

1

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablao District, Uttaradit Province

Sairung Chunseng ^{1*}

¹ Lablao Hospital, Uttaradit Provincial Public Health Office, Uttaradit Province 53130, Thailand

* Corresponding author E-mail: Sairung_nirvana@hotmail.com

ARTICLE INFO

Article history:

- Received 15 September 2023

- Revised 31 March 2024

- Accepted 1 November 2024

Keywords:

depressive disorder, suicide, protective factors, Model of enhancing protective factors

ABSTRACT

Background: Patients with depression are at risk of suicide. Suicidal behavior occurs when 1) they have risk factors and triggers, 2) their barriers and surveillance fail, and 3) their protective factors are weak. The key to solving suicide problems is those who have life crises or those who have committed suicide. If they have strong protective factors, they will be able to prevent suicidal thoughts and actions.

Aims: 1) Study the situation and guidelines for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 2) To create and examine a model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 3) Experiment and study the results of using the model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression, 4) Evaluate satisfaction with the model for strengthening protective factors against suicide in patients with depression.

Methods: This study is a 4-step research and development study, consisting of 1) Studying the situation and guidelines for creating the model, 2) Creating and examining the quality of the model, 3) Experimenting and studying the results of using the model, and 4) Studying satisfaction with using the model. Step 1 The sample group is a multidisciplinary team with at least 1 year of experience in caring for patients with depression and suicide, and 18 public health volunteers, selected purposively. The instruments used are a semi-structured interview form for focus group discussions and a voting form. To draft the model, Step 2: The sample group consisted of 269 stakeholders and patients with depression, purposively selected, and 5 experts. The instruments used were factor analysis and assessment of opinions based on the model's components. Step 3: The sample group consisted of 30 patients with depression, purposively selected, and randomly assigned to be an experimental group (15 patients) and a control group (15 patients). The experimental group participated in the activity of the model to strengthen protective factors against suicide in patients with depression, which was created, 7 times. After the activity, the control group received regular services at the hospital. The instruments used were the model to strengthen protective factors against suicide in patients with depression, the Thai happiness assessment form, the 9-question depression assessment form, and the 8-question suicide risk assessment form. Step 4: The sample group consisted of the same group as in Step 1 and Step 3, the experimental group, totaling 33 people. The instruments used were the satisfaction assessment form for the model. Data were analyzed using mean, standard deviation, t-test, and Mann and Whitney's test.

Results: of the research found that 1) Patients with depression have a very high level of physical health protection factors, a low level of financial health protection factors, and other protective factors are at a moderate level. The level of opinions on the effect of protective factors against suicide in depressed patients

 2**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients****ABSTRACT**

was the most happiness. The approach to strengthen protective factors against suicide in depressed patients found that the Four Noble Truths according to Buddhist psychology was appropriate to draft the model. 2) The result of the model construction to strengthen protective factors against suicide in depressed patients had 5 main components (principles, objectives, content, process, and measurement and evaluation). There were sub-components of the process part for trial use as follows: (1) searching for patients' thoughts, emotions, and feelings (2) letting patients know their thoughts, emotions, and feelings (3) changing patients' thoughts, attitudes, and behaviors. The evaluation results were at a good level of appropriateness. 3) The result of the trial use of the model found that the average score of happiness in the experimental group was significantly higher than the control group at a statistical level of .05. The average score of depression and the average score of suicide risk in the experimental group was significantly lower than the control group at a statistical level of .05. 4) The evaluation of satisfaction with the model was at a good level.

Conclusion: The model of enhancing protective factors against suicide in patients with depression is at a good level of appropriateness. It can be used to enhance protective factors against suicide in patients with depression, resulting in increased happiness, decreased depression, and risk of suicide.

3

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

สายรุ้ง จันทรเส่ง ^{1*}

¹ โรงพยาบาลลับแล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์ ประเทศไทย 53130

* Corresponding author E-mail: Sairung_nirvana@hotmail.com

ข้อมูลบทความ**ประวัติบทความ**

- รับ 15 กันยายน 2566
- แก้ไข 31 มีนาคม 2567
- ตอรับ 1 พฤศจิกายน 2567

คำสำคัญ

โรคซึมเศร้า, การฆ่าตัวตาย, ปัจจัย
ปกป้อง, รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้อง

บทคัดย่อ

ความเป็นมา ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นเมื่อ 1) มีปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยกระตุ้น 2) ด้านกันและการเฝ้าระวังล้มเหลว 3) ปัจจัยปกป้องอ่อนแอ และหัวใจสำคัญของการแก้ปัญหาฆ่าตัวตายคือ ผู้ที่มีวิกฤติในชีวิตหรือผู้ที่เคยฆ่าตัวตายหากมีปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจะช่วยป้องกัน การคิดและกระทำการฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการดำเนินการวิจัย การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) ศึกษาสถานการณ์ และแนวทางการสร้างรูปแบบ 2) การสร้างและตรวจสอบคุณภาพรูปแบบ 3) การทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบ และ 4) การศึกษาความพึงพอใจการใช้รูปแบบ ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 276 คน และทีมสหวิชาชีพ ผู้มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป จำนวน 5 คนและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 12 คน รวม 18 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง สำหรับการสนทนากลุ่ม และแบบลงคะแนน เพื่อนำมาร่างรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย สุ่มแบบเจาะจง จำนวนทั้งสิ้น 269 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 30 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้าเพื่อเป็น กลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้น จำนวน 7 ครั้ง ติดตามหลังร่วมกิจกรรม 2 เดือน กลุ่มควบคุมเข้ารับการบริการตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินความสุ่มคนไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

4**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า****บทคัดย่อ**

ขั้นตอนที่ 4 กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มเดียวกับขั้นตอนที่ 1 และขั้นตอนที่ 3 กลุ่มทดลอง จำนวน 33 คน เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติการทดสอบที และ สถิติของแมนและวินัย

ผลการวิจัย 1) สถานการณ์ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีปัจจัยปกป้องระดับบุคคล ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (coping and problem-solving skill) และความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อ่อนแอ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนปัจจัยปกป้องด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับของความคิดเห็นต่อการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มากที่สุดคือ มีความสุข และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อริยสัจ 4 ตามแนวทางจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสมในการนำมาสร้างรูปแบบ 2) ผลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มี 5 องค์ประกอบหลัก (หลักการ วัตถุประสงค์ เนื้อหา กระบวนการ และการวัดและการประเมินผล) โดยมีองค์ประกอบย่อยของส่วนกระบวนการเพื่อนำไปทดลองใช้ ดังนี้ (1) การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (2) การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์และความรู้สึกตนเอง (3) การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนความคิด ทักษะคิดและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เห็นชอบทั้ง 3 ขั้นตอน มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ให้ปรับลดจำนวนกิจกรรมจาก 9 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม และ ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน ให้ปรับกิจกรรมแจกแบบประเมินพฤติกรรมเป็น ประเมินพฤติกรรม ผลการประเมิน มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี 3) ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยของความสุข กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับดี

สรุป จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมทั้งในด้านเนื้อหาและกระบวนการดำเนินงาน และสามารถนำไปใช้ในทางปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสุข ลดภาวะซึมเศร้า และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่พบได้บ่อยมากและสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนเป็นภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่าตำหนิตัวเอง (กรมสุขภาพจิต, 2558) โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์ เศร้า ความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆ ลดลงอย่างมาก เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลง นอนไม่หลับหรือ หลับมากแทบทุกวัน ทำอะไรช้า พุดช้า รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินไป คิดอยากตายไม่อยาก มีชีวิตอยู่ คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อย หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย จะมีอาการอยู่นาน ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (WHO,1990) ทั้งนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.95 เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงร้อยละ 14.29 มีแนวโน้มฆ่าตัวตายเล็กน้อย ร้อยละ 10 (พรรณพิไล วิริยะ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, 2560)

ประเทศไทย มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ติดอันดับ 32 ของโลก เฉลี่ย 14.4 คนต่อประชากร 1 แสนคน (WHO, 2018) ปัญหาเรื่องการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นเรื่องไกลตัว เนื่องจากความถี่ของปัญหามีมากขึ้นกว่าในอดีต รวมทั้งระดับความเครียด ความกดดันที่สูงขึ้นของผู้คนในสังคม ในขณะที่ความแข็งแรงของสุขภาพจิตที่ลดลง โดยพบว่า ในระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2564 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเท่ากับ 6.03,6.32, 6.64,7.37 และ 7.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกปี (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ,2565) ผู้ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยง ในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 2.80 เท่า การประเมินปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง ของการฆ่าตัวตาย โดย New Zealand Guidelines Group (NZGG, 2003) ได้แบ่งการประเมินปัจจัยเสี่ยงออกเป็น 4 กลุ่ม (4 P's) ได้แก่ 1) ปัจจัยโน้มเอียง (Predisposing factors) เช่น โรคทางจิตเวช สถานะยากจน การศึกษาน้อย มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง การถูกรังแกทำทารุณในวัยเด็กครอบครัวแตกแยกในวัยเด็ก 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) เช่น การตาย ของคนรักโดยไม่ได้อำนาจคิดมาก่อน การหย่าร้าง ภาวะตกงาน สัมพันธภาพแตกแยก ปัญหาการใช้สารเสพติดที่เพิ่มมากขึ้น มีเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตที่สำคัญ 3) ปัจจัยทำให้ความเสี่ยงคงอยู่ (Perpetuating factors) เช่น ความกดดันครั้งใหญ่ในชีวิต มุมมองทางลบ ต่อเหตุการณ์ในชีวิต โรคทางจิตเวช การติดสารเสพติด การที่ยังมีความตั้งใจฆ่าตัวตาย ความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ 4) ปัจจัยปกป้อง (Protective factors) เช่น รู้สึกโล่งอกที่ไม่เสียชีวิต ความศรัทธาในศาสนา ครอบครัว ความเชื่อมั่นในตัวเอง ความรู้สึกดีต่อตนเอง และการที่มีคนสนิทใกล้ชิด ปัญหาการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีความสลับซับซ้อนเสมอ มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐกิจ และโรคประจำตัว สื่อและสังคมควรร่วมกัน ในการระบุนำ ปัจจัยใดเพียงปัจจัยหนึ่งเป็นสาเหตุแห่งการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย เพราะจะก่อให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการป้องกันปัญหาจะไม่ครอบคลุมในทุกมิติ (กรมสุขภาพจิต, 2564)

