

การพัฒนาแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

Development of nursing care model for school-age adolescents with self-harm behaviors in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province.

(Received: December 13,2024 ; Revised: December 17,2024 ; Accepted: December 19,2024)

วรรณกนา เร่งไพบูลย์วงศ์¹

Warangkana Rengpaiboonwong¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทปัญหา พัฒนาและใช้รูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลระหว่างเดือน สิงหาคม 2565-กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 26 เดือน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคือภาคีเครือข่ายสุขภาพจิต 11 คน เชิงปริมาณใช้นักเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 86 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการสนทนากลุ่ม แบบเก็บข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความเครียด แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า แบบประเมินการฆ่าตัวตาย และ แบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวทางประกอบด้วย 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยี 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่าย 3)พัฒนา Hero consultant ที่เป็นพี่ปรึกษาให้กับวัยรุ่น 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครู ด้าน สังเกต 5) พัฒนาระบบความเร็วในการคัดกรอง 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ในกลุ่มเสี่ยง และพบแพทย์ทันทีในกลุ่มเสี่ยงสูง 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น พัฒนาโปรแกรมสติบำบัด ผลของการใช้รูปแบบพบว่า ภาวะเครียดลดลง ภาวะซึมเศร้าลดลง แนวโน้มการฆ่าตัวตายลดลง ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น ภายหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ ตามลำดับ

คำสำคัญ: วัยเรียนวัยรุ่น, การทำร้ายตนเอง, การพยาบาลสุขภาพจิต

Abstract

This research was research and development. Aim to study problem context, develop and use a nursing model for school-age adolescents with self-harm behavior in Phu Khiao District, Chaiyaphum Province. Data were collected between August 2022 and September 2024, a total of 26 months. Qualitative sample group was 11 mental health network partners. Quantitative sample used 86 students with self-harm behavior. Research tools included in- depth interviews in group discussions, general data collection forms, stress assessment forms, depression screening forms, suicide assessment forms, and satisfaction assessment forms. Data were analyzed by content analysis, using statistics, numbers, percentages, means, and standard deviations, and paired t-tests.

Results of study found development of the guidelines consists of 7 important formats as follows: 1) Develop a screening system in schools using technology 2) Develop a referral system within the network schools 3) Develop a Hero consultant who is a consultant for adolescents 4) Promote knowledge sharing in teachers in terms of observation 5) Develop a speedy screening system 6) Make an appointment to re-evaluate within 2 weeks in high-risk groups and see a doctor immediately in high-risk groups 7) Develop a child and adolescent mental health clinic service system. The results of using the formats showed that stress was reduced, depression was reduced, suicidal tendencies were reduced, and satisfaction was increased. After the statistically significant development $p < .05$, $t = -5.63, -6.46, -5.78, 8.97$ respectively.

Keywords: School-age, self-harm, mental health nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ

บทนำ

สถานการณ์พฤติกรรมความรุนแรงของวัยรุ่น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า มีแนวโน้มความรุนแรงในหมู่นักเรียนมีพฤติกรรมรุนแรงมากขึ้น ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ การทำร้ายและรังแกกัน การกล่าวล้อปมด้อย การดูถูกกัน การล้อเลียนกัน ปัญหาสำคัญ และ พบว่า ร้อยละ 18.25 มีปัญหาพฤติกรรมความรุนแรง วัยรุ่นในกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียง มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 14.98 และ เคยลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.85 นอกจากนี้ยังพบว่ามีปัญหาภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องมาตลอด 20 ปีที่ผ่านมา¹ ในประเทศไทย พบปัญหาความรุนแรงในวัยรุ่น เช่น การทำร้ายตนเอง การทำร้ายหรือพยายามฆ่าผู้อื่น การการพกพาอาวุธ การปล้นชิงวิ่งราว ช่วงอายุที่พบว่ามีปัญหาและก่อคดีมากที่สุดคือ 15-18 ปี พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงนั้นในวัยรุ่น ร้อยละ 17.28 การยกพวกตีกัน ร้อยละ 16.27 การทะเลาะวิวาทกับผู้อื่น ร้อยละ 15.21 ตามลำดับ จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2560 พบว่าวัยรุ่น² เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 12.27 ต่อจำนวนผู้ฆ่าตัวตายทั้งหมด เมื่อจำแนกตามช่วงอายุของวัยรุ่น พบว่า การฆ่าตัวตายในวัยรุ่นอายุ 20-24 ปี มีการฆ่าตัวตาย 12.64 รายต่อประชากรแสนคน วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี อัตรา 6.85 รายต่อประชากรแสนคน และพบว่า เพศชาย มีสัดส่วนการฆ่าตัวตายมากกว่าหญิง³

การฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองนับว่าเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยประมาณ 1,200,000 คนทั่วโลก การฆ่าตัวตายต่อปีเกิดขึ้นประมาณ 17.28 รายต่อประชากรแสนคน และนับว่าเป็นการเสียชีวิตอันดับที่ 14 ของประชากรทั่วโลก⁴ การฆ่าตัวตายของประเทศไทยในปี 2562 มีอัตราการฆ่าตัวตาย 6.12 รายต่อประชากรแสนคน แนวโน้มการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ในปี 2562 กลุ่มวัยรุ่น อายุ 20-24 ปี มีอัตราการฆ่าตัวตายที่ 4.94 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 เพิ่มขึ้นเป็น 5.33 ต่อประชากรแสนคน โดยมี

อัตราเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มอายุ 15 - 19 ปี ร้อยละ พบความชุกโรคซึมเศร้า ประมาณ ร้อยละ 4.25 และพบว่าภาวะซึมเศร้าเป็นอันดับสองของการสูญเสียสุขภาพ และ เป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง ปัจจัยที่ทำให้วัยรุ่นทำร้ายตนเองมากที่สุดคือการใช้สารเสพติด⁵

พฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น ส่วนมากเป็นเพศชาย ร้อยละ 92.82 และพบมากที่สุดในช่วงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 สาเหตุได้แก่ วัยรุ่นที่พ่อแม่ไม่อยู่ด้วยกัน และที่รายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบ ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านจิตใจ ปัจจัยด้านการเผชิญปัญหา⁶ และ ยังพบพฤติกรรมการทำร้ายตนเองบนพื้นที่โซเชียลมีเดีย ซึ่งเป็นการทำร้ายตนเองอีกรูปแบบหนึ่งของคนในยุคดิจิทัลที่ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมายต่อวัยรุ่น พ่อแม่และตัววัยรุ่นเองถือเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันภาวะดังกล่าวไม่ให้เกิดขึ้น ดังนั้นการที่วัยรุ่นและพ่อแม่ทราบถึงวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้น ก็จะช่วยลดระดับความรุนแรงของปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้อีกระดับหนึ่ง⁷

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พระเกียรติ⁸ ในปี 2565-2567 มีสถิติการฆ่าตัวตายสำเร็จ อัตรา 12.42 (16 ราย), 13.62 (16 ราย) และ 7.58 (9 ราย) ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ มีจำนวน 40 ราย, 18 ราย, และ 31 ราย ตามลำดับ การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (ไม่ทำซ้ำ ใน 1 ปี) มีอัตรา 92.52 (3 ราย), 77.86 (4 ราย) และ 80.62 (6 ราย) จากการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในภาพอ้อมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และยังพบว่าผู้ฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ โดยเฉพาะปัญหาเด็กวัยรุ่นทำร้ายตนเองเพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนปัญหาพบว่ามีสาเหตุมาจากการถูกล้อเลียนในโรงเรียน ปัญหาการไม่ยอมรับในความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ) ในโรงเรียนมัธยม การฆ่าตัวตายสำเร็จในวัยรุ่นคือการผูกคอตาย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ในโรงเรียน พบว่า กลุ่มวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-24 ปี มีปัญหาในเรื่อง ครอบครัว

ปัญหาการเรียน สัมพันธภาพ มีอาการทั้งจิตใจ ความคิดฟุ้งซ่าน อารมณ์หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย ไม่มีความสุข รู้สึกไม่ดีกับตนเอง ไม่มีสมาธิ สติ และคิดทำร้ายตนเองตามมา

จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยมีความสนใจพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ซึ่งยังมีผู้ศึกษาน้อยและเพื่อใช้เป็นรูปแบบในการดูแลกลุ่มวัยรุ่นเรียนวัยรุ่นที่จะเป็นกำลังสำคัญในพื้นที่ในอนาคต ให้มีรูปแบบที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ให้กลุ่มวัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตในโรงเรียน และชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่เกิดปัญหาการทำร้ายตนเอง รวมไปถึงการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกัน รักษาฟื้นฟู และหาแนวทางการดูแลกลุ่มวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงและปัญหาสุขภาพจิต ตามแนวทางการพยาบาล และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มวัยรุ่นเรียนวัยรุ่นและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา รูปแบบเดิมในการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาผลการใช้การดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยดำเนินการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ร่วมด้วย ทำการศึกษาในช่วงเดือน ระหว่างเดือนสิงหาคม

