

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตาม
แนวทางเทียร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน

Development of an Integrated Care Model
for Psychiatric Patients with Suicidal Ideation and Behavior
Based on Satir Model Therapy and Community Participation: RICH Model.
(Received: August 27,2025 ; Revised: August 30,2025 ; Accepted: August 31,2025)

จิราพร มณีปกรณ์¹ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์² ชญาดา กลิ่นพิบูลย์³
Jiraporn Maneepakorn¹ Akkaradech Klinpiiboon² Chayada Klinpiiboon³

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวทางเทียร์ ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่าน RICH Model ซึ่งประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก ได้แก่ R: การค้นหาและลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยง I: การบำบัดรายบุคคลตามแนวทางเทียร์ C: การมีส่วนร่วมของชุมชน H: การดูแลแบบองค์รวม เครื่องมือที่ใช้วัด CSI, 9Q, 8Q วิเคราะห์ด้วย repeated measure ANOVA

ผลการวิจัยพบว่า RICH Model สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) จาก 84.649 เป็น 122.351 หลังการบำบัดและยังคงสูงในช่วงติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ ขณะเดียวกันคะแนนซึมเศร้า (9Q) และความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการกลับมารักษาซ้ำเท่ากับ 0

คำสำคัญ : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย, การป้องกันการฆ่าตัวตาย, การบำบัดรักษาตามแนวคิดชาร์เทียร์, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

This study was Participatory Action Research (PAR) aimed to develop and evaluate a care model for psychiatric patients with suicidal ideation and behaviors, integrating Satir-based therapy with community participation through the RICH Model. The model comprises four core components: R–Risk group identification and registration, I–Individual therapy based on the Satir approach, C–Community involvement, and H – Holistic care. Assessment tools included the Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSI), the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), and the Patient Health Questionnaire-8 (PHQ-8). Data were analyzed using repeated measures ANOVA.

The results demonstrated that the RICH Model significantly increased self-esteem (CSI scores rose from 84.649 to 122.351 post-intervention and remained high at 2 and 4 weeks follow-up) and significantly reduced depression (PHQ-9) and suicidal ideation (PHQ-8). Notably, the suicide completion rate and readmission rate were both zero.

¹ พย.ม. โรงพยาบาลสกลนคร

² ปรด.มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ Corresponding Author: tu.akk@hotmail.com

³ พย.ม.มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ศรีสะเกษ

Keywords: Psychiatric Patients with Suicidal Ideation and Behavior, suicide prevention, Satir's Model, Community Participation

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก การฆ่าตัวตายสำเร็จพบได้ 10.6 ต่อแสนประชากร¹ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 45 กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รองลงมาเป็นผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด² ซึ่งการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด³ ในทุก ๆ 5 คนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัญหาความผิดปกติจากการใช้สุรา⁴ ที่ก่อให้เกิดความหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ล่วงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม ขาดการใช้วิจารณญาณ มีสัมผัสรู้ผิดปกติ มีความเจ็บปวดที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายและมักมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน เช่น มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิดและพบว่าผู้ป่วยสุราร่วมกับโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่เป็นโรคซึมเศร้า^{5,6} ส่วนปัจจัยกระตุ้นมีมากมายคล้ายกับกลุ่มประชากรทั่วไป เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เป็นเพศชาย มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ (PTSD) มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นจากความเครียด เช่น ปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ^{1,4} ขาดทักษะในการแก้ปัญหา รู้สึกว่าตนเองไร้ค่าและหลีกเลี่ยงปัญหา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีพฤติกรรมแยกตัว ก้าวร้าว ส่วนกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด จะมองตัวเองว่าไร้ค่า มองปัญหาเป็นภาพรวม ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึง ร้อยละ 50 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 40 ฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 7 พยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1-2 ปี ร้อยละ 16-34¹ และพบปัจจัยกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น เครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ รู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มีโรคร่วม มี

บาดแผลทางใจ การเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และการใช้แอลกอฮอล์หรือติดสารเสพติดจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป¹

ในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตาย ร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะมีโอกาสทำซ้ำและทำสำเร็จได้ใน 1 ปี ถึงร้อยละ 94.27 และการฆ่าตัวตายสำเร็จในระยะเวลาหนึ่งปีเพิ่มขึ้น ร้อยละ 100 และพบว่ากลุ่มจิตเวชยาเสพติด ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 50 และฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ถึงร้อยละ 6.54 และส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอตหรือการแขวนคอมากที่สุด ร้อยละ 81.1^{7,8} ในช่วงเวลากลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้าน⁸ และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะถูกนำส่งโรงพยาบาลเพื่อรับการบำบัด ร้อยละ 97.53 ส่งผลต่อการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาที่ประเทศต้องสูญเสียประมาณ 16,000 ล้านบาท และสูญเสียทางเศรษฐกิจจากผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท⁷ การบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชมีหลากหลายรูปแบบ ส่วนใหญ่ใช้มาตรฐานการบำบัดรักษา เช่น การคัดกรองด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยง การบ่งชี้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จำกัดการเข้าถึงสิ่งที่เป็อันตรายต่อชีวิต การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมของทีมพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบสนับสนุน การบำบัดด้วยการรู้อาคัยสติ การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดครอบครัวตามแนวทางทียร์ (Satir's Model) แต่ยังไม่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและถูกส่งต่อเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมรักษาในโรงพยาบาล⁹

โรงพยาบาลสกลนคร ให้บริการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มโรคซึมเศร้า และกลุ่มที่ใช้สุรา สารเสพติด โดยเฉลี่ย 14,000 คนต่อปี สถิติย้อนหลัง 5 ปี (2563-2567) พบว่าจำนวนการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (20, 17, 18, 33 และ 31 คน) คิดเป็น 10.32, 8.77, 9.28, 17.02 และ 15.99 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ เกินกว่าค่าเป้าหมายที่นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขปรารถนาไม่ให้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศสูงกว่า 8.0 ต่อแสนประชากร และผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องมารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 72, 79, 93, 143 และ 81 คน ตามลำดับ ด้วยการให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ แต่ผลลัพธ์พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในระดับสูงหรือปานกลาง จำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน¹⁰ จึงเป็นปัญหาที่สำคัญรุนแรง ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

อย่างไรก็ตามเมื่อทบทวนรากเหง้าของปัญหาพบว่าการบำบัดด้วยวิธีดังกล่าวในแต่ละรายไม่มีการตั้งเป้าหมายและไม่ติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่ชัดเจน ไม่ได้มุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย เมื่อนำไปเปรียบเทียบกับผลลัพธ์จากการบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าด้วยแนวคิดซาเทียร์ กลับพบว่าผลลัพธ์ที่แตกต่างคือผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าลดลง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้นที่สำคัญแนวคิดซาเทียร์นี้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดในแต่ละครั้งอย่างมาก จึงเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในการบำบัดกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชได้หลากหลายประเภท ดังนั้น การบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์จึงน่าจะเป็นอีกหนึ่งทางเลือก สำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซ้ำซ้อนจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการ

ตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรมโดยใช้เวลาเพียงสั้นๆ และได้ผลดี สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ^{11,12,13} นอกจากนี้การสร้างให้มีปัจจัยปกป้อง (protective factors) ที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น ปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ดีของบุคคลต่อครอบครัว ต่อชุมชน ต่อสถาบันทางสังคม และผู้ให้บริการด้านสุขภาพ โดยมีโรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชนแวดล้อมให้การสนับสนุนด้านความปลอดภัย มีแหล่งทรัพยากรในการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช⁹ ซึ่งพบว่าวิธีสร้างปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็งคือการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C โดยการระดมพลังสมอง พลังความคิด สร้างสรรค์ของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์ได้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลและประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่าง เป็นประชาธิปไตย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง^{14,15}

คณะผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในฐานะพยาบาลจิตเวชในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร และอาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของผลลัพธ์จากการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ และการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงสนใจที่จะวิจัยและพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาเทียร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนและพัฒนาสมรรถนะพยาบาลจิตเวชผู้บำบัดให้

เป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัด โดยมีเป้าหมายสูงสุดคือผู้ป่วยไม่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อีกทั้งยังเป็นการยกระดับมาตรฐานการบำบัดรักษาให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์และใช้สมรรถนะของการเป็นผู้นำทางการพยาบาลในการจัดการและพัฒนาคุณภาพในโรงพยาบาลสกลนคร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวทางทฤษฎี ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผ่าน RICH Model

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) ใน 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 พัฒนารูปแบบ ประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) ศึกษาสภาวะแวดล้อม วิเคราะห์ปัญหา และความต้องการ 2) พัฒนารูปแบบฯ ต้นแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบฯ ต้นแบบ 4) ปรับปรุงรูปแบบฯ ต้นแบบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ 2) ภาควิชาเครือข่ายชุมชน 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ตามทะเบียนรายชื่อผู้เข้ารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร และญาติผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ทีมสหวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ แพทย์ 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน, 2) ภาควิชาเครือข่ายชุมชน จำนวน 28 แห่ง ๆ ละ 4 คน

(เจ้าหน้าที่ รพ.สต., อสม, ผู้นำชุมชน, อปท.) รวม 112 คน, 3) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ตามทะเบียนรายชื่อผู้เข้ารับบริการในกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร ในช่วงเดือนกันยายน 2567-กุมภาพันธ์ 2568 จำนวน 46 คน และญาติผู้ดูแล จำนวน 46 คน