6**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ปี 2560-2564 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในเขตสุขภาพที่ 2 เท่ากับ 6.82,6.03,6.32,6.64 และ 7.37 ตามลำดับ จังหวัดอุดรธานีเท่ากับ 7.23,9.88,8.38,10.67 และ 11.81 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ อำเภอลับแล มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงเกินเกณฑ์ที่กำหนดในทุกปี โดยพบว่าในปี 2561-2565 มีอัตราการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 18.05,23.49,14.52,16.34 และ 13.21 ต่อประชากรแสนคน (โรงพยาบาลลับแล, 2565)

จากการศึกษางานวิจัยพบว่าไม่มีใครฆ่าตัวตายขณะมีความสุข และปัจจัยที่ทำให้พยายามฆ่าตัวตาย คือความทุกข์ทรมาน ปวดร้าวจนทนไม่ไหว ไม่ต้องการรับรู้อะไรอีกต่อไป การหยุดรับรู้สิ่งต่างๆ เป็นทางออกที่ดีที่สุดต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ความทุกข์ทรมานใจจนทนไม่ได้ การฆ่าตัวตายอาจไปสู่ภาวะที่ไม่ต้องรับรู้อะไร เป็นการหนีไปจากความปวดร้าวทางจิตใจ ความผิดหวัง ไม่สมหวัง คับข้องใจจากสิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นไปตามที่ต้องการ ผู้ที่ตั้งความหวังไว้สูงจะมีความเสี่ยงหากผิดหวัง มักมองว่าปัญหาเกิดจากตนเอง ว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว รู้สึกท้อแท้มองโลกในแง่ลบ รู้สึกชีวิตไร้ค่า เป็นต้น (อภิชัย มงคล และคณะ, 2560) จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยมีความเชื่อว่าความสุขมีความสัมพันธ์กับความคิดจะฆ่าตัวตาย และความสุขแต่ละด้านมีความสัมพันธ์กับความคิดต่อการฆ่าตัวตายอย่างไรเพื่อจะออกแบบการสร้างสุขอย่างไรให้เหมาะสม ซึ่งจากทฤษฎี Coupling ที่ค้นพบว่า การฆ่าตัวตายที่สำเร็จส่วนใหญ่จะมาจาก 2 ปัจจัยสำคัญคือ 1. ความต้องการที่จะฆ่าตัวตาย (Suicidal Intention) และ 2. วิธีการฆ่าตัวตายที่สามารถทำได้ง่าย (Suicidal Means) และพบว่าถ้าสามารถกำจัดปัจจัย 1 ใน 2 นี้ออกไปได้ จะทำให้คนส่วนใหญ่ล้มเลิกความคิดที่จะฆ่าตัวตายได้ ซึ่งจะนำไปสู่มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ณัฐวุฒิ เฟ่างวี, 2566) ดังนั้นการทำให้ผู้ที่มีความทุกข์และอยากฆ่าตัวตายมีความสุขเพิ่มขึ้นเป็นการกำจัดปัจจัย 1 ใน 2 ออกได้ โดยใช้แนวคิด “Well-being” คือ ความเป็นอยู่ดี หรือ “สุขภาวะ” เชื่อมโยงสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นไปที่สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการที่บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถจัดการกับความทุกข์ทั้งทางบวกและทางลบได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความสอดคล้องกับความต้องการและการสำเร็จตามเป้าหมาย มีมุมมองสภาพแวดล้อม สถานการณ์ และประสบการณ์ในแง่ที่ดี (Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M., 1995) สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ด้านจิตใจ (Mental)

คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ เมื่อบุคคลได้รับการดูแลครบทุกด้านทำให้เกิดความสุข ซึ่งส่งผลให้ไม่คิดฆ่าตัวตายในที่สุด (อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำเนิด, 2558) แนวคิดการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา เป็นการส่งเสริมให้มนุษย์ได้พัฒนาตนเองตามหลักคำสอนทางพระพุทธศาสนา เมื่อพระพุทธศาสนามีคำสอนที่เน้นการพัฒนาตนเองเช่น ในหมู่มนุษย์ผู้ฝึกตนได้แล้วเป็นผู้ประเสริฐ บุคคลล่วงทุกข์ได้ด้วยความเพียร ดังนั้น แนวคิดการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายจึงเริ่มที่หลักการของการศึกษา เพราะการภาวนาหรือการพัฒนานั้นแท้ที่จริงก็คือสิ่งเดียวกันกับการศึกษา ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน สอดคล้องกับองค์ประกอบแห่งการดำเนินชีวิตของมนุษย์ที่มี 3 ด้าน คือ พฤติกรรม (ศีล) จิตใจ (สมาธิ) และปัญญา เรียกว่า ไตรสิกขา เพราะการเป็นอยู่ด้วยปัญญาเป็นสิ่งที่ประเสริฐ การเป็นอยู่ด้วยปัญญาก็คือการเข้าใจชีวิตและมองชีวิตตามความเป็นจริงนั่นเอง (พระมหาอินทร์วงศ์ อิสสรภาณี, พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ, และจันทร์สมิ์ ตาปูลิง, 2562) ซึ่งจิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนา โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไข และลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์ (นรินทร์ชิตา ศीलประชาวค์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง และวิษชุดา ลูติโซตัตตนา, 2565) ซึ่งผู้วิจัยมีความเชื่อว่าจิตวิทยาแนวพุทธ จะสามารถลดความทุกข์ และเพิ่มความสุขให้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้

 8**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ใช้แนวคิดในการเขียน ของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2019; Boonda P., 2021 pp 65-79)

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. เพื่อสร้างและตรวจสอบ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. เพื่อทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง/ กรอบแนวคิดการวิจัย

1. การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เรื่องรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้ขั้นตอนหลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิชญ์ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการจำเป็น ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบแนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98) ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล ซึ่งมีการใช้คำว่า “ขั้นตอน” ที่สอดคล้องกับขั้นตอนทางวิทยาศาสตร์และมุ่งเน้นสู่การแก้ปัญหา

2.แนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์ อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนานั้นเอง โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไขและลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์



PHIRD 2,3

เรียกว่า อริยมรรค แปลว่าทางอันประเสริฐ ประกอบด้วย 1) สัมมาทิฐิ (ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง ย่อมต้องการใช้ในงานกิจการทั่วไปทุกประเภททั้งทางโลกและทางธรรม 2) สัมมาสังกัปปะ (ปัญญา) คือความไม่เผลอใจถูกต้อง คือคิดหาทางออกไปจากทุกข์ตามกฎแห่งเหตุผล 3) สัมมาวาจา (ศีล) คือการพูดจาถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 4) สัมมากัมมัฏฐะ (ศีล) คือการกระทำถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 5) สัมมาอาชีวะ (ศีล) คือการดำรงชีพถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 6) สัมมาวายามะ (สมาธิ) คือความพากเพียรถูกต้อง เป็นส่วนของใจที่บากบั่นในอันที่จะก้าวหน้า ไม่ถอยหลังจากทางดำเนินตามมรรค ถึงกับมีการอธิษฐานอย่างแรงกล้า 7) สัมมาสติ (สมาธิ) คือการระลึกประจำใจถูกต้อง ระลึกแต่ในสิ่งที่เกื้อหนุนแก่ปัญญาที่จะแห่งตลอด อริยชาติที่ครอบงำตนอยู่ โดยเฉพาะได้แก่กายนี้ และธรรมอันเนื่องเกี่ยวกับกายนี้ เมื่อพบความจริงของกายนี้ อริยชาติหรือหัวหน้าแห่งมูลทุกข์ก็สิ้นไป และ 8) สัมมาสมาธิ (สมาธิ) คือการตั้งใจมั่นถูกต้อง ได้แก่สมาธิ เป็นของจำเป็นในงานกิจการทุกอย่าง สำหรับในที่นี้เป็นอาการของใจที่รวมกำลังเป็นจุดเดียว กล้าแข่งพอที่จะให้เกิดปัญญาทำการแห่งตลอดอริยชาติได้ และยังเป็นการพักผ่อนของใจ ซึ่งสรุปโดยย่อคือ ศีล สมาธิ ปัญญา เนื่องจากจิตมีธรรมชาติโน้มไปได้ทั้งกุศล-คิดดีและอกุศล-คิดชั่วขึ้นกับพื้นฐานของจิตว่าคุ้นเคยอยู่กับความ ดีหรือความชั่ว ถ้าจิตที่คุ้นเคยอยู่กับความดีเมื่อรับรู้อารมณ์ใดๆก็เป็นเหตุให้คิดดี เมื่อคิดดีก็แสดงพฤติกรรมออกมา ดีทั้งคำพูดและการกระทำ นำมาซึ่งความสุข แต่ถ้าจิตคุ้นเคยอยู่กับความชั่ว เมื่อรับรู้อารมณ์ใหม่ๆ จิตก็จะโน้มไป ทางคิดชั่ว การแสดงพฤติกรรมก็ไปในทางชั่ว นำมาซึ่งปัญหาและความทุกข์อารมณ์ และกิเลสต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ ประกอบกันอยู่ในจิตที่สะสมฝังอยู่อย่างหนาแน่น ดังนั้นบุคคลจึงควรฝึกน้อมจิตให้คิดดีเชิงบวกอยู่เสมอเพื่อเข้าถึง ความจริงตามธรรมชาติไม่หลงติดอยู่ในอารมณ์ของจิตที่เศร้าหมอง ชัดเจนจิตใจให้มีความผ่องใส ซึ่งเป็นวิสัยของ พระพุทธศาสนาที่นำไปสู่การดับความทุกข์ หรือแก้ปัญหาของชีวิตได้ (นรินทรชิตา ศีลประชาวงศ์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง และ วิชาวุฒา ฐิติโชติรัตน, 2565)

การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยใช้จิตวิทยาแนวพุทธในมิติการพยาบาล: การพยาบาลหมายถึง กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้อยู่ในสภาวะที่จะต่อสู้การรุกรานของโรคได้อย่างดีที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้ ในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือส่งเสริมการหายจากโรค (หรือแม้กระทั่งการช่วยให้บุคคลได้ไปสู่ความตายอย่างสงบ) ซึ่งบุคคลอาจจะปฏิบัติได้เองในสภาวะที่มีกำลังใจ กำลังใจ และความรู้เพียงพอ และเป็นการกระทำที่จะช่วยให้บุคคลกลับเข้าสู่สภาวะที่ช่วยตนเองได้โดยไม่ต้องรับการช่วยเหลือนั้น โดยเร็วที่สุด การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Care) หมายถึง การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นแนวคิดปรัชญา เพื่อส่งเสริม สุขภาวะองค์รวม คือ การดูแลผู้รับบริการแบบมองให้ครบทุกด้านของความเป็นมนุษย์ ไม่แยกส่วน ให้การดูแลโดยคำนึงถึงองค์ประกอบในร่างกาย

10**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาจากความสัมพันธ์ของทั้ง 4 ด้านให้มีภาวะสมดุล คงไว้ซึ่งความมีสุขภาวะที่ดี ประกอบด้วย ด้านร่างกาย (Physical) คือ ให้การดูแลที่เน้นให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีพลังกำลังที่สมบูรณ์ ด้านจิตใจ (Mental) คือ การมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข ปราศจากความเครียด สามารถปรับตัวต่อทุกสภาวะของร่างกายได้ดี มีความคิดความอ่านได้เหมาะสมตามวัย ด้านสังคม (Social) คือ ความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม การอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุข และมีระบบบริการที่ดี มีแหล่งช่วยเหลือที่เหมาะสม ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) หรืออาจหมายถึง ด้านปัญญา คือ การมีความสุขที่เกิดจากความเข้าใจความเป็นจริงของชีวิต ความเชื่อต่างๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและใจ (อุไร หักกิจ และประภาพร ชูกำเนต, 2558) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คือ การส่งเสริมความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกันเพื่อให้การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน แบบองค์รวม (Holistic) ซึ่งยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2557; Stuart and Laraia, 2013) ดังนี้ 1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary prevention) 2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or Maintenance of Mental Health) 3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or Restoration of Mental Health) และ 4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง การปฏิบัติพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจัดว่าเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary prevention)

จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยามาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ ผู้ที่มีภาวะจิตใจที่หม่นหมอง หดหู่ เศร้า ร่วมกับความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกผิด ไร้ค่า ต่ำหนีดตัวเอง โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ด้วยรหัส ICD10 F32-F39

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ที่จะทำลายตนเองให้ถึงแก่ชีวิต อาจเป็นการกระทำแบบตรงไปตรงมาหรือกระทำทางอ้อม โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนการล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความท้อแท้พินิจแล่นจนเป็นเหตุให้สิ้นสุดของการมีชีวิต

ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้บุคคลปรับตัว อย่างเหมาะสม เพื่อตอบสนองสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทำให้ไม่คิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย

 11**PHIRD**
2,3

1. การมีสุขภาพดี
2. มีการผ่อนคลายดี
3. การมีน้ำใจดี
4. มีจิตวิญญาณดี
5. มีครอบครัวดี
6. มีสังคมดี
7. มีการใฝ่รู้ดี
8. มีสุขภาพเงินดี
9. มีการงานดี
10. การมีความสุข

ในการวิจัยครั้งนี้ ปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า คือ ปัจจัยด้านดีที่ช่วยให้บุคคลปรับตัว อย่างเหมาะสม ที่อาจช่วยป้องกันผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายให้ไม่ฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือ กระบวนการสร้างเสริมสนับสนุนปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายโดยให้บุคคลมีการปฏิบัติและการพัฒนาตนเอง เพื่อบรรลุการมีความคิดและพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่คิดฆ่าตัวตาย สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข โดยสามารถสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายได้ทั้ง 4 มิติ คือ มิติของการส่งเสริม มิติของการป้องกัน มิติของการบำบัดรักษา และมิติของการฟื้นฟู โดยนำจิตวิทยาแนวพุทธมาใช้ได้ทั้ง 4 มิติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ เป็นการสร้างเสริมปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายในมิติของการบำบัดรักษา เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา โดยใช้ แนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ เป็นแนวทางในการจัดทำรูปแบบ คือ การลดความชั่ว ทำความดี พัฒนาจิตให้ผ่องใส โดยการไม่ทำสิ่งที่ทำให้เป็นทุกข์ ทำแต่สิ่งที่ทำให้มีความสุข และยอมรับได้ในสิ่งที่เกิดขึ้นบนพื้นฐานของแนวคิดแนวคิดทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) และแนวคิดทฤษฎีความเป็นอยู่ที่ดี สุขภาวะและมีความสุข (well-being) คือ ความเป็นอยู่ดี หรือ “สุขภาวะ” เชื่อมโยงสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยเน้นไปที่ สุขภาวะทางจิต (Psychological well-being) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจของบุคคลอันเป็นภาวะทางจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจในชีวิต และบนพื้นฐานแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

12

รูปแบบการสร้างเสริม
ปัจจัยป้องกันการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

ทฤษฎี

แนวคิด/ ทฤษฎี

- แนวคิดการวิจัยและ
พัฒนาทางด้าน
สาธารณสุข (Boonda
P., 2018; Boonda P.,
2019; Boonda P.,
2019 pp.61-65;
Boonda P., 2021 pp
65-79; Boonda P.,
2021 pp 80-86)
แนวคิดการสร้างโมเดล
ในงานวิจัยและพัฒนา
ทางด้านสาธารณสุข
(Boonda P., 2020 pp
89-98)
- หลักอริยสัจ 4 ได้แก่
ทุกข์ สมุทัย นิโรธ
มรรค ตามแนวคิด
จิตวิทยาแนวพุทธ
[ราชบัณฑิตยสถาน, พระ
ธรรมปิฎก (ประยุทธ์ ปยุต
โต)]
- คู่มือการดำเนินงาน
ป้องกันและแก้ไขปัญหา
การฆ่าตัวตาย (กรม
สุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข, 2547)

ตัวแปรต้น

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย ป้องกันการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

- หลักการ
- วัตถุประสงค์
- เนื้อหา
- กระบวนการ
ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน
ได้แก่
 - 1) การค้นหาความคิด
อารมณ์ ความรู้สึกของ
ผู้ป่วย (ทุกข์)
 - 2) การให้ผู้ป่วยรับรู้
สาเหตุของความคิด
อารมณ์ และความรู้สึก
ตนเอง (สมุทัย)
 - 3) ตั้งเป้าหมายและ
ปรับเปลี่ยน ความคิด
ทัศนคติและพฤติกรรม
การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย
(นิโรธและมรรค)
- การวัดและประเมินผล
 - ความสุข
 - ภาวะซึมเศร้า
 - ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย

ตัวแปรตาม

ผลของรูปแบบการสร้าง เสริมปัจจัยป้องกันการฆ่า ตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

- ความสุข
- ภาวะซึมเศร้า
- ความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย

ความพึงพอใจต่อ รูปแบบการสร้างเสริม ปัจจัยป้องกันการฆ่า ตัวตายในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า

ภาพที่ 1

กรอบแนวคิดการวิจัย

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Chunseng, S. (2024). Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablao District, Uttaradit Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 1–41.

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดำเนินการตามระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยผู้วิจัยได้ใช้หลักของการทำวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขตามแนวคิดของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda P., 2018; Boonda P., 2019; Boonda P., 2019 pp.61-65; Boonda P., 2021a pp 65-79; Boonda P., 2021b pp 80-86) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ประกอบด้วย 1) การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 2) การสร้างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า [แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุข (Boonda P., 2020 pp 89-98)] 3) การทดลองใช้และศึกษาผล การทดลองใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี่ ประสิทธิภาพหรือไม่และอยู่ในระดับใด 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้แบ่งการดำเนินการออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
2. แหล่งข้อมูล จากการวิเคราะห์เอกสาร (1) ทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (2) การทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (3) แบบสอบถามการฆ่าตัวตาย และ จากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 279 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
4. เครื่องมือ คือ แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแลอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบาย ทราบวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม เรื่อง ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการขอเอกสารรับรอง จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 1/2566.1.20

14**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

และผ่านความเห็นชอบจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรงพยาบาลลับแลให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ แล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล พร้อมลงลายมือให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ในหนังสือให้ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย

7. การวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) การตรวจสอบความถูกต้องและใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2566

ส่วนที่ 2 การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา เป็นการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาพื้นฐานในการยกร่างรูปแบบ
2. แหล่งข้อมูล จากเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย การป้องกันการฆ่าตัวตาย จากห้องสมุด และฐานข้อมูลบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่าง ได้คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ แพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน เป็นผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป รวมจำนวน 6 คน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 12 คน รวมทั้งสิ้น 18 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย

4. เครื่องมือ คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi- Structure Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และแบบลงคะแนน

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทำบันทึกขอความอนุเคราะห์ขอเก็บข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแลอนุมัติ เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยอธิบายทราบวัตถุประสงค์และดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structure Interview) สำหรับการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และแบบลงคะแนนปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบเดียวกับ ส่วนที่ 1

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ในลักษณะเชิงพรรณนาของแนวทางการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยแบ่งการดำเนินงานเป็น 2 ส่วน โดยใช้แนวคิดการสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาทางด้านสาธารณสุขของ พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda P., 2020 pp 89-98) คือ

ส่วนที่ 1 สร้างองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นที่ 1 การยกร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา ร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการ ข้อ 4 ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนย่อยคือ (1) การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (ทุกข์) (2) การให้ผู้ป่วยรับรู้สาเหตุของความเครียดและความรู้สึกตนเอง (สมุทัย) (3) การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรมกระทำการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (นิโรธ มรรค)

2. แหล่งข้อมูล เอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มและแบบลงคะแนน เป็นผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากขั้นตอนที่ 1

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือร่างองค์ประกอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือ คือ แบบวิเคราะห์องค์ประกอบ (Matrix table) ของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยทบทวนทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า นำมารวบรวมสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆเพื่อหาองค์ประกอบที่มีความถี่สอดคล้องกัน และมีคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป นำมาประเมินความสอดคล้องซึ่งตรงกับองค์ประกอบหรือขั้นตอนทฤษฎี จึงนำมาสร้าง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content Analysis) และการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) ได้แก่ การจัดประเภทของข้อมูล