2565-กันยายน 2567 รวมระยะเวลา 26 เดือน และติดตามผลต่อเนื่องจนสิ้นสุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในวัยรุ่นเรียนวัยรุ่นได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 11 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน ประธาน อสม. จำนวน 11 คน รวม 49 คน ในเชิงปริมาณใช้ วัยเรียนวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอภูเขียวที่มีช่วงอายุ 10-19 ปี ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินทางสุขภาพจิตในโรงเรียนพื้นที่อำเภอภูเขียว จำนวน 563 คน

2) กลุ่มตัวอย่าง ในเชิงคุณภาพใช้กลุ่มบุคลากรและภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพจิตในวัยรุ่นเรียนวัยรุ่นได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิต จำนวน 2 คน แพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 2 คน ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 11 คน นักสาธารณสุขใน อปท. จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน กำนันผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 11 คน ประธาน อสม. จำนวน 11 คน รวม จำนวน 49 คน คัดเลือกโดยเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในเชิงปริมาณใช้ วัยเรียนวัยรุ่นที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในพื้นที่อำเภอภูเขียวที่มีช่วงอายุ 10-19 ปี ในปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีคะแนนแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป จากการประเมินทางสุขภาพจิตในโรงเรียนพื้นที่อำเภอภูเขียว จำนวน 86 คน โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรประมาณค่าเฉลี่ยเมื่อทราบจำนวนประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) เป็นแนวคำถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ครูอนามัยโรงเรียน ผู้นำในชุมชน และผู้ให้บริการสุขภาพในการดูแลสุขภาพจิต

ในวัยเรียนวัยรุ่น ทีมสหสาขาวิชาชีพ อปท. และภาคีเครือข่าย โดยมีประเด็นการสนทนากลุ่ม แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และสนทนากลุ่มในประเด็น ประเด็นการสัมภาษณ์ นโยบายและเป้าหมายของการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การให้บริการสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบในการเฝ้าระวังสุขภาพจิตในโรงเรียน และชุมชน ปัญหาในการบริการสุขภาพจิตในนักเรียน และข้อเสนอแนะในการจัดบริการ แนวคำถามเพื่อค้นหา ปัญหาการให้คำปรึกษา สภาพการณ์ วิเคราะห์ปัญหาประเมินความต้องการจำเป็น

2) โปรแกรม HERO Consultant เป็นโปรแกรมที่กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พัฒนาขึ้น ผู้วิจัยมาประยุกต์ใช้เพื่อดูแลกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนในอำเภอภูเขียว โดยมีผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตวัยรุ่นวัยเรียนเป็นผู้ให้คำปรึกษาในวัยรุ่นวัยเรียนที่เสี่ยงและมีปัญหาสุขภาพจิตที่ยุ่งยาก ซับซ้อน ให้ครูในโรงเรียนหรือรับส่งต่อในกรณีที่จำเป็นผ่านระบบ School Health HERO ที่ผ่านกระบวนการ จะวิเคราะห์ข้อมูลจากผู้ปกครอง ครู และให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเวชเด็ก แนวทางการดูแลรักษาให้คำปรึกษาตามลักษณะปัญหาที่พบ (Counselling) จัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการและการส่งต่อ (Refer) เสริมพลังผู้ปกครองครูให้มีความมั่นใจในการดูแลเด็ก การนัดเข้าโปรแกรมสติบำบัด ซึ่งผู้วิจัยได้ผ่านการอบรมและได้รับการรับรองเป็นผู้บำบัดอิสระ รวมถึงการส่งเข้ารับบริการติดตามผล ความก้าวหน้าของอาการสรุปประเมินผลร่วมกับทีมผู้ดูแลรักษาในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

3) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว

4) แบบประเมินความเครียด (ST5) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 5 ข้อ 4 ระดับคะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2-4 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน เป็นน้อยมากหรือ

แทบไม่มี, 1 คะแนน เป็นบางครั้ง, 2 คะแนน เป็นบ่อยครั้ง, 3 คะแนน เป็นประจำทุกวัน

5) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) ของกรมสุขภาพจิต เป็นผู้พัฒนาขึ้น จำนวน 2 คำถาม การแปลผล ถ้าคำตอบ ไม่มีทั้ง 2 คำถามถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้าถ้าคำตอบ มี ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ไม่มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2 หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อยด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q

6) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) ของกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 9 ข้อ 27 คะแนน โดยประเมินระดับอาการ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เกณฑ์การให้คะแนน 0 คะแนน ไม่มีเลย 1 คะแนน เป็นบางวัน 2 คะแนน เป็นบ่อย 3 คะแนน เป็นทุกวัน

7) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต⁴⁸ เป็นผู้พัฒนาขึ้น มี 8 ข้อ ตั้งแต่คะแนน 1 คะแนนขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ควรได้รับการบำบัดและดูแลตามระดับความรุนแรง

8) แบบประเมินความพึงพอใจ เป็นแบบทดสอบความพึงพอใจในการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ มีความถี่ในความพึงพอใจ 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ง่าย สะดวกในการนำไปใช้ การรักษาระยะซึมเศร้า การเกิดผลดีต่อวัยรุ่นวัยเรียนตรงตามวัตถุประสงค์กำหนด การบริการที่ดีด้วยอัธยาศัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทั้งจากการสัมภาษณ์ สังเกตสนทนากลุ่ม แล้วจัดหมวดหมู่ของข้อมูล (Qualitative content analysis) ตรวจสอบข้อมูลจากความหลากหลายความอึดอัดและความเป็นจริง ด้วยการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (Triangulation) วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาแยกข้อมูลให้เป็นหมวดหมู่และ

สรุปเป็นประเด็นที่สำคัญ นำเสนอข้อมูลเพื่อตีความ ตรวจสอบความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูล หลังจากนั้นบรรยายสรุปสิ่งที่ค้นพบ รวบรวมข้อมูลให้ได้ครบถ้วนครอบคลุม เพื่อให้สามารถสรุปประเด็นที่ตอบวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้โดยตรง การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เพศ อายุ อาชีพ ศาสนา สถานภาพ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้อง รายได้ ภาวะซึมเศร้า วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 โดยใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนน ก่อนหลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

จริยธรรมงานวิจัย

การศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ แนวทาง ปัญหา การดูแลวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ **เชิงคุณภาพ** จากการทบทวนระดมสมองผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทำให้ทราบว่า การทบทวนสถานการณ์ปัญหาสถานการณ์การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายในอำเภอภูเขียวเฉลิมพระเกียรติพบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอายุน้อยลง ปัญหาเด็กวัยรุ่นทำร้ายตนเอง self-ham เพิ่มขึ้น จากการทบทวนและถอดบทเรียน พบว่าในปี 2565 เกิดเหตุเด็กมัธยม ฆ่าตัวตายที่ จากนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงมีนโยบายคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในโรงเรียนทั้งหมด เด็กมัธยมเพศชาย อายุ 14 ปี อยู่ในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 สาเหตุคือการถูกล้อเลียนในสถานะเพศสภาพ (LGBTQ) ทำการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ จากนั้นจึงมีการทบทวนบทบาท และ

ดำเนินการวางแผนออกคัดกรองโรงเรียนในพื้นที่ทั้ง 7 แห่ง เริ่มพัฒนาบทบาทครูและส่งเสริมให้มีครูและเด็กมารับบริการที่คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติเพิ่มมากขึ้น พัฒนาและส่งเสริมเครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าให้สามารถใช้ได้ง่าย และรวดเร็วในโรงเรียน จากการประมาณการพบว่าโรงเรียนทั้ง 7 แห่ง มีนักเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมายถึง 2,500 คน ทำให้ยากต่อการคัดกรองให้ได้ครอบคลุมด้วยกำลังของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติแต่เพียงอย่างเดียว ปัญหาที่พบการดำเนินงานพบว่า ลาเรียนไม่ได้ในกรณีที่ย้ายโรงเรียนจากที่อื่นมา จะไม่สามารถเข้าโปรแกรมสติบำบัดให้ครบตามนัดได้ วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรม นอกจากนี้ยังพบมุมมองทัศนคติปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว ปกปิดในการมาเข้ารับการรักษามารอบครัว ทัศนคติในการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน **เชิงปริมาณ** จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นวัยรุ่น จำนวน 86 คน ส่วนมากเพศหญิง จำนวน 76 คน ร้อยละ 88.37 รองลงมาเพศชาย จำนวน 10 คน ร้อยละ 11.63 การศึกษาส่วนมากมัธยมปลาย ปวช. จำนวน 30 คน ร้อยละ 34.88 รองลงมา มัธยมต้น จำนวน 24 คน ร้อยละ 27.91 คน และ กศน. จำนวน 12 คน ร้อยละ 13.95 สถานภาพส่วนมาก โสด จำนวน 46 คน ร้อยละ 53.49 รองลงมาแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 44 คน ร้อยละ 51.16 และหม้าย จำนวน 6 คน ร้อยละ 6.98 อาชีพส่วนมากนักเรียน จำนวน 41 คน ร้อยละ 47.67 รองลงมารับจ้างทั่วไป และว่างงาน จำนวน 15 คน ร้อยละ 17.44 เท่ากัน รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ส่วนมาก 10,001-20,000 บาท จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 รองลงมา 5001-10,000 บาท จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 และ 50,000 บาทขึ้นไป จำนวน 15 คน ร้อยละ 17.44 ตามลำดับ ลักษณะการอยู่อาศัย ส่วนมากอาศัยอยู่กับญาติ จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมา พ่อ