ระยะที่ 2 ทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบฯ และการเผยแพร่นวัตกรรม ประกอบด้วย 2 กระบวนการ คือ 1) ประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ที่ปรับปรุงแล้ว 2) สรุปผลการทดลอง/เผยแพร่ นวัตกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสกลนคร ในช่วงเดือนมีนาคม-กรกฎาคม 2568

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประชากรเป้าหมายที่มีอาการทางจิตทุเลา กำหนดขนาดตัวอย่างจากการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ ก่อนการวิจัยโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1 กำหนดค่า $\alpha = .05$ และ $(1-\beta) = .80$ ค่า effect size 0.5 ได้ตัวอย่าง 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ คือประเด็นการสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ได้แก่ (1) สภาพการณ์ของหน่วยงาน ระบบบริการ และแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของทีมสหวิชาชีพ (2) ข้อมูลทั่วไป/เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (3) ปัญหา ความต้องการ/ความจำเป็นในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ดูแล ทีมสหสาขาวิชาชีพ และภาควิชาเครือข่าย (4) การให้ความหมายต่อการเจ็บป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด

และพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายในชุมชน (5) ความรู้ความเข้าใจในแนวทางการบำบัดโดยใช้ Satir Model

2. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวทางการบำบัดตามแนวชาเทียร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (RICH Model)

3. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) แบบประเมินความพึงพอใจของภาคีเครือข่าย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และการสนทนากลุ่ม โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Qualitative Content Analysis) ผ่านการจัดหมวดหมู่ตามประเด็นที่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อประเมินความหลากหลาย ความอึดตัวของข้อมูล และความสอดคล้องกับความเป็นจริง

2. ข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และรายได้ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมถึงสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 การวิเคราะห์ผลใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) สถานะการฆ่าตัวตาย (PHQ-8) และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) ก่อนและหลังการบำบัดทันที และในช่วงติดตามผลที่ 2 และ 4 สัปดาห์

จริยธรรมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย และสิทธิการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายให้ทราบถึงสิทธิที่จะถอนตัวได้ตลอดเวลาหากมีความต้องการ วิธีการดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ป่วย หรือพยาบาลในการปฏิบัติงาน และการศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKNH REC No.038/2567

ผลการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวทางการบำบัดตามแนวชาเทียร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลจากการศึกษาสถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสกลนคร พบว่าปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จและอัตราการพยายามฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สำคัญและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี ซึ่งพบได้ในทุกกลุ่มวัยและทุกกลุ่มโรค นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย มารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกเพิ่มมากขึ้นทุกปีอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ WHO¹ และ Conner และคณะ² ที่พบว่าการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิต และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10-20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปและสูงสุดเป็นอันดับ 1 ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รองลงมาคือผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ซึ่งปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การดื่มสุรานั้น ในช่วงนั้น การทะเลาะกับคนใกล้ชิด การมีนิสัย

ก้าวร้าว โกรธรุนแรง ไม่เคยเข้าสู่กระบวนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Borges และคณะ³ ที่พบว่าการดื่มสุร่าอย่างหนักและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุร่าในปริมาณที่สูงก่อให้เกิดความหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว ล่วงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Carbello และคณะ⁵ และวินัย รอบคอบและคณะ⁶ ที่พบว่าผู้ติดสุร่าที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมักมีปัจจัยกดดันนำมาก่อน เช่น มีภาวะซึมเศร้า สุขภาพทรุดโทรม ทะเลาะกับบุคคลใกล้ชิด และยังพบว่าผู้ป่วยสุร่าร่วมกับโรคซึมเศร้าจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่มโรคซึมเศร้า

รูปแบบการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีผูกคอตายในช่วงเวลากลางวันที่ไม่มีคนอยู่บ้านสอดคล้องกับข้อมูลของกรมสุขภาพจิต⁷ และจรรยาธิษั มิวังษ์สมและคณะ⁸ ที่ทำการศึกษาเรื่องสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พบว่าวิธีการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออกเป็นวิธีที่ถูกเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือการใช้พิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์ การใช้สารพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นๆ และการใช้กระสุนปืน

ระบบบริการและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด และทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลสกลนคร ซึ่งมุ่งเน้นให้การปรึกษาทั่วไป ประกอบด้วย การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และในการบำบัดแต่ละรายไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่เป็นแนวทางชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายการบำบัด และไม่ได้มีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย และไม่มีระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงพบว่าผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่ง