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2566

ขั้นที่ 2 จัดทำเอกสารประกอบรูปแบบ ได้แก่ คู่มือแนวทางปฏิบัติการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 1 ฉบับ เพื่อเสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหาเป็นรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฉบับร่าง 5 องค์ประกอบหลัก และ 3 ขั้นตอนย่อย 7 กิจกรรม

16**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

ในส่วนกระบวนการเพื่อใช้เสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความเหมาะสมขององค์ประกอบ และ
เอกสารประกอบ

2. แหล่งข้อมูล ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 คน แพทย์สาขาเวชศาสตร์
ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน (ศูนย์
สุขภาพจิตที่ 2) และผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรมด้านสาธารณสุข 1 คน และ ผู้
มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ประโยชน์ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัว
ตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 269 คน

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ ร่างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรตาม คือ คุณภาพองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริม
ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือที่ใช้ศึกษา คือ แบบประเมินความคิดเห็นตามองค์ประกอบของรูปแบบการ
สร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากแบบประเมินความคิดเห็นต่อ
(ร่าง) องค์ประกอบรูปแบบฯ ในกลุ่มตัวอย่างในข้อ 2 ทาง Google form และนำผลการประเมิน
ประกอบกับข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนนำไป
ทดลองใช้

6. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน มีนาคม - กรกฎาคม 2566

**ขั้นตอนที่ 3 การทดลองและศึกษาผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่า
ตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** กระบวนการในขั้นตอนที่ 3 เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบกึ่งทดลอง
(Quasi-experimental study Designs) แบบใช้กลุ่มควบคุม (Control Design Study)

1. เนื้อหา คือ การใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

2. แหล่งข้อมูล ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD10 F32-
F39 ที่มีประวัติเข้ารับการรักษา โรงพยาบาลลับแล ในปี 2565

2.1. กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์
คุณสมบัติ คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก แล้วสุ่มเข้าเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15
คน

2.2. เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ มีดังนี้

2.2.1. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ด้วยรหัส ICD10 F32-F39

2.2.2. มีภาวะซึมเศร้า คะแนน 9Q ตั้งแต่ 1-17 คะแนน หรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว
ตาย คะแนน 8Q ตั้งแต่ 1 คะแนน ขึ้นไป

2.2.3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดีมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ไม่มีภาวะที่เป็นอุปสรรคต่อกระบวนการคิด การจำ การถามตอบ อ่านออกเขียนได้

2.2.4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถมาตามนัดในการรับการตรวจรักษาพยาบาลและเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกครั้ง

2.3.เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย ดังนี้

2.3.1. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการกำเริบรุนแรง ระหว่างดำเนินการทดลองเป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรม

2.3.2. ถอนตัวออกจากกิจกรรม

3. ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้นคือ การใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตัวแปรตาม คือ ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตัวแปรตาม คือ ผลของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

4. เครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แบบประเมินความสุขคนไทย แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการแบบเดียวกับ ขั้นตอนที่ 1 ส่วนที่ 1 และกลุ่มตัวอย่างทุกรายมีสิทธิปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆ

6. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ และทำการประเมิน (Formative Evaluation) โดยมีรายละเอียดดังนี้

6.1.กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตามปกติร่วมกับการใช้รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม มีการจัดกิจกรรม จำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1.30 ชั่วโมง ประเมิน ความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและติดตามประเมิน หลังเข้าร่วมกิจกรรม 2 เดือน รายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรม คุยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้,การฆ่าตัวตายป้องกันได้

ขั้นตอนที่ 2 การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์ และความรู้สึกตนเอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรม จิตใจดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 3 กิจกรรม สติดี ชีวิตมีสุข

ขั้นตอนที่ 3 การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย คือการลดทุกข์-เพิ่มสุขและแนวทางการลดทุกข์-เพิ่มสุข

ครั้งที่ 4 กิจกรรม ลังคมดี ชีวิตมีสุข

18**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients**

ครั้งที่ 5 กิจกรรม คิดดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 6 กิจกรรม พุดดี ชีวิตมีสุข

ครั้งที่ 7 กิจกรรม ทำดี ชีวิตมีสุข

6.2. กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาตามปกติ และเก็บข้อมูล 2 เดือน เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

7. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนที่ได้จากการประเมินผลของโปรแกรม ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้การทดสอบ independent t-test และ Mann-Whitney U test

8. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน กรกฎาคม 2566 - ธันวาคม 2566

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. เนื้อหา ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2. แหล่งข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้มีส่วนได้ ส่วนเสีย ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

4. เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้รับการทดสอบหาดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Index of item-objective congruence : IOC) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ กลุ่มเดียวกับการศึกษาแนวทางฯ จำนวน 5 คน ได้ค่าดัชนีเท่ากับ 0.93 ความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

5. การดำเนินการ ผู้วิจัยดำเนินการดำเนินการภายหลังจากการทดลองและศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ใช้วิธีการสัมภาษณ์ หลังร่วมกิจกรรม 2 เดือน กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียให้แบบประเมินความพึงพอใจ โดยการประเมินด้วยตนเอง

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ คือ สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7. ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่าง เดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์

1.1. ผลการศึกษาศถานการณ์ ปัญหาการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ จากการวิเคราะห์เอกสาร (Document Analysis) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชนของผู้พยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ 1) การปรับตัวและทักษะการเผชิญปัญหา 2) การมีความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมว่าการฆ่าตัวตายเป็นเรื่องไม่ถูกต้อง 3) ความผูกพันที่แน่นแฟ้น อบอุ่นในครอบครัว และกลุ่มเพื่อน 4) อยู่ในสังคมที่เกื้อหนุนช่วยเหลือกันดี 5) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ง่าย จากทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และแบบสอบถามการฆ่าตัวตาย พบว่า ระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2563 – 30 กันยายน 2565 มีผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลลับแล จำนวน 320 คน จากการวิเคราะห์เอกสาร พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีปัจจัยปกป้องระดับบุคคล อ่อนแอ ได้แก่ ทักษะการเผชิญปัญหาและแก้ไขปัญหา (coping and problem-solving skill) และความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม จากการตอบแบบสอบถามเรื่องปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตอบแบบสอบถามจำนวน 276 คน ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย ร้อยละ 25 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.04 และระดับรุนแรง ร้อยละ 5.43 ผลประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 28.26 ระดับปานกลาง ร้อยละ 6.16 ระดับรุนแรง ร้อยละ 19.57 และเคยมีประวัติทำร้ายตนเอง ร้อยละ 32.6 ผลการประเมินปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ด้านสุขภาพกายดี อยู่ระดับสูงที่สุด และด้านสุขภาพจิตดี อยู่ในระดับต่ำ ผลการประเมินการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการไม่คิดฆ่าตัวตายที่มากที่สุด คือ ความสุข และยังพบว่าปัจจัยปกป้องอีก 9 ด้าน อยู่ในระดับมาก

1.2. ผลการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยทบทวนทฤษฎีแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน จำนวน 15 บทความ นำมารวบรวมสังเคราะห์องค์ประกอบต่างๆ เพื่อหาองค์ประกอบที่มีความถี่สอดคล้องกัน และมีคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 50 ขึ้นไป จากแบบวิเคราะห์องค์ประกอบ (Matrix table) ของโปรแกรมฯ นำมาประเมินความสอดคล้องซึ่งตรงกับองค์ประกอบหรือขั้นตอนทฤษฎี ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน นำแนวทางที่ได้มีการสนทนากลุ่ม (Group Discussion) และ การลงคะแนน เพื่อวิเคราะห์ความเป็นไปได้ของแนวทางฯ ที่สังเคราะห์มาจากการทบทวนวรรณกรรม จึงนำมาสร้าง (ร่าง) รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าครอบคลุม 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ขั้นตอนของทฤษฎี 2) ขั้นตอนและกิจกรรม 3) บทบาทของผู้ให้บริการ

