การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

The Development of a Negative Thought Management Program for Suicide Risk Groups in Plai Phraya District, Krabi Province

ณัฐพงษ์ ดูงาม [1*]
Nuttapong Doongam [1*]

[1] นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลปลายพระยา อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ 81160
[1] Medical Doctor, Senior Professional Level, Plai Phraya Hospital, Plai Phraya District, Krabi Province. 81160
[*] Corresponding Author: ณัฐพงษ์ ดูงาม E-mail: jetreal_f16@hotmail.com
Received : 19 July 2025 Revised : 11 August 2025 Accepted : 14 August 2025

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน สาเหตุจากความคิดลบที่ไม่ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่เป็นพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความคิดลบในกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จำนวน 45 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมจัดการความคิดลบ แบบบันทึกผลการบรรเทาอาการและการรักษาต่อเนื่อง และแบบประเมินสุขภาพจิต 5 ฉบับ ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 – 1.00 และค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินทุกฉบับลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เช่น 2Q (1.56 ลดลงเหลือ 0.31), 9Q (15.03 ลดลงเหลือ 6.14), 8Q (12.44 ลดลงเหลือ 4.12), SPST-20 (56.93 ลดลงเหลือ 36.24) และ ATQ (123.58 ลดลงเหลือ 75.77) พร้อมกับผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ได้แก่ ร้อยละการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 62.2 และร้อยละการยึดมั่นในการรักษาเพิ่มเป็นร้อยละ 73.3 ผลการวิจัยนี้ยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมในระดับชุมชนมีประสิทธิผลในการลดอาการซึมเศร้า ความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดเชิงลบ พร้อมมีศักยภาพสูงต่อการขยายใช้กับกลุ่มเสี่ยง และควรประเมินผลระยะยาวเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: การฆ่าตัวตาย กลุ่มเสี่ยง ความคิดลบ โปรแกรมบำบัด สุขภาพจิต

Abstract

Suicide remains a critical public health concern, particularly among working-age populations. In Plai Phraya District, Krabi Province-an area identified with high suicide rate. This research and development (R&D) study aimed to create and evaluate a negative thought management program for individuals at risk. A total of 45 participants receiving services at the mental health clinic of Plai Phraya Hospital were selected via purposive sampling. Research instruments included a structured negative thought management program, treatment adherence tracking, and five standardized assessment tools: 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ). Content validity was verified by three experts (CVI = 0.93 – 1.00), and

reliability confirmed via Cronbach's alpha (0.88). Data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests. The research findings revealed that post-intervention, significant reductions were found across all tools (p-value < 0.001): 2Q (1.56 to 0.31), 9Q (15.03 to 6.14), 8Q (12.44 to 4.12), SPST-20 (56.93 to 36.24), and ATQ (123.58 to 75.77). Clinical outcomes also improved markedly: the remission rate rose to 62.2%, and treatment adherence increased to 73.3%. These findings confirm that the community-based cognitive behavioral therapy program is effective in reducing depression, stress, suicidal ideation, and negative thought patterns, with high potential for broader application among at-risk groups, and should be further evaluated for long-term sustainability.

Keywords: Suicide, At-risk groups, Negative thoughts, Negative thought management program, Mental health

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงาน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี หรือคิดเป็น 1 คนในทุก 40 วินาที และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของประชากรอายุ 15 - 29 ปี [1] สำหรับประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2566 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน คิดเป็น 7.94 ต่อแสนประชากร หรือเฉลี่ยวันละ 14 คน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 31,110 คน หรือเฉลี่ยวันละ 85 คน [2, 3] การวิเคราะห์สาเหตุพบว่าผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 31.0 โรคจิตเวช ร้อยละ 27.0 การใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.1 หรือประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 13.7 ส่วนกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีโรคจิตเวช ร้อยละ 36.1 และประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 34.3 [2] นอกจากนี้ ปัจจัยกระตุ้นที่พบบ่อย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ร้อยละ 47.4 - 80.3 และปัญหาเศรษฐกิจ ร้อยละ 17.9 – 24.0 โดยมีเพียง ร้อยละ 29.4 ของญาติหรือบุคคลใกล้ชิดที่สามารถสังเกตเห็นสัญญาณเตือนได้ [2]

กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าลดอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยให้ไม่เกิน 7.8 รายต่อประชากรแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2568 เพื่อมุ่งลดการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอย่างเป็นรูปธรรม ในพื้นที่ศึกษา ได้แก่ โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จและการพยายามทำร้ายตนเองเพิ่มขึ้นต่อเนื่องระหว่างปีงบประมาณ 2563 - 2566 โดยในปี พ.ศ. 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง ร้อยละ 28.5 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดอย่างชัดเจน ข้อมูลจากระบบ Health KPI ระบุว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของพื้นที่อยู่ที่ 7.9 รายต่อประชากรแสนคน และข้อมูลเฉพาะอำเภอปลายพระยาพบสูงถึง 23.4 รายต่อประชากรแสนคน สูงกว่าอำเภออื่นในจังหวัดกระบี่ [4-7] ในปี พ.ศ. 2567 โรงพยาบาลปลายพระยาให้บริการคลินิกสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการรวม 271 ราย โดยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (ICD-10: F32–F39) จำนวน 119 ราย สถานการณ์ในพื้นที่สะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหา เมื่อจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มจาก 11 รายในปี พ.ศ. 2563 เป็น 27 รายในปี พ.ศ. 2566 แม้อัตราการเข้าถึงบริการของผู้พยายามฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20.8 เป็นร้อยละ 76.0 แสดงถึงการปรับปรุงด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต แต่ยังพบว่าผลลัพธ์ด้านการป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำยังต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 97.0 โดยในปี พ.ศ. 2566 อยู่ที่เพียงร้อยละ 87.5 [5, 7]

ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความเครียดเรื้อรัง ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว การใช้สารเสพติด ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และประสบการณ์การถูกละเมิดหรือสูญเสีย [8, 9] กลไกทางความคิดของผู้มีความเสี่ยงมักเกี่ยวข้องกับการมีความคิดเชิงลบ การมองโลกในแง่ร้าย และการรู้สึกไร้คุณค่า ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไข อาจพัฒนาไปสู่การพยายามทำร้ายตนเอง [10] การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

(Cognitive behavioral therapy; CBT) เป็นแนวทางบำบัดที่มุ่งเน้นการระบุและปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม พร้อมส่งเสริมการสร้างรูปแบบความคิดใหม่ที่เป็นบวก [11] การนำ CBT มาประยุกต์ในระดับชุมชน (Community-based CBT) ผ่านทีมสหวิชาชีพ อสม. และครอบครัว สามารถช่วยเพิ่มการเข้าถึงและการยอมรับการบำบัด โดยมีหลักฐานสนับสนุนว่าสามารถลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ [12, 13] ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขในการลดอัตราการฆ่าตัวตายลงไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคนภายในปี พ.ศ. 2568 [5] ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ด้านการบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพในบริบทของชุมชนอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อสร้างโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

2) เพื่อพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3) เพื่อทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานการวิจัย

1) หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีผลลัพธ์ในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence)

2) หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่าง มีผลประเมินตามแบบประเมินสุขภาพจิตลดลงกว่าก่อนการทดลอง ดังนี้ ระดับภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-Item suicidal ideation questionnaire) ระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และระดับความคิดอัตโนมัติการจัดการความคิดลบ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาเรื่อง “การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่” เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งเป็นแนวทางตามหลักฐาน (Evidence-based practice) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า ลดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย และเพิ่มการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) โดย CBT มีโครงสร้างที่ชัดเจนและสามารถพัฒนาเป็นโปรแกรมสำหรับใช้ในชุมชนได้ โดยมีองค์ประกอบสำคัญดังนี้ 1) การประเมินและสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย 2) การตั้งเป้าหมายการรักษาร่วมกับผู้ป่วย 3) การสอนทักษะการรับรู้และจัดการกับความคิดลบ 4) การสอนทักษะการปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม 5) การทำแบบฝึกหัดหรือ "การบ้าน" เพื่อฝึกใช้ทักษะที่เรียนรู้ระหว่างการบำบัด และ 6) การติดตามผลและประเมินความก้าวหน้าในการรักษา งานวิจัยนี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดในการดำเนินการวิจัยในรูปแบบ “การวิจัยและพัฒนา” (Research and development; R&D) ประกอบด้วย 3 ระยะ โดยมีกรอบแนวคิดในการศึกษา ดังภาพที่ 1

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์	⇨	ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรมฯ	⇨	ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมฯ
ข้อมูลเชิงปริมาณ 1) สำรวจระดับความคิดลบ ความรู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน และประสบการณ์การรับบริการของกลุ่มเป้าหมาย 2) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา **ข้อมูลเชิงคุณภาพ** สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริง ดังนี้ 1) กลุ่มญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับบทบาท ประสบการณ์ และความต้องการในการดูแลผู้ป่วย/กลุ่มเสี่ยง 2) กลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับประสบการณ์ตรง ความคิด ความรู้สึก และความต้องการในการช่วยเหลือตนเอง 3) บุคลากรสาธารณสุข (แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต.) เกี่ยวกับบทบาท ปัญหาเชิงระบบ และแนวทางพัฒนาโปรแกรมในบริบทพื้นที่จริง		พัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบฯ ประกอบด้วย • การประยุกต์ใช้แนวคิด CBT แบบชุมชน (Community-based CBT) • การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย กลุ่มเสี่ยง ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ • การออกแบบผ่านเวที ประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory workshop) • การจัดลำดับขั้นกิจกรรมอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม 6 ขั้นของ CBT 1) การประเมินและสร้างความเข้าใจ ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงของแต่ละราย 2) การตั้งเป้าหมายการรักษา 3) การสอนทักษะการจัดการความคิดลบ 4) ฝึกทักษะการตอบสนองที่เหมาะสมต่อสถานการณ์กดดัน 5) การทำการบ้านกลุ่มเป้าหมายฝึกใช้ทักษะ CBT ในชีวิตประจำวัน 6) การติดตามผล • การประเมินผลร่วมกับชุมชนอย่างต่อเนื่องทั้งเชิงพฤติกรรมและเชิงจิตใจ		1) ทดลองใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ตามกิจกรรมเชิงโครงสร้าง 6 ขั้นตอน (CBT) ที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 2) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมโดยการเปรียบเทียบค่าก่อนและหลังการทดลองในตัวแปรเป้าหมายด้านสุขภาพจิตและพฤติกรรมต่อไปนี้ 2.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ - การบรรเทาอาการ (Remission) - การคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) 2.2 ผลการประเมินด้านสุขภาพจิต (Psychological assessment scores) ได้แก่ - ระดับภาวะซึมเศร้า 2Q, 9Q - ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) - ระดับความเครียด (SPST-20) - ระดับความคิดอัตโนมัติ/ลบ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมจัดการความคิดลบสำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยประยุกต์ใช้แนวคิด Cognitive behavioral therapy (CBT) ที่มุ่งปรับเปลี่ยนความคิดลบและพฤติกรรมเสี่ยง ผ่านกระบวนการ 6 ขั้นตอนหลักของ CBT ผลลัพธ์ที่ประเมิน ได้แก่ การบรรเทา

อาการ (Remission) การคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) และการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิต วัดจากแบบสอบถามมาตรฐาน ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยแบ่งการศึกษาด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้น (Quantitative & qualitative study)

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ในปีงบประมาณ 2567 จำนวนทั้งสิ้น 271 คน [7] ซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1) กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 100 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยใช้สูตรของ Cochran [14] โดยกำหนดค่าอัตราส่วน (Proportion) = 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (d) = 0.1 และค่าระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์การคัดเข้าจากผู้รับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ และยินยอมให้ข้อมูลพร้อมลงนามในแบบยินยอม และเกณฑ์การคัดออก คือผู้ที่ตอยแบบประเมินไม่สมบูรณ์ หรือไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

2) กลุ่มตัวอย่าง สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกโดยเจาะจงจากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 15 คน แบ่งเป็นบุคลากรสหวิชาชีพ (แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต) จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงจำนวน 5 คน (ไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ) และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 5 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

บุคคลที่อยู่หรือปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอปลายพระยา มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิตหรือการเผชิญปัญหาการฆ่าตัวตาย สามารถสื่อสารและให้ข้อมูลได้ชัดเจน และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามกำหนด มีปัญหาด้านการสื่อสารที่รบกวนการให้ข้อมูลหรือปฏิเสธการบันทึกเสียงหรือภาพระหว่างการเก็บข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม (Program design workshop)

ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อร่วมออกแบบและพัฒนาโครงสร้างของโปรแกรมจัดการความคิดลบตามแนวทาง Cognitive behavioral therapy (CBT) พร้อมนำโปรแกรมไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่าง ขนาดเล็ก ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 5 คน และญาติหรือผู้ดูแล จำนวน 5 คน (เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพในระยะที่ 1) โดยคัดเลือกแบบสมัครใจเพื่อร่วมเสนอความคิดเห็นและประเมินการทดลองเนื้อหาโปรแกรม CBT ใช้วิธีเก็บข้อมูลด้านความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ต่อกระบวนการ ความปลอดภัย และผลลัพธ์เบื้องต้น ควบคู่กับการให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพ เพื่อปรับปรุงเนื้อหาและสื่อก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล (Pilot testing)

ประชากร คือ ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอปลายพระยาที่รับบริการในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่มีคุณสมบัติเข้าร่วมการทดลองใช้โปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง โดยขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยสูตรของ Cochran [14] ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ($Z = 1.96$), $p = 0.5$ และ $d = 0.05$ ได้ $n_0 = 384.16$ เมื่อปรับด้วย Finite population correction (ประชากรเป้าหมาย $N = 271$) พบว่าขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 45 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คัดเลือกจากผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา อายุ ≥18 ปี มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าร่วมกิจกรรมได้ และยินยอมเข้าร่วมครบทุกขั้นตอนของโปรแกรม 8 สัปดาห์ การเลือกผู้เข้าร่วมพิจารณาความพร้อม ความหลากหลายด้านเพศ อายุ และประสบการณ์ เพื่อให้ข้อมูลมีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การคัดเข้า

1) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา
2) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป
3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารและเข้าร่วมกิจกรรมได้
4) ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมครบตลอด 8 สัปดาห์ และลงนามในแบบยินยอม