พบว่าประมาณเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำจำเป็นต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูงหรือปานกลาง เป็นปัญหาสำคัญทางการพยาบาลที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายขณะรับไว้รักษาในโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ⁹ ที่พบว่ากระบวนการบำบัดเพื่อแก้ไขปัญหากลุ่มการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทยมีหลากหลายรูปแบบ โดยส่วนใหญ่ใช้มาตรฐานการบำบัดรักษาที่ประกอบด้วย การคัดกรองด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยง การบ่งชี้ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง จำกัดการเข้าถึงสิ่งที่เป็นอันตรายต่อชีวิต การรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคมของทีมนพยาบาลจิตเวชและทีมสหวิชาชีพ โดยเฉพาะการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษาแบบครอบครัว การให้คำปรึกษาแบบสนับสนุน การบำบัดด้วยการรู้อาศัยสติ การให้สุขภาพจิตศึกษา การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และการบำบัดครอบครัวตามแนวซาเทียร์ (Satir's Model) แต่ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและถูกส่งต่อเข้ารับการบำบัดทางจิตสังคมรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังเป็นการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต⁷ ที่พบว่าประเทศต้องสูญเสียทางเศรษฐกิจในการรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายปีละกว่า 400 ล้านบาท และเมื่อทำการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาพบว่าการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแต่ละรายไม่ได้มีการติดตามผลลัพธ์จากการบำบัดที่เป็นแนวทางชัดเจน ไม่มีการตั้งเป้าหมายการบำบัด และไม่ได้มีการมุ่งเน้นให้ความสนใจและแก้ไขประเด็นปัญหาของผู้ป่วย ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจึงพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลต่อเนื่อง พบปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ

หนึ่งคือ มีความเครียดกับปัญหาในครอบครัวไม่รู้จะแก้ปัญหายังไง รองลงมาคือ รู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง ล้มเหลวในชีวิต มีอารมณ์หงุดหงิดพลันแล่น คิดชั่ววูบ มีเมมาสุราและใช้สารเสพติด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ในช่วงปี 2557-2563 ของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว มีปัญหาการสื่อสาร ไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และผู้ป่วยกลุ่มนี้มีชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยวไร้ผู้คนเหลียวแล ควบคุมอารมณ์ได้ต่ำ มีการเสพยา มีบุคลิกภาพชนิดต่อต้านสังคม มีการรับรู้ตนเองต่ำ คิดว่าไม่มีคุณค่า ไม่มีคนรัก กลัวถูกทิ้ง เผชิญปัญหาแบบหงุดหงิดพลันแล่น แก้ปัญหาแบบไม่เหมาะสม ใช้อารมณ์เป็นหลัก โกรธ ด่าคนในครอบครัว และทะเลาะกันไม่ฟังเหตุผล และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชทั้งสองกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันคือขาดทักษะหรือมีทักษะในการแก้ปัญหาไม่เพียงพอเมื่อต้องเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ของชีวิตมักมีอารมณ์หงุดหงิดพลันแล่น มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นความเสี่ยงสูงและเป็นอุปสรรคต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของญาติ/ผู้ดูแล นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยสาเหตุหลักของการมีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชมาจากการบำบัดทางจิตสังคมที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและสาเหตุของการมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการปรับตัวต่อปัญหาได้ไม่เหมาะสม ขาดความตระหนักรู้ในตนเอง ไม่เข้าใจในตนเอง ไม่ยอมรับตนเองและคนอื่น ๆ ในครอบครัว ทำให้ขาดทักษะในการแก้ปัญหา และมักมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ไม่เห็นเป้าหมายที่เกิดจากการบำบัดในแต่ละครั้งได้อย่างชัดเจน และไม่รับรู้เป้าหมายจำเพาะของการบำบัดในแต่ละครั้งนั้นว่า ในช่วงเวลานี้ เวลาที่เขาต้องการให้ตัวเอง

เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการบำบัดครั้งนี้ ซึ่งผู้รับการบำบัดควรมีความสามารถที่จะทำได้เองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น สามารถตัดสินใจเลือกแนวทางแก้ไขได้ดีขึ้นและสามารถรับมือกับอุปสรรคต่อทุกข์และสุขของตัวเองได้มากขึ้น ช่วยให้ผู้รับการบำบัดจัดการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจของตนเองจนเป็นคนต่างไปจากคนเดิม ไม่ใช่เปลี่ยนแปลงแค่ระดับพฤติกรรมแล้วทำอะไรต่างไปจากเดิม การเป็นคนต่างไปจากเดิม คือ ทุกส่วนของจิตใจได้เปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายชีวิต 3 ด้าน สุขภาพดี มีความสุข มีความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของ Krug และคณะ¹⁰ ในอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ⁹ ที่พบว่า การบำบัดที่สร้างให้มีปัจจัยปกป้องที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เกิดประสิทธิภาพในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น ซึ่งพบว่าด้านบุคคล ได้แก่ การมีทักษะในการเผชิญกับปัญหา และมีทักษะในการแก้ปัญหา เหตุผลที่ต้องการมีชีวิตอยู่ ความเชื่อและศีลธรรมที่ค่านการฆ่าตัวตาย ด้านความสัมพันธ์ ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสถาบันทางสังคม การสนับสนุนความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ ด้านชุมชน ได้แก่ โรงเรียน สถานที่ทำงาน และชุมชนแวดล้อมให้การสนับสนุนด้านความปลอดภัย มีแหล่งทรัพยากรในการดูแลต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และด้านสังคม ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งกายและใจ มีนโยบาย/กฎหมายจำกัดการเข้าถึงวัตถุอันตราย/วิธีการฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของจรรยารักษ์ มีวงษ์สม และคณะ¹¹ ได้ทำการศึกษาเรื่องสถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย พ.ศ. 2555-2559 พบว่าแนวทางการแก้ไขปัญหาคือการสร้างภูมิคุ้มกันทางความคิดในวัยเด็ก การสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน และการควบคุมอุปกรณ์การฆ่าตัวตาย รวมถึงการมีระบบสาธารณสุขที่ดี

