทย [3] โดยในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2564 กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นตัวชี้วัดแรกของการตรวจราชการระดับจังหวัด ด้านการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ด้วยการเฝ้าระวังคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง 3 กลุ่ม ตามแนวทางมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข [4] ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคการฆ่าตัวตายที่ผ่านมา คือ 1) ประชาชนส่วนใหญ่ขาดการตระหนักรู้ ขาดความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง โดยเข้าใจว่าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วก็หายเอง และบางส่วนคิดว่าคนที่ป่วยเป็นโรคนี้นั้นเป็นบ้าวิกลจริตจึงมีความรังเกียจ เมื่อเจ็บป่วยก็จะปฏิเสธการรักษา จึงส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย 2) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปไม่มั่นใจในการวินิจฉัยโรคและการรักษาด้วยยาต้านเศร้า 3) ระบบการรักษาที่มีข้อจำกัดของการดูแลรักษาด้วยยา การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจยังมีน้อยมาก เนื่องจากขาดผู้เชี่ยวชาญที่มีองค์ความรู้ ขาดเทคโนโลยีและแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคซึมเศร้าที่มีประสิทธิภาพที่ง่ายและสะดวก 4) การค้นหาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชนไม่เข้มข้น และไม่มีความเชื่อมโยงกับระบบการดูแลรักษาในสถานบริการสุขภาพ 5) ประสิทธิภาพของระบบติดตามเฝ้าระวังการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่ดีพอ และ 6) นโยบายการแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าเป็นอันดับรองจากโรคทางกายอื่น [5]

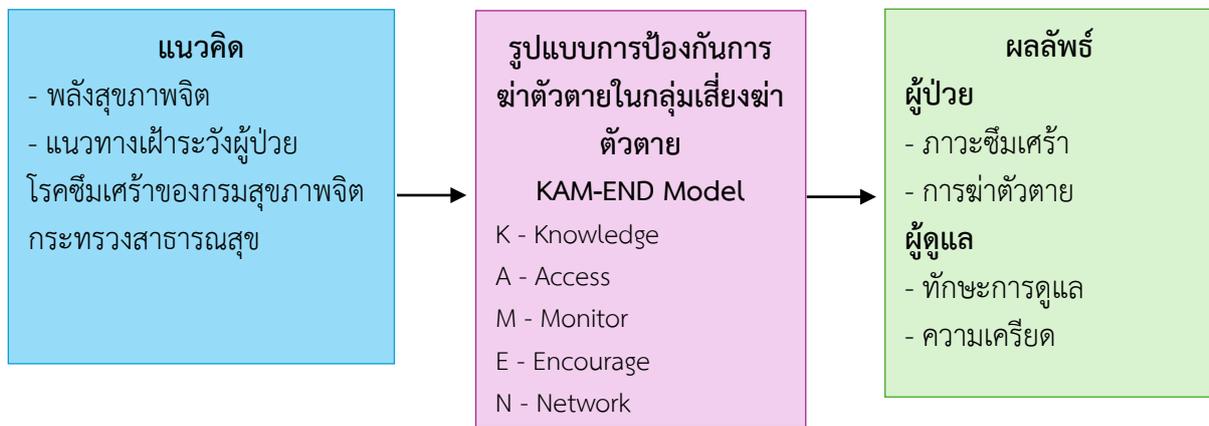
จังหวัดนครศรีธรรมราช มีข้อมูลการประเมินสุขภาพจิต พบว่า มีความเครียดสูง ร้อยละ 9.87 เสี่ยงซึมเศร้า ร้อยละ 11.79 เสี่ยงฆ่าตัวตาย 6.43 และมีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 0.21 และมีประชาชนที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 782 คน มากที่สุดพบที่อำเภอทุ่งสง รองลงมาคือ อำเภอเมือง และอำเภอบางขัน ตามลำดับ [6] สำหรับอำเภอพระพรหม พบว่า ผลการคัดกรองซึมเศร้าในผู้ป่วยเรื้อรัง จำนวน 4,189 ราย ปกติ 4,124 ราย ผิดปกติ 65 ราย ซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 117 ราย ปกติ 115 ราย ผิดปกติ 2 ราย มีกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย 819 ราย ทั้งนี้พบมากที่สุดที่ตำบลช้างซ้าย อำเภอพระพรหม มีกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย 146 คน และมีกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายมากที่สุด [7] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงมีลักษณะเป็นสามเหลี่ยมที่มีฐานการดำเนินงาน คือ ชุมชน โดยมีการดำเนินงานประสานงานกันของหน่วยงานต่าง ๆ [8] องค์ประกอบของรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมี 4 ด้าน คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การพัฒนาระบบการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร [9,10] จะเห็นได้ว่า การป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงจะต้องมีความร่วมมือจากหลากหลายหน่วยงาน และมีองค์ประกอบทั้งด้านบุคลากร การคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และข้อมูลข่าวสารที่ดี ซึ่งในภาพรวมในการดูแลและกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่จะเป็นการตั้งรับในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยผู้ป่วยต้องเดินทางไปเข้ารับบริการด้วยตนเอง หรือญาติผู้พญานำส่งเพื่อเข้ารับการรักษา หากการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนเป็นไปอย่างไม่เป็นรูปธรรม กลุ่มเสี่ยงจะได้รับบริการเมื่อบุคลากรไปเยี่ยมบ้าน/พบเหตุการณ์ จึงจะได้รับคำแนะนำในการเข้ารับบริการ ดังนั้น หากมีรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ก็จะสามารถค้นหา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในชุมชนที่เร็วขึ้น และหากรูปแบบเหมาะสมกับบริบทวิถีชีวิตกับประชาชน จะสามารถเฝ้าระวังผู้ป่วยรายใหม่ และป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความปลอดภัยต่อชุมชนได้ในที่สุด

### วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

### กรอบแนวคิดวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดพลังสุขภาพจิต ซึ่งมีทั้งหมด 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (พลังฮึด) ด้านกำลังใจ (พลังฮึด) และด้านจัดการกับปัญหา (พลังสู้) [11] มาประยุกต์ใช้กับแนวทางเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข [12] โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) และเชิงปริมาณ (Quantitative Method) ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้  
**ขั้นตอนที่ 1** ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้วิธีการวิจัยโดยการวิเคราะห์จากเอกสารและการวิเคราะห์เชิงคุณภาพดังนี้

#### วิธีวิเคราะห์จากเอกสาร

1. ทบทวนเอกสารข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) ปี พ.ศ. 2566 - 2567 จากฐานข้อมูลคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการสรุปเนื้อหา จัดหมวดหมู่ และนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการยกร่างเป็นรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

## วิธีเชิงคุณภาพ

### ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ 1) เครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน 2) ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1. แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีแนวคำถามจำนวน 2 ข้อ โดยแนวคำถามสำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ 1) ท่านคิดว่าสถานการณ์การฆ่าตัวตายในชุมชนของท่านที่ผ่านมามีปัญหาอย่างไร และ 2) ท่านความต้องการแก้ปัญหาการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างไร ข้อคำถามสำหรับกลุ่มเสี่ยง จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ท่านรู้สึกอย่างไรกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และ 2) อะไรจะช่วยให้ท่านรู้สึกหรือคิดในแง่บวก มองโลกในแง่ดี หรือมีความหวังมากขึ้นเกี่ยวกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติสุขภาพจิตชุมชน 2 ท่าน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน 3 คน และกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) สำหรับเครือข่ายสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 มีแนวคำถาม 2 ข้อ ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. ส่วนกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 1 ครั้ง ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 45 นาที – 1.00 ชม. ทั้งสองกลุ่มจะให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นและมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้ช่วยวิจัยจดบันทึก จำนวน 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller [13] ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

**ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช** มีขั้นตอนดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์เอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 2 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช

3. นำรูปแบบที่ได้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 3 คน และอาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 1 คน เพื่อหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) ได้ค่าเท่ากับ 0.88 มีข้อเสนอแนะในประเด็นคือ ควรมีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และควรมีการส่งต่อข้อมูลกลุ่มฆ่าตัวตายที่ปรึกษาที่อื่น จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงรูปแบบ โดยนำสัญญาณเตือนภัยในการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายมาให้ความรู้และเสริมพลังสำหรับผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

4. นำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช สมบูรณ์ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จำนวน 27 คน ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\* Power และทดสอบด้วยสถิติ One Sample t-Test ผลการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า รูปแบบการจัดการตนเองที่ยกสร้างขึ้นมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

5. นำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

**ขั้นตอนที่ 3 ประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช** ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่ง กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-Test Design) มีขั้นตอนดังนี้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ 1) ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 819 คน เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี และ 2) เป็นผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงที่อ่านหนังสือออกและสามารถเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดกลุ่มออก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย และ 2) ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตชุมชน อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 15 คน เกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตที่อาศัยอยู่ในอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ไม่น้อยกว่า 1 ปี เกณฑ์การคัดออก ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลที่มีคุณลักษณะบางประการที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกใจให้ข้อมูล และ 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยดังนี้

1. ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณโดยใช้โปรแกรม G\* Power Analysis [14] ใช้ Test family เลือก t-Tests, Statistical Test เลือก Means: Differences between two dependent means (matched paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง [15] ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ทั้งนี้เนื่องจากอำเภอพระพรหม มีโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 7 แห่ง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 7 เท่า ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 189 คน การสุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกคัดออก

2. ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพจิตในชุมชน จำนวน 15 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน และแกนนำชุมชน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ประชากรเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้วิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ KAM-END Model ประกอบด้วย การมีความรู้ (K: Knowledge), การเข้าถึงบริการ (A: Access), การมีพี่เลี้ยง (M: Monitor), การให้กำลังใจ (E: Encourage), การมีเครือข่าย (N: Network) และการมีศูนย์ข้อมูล (D: Data Center)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (Patient Health Questionnaire-2, PHQ-2) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาโดยสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ [16] ซึ่งเป็นแบบคัดกรองค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยคำตอบ คือ มี และไม่มี การแปลผล

ถ้าคำตอบมีในข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ต้องประเมินอีกครั้งด้วยแบบประเมินที่มีความจำเพาะสูง คือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) ถ้าคำตอบไม่มีทั้ง 2 คำถาม ถือว่าปกติ ไม่มีภาวะซึมเศร้า

2.2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) เป็นแบบคัดกรองที่พัฒนาโดยธรรมชาติ กองสุข และคณะ [17] โดยคำตอบเป็นความถี่ของอาการ 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีอาการเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) การแปลผล กำหนดจุดตัดของคะแนน คือ ตั้งแต่ 7 คะแนน ขึ้นไป แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยกว่า 7 คะแนน (ไม่มีภาวะซึมเศร้า) 7 - 12 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย) 13 - 18 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง) และมากกว่า 19 คะแนน (มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง)

2.3 แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) โดยคำตอบเป็นความถี่ของอาการ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีอาการ และมีอาการ การแปลผล แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย (0 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย (1 - 8 คะแนน) มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9 - 16 คะแนน) และมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ( $\geq 17$  คะแนน)

2.4 แบบประเมินทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 10 ข้อ โดยคำตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่แน่ใจ (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วย (1 คะแนน)

2.5 แบบประเมินความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต [18] จำนวน 20 ข้อ โดยคำตอบมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่รู้สึกเครียด (1 คะแนน) รู้สึกเครียดเล็กน้อย (2 คะแนน) รู้สึกเครียดปานกลาง (3 คะแนน) รู้สึกเครียดมาก (4 คะแนน) และรู้สึกเครียดมากที่สุด (5 คะแนน)

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 2 ท่าน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่าความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้

คุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-2 มีค่าความไวอยู่ที่ร้อยละ 96.5 และค่าความจำเพาะอยู่ที่ร้อยละ 85.1

คุณภาพของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 มีค่า Area under Receiver Operating Characteristic เท่ากับ 0.928 (95% CI = 0.893, 0.964) ค่าความไวร้อยละ 75.7 และค่าความจำเพาะร้อยละ 93.4 ค่าความน่าจะเป็นโรคซึมเศร้าเมื่อผลทดสอบเป็นบวก (Positive Likelihood Ratio: LR+)

คุณภาพแบบประเมินความเครียด เป็นแบบประเมินที่ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างได้ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และข้อคำถามทุกข้อมีความเชื่อถือได้ (Cronbach's Alpha) มากกว่า 0.70

แบบประเมินทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.81

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

##### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

**ชั้นทดลอง**

ผู้วิจัยนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ดังนี้

องค์ประกอบ	กิจกรรม
<b>K – Knowledge</b> (การมีความรู้)	การจัดอบรมพัฒนาทักษะให้ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณการฆ่าตัวตายแก่ประชาชน อสม. และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย
<b>A – Access</b> (การเข้าถึงบริการ)	มีการคัดกรองความเสี่ยงเชิงรุกและมีการติดตามการรักษาในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย
<b>M – Monitor</b> (การมีที่เลี้ยง)	มีการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นที่เลี้ยงให้กับแกนนำ และผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเพื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
<b>E – Encourage</b> (การให้กำลังใจ)	การให้กำลังใจแก่กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการสื่อสารทางบวก
<b>N – Network</b> (การมีเครือข่าย)	การสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กร แกนนำในชุมชน และประชาชนร่วมกันเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย
<b>D – Data Center</b> (การมีศูนย์ข้อมูล)	การมีศูนย์ข้อมูลรับส่งข้อมูลที่รวดเร็ว มีจุดแจ้งเหตุการณ์เมื่อเจอผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือพบสัญญาณการฆ่าตัวตาย และข้อมูลการพยายามฆ่าตัวตายจากโรงพยาบาล

**ชั้นหลังการทดลอง**

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินทักษะการดูแล และแบบประเมินความเครียด

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบทักษะการดูแล ความเครียดของผู้ดูแล ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ทั้งนี้ พบว่า ข้อมูลไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ( $p < 0.001$ ) จึงเลือกใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test [19]
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบโรคซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายก่อนและหลังทดลอง โดยใช้สถิติความถี่ และร้อยละ

**จริยธรรมวิจัย**

โครงการวิจัยได้รับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช เอกสารรับรองเลขที่ 151/2567 รหัสโครงการ NSTPH 151/2557 วันที่รับรอง 3 ตุลาคม 2567 ถึง 2 ตุลาคม 2568

**ผลวิจัย**

1. สถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของเครือข่ายชุมชนและกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายของอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

สถานการณ์การคัดกรองโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 2Q 9Q และ 8Q ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 – 2567 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q พบว่า มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าทุกปี โดยผู้ป่วยเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เมื่อประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9Q ยังพบในทุกปี แต่มีจำนวนลดลง เมื่อประเมินการฆ่าตัวตายด้วยคำถาม 8Q พบว่ายังมีทุก ๆ ปี เช่นกัน มีจำนวนการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอีกด้วย และพบการฆ่าตัวตายสำเร็จ ดังตาราง 1

ตาราง 1 สถิติผลการคัดกรองการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ปีงบประมาณ 2565 - 2567

สถานการณ์	จำนวน (คน)		
	ปี 2565	ปี 2566	ปี 2567
<b>1. ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 2Q</b>			
ผู้ป่วยเรื้อรัง	23	47	75
หญิงตั้งครรภ์	0	9	4
ผู้สูงอายุ	10	60	47
<b>2. ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9Q</b>			
ผู้ป่วยเรื้อรัง	16	70	26
หญิงตั้งครรภ์	1	8	2
ผู้สูงอายุ	5	55	16
<b>3. ผลการประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q)</b>			
ผู้ป่วยเรื้อรัง	8	41	30
หญิงตั้งครรภ์	1	2	2
ผู้สูงอายุ	4	29	29
<b>4. พยายามฆ่าตัวตาย</b>			
	0	16	24
<b>5. ฆ่าตัวตายสำเร็จ</b>			
	1	9	7

สำหรับปี พ.ศ. 2567 ยังพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 23 คน (ร้อยละ 95.83) ไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 9 คน (ร้อยละ 37.50) รองลงมาคือ นักเรียน/นักศึกษา จำนวน 8 คน (ร้อยละ 33.33) พยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีกินยา จำนวน 18 คน (ร้อยละ 75.00) รองลงมาคือ ไข้ของมีคม จำนวน 3 คน (ร้อยละ 12.50)

สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีที่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และควรมีการส่งต่อข้อมูลกลุ่มฆ่าตัวตายที่ไปรักษาที่อื่น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ข้างบ้านผมอยู่ ๆ ก็ฆ่าตัวตาย ผมคนข้างบ้านไม่รู้เลย ถ้ารู้พอที่จะได้ช่วยระวัง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

