

## การบูรณาการการใช้เสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

### Integration of Village Public Broadcasting and the Role of Village Health Volunteers (VHVs) in Suicide Prevention in Nong Ki District, Buriram Province.

(Received: March 26,2025 ; Revised: March 29,2025 ; Accepted: March 30,2025)

วาสนา ศาสตรพงษ์<sup>1</sup>

Wassana Sathpong<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการบูรณาการเทคโนโลยีเสียงตามสายและบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชน งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ ที่ดำเนินการในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน 357 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) 30 คน เก็บข้อมูลผ่าน แบบสอบถามก่อนและหลังโครงการ (Pre-test และ Post-test), การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ t-test และ ANOVA ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้ Thematic Analysis

ผลการศึกษาการรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.4 เป็น 4.47 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.001$ ) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนเพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยกลุ่ม อายุ 50 ปีขึ้นไป มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ( $p < 0.001$ ) ทักษะจิตของประชาชนที่มีต่อสุขภาพจิตดีขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี (ค่าเฉลี่ยเพิ่มจาก 3.58 เป็น 4.35) พฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี (2.47 เป็น 4.11) ประชาชนที่ฟังเสียงตามสายเป็นประจำมีระดับการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ฟังเป็นครั้งคราว QR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยให้ประชาชนสามารถประเมินภาวะสุขภาพจิตของตนเองได้ โดยพบว่าร้อยละ 5.71 ของผู้ที่ทำแบบคัดกรองมีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 1.90 มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

**คำสำคัญ** การฆ่าตัวตาย, สุขภาพจิต, อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.), เสียงตามสาย, QR Code คัดกรองสุขภาพจิต, การแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์

#### ABSTRACT

This study aimed to evaluate the effectiveness of integrating village public broadcasting and the role of Village Health Volunteers (VHVs) in suicide prevention and surveillance, as well as the use of QR Code-based mental health screening to enhance public awareness, knowledge, attitudes, and behaviors. This survey research conducted in Thung Kratat Phatthana Subdistrict, Nong Ki District, Buriram Province, Thailand. The sample includes 357 community members and 30 VHVs. Data collection methods consist of pre- and post-intervention surveys (Pre-test and Post-test), in-depth interviews, and focus group discussions. Quantitative data were analyzed using t-tests and ANOVA, while qualitative data were analyzed using Thematic Analysis.

The results showed a significant improvement in the perceived role of VHVs, with the mean score increasing from 3.4 to 4.47 ( $p < 0.001$ ). Public knowledge about suicide prevention increased across all age groups, with the most significant improvement among individuals aged 50 years and above ( $p < 0.001$ ). Public attitudes toward mental health improved, especially among those aged over 50 years (mean score increased from 3.58 to 4.35). Mental health surveillance behaviors also improved, particularly among individuals under 30 years (2.47 to 4.11). Community members who regularly listened to public broadcasts

<sup>1</sup> โรงพยาบาลหนองกี่ อ.หนองกี่ จ.บุรีรัมย์

demonstrated higher awareness of VHVs' roles and more positive attitudes compared to those who listened occasionally. The QR Code-based mental health screening system facilitated public mental health self-assessment, revealing that 5.71% of respondents showed signs of depression, and 1.90% were at risk of self-harm.

**Keywords.** Suicide, Mental Health, Village Health Volunteers (VHVs), Village Public Broadcasting, QR Code-Based Mental Health Screening, Real-Time Alert System

## บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนอย่างกว้างขวาง องค์การอนามัยโลก<sup>1</sup> พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 800,000 คนต่อปีทั่วโลก ซึ่งเน้นย้ำถึงความร้ายแรงของปัญหานี้ในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทยที่สถานการณ์การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่าในปี 2566 ประเทศไทยมีอัตราการฆ่าตัวตาย 7.94 ต่อแสนประชากร โดยจังหวัดบุรีรัมย์มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จแตกต่างกันตามแหล่งข้อมูล จากฐานข้อมูลสุขภาพจิต<sup>2</sup> พบว่าในปี 2566 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 7.36 ต่อแสนประชากร ในขณะที่ข้อมูลจากใบมรณบัตร ระบุอัตราที่ 10.39 ต่อแสนประชากร ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลหนองกี่ อำเภอนอกก็ จังหวัดบุรีรัมย์ ดำเนินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในช่วงปี 2564-2566 มีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 4, 6 และ 4 รายตามลำดับ (อัตราการฆ่าตัวตายต่อแสนประชากร: 5.68, 8.52 และ 5.68) ซึ่งในปี 2565 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 8.52 ต่อแสนประชากร ซึ่งเกินกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า 82.8% ของผู้เสียชีวิตเป็นเพศชาย และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี โดยปัญหาทางจิตเวชและความน้อยใจจากคนใกล้ชิด เป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ 83.33% ของผู้ก่อเหตุเคยแสดงสัญญาณเตือนล่วงหน้า ซึ่งชี้ให้เห็นว่ามีโอกาสในการเฝ้าระวังและป้องกันได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น แม้ว่าการพัฒนาด้านการ

สื่อสารจะก้าวหน้าขึ้น แต่ในพื้นที่ชนบทยังคงเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต เสี่ยงตามสายถือเป็นช่องทางสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูลที่เข้าถึงประชาชนได้อย่างทั่วถึง งานวิจัยของ หนึ่ง หทัย ขอผลกลาง<sup>3</sup> พบว่า เสี่ยงตามสายช่วยเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนได้อย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ พันธวิทย์ เลิศดี (2560) ยังระบุว่าข้อมูลจากเสี่ยงตามสายมีความ ครบถ้วน ทันสมัย และน่าเชื่อถือ ซึ่งช่วยตอบสนองความต้องการของประชาชนได้ดี นอกจากนี้ ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB) และทฤษฎีความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง (Self-efficacy Theory) ยังถูกนำมาใช้เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยองค์ประกอบหลักของ TPB ได้แก่ เจตคติ (Attitude) มุมมองที่ดีขึ้นของประชาชนต่อสุขภาพจิตและการขอความช่วยเหลือ บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norms) การสนับสนุนจากครอบครัว ชุมชนและ อสม. การรับรู้การควบคุมตนเอง (Perceived Behavioral Control) ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องมือช่วยเหลือ เช่น QR Code คัดกรองสุขภาพจิตได้ง่ายขึ้น และ Self-efficacy Theory เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมใด ๆ หากบุคคลมี Self-efficacy สูง จะมีแนวโน้มดำเนินพฤติกรรมสุขภาพจิตที่ดีและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้มากขึ้น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านเสี่ยงตามสายและ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต ช่วยให้ประชาชนมีความมั่นใจในการเฝ้าระวังและดูแลสุขภาพจิตของตนเองและชุมชน

ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการฆ่าตัวตายในระยะยาว การบูรณาการแนวคิด BCC, TPB และ Self-efficacy Theory ช่วยออกแบบโครงการที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนานวัตกรรม QR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยให้การคัดกรองแม่นยำและรวดเร็วยิ่งขึ้น ลดภาระเอกสารและเพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อผู้ป่วย ระบบนี้รวมแบบประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2QPlus, 9Q, 8Q, ST5 และ V-SCAN) ไว้ในแพลตฟอร์มดิจิทัลที่เข้าถึงได้ผ่านสมาร์ทโฟน แท็บเล็ต และคอมพิวเตอร์ พร้อมระบบรักษาความเป็นส่วนตัว ทำให้ อสม.สามารถคัดกรองกลุ่มเสี่ยงได้สะดวก และประชาชนสามารถทำแบบประเมินและรับผลแบบเรียลไทม์ ช่วยให้การเฝ้าระวังสุขภาพจิตรวดเร็วและแม่นยำยิ่งขึ้น<sup>4</sup>

โครงการนี้ช่วยสร้างผลกระทบเชิงบวกที่ยั่งยืนในชุมชน และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และชุมชน สามารถประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่น ๆ ให้สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรม บทบาทของพยาบาลจิตเวชในฐานะผู้นำด้านนวัตกรรมและผู้จัดการระบบสุขภาพจิตในชุมชน ถือเป็นหัวใจสำคัญของโครงการนี้ เป้าหมายหลัก คือ สร้างระบบเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพ พัฒนาแนวทางที่ยั่งยืนสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน ขยายผลและปรับให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่าง ๆ ระบบนี้จะช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตาย ยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน และสร้างระบบสุขภาพจิตชุมชนที่แข็งแกร่งและยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการใช้เสียงตามสายร่วมกับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

2. เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ ทักษะ การรับรู้และพฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนหลังจากได้รับข้อมูลผ่านเสียงตามสาย

3. เพื่อสำรวจบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงและการสนับสนุนทางสังคม

4. เพื่อวิเคราะห์ผลของ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและระบบแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์ต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน

### สมมุติฐานของการวิจัย

1. การใช้เสียงตามสายร่วมกับการสนับสนุนจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีประสิทธิภาพในการเพิ่มการรับรู้และป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

2. ประชาชนที่ได้รับข้อมูลผ่านเสียงตามสายจะมีความรู้ ทักษะ และการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

3. อสม. ที่เข้าร่วมโครงการจะมีบทบาทที่สำคัญยิ่งขึ้นในการช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสามารถให้การสนับสนุนทางสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและระบบแจ้งเตือนแบบเรียลไทม์จะช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง

5. ประชาชนที่มีการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอจะมีพฤติกรรมการเฝ้าระวังสุขภาพจิตที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับประชาชนที่ไม่ได้ใช้

6. ประชาชนที่ฟังเสียงตามสายเป็นประจำจะมีการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพจิต มากกว่ากลุ่มที่รับฟังเป็นครั้งคราว

### วิธีดำเนินการวิจัย

**ประชากร** คือ ประชาชนในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน โดยจะคัดเลือกประชาชนที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา ซึ่งได้รับการดำเนินโครงการเสี่ยงตามสายในช่วงเวลาทำการวิจัย

**กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา** กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จะประกอบด้วยประชาชนและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ และมีส่วนร่วมในโครงการเสี่ยงตามสายเพื่อลดการฆ่าตัวตายในชุมชน วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างถูกกำหนดอย่างมีหลักเกณฑ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยพิจารณาจากเงื่อนไขดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

**ประชาชน** ได้แก่ 1.อายุ 18 ปีขึ้นไป 2.อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา 3.เคยได้รับข้อมูลหรือคำแนะนำจากอสม. ผ่านช่องทางเสี่ยงตามสาย 4.ยินยอมเข้าร่วมในการศึกษานี้

**อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)** ได้แก่ 1.เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีส่วนร่วมในการส่งข้อมูลหรือคำแนะนำในการป้องกันการฆ่าตัวตายผ่านเสี่ยงตามสายในชุมชน 2.มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 6 เดือน

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

**ประชาชน** ได้แก่ 1.ไม่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมทำแบบสอบถามได้ 2.ไม่อาศัยอยู่ในตำบลทุ่งกระตาดพัฒนาหรือไม่ได้รับข้อมูลจากช่องทางเสี่ยงตามสาย 3.ไม่ยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา

**อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)** ได้แก่ 1.ไม่มีประสบการณ์ในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำผ่านช่องทางเสี่ยงตามสาย 2.ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา )

**การคำนวณขนาดตัวอย่าง** คำนวณจากสูตรของ Krejcie and Morgan

สูตรที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่างจากประชากรจำนวน  $N$  คือ

$$S = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{(E^2 \cdot (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P))}$$

$S$  = ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

$X$  = ค่า  $Z$  สำหรับระดับความมั่นใจ ( $Z = 1.96$  สำหรับระดับความมั่นใจ 95 %)

$P$  = อัตราการเกิด (โดยปกติจะใช้ค่า  $P = 0.5$  สำหรับความไม่รู้จักของตัวแปร )

$E$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (โดยทั่วไปใช้  $E = 0.05$  )

$N$  = ขนาดของประชากร ( ในกรณีนี้  $N = 5193$  ) แทนค่าในสูตร

$$S = \frac{3.8416 \cdot 5193 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.0025 \cdot (5193 - 1)) + 3.8416 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$S = \frac{3.8416 \cdot 5193 \cdot 0.25}{(0.0025 \cdot 5192) + 3.8416 \cdot 0.25}$$

$$S = \frac{4990.63}{12.98 + 0.9604}$$

$$S = \frac{4990.63}{13.9404}$$

$$S = 357.4$$

ดังนั้น ผู้วิจัยต้องใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 357 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เป็น 428 คน