 20**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

4) บทบาทของผู้รับบริการ 5) เครื่องมือ 6) การวัดผล และ 7) ผลที่ได้รับ พบว่า หลักอริยสัจ 4 ได้แก่ ทุกข์ สมุทัย นิโรธ มรรค ตามแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสม ต่อการนำมาสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องจาก จิตวิทยาแนวพุทธ คือการนำศาสตร์ที่ศึกษาถึงจิตใจ และกระบวนการทางจิตใจคือจิตวิทยา มาอธิบายกระบวนการการเกิดทุกข์และการพ้นทุกข์ อันเป็นสาระสำคัญของพุทธศาสนา โดยจิตวิทยาแนวพุทธ จะนำบางส่วนของพุทธศาสนา โดยเฉพาะส่วนแก่นกลางที่กล่าวถึงความทุกข์ทางใจ กระบวนการเกิดและดับของความทุกข์ทางใจ โดยอาศัยคำอธิบายของกระบวนการทางจิตใจที่ใช้กันอยู่ในจิตวิทยามาประยุกต์ เพื่อให้เกิดความเข้าใจสำหรับคนในยุคปัจจุบันที่คุ้นเคยกับจิตวิทยา หลักพุทธธรรมรากฐานของจิตวิทยาแนวพุทธ ได้แก่ หลักอริยสัจ 4 คือ การประสบกับความทุกข์ การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหาที่เกิดขึ้น การค้นหาสาเหตุ การพิจารณาแนวทางแก้ไข การกำหนดแนวทางปฏิบัติแก้ไขและลงมือปฏิบัติให้พ้นทุกข์ ได้แก่ มรรคมีองค์ 8 แนวทางดำเนินอันประเสริฐของชีวิตหรือกาย วาจา ใจ เพื่อความหลุดพ้นจากทุกข์ เรียกว่า อริยมรรค แปลว่าทางอันประเสริฐ ประกอบด้วย 1) สัมมาทิฐิ (ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง ย่อมต้องการใช้ในกิจการทั่วไปทุกประเภททั้งทางโลกและ ทางธรรม 2) สัมมาสังกัปปะ(ปัญญา) คือความเข้าใจถูกต้อง คือคิดหาทางออกไปจากทุกข์ตามกฎแห่งเหตุผล 3) สัมมาวาจา (ศีล) คือการพูดจาถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 4) สัมมากัมมันตะ (ศีล) คือการกระทำถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 5) สัมมาอาชีวะ (ศีล) คือการดำรงชีพถูกต้อง ไม่เป็นโทษต่อตนเอง และผู้อื่น 6) สัมมาวายามะ (สมาธิ) คือความพากเพียรถูกต้อง เป็นส่วนของใจที่บากบั่นในอันที่จะก้าวหน้า ไม่ถอยหลังจากทางดำเนินตามมรรค ถึงกับมีการอธิษฐานอย่างแรงกล้า 7) สัมมาสติ (สมาธิ) คือการระลึกประจำใจถูกต้อง ระลึกแต่ในสิ่งที่เกื้อหนุนแก้ปัญหาที่จะแห่งตลอด อวิชชาที่ครอบงำตนอยู่ โดยเฉพาะได้แก่กายนี้ และธรรมอันเนื่องเกี่ยวกับกายนี้ เมื่อพบความจริงของกายนี้ อวิชชาหรือหัวหน้าแห่งมูลทุกข์ก็สิ้นไป และ 8) สัมมาสมาธิ (สมาธิ) คือการตั้งใจมั่นถูกต้อง ได้แก่สมาธิ เป็นของจำเป็นในกิจการทุกอย่าง สำหรับในที่นี้เป็นอาการของใจที่รวมกำลังเป็นจุดเดียว กล้าแข่งพอก็จะทำให้เกิดปัญหาทำการแห่งตลอดอวิชชาได้ และยังเป็นการพักผ่อนของใจ ซึ่งสรุปโดยย่อคือ ศีล สมาธิ ปัญญา เนื่องจากจิตมีธรรมชาติอันนุ่มไปได้ทั้งกุศล-คิดดีและอกุศล-คิดชั่วขึ้นกับพื้นฐานของจิตว่าคุ้นเคยอยู่กับความ ดีหรือความชั่ว ถ้าจิตที่คุ้นเคยอยู่กับความดีเมื่อรับรู้อารมณ์ใดๆ ก็เป็นเหตุให้คิดดี เมื่อคิดดีก็แสดงพฤติกรรมออกมาดีทั้งคำพูดและการกระทำนำมาซึ่งความสุข แต่ถ้าจิตคุ้นเคยอยู่กับความชั่ว เมื่อรับรู้อารมณ์ใหม่ๆ จิตก็จะโน้มไป ทางคิดชั่ว การแสดงพฤติกรรมก็ไปในทางชั่ว นำมาซึ่งปัญหาและความทุกข์อารมณ์และกิเลสต่าง ๆ เป็นสิ่งที่ ประกอบกันอยู่ในจิตที่สะสมฝังอยู่อย่างหนาแน่น ดังนั้นบุคคลจึงควรฝึกน้อมจิตให้คิดดีเชิงบวกอยู่เสมอเพื่อเข้าถึงความจริงตามธรรมชาติไม่หลงติดอยู่ในอารมณ์ของจิตที่เศร้าหมอง ชัดเกลารจิตให้มีความผ่องใส ซึ่งเป็นวิธีสอนของ พระพุทธศาสนาที่นำไปสู่การดับความทุกข์ หรือแก้ปัญหาของชีวิตได้ ดังนี้

จิต + เจตสิกฝ่ายดี = กุศลจิต (อารมณ์ + คิดดี → คิดดี → ทำดี → ความสุข)

จิต + เจตสิกฝ่ายชั่ว = อกุศลจิต (อารมณ์ + คิดชั่ว → คิดชั่ว → ทำชั่ว → ปัญหาทุกข์)

2. ผลการสร้างและตรวจสอบรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1. ผลการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พบว่ารูปแบบ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและประเมินผล โดยในส่วนกระบวนการข้อ 4 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนย่อยคือ (1) ทุกข์/ อารมณ์ ความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม ที่เป็นทำให้ทุกข์ (การ ค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย) (2) สมุทัย คือ เหตุ แห่งทุกข์ หรือสาเหตุของปัญหา/การให้ผู้ป่วยรับรู้และค้นหาเหตุปัจจัยของความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาตนเอง (3) นิโรธ คือ ความดับทุกข์ หรือภาวะหมดปัญหา โดยการตั้งเป้าหมาย ลดทุกข์ เพิ่มความสุขในดำเนินชีวิตด้วยความมีสติระลึกรู้ในทุกขณะ (4) มรรค คือ วิธีการที่นำไปสู่การลดทุกข์ เพิ่มสุข หรือข้อปฏิบัติเพื่อกำจัดสาเหตุแห่งปัญหา (การ ปรับเปลี่ยน ทัศนคติ ความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรมการดำเนินชีวิต) โดยมี รายละเอียดการสังเคราะห์ ดังต่อไปนี้

 22

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

องค์ประกอบรูปแบบการสร้างเสริม
ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สายรุ้ง จันทร์เล็ง,
2566)

ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (สายรุ้ง จันทรเสิง, 2566)		วรรณิ พัทธโมคริตา (2564) โสภัก จังพิศกุล และคณะ (2560) ฐานยา สุหาปและคณะ (2563) ไพจิตร พุทธิรอดและคณะ (2565) ไพจิตร พุทธิรอดและคณะ (2563) ประมวล ตัญญา (2562) ศิริพร มงกาทโนโต (2562). พระอนันตชัย อภิรักษ์ โชนโพธิ์ น้อย. (2019) พระครูพิสุทธิวงศาจารย์ (2563) จิตต์ณัฏฐกร ภิญโญดมและคณะ(2565) สุวรรณี ฮ้อแสงชัย และคณะ (2562) เจสเซน ดิสคาลเกียโรลดาบ (256๓) ชมพูหทัย ศรีจุฑารัตน์ (2562) นันทวิภา ชวนะพันธ์ (2563) Lin, J., et al. (2020). Group discussion	รวมทั้งหมด	%							
ขั้นตอนที่ 1 ทุกข์	✓	✓	✓	✓	11	61.11					
ขั้นตอนที่ 2 สมุทัย	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13	81.25			
ขั้นตอนที่ 3 นิโรธ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	13	81.25		
ขั้นตอนที่ 4 มรรค	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	16	100.00

ตารางที่ 1 แสดงการ

สังเคราะห์จำแนกตามหมวดหมู่
เนื้อหาขององค์ประกอบรูปแบบ
การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อ
การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า

ที่มาของวิธีการ : ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์

วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา
(Boonda, P., 2021 No.398059;
Boonda, P., 2021 No.398060) และ
แนวคิดของ พงศ์พิชญ์ บุญตา
(Boonda, P., 2020 pp. 89-98)

<https://thaidj.org/index.php/phird>

Citation: Chunseng, S. (2024). Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients: A case study of Lablao District, Uttaradit Province. *Public Health Innovation Research and Development*, 2(3), pp 1–41.



23

PHIRD 2,3

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
1. การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย (ทุกข์)	1.คุยเรื่อง โรคซึมเศร้า รักษาได้ การฆ่าตัวตาย ป้องกันได้	1.กล่าวต้อนรับและแนะนำตนเอง 2. เกริ่นนำเรื่องโรคซึมเศร้า และสุ่มถามผู้ป่วย 2-3 คน เกี่ยวกับความรู้สึกต่อโรคซึมเศร้า เพื่อค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกต่อการเป็นโรคซึมเศร้า 3. นำสมาชิกกลุ่มร่วมอภิปราย ถึงความคิด อารมณ์ ความรู้สึก 4. สรุปความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อโรคซึมเศร้าเป็นภาพรวมของกลุ่มเชื่อมโยงปัจจัยเหตุของการป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 5. ถามผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวการรักษาโรคซึมเศร้าของผู้ป่วยแต่ละคน 6. สอนเรื่องโรคซึมเศร้าและดูแลการรักษา “โรคซึมเศร้ารักษาหายได้” ปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย	1.ร่วมมือในการทำกิจกรรม 2.แสดงความคิดเห็น 3.ร่วมอภิปราย	1. กระดาษสี 2.ปากกา/ดินสอ 3. ใบงาน ความรู้เรื่อง โรคซึมเศร้า และดูแลการรักษา	สังเกตจากการร่วมกิจกรรมและร่วมอภิปราย

ตารางที่ 2
 แสดงกิจกรรมตามองค์ประกอบของรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
ที่มาของตารางและวิธีการ :
 ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2021 No. 398061)

24

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
2. การให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้เหตุ ปัจจัยของ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและ พฤติกรรม ที่เป็นปัญหา ตนเอง (สมมุติ)	2.จิตใจดี...ชีวิตมีสุข	1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของ กิจกรรม จิตใจดี....ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน "พฤติกรรมทาง จิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผล การประเมิน "พฤติกรรมทาง จิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 4. สอนการหายใจที่มี ประสิทธิภาพ ผึกหายใจ คลายเครียด 5. นำทำกิจกรรมดังดอกไม้ บาน 6. นำทำกิจกรรม "ทบทวน จิต" 7. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการทำ กิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4.ฝึกหายใจอย่างมี ประสิทธิภาพ 5. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไป ปฏิบัติต่อตนเองใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน "พฤติกรรมทางจิตใจ สู่การจิตใจดี...ชีวิตมี สุข" 2. ปากกา 3. เพลง ดังดอกไม้ บาน 4. กระดาษสี 5. ลวดเย็บกระดาษ	1.ผลการประเมิน "พฤติกรรมทางจิตใจ สู่ การจิตใจดี...ชีวิตมีสุข" 2.สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้สิทธิวรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)



