

การพัฒนาารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง  
ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น  
The development of an integrated counseling model with stakeholder  
participation in preventing suicidal risk behaviors among adolescents

มัทธววรรณ ลียุทธานนท์<sup>1\*</sup>, ผกาสรณ์ อุไรวรรณ<sup>1</sup>, จริญญา แก้วสกุลทอง<sup>1</sup>  
Matthawan Leeyutthanont<sup>1\*</sup>, Phakason Uraiwan<sup>1</sup>, Jarinya Kaewsakulthong<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing, Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

(Received: August 16, 2024; Revised: November 24, 2024; Accepted: May 3, 2025)

### บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 2) การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น 3) ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 40 คน และผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อาจารย์ เพื่อน ครอบครัว พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวม 35 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น รูปแบบผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้คะแนนความสอดคล้องรายข้อทุกข้ออยู่ระหว่าง .67 - 1.00 ระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 20 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test และ Mann-Whitney U Test ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความครุ่นคิด ความเครียด และมีภาวะซึมเศร้า

2. รูปแบบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง การประเมินปัญหาและความต้องการ การปรับความคิดและพฤติกรรม การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน

3. หลังการทดลองใช้รูปแบบของกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า น้อยกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นรูปแบบการให้คำปรึกษานี้ช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ และนำข้อมูลพื้นฐานไปกำหนดนโยบายการดูแลช่วยเหลือนักเรียนโดยการมีส่วนร่วมของอาจารย์ เพื่อน ครอบครัว และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

**คำสำคัญ:** การพัฒนารูปแบบ การให้คำปรึกษา พฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

\*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: matthawan.lee@hotmail.com)

## Abstract

This developmental research aimed to 1) study the problems and factors related to suicidal risk behaviors in adolescents 2) develop of an integrated counseling model with stakeholders to participate in preventing suicidal behavior risks in adolescents 3) evaluate the effectiveness of the counseling model. The research was conducted in 3 stages: Stage 1 To studied the problems and related factors. The sample consisted of 40 students with mild to severe depression and 35 related stakeholders including teachers, friends, family, nurses and public health officers. The research instruments were the Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescent: PHQ-A) and the semi-structured interview form. Data were analyzed using content analysis. Phase 2 Development of the consultation model developed by the researcher. The model passed the content validity check by 3 experts. The item consistency scores for each item were between .67-1.00. Phase 3: Evaluation of the effectiveness of the counseling model. The sample consisted of 20 students with mild to severe depression. They were randomly assigned to an experimental group and a control group, with 10 students per group. The research instruments were the Adolescent Depression Assessment Form. Data were analyzed using the Wilcoxon signed ranks test and the Mann-Whitney U test. The results of the research found that:

1. The problem of suicidal behavior in adolescents is increasing. The related factors include negative life events, rumination, stress and depression.
2. The model has 6 activities, including promoting positive attitudes and participation of those involved, assessing problems and needs, adjusting thoughts and behavior, strengthening self-worth social support and strengthening and sustaining
3. After the experiment, the experimental group's mean depression score was lower than before the experiment, with a statistically significant difference at the .05 level and the mean depression scores of the experimental and control groups after the experiment were not statistically significant difference at the .05 level.

Therefore, this counseling model can help prevent suicide risk behavior in adolescents and use basic information to formulate policies for student care and assistance with the participation of teachers, friends, parents, and public health officials.