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเพื่อประเมินความรู้ทัศนคติ การรับรู้ และพฤติกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ และประสบการณ์การรับข้อมูลจากเสี่ยงตามสาย ส่วนที่ 2 ประเมินความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย 5 ข้อ (แบบทดสอบ ถูก/ผิด คะแนนเต็ม 5 ข้อ ตอบถูกได้ 1 ตอบผิดได้ 0) ส่วนที่ 3 ประเมินทัศนคติต่อสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย 5 ข้อ (ใช้มาตราส่วน Likert Scale

5 ระดับ) ส่วนที่ 4 ประเมินพฤติกรรม การดูแล สุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายของ ประชาชน 5 ข้อ (ใช้มาตราส่วน Likert Scale 5 ระดับ) ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับ โครงการ

2. แบบสอบถามบทบาทของ อสม. ในการ ดูแลสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย ใช้ การเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินโครงการ ประกอบด้วยส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ แบบสอบถาม (เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, อาชีพ ฯลฯ) ส่วนที่ 2 การรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อน- หลังโครงการ 8 ข้อ มาตราส่วน Likert Scale 5 ระดับ (จาก 1 = ไม่เห็นด้วยเลย ถึง 5 = เห็นด้วย มากที่สุด) ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ใช้สำหรับศึกษาบทบาทของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของชุมชน วิเคราะห์แนวทาง การใช้เสียงตามสายและ QR Code คัดกรอง สุขภาพจิตในมุมมองของ ประชาชนและ อสม. การ วิเคราะห์บันทึกข้อมูลเสียงตามสาย เพื่อประเมิน เนื้อหาและความถี่ในการออกอากาศเกี่ยวกับการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย

4. QR Code คัดกรองสุขภาพจิต ใช้ แบบ ประเมินสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2QPlus9Q, ST5 และ VScan) ประชาชนสามารถ สแกน QR Code เพื่อตอบแบบประเมินสุขภาพจิต ผ่านสมาร์ตโฟน ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติส่งข้อมูล ไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้ ทันที

5. แบบประเมินความพึงพอใจ Likert scale มี 5 ระดับ (จาก 1 = พึงพอใจน้อยที่สุด ถึง 5 = พึงพอใจมากที่สุด)

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการตาม ขั้นตอนดังนี้

1. การศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูล ที่เกี่ยวข้อง เริ่มต้นด้วยการศึกษางานวิจัยและ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย ทั้ง

ในระดับชุมชนและระดับสากลเพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน รวมถึง แนวทางการใช้เสียงตามสายและบทบาทของ อสม. ในการสื่อสารและเฝ้าระวังสุขภาพจิตในชุมชน

2. การพัฒนาเนื้อหาสำหรับเสียงตามสาย สร้างเนื้อหาที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมสำหรับการ เผยแพร่ผ่านเสียงตามสายของหมู่บ้าน โดยมี เนื้อหาหลัก ได้แก่ สัญญาณเตือนของภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แนวทางการดูแล สุขภาพจิต และวิธีช่วยเหลือตนเองและผู้อื่น การ เข้าถึงสายด่วนสุขภาพจิต 1323 และช่องทางขอรับ บริการที่โรงพยาบาลหนองกี่ ข้อมูลบทบาทของ อสม. ในการให้คำปรึกษาและเชื่อมโยงประชาชนกับ หน่วยบริการ

3. การประชุมและคืนข้อมูลให้ชุมชน นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ สถานการณ์การฆ่าตัวตาย ในอำเภอหนองกี่ ผ่านเวทีประชุม ของ คณะกรรมการบริหารอำเภอ (กบอ.)