การบำบัดตามแนวคิดซาตียร์ ร่วมกับการใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C ช่วยเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และครอบครัวผู้ป่วยทำให้เกิดความยั่งยืนในระบบการดูแลและช่วยลดภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและยังตอบสนองต่อความจำเป็นในการลดความเหลื่อมล้ำทางการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในพื้นที่ชนบท ซึ่งเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาสุขภาพจิตระดับชาติ สอดคล้องกับวิธีสร้างปัจจัยปกป้องให้เข้มแข็งโดยใช้กระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C และใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวคิดซาตียร์ที่ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของการบำบัดอย่างมาก โดยการกำหนดเป้าหมายจำเพาะของการบำบัดครั้งนั้นๆ ผู้บำบัดต้องสำรวจจากผู้รับการบำบัดว่า ในชั่วโมงนี้ เวลานี้เขาต้องการให้ตัวเองเปลี่ยนแปลงไปอย่างไรหลังการบำบัดครั้งนี้ ซึ่งผู้รับการบำบัดต้องสามารถทำได้เอง การบำบัดตามแนวคิดซาตียร์จึงทางเลือกสำหรับใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่า ตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่ยาก ซับซ้อน จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกการตั้งเป้าหมายเพื่อให้เกิดการเติบโตทางบวก เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างอารมณ์ ความรู้สึกกับพฤติกรรม โดยใช้เวลาเพียงสั้นๆ และได้ผลดี สามารถลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงได้ ลดอัตราการเข้านอนพักในโรงพยาบาล ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งสอดคล้องการงานวิจัยของรพีพร คำแก้ว¹² ที่พบว่าโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satir's model ช่วยให้ผู้ป่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของนิตยา จรัสแสง¹³ ที่พบว่าการบำบัดตามแนวคิดซาตียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและความ

สอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้า เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเพิ่มความสอดคล้องกลมกลืนหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและหลังติดตาม 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบฯ (RICH Model) โดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวซาตียร์ ร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชน หรือ RICH Model ประกอบด้วย 4 แนวทางหลัก คือ

1. R: Register of risk groups การค้นหาและจัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง การสำรวจข้อมูลเชิงลึกและวิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้น การจัดการความเสี่ยงตามแนวทางที่ได้จากการถอดบทเรียนในรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จทุกราย ผ่านการประชุมร่วมกับเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ อสม. ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไข

2. I: Intervention การบำบัดตามแนว Satir's Systemic (brief) Therapy ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจำนวน 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ครั้งที่ 1-2 เป็นการทำความรู้จักและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้และยอมรับโลกภายในจิตใจตนเองได้ ครั้งที่ 3-4 ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีทางเลือกให้ตนเอง ครั้งที่ 5 เป็นการต่อยอดการเปลี่ยนแปลง

3. C: Community involvement ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการต่างๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียน อสม. และในชุมชน เน้นการคัดกรองด้วย 2Q เน้นการประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายเสียงในหมู่บ้านโดยใช้คลิปวิดีโอสั้น จัดทำโครงการลดการใช้สารเสพติดต่างๆ รวมทั้ง บุหรี่ สุรา ในชุมชน โดยบูรณาการร่วมกับ สสส. กองทุนเทศบาลและองค์กรปกครองท้องถิ่น

