

ORIGINAL ARTICLE

**การพัฒนาารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ
ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี****Development of Preventing Suicide Model among Older Adults in the Community Based on
the SAMMOH Model with Telenursing in Chanthaburi Province**

ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์, วท.ม.¹, พุทธิพร พงศ์นันท์กุลกิจ, พย.ม.¹, รุ่งนภา เขียวชะอำ, ประ.ด.², ขนิศา ศิริพานิช, ส.ม.¹,
ธัญพร บัวเหลือง, พย.ม.², พิมพันธ์ โทกุล, พย.ม.²

Tipwimol Tungchutaweesub, M.Sc.¹, Puttiporn Pongnanthakunkij, M.N.S.¹, Rungnapha Khiewchaum, Ph.D.²,
Chanisa Siripanich, M.P.H.¹, Thanyaporn Bualuang, M.N.S.², Pimrat Tokun, M.N.S.²

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี, ²วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี

¹Chanthaburi Provincial Public Health Office, ²Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi Province

Received: May 27, 2025 Revised: August 6, 2025 Accepted: August 20, 2025

บทคัดย่อ

ที่มาของปัญหา: ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ส่งผลกระทบต่อการดำเนินวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้เกิดความเครียดหมดหนทางในการแก้ไขปัญหา มีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน พัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย และวัดประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา: การวิจัยเชิงพัฒนา (Research and development) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลลัพธ์ภาวะซึมเศร้า ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตน ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา: มีรูปแบบการดูแลโดยทีม 3 หมอ และระบบการติดตามผ่านการพยาบาลทางไกล (Telenursing) ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้ามลดลง คะแนนความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ดีวก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ดีวก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.003$)

สรุป: ผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสุขภาพจิตมีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนมีระบบในการติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าผ่านการพยาบาลทางไกล เกิดเครือข่ายในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายและพื้นที่มีรูปแบบในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

คำสำคัญ: การป้องกันการฆ่าตัวตาย, ผู้สูงอายุ, การพยาบาลทางไกล

ABSTRACT

BACKGROUND: Social, economic, and political issues affect the way of life of the elderly, which causes stress, leading to hopelessness, depression, and suicide.

OBJECTIVES: To study the situation of depression and suicide among the elderly in the community, to develop a model for suicide prevention, and to measure the effectiveness of the suicide prevention model for the elderly in the community in accordance with the SAMMOH (Three Doctors) policy, in conjunction with telenursing in Chanthaburi Province.

METHODS: In the research and development of the model, statistical data, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were analyzed in order to examine the outcomes of depression, knowledge, attitudes, and behaviors using the Wilcoxon signed ranks test and content analysis.

RESULTS: A care model involving a team of three doctors and a monitoring system conducted through telenursing was developed. Elderly patients with depression showed a significant reduction in depression scores, whereas knowledge scores, attitudes, and practices to prevent depression and suicide were higher compared to those before the intervention ($p < 0.001$). Additionally, attitudes toward depression and suicide improved significantly compared to before the intervention ($p = 0.003$).

CONCLUSIONS: The elderly, their families, and local mental health teams were able to strengthen their knowledge and skills. Furthermore, the elderly group in the community now have a system for monitoring depression through telenursing, a network has been established to prevent suicide issues, and the area has a structured operational model.