เกณฑ์การคัดออก

1) ผู้ที่มีอาการกำเริบรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
2) ผู้ที่ขอถอนตัวระหว่างโปรแกรม
3) ผู้ที่แบบประเมินไม่สมบูรณ์หรือไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้

3. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development; R&D) โดยแบ่งกระบวนการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งมีการใช้เครื่องมือที่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาภาพปัญหาและสถานการณ์เบื้องต้น

ก. ข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ
2) แบบประเมินด้านสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ดังนี้

2.1 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต [15] คะแนนรวม 9Q ที่ 0 - 27 คะแนน การแปลผล 0 - 6 เท่ากับ ไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย 13 - 18 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้าปานกลาง และ ≥ 19 เท่ากับ ภาวะซึมเศร้ารุนแรง

2.2 แบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-Item suicidal ideation questionnaire) โดยกรมสุขภาพจิตที่ดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Suicidal ideation screening tools [16] ใช้ประเมินความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา คะแนนรวม 0 – 24 คะแนน การแปลผล 0 เท่ากับ ไม่มีความเสี่ยง 1 – 8 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มเล็กน้อย 9 – 16 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน เท่ากับ แนวโน้มรุนแรง

2.3 แบบวัดความเครียด SPST-20 ของกรมสุขภาพจิต [17] ใช้วัดระดับความเครียดจากเหตุการณ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวม 0 – 100 คะแนน การแปลผล 0 – 23 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับน้อย 24 – 41 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับปานกลาง 42 – 61 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับสูง และ ≥ 62 คะแนน เท่ากับ ความเครียดระดับรุนแรง

2.4 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ) พัฒนาโดย Hollon SD และ Kendall PC [18] ประเมินความถี่ของความคิดลบในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา ประกอบด้วย 30 ข้อ ใช้มาตรวัด 5 ระดับ (1 เท่ากับ ไม่เคย ถึง 5 เท่ากับ เกือบทุกครั้ง) คะแนนรวม 30 - 150 การแปลผล 30 - 59 คะแนน เท่ากับ ความคิดลบต่ำ 60 - 119 คะแนน เท่ากับ ความคิดลบปานกลาง และ 120 - 150 คะแนนเท่ากับ ความคิดลบสูง

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ในการรักษา ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence) [19]

ข. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง ญาติ และบุคลากรสหวิชาชีพ เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบการออกแบบโปรแกรม ในรูปแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview guide) เกี่ยวกับความเข้าใจโรค ความต้องการ อุปสรรคในการดูแล ข้อเสนอแนะต่อระบบบริการและโปรแกรมที่พัฒนา

ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม

1) เครื่องมือออกแบบโครงสร้างโปรแกรม CBT แบบชุมชน แบ่งเป็น 6 ขั้นตอน พร้อมแบบฟอร์มกิจกรรม/ใบงาน เช่น ใบงานเป้าหมายชีวิตใหม่ Mind Map "ฉันไม่ไร้ค่า" ตารางบันทึกพฤติกรรม ใบงานฝึกคิดใหม่ ฯลฯ

2) แบบประเมินคุณภาพโปรแกรม CBT แบบชุมชน แบบสอบถามประเมินคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน ด้านที่ประเมิน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยใช้มาตรวัด 4 ระดับ (1 เท่ากับ ไม่เหมาะสม ถึง 4 เท่ากับ เหมาะสมมาก) และคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วย Content validity index (CVI) โดยมีค่าเฉลี่ย CVI เท่ากับ 0.93 ถือว่าอยู่ในระดับดีมาก ตามมาตรฐานของ Lynn [20] และ Polit and Beck [21]

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล ใช้รูปแบบเดียวกับระยะที่ 1 ดังนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2) แบบประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย (Pre-test/Post-test) ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ โดยประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าร่วมครบ 8 สัปดาห์

3) แบบบันทึกผลลัพธ์ในการรักษา ได้แก่ การบรรเทาอาการ (Remission) และการคงอยู่ในแนวทางการรักษา (Adherence)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยนี้มีผลการตรวจสอบคุณค่าคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่คัดเลือกมาจากการศึกษาก่อนหน้านี้ [15-19] พบว่า แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q มีค่า I-CVI รายข้ออยู่ระหว่าง 0.83 – 1.00 คิดเป็น S-CVI/Ave เท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องภายในที่อยู่ในระดับดีมาก สำหรับแบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.80 – 0.95, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.90 และค่าความเชื่อมั่น 0.85 แสดงถึงความเหมาะสมของข้อคำถามและความสม่ำเสมอภายในที่อยู่ในระดับดี ส่วนแบบวัดความเครียด SPST-20 มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.82 – 0.98, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่น 0.90 ซึ่งถือว่ามีคุณภาพสูง ทั้งนี้ แบบประเมินความคิดอัตโนมัติ (ATQ) มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.85 – 1.00, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่น 0.91 แสดงถึงความถูกต้องเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องภายในที่ดีเยี่ยม และแบบบันทึกผลการรักษา (Remission และ Adherence) มีค่า I-CVI ระหว่าง 0.78 – 0.90, S-CVI/Ave เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่น 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้ประเมินผลได้จริงในทางปฏิบัติ

4. การรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมฯ ตั้งแต่วันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2567 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2568 โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาเบื้องต้น (30 วัน) ระยะที่ 2 พัฒนาโปรแกรม (14 วัน) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล (8 สัปดาห์) โดยในระยะที่ 3 นี้ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามแผนโปรแกรม CBT แบบชุมชน (Community-based CBT program schedule) สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ณ ห้องประชุมคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลปลายพระยา จังหวัดกระบี่ โดยจัดพื้นที่ให้เอื้อต่อการเรียนรู้แบบกลุ่มและการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วม กิจกรรมแต่ละครั้งดำเนินตาม 6 ขั้นตอนหลักของโปรแกรม ร่วมกับทีมบุคลากรสุขภาพจิต พยาบาลจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อให้กระบวนการมีความครบถ้วนทั้งด้านวิชาการและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ดังนี้

