

## การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กรณีศึกษา อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

### Development of a Suicide Prevention Model for Students through Network Partnership A Case Study of Mueang Roi Et District, Roi Et Province.

(Received: October 23,2025 ; Revised: October 28,2025 ; Accepted: October 29,2025)

รวิษฎา หิรัญภักทราภกุล<sup>1</sup>

Rawissada Hiranphattarapakul<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และศึกษาผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการตามกระบวนการ PAOR กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 จำนวน 220 คน ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็กด้วยแบบประเมิน Children's Depression Inventory (CDI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า ก่อนการพัฒนาแบบการป้องกัน นักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 ( $\bar{X}$  = 10.51, S.D. = 2.31) มีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 70.0 ( $\bar{X}$  = 1.35, S.D. = 0.28) และมีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 6.8 ( $\bar{X}$  = 12.84, S.D. = 8.73) รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) ระบบการป้องกัน 2 ระดับตามความเสี่ยง (2) โครงสร้างภาคีเครือข่าย (3) ระบบการคัดกรองและติดตาม (4) ระบบการจัดการวิกฤต โดยมีกิจกรรมหลัก 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมชั่วโมงแนะแนว "รู้ใจ วัยใส", เครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน", การให้ความรู้โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข, คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ และการพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร หลังการใช้รูปแบบ พบว่านักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นเป็นระดับสูง ร้อยละ 76.4 ( $\bar{X}$  = 12.24, S.D. = 1.87) มีทัศนคติที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.2 ( $\bar{X}$  = 1.47, S.D. = 0.23) และภาวะซึมเศร้าทางคลินิกลดลงเหลือร้อยละ 3.6 ( $\bar{X}$  = 10.22, S.D. = 5.31) โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกทั้งหมดได้รับการส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ร้อยละ 100

**คำสำคัญ:** การป้องกันการฆ่าตัวตาย, วัยเรียน, การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

#### Abstract

This action research study aimed to develop a suicide prevention model for school-age students through the participation of network partners and to evaluate the effectiveness of the developed model. The study was conducted following the PAOR process. The sample consisted of 220 students in grades 1-3 from a secondary school in Mueang District, Roi Et Province. Research instruments included structured interview guidelines for focus group discussions, questionnaires assessing knowledge and attitudes toward depression and suicide, and the Children's Depression Inventory (CDI) for depression screening. Data were analyzed using content analysis, descriptive statistics, and paired sample t-tests.

The findings revealed that prior to the intervention, the majority of students had moderate knowledge about depression and suicide (58.2%,  $M$  = 10.51,  $SD$  = 2.31), high levels of appropriate attitudes (70.0%,  $M$  = 1.35,  $SD$  = 0.28), and clinically significant depression (6.8%,  $M$  = 12.84,  $SD$  = 8.73). The developed suicide

<sup>1</sup> กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

prevention model comprised six main components: (1) a two-tier prevention system based on risk levels, (2) network partnership structure, (3) screening and monitoring system, (4) crisis management system, (5) networking and support system establishment, and (6) monitoring and evaluation mechanisms. Five core activities were implemented: the "Know Your Heart, Bright Youth" weekly guidance sessions, the "Peer-to-Peer Support" network, health education by public health personnel, mobile mental health clinics, and capacity building for teachers and staff. Following the implementation of the model, students demonstrated significantly improved outcomes. Knowledge levels increased to the high category (76.4%,  $M = 12.24$ ,  $SD = 1.87$ ), appropriate attitudes rose to 88.2% ( $M = 1.47$ ,  $SD = 0.23$ ), and clinically significant depression decreased to 3.6% ( $M = 10.22$ ,  $SD = 5.31$ ), all statistically significant at the 0.05 level ( $p < 0.001$ ). All students identified with clinically significant depression were referred to child and adolescent psychiatrists (100%).

**Keywords:** suicide prevention, school-age students, network partnership participation, action research

## บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีสภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว รูปแบบการเลี้ยงดูเด็กที่อาศัยเทคโนโลยี ทำให้กลไกในการสร้างและควบคุมความสัมพันธ์ของสังคมไทยเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลต่อภาวะความเข้มแข็งของจิตใจของเด็กทำให้ระดับความอดทนของคนเราลดลง เกิดเป็นปัญหาสังคมที่มีแนวโน้มรุนแรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งความรุนแรงในสังคมนั้นสามารถพบได้ทั่วไป ทั้งในครอบครัวและโรงเรียน สภาพความกดดันเช่นนี้ สร้างผลกระทบแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องชุมชน และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มบุคคลที่จิตใจไม่เข้มแข็ง มีปัญหาสุขภาพจิตได้ ส่งผลไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา การฆ่าตัวตายจึงเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และพบว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จมีประมาณ 10 - 20 หรือโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี<sup>1</sup> จากการรายงานสถิติการฆ่าตัวตายของประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 พบว่าคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คน ในทุก ๆ 2 ชั่วโมง และคนไทยพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 85 คน หรือมีผู้พยายามฆ่าตัวตาย 7 คน ในทุก 2 ชั่วโมง โดยจากการวิเคราะห์ข้อมูลผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำแนกตามจังหวัดพบว่า จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด 5 อันดับแรกของประเทศ คือ จังหวัด