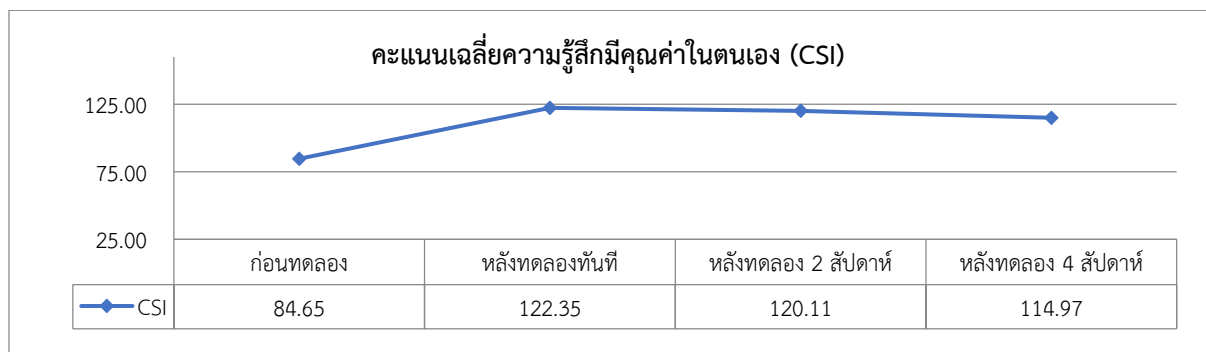
4. H: Holistic approach "การดูแลแบบองค์รวม" โดยดำเนินการให้มีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ด้วยการดูแล บุคคลรวมทั้งครอบครัวของเขาและชุมชนที่เขาอาศัย อยู่ด้วยเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาพที่ดีและยั่งยืน ดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด และพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย “RICH Model”

ส่วนที่ 3 ผลของการใช้รูปแบบ RICH Model

การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดการบำบัดตามแนวชาเทียร์ ร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชน (RICH Model) โดยทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับ Sphericity ผล Mauchly's Test พบว่า คะแนนเฉลี่ย CSI ($W = .035, p < .000$), PHQ-9 ($W = .096, p < .003$) และ PHQ-8 ($W = .030, p < .000$) มีค่า p น้อยกว่า .05 ทุกตัวแปร จึงปฏิเสธสมมติฐานว่าง (H_0) แสดงว่าข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขของ Compound Symmetry ดังนั้น ในการวิเคราะห์ repeated measures ANOVA จำเป็นต้องใช้ค่าที่ปรับแล้วด้วยวิธี Greenhouse-Geisser เพื่อให้ผลการวิเคราะห์มีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งพบว่ามี ความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) เพิ่มขึ้นจากก่อนบำบัดอย่างชัดเจนที่เฉลี่ย 84.649 (95% CI=81.836–87.462) เป็น 122.351 (95% CI=119.664–125.039) หลังการบำบัด และลดลงเล็กน้อยในช่วงติดตามผลที่ 2 และ 4 สัปดาห์ เป็น 120.108 และ 114.973 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

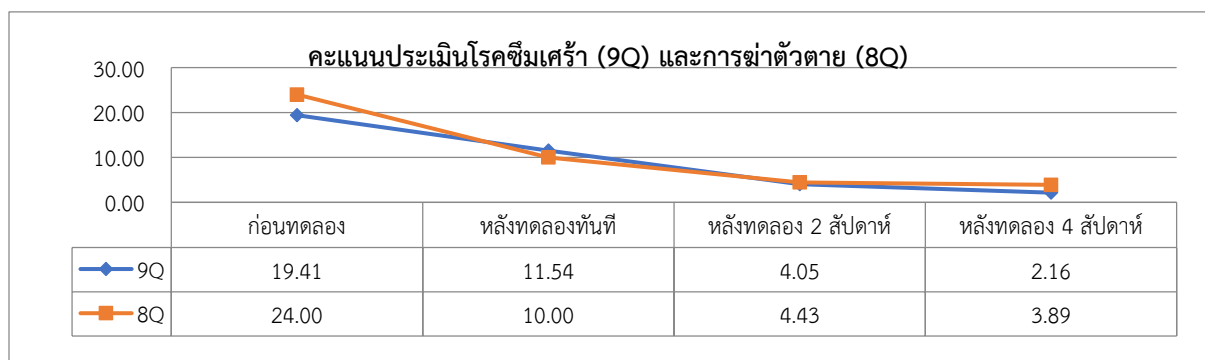


ภาพที่ 2 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) ก่อนและหลังทดลองทันที และในระยะติดตามหลังการทดลอง 2 และ 4 สัปดาห์ (n=34)

คะแนนภาวะซึมเศร้า (PHQ-9) ลดลงอย่างชัดเจนจาก 19.405 (95% CI = 18.085–20.726) ก่อนบำบัด เป็น 11.541 (95% CI = 9.848–13.233) หลังบำบัด และลดลงต่อเนื่องในช่วงติดตามผลเป็น 4.054 และ 2.162 ส่วนของคะแนนความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PHQ-8) ลดลงอย่างชัดเจนจาก 24.000 (95% CI = 18.920–29.080) ก่อนบำบัด เป็น 10.000 (95% CI = 6.386–13.614) หลังบำบัด และลดลงต่อเนื่องในช่วงติดตามผลเป็น 4.432 และ 3.892 ดังภาพที่ 3

ผลลัพธ์ที่ได้จากการใช้ RICH Model พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0 แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัดนี้ และพบว่าร้อยละ 95 ของภาคีเครือข่ายพึงพอใจในรูปแบบการดูแล RICH