แม่ จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และ คนรัก จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.09 ผู้ให้คำปรึกษาดูแล ส่วนมาก ไม่มี จำนวน 56 คน ร้อยละ 65.12 มีที่ปรึกษา จำนวน 30 คน ร้อยละ 34.88 ในจำนวนที่ปรึกษา ส่วนมากเป็นเพื่อน จำนวน 16 คน ร้อยละ 18.60 รองลงมา คนรัก จำนวน 9 คน ร้อยละ 10.47 และ พ่อ แม่ จำนวน 3 คน ร้อยละ 3.49 ตามลำดับ บุคคล กระตุ้นส่วนมากเป็นเพื่อน จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมา ครอบครัว จำนวน 21 คน ร้อยละ 24.42 คนรัก จำนวน 19 คน ร้อยละ 22.09 สาเหตุ การกระตุ้นส่วนมากครอบครัว จำนวน 35 คน ร้อย ละ 40.70 รองลงมาความรัก จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.21 และ การเรียน จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 ตามลำดับ การเคยทำร้ายตัวเองส่วนมากเคย จำนวน 62 คน ร้อยละ 72.09 ลักษณะการทำร้ายตัวเอง ส่วนมากทำร้ายตนเองด้วยการแทงกรีดตนเอง จำนวน 45 คน ร้อยละ 52.33 รองลงมา กินยา จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 และ ทุบ หรือ ตีศีรษะ ตนเอง จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 ตามลำดับ การ วางแผน ส่วนมากวางแผนด้วยอารมณ์ชั่ววูบ จำนวน 47 คน ร้อยละ 54.65 รองลงมาไม่มีการวางแผน จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และวางแผนคร่าวๆ จำนวน 11 คน ร้อยละ 12.79 เจตนาการทำร้าย ตนเอง ส่วนมากประชด จำนวน 35 คน ร้อยละ 40.70 รองลงมาระบายอารมณ์ จำนวน 34 คน ร้อย ละ 39.53 และ เรียก ร้อง ความสนใจ จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 ตามลำดับ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัด ชัยภูมิ การพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มี พฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ โดยรูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง ทบทวน วรรณกรรม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับการพัฒนา 2 วงรอบ จนได้เป็นรูปแบบเฉพาะของอำเภอภูเขียว มี 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองใน โรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคี

เครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอภูเขียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการ สังเกต ปัญหา พฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น การให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) พัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีที่คัดกรองพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิตศึกษา 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์พิจารณาปรับยาและทำจิตบำบัด 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานและให้บริการทุกวันพุธและทำจิตบำบัดในช่วงบ่าย สามารถสรุปกระบวนการพัฒนาได้ดังนี้

การพัฒนารูปแบบใน วงรอบที่ 1 มีดังนี้ 1) วัยรุ่นวัยรุ่นไม่สามารถลาเรียนได้ ทำให้ได้รับการบำบัดได้ไม่ครบตามกำหนด จึงมีการแก้ไขโดยการประสานให้มีระบบการช่วยเหลือในเรื่องการลาเรียนกับคณะผู้บริหารโรงเรียน ทำการติดตามทางโทรศัพท์ ในวัยรุ่นวัยเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตได้เข้ารับการรักษาในโปรแกรมตามนัดอย่างครอบคลุม 2) การย้ายโรงเรียนมาเข้าโปรแกรมบำบัด ส่งผลให้ไม่ครบตามนัดการบำบัด จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบการดักจับ และส่งต่อข้อมูลระหว่างโรงเรียนในกรณีนักเรียนที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ย้ายมาจากโรงเรียนอื่น ครูผู้ทำหน้าที่จะส่งนักเรียนมารักษาทันที และทำหน้าที่ติดตามช่วยโรงพยาบาล 3) วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรมบำบัดรักษา จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบการติดตามการทำโปรแกรม โดยให้ครู และเพื่อนสนิท ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแล ให้ส่งการบ้าน ปฏิบัติตามที่โปรแกรมกำหนดจนครบตามจำนวน 4) มุมมองทางทัศนคติด้านปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว จึงมีการแก้ไขโดยการทำการอบรมปรับทัศนคติในวัยรุ่นวัยเรียนและผู้ปกครอง ให้

ปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ให้เป็นเรื่องของโดยรวมและรับผิดชอบต่อสังคม 5) มีการปกปิดข้อมูลในการมาเข้าสู่งการรักษของครอบครัว จึงมีการแก้ไขโดยการพัฒนาระบบคัดกรองและเชื่อมโยงข้อมูลให้เป็นระบบ พัฒนาระบบการซักถามและแบบสอบถาม 6) ทศนคติการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน จึงมีการแก้ไขโดยการทำการอบรมให้ความรู้การสื่อสารเชิงบวกให้กับครู และ ผู้ปกครองในครอบครัว การพัฒนารูปแบบใน วงรอบที่ 2 มีดังนี้ 1) พบปัญหาการคัดกรองและดักจับข้อมูลทางสุขภาพจิตในโรงเรียนล่าช้า แบบฟอร์มไม่ทันสมัย รายงานถึงโรงพยาบาลได้ล่าช้า จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคีเครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พบปัญหาการส่งต่อผู้ป่วยข้อมูลภายในโรงเรียนและภาคีเครือข่ายไม่ เป็นไปแนวทางเดียวกัน และยังขาดการเชื่อมต่อข้อมูลกัน จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) ขาดผู้ดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่ให้คำปรึกษาใกล้ชิดในโรงเรียน จึงได้มีการปรับโดยใช้การ Hero consultant ที่เป็น ที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอภูเขียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ครูอนามัยโรงเรียนและผู้ประสานงานสุขภาพจิตในโรงเรียนขาดองค์ความรู้ในการสังเกตพฤติกรรม ประสานโรงพยาบาล จึงได้มีการปรับโดยใช้การส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการสังเกต ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่นการให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) การเข้ารับการรักษาในกลุ่มวัยรุ่นวัยเรียนในคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติได้ล่าช้า จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีคัดกรองพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิตศึกษา นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์ พิจารณารับยาและทำจิตบำบัด 6) คลินิกสุขภาพจิต

ขาดมาตรฐานบางข้อและพบความแออัดในการให้บริการ จึงได้มีการปรับโดยใช้การพัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐาน และให้บริการทุกวันพฤหัสบดีและทำจิตบำบัดในช่วงบ่าย

3. ผลการใช้รูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ

3.1 ผลการประเมินภาวะเครียด ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะเครียดส่วนมากมีภาวะเครียดในระดับมาก จำนวน 36 คน ร้อยละ 41.86 รองลงมาปานกลาง จำนวน 23 คน ร้อยละ 26.74 รองลงมามีภาวะเครียดมากที่สุด จำนวน 20 คน ร้อยละ 23.26 และ ภาวะเครียดน้อย จำนวน 7 คน ร้อยละ 8.14 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะเครียดส่วนมากมีภาวะเครียดในระดับปานกลาง จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.05 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 22 คน ร้อยละ 25.58 และ ระดับน้อย จำนวน 18 คน ร้อยละ 20.93 ตามลำดับ

3.2 ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ก่อนการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะซึมเศร้าส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง จำนวน 34 คน ร้อยละ 39.53 รองลงมาในระดับน้อย จำนวน 26 คน ร้อยละ 30.23 และ รุนแรง จำนวน 14 คน ร้อยละ 16.29 ตามลำดับ ภายหลังการพัฒนารูปแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยเรียนที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ผลการประเมินภาวะซึมเศร้า ส่วนมากมีภาวะซึมเศร้า ในระดับปานกลาง จำนวน 31 คน ร้อยละ 36.05 รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 22 คน ร้อย

3.6.2 การเปรียบเทียบผลการประเมินภาวะ
ซึมเศร้า พบว่า ก่อนพัฒนาภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับ
ปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแล
วัยเรียนวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอ
เจียง จังหวัดชัยภูมิ ภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ย
13.24 คะแนน (SD=1.38) อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าลดลง 6.83 คะแนน (SD=0.68) อยู่ในระดับน้อยมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ภาวะเครียดมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -6.46$)

3.6.3 การเปรียบเทียบผลการประเมิน แนวโน้มฆ่าตัวตาย พบว่า ก่อนพัฒนาแนวโน้มฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ แนวโน้มฆ่าตัวตายมีค่าคะแนนเฉลี่ย 11.43 คะแนน (SD=1.26) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ย แนวโน้มฆ่าตัวตายลดลง 6.42 คะแนน (SD=0.24) อยู่ในระดับน้อย การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test

พบว่า แนวโน้มฆ่าตัวตายมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -5.78$)

