

ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

Effectiveness of the care model for people at risk of suicide attempt at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province.

(Received: July 9,2026 ; Revised: August 12,2026 ; Accepted: August 16,2026)

วชิรวิทย์ ชาดวง¹

Vachirawit Chadong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการคัดกรอง การประเมิน การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและประสานเครือข่าย และการประเมินผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม จำนวน 256 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบด้วยสถิติ Paired samples t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการศึกษา: ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ลดลงจาก 12.72 ± 3.89 คะแนน เป็น 7.90 ± 4.24 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ลดลงจาก 8.98 ± 4.31 คะแนน เป็น 6.09 ± 4.36 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า “ปลาปาก SAFE-CARE Model” มีประสิทธิผลต่อการลดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดยการเชื่อมโยงกระบวนการคัดกรองและประเมินเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม และการติดตามอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย, ภาวะซึมเศร้า, การป้องกันการฆ่าตัวตาย

ABSTRACT

This study was action research aimed to evaluate the effectiveness of a care model for individuals at risk of suicide attempts at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province. The “Pla Pak SAFE-CARE Model” was implemented as a structured care model comprising screening, assessment, individualized care planning, engagement, continuous follow-up, promotion of access to healthcare services, referral and network coordination, and evaluation. The study sample consisted of 256 individuals at risk of suicide attempts who received care at Pla Pak Hospital, Nakhon Phanom Province. Participants were purposively selected according to the predefined eligibility criteria. Data collection instruments included the 9-item Depression Assessment Questionnaire (9Q) and the 8-item Suicide Risk Assessment Questionnaire (8Q). Data were collected before and after implementation of the care model. Descriptive statistics were used to summarize the data, and mean scores before and after implementation were compared using a paired-samples t-test. The statistical significance level was set at .05.

Results: Following implementation of the “Pla Pak SAFE-CARE Model,” the mean 9Q depression score decreased from 12.72 ± 3.89 to 7.90 ± 4.24 , with a statistically significant difference compared with

¹ โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม

the pre-implementation score ($p < .001$). Similarly, the mean 8Q suicide risk score decreased from 8.98 ± 4.31 to 6.09 ± 4.36 , representing a statistically significant reduction from baseline ($p < .001$). These findings indicate that participants experienced reductions in depressive symptoms and suicide risk following implementation of the care model. The findings suggest that the “Pla Pak SAFE-CARE Model” is effective in reducing depressive symptoms and suicide risk among individuals at risk of suicide attempts by integrating screening and assessment with individualized care planning, engagement, and continuous follow-up.

Keywords: suicide attempt risk, depression, suicide prevention

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขและสุขภาพจิตที่สำคัญ เนื่องจากส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด มีความซับซ้อนและเชื่อมโยงทั้งภาวะซึมเศร้า ปัญหาสุขภาพจิต การใช้สุราและสารเสพติด ตลอดจนปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่สามารถป้องกันได้ หากกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหา ประเมิน และดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสมและทันเวลา โดยมีระบบบริการและการติดตามดูแลที่ต่อเนื่อง¹

สถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาที่ต้องเฝ้าระวัง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 ราย คิดเป็นอัตรา 7.94 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่จังหวัดนครพนมพบอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย 28.11 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงภาระปัญหาสุขภาพจิตในระดับพื้นที่ และความจำเป็นในการพัฒนาระบบค้นหา คัดกรอง ประเมิน และติดตามผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ^{2,3}

การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายจำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดูแลที่เชื่อมโยงตั้งแต่การค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การประเมินระดับปัญหา การวางแผนดูแลที่เหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละราย การสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งต่อและประสานเครือข่ายบริการ การศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง พบว่า การให้คำปรึกษาครอบครัวสามารถช่วยลดคะแนน

ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁴ ขณะที่เกษม ตั้งเกษมสำราญ รายงานว่า รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำที่ประกอบด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูล ส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง รวมทั้งช่วยเสริมสร้างระบบเฝ้าระวังและการดูแลร่วมกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และเครือข่ายสุขภาพ⁵ ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงควรดำเนินการในลักษณะของระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและเชื่อมโยงหลายองค์ประกอบ มากกว่าการดำเนินกิจกรรมเฉพาะส่วนหรือการประเมินความเสี่ยงเพียงอย่างเดียว