4. อบรม อสม. เพื่อเพิ่มทักษะในการเฝ้า ระวังและสนับสนุนผู้ที่มีความเสี่ยงให้กับ อสม. เพื่อ พัฒนาทักษะการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้ หลัก 3 ส. ได้แก่ **สอดส่องมองหา** เฝ้าระวัง พฤติกรรมที่บ่งบอกถึงภาวะซึมเศร้า เช่น การ แยกตัว การพูดถึงความสิ้นหวังหรือการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมผิดปกติ **ใส่ใจรับฟัง** ให้การ สนับสนุนทางอารมณ์ รับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่ตัดสิน หรือกดดัน **ส่งต่อเชื่อมโยง** หากพบว่าผู้ที่มีความ เสี่ยงมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเอง อสม.ส่งต่อข้อมูล ไปยังโรงพยาบาลหนองกี่ นอกจากนี้ อสม. ยังได้รับ การอบรมการใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต และการแนะนำให้ประชาชนใช้ QR Code เพื่อทำ แบบคัดกรองได้ด้วยตนเอง และ อสม. ยังสามารถ ช่วยคัดกรองกลุ่มเปราะบาง ที่มีข้อจำกัดในการ เข้าถึงเทคโนโลยี เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่ไม่สามารถ ใช้งานโทรศัพท์มือถือได้ โดย อสม.สามารถใช้สมาร์ตโฟนของตนเอง เพื่อช่วยประชาชนทำแบบคัดกรอง กรอกข้อมูลใน แบบคัดกรองให้กับผู้ที่ไม่สามารถทำได้ ซึ่งช่วย

ให้สามารถติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

5. การติดตั้งและใช้งานระบบ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต QR Code คัดกรองสุขภาพจิต ถูกติดตั้งในพื้นที่สำคัญ ได้แก่ 1. วัด จุดที่พระและประชาชนมักเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถใช้เวลาคัดกรองสุขภาพจิตได้ 2. ศาลาหมู่บ้าน ศูนย์กลางของชุมชน ใช้เผยแพร่ข้อมูลและให้ประชาชนเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพจิตได้สะดวก 3. บ้านของ อสม. จุดให้คำแนะนำและช่วยเหลือประชาชนที่ต้องการรับบริการ มีการเชื่อมโยงระบบ QR Code กับ Google Forms และ Google Sheets เพื่อให้ข้อมูลถูกบันทึกแบบเรียลไทม์ โดยตั้งค่าให้มีการแจ้งเตือนอัตโนมัติ ไปยังพยาบาลจิตเวชเมื่อตรวจพบกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเร่งด่วน

6. อสม. ดำเนินการประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ 3 ครั้งในวันจันทร์, พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 น. เป็นระยะเวลา 3 เดือน

7. การประเมินประสิทธิภาพโครงการ ดำเนินการโดยเก็บข้อมูลก่อนและหลังการดำเนินงาน โดยพิจารณาอัตราการฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน ระดับการรับรู้ของประชาชนต่อการป้องกันและเข้าถึงการช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต ความสามารถของ อสม. ในการให้คำแนะนำและเฝ้าระวังสุขภาพจิตในพื้นที่ รวมถึงจำนวนประชาชนที่เข้าทำแบบคัดกรองผ่าน QR Code

8. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน เช่น t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังโครงการ และ ANOVA เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มประชากร จำนวนผู้เข้ารับการคัดกรองผ่าน QR Code และวิเคราะห์แนวโน้ม ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้ การวิเคราะห์เนื้อหา การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และการวิเคราะห์ธีม (Thematic Analysis) ร่วมกัน เพื่อให้ได้ทั้งการจัดหมวดหมู่ข้อมูลและการตีความเชิงลึก

เพื่อสรุปประเด็นสำคัญเกี่ยวกับบทบาทของ อสม. และความท้าทายในการดำเนินงาน

9. สรุปผลการวิจัย พร้อมแนวทางบูรณาการเสียงตามสายร่วมกับบทบาท อสม. นำเสนอแก่นายอำเภอ ผู้นำชุมชน และหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อขยายผลการดำเนินงาน จัดทำเอกสารสรุปเป็นแนวทางพัฒนาระบบเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน

### ผลการวิจัย

การรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อนและหลังโครงการมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -6.70, p < 0.001$ ) ซึ่งหมายความว่าหลังจากเข้าร่วมโครงการ คะแนนการรับรู้บทบาทของอสม. สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับก่อนโครงการ สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการอบรมและสนับสนุนให้ อสม. มีทักษะที่ดีขึ้นในการช่วยเหลือประชาชนที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทักษะ พฤติกรรม และการรับรู้บทบาทของ อสม. ก่อนและหลังโครงการในกลุ่มอายุ (<30 ปี, 30-50 ปี, >50 ปี) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกกลุ่มอายุ ( $p < 0.05$ ) โดยกลุ่ม >50 ปี มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด ( $t = 7.14, p < 0.001$ ) ทักษะในการป้องกันการฆ่าตัวตาย เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) โดยกลุ่ม <30 ปี มีการเปลี่ยนแปลงสูงสุด ( $t = 2.39$ ) พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตายดีขึ้นในทุกกลุ่ม โดยเฉพาะ >50 ปี ( $t = 8.61, p < 0.001$ ) การรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นในทุกช่วงอายุ โดยกลุ่ม <30 ปี มีค่า T-value สูงสุด ( $t = 9.48, p < 0.001$ )

การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน (ประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, ปริญญาตรีขึ้นไป) เพื่อประเมินว่าระดับการศึกษา มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้, ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับสุขภาพจิต ผลลัพธ์ที่สำคัญ ค่า  $p\text{-value} < 0.05$  ในทุกตัวแปร แสดงให้เห็นว่ามี

การเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโครงการ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (ปริญญาตรีขึ้นไป) มีค่าคะแนนเริ่มต้นสูงสุดในทุกตัวแปร แสดงถึงความรู้และพฤติกรรมที่ดีกว่าแต่แรก พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการเปลี่ยนแปลงที่เด่นชัดมากในทุกระดับการศึกษา ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโครงการมีผลต่อการปรับปรุงพฤติกรรมในทุกกลุ่ม การรับรู้บทบาทของ อสม. มีการเปลี่ยนแปลงที่มากที่สุดในกลุ่มมัธยมศึกษา ( $t = 12.31$ ) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มนี้ได้รับผลกระทบจากโครงการมากที่สุดในการรับรู้บทบาทของ อสม.

ผลกระทบของความถี่ในการรับฟังเสียงตามสาย โดยประชาชนที่ฟังเป็นประจำมีค่าคะแนนการรับรู้บทบาทของ อสม. และทัศนคติด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ฟังเป็นครั้งคราวอย่างมีนัยสำคัญ แสดงให้เห็นว่าการได้รับข้อมูลที่ต่อเนื่องช่วยเสริมสร้างความเข้าใจและพฤติกรรมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

สรุปจำนวนประชาชนที่เข้าร่วมการคัดกรองสุขภาพจิตผ่าน QR Code พร้อมระบุเปอร์เซ็นต์ของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ข้อมูลนี้ช่วยให้กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลหนองกี่ สามารถวางแผนให้ความช่วยเหลือกลุ่มเสี่ยงได้อย่างแม่นยำและรวดเร็ว

ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความพึงพอใจที่ประชาชนมีต่อโครงการเสียงตามสาย โดยแสดงตามช่วงอายุพบว่าทุกช่วงอายุมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับ "พึงพอใจมาก" ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จของโครงการในการตอบสนองความต้องการของประชาชน

### สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าโครงการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิตผ่านเสียงตามสายมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ และส่งเสริมพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงการเสริมสร้าง

บทบาทของ อสม. ในการดูแลสุขภาพจิตของชุมชน โดยสามารถอธิบายกลไกที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนผ่านทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่เกี่ยวข้องดังนี้ 1. *ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavior Change Communication - BCC)* เสียงตามสายเป็นสื่อที่สามารถให้ข้อมูลสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องและเข้าถึงได้ง่าย ช่วยกระตุ้นความตระหนักรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน การให้ข้อมูลซ้ำ ๆ ผ่านเสียงตามสายช่วยลดอุปสรรคด้านความเข้าใจ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ขาดการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิต 2. *ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior - TPB)* พฤติกรรมของบุคคลขึ้นอยู่กับเจตคติ (Attitude), บรรทัดฐานทางสังคม (Subjective Norms) และการรับรู้การควบคุมตนเอง (Perceived Behavioral Control) ทัศนคติของประชาชนต่อสุขภาพจิตดีขึ้นหลังโครงการ เนื่องจากเสียงตามสายและบทบาทของ อสม. เป็นแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตช่วยเสริมการรับรู้การควบคุมตนเองของประชาชน ทำให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้สะดวกขึ้น 3. *ทฤษฎีความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง (Self-efficacy Theory)* การที่ประชาชนสามารถคัดกรองสุขภาพจิตของตนเองผ่าน QR Code และได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายช่วยเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการปัญหาสุขภาพจิต การได้รับข้อมูลที่ถูกต้องช่วยลดความกลัวและอคติต่อปัญหาสุขภาพจิต ทำให้ประชาชนรับรู้ว่ามีเครื่องมือที่สามารถใช้ได้เมื่อต้องการความช่วยเหลือ มีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการฆ่าตัวตายของประชาชนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) ทัศนคติของประชาชนดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป ( $t = 6.09$ ,  $p < 0.001$ ) ซึ่งอาจเนื่องมาจากการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตมากขึ้นตามวัย พฤติกรรมเฝ้าระวังสุขภาพจิตของประชาชนเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยเฉพาะ

กลุ่มอายุต่ำกว่า 30 ปี (ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 2.47 เป็น 4.11,  $p < 0.001$ ) แสดงให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่สามารถปรับตัวได้ดีเร็วขึ้นและมีแนวโน้มใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต *บทบาทของ อสม.* ในการป้องกันการฆ่าตัวตาย การรับรู้บทบาทของ อสม. เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ ( $t = -6.70$ ,  $p < 0.001$ ) ประชาชนที่รับฟังเสียงตามสายเป็นประจำมีการรับรู้บทบาทของ อสม. สูงกว่าผู้ที่รับฟังเป็นครั้งคราว ( $p < 0.001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสื่อสารที่ต่อเนื่อง *ความแตกต่างตามกลุ่มอายุและระดับการศึกษา* ปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่ามีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้นหลังโครงการ เช่น พฤติกรรมการป้องกันการฆ่าตัวตาย (ประถมศึกษา  $t = 8.11$ ,  $p < 0.001$  , มัธยมศึกษา  $t = 11.72$ ,  $p < 0.001$ ) กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงมีความเข้าใจข้อมูลได้ดีขึ้น และการเปลี่ยนแปลงยังคงเกิดขึ้นหลังเข้าร่วมโครงการ *การใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิต* QR Code เป็นเครื่องมือที่ช่วยให้การเฝ้าระวังสุขภาพจิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น พบว่าร้อยละ 5.71 ของผู้ที่เข้าร่วมการคัดกรองมีภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 1.90 มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลช่วยเพิ่มศักยภาพในการเฝ้าระวังและให้บริการด้านสุขภาพจิต *ความพึงพอใจต่อโครงการ* ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความพึงพอใจสูง (ค่าเฉลี่ย 4.48, SD = 0.77) ข้อเสนอแนะจากประชาชนเน้นให้เพิ่มความถี่ของการเผยแพร่ข้อมูลและปรับปรุงเนื้อหาให้มีแหล่งอ้างอิงที่น่าเชื่อถือมากขึ้น *ข้อจำกัดของการศึกษา* ขอบเขตพื้นที่การศึกษางานวิจัยนี้ดำเนินการเฉพาะในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา ซึ่งอาจไม่สามารถขยายผลไปยังชุมชนอื่นได้ทันที การใช้ QR Code อาจไม่สามารถเข้าถึงประชากรบางกลุ่มที่ขาดทักษะทางเทคโนโลยี เช่น ผู้สูงอายุ การประเมินผลในระยะยาว เสนอให้มีการติดตามผลหลังโครงการเป็นระยะเวลานานขึ้น<sup>5,6</sup>

*ข้อเสนอแนะจากประชาชนและชุมชน* ควร

ดำเนินการใช้เสียงตามสายอย่างต่อเนื่องและปรับปรุงให้เข้าถึงประชาชนทุกกลุ่ม ควรมีการฝึกอบรมให้ อสม. และผู้นำชุมชนมีความรู้ด้านสุขภาพจิตมากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและให้คำปรึกษา สนับสนุนการใช้เทคโนโลยีโดยการใช้ QR Code เพื่อช่วยให้ประชาชนและ อสม. สามารถประเมินสุขภาพจิตของตนเองได้ง่ายขึ้น รวมถึงการให้ อสม. มีบทบาทในการคัดกรองกลุ่มเปราะบางอย่างมีประสิทธิภาพ<sup>8,9</sup>