“เวลาโรงพยาบาลรู้ว่ามีคนฆ่าตัวตายที่ไปรักษาที่มหาราช โรงพยาบาลย้าย ที่เจอว่าตายแล้วที่ไม่รู้เลย จริง ๆ ถ้ามีการรีเฟอร์ข้อมูลไปที่ รพ.สต. ที่เร็ว ๆ ก็ดีนะ จะได้ช่วยลงกันไปเฝ้าระวัง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4

“คนดูแลบางคนคิดว่าโรคซึมเศร้าเป็นกันทั้งเพ บางคนเฉย ๆ พอมีเหตุการณ์แหละ ถึงจะคิดได้” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“จะเฝ้าหรือ ทำยากนะ การรับรู้ข้อมูลไม่เหมือนกัน ความรู้ไม่มีเลย ถ้างานหมอดต้องช่วยสอนหน่อย วิธีกวดวิธีการครบ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5

“ที่ฆ่าตัวตายกัน เกิดจากปัญหาสุขภาพนะ ตรงนี้สำคัญ เพราะครอบครัวไม่รู้ ถ้ารู้ว่าเป็นอะไรจะได้ช่วย ๆ กัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1

“ฉันดูแลคนมานาน หมอมาให้ความรู้หน่อย อสม. มาช่วย ๆ กัน ที่บอกว่าไม่มีเวลา นั้นไม่ใช่ เอาคนที่ดูแลแหละมาด้วย เค้าจะได้รู้ว่าเวลาคนที่ฆ่าตัวตายเป็นพันหรือ” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“เราทำคนเดียวไม่ได้แน่ เรื่องแบบนี้ผู้ใหญ่ กำนัน สำคัญนะ เจอคนคิดตาย กับเราเค้าไม่ใช่กลัว ผู้ใหญ่ต้องช่วยมาดู” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8

“การพูดสำคัญนะ พูดให้เป็น ให้กำลังใจให้ได้ เข้าถึงคนไข้ หมอสอนเทคนิคหน่อยก็ดี” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

“เมื่อก่อนที่รู้ ๆ คนมีโรคประจำตัวทั้งนั้นที่ฆ่าตัวตาย แต่ตอนนี้ไม่ใช่ละ นักเรียนก็มี สงสัยเครียด การแข่งขันสูง นี่แหละที่ต้องส่อง ๆ กัน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6

2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช คือ KAM-END Model ดังนี้

K - Knowledge หมายถึง การพัฒนาให้ประชาชน อสม. และผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

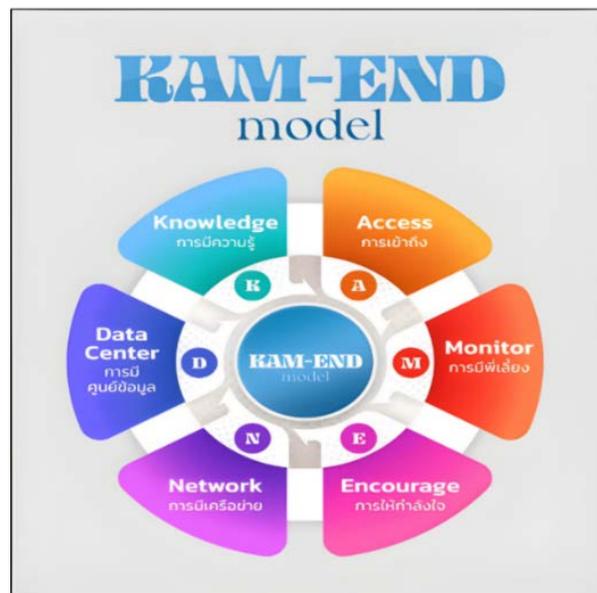
A - Access หมายถึง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยเน้นเชิงรุกและมีการติดตามการรักษากลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย

M - Monitor หมายถึง การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงให้กับแกนนำในชุมชนที่ต้องเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง

E - Encourage หมายถึง การให้กำลังใจทั้งผู้ดูแลและกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยการพูดเสริมให้กำลังใจ และมีทิศทางในทางบวก

N - Network หมายถึง การที่องค์กรและแกนนำในชุมชนร่วมกันเฝ้าระวัง โดยมีการประสานงานกันเป็นเครือข่าย