KEYWORDS: suicide prevention, elderly, telenursing

Thaiclinaltrials.org number, TCTR20250523001

บทนำ

จากสภาพปัญหาสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อการดำเนินวิถีชีวิตของประชาชนคนไทย จากการมีภาวะคับข้องใจส่งผลให้เกิดความเครียด หมดหนทางในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและมีอาการทางจิตที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลก รายงานการจัดอันดับประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุดในปี พ.ศ. 2561 ทั้งหมด 183 ประเทศ โดย World Health Organization (WHO) พบว่า ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงอันดับที่ 32 ของโลก โดยมีอัตราเฉลี่ย 14.4 คนต่อแสนประชากร สอดคล้องข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563–2565 อยู่ที่ร้อยละ 12.76, 12.77 และ 10.14 ตามลำดับ¹ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญปัญหาสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ จากข้อมูลสถิติกลุ่มผู้สูงอายุประเทศไทยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุจำนวน 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 และคาดว่าจะในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณ 20.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 31.3 ของประชากรในประเทศไทย² จากข้อมูลการประเมินสุขภาพโลก (Global Health Estimates, GHE) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 10.6 ของโรคทั้งหมดที่เป็นภาระในผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี คือ ภาวะซึมเศร้า (ร้อยละ 14.0) โดยมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้สูงอายุ ร้อยละ 10.4 ต่อแสนประชากร¹ ในขณะที่จังหวัดจันทบุรีมีอุบัติการณ์ของการฆ่าตัวตายสำเร็จย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565–2567 อยู่ที่ 10.0, 8.8 และ 7.7 คนต่อแสนประชากรตามลำดับ กลุ่มที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดเป็นกลุ่มวัยทำงาน รองลงมาเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ โดยสาเหตุส่วนใหญ่มาจากปัญหาด้านสัมพันธภาพ เศรษฐกิจ และการมีโรคประจำตัว³

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ไม่ว่าจะเป็นการเจ็บป่วยทางกาย รายได้น้อยลง ท้อแท้ สิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต⁴

โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้ามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 77 จากการประชุมดำเนินงานสุขภาพจิตร่วมกับ ผู้แทนทุกภาคส่วนในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี พบว่า ข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ แสดงข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า/ฆ่าตัวตายจังหวัดจันทบุรี ที่มีภาวะซึมเศร้า 717 คน² จากข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายในปีงบประมาณ 2567 พบอัตราการฆ่าตัวตายของจังหวัดจันทบุรีอยู่ที่ 41 ราย (ร้อยละ 7.6) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 78.0) รองลงมาเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 23.6) ช่วงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงาน (ร้อยละ 73.2) รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป (ร้อยละ 21.9) โดยพบว่าใช้วิธีการฆ่าตัวตายการผูกคอต (ร้อยละ 70.7) รองลงมาก็คือการใช้สารเคมี (ร้อยละ 21.9) อำเภอที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูง 3 อันดับแรกในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ อำเภอขลุง อำเภอเมืองจันทบุรี และอำเภอสอยดาว³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ขับเคลื่อนการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายทั้งเชิงรุกและเชิงรับ จัดให้มีการรณรงค์ประชาชนในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผลการดำเนินการงานด้านบุคลากรที่มีทีมครบทั้ง 3 หมอ แต่ขาดปัจจัยด้านทักษะความรู้ การประสานงาน แนวทางการเฝ้าระวัง การติดตามด้วยระบบการพยาบาลทางไกล (Telenursing) และการส่งต่ออย่างเป็นรูปธรรม ผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี โดยการเก็บข้อมูลการวิจัยในพื้นที่ที่มีอัตราการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุมากที่สุดทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอขลุง อำเภอเมืองจันทบุรี และอำเภอสอยดาว เพื่อให้ได้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทชุมชน สำหรับใช้เป็นแนวทางในการป้องกันผู้สูงอายุฆ่าตัวตายในจังหวัดจันทบุรี ผู้วิจัยหวังว่าการดำเนินการวิจัยทำให้กลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องด้วยทีม 3 หมอ มีรูปแบบการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ นำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ ประกอบด้วย 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน 2) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ และ 3) เพื่อวัดประสิทธิผลรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี

สมมุติฐานการวิจัย คือ ความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี โดยใช้แนวคิดทฤษฎีนโยบายทีม 3 หมอ และการทบทวนวรรณกรรมมาเป็นแนวทางในการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จังหวัดจันทบุรี/เขตสุขภาพที่ 6 (เลขที่ COA no.024/68)