สำหรับจังหวัดนครพนม ข้อมูลย้อนหลังระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2567 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีความผันผวน แม้ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2563–2566 จะมีแนวโน้มลดลงจาก 10.17 ต่อประชากรแสนคน เป็นประมาณ 7.7–7.94 ต่อประชากรแสนคน แต่ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.9 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 8.0 ต่อประชากรแสนคน สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความเปราะบางของปัญหาสุขภาพจิตและความจำเป็นในการดำเนินมาตรการป้องกันอย่างต่อเนื่องในระดับพื้นที่⁶

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ในอำเภอลำปำ จังหวัดนครพนม พบว่า แม้อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จจะต่ำกว่าค่าเฉลี่ยระดับจังหวัด แต่ยังพบ

ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 พบผู้เสียชีวิตจำนวน 2 ราย คิดเป็นอัตรา 3.6 ต่อประชากรแสนคน และในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 พบอัตรา 3.61 ต่อประชากรแสนคน ขณะที่ช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 2.24 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีรายงานผู้พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 ราย และในช่วง 5 เดือนแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 พบผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้วจำนวน 4 ราย แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ความเสี่ยงยังคงมีความผันผวนและจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง⁷

จากการทบทวนระบบการดูแลในพื้นที่ พบความจำเป็นในการเชื่อมโยงกระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว การติดตามอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ ตลอดจนการส่งต่อและประสานเครือข่ายให้มีทิศทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ซึ่งประกอบด้วย Screening, Assessment, Care Plan, Engagement, Follow-up, Access, Referral and Network และ Evaluation มาใช้ในการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบต่อภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับพัฒนาระบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงให้มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยง และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยดำเนินการพัฒนารูปแบบตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกตและประเมินผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection: PAOR) จากนั้นนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลกลุ่มตัวอย่าง และประเมินประสิทธิผลโดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และพัฒนา รังรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โดยศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการดูแลเดิม วิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการ และดำเนินกระบวนการ PAOR รอบที่ 1 เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการพัฒนารังรูปแบบการดูแล และระยะที่ 2 การพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” โดยดำเนินกระบวนการ PAOR รอบที่ 2 และนำรูปแบบไปใช้จริงในระบบบริการของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม

รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ประกอบด้วยกระบวนการสำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง (Screening) การประเมิน (Assessment) การวางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) การสร้างการมีส่วนร่วม (Engagement) การ

ติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ (Access) การส่งต่อและประสานเครือข่าย (Referral and Network) และการประเมินผล (Evaluation) โดยเชื่อมโยงผลการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การกำหนดแผนการดูแล การติดตาม และการประสานเครือข่ายตามระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ ผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายและเข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2569 จำนวน 256 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม และได้รับการคัดกรองหรือประเมินว่ามีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายตามเครื่องมือและแนวทางการประเมินที่กำหนด
2. ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q)
3. เข้าร่วมกระบวนการดูแลตามรูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model”
4. สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการประเมินและติดตามผลได้
5. มีข้อมูลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบครบถ้วนตามตัวแปรผลลัพธ์ที่กำหนดในการศึกษา
6. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยตามกระบวนการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย (Exclusion Criteria)

1. มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือภาวะฉุกเฉินที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนและไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการประเมินหรือการดูแลตามรูปแบบได้
2. มีข้อจำกัดด้านการสื่อสารหรือสภาวะทางคลินิกที่ทำให้ไม่สามารถตอบแบบประเมินหรือให้ข้อมูลที่จำเป็นต่อการวิจัยได้
3. ถูกส่งต่อไปรับการรักษาในสถานพยาบาลอื่นก่อนดำเนินการกระบวนการประเมินผลหลังการใช้รูปแบบครบถ้วน
4. ไม่สามารถติดตามเพื่อประเมินผลหลังการใช้รูปแบบได้ตามระยะเวลาที่กำหนด
5. ขอลถอนตัวหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนสิ้นสุดกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกและมีข้อมูลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบครบถ้วน จำนวน 256 คน ถูกนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล โดยเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย “ปลาปาก SAFE-CARE Model” เป็นรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และกระบวนการดูแลเดิมของโรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม ร่วมกับการวิเคราะห์ช่องว่างของระบบบริการและการดำเนินการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามวงจรรอบ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต

และประเมินผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) รูปแบบประกอบด้วยกระบวนการดูแล 8 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) Screening การคัดกรอง 2) Assessment การประเมิน 3) Care Plan การวางแผนดูแลรายบุคคล 4) Engagement การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง 5) Follow-up การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 6) Access การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ 7) Referral and Network การส่งต่อและประสานเครือข่าย และ 8) Evaluation การประเมินผล โดยนำผลการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงมาใช้กำหนดแนวทางการดูแล การติดตาม และการประสานเครือข่ายให้เหมาะสมกับระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการแต่ละราย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินระดับอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0–3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–27 คะแนน โดยคะแนนรวมที่สูงขึ้นสะท้อนถึงระดับอาการซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model”

2.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) เป็นเครื่องมือสำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ โดยแต่ละข้อมีการกำหนดค่าน้ำหนักคะแนนตามเกณฑ์ของแบบประเมิน และแปลผลจากคะแนนรวมเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบประเมิน 8Q เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแล

แบบประเมิน 9Q และ 8Q เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยใช้เครื่องมือตามข้อคำถาม วิธีการให้คะแนน และ

เกณฑ์การแปลผลของเครื่องมือมาตรฐาน โดยไม่มีการดัดแปลงข้อคำถาม และนำคะแนนรวมจากการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบมาใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และสรุปคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. การวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ดำเนินการโดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9 คำถาม (9Q) และค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8 คำถาม (8Q) ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบ เนื่องจากเป็นการวัดข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกันในสองช่วงเวลา จึงวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้วยสถิติ Paired samples t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมงานวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจงในการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการใดๆ ที่จะได้รับสำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

ผลการวิจัย สามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

1) ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” จำนวน 256 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 154 คน คิดเป็นร้อยละ 60.16 และเพศชาย จำนวน 102 คน คิดเป็นร้อยละ 39.84 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15–78 ปี อายุเฉลี่ย 41.31 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.37 ปี

เมื่อพิจารณาสถานภาพ พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่หรือสมรส จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 58.20 รองลงมา ได้แก่ โสด จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 25.39 และหม้าย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.81 ตามลำดับ

ด้านระดับการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 23.05 รองลงมา ได้แก่ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 22.66 และระดับประถมศึกษา จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 21.48

ด้านอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 28.91 รองลงมา ได้แก่ อาชีพรับจ้างหรือผู้ใช้แรงงาน จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 25.39 และค้าขาย จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 13.67

สำหรับความเพียงพอของรายได้ พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 47.66 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 74 คน คิดเป็นร้อยละ 28.91 มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 คน คิดเป็นร้อยละ 29.30 มีประวัติเคยพยายามทำร้ายตนเองมาก่อน และจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 16.41 มีประวัติบุคคลในครอบครัวเคยพยายามทำร้ายตนเอง

การศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม โดยนำรูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 256 คน และเปรียบเทียบผลการประเมินก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q และ 8Q ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 256)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	หลังใช้รูปแบบ Mean ± S.D.	Mean Difference	t	df	p-value
คะแนน 9Q	12.72 ± 3.89	7.90 ± 4.24	4.82	34.60	255	< .001
คะแนน 8Q	8.98 ± 4.31	6.09 ± 4.36	2.88	24.76	255	< .001

จากตารางที่ 1 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 34.600$, $df = 255$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลง 4.82 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 12.72 คะแนน (S.D. = 3.89)

ก่อนการใช้รูปแบบ เป็น 7.90 คะแนน (S.D. = 4.24) ภายหลังการใช้รูปแบบ

ในทำนองเดียวกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ภายหลังการใช้รูปแบบ ต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.766$, $df = 255$, $p < .001$) โดยคะแนน

เฉลี่ยลดลง 2.88 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 8.98 คะแนน (S.D. = 4.31) เป็น 6.09 คะแนน (S.D. = 4.36)