D - Data Center หมายถึง การมีศูนย์รับส่งข้อมูลที่รวดเร็ว มีจุดแจ้งเหตุการณ์เมื่อเจอผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือพลเห็นผู้ที่มีสัญญาณว่าจะฆ่าตัวตาย รวมไปถึงการรับ-ส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครศรีธรรมราช



ภาพ 2 KAM-END Model

3. ประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ดังนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.30) มากกว่า 4 ใน 5 อยู่ในช่วงอายุ 20 – 59 ปี (ร้อยละ 85.19) มีอายุเฉลี่ย 38.48 ปี (SD= 15.01) อายุต่ำสุด 17 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี ก่อนพัฒนารูปแบบ ๆ พบว่า เมื่อทำการคัดกรองโรคซึมเศร้า (คำถาม 2Q) พบว่า เป็นโรคซึมเศร้าทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (คำถาม 9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย - รุนแรง ร้อยละ 81.40 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 39.68) และเมื่อประเมินการฆ่าตัวตาย (คำถาม 8Q) พบว่า มากกว่า 2 ใน 3 มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 71.43) โดยมีแนวโน้มฆ่าตัวตายระดับรุนแรงมากที่สุด (ร้อยละ 42.86)

3.2 หลังพัฒนารูปแบบ ฯ พบว่า เมื่อทำการคัดกรองโรคซึมเศร้า (คำถาม 2Q) พบว่า ประมาณ 2 ใน 5 มีโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 38.62) เมื่อประเมินภาวะซึมเศร้า (คำถาม 9Q) มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย - ปานกลางเพียง ร้อยละ 41.10 โดยมีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยมากที่สุด (ร้อยละ 31.51) ไม่พบภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง และเมื่อ ประเมินการฆ่าตัวตาย (คำถาม 8Q) พบว่า มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย-รุนแรง สัดส่วนเท่า ๆ กัน คือ ระดับ น้อย ร้อยละ 26.67 ระดับปานกลางและระดับรุนแรงเท่ากัน (ร้อยละ 23.33) ดังตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย	ก่อนพัฒนารูปแบบ		หลังพัฒนารูปแบบ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>โรคซึมเศร้า (2Q)</b>	<b>(n= 189)</b>		<b>(n= 189)</b>	
ไม่เป็นโรคซึมเศร้า	0	0.00	116	61.38
เป็นโรคซึมเศร้า	189	100.00	73	38.62
<b>ภาวะซึมเศร้า (9Q)</b>	<b>(n= 189)</b>		<b>(n= 73)</b>	
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)	35	18.52	43	58.90
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	75	39.68	23	31.51
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	57	30.16	7	9.59
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ( $\geq 19$ คะแนน)	22	11.64	0	0.00
<b>การฆ่าตัวตาย (8Q)</b>	<b>(n= 154)</b>		<b>(n= 30)</b>	
ไม่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (0 คะแนน)	44	28.57	8	26.67
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับน้อย (1-8 คะแนน)	29	18.83	8	26.67
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	15	9.74	7	23.33
มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง ( $\geq 17$ คะแนน)	66	42.86	7	23.33

3.3 ทักษะการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช พบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.24) มากกว่า 4 ใน 5 มีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี (ร้อยละ 85.71) มีอายุเฉลี่ย 44.91 ปี (SD= 13.99) อายุต่ำสุด 22 ปี สูงสุด 70 ปี มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.38) เกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 47.62) ประมาณ 2 ใน 5 มี รายได้พอใช้จ่าย (ร้อยละ 42.86) และประมาณ 3 ใน 4 อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 76.19) หลังพัฒนารูปแบบ พบว่า ทักษะการดูแลของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น ( $p < 0.001$ ) และความเครียดของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยลดลง ( $p < 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลและความเครียดของผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย อำเภอพระพรหม จังหวัด นครศรีธรรมราช ก่อนและหลังพัฒนารูปแบบ

ผลลัพธ์	M	SD	IRQ	z	p (1-tailed)
<b>ทักษะการดูแลของผู้ดูแล</b>					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	1.25	0.00	-7.96	1.80	< 0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	1.52	0.70		0.55	
<b>ความเครียดของผู้ดูแล</b>					
ก่อนพัฒนารูปแบบ	2.47	1.80	-10.99	0.00	< 0.001
หลังพัฒนารูปแบบ	1.40	0.55		0.70	