เชียงใหม่ 15.33 ต่อแสนประชากร จังหวัดน่าน 15.21 ต่อแสนประชากร จังหวัดแม่ฮ่องสอน 14.06 ต่อแสนประชากร จังหวัดเชียงราย 13.90 ต่อแสนประชากร และจังหวัดตาก 13.00 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ จังหวัดนครราชสีมา 251 คน จังหวัดเชียงใหม่ 250 คน กรุงเทพมหานคร 250 คน จังหวัดนครศรีธรรมราช 172 คน จังหวัดเชียงราย 163 คน เมื่อจำแนกรายกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดที่สุด 10.39 ต่อแสนประชากร และกลุ่มวัยรุ่น วัยนักศึกษา มีอัตราการพยายามการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 104.86 ต่อแสนประชากร<sup>2</sup> ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด สถิติรายงานการฆ่าตัวตายในปี 2566 พบว่า จังหวัดร้อยเอ็ดมีผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 201 ราย คิดเป็น 15.68 ต่อแสนประชากร พบมากที่สุดในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 20 – 59 ปี) จำนวน 95 คน คิดเป็น 12.26 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือกลุ่มวัยรุ่น วัยนักศึกษา (อายุ 15 – 19 ปี) จำนวน 52 คน คิดเป็น 71.95 ต่อแสนประชากร วัยเรียน (อายุ 5 – 14 ปี) จำนวน 40 คน คิดเป็น 30.33 ต่อแสนประชากร และวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 5.47 ต่อแสนประชากร โดยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายได้แก่ ป่วยโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 46.77 เคยทำร้ายตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 31.84 ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 15.42 ติดสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 13.43 และใช้สุรา คิดเป็นร้อยละ

ละ 12.94 ด้านปัจจัยกระตุ้นพบว่า มีปัจจัยด้านปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล คิดเป็นร้อยละ 85.57 (น้อยใจโดนดุด่า ตำหนิ ร้อยละ 59.20, ทะเลาะกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 50.25, ผิดหวังความรัก ร้อยละ 14.43 ) ปัญหาทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 14.43<sup>3</sup> สาเหตุของการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มาจากเรื่องอารมณ์ คือ น้อยใจ เสียใจ ความเครียด ถูกกดดันจิตใจจากปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องปัญหาหนี้สิน โดยเฉพาะช่วงการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ COVID-19ที่ทำให้ไม่สามารถประกอบอาชีพและใช้ชีวิตได้ตามปกติ การถูกเลิกจ้างงาน ตกงาน ขาดรายได้มาใช้จ่ายเลี้ยงดูครอบครัว การดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงส่งผลกระทบให้เกิดความเครียด ซึมเศร้า วิธีการที่ใช้ส่วนใหญ่ใช้วิธีรับประทานยาเกินขนาด รับประทานยาฆ่าแมลง และน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 90 ใช้วิธีการแขวนคอ รองลงมาใช้วิธีรับประทานยาฆ่าแมลง ใช้ปืนยิง รถมควัน และรับประทานสารพิษจำพวกน้ำยาล้างห้องน้ำ ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 25 – 59 ปี เป็นวัยทำงานซึ่งผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกือบทุกรายส่งสัญญาณให้ญาติ หรือคนรอบข้างได้รับรู้มาก่อน เช่น บ่นอยากตาย หรือคำพูดที่บ่งบอกถึงความรู้สึกเป็นภาระต่อครอบครัว ซึ่งญาติหรือสมาชิกในครอบครัวมีความรู้สึกผิดที่ไม่ได้เห็นความสำคัญของคำพูดหรือสัญญาณเตือนโดยขาดการสังเกต และเฝ้าระวัง หรือให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจมาก่อน<sup>4</sup>

วัยรุ่น และวัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตจากเด็กเป็นผู้ใหญ่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ และอารมณ์เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงกล่าวได้ว่า วัยรุ่น วัยเรียน เป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิต การเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัววัยรุ่น วัยเรียน ทำให้มีความเครียด และบางครั้งไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หากวัยรุ่นมีความเครียดสะสมในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลกระทบต่อทางด้านลบต่อปัญหาสุขภาพกาย ได้แก่ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ

ปวดท้อง ปวดหลัง ใจสั่น และส่งผลต่อสุขภาพจิต ได้แก่ หงุดหงิด โกรธง่าย เบื่อหน่าย คิดมาก วิตกกังวล เศร้าหมอง ไม่มีสมาธิ รวมทั้งทางพฤติกรรม ได้แก่ เียบยริ้ม เก็บตัว สูบบุหรี่หรือดื่มสุรามากขึ้น ขวนพะเลาะ มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อย ๆ อาจใช้สารเสพติด หากวัยรุ่นมีภาวะเครียดรุนแรงมากยิ่งขึ้น อาจถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นำมาซึ่งความสูญเสียเป็นอย่างมาก<sup>5</sup> นักเรียนชั้นมัธยมศึกษา เป็นช่วงวัยหัวเลี้ยวหัวต่อที่ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลง และปรับตัวสูง ทั้งต่อโรงเรียน ครู กลุ่มเพื่อน การเปลี่ยนแปลงของครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวทำให้นักเรียนวัยรุ่นมีความเครียด และบางครั้งไม่สามารถปรับตัวให้เผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้<sup>6</sup> อีกทั้งยังพบว่า สุขภาวะทางจิตของวัยรุ่นไทย กำลังเป็นปัญหาสาธารณสุข และสังคมที่ควรได้รับการสนใจ เนื่องจากภาวะเครียดในกลุ่มวัยรุ่นมีแนวโน้มสูงขึ้น และนักเรียนมัธยมศึกษาส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูง<sup>7</sup> อีกทั้งเป็นช่วงวัยที่ต้องจริงจังกับการเรียนมากขึ้น ทำให้เด็กในวัยเรียนมีการแข่งขันทางการศึกษาสูง ซึ่งอาจนำไปสู่การเกิดความกดดัน และเกิดความเครียดได้ หากวัยรุ่นไม่สามารถจัดการกับ ความเครียดได้จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้รู้สึกท้อแท้หมดหวัง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง เบื่อหน่าย เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ บางคนล้มเหลวในชีวิตการเป็นนักเรียน และลาออกจากการเรียน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และเกิดการสูญเสียไปทางการศึกษาเป็นอย่างมาก<sup>8</sup> และความเครียดจากการเรียนที่เกิดขึ้นนั้น ยังมาจากมุมมองเกี่ยวกับการศึกษาว่าจะสามารถพัฒนาตนเองให้มีความสมบูรณ์ พร้อมทั้งความสามารถทางด้านวิชาชีพ ความสามารถด้านทักษะการดำเนินชีวิต เพื่อให้บุคคลนั้นดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ด้วยเหตุนี้ จึงทำให้เด็กวัยรุ่นต่างต้องดิ้นรนสอบแข่งขัน เพื่อให้ตนเองได้รับโอกาสที่ดีทางการศึกษา และการประกอบอาชีพในอนาคตจากปัญหาดังกล่าวจึงส่งผลกระทบโดยตรงต่อ

วัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา และเตรียมตัวสอบเข้ามหาวิทยาลัย ความเครียดที่มีจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการเรียนรู้ การรับรู้ความสามารถและความเชื่อมั่นในตนเองของวัยรุ่นได้

การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น มีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากปัญหาการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตใจ สังคม และครอบครัว การทำงานร่วมกันของเครือข่ายที่ประกอบด้วยโรงเรียน ครู ผู้ปกครอง หน่วยงานสาธารณสุข นักจิตวิทยา และชุมชนช่วยให้เกิดระบบการเฝ้าระวังที่ครอบคลุม และสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยให้นักเรียน การมีส่วนร่วมนี้ช่วยให้ทุกฝ่ายสามารถรับรู้สัญญาณเตือนของนักเรียนที่อาจเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ ทำให้มีโอกาสนในการแทรกแซง และให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที นอกจากนี้เครือข่ายยังช่วยพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งทางจิตใจ และทักษะการจัดการกับความเครียดในนักเรียน ทำให้พวกเขามีเครื่องมือในการรับมือกับปัญหาในชีวิตประจำวัน การทำงานร่วมกันของเครือข่ายยังช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจในครอบครัว และชุมชนเกี่ยวกับสุขภาพจิตในวัยรุ่น ทำให้สามารถสนับสนุน และดูแลนักเรียนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การมีเครือข่ายที่เข้มแข็งจะช่วยให้การพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีความเหมาะสม ครอบคลุม และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของโรงเรียน<sup>10</sup> จากข้อมูลและสถานการณ์ข้างต้น ผู้วิจัยจึงให้ความสำคัญกับภาวะความเครียดของกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งเป็นเรื่องที่จำเป็นเร่งด่วน ควรได้รับ การป้องกันในระยะต้น ๆ เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในขั้นรุนแรงอื่น ๆ ตามมา และเป็นการช่วยเหลือนักเรียน ที่มีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาได้อย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้สูญเสียนักเรียนไปในระหว่างการศึกษา จึงได้ทำการวิจัยการพัฒนาแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคี

เครือข่าย กรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้มีโปรแกรมในการดำเนินงานที่เหมาะสม และส่งผลให้การดำเนินงานด้านการป้องกันโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิตและความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่ม วัยเรียน ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

### วิธีการวิจัย

#### กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาสถานการณ์ด้านสุขภาพจิต และความเสี่ยงต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในกลุ่ม วัยเรียน ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พัฒนาและประเมินรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด เดือน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 - เมษายน 2568 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ กลุ่มตัวอย่างในส่วนนี้เป็นนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด 477 คน โดยใช้สูตรของ Krejcie & Morgan<sup>11</sup> จำนวน 220 คน

### เกณฑ์การคัดเข้า คือ

1. เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนเป้าหมาย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ในปีการศึกษา 2567

2. เป็นผู้ที่ได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน เข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น และมีความสนใจตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม พร้อมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรม

3. เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโครงการได้ ไม่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือความพิการที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้หรือการตอบแบบสอบถาม

4. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เป็นอย่างดี มีความสามารถในการอ่านและเขียนที่เพียงพอต่อการตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เกณฑ์การคัดออก คือ

1. นักเรียนที่ไม่ได้กำลังศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ถึง 3 ในโรงเรียนที่เป็นโรงเรียนเป้าหมาย ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด หรือนักเรียนที่ย้ายโรงเรียนหรือหยุดเรียนระหว่างการดำเนินการวิจัย

2. นักเรียนที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำซ้อนหลายครั้งหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างรุนแรง ซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะทางจากจิตแพทย์อย่างเข้มข้นและต่อเนื่อง โดยนักเรียนกลุ่มนี้จะได้รับการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม

3. นักเรียนที่มีปัญหาด้านสุขภาพร่างกายหรือจิตใจที่รุนแรง เช่น โรคเรื้อรัง ความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญาที่รุนแรง หรือโรคทางจิตเวชที่รุนแรง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วม