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนความหวังก่อนและหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ด้วยสถิติ Paired samples t-test (n = 256)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ Mean $\pm$ S.D.	หลังใช้รูปแบบ Mean $\pm$ S.D.	Mean Difference	t	df	p-value
คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 19 ข้อ	14.88 $\pm$ 8.38	6.63 $\pm$ 4.43	8.24	17.99	255	< .001
คะแนนความหวัง 12 ข้อ	29.82 $\pm$ 6.58	38.36 $\pm$ 4.59	-8.53	-21.51	255	< .001

จากตารางที่ 2 พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.998$, $df = 255$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยลดลง 8.24 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 14.88 คะแนน (S.D. = 8.38) ก่อนการใช้รูปแบบ เป็น 6.63 คะแนน (S.D. = 4.43) ภายหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

ขณะที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังภายหลังการใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.513$, $df = 255$, $p < .001$) โดยคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.53 คะแนน จากค่าเฉลี่ย 29.82 คะแนน (S.D. = 6.58) ก่อนการใช้รูปแบบ เป็น 38.36 คะแนน (S.D. = 4.59) ภายหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังเพิ่มขึ้นภายหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ร่วมกัน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะซึมเศร้าลดลง คะแนน

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลง และคะแนนความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกตัวแปร ($p < .001$) ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” มีประสิทธิผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่มีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแล “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ลดลงจาก 12.72 ± 3.89 คะแนน เป็น 7.90 ± 4.24 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 4.82 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 34.600$, $df = 255$, $p < 0.001$) ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการได้รับการดูแลตามรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากกระบวนการของรูปแบบที่เริ่มจากการคัดกรอง (Screening) และการประเมิน (Assessment) เพื่อค้นหาปัญหาและระดับความเสี่ยงของผู้รับบริการ

ก่อนนำข้อมูลเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) ทำให้การดูแลสามารถกำหนดแนวทางให้สอดคล้องกับปัญหาและระดับความเสี่ยงของแต่ละบุคคล ประกอบกับการสร้างการมีส่วนร่วม (Engagement) และการติดตามต่อเนื่อง (Follow-up) ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลและประเมินการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ไม่สิ้นสุด เฉพาะการประเมินในครั้งแรก

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ⁵ ซึ่งพัฒนารูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยมีองค์ประกอบสำคัญด้านการพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการพัฒนาระบบข้อมูล ผลการประเมินพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ่ม⁽⁸⁾ ที่พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายภายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อค้นพบดังกล่าวสนับสนุนว่า การดูแลด้านสุขภาพจิตที่มีโครงสร้างและดำเนินการอย่างต่อเนื่องสามารถส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้

สำหรับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 8.98 ± 4.31 คะแนน เป็น 6.09 ± 4.36 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 2.88 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 24.766$, $df = 255$, $p < .001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวอาจเกี่ยวข้องกับการที่ SAFE-CARE Model เชื่อมผลการประเมินความเสี่ยงเข้าสู่การวางแผนดูแลรายบุคคล การกำหนดแนวทางติดตาม และการส่งต่อหรือประสานเครือข่ายตามระดับความเสี่ยง ทำให้ผลการประเมินไม่ได้ถูกใช้

เพียงเพื่อจำแนกระดับความเสี่ยง แต่ถูกนำมาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดกระบวนการดูแลต่อเนื่อง

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง⁴ ซึ่งพบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองลดลง ภายหลังได้รับรูปแบบการให้คำปรึกษารอบครัว และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษมสำราญ⁵ ที่พบว่า การพัฒนาระบบค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยงร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และเกิดระบบเฝ้าระวังที่มีการบูรณาการการดำเนินงานระหว่างเครือข่าย นอกจากนี้ ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ⁹ พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ การดำเนินงานร่วมกันของทีมสุขภาพ และการใช้เทคโนโลยีในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบ Engagement, Follow-up, Access และ Referral and Network ของ SAFE-CARE Model ที่มุ่งเชื่อมโยงผู้รับบริการ ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ และเครือข่ายในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 19 ข้อ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงจาก 14.88 ± 8.38 คะแนน เป็น 6.63 ± 4.43 คะแนน โดยมีผลต่างค่าเฉลี่ย 8.24 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.998$, $df = 255$, $p < 0.001$) ข้อค้นพบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้ SAFE-CARE Model กลุ่มตัวอย่างมีระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากรูปแบบการดูแลให้ความสำคัญกับการประเมินปัญหาและความเสี่ยง การวางแผนดูแลตามปัญหาของแต่ละบุคคล และการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว กระบวนการดังกล่าวช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่มีความต่อเนื่องและมีช่องทาง