ขั้นตอน	รายละเอียดกิจกรรม	ตัวชี้วัดผลลัพธ์	ระยะเวลาดำเนินการ	จำนวนครั้ง/ระยะเวลาต่อครั้ง
1) การประเมินและสร้างความเข้าใจ	- แบบประเมินสุขภาพจิต (2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, ATQ) - แบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อประเมินปัญหาและบริบท - สร้างสัมพันธภาพเบื้องต้น	- ระดับความคิดลบก่อนเข้าร่วม - ความพร้อมเข้าร่วมโปรแกรม	สัปดาห์ที่ 1	1 ครั้ง (60 – 90 นาที/ราย)
2) การตั้งเป้าหมายร่วมกัน	- เวิร์กช็อป "เป้าหมายชีวิตใหม่" - เขียนจดหมายถึงตัวเองในอนาคต - กำหนดเป้าหมายระยะสั้นและระยะยาว	ระดับแรงจูงใจต่อการมีชีวิตอยู่	สัปดาห์ที่ 2	1 ครั้ง (90 นาที)
3) การสอนทักษะรับรู้และจัดการความคิดลบ	- เกมฝึกแยกแยะความคิด - Mind map "ฉันไม่ไร้ค่า" - ฝึกคิดใหม่ผ่านสถานการณ์สมมติ - การวิเคราะห์และทบทวนความคิดเชิงลบ	ลดความถี่ของความคิดลบซ้ำซาก	สัปดาห์ที่ 3 – 4	2 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที)
4) การสอนทักษะการปรับพฤติกรรม	- Role play การปฏิเสธสิ่งกระตุ้น - ตารางพฤติกรรมรายวัน - ฝึกการสื่อสารในสถานการณ์ตึงเครียด - ทักษะการแก้ปัญหา	- ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ - พฤติกรรมเหมาะสมขึ้น	สัปดาห์ที่ 5 – 6	2 ครั้ง (ครั้งละ 90 นาที)
5) การบ้านและการติดตามผล	- แจกใบงาน CBT รายสัปดาห์ - แบบฝึกหัดสะท้อนความคิดและอารมณ์ - โทรติดตามและให้คำแนะนำรายบุคคล - พูดคุยในกลุ่มไลน์	- ความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม - การมีส่วนร่วม	สัปดาห์ที่ 3 – 7	ดำเนินการควบคู่กับกิจกรรมหลักในแต่ละสัปดาห์
6) การประเมินผลและสะท้อนผล	- ประเมินสุขภาพจิตซ้ำ (2Q, 9Q, 8Q, SPST-20, ATQ) - สัมภาษณ์ปิดท้ายและวงสะท้อน “ชีวิตใหม่ของฉัน”	คะแนนประเมินสุขภาพจิตดีขึ้น	สัปดาห์ที่ 8	1 ครั้ง (60 – 90 นาที)

5. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในทั้ง 3 ระยะของกระบวนการวิจัยและพัฒนา (R&D) จะนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

ระยะที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และใช้ประกอบการพัฒนาโปรแกรม ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรม

ระยะที่ 2 ทำการประเมินคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ใช้มาตรวัด 4 ระดับ (1 = ไม่เหมาะสม ถึง 4 = เหมาะสมมาก)

ระยะที่ 3 การวิเคราะห์ผลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม CBT แบบชุมชน ใช้การออกแบบการวิจัยแบบกลุ่มเดียววัดก่อน–หลัง (One-group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนด้านสุขภาพจิต ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดอัตโนมัติก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงอนุมาน โดยก่อนการทดสอบได้ตรวจสอบสมมติฐานการใช้สถิติเปรียบเทียบ เช่น การกระจายตัวของข้อมูล (Normality) และความเป็นอิสระของค่าคะแนน เพื่อให้การเลือกใช้สถิติเปรียบเทียบมีความถูกต้องและเหมาะสม

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และปัญหาเบื้องต้น

1.1 ข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 100 คน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในปีที่ผ่านมา โดยรับบริการในคลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลปลายพระยา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.0 มีอายุเฉลี่ย 34.7 ± 9.5 ปี ด้านสถานภาพสมรสพบว่า โสดร้อยละ 48.0 สมรส ร้อยละ 37.0 และหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ร้อยละ 15.0 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 22.0 และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 20.0 สำหรับสถานภาพการทำงาน พบว่า ส่วนใหญ่ว่างงานและไม่มีรายได้ประจำ ร้อยละ 45.0 รองลงมาคือ กลุ่มที่ทำงานรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 35.0 ที่สำคัญคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ร้อยละ 100 มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเป็นกลุ่มเป้าหมายตรงในการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพจิต

ผลการประเมินระดับสุขภาพจิตและตัวชี้วัดสำคัญ พบว่า ระดับความคิดลบ (ATQ) อยู่ในเกณฑ์สูง (ค่าเฉลี่ย 85.2 ± 10.1) ภาวะซึมเศร้า 2Q เฉลี่ย 1.02 ± 0.77 และ 9Q เฉลี่ย 17.4 ± 5.2 อยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q) เฉลี่ย 6.9 ± 2.3 อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง และระดับความเครียด (SPST-20) เฉลี่ย 24.8 ± 5.9 อยู่ในระดับสูง ขณะเดียวกัน ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) มีเพียงร้อยละ 40.0 และผู้ที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) อยู่ที่ร้อยละ 50.0 ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินระดับสุขภาพจิตและตัวชี้วัดสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง (n = 100)

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความรุนแรง / ความรู้	เกณฑ์เทียบเคียง
ความคิดลบ (ATQ)	85.2	10.1	สูง	≥ 80 = สูง 60 – 79 = ปานกลาง < 60 = ต่ำ

ตัวชี้วัด	ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับความรุนแรง / ความรู้	เกณฑ์เทียบเคียง
ภาวะซึมเศร้า 2Q	1.02	0.77	ส่วนใหญ่มีความเสี่ยง	≥ 1 = เสี่ยง < 1 = ปกติ
ภาวะซึมเศร้า 9Q	17.4	5.2	ปานกลางถึงรุนแรง	0 – 6 = ปกติ 7 – 12 = เล็กน้อย 13 – 18 = ปานกลาง > 18 = รุนแรง
ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q)	6.9	2.3	ปานกลางถึงสูง	0 – 3 = ต่ำ 4 – 6 = ปานกลาง 7 – 10 = สูง
ความเครียด (SPST-20)	24.8	5.9	สูง	0 – 11 = ต่ำ 12 – 20 = ปานกลาง ≥ 21 = สูง
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission)	40.0 %		ไม่ผ่าน	เป้าหมาย ร้อยละ 50.0 – 60.0 [5]
ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence)	50.0 %		ไม่ผ่าน	เป้าหมาย ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป [5]

1.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกจากกลุ่มญาติ (5 คน) กลุ่มเสี่ยงที่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือเคยพยายามฆ่าตัวตาย (5 คน) และบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ (5 คน) รวมทั้งสิ้น 15 คน พบประเด็นร่วมที่สำคัญว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและสัญญาณเตือนยังอยู่ในระดับต่ำ การดูแลผู้ป่วยมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการสื่อสาร โดยเฉพาะในสถานการณ์วิกฤต ผู้ป่วยต้องการพื้นที่ปลอดภัยเพื่อระบายความคิดลบและการสนับสนุนจากเพื่อนหรือกลุ่มช่วยเหลือ ขณะที่บุคลากรสุขภาพมีภาระงานสูง ขาดการอบรมด้านจิตวิทยาและเครื่องมือเฉพาะทาง ทุกกลุ่มมีความเห็นสอดคล้องกันว่าควรมีโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจแบบกลุ่มในชุมชนที่เข้าใจง่าย ใช้งานได้จริง และมีระบบติดตามต่อเนื่อง ในภาพรวมประเด็นเชิงคุณภาพเหล่านี้สะท้อนถึงช่องว่างด้านความรู้และการสนับสนุนในระบบบริการ รวมทั้งความต้องการเร่งด่วนในการสร้างโปรแกรมที่ตอบโจทย์ปัญหาเชิงลึกและสอดคล้องกับบริบทของชุมชน สรุปได้ว่าข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นถึงความท้าทายทั้งในระดับบุคคลและระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจให้ตรงกับความต้องการจริงของกลุ่มเป้าหมาย

เมื่อผสานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกัน จะเห็นได้ว่ากลุ่มเป้าหมายมีปัญหาสุขภาพจิตในระดับสูงร่วมกับข้อจำกัดเชิงระบบและทรัพยากรในชุมชน ซึ่งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนความจำเป็นของการพัฒนา “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” ที่ครอบคลุมทั้งด้านการปรับความคิดเชิงลบ การเสริมสร้างทักษะจัดการตนเอง และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริง

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การดำเนินงานในระยะนี้อยู่บนพื้นฐานข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ มีความรุนแรงหลายด้าน ทั้งความคิดด้านลบ ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และแนวโน้มการคิดฆ่าตัวตาย โดยมีเพียงร้อยละ 40.0 ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) และร้อยละ 50.0 ที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) ขณะเดียวกัน ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับญาติ กลุ่มผู้ป่วย และบุคลากรสุขภาพ พบข้อจำกัดด้านความรู้ ทักษะ

และเครื่องมือในการดูแล รวมถึงความต้องการพื้นที่ปลอดภัยเพื่อการระบายความคิดลบและการสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อตอบโจทย์ปัญหาดังกล่าวได้มีการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการออกแบบโปรแกรม (Program design workshop) ร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ แพทย์และพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต รวมทั้งเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เพื่อออกแบบโครงสร้าง “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” ตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ทั้งด้านภาษา เนื้อหา และวิธีการถ่ายทอด

หลังออกแบบโปรแกรม ได้มีการนำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก ซึ่งประกอบด้วยผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง จำนวน 5 คน และญาติหรือผู้ดูแล 5 คน (กลุ่มเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพในระยะที่ 1) โดยคัดเลือกแบบสมัครใจเพื่อร่วมเสนอความคิดเห็นและประเมินการทดลองเนื้อหาโปรแกรม CBT ทั้งในด้านความเป็นไปได้ ความพึงพอใจ ความซื่อสัตย์ต่อกระบวนการ ความปลอดภัย และผลลัพธ์เบื้องต้น พร้อมให้ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพเพื่อนำไปปรับปรุงเนื้อหาและสื่อก่อนนำไปใช้จริงในระยะที่ 3 โดยโครงสร้างโปรแกรมการจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT) ได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม โดยประกอบด้วยกระบวนการต่อเนื่อง 6 ขั้นตอน เริ่มจากการประเมินและทำความเข้าใจผู้ป่วยรายบุคคลอย่างละเอียด เพื่อให้ทราบถึงปัญหาและความต้องการเฉพาะของแต่ละคน จากนั้นจึงกำหนดเป้าหมายที่เป็นรูปธรรมและสามารถติดตามผลได้อย่างชัดเจน ก่อนเข้าสู่การฝึกทักษะการคิดเชิงบวกเพื่อปรับมุมมองและลดความคิดด้านลบควบคู่กับการปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมให้เป็นรูปแบบที่สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดี พร้อมทั้งมอบหมายการบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้นำทักษะที่ฝึกไปใช้ในชีวิตประจำวัน และสิ้นสุดด้วยการติดตามผลอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความก้าวหน้าและป้องกันการกลับมามีปัญหาซ้ำ ในแต่ละขั้นตอนมีเครื่องมือประกอบที่ช่วยให้การเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ใบงานเป้าหมายชีวิตใหม่ Mind map “ฉันไม่ไร้ค่า” ตารางบันทึกพฤติกรรม ใบงานฝึกคิดใหม่ รวมถึงสื่อเสริมอย่างเกมกิจกรรมกลุ่ม และแบบประเมินผลที่ออกแบบให้เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับชุมชน

คุณภาพของโปรแกรมได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 2 ท่าน การประเมินครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ความเหมาะสมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลัก CBT ความสอดคล้องกับบริบทชุมชน ความชัดเจนของกิจกรรม และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริง โดยผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index; CVI) พบว่ามีค่าเฉลี่ย 0.93 จัดอยู่ในระดับดีมากตามเกณฑ์ของ Lynn [20] และ Polit and Beck [21] แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมมีความน่าเชื่อถือ เหมาะสมต่อการประยุกต์ใช้ในพื้นที่จริง การพัฒนาในระยะนี้จึงเป็นมากกว่าการออกแบบเชิงโครงสร้าง แต่ยังเป็นการทดสอบความเหมาะสมในเชิงปฏิบัติ และการปรับปรุงเนื้อหาให้ตอบสนองต่อปัญหา ความต้องการ และบริบทของชุมชนได้อย่างแท้จริง เพื่อปูทางสู่การนำไปทดลองใช้และประเมินผลอย่างเป็นระบบในระยะที่ 3 ต่อไป

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรม

การดำเนินการในระยะที่ 3 ของการวิจัยเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการทดสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของ “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” โดยมีเป้าหมายเพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษา เป็นดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการทดลองโปรแกรมฯ จำนวน 45 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.0 และอยู่ในช่วงอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 28.9 รองลงมาคืออายุ 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 26.7 และ 31 – 40 ปี ร้อยละ 22.2 ผู้เข้าร่วมการทดลองโปรแกรมส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานถึงวัยกลางคน มีแนวโน้มเผชิญกับปัญหาทางจิตใจในชีวิตประจำวัน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบปริญญาตรี ร้อยละ 42.2 แสดงถึงศักยภาพในการเรียนรู้และรับโปรแกรมได้ดี อาชีพส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24.4

พนักงานบริษัท ร้อยละ 22.2 และว่างงาน ร้อยละ 20.0 ซึ่งกลุ่มหลังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องการการสนับสนุนด้านสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง

3.2 เปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย โดยประเมินก่อนเข้าโปรแกรมและหลังเข้าร่วมครบ 8 สัปดาห์ พบว่า โปรแกรมจัดการความคิดลบมีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการลดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพจิตทุกตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ โดยคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมโปรแกรมลดลงอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับก่อนเข้าโปรแกรม และค่า *p*-value < 0.001 ในทุกตัวแปร แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบเปรียบเทียบ (n = 45)

ผลการประเมินสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตาย	ก่อนทดลอง $\bar{X}$ (± S.D.)	หลังทดลอง $\bar{X}$ (± S.D.)	t	*p*-value
ความคิดลบ (ATQ)	1.56 ± 0.49	0.31 ± 0.45	21.73	< 0.001
ภาวะซึมเศร้า 2Q	15.03 ± 1.45	6.14 ± 1.38	37.15	< 0.001
ภาวะซึมเศร้า 9Q	12.44 ± 1.39	4.12 ± 1.23	45.12	< 0.001
ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q)	56.93 ± 1.86	36.24 ± 1.63	60.94	< 0.001
ความเครียด (SPST-20)	123.58 ± 3.80	75.77 ± 2.89	63.41	< 0.001

p-value < 0.001

3.3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ในการ หลังการเข้าร่วม “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ร้อยละการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 62.2 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 50.0 – 60.0 และร้อยละการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 73.3 ซึ่งเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโปรแกรมในการกระตุ้นและเสริมแรงการฟื้นฟูทั้งทางอารมณ์และพฤติกรรม ดังแสดงในตารางที่ 3

ตัวชี้วัด	ก่อนการทดลอง (ร้อยละ)	หลังการทดลอง (ร้อยละ)	เกณฑ์เทียบเคียง
ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission)	40.0	62.2	เป้าหมาย ร้อยละ 50.0 – 60.0
ร้อยละของผู้ป่วยที่ยังคงยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence)	50.0	73.3	เป้าหมาย ร้อยละ 70.0 ขึ้นไป