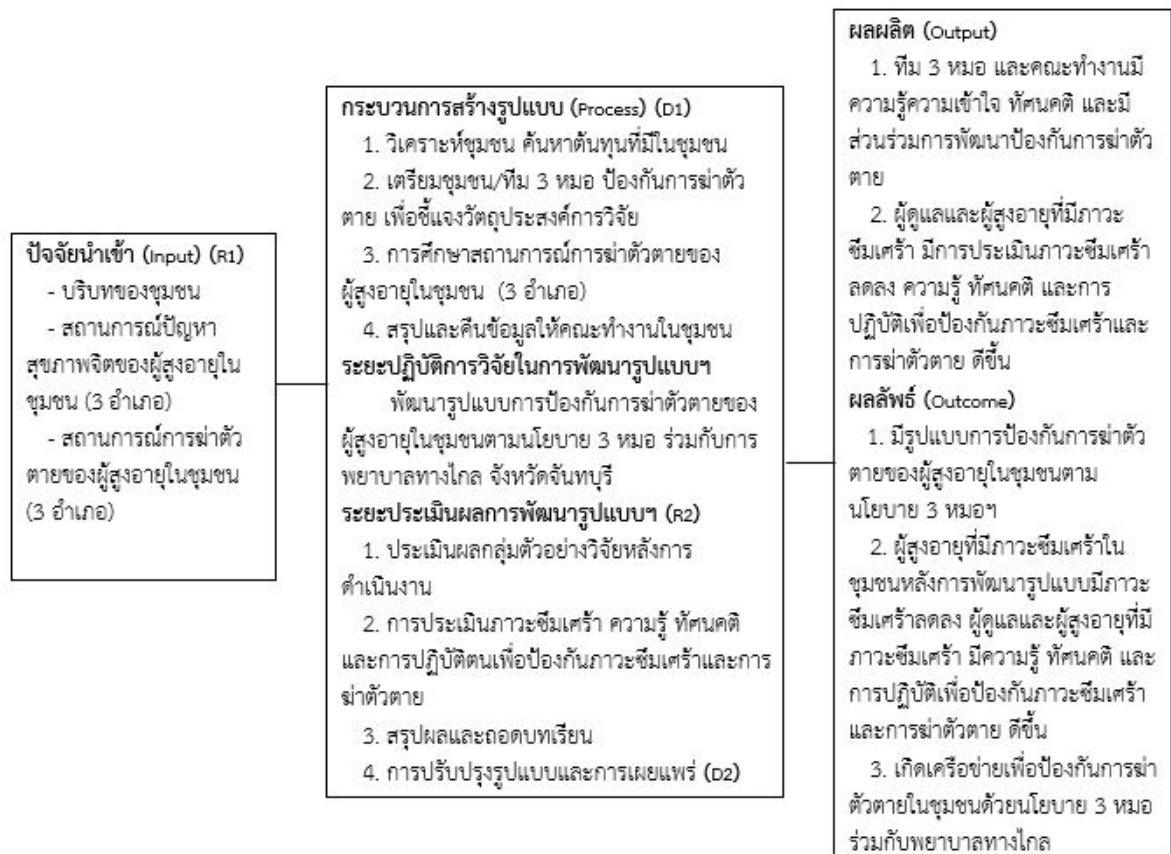


Figure 1 Conceptual Framework of the Study

ประชากร กลุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งตามกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

ปัจจัยนำเข้า บริบทของชุมชน สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดจันทบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลในชุมชนทั้ง 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,317 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนทั้ง 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว

ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 10 คนต่อ 1 อำเภอ รวมทั้งสิ้นจำนวน 30 คน โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q มีคะแนน 7-12 คะแนน มีอายุระหว่าง 60-75 ปี และผู้ดูแลต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ปี และ 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสัมภาษณ์ (In depth interview) สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดการวิจัย และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ชุมชน เตรียมชุมชน และศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ดังนี้ 1) ท่านมีปัญหาสุขภาพโดยมีโรคประจำตัวอะไรบ้าง 2) ท่านคิดว่าปัญหาในครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร 3) ท่านคิดว่าปัญหาในชุมชนของท่านเป็นอย่างไร และ 4) ท่านมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ (In depth interview) ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลจำนวน 30 คน ใช้เวลา 30 นาทีต่อครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาโดยการให้รหัสข้อมูลและวิเคราะห์ความหมายของข้อมูล