3.6.4 การเปรียบเทียบผลการประเมินความพึงพอใจ พบว่า ก่อนพัฒนาความพึงพอใจ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ ความพึงพอใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.23 คะแนน (SD=0.40) อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 4.47 คะแนน (SD=0.46) อยู่ในระดับมาก การทดสอบด้วยสถิติ paired t-test พบว่า ความพึงพอใจมีคะแนนเฉลี่ยภายหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 8.97$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 4.5 การเปรียบเทียบผลการประเมิน ภาวะเครียด ภาวะซึมเศร้า แนวโน้มการฆ่าตัวตาย ภาวะป่วยทางจิตเวช และความพึงพอใจ พัฒนา ก่อน-หลัง การพัฒนาการพัฒนารูปแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ (n=86)

รายการ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.	ระดับ	t	p-value
ภาวะเครียด					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	6.27	0.46	ปานกลาง	-5.63	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	3.24	0.38	น้อย		
ภาวะซึมเศร้า					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	13.24	1.38	ปานกลาง	-6.46	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	6.83	0.68	น้อยมาก		
แนวโน้มการฆ่าตัวตาย					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	11.43	1.26	ปานกลาง	-5.78	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	6.42	0.24	น้อย		
ความพึงพอใจ					
ก่อนพัฒนารูปแบบฯ	3.23	0.40	ปานกลาง	8.97	<.001*
หลังพัฒนารูปแบบฯ	4.47	0.46	มาก		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์การทำร้ายตนเองมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ ปัญหาเด็กวัยรุ่นทำ

ร้ายตนเอง self-ham เพิ่มมากขึ้น พบสาเหตุคือการถูกล้อเลียนในฐานะเพศสภาพ การฆ่าตัวตายที่ใช้ด้วยการแขวนคอ พบการบำบัดไม่ครบตามโปรแกรม วัยเรียนวัยรุ่นไม่ทำการบ้านในการฝึกตามโปรแกรม มุมมองทัศนคติปัญหาทางสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่ส่วนตัว ปกปิดในการมาเข้าสู่การรักษาในครอบครัว ทัศนคติในการสื่อสารเชิงบวกยังมีปัญหาในครูกับนักเรียน ส่วนมากเพศหญิง การศึกษาส่วนมากมัธยมปลายและปวช. สถานภาพส่วนมากโสด รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 10,001-20,000 บาท ลักษณะการอยู่อาศัยอยู่กับญาติ ไม่ผู้ให้คำปรึกษาดูแล ส่วนมากที่ปรึกษาคือเพื่อน บุคคลกระตุ้นส่วนมากเป็นเพื่อน สาเหตุการกระตุ้นส่วนมากครอบครัว ส่วนมากทำร้ายตนเองด้วยการแทงกรีดตนเอง วางแผนด้วยอารมณ์ชั่ววูบ เจตนาการทำร้ายตนเองส่วนมากประชด สอดคล้องกับ อัจฉรา ทรายู และคณะ⁹

การพัฒนาแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอกุเชียว จังหวัดชัยภูมิ การพัฒนาแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอกุเชียว จังหวัดชัยภูมิ โดยรูปแบบที่ได้จากการระดมสมอง ทบทวนวรรณกรรม ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับการพัฒนา 2 วงรอบ จนได้เป็นรูปแบบเฉพาะของอำเภอกุเชียว มี 7 รูปแบบสำคัญ ดังนี้ 1) พัฒนาระบบคัดกรองในโรงเรียนโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในโรงเรียนภาคีเครือข่ายร่วมคัดกรองเช่น google form 2) พัฒนาระบบการส่งต่อภายในโรงเรียนภาคีเครือข่ายและสถานพยาบาลแม่ข่ายและลูกข่าย 3) Hero consultant ที่เป็นที่ปรึกษาให้กับวัยรุ่นแบบหนึ่งต่อหนึ่งในพื้นที่อำเภอกุเชียว โดยพัฒนามาจากโปรแกรมของกรมสุขภาพจิต 4) ส่งเสริมให้ความรู้ในครูในสถานศึกษา ในกระบวนการ สังเกต ปัญหาพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตในเด็กวัยรุ่น การให้ความช่วยเหลือและการส่งต่อ 5) พัฒนาระบบความเร็วในการเข้ารับการรักษาในกรณีที่เกิดการพบผู้ป่วยพบซึมเศร้าในระดับน้อยจะให้ทีมสุขภาพจิต