อภิปราย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1) สถานการณ์ ปัญหากลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่

ผลเชิงปริมาณพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาระอาการสูงทั้งด้านความคิดลบ (ATQ เฉลี่ย 85.2) ภาวะซึมเศร้า (2Q เฉลี่ย ≥ 1; 9Q เฉลี่ย 17.4 = ปานกลาง–รุนแรง) ความคิดฆ่าตัวตาย (8Q เฉลี่ย 6.9 = ปานกลาง–สูง) และความเครียด (SPST-20 เฉลี่ย 24.8 = สูง) สอดคล้องโดยตรงกับกรอบทฤษฎี CBT ที่อธิบายความเชื่อแกนกลางเชิงลบและ “ความคิดอัตโนมัติ” เป็นตัวขับเคลื่อนอารมณ์/พฤติกรรมผิดปกติ [18, 22] ระดับ ATQ

ที่สูงชี้ว่าลูป “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” กำลังทำงานอย่างเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยง และเป็นจุดเป้าหมายหลักของการปรับโครงสร้างความคิด (Cognitive restructuring) ตาม CBT [18, 23] นอกจากนี้ ภาระความเครียดที่สูง (SPST-20) สอดรับกับงานล่าสุดที่พบว่า CBT แบบกลุ่มลดความเครียด/ความสิ้นหวังในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าได้ [24] และคู่มือ SPST-20 ระบุความไวของเครื่องมือต่อการเปลี่ยนแปลงหลังการแทรกแซง [25] สนับสนุนศักยภาพของโปรแกรมในระยะถัดไป ด้าน “การดูแลต่อเนื่อง” พบอัตราเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) เพียงร้อยละ 40.0 และการยึดมั่นการรักษา (Adherence) ร้อยละ 50.0 ต่ำกว่าเป้าหมาย สอดคล้องกับหลักฐานว่าการเสริมองค์ประกอบจัดการความเสี่ยงเฉียบพลันและแผนความปลอดภัย (Safety planning) ควบคู่ติดตามเชิงรุก ช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมและลดพฤติกรรมทำร้ายตน [26] ความรู้/ทักษะของญาติและบุคลากรยังจำกัด ภาระงานสูง ขาดสื่อ/เครื่องมือเฉพาะ และผู้ป่วยต้องการ “พื้นที่ปลอดภัย” และเพื่อนช่วยคิดซึ่งสอดรับกับแนวคิด CBT แบบชุมชนที่เน้นการเรียนรู้ร่วมกันในกลุ่ม สนับสนุนทางสังคม และการบ้านระหว่างสัปดาห์ [22, 23] สอดคล้องกับงานวิจัย เช่น การทดลองแบบสุ่มในชุมชนชนบทจีนรายงานว่า CBT แบบกลุ่มลดอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ [27] ขณะที่หลักฐานในประเทศไทยแสดงผลลดซึมเศร้าในวัยทำงานด้วย CBT ระดับชุมชน [28] งานกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าอื่นๆ ชี้การลดความเครียด/ความสิ้นหวังหลังรับ CBT [24] และโปรแกรมปรับโครงสร้างความคิดร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยลด ATQ ได้ชัดเจน [29] ชุดหลักฐานนี้ “สอดคล้อง” กับภาพปัญหาที่ตรวจพบของเรา และ “ชี้นำ” องค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมที่ออกแบบในระยะที่ 2 ได้แก่ โมดูลปรับโครงสร้างความคิด (ตอบโจทย์ ATQ สูง) โมดูลจัดการความเครียด (ตอบโจทย์ SPST-20 สูง) การทำงานแบบกลุ่ม/เพื่อนช่วยคิด (ตอบโจทย์ความต้องการพื้นที่ปลอดภัย) และกลไกติดตาม แผนความปลอดภัย (ตอบโจทย์ช่องว่าง Remission/Adherence ต่ำ) [24, 25, 29, 30, 31]

สรุปภาพรวมระยะที่ 1 สนับสนุน “ความจำเป็น” ของโปรแกรม CBT แบบชุมชนในบริบทปลายพระยาอย่างชัดเจน ทั้งจากตัวชี้วัดอาการที่สูงและข้อจำกัดเชิงระบบ/ทรัพยากร การเชื่อมโยงกับทฤษฎี CBT และหลักฐานเชิงประจักษ์ล่าสุด ระบุเป้าหมายการแทรกแซงที่ชัดเจนและเป็นฐานตรงสู่การออกแบบโปรแกรม 6 ขั้นตอนในระยะที่ 2 เพื่อมุ่งยกระดับอาการ เพิ่มการยึดมั่นการรักษา และลดความเสี่ยงการทำร้ายตนในชุมชน [24, 25, 29, 30, 31]

2) พัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะที่ 2 มีความสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน โดยอ้างอิงหลักการสำคัญของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ของ Beck [22] ที่มุ่งเน้นการระบุและปรับโครงสร้างความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic negative thoughts) ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมสำคัญในการเกิดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การกำหนดขั้นตอนในโปรแกรมทั้ง 6 ขั้น เช่น การประเมินรายบุคคล การตั้งเป้าหมาย การฝึกคิดเชิงบวก และการติดตามผล สอดคล้องกับหลักการปรับความคิด (Cognitive restructuring) และการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem-solving skills) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในงานวิจัย CBT ทั่วโลก [22]

ผลการตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้ค่า CVI เฉลี่ย 0.93 ตามเกณฑ์ของ Lynn และ Polit and Beck [20, 21] แสดงถึงความตรงเชิงเนื้อหาที่สูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Panya [12] และ Hatcher and et al. [13] ที่ชี้ว่าการปรับเนื้อหาและรูปแบบ CBT ให้เหมาะสมกับบริบทชุมชนจะเพิ่มความยอมรับและประสิทธิผลในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การออกแบบให้มีกิจกรรมกลุ่มและสื่อเสริม เช่น Mind map และเกมฝึกทักษะ สอดคล้องกับแนวคิดของ Franklin and et al. [8] และ Turecki and et al. [9] ที่เน้นการสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ปลอดภัยและเอื้อต่อการลดความรู้สึกสิ้นหวังและโดดเดี่ยว

การที่โปรแกรมพัฒนาขึ้นบนพื้นฐานข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพจากระยะที่ 1 ทำให้สามารถตอบโจทย์ปัญหาได้ตรงจุด ทั้งในด้านการลดความคิดด้านลบ ภาวะซึมเศร้า และความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา เช่น Xu and et al. [27] และ Thongsai and Suksatit [28] ที่ยืนยันว่า

การใช้ CBT ในชุมชนสามารถลดอาการซึมเศร้าและเพิ่มการมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของญาติและผู้ดูแลในกระบวนการออกแบบโปรแกรมยังสอดคล้องกับแนวทางการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมของ WHO [30] และกรมสุขภาพจิต [29] ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและชุมชน

ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมในระยะนี้จึงไม่เพียงเป็นการสร้างเครื่องมือบำบัดเชิงจิตวิทยา แต่ยังเป็นการผสานทฤษฎี CBT เข้ากับข้อมูลเชิงประจักษ์และบริบทท้องถิ่น เพื่อให้เกิดโมเดลการจัดการความคิดลบที่มีความเหมาะสม ครอบคลุม และพร้อมสำหรับการนำไปทดสอบประสิทธิผลในระยะต่อไปได้อย่างมีระบบและสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาการสากล

3) ทดลองใช้และประเมินผลโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3.1 หลังการทดลองใช้ “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน มีผลลัพธ์ด้านการรักษาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งในด้านการเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการ (Remission) ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.0 เป็นร้อยละ 62.2 และการยึดมั่นในแนวทางการรักษา (Adherence) ที่เพิ่มจากร้อยละ 50.0 เป็นร้อยละ 73.3 สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมที่สามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ที่ชี้ว่าความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กัน การปรับเปลี่ยนความคิดเชิงลบโดยใช้กิจกรรมบำบัดอย่างมีแบบแผนจะช่วยลดภาวะซึมเศร้า ลดความเครียด และลดแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อโปรแกรม CBT ถูกออกแบบให้เหมาะสมกับบริบทชุมชน เช่น การใช้กลุ่มย่อยและการมีปฏิสัมพันธ์ในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสในการฟื้นตัวอย่างยั่งยืน

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต [29] ระบุว่า ปัจจัยกระตุ้นการฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ปัญหาเศรษฐกิจ และความไม่รู้เกี่ยวกับสัญญาณเตือน โดยญาติสามารถสังเกตสัญญาณเตือนของผู้มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้เพียงร้อยละ 29.4 เท่านั้น ขณะที่องค์การอนามัยโลก [30] ได้กำหนดให้การเข้าสู่ภาวะบรรเทาอาการและการยึดมั่นในแนวทางการรักษา เป็นดัชนีชี้วัดสำคัญของความสำเร็จในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และเป็นแนวทางหลักในการลดอัตราการฆ่าตัวตายทั่วโลก นอกจากนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xu and et al. [27] ที่พบว่า CBT แบบกลุ่มในชุมชนสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายและเพิ่ม Adherence ได้อย่างมีนัยสำคัญ และ Thongsai and Suksatit [28] ที่ศึกษาพบว่าว่าการปรับเนื้อหา CBT ให้เรียบง่ายและมีการสนับสนุนจากครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน มีผลต่อการลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา โดยสรุปโปรแกรม CBT แบบชุมชนที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ ไม่เพียงสอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ยังตอบสนองต่อปัญหาเชิงบริบทของประเทศไทยได้อย่างตรงจุดและมีศักยภาพในการขยายผลเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตเชิงรุกในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

3.2 หลังทดลองใช้โปรแกรมฯ กับกลุ่มตัวอย่าง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผลการประเมินด้านสุขภาพจิตและความคิดฆ่าตัวตายทั้ง 5 ตัวแปรหลัก ได้แก่ 2Q, 9Q, 8Q, SPST-20 และ ATQ มีค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง สะท้อนถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมในการลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความคิดฆ่าตัวตาย และความคิดเชิงลบอัตโนมัติในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy; CBT) ซึ่งเชื่อมโยงระหว่าง “ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม” โดย CBT มุ่งเปลี่ยนแปลงความคิดอัตโนมัติที่ผิดเพี้ยน (Distorted negative thoughts) เพื่อลดอารมณ์ด้านลบและปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมมากขึ้น ดังที่ Hollon and Kendall [18] และ Williams and Rogers [31] ได้เสนอไว้ การแทรกแซงโดย CBT โดยเฉพาะในรูปแบบกลุ่มที่มีโครงสร้างชัดเจน สามารถช่วยลดระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

3.2.1 ระดับภาวะซึมเศร้า (2Q, 9Q) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยแบบสอบถาม 2Q ลดลงจากค่าเฉลี่ย 1.56 เป็น 0.31 แบบสอบถาม 9Q ลดลงจากค่าเฉลี่ย 15.03 เป็น 6.14 (p-value < 0.001) สะท้อนว่าโปรแกรมช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เชื่อว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากความคิดอัตโนมัติในเชิงลบที่เกิดซ้ำซาก การปรับเปลี่ยนความคิดเหล่านี้ผ่านการบำบัดช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองใหม่ที่เป็นกลางหรือเชิงบวกมากขึ้น ทำให้อารมณ์ดีขึ้นและลดความเศร้าได้ของ Hollon and Kendall และ Beck [18, 22] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Xu and et al. [27] รายงานว่า CBT แบบกลุ่มสามารถลดอาการซึมเศร้าในกลุ่มวัยทำงานได้อย่างชัดเจน ผลการศึกษาของ Thongsai and Suksatit [28] พบว่า การปรับโปรแกรม CBT ให้เข้ากับบริบทชุมชนส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าตอบสนองต่อการรักษาได้ดีขึ้นและมีความร่วมมือสูงขึ้น

3.2.2 ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (8-item suicidal ideation questionnaire) ลดลงจากค่าเฉลี่ย 12.44 เป็น 4.12 หลังจบโปรแกรม (p-value < 0.001) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรม CBT ที่นำไปใช้สามารถลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ ความสอดคล้องกับทฤษฎี CBT เชื่อมโยงความคิดอัตโนมัติที่เป็นลบกับการเกิดความสิ้นหวัง (Hopelessness) ซึ่งเป็นรากฐานของความคิดฆ่าตัวตาย การฝึกทักษะการตั้งคำถามกับความคิดเหล่านี้ (Cognitive restructuring) และการใช้กิจกรรมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจช่วยลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้ของ Beck และ Williams and Rogers [22, 31] สอดคล้องกับผลการศึกษาของ WHO [30] ระบุว่า CBT เป็นหนึ่งในแนวทางที่มีหลักฐานชัดเจนในการลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น ผู้มีภาวะซึมเศร้าและผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ขณะที่งานของ Stanley and et al. [23] ยืนยันว่า CBT ที่เน้นการจัดการความคิดฆ่าตัวตายช่วยลดความเสี่ยงได้ในระยะสั้นและระยะยาว

3.2.3 ระดับความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST - 20) พบว่า คะแนนความเครียดตามแบบสอบถาม SPST-20 ลดลงจาก 56.93 เป็น 36.24 หลังเข้าโปรแกรม (p-value < 0.001) แสดงว่าโปรแกรมมีส่วนช่วยลดระดับความเครียดของกลุ่มเสี่ยงได้ดีความ สอดคล้องกับทฤษฎี CBT มองว่าความเครียดเกิดจากการตีความสถานการณ์ที่เกินความสามารถของตน โปรแกรมช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจวิธีประเมินสถานการณ์ใหม่ลดความรู้สึกกดดันและไม่สามารถควบคุมได้ โดยการฝึกทักษะการคิด การจัดลำดับปัญหา และการผ่อนคลาย (Stress management techniques) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Yazici and et al. [26] พบว่า CBT สามารถลดความเครียดในกลุ่มเสี่ยงซึมเศร้าในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [25] ระบุว่า SPST-20 เป็นเครื่องมือที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตแบบ CBT