กระบวนการสร้างและปฏิบัติการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี ระเบียบนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการระดมสมอง (Brainstorming guideline) ที่มีการพัฒนารูปแบบฯ มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ทีมพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น 2 ทีม คือ 1) ทีมผู้บริหาร และ 2) ทีมผู้ดูแลในชุมชน จำนวน 1,732 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกลฯ อำเภอละ 10 คน จำนวนทั้งสิ้น 30 คน ดังนี้ 1) ทีมผู้บริหาร ผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3 ท่าน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานสุขภาพจิตจังหวัด 1 โรงพยาบาลชุมชน 3 ท่าน และสาธารณสุข

อำเภอ 3 ท่าน 2) ทีมผู้ดูแลในชุมชน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 ท่าน นักวิชาการสาธารณสุข 4 ท่าน ผู้นำชุมชน 3 ท่าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 9 ท่าน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และร่วมกันระดมสมอง (Brainstorming guideline) เพื่อพัฒนารูปแบบฯ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ ทฤษฎี กรอบแนวคิด และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปที่ทีมพัฒนารูปแบบฯ ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกในการพัฒนารูปแบบฯ ตามกรอบแนวคิด ประกอบด้วย 1) หน่วยงานของท่านมีนโยบายด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ 2) ท่านคิดว่าหน่วยงานของท่านมีระบบการดูแลป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่ ถ้ามีเป็นอย่างไร 3) ปัญหาอุปสรรคในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนของท่านหรือไม่ 4) สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 5) ระบบการให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านเป็นอย่างไร 6) พยาบาลต้องการเห็นภาพการให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของท่านอย่างไร 7) พยาบาลต้องการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการให้บริการผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างไร 8) บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข/ผู้นำชุมชน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรเป็นอย่างไร อำเภอละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 3 วัน ส่วนที่ 3 การระดมสมองทีมพัฒนาเพื่อพัฒนารูปแบบฯ ประกอบด้วย 1) การรับรู้สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การพัฒนารูปแบบฯ แบ่งเป็น บทบาทหน้าที่ของ 3 หมอ แนวทางการส่งต่อ การติดตามด้วยการพยาบาลทางไกล การรายงานผล การคัดกรอง ให้คำปรึกษา การดูแลเบื้องต้นโรคทางจิตเวช เพื่อนำข้อมูลของทีมมาพัฒนารูปแบบฯ อำเภอละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 3 วัน

การประเมินผลการพัฒนารูปแบบการป้องกัน การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ในชุมชน ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว จังหวัดจันทบุรี จำนวน 1,317 คน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนทั้ง 3 อำเภอ คือ อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว ในเขตพื้นที่จังหวัดจันทบุรี คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) อำเภอละ 10 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน และญาติหรือผู้ดูแล ที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จำนวน 10 คน กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้ ผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q มีคะแนน 7-12 คะแนน มีอายุ 60-75 ปี และผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน อย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการทดสอบก่อนและหลังการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง บทบาทหน้าที่ในปัจจุบัน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า เป็นแบบประเมิน 9 คำถาม โดยการถามในห้วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมทั้งวันนี้ท่านมีอาการทั้ง 9 คำถาม บ่อยแค่ไหน โดยแบ่งเป็น ไม่มีเลย เป็นบางวัน 1-7 วัน เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน และเป็นทุกวัน ของกรมสุขภาพจิต⁵ ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้และการปฏิบัติตนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกกาเครื่องหมาย ถูกหรือผิด หน้าข้อคำถาม ส่วนที่ 4 แบบประเมินทัศนคติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จำนวน 14 ข้อ เป็นแบบประเมินจากประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวิเคราะห์ แบ่งคะแนน 3 ระดับ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ส่วนที่ 5 แบบประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค

ซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับการประเมิน 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย ใช้ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 1-4 พิจารณาตามเกณฑ์ของกลุ่ม⁵