Model และมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการติดตามเยี่ยมจากสหวิชาชีพของโรงพยาบาลสกลนครอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง/ราย โดยเจ้าหน้าที่และ อสม มีแรงจูงใจมากขึ้นในการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การสังเกตอาการเตือน และนำเข้าสู่การรักษา ดังนั้น กล่าวได้ว่า RICH Model เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยสามารถเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมการค้นหา คัดกรอง และเข้าถึงบริการสุขภาพจิต เพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชน และสร้างความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วย ควรมีการพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่องเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 3 กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) และการฆ่าตัวตาย (8Q) ก่อนและหลังทดลองทันที และในระยะติดตามผล 2 และ 4 สัปดาห์ (n=34)

สรุปและอภิปรายผล

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 26 คน จากทั้งหมด 34 คน มีอายุเฉลี่ย 25.89 ปี (S.D.= 12.80) อายุต่ำสุด 12 ปี สูงสุด 59 ปี อยู่ในช่วงอายุ 17-23 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.29 รองลงมาเป็นช่วงอายุ 10 – 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.47 สถานภาพสมรส โสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.76 รองลงมา แต่งงานและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 26.47 การศึกษาอยู่ในระดับ

ประถมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.24 ส่วนใหญ่อาชีพทำสวน /ทำไร่/ ทำนา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.12 รองลงมาเป็น นักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 35.29 และผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็น พ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 58.82 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาทต่อเดือน น้อยสุด 3,000 บาทต่อเดือน มากสุด 25,000 บาทต่อเดือน

ผลการพัฒนารูปแบบฯ ตามกรอบแนวคิดและพัฒนารูปแบบต้นแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มี

ความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายร่วมกับชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (AIC) พบว่า (1) A : Appreciation เป็นการสร้างความรู้ด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อศึกษาระบาดวิทยาเมื่อมีกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้ข้อมูลทางระบาดวิทยาและเป็นข้อมูลองค์ความรู้สำหรับบุคลากรและเครือข่ายในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย คือ (1.1) ประเด็นหลักที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายแยกเป็น ครอบครัว ชุมชน ยาเสพติด (1.2) สัญญาณเตือน (1.3) กลุ่มบุคคลที่ควรดูแลเป็นพิเศษ (1.4) แนวทางการแก้ไขร่วมกัน จากนั้นนำมาพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้เรื่องปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการฆ่าตัวตาย การค้นหา คัดกรอง การเฝ้าระวังให้กับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้นำชุมชนและประชาชนทั่วไปในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดสกลนคร เจ้าหน้าที่หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น (2) I : Influence การสร้างแนวทางการพัฒนาโดยประชุมทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลศูนย์สกลนคร เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข สมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเสนอรูปแบบที่ได้จากการดำเนินโครงการจากชุมชน นำร่อง 2 ชุมชนคือตำบลเชียงเครือ และตำบลหนองลาด ผลลัพธ์ที่ได้คือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมกับการบำบัดตามแนวชาเทียร์ จังหวัดสกลนคร หรือที่เรียกว่า RICH Model และ (3) C : Control การสร้างแนวทางปฏิบัติ จัดทำผังการไหลของงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย ตาม RICH Model ที่ประกอบด้วยระบบการ R: Register of risk group's โดยคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตาย ด้วย 2

คำถาม และ 9Q, 8Q, I: Intervention ด้วยรูปแบบการบำบัดตามแนว Satir's Model, C: Community involvement ระบบการเฝ้าระวังโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรม การฆ่าตัวตายโดยบูรณาการงานสุขภาพจิตเข้ากับงานบริการต่าง ๆ และ H: Holistic approach "จัดการดูแลแบบองค์รวม" โดยดำเนินการให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยการดูแลบุคคลรวมทั้งครอบครัวของเขาและชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ด้วยเพื่อคงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชนหรือกระบวนการ A-I-C พัฒนาขึ้นโดยสถาบัน Organization Development : An International Institute (ODII) สหรัฐอเมริกา โดย William E. Smith และ Turid Sato อ้างถึงในชนัญญวีร์ ฐิตพัฒนานนท์¹⁴ โดยวิธีการประชุมเชิงปฏิบัติการที่มีการระดมพลังสมอง พลังความคิด สร้างสรรค์ของสมาชิกในชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในเชิงสร้างสรรค์อย่างเป็นขั้นตอน โดยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้มีโอกาสสื่อสาร แลกเปลี่ยนความรู้ข้อมูลและประสบการณ์ซึ่งกันและกันอย่าง เป็นประชาธิปไตย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจถึงสภาพปัญหา ข้อจำกัด ความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ (1) การสร้างความรู้ (Appreciation: A) (2) การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ (3) การสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)