กิจกรรมในโครงการหรืออาจได้รับผลกระทบในทางลบจากการเข้าร่วมกิจกรรม

4. นักเรียนที่ไม่แสดงความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ หรือผู้ปกครองไม่ให้ความยินยอมหรือนักเรียนที่ขอยุติการเข้าร่วมโครงการระหว่างการดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยจะเคารพสิทธิในการตัดสินใจของนักเรียนและผู้ปกครองตลอดระยะเวลาการวิจัย

5. นักเรียนที่มีข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือขาดการเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าร้อยละ 20 ของกิจกรรมทั้งหมด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำแนกตามกระบวนการวิจัยเป็น 2 ประเภท รายละเอียดดังนี้

#### 1) เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ลักษณะเป็นเครื่องมือแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ใช้สำหรับการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงาน วิเคราะห์แนวทางในการดำเนินงาน แนวคิด และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนที่มีความเหมาะสม ระหว่างผู้วิจัยที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้นำการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างโดยประเด็นแนวทางการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง ประกอบด้วย

1.1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สนทนากลุ่ม 1.2) บทบาทหน้าที่ หรือประสบการณ์ดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพจิต หรือการป้องกันการฆ่าตัวตาย 1.3) แนวคิดการดำเนินงาน กิจกรรมที่สำคัญ และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน 1.4) แนวทางการติดตาม และการประเมินผลการดำเนินงาน

#### 2) เครื่องมือที่ใช้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพจิต จำแนกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และทดสอบการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2.1) แบบสอบถามความรู้ และทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย



ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์จากศกรินทร์ แก้วเห้า และคณะ<sup>12</sup> ที่ได้ทำการศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ โดยชุมชนมีส่วนร่วม โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ในแต่ละส่วนมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ ประกอบด้วยข้อมูลด้าน เพศ อายุ ระดับชั้น ภูมิลาเนา สถานะทางครอบครัว สถานะการพักอาศัย ประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัว ประวัติการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว ประวัติการเข้าอบรมหรือหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ช่องทางการอบรมหรือรับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ประวัติการคัดกรองภาวะซึมเศร้า รวมทั้งหมด 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตาม Bloom<sup>13</sup> ได้ผลการแปลผลคะแนน รายละเอียดดังนี้ 1.คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป มีความรู้ในระดับสูง 2.คะแนนระหว่างร้อยละ 60 -79 มีความรู้ในระดับปานกลาง 3.คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 มีความรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 ทักษะคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย

เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามเกี่ยวกับทักษะคิดของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตาม Bloom<sup>13</sup> ได้ผลการแปลผลคะแนน รายละเอียดดังนี้ 1.คะแนนเฉลี่ย 1.34 – 2.00 มี

ทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ในระดับสูง 2. 0.67 – 1.33 มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง 3.0.00 – 0.66 มีทัศนคติที่ถูกต้องต่อโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายในระดับต่ำ

2.2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ฉบับภาษาไทยของกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนามาจาก Maria Kovacs<sup>14</sup> ลักษณะคำถามเกี่ยวกับการประเมินโรคซึมเศร้า ในช่วงระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาถึงวันตอบแบบสอบถาม รวมทั้งหมด 27 ข้อ ลักษณะเป็นคำตอบ 3 ตัวเลือก และได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลข้อมูล โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งช่วงอ้างอิงตามกรมสุขภาพจิต (2567) ได้ผลการแปลผลคะแนน รายละเอียดดังนี้ 1.ต่ำกว่า 15 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก 2. 15 คะแนนขึ้นไป มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งฉบับส่งให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการพิจารณาความเหมาะสมของเครื่องมือค่าความตรงเชิงเนื้อหาเทียบกับวัตถุประสงค์การศึกษา โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of congruence: IOC) ระหว่างความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ข้อคำถามมีค่า IOC มากกว่า 0.50 ทุกข้อ

2) การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านมาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ดำเนินการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือในส่วนแบบสอบถามทักษะคิดที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายโดยนำไปทดลองใช้กับนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง และคำนวณค่า Cronbach Alpha Coefficient โดยแบบทดสอบความรู้

เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มีค่าเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย มีค่าเท่ากับ 0.84

### ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย

เมื่อโครงร่างงานวิจัย ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยวางแผนการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้ กระบวนการ PAOR ตามแนวของของ Kemmis and Mc Taggart<sup>15</sup> โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังต่อไปนี้

1) ดำเนินการแต่งตั้งผู้ช่วยวิจัย โดยเป็น บุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และบุคลากรโรงเรียนเป้าหมาย จำนวน 2 ท่าน โดยให้มีบทบาทในการช่วยขับเคลื่อน กระบวนการวิจัย การเก็บข้อมูลวิจัย และการ ประสานงานในส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำหนังสือประสานไปยังผู้อำนวยการ โรงเรียนเป้าหมาย และผู้บริหารของหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย เพื่อ ชี้แจงโครงการวิจัย และเพื่อขออนุญาตดำเนินการ วิจัย เก็บข้อมูล รวมถึง เชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม กิจกรรมการวิจัย

3) ขั้นตอนการวางแผน (Planning: P1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการกระบวนการเก็บข้อมูล สถานการณ์สุขภาพจิต จำแนกความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย โดยผู้วิจัย อธิบายรายละเอียดการวิจัย สิทธิประโยชน์ และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนให้กลุ่มตัวอย่างพิจารณาแสดงความยินยอม หรือปฏิเสธการให้ข้อมูลในเอกสาร

4) ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ตามแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิต (ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย) และ ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) ตาม แนวทางการคัดกรองของกรมสุขภาพจิต โดยการ แจกแบบสอบถามให้ และให้เวลาในการตอบ

แบบสอบถาม 2 วัน พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ส่ง แบบสอบถามได้ทางกล่องรับแบบสอบถามที่ จัดเตรียมไว้ให้ที่ห้องพยาบาลของโรงเรียน หรือ สามารถส่งได้โดยตรงที่อาจารย์ผู้ร่วมวิจัย โดยผล การตอบคำถามจะถูกเก็บเป็นความลับตามแนว ทิศทางการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

5) ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Acting: A1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนา กลุ่ม โดยการเชิญกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มาร่วมประชุม และสนทนากลุ่ม โดยใช้สถานที่ห้อง ประชุมโรงเรียนเป้าหมาย โดยมีการนำข้อมูลจาก ขั้นตอนการวางแผนเป็นข้อมูลนำเข้า หลังจากนั้น ผู้วิจัย ดำเนินการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนา กลุ่ม พร้อมทั้งร่วมกันสังเคราะห์รูปแบบการ ดำเนินงานที่มีความเหมาะสม โดยผลลัพธ์คือ รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

6) นำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายใน กลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่ พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในโรงเรียนเป้าหมาย เป็น ระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยระหว่างการนำไปใช้ ผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยติดตามการดำเนินงานเป็น ระยะ

7) ขั้นตอนการสังเกต และประเมินผล (Observing: O1) วงรอบที่ 1 หลังจากการทดลอง ใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการสนทนากลุ่มกับกลุ่มตัวอย่างผู้ร่วม พัฒนารูปแบบ เพื่อติดตาม และประเมินผลการ ดำเนินงานในวงรอบที่ 1 พร้อมทั้งหาอุปสรรค ปัญหาการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะเพื่อการ พัฒนาให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ โดยเน้นการสรุป และประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานที่วาง ไว้ และความสำเร็จการดำเนินงานในกลุ่มตัวอย่าง แต่ละกลุ่ม (กลุ่มปกติ, กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มป่วย)

8) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflecting: R1) วงรอบที่ 1 ดำเนินการวิเคราะห์ผล และสรุปผล

การดำเนินงานในวงรอบที่ 1 และเตรียมเข้าสู่การดำเนินงานวิจัยในวงรอบที่ 2

9) ดำเนินการวิจัยตามแนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ด้วยกระบวนการ PAOR ในวงรอบที่ 2 โดยนำข้อมูลจากการสะท้อนผลในวงรอบที่ 1 เป็นข้อมูลนำเข้าในกระบวนการวางแผน (Planning 2) และดำเนินการปฏิบัติการโดยการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนาให้รูปแบบมีความสมบูรณ์ และนำไปทดลองใช้ (Acting2) เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

10) ขั้นตอนการสังเกต และประเมินผล (Observing: O2) วงรอบที่ 2 โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถาม ตามแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิต (ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย) และ ชุดที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเด็ก Children's Depression Inventory (CDI) อีกครั้งเพื่อเก็บข้อมูลหลังการใช้รูปแบบ รวมถึงบันทึกแบบการติดตามการดูแลกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

11) ขั้นตอนการสะท้อนผล (Reflecting: R2) วงรอบที่ 2 ดำเนินการวิเคราะห์ผล สรุปผลการดำเนินงาน พร้อมทั้งเผยแพร่ผลการดำเนินงานเพื่อเป็นประโยชน์ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการใช้งานต่อไป

### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระดับ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยจำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลในกระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

### จริยธรรมงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ได้นำโครงร่างงานวิจัยเสนอเพื่อขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดซึ่ง โดยได้รับอนุมัติเลขที่ COE 0632567 เมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2567

### ผลการวิจัย

#### 1. สถานการณ์สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่ง ในพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 กระจายตัวในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 46.4 อาศัยอยู่ในจังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 98.2 โดยมาจากอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ร้อยละ 42.3 และอำเภอจังหาร ร้อยละ 33.6 ด้านสถานะครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบิดา-มารดาอาศัยอยู่ร่วมกัน ร้อยละ 57.7 แต่มีสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงของครอบครัวที่บิดา-มารดาหย่าร้าง ร้อยละ 30.9 สำหรับปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต พบว่ามีประวัติผู้ป่วยสุขภาพจิตในครอบครัว ร้อยละ 6.8 และประวัติการฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว ร้อยละ 4.5 ขณะที่การเข้าถึงความรู้และบริการด้านสุขภาพจิตยังมีจำกัด โดยมีเพียงร้อยละ 30.9 ที่เคยรับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต และร้อยละ 9.5 ที่เคยรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.2 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 10.51 คะแนน (S.D. = 2.31) กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ที่ถูกต้องในระดับสูงมากในหลายประเด็น โดยเฉพาะเกี่ยวกับการที่โรคซึมเศร้าสามารถเกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่นได้ ร้อยละ 99.1 สาเหตุการฆ่าตัวตายที่หลากหลาย ร้อยละ 98.2 และประโยชน์ของการพูดคุยเรื่องความรู้สึก ร้อยละ 97.7 ขณะที่ความรู้



ในระดับปานกลางถึงต่ำพบในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับลักษณะอาการและกลไกการเกิดโรค