ศึกษา 6) นัดประเมินซ้ำภายใน 2 สัปดาห์ หากพบภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง ให้พบแพทย์พิจารณาปรับยาและทำจิตบำบัด 7) พัฒนาระบบบริการคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นให้ได้มาตรฐานและให้บริการทุกวันพฤหัสบดีและทำจิตบำบัดในช่วงบ่าย สอดคล้องกับ เพ็ญสุดา ไชยเมือง¹⁰

ผลการใช้รูปแบบการพัฒนาแบบการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง อำเภอกุเชียว จังหวัดชัยภูมิ การประเมินภาวะเครียด การประเมินภาวะซึมเศร้า การประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย การประเมินแนวโน้มฆ่าตัวตาย ภายหลังการพัฒนา มีแนวโน้มลดลง การพัฒนาความพึงพอใจ ภายหลังการพัฒนาแบบมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้า การพัฒนาระบบคัดกรองผู้ป่วย และการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังและป้องกันโรคซึมเศร้า ในวัยรุ่น การได้รับการคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q 9Q) เพิ่มขึ้น การให้คำปรึกษาศลินิกวัยรุ่น ส่งต่อรักษาที่โรงพยาบาล ไม่มีอัตราการฆ่าตัวตาย มีระบบติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงทุกราย ครูในโรงเรียนอาสาสมัครเพื่อนนักเรียนในรูปแบบเครือข่ายกลุ่มเพื่อน ช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้องได้รับ ประกอบกับการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและการคัดกรอง และการให้สุขภาพจิตศึกษา ทำให้มีความรู้ถูกต้องเหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับฉวีวรรณ เผ่าพันธุ์ และคณะ¹¹

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันในทีมที่เกี่ยวข้อง ทีมสหวิชาชีพ เพื่อบูรณาการ และวางแผนร่วมกันในการดูแลวัยรุ่นวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง

2. ควรมีการส่งเสริมทักษะการบำบัด การคัดกรอง การประเมินภาวะทางจิต เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการทำร้ายตนเอง และการฆ่าตัวตาย รวมไปถึงความพึงพอใจในการมารับบริการ

3. ควรมีการเตรียมความพร้อมและอบรมให้ความรู้บุคลากร ครูในโรงเรียน ผู้ปกครอง และกลุ่มเพื่อนนักเรียน เพื่อในการรับมือในการดูแลวัยรุ่นที่มีภาวะเสี่ยง และส่งเสริมทักษะการดูแลทักษะการให้คำปรึกษา ทักษะการประเมิน ทักษะการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยด่วน เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ วัยเรียนวัยรุ่น ครูผู้ให้การศึกษา ผู้นำชุมชน อสม. และบุคลากรที่ดูแลวัยรุ่นที่มีการทำร้ายตนเอง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำชี้แนะ และตรวจคุณภาพเครื่องมือการวิจัย รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ สาธารณสุขอำเภอภูเขียว นายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ที่ให้ความอนุเคราะห์การเก็บข้อมูลงานวิจัยจนกระทั่งประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Cipriano A, Cella S, Cotrufo P. Nonsuicidal self -injury: A systematic review. Frontiers in psychology 2017;8:1946.
2. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2015;9:31
3. Moloney F, Amini J, Sinyor M, Schaffer A, Lanctôt KL, Mitchell RHB. Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: A meta-analysis. JAMA network open 2024;7.
4. Matthew KN, Guilherme B, Evelyn JB, Christine BC, Ronald CK, Sing L. Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30:133-54.
5. วนบุษย์ ยุพเกษตร. เปิดสถิติจริงของโรคใหม่ในโลกใหม่. Creative Thailand. 10; 9 (2562):18-22.
6. อรุณทัย สิงห์ตาแก้ว, นุจรี ไชยมงคล, ไพรัตน์ วงษ์นาม. ความชุกของการจู่ใจทำร้ายตนเองในวัยรุ่นไทยและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การประยุกต์ใช้สำหรับผู้เฝ้าระวัง. วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2565, 17(4), 326-334.
7. กฤติกา สุภรณ์, สุพจน์ คาสะอาด. อุบัติการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุระหว่าง 10-19 ปี เขตสุขภาพที่ 10. ศรีนครินทร์เวชสาร 2566, 38(5), 470-479.
8. โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ. รายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในวัยรุ่นวัยรุ่น. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. 2566.
9. อัจฉรา ตราชู และคณะ. พฤติกรรมทำร้ายตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2556; 58(4): 323-332
10. ฉวีวรรณ เผ่าพันธ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2565;6(12):57-69.
11. เพ็ญสุตา ไชยเมือง และคณะ. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมทำร้ายตนเองในวัยรุ่น จังหวัดเลย. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และสุขภาพชุมชน 2567;9(4):515-524.