26

Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients

ขั้นตอนตามการผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่พัฒนาขึ้น	บทบาทของผู้ให้บริการ	บทบาทของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
3.การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยนความคิดทัศนคติและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย (นิโรธและมรรค)	4.สังคมดี...ชีวิตมีสุข	- ผูกสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม สังคมดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” และสรุปผลการประเมิน 4. สอนเรื่องความฉลาดทางต้านอารมณ์ 5. นำผู้ป่วยทำกิจกรรม “มหัศจรรย์ แห่งรักและมิตรภาพ” 6. นำผู้ป่วยอภิปรายถึงสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม “มหัศจรรย์ แห่งรักและมิตรภาพ” 7. สรุปเชื่อมโยงสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในสังคม 8. สอนเรื่อง สังคหวัตถุ 4 ธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวน้ำใจกัน เชื่อมโยงสู่การมี “สังคมดี...ชีวิตมีสุข” 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อในชีวิตประจำวัน	1.ร่วมมือในการทำกิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน	1.แบบประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 2.เอกสารประกอบกิจกรรม “มหัศจรรย์ แห่งรักและมิตรภาพ” 3.ใบงาน เรื่อง ความฉลาดทางอารมณ์ 4.ใบงาน เรื่อง สังคหวัตถุ 4 ธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวน้ำใจกัน 5.ปากกา	1.ผลการประเมิน “พฤติกรรมทางสังคม สู้การมีสังคมดี...ชีวิตมีสุข” 2.สังเกตจากการร่วมกิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วมอภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	5. คิดดี...ชีวิตมีสุข	- ผูกสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม คิดดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางความคิด สู่การคิดดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการ ประเมิน “พฤติกรรมทางความคิด สู่ การคิดดี...ชีวิตมีสุข” 4. เล่าเรื่องหนูน้อยกับแอปเปิ้ล 2 ลูก ให้ผู้ป่วยฟัง 5. ให้ผู้ป่วยบอกความคิด อารมณ์กับ เรื่องราวช่วงแรก 6. ให้ผู้ป่วยบอกความคิด อารมณ์กับ เรื่องราวช่วงหลัง 7. สรุปเชื่อมโยงถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 8. สอนเรื่อง ความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม 9. สรุปเชื่อมโยงถึง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม สู่การคิดดี...ชีวิตมีสุข 10. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อ ในชีวิตประจำวัน	1. รวมมือในการทำ กิจกรรม 2. ทำแบบประเมิน 3. ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปปฏิบัติต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรมทาง ความคิด สู่การคิดดี ...ชีวิตมีสุข” 2. ใบงาน เรื่อง หนู น้อยกับแอปเปิ้ล 2 ลูก 3. เอกสารความรู้เรื่อง ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม 4. ใบงานเรื่อง กรรมบท10 “มโนกรรม” กับการ ดำเนินชีวิตประจำวัน 5. ปากกา	1. ผลการประเมิน “พฤติกรรมทาง ความคิด สู่การคิดดี... ชีวิตมีสุข” 2. สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3. สังเกตจากการร่วม อภิปราย

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรมที่ พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	6. พุดดี...ซีวีมีสุข	- ผักสดก่อนเริ่ม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม พุด ดี...ซีวีมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุด ดี...ซีวีมีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุดดี...ซีวีมีสุข” 4. นำทำกิจกรรม “ปาฏิหาริย์การฟังอย่าง ใส่ใจ” โดยแบ่งผู้ป่วยเป็นกลุ่มละ 4 คน 5. นำอภิปรายสิ่งที่ได้จากกิจกรรม “ปาฏิหาริย์การฟังอย่างใส่ใจ” 6. สอนเรื่อง การฟังอย่างใส่ใจ การให้ กำลังใจ การสื่อสารเชิงบวก 7. สรุปเชื่อมโยงถึง การฟังอย่างใส่ใจ การให้กำลังใจ และการสื่อสารเชิงบวก สู่ การพุดดี...ซีวีมีสุข 8. สอน เรื่อง กรรมบถ 10 “วจีกรรม” กับการดำเนินชีวิตประจำวัน 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อใน ชีวิตประจำวัน	1. รวมมือในการ ทำกิจกรรม 2. ทำแบบประเมิน 3. ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้ เรียนรู้ไปปฏิบัติ ต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่การพุดดี...ซีวีมีสุข” 2. ใบงาน “ปาฏิหาริย์ การฟังอย่างใส่ใจ” 3. ใบงานเรื่องการฟัง อย่างใส่ใจ การให้ กำลังใจ การสื่อสาร เชิงบวก 4. ใบงานเรื่อง กรรมบถ 10 “วจีกรรม” กับ การดำเนินชีวิตประจำวัน 5. ปากกา	1. ผลการประเมิน “พฤติกรรม การพุด สู่ การพุดดี...ซีวีมีสุข” 2. สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3. สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)



ตารางที่ 2 (ต่อ)

ที่มาของตารางและวิธีการ :

ขออนุญาตใช้ลิขสิทธิ์วรรณกรรม ของ
พงศ์พิษณุ บุญดา (Boonda, P.,
2021 No. 398061)

ขั้นตอนตามการ ผสมผสานทฤษฎี	ขั้นตอน/กิจกรรม ที่พัฒนาขึ้น	บทบาท ของผู้ให้บริการ	บทบาท ของผู้รับบริการ	อุปกรณ์/ เครื่องมือ	การวัดและประเมินผล
	7.ทำดี...ชีวิตมีสุข	- ผิดสติก่อนเริ่มกิจกรรม 1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ ของกิจกรรม ทำดี...ชีวิตมีสุข 2. ประเมิน “พฤติกรรมทางการกระทำ สู่การทำดี...ชีวิตมีสุข” 3. นำผู้ป่วยร่วมอภิปรายผลการประเมิน “พฤติกรรมทางการกระทำ สู่การทำดี...ชีวิตมีสุข” 4. แจกกระดาษให้ผู้ป่วย เขียนกระดาษเป็นรูปหัวใจโดยการทำตามผู้มีประสบการณ์จะทำให้ประสบ ผลสำเร็จได้ง่ายกว่า การทำเองโดยไม่มีผู้นำ 5. ให้ผู้ป่วยเขียนความดี ที่ตนเองเคยทำมาให้มาก ที่สุดลงบนกระดาษรูปหัวใจ 6. ให้ผู้ป่วยเล่าถึงความดีที่เคยทำมาและให้สมาชิก กลุ่มชื่นชมความดีที่เล่ามานั้น 7. นำอภิปรายถึง ความดีคืออะไร ทำแล้วได้อะไร เกิดประโยชน์อะไรบ้าง 8. สอนเรื่อง กุลลกรรรมบท 10 “กายกรรม” 5 ข้อที่ ควรเว้น 5 ข้อที่ควรทำ (เบญจศีล เบญจธรรม) เชื่อมโยงสู่ การทำดี...ชีวิตมีสุข 9. ให้ผู้ป่วยนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ไปฝึกต่อใน ชีวิตประจำวัน	1.รวมมือในการทำ กิจกรรม 2.ทำแบบประเมิน 3.ร่วมอภิปราย 4. นำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไปปฏิบัติต่อเนื่องใน ชีวิตประจำวัน	1. แบบประเมิน “พฤติกรรม ทางการกระทำ สู่ การทำดี...ชีวิตมีสุข” 2. ใบงานเรื่อง เบญจศีลและ เบญจธรรม 3. ปากกา 4. กระดาษสี	1.ผลการประเมิน “พฤติกรรมทางการ กระทำ สู่การทำดี... ชีวิตมีสุข” 2.สังเกตจากการร่วม กิจกรรม 3.สังเกตจากการร่วม อภิปราย

ที่มา: สายรุ้ง จันทร์เส็ง (2566)

30**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients**

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นองค์ประกอบของรูปแบบการส่งเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผลการตรวจสอบองค์ประกอบของรูปแบบฯ ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน เห็นชอบทั้ง 3 ขั้นตอน มีผู้ทรงคุณวุฒิ 1 ท่าน ให้ปรับลดจำนวนกิจกรรมจาก 9 กิจกรรม เหลือ 7 กิจกรรม และ ผู้ทรงคุณวุฒิอีก 1 ท่าน ให้ปรับกิจกรรมแจกแบบประเมินพฤติกรรมเป็น ประเมินพฤติกรรม และมีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm SD=3.53 \pm 0.57$) ผลการแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบฯ จากผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 269 คน อยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm S.D.=4.37 \pm 0.84$)

3. ผลการทดลองใช้และศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**3.1 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test**

การประเมินความสุข	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	22.73	4.35	-0.969	0.341
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	24.26	4.32		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	35.47	7.23	4.57*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	25.73	3.954		

*p< .01

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนความสุข เฉลี่ย 22.73 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 24.26 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ของความสุขระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.341) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเฉลี่ย 35.47 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสุขค่าเฉลี่ย 25.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความสุขระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความสุขแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ตารางที่ 3

แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

ตารางที่ 4

แสดงผลการเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

3.2 การเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ยของการประเมินความสุข ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินความสุข	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	13.87	208	88	0.308
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	17.13	257		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	21.23	318	26.50*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	9.77	146		

*p< .01

จากตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ การประเมินความสุข ข้อมูล ก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 88 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .308 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 26.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .000 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินความสุข กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

3.3 การเปรียบเทียบ การประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

การประเมินภาวะซึมเศร้า	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	9.60	3.35	0.23	0.817
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	9.87	2.88		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	2.53	2.17	4.58*	0.001
กลุ่มควบคุม (Post)	15	4.73	3.06		

*p< .01

จากตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 9.60 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 9.87 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติ

32

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ตารางที่ 6

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมิน
ภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง ด้วย
Mann-Whitney U test

ที่ระดับ 0.05 (p-value =0.817) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 2.53 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ย 4.73 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.001) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.4 การเปรียบเทียบการประเมินภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินภาวะซึมเศร้า	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	15.47	232	112	0.983
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	15.53	233		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	12.37	185.50	65.50	0.048
กลุ่มควบคุม (Post)	15	16.63	270.50		

p< .05

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 112 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .983 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 65.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .048 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

3.5 การเปรียบเทียบการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 5.53 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนน 5.33 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกันทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.89) ส่วนหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 2.60 คะแนน และกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเฉลี่ย 4.60 คะแนน

ตารางที่ 7

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.008) โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 7

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	n	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	5.53	4.55	0.14	0.89
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	5.33	3.11		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	2.60	2.10	-2.88	0.008
กลุ่มควบคุม (Post)	15	4.60	1.68		

p< .05

3.6 การเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	n	mean rank	Sum of ranks	Mann-Whitney U test	Asymp. sig. (2-tailed)
ก่อนการทดลอง (Pre-test)					
กลุ่มทดลอง (Pre)	15	15.17	227.50	107.50	0.834
กลุ่มควบคุม (Pre)	15	15.83	237.50		
หลังการทดลอง (Post-test)					
กลุ่มทดลอง (Post)	15	11.53	173	53	0.012
กลุ่มควบคุม (Post)	15	19.47	292		

p< .05

ตารางที่ 8

แสดงผลการเปรียบเทียบ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลอง ด้วย Mann-Whitney U test

จากตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 107.50 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .834 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนหลังการทดลอง พบว่า ค่าสถิติ Mann-Whitney U Test เท่ากับ 53 ค่า Asymp.Sig. เท่ากับ .012 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่า mean rank และ Sum of ranks ของการประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

34**Model for Enhancing Protective Factors Against Suicide in Depressive Disorder Patients****4. ผลการประเมินความพึงพอใจผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์**

พบว่า ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการฯ ที่พัฒนาขึ้น อยู่ในระดับดี ($\bar{X} \pm SD = 4.32 \pm 0.57$)

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จากการทดลองใช้ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผลของการประเมินความสุข ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุขเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลอง ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า การที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนความสุข สูงขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุม คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เกิดจาก การได้เข้าร่วมกิจกรรมรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่ได้มีการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีเป็นฐานในการสังเคราะห์และสรุปผล ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม สร้างความสุข ลดความทุกข์ จากแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ ใช้วิธีสัง 4 ในการกำหนดขั้นตอนของกิจกรรม และนำหลักมรรค 8 สู่การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน โดยนำ ศีล 5 กุศลกรรมบถ 10 และ สังฆวัตถุ 4 มาออกแบบกิจกรรมประกอบด้วย 7 กิจกรรม คือ (1) คุยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้,การฆ่าตัวตายป้องกันได้ (2) จิตใจดี ชีวิตมีสุข (3) สติดี ชีวิตมีสุข (4) สังคมดี ชีวิตมีสุข (5) คิดดี ชีวิตมีสุข (6) พุทฺธิดี ชีวิตมีสุข และ (7) ทำดี ชีวิตมีสุข ซึ่งแปลมาเป็นพฤติกรรมการดำเนินชีวิตในปัจจุบันแบบปกติสุขที่ควรเป็น และนำไปปฏิบัติต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน จึงส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสุขเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง และเมื่อมีความสุขเพิ่มขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง จึงส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสิริวัฒน์ ศรีเครือดง (2559). ศึกษาเรื่อง พุทธจิตวิทยานูรณาการ : แนวคิดและการสร้างตัวแบบเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในสังคมสังคมไทย พบว่า หลักพุทธธรรมที่ สามารถนำมาป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย คือ หลักธรรม อริยสัง 4 และ มรรคมีองค์ 8 เป็นองค์ประกอบหนึ่งใน 5 องค์ประกอบที่สำคัญของการสร้างตัวแบบพุทธจิตวิทยานูรณาการในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย ของวัยรุ่นในสังคมไทย สอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูพิฑูรณคราภิรักษ์ (อนุชาติ นรินโท) และพระมหาสุเมธ สมมติโต (2563) ศึกษาเรื่องฆราวาสธรรม: การป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ พบว่า แนวทางป้องกัน/แก้ไขโดยประยุกต์ใช้หลักฆราวาสธรรมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุเกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์ ในรูปแบบของอริยสัง 4

สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวรรณี อ้อแสงชัย, บรรพต ตันธีรวงศ์, พระมหาทรรษา ธมฺมหาโส (2562). ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเอง เพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของเยาวชนโดยพุทธสันติวิธี พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองตามหลักวิทยาการสมัยใหม่และหลักพระพุทธศาสนาเถรวาท เป็นการนำทฤษฎีความตระหนักรู้แบบตะวันตกและหลักธรรมของพุทธแบบตะวันออกมาบูรณาการร่วมกัน โดยพุทธสันติวิธี เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ มี 4 กระบวนการ คือ 1. มีสติ 2. ควบคุมตนเอง 3. นำไปสู่ปัญญา 4. วิถีธรรม สู่วิถีสุข โดยมี สติปัญญา 4 อริยสัจ 4 พละ 5 เป็นฐาน สำหรับข้อค้นพบ คือ พละ 5 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของ เยาวชน ทำให้เกิดความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้การฆ่าตัวตายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดท์ถนัทร ภิญโยดมและพระครูสุธีร์คัมภีร์ญาณ (2565) ศึกษาเรื่อง แนวทางการพัฒนาจิตตามแนวพุทธศาสนาเชิงบูรณาการเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดหนองคาย พบว่า การป้องกันการฆ่าตัวตายไม่ใช้การแก้ไขแต่เพียงภายนอก ที่สำคัญคือการแก้ไขปัญหที่ภายในคือจิตใจ เพราะการคิดฆ่าตัวตาย เป็นเรื่องของจิตใจของคนที่ฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่เคยผ่านการอบรมทางจิต ขาดการให้ความรู้ตามหลักคำสอนทางพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิต นอกจากนี้คนที่คิดฆ่าตัวตาย มีจิตใจที่อ่อนแอขาดสติปัญญาในการแก้ไขปัญหา ไม่พยายามหาสาเหตุของปัญหาว่าเกิดจากอะไร บางครั้งโทษบุคคลอื่นไม่หันกลับมามองตนเองแล้วหาสาเหตุของการเกิดปัญหา สอดคล้องกับพระมหาภคศิษฐ์มหาวิริโย และพระมหามิตร จิตปัญโญ (2560) ได้วิจัยเรื่อง การพัฒนาคุณภาพชีวิตตามหลักภavana 4 จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตกับจิตตภาวนา หมายถึง การฝึกฝนอบรมจิตใจ ให้มีความมั่นคงเข้มแข็ง มีความปลอดภัยด้วยคุณธรรมทั้งปวง ฝึกฝนให้มีความรักความเมตตาต่อสรรพสัตว์ทั้งหลาย พัฒนาจิตของตนให้มีความผ่อนคลายเบิกบาน ดำเนินชีวิตด้วยความสุขใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยภาณี, & นันทกรณ (2560) ศึกษาเรื่อง อัตวินิบาตกรรม: แนวทางแก้ปัญหการฆ่าตัวตายของคนในสังคมไทยตามหลักพุทธจริยธรรม พบว่า แนวทางการแก้ปัญหการฆ่าตัวตาย ควรใช้หลักไตรสิกขา คือ ศีล สมาธิ ปัญญา ซึ่งได้แก่การนำ 8 มรรควิธี ตามหลักอริยสัจ 4 มาบูรณาการร่วมกับหลักการทางการแพทย์อย่างเป็นกระบวนการ โดยเริ่มจากการสร้างสัมมาทิฐิ คือการปรับทัศนคติให้ถูกต้อง ซึ่งคือการสร้างวัคซีนป้องกันโรคฆ่าตัวตาย เพราะคนที่มีสัมมาทิฐิ เป็นภูมิคุ้มกันจิตจะไม่คิดในทางลบต่อชีวิต เปรียบเหมือนการสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไพจิตร พุทธรอด,มยุรี ลัคนาศิโรรัตน์ (2565) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ที่มีความเข้มแข็งทางจิตใจสูงจะมี ภาวะซึมเศร้าต่ำ

ดังนั้น รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นมามีประสิทธิภาพในการใช้เป็นแนวทาง การสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นอย่างดี อีกทั้งผลประเมินความพึงพอใจของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมกิจกรรมของรูปแบบที่สร้างขึ้น อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องการสร้างความสุข ลดความทุกข์ จากแนวคิดจิตวิทยาแนวพุทธ นอกจากนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการแพทย์ นักจิตวิทยา และทางด้านสาธารณสุขที่ผู้วิจัยนำ รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่สร้างขึ้นไปนำเสนอ เพื่อให้พิจารณาตรวจสอบคุณภาพ ได้ประเมินในประเด็นที่เกี่ยวกับความครอบคลุมสอดคล้องขององค์ประกอบต่างๆ ในรูปแบบ รวมทั้งกระบวนการในรูปแบบ ซึ่งผลประเมินพบว่า มีคุณภาพระดับดี

สรุปผลการวิจัย

งานนี้เป็นวิจัยและพัฒนา เพื่อสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

1. สถานการณ์ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพกายดีอยู่ในระดับสูงมาก และปัจจัยปกป้องด้านสุขภาพจิตดี อยู่ในระดับที่ต่ำ ส่วนปัจจัยปกป้องด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง ระดับของความคิดเห็นต่อการส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากที่สุดคือ มีความสุข และแนวทางการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่า อริยสัจ 4 ตามแนวทางจิตวิทยาแนวพุทธ มีความเหมาะสมในการนำมาสร้างรูปแบบ

2. การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

2.1 รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลักได้แก่ 1) หลักการ 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการ และ 5) การวัดและการประเมินผล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 7 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 การค้นหาความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย

ครั้งที่ 1 กิจกรรม คูยเรื่อง โรคซึมเศร้ารักษาได้, การฆ่าตัวตายป้องกันได้

ขั้นที่ 2 การให้ผู้ป่วยรับรู้ สาเหตุของความคิดอารมณ์ และความรู้สึกตนเอง

ครั้งที่ 2 กิจกรรม จิตใจดีชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 3 กิจกรรม สติดีชีวิมีความสุข

ขั้นที่ 3 การตั้งเป้าหมายและการปรับเปลี่ยน ความคิดทัศนคติและพฤติกรรมการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย คือการลดทุกข์-เพิ่มสุขและแนวทางการลดทุกข์-เพิ่มสุข

ครั้งที่ 4 กิจกรรม ลังคมดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 5 กิจกรรม คิดดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 6 กิจกรรม พุดดี ชีวิมีความสุข

ครั้งที่ 7 กิจกรรม ทำดี ชีวิมีความสุข

2.2 การตรวจคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับดี ผลการแสดงความคิดเห็นต่อรูปแบบ จากผู้เกี่ยวข้อง อยู่ในระดับดี

3. การทดลองใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยของความสุข กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ที่สร้างขึ้น อยู่ในระดับดี

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1.1. ด้านนโยบาย เป็นส่วนประกอบในการกำหนดแผน หรือนโยบายในการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน ทั้งในส่วน of โรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และองค์ปกครองส่วนท้องถิ่น