ผลการศึกษายืนยันว่า โครงการเสียงตามสายมีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนต่อการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ การใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้สามารถติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการขยายขอบเขตโครงการและปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มผลสัมฤทธิ์ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนต่อไป

### ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เพิ่มการเข้าถึง QR Code ให้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเสี่ยง พร้อมพัฒนาระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
2. เพิ่มความถี่ในการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต พร้อมปรับปรุงคุณภาพเนื้อหาให้เป็นปัจจุบันโดยอ้างอิงแหล่งที่มาให้ชัดเจน และนำไปใช้ได้จริง
3. จัดอบรมสม่ำเสมอเพื่อพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาและการช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตเสี่ยง
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนผ่านกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้และแนวทางช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต
5. งานวิจัยนี้ดำเนินการในพื้นที่ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ ซึ่งเป็น

พื้นที่ชนบท การนำผลลัพธ์ไปใช้กับพื้นที่เมืองอาจต้องพิจารณาปัจจัยแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่น โครงสร้างสังคมและการเข้าถึงเทคโนโลยีที่อาจดีกว่า

#### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. วิเคราะห์ผลในระยะยาวว่าเสี่ยงตามสายและ QR Code มีผลต่อการลดอัตราการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมของประชาชนหรือไม่
2. ศึกษาประสิทธิภาพของโครงการในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมและเศรษฐกิจแตกต่างกัน เพื่อหาแนวทางปรับปรุงให้เหมาะสม

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ QR Code เช่น ความพร้อมด้านเทคโนโลยี ระดับการศึกษา และทัศนคติของประชาชน

4. ศึกษาการใช้เทคโนโลยี เช่น แอปพลิเคชันมือถือ AI Chatbot หรือระบบส่งข้อความอัตโนมัติ เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจิต

5. งานวิจัยนี้ประเมินผลลัพธ์ในช่วงสั้นหลังจากดำเนินโครงการไป 3 เดือน แต่ไม่มีข้อมูลว่าผลกระทบนี้จะยั่งยืนหรือไม่

6. ควรมีการติดตามผลระยะยาวเพื่อดูว่าประชาชนยังคงใช้ QR Code คัดกรองสุขภาพจิตและยังพึงเสี่ยงตามสายอยู่หรือไม่

#### เอกสารอ้างอิง

1. องค์การอนามัยโลก.(2024) การป้องกันการฆ่าตัวตาย: ภารกิจสำคัญระดับโลก (Suicide prevention A global imperative) (อินเทอร์เน็ต). เจนีวา: WHO Press; 2024 (เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
2. กรมสุขภาพจิต.(2561). คู่มือความรู้สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาสุขภาพจิตชุมชน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์กรมสุขภาพจิต.
3. นันทิยา ขอบกลาง.(2560). แนวทางการส่งเสริมศักยภาพของสื่อท้องถิ่นเพื่อการสื่อสารสุขภาพในชนบทภาคเหนือ. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 5(2):198-214.
4. กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานอัตราฆ่าตัวตาย 2566 (อินเทอร์เน็ต). 2566 (เข้าถึงเมื่อ 10 ตุลาคม 2567). เข้าถึงได้จาก: [https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat\\_province.asp](https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_province.asp)
5. จักรกริช ไชยทองศร.(2564). ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 14(2):59-69.
6. เกศรินทร์ โชคเพิ่มพูน, วิเชียร ก่อกิจกุล.(2561). แนวทางการบริหารจัดการหอกระจายข่าวแบบมีส่วนร่วมของประชาชน ตำบลมะเกลือใหม่ อำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา. 12(1):118-30.
7. ศรีรัตน์ จันทพิมพ์, อัมพรพรรณ ธีรานุตร.(2564). ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 44(3):76-90.
8. นคราญ คชรักษา, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ.(2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดลำปาง. วารสารแพทยนาวิ. 25(3):446-63.
9. พันธวิทย์ เลิศดี.(2560). ช่องทางในการรับรู้ข่าวสารของประชาชน: กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลระแหง อำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพัฒนาชุมชน. 15(1):23-30.