3.2.4 ระดับความคิดอัตโนมัติการจัดการความคิดลบ (Automatic thoughts questionnaire; ATQ) พบว่า ค่าคะแนนจากแบบสอบถาม ATQ ลดลงจาก 123.58 เป็น 75.77 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) สะท้อนว่าโปรแกรมสามารถช่วยลดความคิดในเชิงลบที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวได้ สอดคล้องกับทฤษฎี CBT โดย ATQ เป็นเครื่องมือวัดความถี่ของความคิดอัตโนมัติที่ไม่เหมาะสม เช่น ความรู้สึกไร้ค่าไม่เป็นที่รักหรือมองโลกในแง่ร้าย ซึ่งเป็นรากฐานของภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การฝึกใช้เทคนิคการตั้งคำถามกับความคิด (Cognitive restructuring) เป็นหัวใจของ CBT ที่ช่วยลด ATQ ได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hollon and Kendall [18] รายงานว่าโปรแกรม CBT ที่เน้นการลด ATQ สามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้อย่างต่อเนื่อง และผลการศึกษาของ Chansri and Rattanapong [24] พบว่าโปรแกรมปรับความคิดร่วมกับกิจกรรมกลุ่มในชุมชนสามารถลดคะแนน ATQ ได้มากกว่าร้อยละ 30.0 หลังจบโปรแกรม

สรุป

ผลการวิจัยพบว่า “โปรแกรมจัดการความคิดลบแบบชุมชน (Community-based CBT)” มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตแก่กลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะด้านการบรรเทาอาการและการยึดมั่นในแนวทางการรักษาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ นอกจากนี้ คะแนนด้านภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย

ความเครียด และความคิดลบ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สะท้อนประสิทธิผลของโปรแกรมอย่างเด่นชัด ผลลัพธ์สอดคล้องกับแนวคิด CBT ที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม และตรงกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศว่า CBT แบบชุมชนมีศักยภาพสูง โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง โปรแกรมนี้จึงตอบโจทย์ทั้งการป้องกัน ฟื้นฟู และส่งเสริมสุขภาพจิตในระดับชุมชนได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม CBT แบบชุมชนในระยะยาวและในกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย เพื่อเปรียบเทียบความคงที่ของผลลัพธ์ในบริบทที่ต่างกัน รวมทั้งพัฒนาเนื้อหาให้ครอบคลุมด้านจิตวิญญาณและวัฒนธรรมท้องถิ่นมากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลและคลินิกสุขภาพจิตควรประยุกต์ใช้โปรแกรมนี้ในการดูแลผู้มีภาวะเสี่ยงทางจิต โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ ควรอบรมบุคลากรให้มีทักษะด้าน CBT เพื่อให้การบำบัดมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ควรส่งเสริมให้มีแนวทางการใช้ CBT แบบชุมชนในระดับชาติ พร้อมสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรบุคลากรอย่างต่อเนื่อง เพื่อขยายผลสู่ระบบบริการสุขภาพจิตปฐมภูมิทั่วประเทศอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขในอำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินโครงการครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำอันมีคุณค่า รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนสำคัญในการทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดกระบี่ เลขที่รับรอง KBO-IRB 2024/25.2510 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2567 โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงข้อมูลที่จำเป็นแก่กลุ่มตัวอย่างอย่างครบถ้วน อาทิ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทั้งนี้เป็นไปตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิ ความปลอดภัย และศักดิ์ศรีของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างเคร่งครัด

การอ้างอิง

ณัฐพงษ์ ดูงาม. การพัฒนาโปรแกรมจัดการความคิดลบของกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่. วารสารการศึกษาและวิจัยการสาธารณสุข. 2568; 3(2): 119-36.

Doongam N. The development of a negative thought management program for suicide risk groups in Plai Phraya District, Krabi Province. Journal of Education and Research in Public Health. 2025; 3(2): 119-36.

เอกสารอ้างอิง

[1] World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva. WHO. 2021.

[2] กองสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต. รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2566.
[3] สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). รายงานข้อมูลการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมเสี่ยงในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
[4] กรมสุขภาพจิต. แนวทางการเพิ่มประสิทธิภาพระบบดูแลเฝ้าระวังผู้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2567.
[5] กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายแห่งชาติ พ.ศ. 2566–2570. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2566.
[6] สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูล (สบส.) กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสุขภาพระดับจังหวัด กระบี่ ปี 2562–2566. นนทบุรี, กระทรวงสาธารณสุข. 2566.
[7] โรงพยาบาลปลายพระยา. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปีงบประมาณ 2563–2566. กระบี่, โรงพยาบาลปลายพระยา. 2567.
[8] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, and et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: a meta-analysis of 50 years of research. Psychological Bulletin. 2017; 143(2): 187-232.
[9] Turecki G, Brent DA, Gunnell D, O'Connor RC, Oquendo MA, Pirkis J, and et al. Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers. 2019; 5(1): 74.
[10] Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, International Universities Press. 1976.
[11] Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, Sawyer AT, and Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. Cognitive Therapy and Research. 2012; 36(5): 427-40.
[12] Panya N. Application of cognitive behavioral therapy in community suicide prevention. Community Mental Health Journal. 2020; 56(5): 933-41.
[13] Hatcher S, Sharon C, Collins N, Brady S, Wong C, Kennedy M, and et al. Community-based CBT for depressed adults: randomized controlled trial. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2019; 53(3): 232-43.
[14] Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York, John Wiley and Sons. 1977.
[15] กรมสุขภาพจิต. แบบคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2561.
[16] กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินแนวโน้มความคิดฆ่าตัวตาย 8Q (Suicidal Ideation Questionnaire). นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2562.
[17] กรมสุขภาพจิต. คู่มือการใช้แบบวัดความเครียด SPST-20. นนทบุรี, สำนักสุขภาพจิต. 2563.
[18] Hollon SD, and Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. Cognitive Therapy and Research. 1980; 4(4): 383-95.
[19] World Health Organization. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: version 2.0. Geneva, WHO. 2016.
[20] Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nursing Research. 1986; 35(6): 382-5.

[21] Polit DF, and Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in Nursing & Health. 2006; 29(5): 489-97.

[22] Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, and Emery G. Cognitive therapy of depression. New York, Guilford Press. 1979.

[23] Stanley B, Brown GK, Brenner LA, Galfalvy HC, Currier GW, Knox KL, and et al. Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. JAMA Psychiatry. 2020; 77(10): 1020-8.

[24] Chansri P, and Rattanapong K. Effects of a cognitive restructuring program with group activities on automatic negative thoughts among depressed patients in rural areas. Thai Journal of Health Promotion and Environmental Health. 2023; 46(2): 95-107.

[25] สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). คู่มือการใช้แบบวัดความเครียด SPST-20. กรุงเทพฯ, สสส. 2563.

[26] Yazici E, Karaman MA, and Dalkilic A. The impact of group cognitive behavioral therapy on stress and hopelessness levels in individuals at risk of depression. Current Psychology. 2021; 40(5): 2498-506.

[27] Xu Y, Zhang Y, Wang L, Xu Z, Li Y, and Yang Y. Effectiveness of group cognitive behavioral therapy for major depression in rural community settings: a randomized controlled trial in China. BMC Psychiatry. 2021; 21: 137.

[28] Thongsai S, and Suksatit B. The effects of community-based cognitive behavioral therapy on depression among working-age adults in Thailand. Journal of Psychiatric Nursing. 2022; 38(1): 15-24.

[29] กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี 2566: การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี, กรมสุขภาพจิต. 2566.

[30] World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva, WHO. 2021.

[31] Williams JMG, and Rogers S. Cognitive therapy and suicidal behavior. In: Hawton K, van Heeringen K, editors. The international handbook of suicide and attempted suicide. United Kingdom, John Wiley & Sons. 2001. p.661-74.