1.2. ด้านการปฏิบัติ จัดทำเป็นคู่มือและแนวปฏิบัติ (CPG) ของโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรนำไปใช้ในการให้บริการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลลับแล และสามารถนำรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไปประยุกต์ใช้ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการติดตามผลระยะยาวโดยวัดซ้ำหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม 3,6,9,12 เดือน และวิเคราะห์องค์ประกอบของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายด้วยสถิติขั้นสูง เพื่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) ในการสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) เพิ่มเติมจากการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis) และการวิเคราะห์เส้นทาง (Path analysis) ตามแนวคิด “การสร้างโมเดลในงานวิจัยและพัฒนาด้านสาธารณสุข” ของ พงศ์พิชญ์ บุญตา (Boonda, P., 2020) เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไป และยังสามารถนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายอื่นได้ เช่น ประชาชนทั่วไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ วัยทำงาน เป็นต้น

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับ เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการจริยธรรมการงานวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 1/2566.1.20 เมื่อวันที่ 9 มกราคม 2566

 38**Model for Enhancing
Protective Factors
Against Suicide in
Depressive Disorder
Patients****กิตติกรรมประกาศ**

การจัดทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้านี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความกรุณาของ อาจารย์ ดร.พงศ์พิชญ์ บุญดา ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และคำปรึกษา ตลอดจนการตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องของงานวิจัยฉบับนี้ และแพทย์หญิงเนตรนา ภมระภา รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ และหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ แพทย์หญิงพรสวรรค์ มีสิน รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุตรดิตถ์และผู้อำนวยการโรงพยาบาลพากท่า คุณหยกฟ้า เพ็งเลีย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์สุขภาพจิตที่ 2 คุณศศิวิมล ชมชื่น นักจิตวิทยาชำนาญการ โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา เรื่อง รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบคุณ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาและขอขอบคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ให้ความร่วมมือในการศึกษา ครั่งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). ปัญหาความสัมพันธ์-เศรษฐกิจ-โรคประจำตัว ปัจจัยเสี่ยงฆ่าตัวตาย. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30143>
- ชมพูนุท ศรีจันทร์นิล. (2552). จิตวิทยาแนวพุทธ: แนวทางเพื่อการเยียวยา และพัฒนาจิตใจมนุษย์. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยหอการค้าไทย, 118-208
- ฐานิยา สุทะปา,จินตนา ยูนิพันธุ์, วิภาวี เผ่ากันทรการ,ปทานนท์ ขวัญสนิท (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริม การฟื้นฟูต่อการฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 7(1), 118-132.
- ณัฐวุฒิ เผ่าทวี (2566). ฆ่าตัวตาย...ป้องกันได้ ทำความรู้จักทฤษฎี Coupling ลู่มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก <https://thestandard.co/coupling-theory/>
- ธรณินทร์ กองสุข.เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือกระทำรุนแรงต่อตนเอง เขตสุขภาพที่ 2.9-10 มิถุนายน 2565
- นันทศักดิ์ ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 32(1):75-88.

- นรินทร์ชิตา คีลประชาวงศ์, สิริวัฒน์ ศรีเครือดง และวิชชุดา ลูติโชติรัตน์. (2565). โมเดลสมการ
โครงสร้างพลังศักยภาพแห่งตนในการส่งเสริมพลังความคิดเชิงบวกตามแนวพุทธ
จิตวิทยาของพนักงานธุรกิจยานยนต์. *วารสารพุทธจิตวิทยา*. 8(3), 553-569.
- ประมวล ตรียกุล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อภาวะซึมเศร้า
และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.
วารสารโรงพยาบาลแพร่, 28(2), 76-89.
- ปรารถนา คำมีสินนท์ และคณะ. (2563). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของผู้พยายามฆ่า
ตัวตายในเขตบริการสุขภาพที่ 7. *วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย* 25-40
สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565 จาก
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JSPT/issue/view/17062>
- ปรียพร วิชาลบุรณ์, สุรัสมิ รอดมณี, เนาวนิจ พึ่งจันทร์เดช, เบญญาภา ทนต์ประเสริฐเวช.
(2565). จิตบำบัดตามแนวพุทธจิต: บทวิเคราะห์ในมิติทางการแพทย์. *Journal of
Multidisciplinary in Humanities and Social Sciences*, 6(1), 120-140.
- พระครูพิฑูรณคาริการักษ์ (อนุชาติ นรินโท), พระมหาสุเมธ สมชาติโต. (2563). ฆราวาสธรรม: การ
ป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุเกิดจากปัญหาด้านความสัมพันธ์. *วารสารวิจัยวิชาการ*
, 4(3), 255-268.
- พระมหาอินทร์วงศ์ อีสสุภาณี, พระครูไพศาลธรรมานุสิฐ และจันทร์สมิ์ ตาบุลึง. (2562).
การศึกษาแนวคิดกระบวนการป้องกันและแก้ไขการฆ่าตัวตายตามหลักพระพุทธศาสนา
(Doctoral dissertation, สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราช
วิทยาลัย). 5(2), 15-25
- พระอนันตชัย อภินนโท (ชนโพธิ์ น้อย). (2019). แนวคิดและทฤษฎีการปรึกษาเชิงพุทธจิตวิทยา.
วารสารพุทธจิตวิทยา, 4(2), 23-35.
- ไพจิตร พุทธรอด, มยุรี ลัคนาคีโรรัตน์. (2022). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทาง
ใจต่อพลังสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิต
เวชและสุขภาพจิต*, 36(3), 1-13.
- โรงพยาบาลลับแล กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด สรุปผลการดำเนินงานสุขภาพจิตและยาเสพติด
ประจำปี 2565. *อุตรดิตถ์: กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลับแล*.
- วรวิมล พัฒนาโกครัตนา (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างสุขสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่
เป็นโรค ซึมเศร้าโรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *Region 11 Medical
Journal*, 35(1).

 40**รูปแบบการสร้างเสริมปัจจัย
ปกป้องต่อการฆ่าตัวตายใน
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า**

- คิวพร มหาทำนุโชค, ณรงค์ศักดิ์ หนูสอน. (2016). 2662 รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายสำหรับ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดลำพูน (Doctoral dissertation, NU). ศูนย์ป้องกัน การฆ่าตัวตายระดับชาติ. (2565). สรุปข้อมูลผู้ที่ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิตปี พ.ศ.2560-2564. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565, จาก <https://www.suicidethai.com/report/download/dl.asp?id=21>
- สายรุ้ง จันทรเส็ง. (2566). การสร้างรูปแบบการสร้างเสริมปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า : กรณีศึกษาอำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสืบเนื่องการประชุมวิชาการ (PROCEEDINGS) วันที่ 16-17 พฤศจิกายน 2566 การแพทย์แผนไทยและสาธารณสุขวิจัย การประชุมวิชาการระดับชาติ (ครั้งที่ 4), 84-100.
- สายรุ้ง จันทรเส็ง. (2567). การส่งผลของปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อำเภอลับแลจังหวัดอุตรดิตถ์. รายงานสืบเนื่องจากการประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ครั้งที่ 3 ประจำปี พ.ศ. 2567. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์, 364-377
- สิริวัฒน์ ศรีเครือดง. (2559). พุทธจิตวิทยาบูรณาการ : แนวคิดและการสร้างตัวแบบเพื่อลด อัตราการฆ่าตัวตายของวัยรุ่นในสังคมไทย. *Journal of MCU Social Science Review*. (5)3, 15-28
- สุวรรณิ อ้อแสงชัย, บรรพต ต้นธีรวงศ์, พระมหาหรรษา ธมฺมหาโส (2562).รูปแบบการเสริมสร้างความตระหนักรู้คุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของเยาวชนโดยพุทธสันติวิธี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 7(sup),154-167.
- โสภา ตั้งทิฆกุล,วิธนา จีระแพทย์, & เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2017). ผลของโปรแกรมการจัดการกับการรับรู้ เหตุการณ์เครียดในชีวิตแบบผสมผสานต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1),133-148.
- อุไร หัตถกิจ และประภาพร ชูกำ เน็ด. (2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ผสมผสานภูมิปัญญาตะวันออก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35, 1-14.
- อภิชัย มงคลและคณะ.(2560). รายงานอัตราการฆ่าตัวตาย ของประเทศไทย 10 จังหวัดแรกที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด.สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2565, จาก <https://www.suicidethai.com/report/>
- Boonda, P. (2021). Main Steps of Doing Research and Development in Public Health: An Observational Study. *New Frontiers in Medicine and Medical Research*, Vol. 14, 80–86. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/4289F>
- Boonda, P. (2021). Techniques of Writing Chapter 1 for Research and Development in Public Health. *New Frontiers in Medicine and Medical Research Vol. 14*, 65–79. <https://doi.org/10.9734/bpi/nfmmr/v14/3839F>

- Boonda, P. (2020). A Technique of Modeling in Public Health Research and Development. *World Journal of Public Health*, 5(4), 89-98. doi: 10.11648/j.wjph.20200504.13.
- Boonda, P. (2019). Process of Research and Development in Public Health. *International Journal of Clinical Case Studies & Reports*, 2(1), 61-65.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Processes Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398059, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *The Technique of Phrases Matrixing to Summarize from the Literature Review*. Copyrights: Request for information No.398060, Issued on: Nov. 8, 2021.
- Boonda, P. (2021). *Teaching in doing a research and development theme of public health administration subject*. Copyrights: Request for information No.398061, Issued on: Oct. 18, 2021.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Karch, D. L., Logan, J., & Patel, N. (2011). Surveillance for violent deaths—National violent death reporting system, 16 states, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries*, 60(10), 1-49.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, 25(2), 83-88.
- Lin,J.,Su,Y.,Lv,X.,Liu,Q.,Wang,G.,Wei,J.,Si,T. (2020). Perceived stressfulness mediates the effects of subjective social support and negative coping style on suicide risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 265, 32-38.
- New Zealand Guidelines Group (NZGG).(2003)
https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/0/20DBC4601FB0F4DEC C257136007F817C/%24file/NZGG_Annual_Report_04_05.pdf
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being Revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 69 (4): 719-727.
- World Health Organization. (2018). Suicide rates per (100,000 population). from http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/