## อภิปรายผล

1. สถานการณ์ผู้ที่มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่สูงขึ้น และอัตราการฆ่าตัวตาย คิดเป็นอัตรา 34.96 คนต่อแสนประชากร โดยพบในผู้ป่วยโรคเรื้อรังมากที่สุด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.83) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 37.50) พยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีกินยา (ร้อยละ 75.00) ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ามุ่งเน้นใน 7 กลุ่มเสี่ยง โดยผู้ป่วยเรื้อรังเป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ และเขตบริการสุขภาพที่ 11 [20]

สำหรับปัญหาและความต้องการในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นว่า ประชาชนในชุมชนมีความเข้าใจว่าอาการโรคซึมเศร้าเป็นเรื่องธรรมดาเป็นแล้วจะหายเอง ผู้ให้ข้อมูลจึงให้ความเห็นว่า ควรมีพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย และควรมีการส่งต่อข้อมูลกลุ่มฆ่าตัวตายที่ไปรักษาที่อื่น ซึ่งโรงพยาบาลพระพรหม ระดับ F3 มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านนี้ไม่เพียงพอ ประกอบกับโรงพยาบาลพระพรหม ยังไม่มีระบบการส่งต่อข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ชัดเจน เนื่องจากเป็นยังไม่มีพี่เลี้ยงที่จะให้คำปรึกษาที่ชัดเจน และความครอบคลุมในการส่งข้อมูลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับสภาพปัญหาของอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด [8]

2. รูปแบบ KAM-END Model เป็นการนำประเด็นปัญหาและความต้องการมาพัฒนาเป็นรูปแบบ ซึ่งจะเห็นว่า จากประเด็นปัญหาที่พบว่า ประชาชนยังคิดว่าโรคซึมเศร้าเป็นแล้วจะหายเองส่งผลถึงการฆ่าตัวตาย ฉะนั้น รูปแบบที่พัฒนา จึงมีความจำเป็นที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะต้องเป็นพี่เลี้ยง ให้ความรู้ และแนะนำให้กับผู้ดูแล โดยกิจกรรมที่ควรส่งเสริมแก่ผู้ดูแล คือ จะต้องมีการพัฒนาและทราบถึงสัญญาณการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตาย ร่วมกับการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายของกรมสุขภาพจิต ที่มีแผนการดำเนินงานให้มีการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของครอบครัวและชุมชน เสริมสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพจิต [21] ทั้งนี้ประกอบกับอำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช เป็นอำเภอกิ่งเมืองกิ่งชนบท บางพื้นที่ใกล้ชิดกับโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ผู้มีภาวะซึมเศร้าและมีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ญาติจะนำส่งโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช โดยไม่ผ่านโรงพยาบาลพระพรหม จึงทำให้ข้อมูลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลพระพรหมไม่ครอบคลุม ฉะนั้น การมีศูนย์รับส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเป็นจุดศูนย์กลางของข้อมูลเช่นกัน รูปแบบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกรองจิต วลัยศรี [22] ที่พบว่า หลังการพัฒนาแบบญาติ ผู้ดูแล และเครือข่ายดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดมีความรู้เพิ่มขึ้น และการศึกษาของกฤษ ใจวงษ์ และวรายุทธ นาคอ้าย [8] พบว่า รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงความจากชุมชน โดยมีการประสานงานกันของหน่วยงานต่าง ๆ ตามระดับสายการบังคับบัญชา รวมไปถึงกลไกการสื่อสารและการพัฒนาศักยภาพให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ดูแลโดยเจ้าหน้าที่ประจำ รพ.สต. เช่นเดียวกับการศึกษาของกายสิทธิ์ แก้วยาศรี [23] ที่พบว่า การเตรียมชุมชนโดยการรับส่งผู้ป่วยจิตเวชกลับชุมชนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้การศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ [9] พบว่า การเข้าใจและการสื่อสารกับกลุ่มพยายามฆ่าตัวตายที่ถูกต้องทำให้ลดการพยายามฆ่าตัวตายลดลง