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ต้องในในระดับสูง ร้อยละ 70.0 และระดับปานกลาง ร้อยละ 30.0 โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างคนใดที่มีทัศนคติในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 1.35 (S.D. = 0.28) ซึ่งอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ต้องในระดับสูงในประเด็นคำถามเชิงลบทั้งหมด โดยเฉพาะการปฏิเสธแนวคิดที่ว่า การฆ่าตัวตายเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด ( $\bar{x} = 1.73$ , S.D. = 0.48)

ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ก่อนการพัฒนารูปแบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 93.2 ขณะที่ภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิก ร้อยละ 6.8 (15 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CDI เท่ากับ 12.84 คะแนน (S.D. = 8.73) ซึ่งสะท้อนถึงความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาที่อยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วง

## 2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายกรณีศึกษาอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด

จากการสนทนากลุ่มและกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นเรียนที่ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 4 ส่วน ดังนี้

### 1. ระบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นเรียน แบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1: กลุ่มนักเรียนที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (คะแนน CDI = 0-14 คะแนน) มุ่งเน้นการป้องกันปฐมภูมิ ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรมหลัก ได้แก่ (1) กิจกรรมชั่วโมงแนะแนวรายสัปดาห์ "รู้ใจ วัยใส" ครอบคลุม 12 หัวข้อด้านสุขภาพจิต (2) กิจกรรมเครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" เป็นระบบการดูแลแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (3) กิจกรรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการบรรยาย "Mental Health 101" โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

(4) กิจกรรมคลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ และ (5) การพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร

ระดับที่ 2: กลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิก (คะแนน CDI  $\geq 15$  คะแนน) มุ่งเน้นการป้องกันทุติยภูมิและตติยภูมิ ประกอบด้วย (1) การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างละเอียด (2) การให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลแบบเข้มข้น (3) การส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และ (4) แผนการดูแลความปลอดภัย (Safety Planning)

### 2. โครงสร้างภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

(1) ระดับโรงเรียน ประกอบด้วยทีมสุขภาพจิตโรงเรียนและคณะกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย (2) ระดับชุมชน ประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และวัด (3) ระดับครอบครัว ประกอบด้วยสมาคมผู้ปกครอง เครือข่ายครอบครัว และกลุ่มอาสาสมัครผู้ปกครอง

3. ระบบการคัดกรองและติดตาม ประกอบด้วย (1) การคัดกรองเชิงรุกด้วย CDI ทุก 6 เดือน (2) ระบบการสังเกตพฤติกรรมโดยครูประจำชั้น (3) ระบบรายงานของเพื่อนนักเรียน (4) ระบบแจ้งเตือนสำหรับกรณีฉุกเฉิน

4. ระบบการจัดการวิกฤต ประกอบด้วย (1) ระบบการตอบสนองฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง (2) ทีมตอบสนองวิกฤตโรงเรียน (3) แผนการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล (4) การจัดการหลังเหตุการณ์ (5) การป้องกันการเลียนแบบ (6) การฟื้นฟูบรรยากาศโรงเรียน

### 3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่นเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 76.4 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ที่มีความรู้ระดับสูงเพียงร้อยละ 25.5 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เท่ากับ 12.24 คะแนน (S.D. =

1.87) เพิ่มขึ้นจาก 10.51 คะแนน (S.D. = 2.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในระดับสูง ร้อยละ 88.2 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ ที่มีทัศนคติระดับสูงร้อยละ 70.0 ค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเท่ากับ 1.47 (S.D. = 0.23) เพิ่มขึ้นจาก 1.35 (S.D. = 0.28) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ด้านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า หลังการนำรูปแบบมาใช้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 96.4 เพิ่มขึ้นจากก่อนการนำรูปแบบมาใช้ร้อยละ 93.2 ขณะที่นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกลดลงเหลือร้อยละ 3.6 (8 คน) จากเดิมร้อยละ 6.8 (15 คน) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนน CDI เท่ากับ 10.22 คะแนน (S.D. = 5.31) ลดลงจาก 12.84 คะแนน (S.D. = 8.73) ทั้งนี้ นักเรียนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกทั้ง 8 ราย ได้รับการส่งต่อไปยังจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเพื่อดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 100

## สรุปและอภิปรายผล

### 1. สถานการณ์สุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3

ผลการศึกษาพบนักเรียนมีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายประการ โดยเฉพาะครอบครัวที่บิดามารดาหย่าร้างสูงถึงร้อยละ 30.9 สอดคล้องกับเนตรนภา ะมะระภา<sup>16</sup> ที่พบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดีเป็นปัจจัยสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย และพุทธิพร พงศ์นันท์ทุกกิจ และคณะ<sup>17</sup> ที่พบกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาการสูญเสียและปัญหาเศรษฐกิจ การขาดความอบอุ่นจากครอบครัวนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต นักเรียนเคยรับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 30.9 และเคยรับการคัดกรองภาวะซึมเศร้าร้อยละ 9.5 สะท้อนช่องว่างในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับนงคราญ

คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ<sup>10</sup> ที่พบการรู้เท่าทันสุขภาพจิตยังต้องพัฒนา การขาดความรู้ทำให้วัยรุ่นไม่สามารถระบุอาการและขอความช่วยเหลือได้ทันท่วงที

ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 10.51) แสดงว่ายังมีช่องว่างในการพัฒนาความเข้าใจ สอดคล้องกับสุรัชย์ เณียง และปาริชาติ เมืองขวา<sup>18</sup> และอิวิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ<sup>19</sup> ที่พบว่าการให้ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

ทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 1.35) แม้ความรู้ยังไม่เพียงพอ แต่นักเรียนมีทัศนคติบวกต่อการขอความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นปัจจัยเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ความชุกของภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกพบร้อยละ 6.8 สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ<sup>20</sup> และภานุพันธ์ ไพฑูรย์<sup>21</sup> ที่พบนักเรียนมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรองและระบุกลุ่มเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญในการป้องกัน

### 2. รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระบบบูรณาการครอบคลุมการป้องกันระดับปฐมภูมิและการดูแลเฉพาะกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับอิวิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ<sup>19</sup> ที่เสนอโปรแกรมสองรูปแบบ: สำหรับวัยรุ่นทั่วไปเน้นเสริมสร้างความรู้และปรับทัศนคติ และสำหรับกลุ่มเสี่ยงเน้นการช่วยเหลือรายบุคคล การแบ่งระดับตามความเสี่ยงช่วยจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม รูปแบบให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามระดับ: โรงเรียน ชุมชน และครอบครัว สอดคล้องกับจินตนา พลมีศักดิ์ และคณะ<sup>22</sup> ที่พัฒนา TABTOA Model เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน และนงคราญ คชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ<sup>10</sup> ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนส่งผลให้ประชาชนมีการรู้เท่าทันสุขภาพจิตสูงขึ้น กิจกรรมหลักประกอบด้วย 1. ชั่วโง่งนนะ

แนว "รู้ใจ วยใส" สร้างความรู้เท่าทันสุขภาพจิต และทักษะชีวิต สอดคล้องกับอริวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ<sup>19</sup> ที่เน้นการเสริมสร้างความรู้และการสังเกตสัญญาณเตือน 2. เครือข่าย "เพื่อนช่วยเพื่อน" ใช้ระบบ Peer Support สอดคล้องกับสุรัชย์ เจริญ และปาริชาติ เมืองขวา<sup>18</sup> ที่พบว่าวัยรุ่นเข้าใจและช่วยเหลือกันได้ดี ระบบนี้มีประสิทธิภาพในการระบุสัญญาณเตือนและสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 3. การบูรณาการกับโครงการ To Be Number One ผ่านศูนย์เพื่อนใจที่มุ่งเน้นพัฒนา IQ และ EQ ภายใต้ปรัชญา "ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ" ส่งเสริมทักษะการจัดการอารมณ์ การตัดสินใจ และสร้างสัมพันธภาพที่ดี 4. การพัฒนาศักยภาพครูและบุคลากร สอดคล้องกับนพภัฏสร วิเศษ และคณะ<sup>4</sup> ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพบุคลากรส่งผลให้มีความรู้และทักษะการดูแลสูงขึ้น การฝึกอบรมบุคลากรที่เป็นแนวทางเป็นกุญแจสำคัญของระบบป้องกัน 5. คลินิกสุขภาพจิตเคลื่อนที่ ลดอุปสรรคการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ<sup>20</sup> ที่เน้นความสำคัญของการเข้าถึงบริการ การนำบริการไปถึงกลุ่มเป้าหมายช่วยเพิ่มโอกาสคัดกรองและระบุกลุ่มเสี่ยงทันเวลาที่ การดูแลกลุ่มเสี่ยงสูงเน้นการประเมินความเสี่ยงละเอียดและให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคลเข้มข้น สอดคล้องกับเนตรนภา ภิรมะราภา<sup>16</sup> ที่เสนอระบบคัดกรอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นทันทีสำหรับกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกช่วยป้องกันการดำเนินของอาการสู่ความรุนแรง ระบบสนับสนุนประกอบด้วยการคัดกรองเชิงรุกและติดตามต่อเนื่อง โดยบูรณาการโปรแกรม HERO OBEC CARE ของ สพฐ. ที่เก็บข้อมูลนักเรียนรายบุคคลและวิเคราะห์ความเสี่ยง ร่วมกับ Mental Health Check-In ของกรมสุขภาพจิตที่ประเมินภาวะเสี่ยงสุขภาพจิต การบูรณาการทั้งสองระบบทำให้จำแนกกลุ่มเสี่ยง ติดตามการ

เปลี่ยนแปลง และให้ความช่วยเหลือได้อย่างเป็นระบบ

### 3. ผลการใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มวัยรุ่น

ผลการประเมินพบนักเรียนมีความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 10.51 เป็น 12.24 คะแนน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.4 สอดคล้องกับอริวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์ และคณะ<sup>19</sup> และนงคราญ คุชรักษา และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ<sup>10</sup> แสดงประสิทธิภาพของกิจกรรมให้ความรู้ที่หลากหลายและต่อเนื่อง ทักษะคิดที่ถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจาก 1.35 เป็น 1.47 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติระดับสูงเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 88.2 สอดคล้องกับจักรกริช ไชยทองศรี และคณะ<sup>20</sup> ทักษะคิดบวกช่วยลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ สะท้อนความสำเร็จในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางคลินิกลดลงจากร้อยละ 6.8 เหลือร้อยละ 3.6 ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 12.84 เป็น 10.22 สอดคล้องกับภานุพันธ์ ไพฑูรย์<sup>21</sup> และเนตรนภา ภิรมะราภา<sup>16</sup> แสดงประสิทธิผลของรูปแบบในการป้องกันและลดความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิต นักเรียนกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้าทางคลินิกทั้งหมดได้รับการส่งต่อจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นร้อยละ 100 สอดคล้องกับสุรัชย์ เจริญ และปาริชาติ เมืองขวา<sup>18</sup> การมีระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพเป็นกุญแจสำคัญให้กลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการดูแลที่เหมาะสมและทันเวลาที่