ชุดที่ 2 แผนการสอนรูปแบบฯ ได้จากการศึกษา ตำรา เอกสารวิชาการ ทฤษฎี และแนวคิดจากการรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หลักสูตร 3 หมอ สำหรับป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน⁶ คู่มือการดูแลสูงวัย: สูตรคลายซึมเศร้า⁷ 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) ปัญหาและการฆ่าตัวตาย สถานการณ์ องค์ความรู้ ทัศนคติ และมาตรการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย 2) บทบาทหน้าที่ 3 หมอ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตาย 3) แนวทางการส่งต่อ ติดตาม และรายงานผล 4) การคัดกรอง แนะนำให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย 5) การดูแลเบื้องต้นโรคทางจิตเวช กับปัญหาการฆ่าตัวตาย สรุปผล ถอดบทเรียน ปรับปรุงรูปแบบ และ 6) การติดตามเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหลังการให้กิจกรรมด้วยระบบการพยาบาลทางไกล

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต 1 คน พยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบงานผู้ป่วยนอก 1 คน พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน และหัวหน้าอาจารย์พยาบาลกลุ่มงานสุขภาพจิต 1 คน ตรวจสอบเนื้อหา ปรับปรุงตามคำแนะนำ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของความรู้ 0.85 ทัศนคติ 0.87 การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย 0.82 โดยมีค่าดัชนีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนน ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัด

จันทบุรี 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแล 1.1) การมีปัญหาด้านสุขภาพและโรคประจำตัวหลายโรคและไม่สามารถทำงานได้ ดังคำพูด “หมอนฉันป่วยมาเป็น 10 ปี อยู่แต่บ้านอายุมาก ทำอะไรไม่ค่อยไหว” (ชาย, 72 ปี) “เครียดทานเหล้า โรคลุมเร้า งานไม่มี ไปรับจ้างไม่รับอายุมาก” (ชาย, 68 ปี) 1.2) ปัญหาครอบครัวมาจากด้านสัมพันธภาพ ดังคำพูด “รู้ว่าลูกเหนื่อย หงุดหงิดใส่ ใช้คำพูดแรง ถามอะไรระคายคอกใส่” (หญิง, 64 ปี) 1.3) ปัญหาในชุมชนด้านเศรษฐกิจ ดังคำพูด “ฟังข่าว ข่าวของแพง งานหายาก” (หญิง, 68 ปี) และ “ข้าวยาก หมาแพง รู้สึกเครียด ลูกทำงานหนัก” (หญิง, 63 ปี) 1.4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สัปดาห์ละ 30 คน ใช้สุรา จำนวน 25 คน ดื่มเป็นประจำทุกวัน จำนวน 17 คน รองลงมาดื่มประมาณเดือนละ 2 ครั้ง จำนวน 8 คน ไม่มีประวัติการใช้สุรา จำนวน 5 คน 2) กลุ่มที่พัฒนารูปแบบวิเคราะห์ข้อมูลชุมชนและศึกษาสถานการณ์ปัญหา คือ ไม่มีรูปแบบอย่างเป็นรูปธรรมและผู้สูงอายุในชุมชนมีความโดดเดี่ยว ความเครียด ความรู้สึกไม่สบายเป็นภาระ ปัญหา

เศรษฐกิจ และการมีโรคประจำตัว ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 1 “ผู้สูงอายุชายป่วยเป็นโรคเมเร็งอาศัยอยู่เพียงลำพัง ดูแลลูกสาวป่วยติดเตียง เหตุการณ์เกิดขึ้นเมื่อลูกสาวต้องเข้าโรงพยาบาลไม่มีคนอยู่บ้าน ผู้ป่วยสูงอายุผูกคอตายสำเร็จ, (ผู้สูงอายุ, 65 ปี)” ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 2 ผู้สูงอายุชายเป็นโรคเบาหวาน ไม่เข้าสังคม มีปัญหาเก็บไว้คนเดียว สุดท้ายก็ตัดสินใจจบชีวิตตัวเอง, (ผู้สูงอายุ, 68 ปี)” ผู้ให้ข้อมูล คนที่ 3 ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ ไม่ยอมรับการป่วยจบชีวิตลงด้วยการผูกคอตาย (หญิง, 74 ปี)”