เชื่อมต่อกับระบบบริการเมื่อมีปัญหาหรือมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเสี่ยง

ผลการศึกษานี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง⁴ ที่พบว่า กลุ่มทดลอง ซึ่งได้รับการให้คำปรึกษาครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายลดลงภายหลังการทดลอง และแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของครอบครัวและกระบวนการสนับสนุนด้านจิตสังคมต่อการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ⁹ ซึ่งพบว่า การประคับประคองด้านจิตใจจากครอบครัวเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ ขณะที่การมีส่วนร่วมของเครือข่ายทุกระดับเป็นปัจจัยความสำเร็จของระบบป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ดังนั้น การลดลงของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างอาจสะท้อนผลของการดูแลที่ไม่ได้มุ่งเฉพาะการประเมินอาการ แต่เชื่อมโยงผู้รับบริการเข้ากับครอบครัว ระบบบริการ และเครือข่ายสนับสนุนตามองค์ประกอบของ SAFE-CARE Model และผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Schneider และคณะ¹² ซึ่งศึกษาการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและได้รับการรักษาในระบบบริการสุขภาพจิต พบว่า ในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายตั้งแต่เริ่มต้น จำนวน 233 ราย ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก 1.3 ± 0.6 คะแนน เป็น 0.3 ± 0.6 คะแนน ภายหลังการติดตาม โดยคะแนนลดลงเฉลี่ย 0.9 ± 0.7 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(232) = 21.3, p < .001$) รวมทั้งมีขนาดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงอยู่ในระดับสูง (Cohen's $d = 1.5$) (12) ผลการศึกษาดังกล่าวเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาครั้งนี้พบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก 14.88 ± 8.38 คะแนน เป็น 6.63 ± 4.43 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 17.998, df = 255, p < .001$) สะท้อนให้เห็นว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็น

ผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่สามารถเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม Schneider และคณะยังชี้ให้เห็นว่า การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายควรได้รับการติดตามควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงของอาการซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับ SAFE-CARE Model ที่ใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

ด้านคะแนนความหวัง ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มขึ้นจาก 29.82 ± 6.58 คะแนน เป็น 38.36 ± 4.59 คะแนน โดยคะแนนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 8.53 คะแนน และแตกต่างจากก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -21.513, df = 255, p < 0.001$) ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความหวังเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของความหวังอาจอธิบายได้จากกระบวนการ Care Plan และ Engagement ที่เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการดูแลของตนเอง ร่วมกับกระบวนการ Follow-up และ Access ที่ช่วยให้ผู้รับบริการยังคงมีการเชื่อมต่อกับระบบบริการและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การมีแผนการดูแลที่ชัดเจนและการรับรู้ว่ามีบุคคลหรือระบบบริการที่สามารถให้การสนับสนุน อาจมีส่วนส่งเสริมการรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการปัญหาและความคาดหวังต่อการดำเนินชีวิตในอนาคต

ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของกนกภรณ์ ทองคุ้ม⁸ ซึ่งพบว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมสามารถเพิ่มความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าตัวแปรความเข้มแข็งของจิตใจและความหวังจะเป็นแนวคิดที่แตกต่างกัน แต่ข้อค้นพบมีทิศทางสนับสนุนบทบาทของกระบวนการเสริมพลังและการดูแลด้านจิตสังคมต่อการเพิ่มทรัพยากรทางจิตใจของผู้รับบริการ

นอกจากนี้ วิสสุตา นพพิบูลย์ และอรุณ บุญสร้าง¹⁰ พบว่า รูปแบบการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแล สุขภาพจิตที่มีองค์ประกอบด้านการส่งเสริม การป้องกัน การบรรเทา การส่งต่อ การดูแลรักษา และการเสริมพลัง สามารถเพิ่มคะแนนความรู้และการ ปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ สะท้อนให้เห็นว่า ระบบการดูแลที่กำหนด องค์ประกอบและบทบาทการดำเนินงานอย่าง ชัดเจนสามารถสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงทั้งใน ระดับผู้รับบริการและกระบวนการดูแล