3. หลังพัฒนารูปแบบ ๆ พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เป็นโรคซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น และพบแนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง แสดงให้เห็น รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายไม่มีอาการที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะ การให้ความรู้โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้ดูแลสามารถที่นำความรู้ที่ได้ไปเฝ้าระวังและสังเกตกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ดีขึ้น ซึ่งจากการสังเกตก็พบว่า ผู้ดูแลมีทักษะการสนทนาหรือซักถาม โดยใช้คำพูดเชิงบวกและสร้างสรรค์ ทำให้กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเกิดความไว้วางใจและกล้าที่จะขอคำแนะนำได้มากขึ้น รวมไปถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสหวิชาชีพมีการลงเยี่ยมมากยิ่งขึ้นด้วย ทำให้กลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายมีสัมพันธภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษ ใจวงษ์ และวรายุทธ นาคอ้าย [8] พบว่า การสื่อสารและพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายทำให้อัตราการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายลดน้อยลง

สำหรับผู้ดูแลมีทักษะการดูแลมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้นและความเครียดของผู้ดูแลมีค่าเฉลี่ยลดลง ซึ่งรูปแบบจะให้ความสำคัญกับทักษะการดูแลและการสังเกตสัญญาณอันตราย ทั้งในเรื่องของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การเก็บ

ของมีคม การเก็บยา การพุดตำหนิติเตียน การพุดทาทาย หรือแม้กระทั่งการสังเกตสีหน้า ท่าทาง คำพูด ซึ่งทุกประเด็นมีค่าเฉลี่ยสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลจะให้ความสำคัญกับทักษะการดูแล ทั้งนี้ จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดน้อยลง ซึ่งอาจจะเป็นผลมาจากที่ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจ ประกอบกับรูปแบบมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลพระพรหม เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของธนธร กานตอภา [24] ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ๓ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของรัชมี ชุตพิมาย [25] ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ ๓ โดยการอบรมและให้ความรู้ทักษะที่จำเป็นทำให้ผู้ดูแลมีทักษะในการดูแลและมีความเครียดจากการดูแลลดลง

### การนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า หลังพัฒนารูปแบบ ๓ พบผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้าและภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย แต่ยังไม่พบผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าประมาณ 2 ใน 5 (ร้อยละ 41.10) ฉะนั้น โรงพยาบาลพระพรหมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชนนำรูปแบบไปใช้ในชุมชน โดยขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เน้นประสิทธิภาพในการคัดกรองโดยใช้แบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q และพัฒนาทักษะการดูแลและสังเกตสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายของประชาชนในชุมชน

### ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายเพื่อการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Preventing Suicide: A Global Imperative. Geneva: World Health Organization; 2014 [Internet]. [Cited 2020 Jan 12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>
2. กรมสุขภาพจิต. โรคซึมเศร้ากับเหล่าเซเลบ [Internet]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2564 [สืบค้นเมื่อ 23 ก.พ. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2278>
3. กรมสุขภาพจิต. รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้า. นครศรีธรรมราช: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.
7. โรงพยาบาลพระพรหม. รายงานประจำปี (6 เดือน). นครศรีธรรมราช: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช; 2567.
8. กฤษ ใจวงศ์, วรยุทธ นาคอ้าย. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2567;33(2):297-306.
9. เกษม ตั้งเกษมสำราญ. การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):638-47.

10. ภาณุพันธ์ ไพฑูรย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิทยาการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 2567;14(1):1-14.
11. ขวัญธิดา พิมพ์การ. การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสุขศึกษา. 2562;42(2):218-25.
12. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรควิตกกังวลระดับจังหวัด (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3/2557). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
13. Crabtree BF, Miller WL, editors. Doing Qualitative Research. Newbury Park (CA): Sage Publications; 1992.
14. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39:175-91.
15. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
16. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, และคณะ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550;52(2):138-48.
17. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวท, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2561;63(4):321-34.
18. โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเครียด. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
19. Hair JF, Babin BJ, Anderson RE, Black WC. Multivariate data analysis. 8th ed. Harlow (England): Pearson; 2019.
20. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิต. นครศรีธรรมราช: กระทรวงสาธารณสุข; 2568.
21. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
22. กรองจิต วลัยศรี. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน. 2566;8(3):909-17.
23. กายสิทธิ์ แก้วยาศรี. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง คัดกรอง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(2):328-42.
24. ธนธ กานตอาภา. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายโรงพยาบาลคาม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2563;5(4):99-104.
25. รัศมี ชุตพิมาย. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังกลุ่มเสี่ยงในชุมชน ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565;16(3):851-67.