ระยะการพัฒนารูปแบบ การป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี โดยการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการวิเคราะห์ชุมชน เตรียมชุมชน ศึกษาสถานการณ์ นำมาถอดรหัสคำ และนำเสนอในขั้นตอนการระดมสมอง จำนวน 4 ครั้ง เพื่อขึ้นรูปแบบ และนำผลของรูปแบบไปใช้ในพื้นที่อำเภอสองสูงของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงทั้ง 3 อำเภอ (Figure 2)

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี

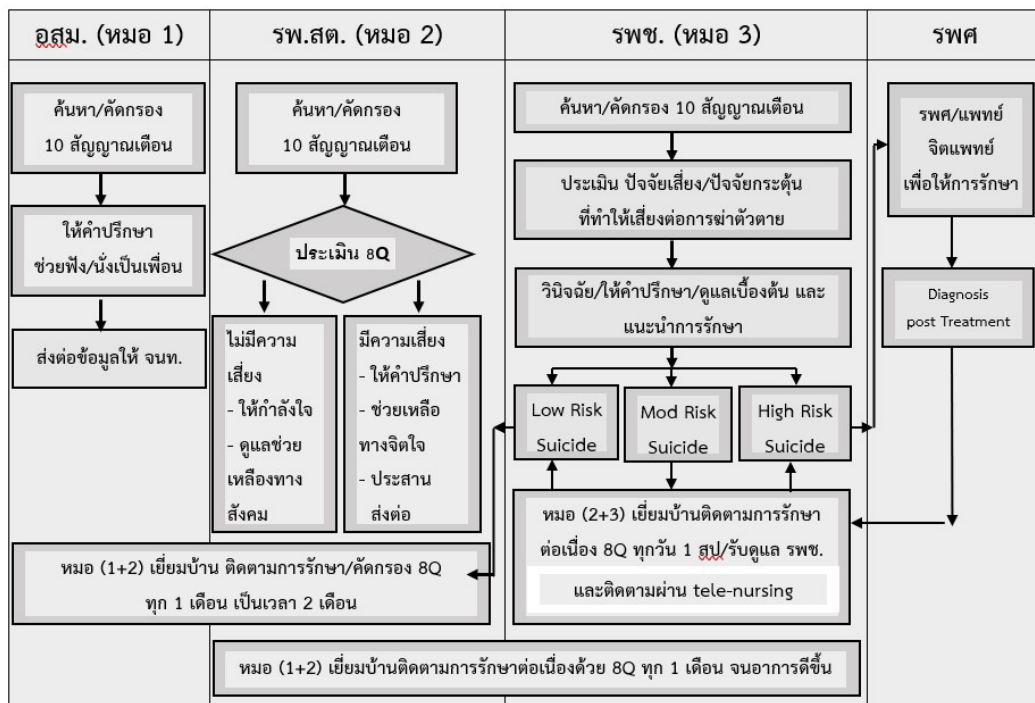


Figure 2 Preventing Suicide Model among Older Adults in Community Based on the SAMMOH Model with Telenursing in Chanthaburi Province

ระยะการประเมินผล ประสิทธิภาพรูปแบบการ 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี
ป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย (Table 1)

Table 1 Compare the Scores of Depression, Knowledge, Attitudes, and Practices for Preventing Depression and Suicide Before and After Receiving the Suicide Prevention (n=30)

Variable	Median	IQR	Z	p-value (1-tailed)
Depression				
Before using the Model	14.0	4.0	-3.581	<0.001
After using the Model	11.0	4.0		
Knowledge of depression and suicide				
Before using the Model	8.0	2.0	-3.837	<0.001
After using the Model	10.0	1.0		
Attitudes of depression and suicide				
Before using the Model	29.5	7.5	-2.753	0.003
After using the Model	32.0	8.0		
practices for preventing depression and suicide				
Before using the Model	25.0	14.5	-4.003 ^c	<0.001
After using the Model	34.0	8.3		

ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าลดลง คะแนนความรู้ คะแนนการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคซึมเศร้า และการฆ่าตัวตาย ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ส่วนค่าคะแนนทัศนคติโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.003$) (Table 1)

อภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน สถานการณ์ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีอัตราการตายสูงสุดใน 3 อำเภอ และอัตราการตายเป็นลำดับที่ 2 รองจากกลุ่มวัยทำงานในจังหวัดจันทบุรี โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า และผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัวหลายโรคร่วมกันไม่สามารถทำงานได้ ปัญหาในครอบครัวมาจากสัมพันธ์ภาพ ปัญหาในชุมชนจากปัญหาเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและผู้ดูแลมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดราชบุรี⁸ ผลการศึกษาพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย ความสัมพันธ์ในครอบครัว

และความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $p<0.05$ ข้อมูลของทีมพัฒนารูปแบบฯ พบว่าสถานการณ์ปัญหาเกิดจากความโดดเดี่ยว ความเครียดสะสม ความรู้สึกไม่อยากเป็นภาระ การเจ็บป่วยของคนใกล้ชิด ปัญหาเศรษฐกิจ และการมีโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียวในประเทศจีน⁹ อุบัติการณ์ความคิดฆ่าตัวตายผู้สูงอายุมาจากภาวะซึมเศร้า มีอิทธิพลสำคัญต่อความคิดฆ่าตัวตาย รองลงมา คือ สถานะเศรษฐกิจ การอยู่อย่างโดดเดี่ยว และการมีความคิดฆ่าตัวตาย

รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงการวิเคราะห์ชุมชน การศึกษาสถานการณ์ และการร่วมระดมสมองในการพัฒนารูปแบบซึ่งมีบทบาทหน้าที่ของ 3 หมอ ดังนี้ หมอคนที่ 1 คือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน หมอคนที่ 2 คือ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหมอคนที่ 3 คือ แพทย์ในโรงพยาบาลชุมชน และในโรงพยาบาลศูนย์ (Figure 2) ซึ่งรูปแบบที่ได้ประกอบด้วย

แนวทางการส่งต่อ การติดตามด้วยการพยาบาลทางไกล โดยใช้วิธีการติดตามผ่านแอปพลิเคชันไลน์ การรายงานผลการคัดกรอง การแนะนำให้คำปรึกษา และการดูแลเบื้องต้นทางจิตเวช สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย สำหรับกลุ่มเปราะบางที่มี ปัญหาพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ใน 25 จังหวัด 4 ภาค ของประเทศไทย¹⁰ ใช้การศึกษาสถานการณ์พบว่ายังใช้ ระบบคัดกรอง 2Q ไม่ได้ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ระบบการ เข้าถึงบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยาก รวมถึงระบบติดตามเยี่ยมที่ขาดความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยมีข้อเสนอหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะที่ จำเป็นแก่บุคลากรสาธารณสุข มีแนวทางการป้องกันการ ฆ่าตัวตาย และต้องมีระบบการคัดกรองรวมถึงการเข้าถึง บริการทางการแพทย์

ประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการ พยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุภาวะ ซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าลดลง ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ ดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ดีกว่า ก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.003$) สอดคล้องกับ การศึกษาการพัฒนา รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตาย ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าด้วยกระบวนการหมอ 3 หมอ¹¹ พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่มีความคิดใน การฆ่าตัวตาย และกลุ่มควบคุมมีความคิดฆ่าตัวตายก่อน เข้ารับการรักษา ในขณะที่ภายหลังเข้าโปรแกรมมีการ รักษาตามปกติความคิดฆ่าตัวตายลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ได้แก่ 1) พัฒนานโยบายระดับประเทศด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกกลุ่มวัย และ 2) พัฒนานโยบายระดับจังหวัดเน้นบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะทางวิชาการ ได้แก่ 1) ผลการศึกษารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบาย 3 หมอ ร่วมกับการพยาบาลทางไกล จังหวัดจันทบุรี มีประสิทธิภาพในการลดปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ จึงควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของรูปแบบ

การป้องกันการฆ่าตัวตายที่แตกต่างกันเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบที่เหมาะสม และ 2) ศึกษาความยั่งยืนของระบบการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรวมถึงแนวทางสนับสนุนหลังการดูแล โดยวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เช่น การสนับสนุนจากครอบครัว รวมถึงบทบาทของบุคลากรและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะทางปฏิบัติการ ได้แก่ 1) พัฒนาโปรแกรมเพื่อป้องกันผู้ที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดจันทบุรี เช่น การคัดกรอง การใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม การใช้ครอบครัวบำบัด เป็นต้น และ 2) พัฒนาเครือข่ายอาสาสมัครและครอบครัวเป็นพี่เลี้ยงให้ครอบครัวและชุมชนมีบทบาทในการดูแล

สรุปผลการดำเนินการวิจัย

ก่อนทำการวิจัยพบว่ามีสถิติในการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูง และไม่มีรูปแบบในการดูแล และหลังการพัฒนา รูปแบบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีคะแนนซึมเศร้าลดลง ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล และทีมพัฒนารูปแบบ มีความรู้และทักษะเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มีระบบติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าผ่านการพยาบาลทางไกลทางแอปพลิเคชันไลน์ พื้นที่ที่มีรูปแบบในการดำเนินงานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีผลความพึงพอใจในระดับดี

ผลประโยชน์ทับซ้อน: ไม่มี

แหล่งเงินทุนสนับสนุน: ไม่มี

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ดร.ยศพล เหลืองโสมนการ รองผู้อำนวยการด้านวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ที่ได้ให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติอย่างละเอียดและครบถ้วน การแนะนำเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีการทางสถิติที่เหมาะสม การตรวจสอบความถูกต้องของการคำนวณ และการตีความผลการวิเคราะห์ที่มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อคุณภาพและความน่าเชื่อถือของงานวิจัยฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

1. National Suicide Prevention Center. Suicide situation report in Thailand [Internet]. 2025 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://suicidethai.org/report/app/dashboard-home/>

2. Ministry of Social Development and Human Security. Situation of the Thai older persons 2023. Bangkok: Department of Older Persons; 2024
3. Health Data Center. Suicide statistics in Chanthaburi province 2025 [Internet]. 2025 [cited 2025 May 15]. Available from: <https://hdc.moph.go.th/cti/public/standard-report-detail/f98aa818686df571817c33e0168966a2>
4. Suntaphun P, Jaimun B, Chitrak W. Elderly depression: nursing roles. UMT Poly Journal 2020;17(1):501-12.
5. Bloom BS. Learning for mastery. Evaluation Comment 1968;1(2):1-12.
6. Ministry of Public Health. Three doctors' curriculum for suicide prevention in the community. Nonthaburi: Division of Mental Health Promotion and Development; 2022.
7. Health Systems Research Institute. Elderly care guide: formula for relieving depression. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016.
8. Malai C, Chaioyingyong R, Dangdomyouth P, Cheaplamp S. Factors related to depression among older adults in community, Ratchaburi province. Journal of Research in Nursing-Midwifery and Health Sciences 2019;39(3):67-76.
9. Hu C, Zhao D, Gong F, Zhao Y, Li J, Sun Y. Risk factors for suicidal ideation among the older people living alone in rural region of China: a path analysis. Medicine (Baltimore) [Internet]. 2020 [cited 2025 May 15];99(29):e21330. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7373625/pdf/medi-99-e21330.pdf>
10. Suraaroonsamrit B. Development of model for vulnerable people with suicidal behavior (indicated suicide prevention model) in 25 provinces, 4 regions. Nonthaburi: Bureau of Mental Health Academic Affairs; 2023.
11. Peetavibonsatean T. Development of a suicide prevention model in depression risk group of elderly by using the process of 3 doctors, Nongkhayang district Uthai Thani province. Singburi Hospital Journal 2023;31(3):143-58.