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้านร่วมกัน พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาวะ ซึมเศร้าลดลง คะแนนความเครียดต่อการฆ่าตัวตาย ลดลง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลง และ คะแนนความหวังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกตัวแปร ($p < .001$) ผลการศึกษาดังกล่าว สะท้อนว่า การเปลี่ยนแปลงภายหลังการใช้ รูปแบบเกิดขึ้นในหลายมิติของภาวะสุขภาพจิต โดยเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ Robinson และคณะ ซึ่งประเมินผลโปรแกรมผ่าน ระบบอินเทอร์เน็ตที่มีโครงสร้างสำหรับนักเรียน ระดับมัธยมศึกษาที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมี คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า และ ภาวะสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ แม้ว่าลักษณะกลุ่มตัวอย่างและรูปแบบการ ดำเนินงานจะแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ แต่ผล การศึกษามีทิศทางสอดคล้องกัน โดยแสดงให้เห็น ว่า การดูแลหรือกิจกรรมที่ได้รับการออกแบบอย่าง มีโครงสร้างและมีการติดตามการเปลี่ยนแปลงของ สภาวะทางจิตใจ สามารถส่งผลต่อผลลัพธ์ด้าน สุขภาพจิตได้หลายมิติพร้อมกัน

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า ประสิทธิภาพของรูปแบบอาจไม่ได้เกิดจาก องค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเพียงลำพัง แต่ เกิดจากการเชื่อมโยงกระบวนการ Screening → Assessment → Care Plan → Engagement

→ Follow-up → Access → Referral and Network → Evaluation ให้เป็นกระบวนการ ดูแลต่อเนื่อง ตั้งแต่การค้นหาและประเมินปัญหา การนำผลการประเมินไปกำหนดแผนการดูแล รายบุคคล การสร้างการมีส่วนร่วม และการติดตาม การเปลี่ยนแปลงของผู้รับบริการ ผลลัพธ์ที่พบทั้ง การลดลงของภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่า ตัวตาย และความคิดฆ่าตัวตาย ร่วมกับการเพิ่มขึ้น ของความหวัง จึงอาจสะท้อนผลของกระบวนการ ดูแลที่เชื่อมโยงและต่อเนื่องตามองค์ประกอบของ SAFE-CARE Model

ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับ การศึกษาของสมถวิล แพรขาว และธิดารัตน์ ห้วยทราย⁽¹¹⁾ ซึ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย จิตเวชฉุกเฉินโดยใช้กระบวนการพัฒนารูปแบบ การพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงาน และการนำรูปแบบไปใช้จริง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ปฏิบัติงานภายหลัง การพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และผู้ปฏิบัติงานมีความพึง พอใจต่อรูปแบบในระดับมาก รวมทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของเกษม ตั้งเกษม สำราญ ที่แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบ ดูแลที่เชื่อมโยงการคัดกรอง บุคลากร เครือข่าย และระบบข้อมูลสามารถลดภาวะ ซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้⁵

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า จุดสำคัญของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” คือการเปลี่ยนการดูแลจาก กระบวนการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง แบบแยกส่วน ไปสู่ระบบการดูแลที่นำผลการ ประเมินมาใช้กำหนดแผนการดูแลรายบุคคล เชื่อมโยงการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและ ครอบครัว การติดตามต่อเนื่อง การส่งเสริม การเข้าถึงบริการ และการประสานเครือข่าย ตามระดับความเสี่ยง ผลลัพธ์ที่พบทั้งการ ลดลงของคะแนน 9Q คะแนน 8Q และ คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย รวมถึงการเพิ่มขึ้น

ของคะแนนความหวัง จึงสะท้อนถึงการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ด้านสุขภาพจิตในหลายมิติ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว การตีความผลควรพิจารณาภายใต้รูปแบบการวิจัยดังกล่าว และยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของรูปแบบได้อย่างสมบูรณ์ การศึกษาในอนาคตควรพิจารณาการออกแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบและการติดตามผลในระยะยาว เพื่อยืนยันประสิทธิผลและความคงอยู่ของผลลัพธ์จากรูปแบบการดูแลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” โดยใช้รูปแบบการวิจัยที่มีกลุ่มเปรียบเทียบหรือกลุ่มควบคุม เพื่อเพิ่มความสามารถในการอธิบายผลของรูปแบบต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และลดข้อจำกัดของการเปรียบเทียบผลก่อนและหลังในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว

2. ควรติดตามผลลัพธ์ของผู้รับบริการในระยะยาว เช่น 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ความหวัง และการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งจะช่วยให้สะท้อนประสิทธิผลและความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลได้ชัดเจนมากขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์หรือสามารถทำนายการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายหลังการได้รับการดูแล เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม ปัญหาเศรษฐกิจ การใช้สุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยทางจิตเวช ความต่อเนื่องในการติดตาม และระดับความหวัง เพื่อใช้พัฒนาระบบจำแนกความเสี่ยงและการวางแผนดูแลรายบุคคลให้มีความจำเพาะมากขึ้น

4. ควรศึกษาผลขององค์ประกอบแต่ละส่วนของ “ปลาปาก SAFE-CARE Model” ได้แก่ Screening, Assessment, Care Plan, Engagement, Follow-up, Access, Referral and Network และ Evaluation เพื่อวิเคราะห์ว่าองค์ประกอบใดมีบทบาทสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางคลินิก และองค์ประกอบใดควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติม

5. ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบในพื้นที่หรือหน่วยบริการสุขภาพอื่นที่มีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลปลาปาก เพื่อประเมินความสามารถในการนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้และความเหมาะสมของรูปแบบในบริบทที่ต่างกัน ทั้งด้านจำนวนบุคลากร ทรัพยากร ระบบบริการ และลักษณะของเครือข่ายชุมชน

6. ควรศึกษาผลลัพธ์ด้านระบบบริการเพิ่มเติม เช่น ความครบถ้วนของการติดตามระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ อัตราการขาดนัด ความต่อเนื่องของการส่งต่อ การกลับมาใช้บริการซ้ำ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ ครอบครัว และบุคลากร เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบทั้งในมิติผลลัพธ์ทางคลินิกและประสิทธิภาพของระบบบริการ

7. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในผู้รับบริการ ครอบครัว และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาประสบการณ์ต่อการได้รับหรือให้การดูแลตาม “ปลาปาก SAFE-CARE Model” รวมถึงปัจจัยเอื้ออุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงาน ซึ่งจะเป็ข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงรูปแบบให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการและบริบทของระบบบริการมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทุกท่าน รวมถึงบุคคลที่ไม่ได้เอ่ยนาม และผู้ที่ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
2. ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ.(2566). รายงานอัตราการฆ่าตัวตายและสถานการณ์การฆ่าตัวตายในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต; 2566.
3. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์.(2566). รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตและการพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2566. นครพนม: โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์; 2566.
4. อนงค์ อรุณรุ่ง.(2564). การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาคอรัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564;1(2):35–46.
5. เกษม ตั้งเกษมสำราญ.(2565). การขับเคลื่อนรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดอุดรดิษฐ์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2565;31(4):638–47.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.(2567). สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและสารเสพติด จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2567. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2567.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม.(2568). รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย จังหวัดนครพนม ปีงบประมาณ 2568. นครพนม: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม; 2568.
8. กนกภรณ์ ทองคุ้ม.(2568). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย. 2568.
9. ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์, และคณะ.(2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง. 2566.
10. วิสสุตา นพพิบูลย์, อรุณ บุญสร้าง.(2568). การพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหนองเหล็ก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดสุรินทร์. 2568.
11. สมถวิล แพรขาว, ธิรัตน์ ห้วยทราย.(2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินในอำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์. 2565.
12. Schneider RA, Chen SY, Kim B, Leucht S, Correll CU.(2020). Treating suicidal ideation in the context of depression. BMC Psychiatry. 2020;20:497.
13. Robinson J, Hetrick S, Cox G, Bendall S, Yung A, Pirkis J.(2016). Can an Internet-based intervention reduce suicidal ideation, depression and hopelessness among secondary school students: results from a pilot study. Early Interv Psychiatry. 2016;10(1):28–35.