**Keywords:** Model Development, Counseling, Suicidal Behavior Risks in Adolescents

## บทนำ

พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งในการตายของวัยรุ่น จากข้อมูลของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี อยู่ที่ 3.2 ต่อประชากรแสนคน วัยรุ่นเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากเป็น 5 - 6 เท่าของเพศหญิง และในปี 2561 มีการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น อายุ 10 - 19 ปี พบว่า ร้อยละ 22.5 เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้ามากเป็น 9.8 เท่าของวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่พบว่านักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.44 มีประสบการณ์การเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับสูง ร้อยละ 41.09 และร้อยละ 48.22 เสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้าในวัยเรียนและระดับมากมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 3.58 เท่า และ 21.9 เท่า ประสิทธิภาพการเผชิญเหตุการณ์รบกวนใจระดับปานกลางและระดับสูงมีโอกาเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้น 4.67 เท่า และ 8.48 เท่า (Vanprom, Saithanwanitkul, Chantarachit, & Aekwarangkoon, 2022) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับของภาวะซึมเศร้า การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความครุ่นคิดที่เกิดขึ้นในครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียนหรือสังคม เช่น การถูกกระตุ้นด้วยคำพูดหรือการตำหนิที่รุนแรง ความรู้สึกถูกทิ้งขว้าง ครอบครัวที่พ่อแม่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม มีการดุด่า การลงโทษทางกายอย่างรุนแรง การควบคุมลูกมากเกินไป ทำความหวังให้พ่อแม่ไม่สำเร็จ มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีขัดแย้งกัน การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ การแยกทางของพ่อแม่ปัญหาทางสังคมของสมาชิกในครอบครัว การมีเพื่อนที่เคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย การเลียนแบบการแก้ปัญหาจากสื่อ และการมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับเพื่อนหรือครู เป็นต้น (Rungsang & Chaimongkol, 2017; Sukhawaha & Arunpongpaial 2017; Hataiyusuk & Apinuntavech, 2020) ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้เหตุการณ์วิกฤติที่เกิดขึ้นกับตนเอง เกิดความคิดอัตโนมัติทางลบ มองตนเองทางลบหรือไร้ค่า มองสิ่งแวดล้อมหรือคนที่เกี่ยวข้องไม่ดีกับตนเอง และคิดว่าอนาคตมืดแต่ความทุกข์ ยากลำบากในการมีชีวิตอยู่ การมีมุมมองความคิดทางลบนี้ ส่งผลให้วัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าและนำไปสู่พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (Beck & Alford, 2009)

การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จะต้องสร้างความตระหนัก ปรับทัศนคติ ทำความเข้าใจและให้ความรู้หรือสุขภาพจิตศึกษาให้กับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ผู้ปกครอง อาจารย์หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งที่อยู่ในโรงเรียนหรือชุมชน รวมถึงการเสริมสร้างปัจจัยปกป้อง ได้แก่ การสร้างความมีคุณค่า ความเข้มแข็งในชีวิต การสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียนและเพื่อน ในกรณีที่พบว่าวัยรุ่นเริ่มมีภาวะซึมเศร้าหรือมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลควรมีการดำเนินงานเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยการให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา และจัดโปรแกรมหรือรูปแบบที่ประยุกต์แนวคิดทางจิตเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย (Vatansin, 2023) โปรแกรมหรือรูปแบบเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ส่วนใหญ่เน้นการลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และโปรแกรมไม่ได้มุ่งเน้นการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และไม่ได้เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน จะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือ และมีทักษะในการแก้ปัญหาและป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพ (Chaniang, Fongkaew, Stone, & Sethabouppha, 2019; Chaniang, & Meuangkhwa, 2019) ซึ่งการให้คำปรึกษา (Counseling) เป็นกระบวนการหนึ่งช่วยให้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายได้รู้จักตนเอง มีสติรู้เท่าทันความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ปรับตัวให้สามารถอยู่ได้กับสภาพการณ์ที่เป็นปัญหาได้อย่างสมดุลและเหมาะสมมากที่สุด (Dexter & Wash, 1995) และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ (Hataiyusuk & Apinuntavech, 2020) ซึ่งการใช้แนวคิดการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ (Integrative Counseling Model) ช่วยให้การให้คำปรึกษามีประสิทธิภาพและผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ไปในทิศทางที่ผู้รับคำปรึกษาพึงประสงค์มากที่สุด (Corey, 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Khammanee (2016) ที่ศึกษาการพัฒนาการบูรณาการ การปรึกษากลุ่มแบบพหุทฤษฎี ระหว่างทฤษฎีอัตถิภาวะนิยมและทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อเสริมสร้างเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของผู้ต้องขังหญิง ในทัณฑสถานหญิง โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎี สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 6 สัปดาห์ รวมเป็น 17 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษากลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการปรึกษาแบบกลุ่มบูรณาการพหุทฤษฎีมีเหตุผลเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบ อัตถิภาวะ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้ คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม และทฤษฎีให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงการสื่อสาร นอกจากนี้ มีการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ค้นหาปัญหา และร่วมกัน แก้ไขปัญหา (Cohen & Uphoff, 1981) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล และพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการดำเนินงานการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป

### วัตถุประสงค์วิจัย

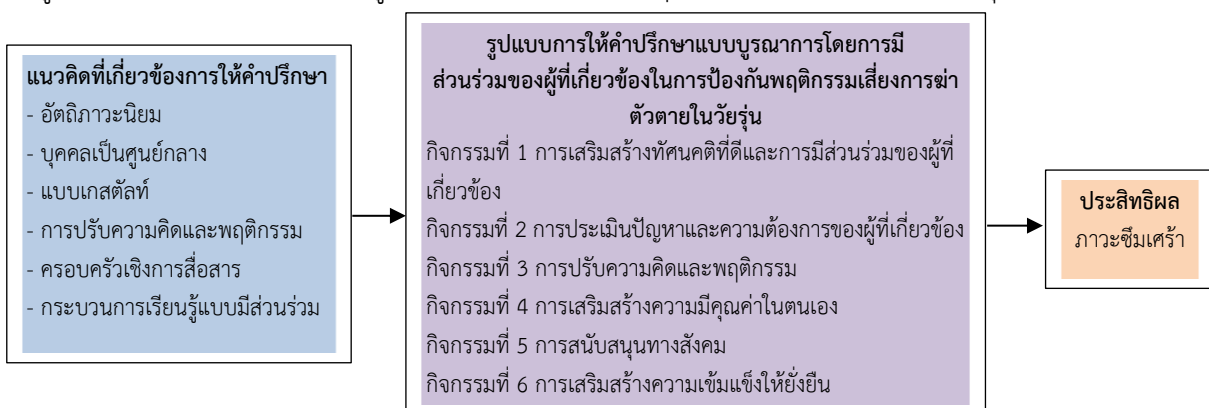
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกัน พฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

### สมมติฐานวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองตามรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมี ส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องน้อยกว่าก่อนกลุ่มควบคุม

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดการให้คำปรึกษา 5 ทฤษฎี ได้แก่ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอัตถิภาวะนิยม (Existential Theory) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-center Theory) (Corey, 2016) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt Theory) (Austad, 2009) ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิด และพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling) (Beck, 2011; Thapinta, 2015) และทฤษฎีให้คำปรึกษาครอบครัว เชิงการสื่อสาร (Communications Family Therapy) (Beck, 2011) รวมทั้งกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participation Learning: PL) (Cohen & Uphoff, 1981) จากนั้นผู้วิจัยสังเคราะห์ได้รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบ บูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

**ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น** ดำเนินการในเดือน วันที่ 20 มกราคม - 15 กุมภาพันธ์ 2567 โดยการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพดังนี้

### ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นนักเรียนชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งหมด 237 คน ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เป็นนักเรียนชั้นระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายที่มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย-มาก และคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 40 คน และกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู/ อาจารย์ในโรงเรียน จำนวน 2 คน เพื่อนจำนวน 3 คน ครอบครัวของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 25 คน และพยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเขตพื้นที่ จำนวน 5 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูล 75 คน เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ที่ยินยอมและให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ เกณฑ์คัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยให้เข้าใจได้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยระยะที่ 1 ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามของกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด การสร้างควมมีคุณค่าที่เกิดขึ้นของตนเอง และความต้องการในการดูแลและให้คำปรึกษาและการสนับสนุนจากผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามของผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทศนคติและการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ความรู้และทักษะในการดูแลและช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย การสนับสนุนจากครอบครัว ครู เพื่อน และพยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาในข้อคำถามและนำข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิไปคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ได้คะแนนความสอดคล้องรายข้อ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างอยู่ระหว่าง .67 - 1.00 และได้นำไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยสัมภาษณ์วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทีละคน ใช้เวลาคนละ 30 - 45 นาที จนครบหมดทุกคน ซึ่งหลังจากการสัมภาษณ์แต่ละครั้งผู้วิจัยนำมาจดบันทึก และได้ทบทวนและสะท้อนเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ให้วัยรุ่นได้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลของตนเองอีกครั้ง หากข้อมูลใดที่ยังไม่ชัดเจนผู้วิจัยจะนัดวันและเวลาสัมภาษณ์เพิ่มเติม จนได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ สำหรับกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และบุคลากรทางสาธารณสุข ผู้วิจัยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยแยกแบ่งกลุ่มสัมภาษณ์ทีละกลุ่ม ใช้สถานที่ของห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่มีบุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องอยู่ในบริเวณสัมภาษณ์ ผู้วิจัย 1 คน จะเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้วิจัย อีก 2 คน จะจดบันทึกระหว่างการสัมภาษณ์ และสังเกตการณ์ใช้เวลาดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มละ 4 ชั่วโมง ซึ่งมีการพักช่วงในแต่ละกลุ่ม หากข้อมูลใดที่ยังไม่ชัดเจน ผู้วิจัยจะนัดวันและเวลาสัมภาษณ์เพิ่มเติม



### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยผู้วิจัยอ่านและทำความเข้าใจข้อความที่บันทึก ระบุข้อความสำคัญ กำหนดคำสำคัญ จัดหมวดหมู่คำสำคัญ ตีความและเชื่อมโยงข้อมูลความสอดคล้อง สร้างข้อสรุปเป็นประเด็น และนำประเด็นที่ได้ตรวจสอบความหมายกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เอกสาร และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นต่อไป (Joungtrakul, & Wongprasit, 2019)

**ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น** ดำเนินการโดยการระดมสมอง (Brainstorming) ในทีมผู้วิจัยในวันที่ 16 กุมภาพันธ์ - 10 มีนาคม 2567 ดังนี้

1. นำผลการวิเคราะห์ในระยะที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น และสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎีในการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วม ออกแบบรูปแบบ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การฟังอย่างใส่ใจ การออกแบบการมีส่วนร่วมและประเมินความคาดหวัง ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างบรรยากาศแห่งความไว้วางใจ ยอมรับซึ่งกันและกัน มีความจริงใจ มีเมตตา ความปรารถนาดีพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือ ยอมรับโดยปราศจากเงื่อนไข ผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive Listening) และการใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยให้บุคคลยอมรับตนเอง รู้จักตนเอง และเข้าใจตนเอง รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด (Corey, 2016) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด และการสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้บุคคลได้รับรู้ต่อเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดในสภาวะปัจจุบัน โดยให้วัยรุ่นใช้สรรพนามแทนตนเอง จะทำให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองคิด พูด และมีความต้องการอย่างไร ส่งเสริมให้มีสติและตระหนักรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับตนเอง ผู้ให้คำปรึกษาต้องใช้การรับรู้ เพื่อทำความเข้าใจในบุคคล โดยปราศจากการวิเคราะห์ ตีความ ข้อมูลที่ดีจากการฟังอย่างใส่ใจ การสังเกต ภาษาท่าทางของบุคคล (Austad, 2009) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ให้คำปรึกษาค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ หรือความคิดที่ทำให้เกิดทุกข์ ซึ่งมีผลต่ออารมณ์ พฤติกรรม และสรีระ ที่รบกวนศักยภาพในชีวิตประจำวัน โดยการใช้คำถามแบบโสเครติคเพื่อช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาได้ตอบคำถามและค้นพบความคิดอัตโนมัติของตนเอง (Beck, 2011; Thapinta, 2015) กิจกรรมนี้ ดำเนินการ 2 ครั้ง ๆ ละประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่น มาสู่การพึ่งตนเอง มีประสบการณ์รับรู้เกี่ยวกับตนเอง สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ตระหนักในคุณค่าของตน (Self-actualization) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) และตระหนักรู้ (Awareness) และคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในสภาวะปัจจุบัน (Here and Now) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีให้คำปรึกษาครอบครัวเชิงการสื่อสารที่เน้นการสื่อความหมายที่ชัดเจน มีจุดมุ่งหมายเพื่อการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เข้าใจความรู้สึกนึกคิดซึ่งกันและกัน (Beck, 2011) และใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยการส่งเสริมให้เกิดความตระหนัก ค้นหาปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหา (Cohen & Uphoff, 1981) ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ในการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้วิจัยใช้ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบอรรถกวีนิยม มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้วัยรุ่นตระหนักถึงความสำคัญในการควบคุมตนเอง การรู้จักใช้เสรีภาพในการตัดสินใจเลือกสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง และรับผิดชอบการกระทำของตนเอง ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที

นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น พยาบาลจิตเวช และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและจิตเวช วิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67- 1.00 และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มกิจกรรมย่อยในกิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม คือ การเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน ครู/อาจารย์ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง รวม 5 คน โดยดำเนินการตามรูปแบบ มีการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า วัยรุ่นที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบ มีค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าน้อยลง ซึ่งรูปแบบนี้สามารถนำไปใช้จริงได้ และช่วยลดภาวะซึมเศร้าที่จะส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

**ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการโดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น** โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัด 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two Groups Pretest and Posttest design) ดำเนินการในเดือน 15 มีนาคม - 5 พฤษภาคม 2567