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้โดยปรับตามบริบทโรงเรียน บูรณาการกิจกรรมสุขภาพจิตเข้ากับหลักสูตรแกนกลาง และชั่วโมงแนะแนวให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบการศึกษา

2. ควรจัดตั้งทีมสุขภาพจิตโรงเรียนอย่างเป็นทางการ พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพจิตที่เป็นมาตรฐานและเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพชุมชน จัดสรรงบประมาณสำหรับกิจกรรมสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม

3. ควรจัดอบรมครูและบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สร้างระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพจิตวัยรุ่น

3. จัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์สุขภาพจิตระดับอำเภอและจังหวัดเพื่อวางแผนและติดตามผล

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืน

2. ศึกษาในโรงเรียนหลายแห่งที่มีบริบทแตกต่าง

3. ศึกษาผลต่อตัวแปรอื่น เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง

4. ศึกษาในกลุ่มวัยเรียนระดับอื่นเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับแต่ละวัย

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ และอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง ที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งได้สละเวลาและแบ่งปันข้อมูลที่มีคุณค่า ถือเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สามารถดำเนินไปได้จนสำเร็จ ขอบพระคุณผู้อำนวยการ และบุคลากรของโรงเรียนเป้าหมายที่ได้ให้ความร่วมมือในการอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการเก็บข้อมูล ขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่สนใจและสามารถนำไปพัฒนาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพจิตของกลุ่มวัยเรียนต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

- 1.กัญญา อภิพรชัยสกุล. สุขภาพคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.thaihealthreport.com/th/articles\\_detail.php?id=40](https://www.thaihealthreport.com/th/articles_detail.php?id=40).
- 2.ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=92>.
- 3.โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ พ.ศ.2564 – 2565. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
- 4.นพภัสสร วิเศษ, ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์, อภิญา วงศ์บุญสูง, พงษ์ศักดิ์ ศรีโคตร, ยุทธนา รัตนอากร, รุจิภาส วิสุทธิสัย. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2567;18(2):1–11.
- 5.กรมสุขภาพจิต. ปัญหาเครียดในวัยรุ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30188>.
- 6.Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton (NJ): Princeton University Press; 1965.
- 7.จุฑารัตน์ สติปัญญา, วิทยา เหมพันธ์. ศึกษาความเครียดของนักศึกษามหาวิทยาลัย. วารสารมหาวิทยาลัยแม่โจ้. 2556;1(1):42-58.
- 8.พรหมณี โยชิน. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2557.
- 9.Goel A, Bardhan S. Effect of stress on self-efficacy and emotional intelligence among college students of humanities and sciences: A study on gender differences. Int J Appl Res. 2559;2(12):318-28.
- 10.นงคราญ ศรรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทย์นาวิ. 2563;47(2):446–63.

- 11.Krejcie R.V., Morgan D.W. Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas.* 1970;30(3):607-10.
- 12.ศักรินทร์ แก้วเฮ้า, ลัดดาวัลย์ สุวรรณโคตร, ยชญ์วินทร์ จรบุรณย์, อภิญญา วงศ์บุญสูง, มณฑนา เหมวิจิตร, พงษ์ศักดิ์ ศรีโคตร. การพัฒนาระบบการป้องกัน และแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายระดับอำเภอโดยชุมชนมีส่วนร่วม. เอกสารเผยแพร่ ภายใต้งบประมาณโครงการพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2563.
- 13.Bloom B.S, Hastings J.T, Madaus G.F. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York (NY): McGraw-Hill; 1971.
- 14.Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI). Psychological Corporation; 1977.
- 15.Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The Action Research Planner: Doing Critical Participatory Action Research. Singapore: Springer; 2014.
- 16.เนตรนภา ะมะธรรมา. การพัฒนารูปแบบเพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2565;9(3):92-107.
- 17.พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, สุทธิพร มูลศาสตร์, ชัยวุฒิ สิทธิเวช, วรณดี พุ่มไสว, นพวรรณ วิจิตรจรัสกุล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2565;38(2):187-97.
- 18.สุรัชย์ เฉนียง, ปาริชาติ เมืองขวา. พฤติกรรมการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562;20(39):121-30.
- 19.อธิวัฒน์ โสภณวัชรพันธ์, อทิตยา พรชัยเกตุ, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. โปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น : การพยาบาลตามหลักเชิงประจักษ์. วารสารแพทยนาวิ. 2557;41(2):19-31.
- 20.จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, ปาลิกา แก้วลาย, ยศยา จันทะกุล, นภาพร เพียรชนะ, ศิริวรรณ แก้วเล็ก, และคณะ. ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2565;67(1):59-70.
- 21.ภาณุพันธ์ ไพฑูรย์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในพื้นที่จังหวัดพะเยา. วารสารสหวิทยาการเพื่อการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี. 2567;14(1):1-14.
- 22.จินตนา พลมีศักดิ์, วิรติ ปานศิลา, กัญญารัตน์ คมคาย. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังและดูแลผู้มีความเสี่ยงและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรณีศึกษาบ้านดงเต่า ตำบลน้ำคำใหญ่ อำเภอมือง จังหวัดยโสธร. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2558;12(1):31-9.