ผลของการใช้รูปแบบ RICH Model พบว่า คะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (CSI) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิภาพของโปรแกรมบำบัดนี้แต่ลดลงตามระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น และคะแนนเฉลี่ยจาก

แบบประเมินโรคซึมเศร้า (9Q) ลดลงโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าการก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน โดยลดลงอยู่ในระดับน้อยมาก ($9Q < 7$ คะแนน) ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดนี้ และคะแนนเฉลี่ยจากแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ลดลงโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าการก่อนทดลอง และมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่องในระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือนและ 3 เดือน โดยลดลงอยู่ในระดับน้อย ($8Q = < 8$) ซึ่งได้แสดงถึงความคงทนในประสิทธิผลของโปรแกรมบำบัดนี้ นอกจากนี้ยังส่งผลถึงอัตราของผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าถึงบริการสูงขึ้นถึง ร้อยละ 146.32 ซึ่งมากกว่า ร้อยละ 75 ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือและติดตามเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 93.75 ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0 สอดคล้องกับไพจิตร พุทธรอด และกนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ¹¹ ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิดซาเทียร์น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนี้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0 สอดคล้องกับการศึกษาของอำพรทิพย์ อุดทาโท และอนุกุล มะโนทน¹⁵ ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตามวิถีชีวิตใหม่

ตำบลแม่ตึบ อำเภองาว จังหวัดลำปาง พบว่าไม่พบการฆ่าตัวตายสำเร็จหลังใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอแนะ

1. การนำแนวทางทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร ไปใช้ควรปรับให้เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดตนเอง โดยสนับสนุนกระบวนการมีส่วนร่วม การประชาสัมพันธ์ การสร้างเสริมความรู้ และการดูแลต่อเนื่องสู่ชุมชน
2. ควรมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่องจึงจะประสบผลสำเร็จและมีประสิทธิภาพ
3. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลและจังหวัดอื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน เพื่อให้ทราบถึงความแตกต่าง และหาแนวทางการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ป่วยคลินิกจิตเวชและบุคลากรโรงพยาบาลสกลนคร ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. (2024). *Suicide in the world. In Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
2. Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2017). Meta-analysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(1), 278–292. <https://doi.org/10.1111/sltb.12422>

3. Borges, G., Benjet, C., Orozco, R., Medina-Mora, M. E., & Menendez, D. (2017). Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74–82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.03.014>
4. Kölvcs, K., Draper, B. M., Snowden, J., & De Leo, D. (2017). Alcohol-use disorders and suicide: *Results from a psychological autopsy study in Australia*. *Alcohol*, 64, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.03.004>
5. Carballo, J. J., García-Nieto, R., Harkavy-Friedman, J., de Leon-Martinez, V., & Baca-García, E. (2014). *Aggressiveness across development and suicidal behavior in depressed patients*. *Archives of Suicide Research*, 18(1), 39–49. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824831>
6. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกฤพรณ์ และ ธรรมชาติ เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. *พยาบาลสาร*, 45(4), 144–158.
7. กรมสุขภาพจิต. (2561). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561*. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต.
8. จรรย์รักษ์ มีวงษ์สม, และคณะ. (2564). สถานการณ์และวิธีการฆ่าตัวตายที่สัมพันธ์กับเพศ-ช่วงอายุ-ภูมิภาคในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2555–2559. *วารสารวิชาการอาชีวศึกษาและนิติวิทยาศาสตร์*, 7(2), 90–107.
9. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรุณ ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, & สาคร บุปผาเห้า. (2563). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนทัศน์ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(1), 86–98.
10. โรงพยาบาลสกลนคร จังหวัดสกลนคร. (2567). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังทางสุขภาพจิตจากฐานข้อมูล HDC*. กระทรวงสาธารณสุข.
11. ไพจิตร พุทธรอด, & กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดรายบุคคลโดยแนวคิดซาเทียร์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 13(1), 484–492.
12. รพีพร คำแก้ว. (2565). *การสร้างโปรแกรมบำบัดโรคซึมเศร้าโดยการประยุกต์ใช้ Satir's model* [อินเทอร์เน็ต]. เข้าถึงเมื่อ 5 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://hpc2appcenter.anamai.moph.go.th/academic/web/files/2566/research/MA2566-004-01-0000001117-0000001384.pdf>
13. นิตยา จรัสแสง. (2565). ผลการบำบัดตามแนวคิดซาเทียร์ต่ออาการซึมเศร้า ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองและความสอดคล้องกลมกลืนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 36(2), 97–114.
14. ชนัญวีร์ ฐิตพัฒน์. (2552). *การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ AIC: กรณีศึกษาชุมชนในตำบลหนองไผ่ล้อม อำเภอมะนัง จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
15. อำพรทิพย์ อุดทาโท และ อนุกุล มะโนทน. (2566). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จตามวิถีชีวิตใหม่ ตำบลแม่ต๋ำ อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(1), 1–15.