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย ของโรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) นักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย-มาก โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ 2) นักเรียนมีความสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง และ 3) นักเรียนได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายที่อยู่ในระหว่างการรักษาทางจิตเวชอย่างต่อเนื่อง เช่น รับประทานยาลดจากจิตแพทย์ และนักเรียนและผู้ปกครองไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลอง

### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายและสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของนักเรียน โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมสำเร็จรูป G\*Power version 3.1.9.7 กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) เท่ากับ 0.80 ความคลาดเคลื่อน ( $\alpha$ ) เท่ากับ .05 ค่าอำนาจในการทดสอบเท่ากับ .80 และผู้วิจัยเลือก Test Family เป็น t-tests และเลือก Statistical Test เป็น Mean: Difference between two independent means (Two groups) ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 42 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยจับฉลากจากคู่มือที่คล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบกลุ่มละ 21 คน ซึ่งแต่ละกลุ่มประกอบด้วย นักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 10 คน โดยมีความคล้ายคลึงกันตามเพศ อายุ ระดับชั้นที่เรียน และระดับของภาวะซึมเศร้ารระดับเล็กน้อย-มาก และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 11 คน ทั้งนี้ในการแบ่งกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการปกปิดสองทาง (Double-blinded Experiment) คือ ระหว่างการวิจัยทั้งคณะผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่ากิจกรรมใดเป็นโปรแกรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าตนเองอยู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติดังนี้

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่พัฒนาขึ้นในขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (Thai Version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ที่พัฒนาโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ มีความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับดี (Cronbach Alpha Coefficient = .88) (Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute, 2018) แบบประเมินนี้มีข้อความเหมาะสมกับวัยรุ่นไทยอายุ 11 - 20 ปี และสามารถคัดกรองและติดตามภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ซึ่งลักษณะข้อความเป็นการประเมินตนเองเบื้องต้น ไม่ใช่การวินิจฉัยโรค และข้อความมีลักษณะที่สะท้อนอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ลักษณะข้อความ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ 0 คะแนน เท่ากับความรู้สึก 1 คะแนน เท่ากับ มีบางวัน 2 คะแนน เท่ากับ มีมากกว่า 7 วัน 3 คะแนน เท่ากับ มีแทบทุกวัน ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ 5 - 9 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย 10 - 14 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลาง และคะแนน 15 - 19 คะแนน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้าในระดับมาก (Panyawong, Pavasuthipaisit, & Santitadukul, 2022)

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

#### ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
2. ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดสุราษฎร์ธานี และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
3. สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์และคุณสมบัติที่กำหนด
4. ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ประโยชน์ที่จะได้รับในการร่วมกิจกรรม และพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย
5. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

#### ขั้นทดลอง

#### กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการตามกิจกรรมของรูปแบบ ในช่วงกลุ่มตัวอย่างปิดภาคการศึกษา และให้กลุ่มตัวอย่างเลือกวันที่สะดวกและตกลงมาพร้อมกันในแต่ละสัปดาห์ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น และดำเนินกิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน เรียนรู้การฟังอย่างใส่ใจ การออกแบบการมีส่วนร่วมและประเมินความคาดหวัง ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด ความเครียด และการสร้างความตระหนักและความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 45 - 60 นาที



สัปดาห์ที่ 3 - 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา ใช้เวลา 45 - 60 นาที

สัปดาห์ที่ 5 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต

สัปดาห์ที่ 6 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว และกิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน กิจกรรมย่อยประกอบด้วย การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ในการดำเนินชีวิต

### กลุ่มควบคุม

นัดวันและเวลาที่ไม่ตรงกับกลุ่มทดลอง และผู้วิจัยชี้แจงกลุ่มควบคุมให้ปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันตามปกติ พร้อมทั้งนัดวันเวลาสำหรับการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือภาวะซึมเศร้า

### ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากเสร็จการร่วมกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 6 และเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ใช้เวลา 10 - 15 นาที จากนั้นตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลที่ได้ ก่อนไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ และเมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยใช้รูปแบบการให้คำปรึกษาแก่กลุ่มควบคุม และได้ประสานความร่วมมือกับครู/ อาจารย์ และครอบครัว ในการดูแลช่วยเหลือแก่กลุ่มตัวอย่างต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ( $n < 30$ ) และไม่เป็นอิสระต่อกัน (ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มเดียวกัน) ถึงแม้ว่าการทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนภาวะซึมเศร้าก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าการแจกแจงไม่เบี่ยงเบนจากความปกติอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} > .05$ )
3. เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบกับกลุ่มควบคุมที่ให้ดำเนินชีวิตตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-whitney U test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อยกว่า 30 ( $n < 30$ ) คะแนนภาวะซึมเศร้าเป็นตัวแปรตามซึ่งข้อมูลเชิงอันดับ และกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่ซ้ำกัน ถึงแม้ว่าการทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนภาวะซึมเศร้าของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk พบว่าการแจกแจงไม่เบี่ยงเบนจากความปกติอย่างมีนัยสำคัญ ( $p\text{-value} > .05$ )

### จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เลขที่ 2024/2 วันที่ 15 มกราคม 2567

### ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหรือมีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อย-มาก จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 16.88 ของนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และความเครียดจากปัญหาครอบครัว ปัญหาเพื่อนสนิทหรือคนรอบข้างที่มากอดดัน และปัญหาการเรียน เป็นต้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“รู้สึกน้อยใจพ่อแม่ มีคำพูดเชิงลบของคนในครอบครัว เพื่อนไม่จริงใจ นินทา ถูกบูลลี่ทำให้เครียด มีอารมณ์ร้อน รู้สึกเป็นภาระผู้อื่น ไม่ชอบตนเอง งานเยอะมากในช่วงใกล้สอบ สูญเสียคนที่รัก ไม่อยากมีชีวิตอยู่ (อยากบีบคอตัวเองให้ตายไปเลย) เครียด รู้สึกเบื่อ เหนื่อย หดหู่ เสียใจ เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกเฉย ๆ กับตัวเอง รู้สึกว่าครอบครัวไม่เข้าใจ ทำให้ตัวเองไม่มีอิสระในการใช้ชีวิต”

เมื่อมีปัญหาและความเครียด วัยรุ่นกลุ่มนี้ก็จะครุ่นคิดทางลบและคิดซ้ำ ๆ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คิดว่าชีวิตนี้อยู่เพื่อใคร ถ้าตายคงจะดี อยากตัดปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากตาย รู้สึกว่าตนเองไม่สวย ไม่เก่งเหมือนคนอื่น อยากทำให้พ่อแม่ภูมิใจ ความผิดพลาดในชีวิต ตัวเองแยทำอะไรก็ผิด ไม่มีกำลังใจในการเรียนนอนไม่หลับ ร้องไห้บ่อย คิดมาก ไม่มีสติ จิตใจฟุ้งซ่าน เศร้า ไม่มีความสุข รู้สึกตนเองไร้ค่า คิดไม่อยากอยู่ คิดอยากทำร้ายตนเอง คิดฆ่าตัวตายแต่ไม่กล้าทำ”

ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งวัยรุ่นต้องการสนับสนุนหรือได้รับการช่วยเหลือกับผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ต้องการให้มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย ให้คำปรึกษา โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู/ อาจารย์ พ่อแม่ แฟน เพื่อนสนิท ที่เข้าใจ ยอมรับ ให้กำลังใจ มีเหตุผลและดูแลใกล้ชิด ต้องการวิธีการจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นในใจ โดยเฉพาะคิดอยากตาย”

สำหรับครู/ อาจารย์ มีการรับรู้และเข้าใจนักเรียนที่เป็นวัยรุ่น การประเมินและคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจทำได้ไม่ต่อเนื่องและบางครั้งพบว่านักเรียนไม่ได้เข้ามาบอกปัญหาครูโดยตรง ซึ่งครู/ อาจารย์ มีข้อเสนอแนะว่า “ต้องมีความรู้ ความเข้าใจวัยรุ่นและมีทักษะในการดูแลช่วยเหลือนักเรียน”

ครอบครัวหรือผู้ดูแลหลักทุกคนให้ความสำคัญและตระหนักถึงการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่น แต่บางครั้งไม่ทราบว่าลูกมีปัญหาอะไรบ้าง จึงไม่สามารถช่วยลูกได้ ต้องการมีความรู้เพื่อป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายของวัยรุ่นมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เห็นลูกเจี๊ยบ ๆ ไม่พูดอะไร หรือเล่าในสิ่งเป็นปัญหา บางครั้งแยกตัว เล่นมือถือ ทำให้ไม่พอใจลูก บางครั้งดูต่อว่า โดยไม่ได้สอบถามข้อมูลหรือสาเหตุที่เกิดขึ้น ซึ่งรับรู้ว่าลูกเสียใจ ดังนั้นพ่อแม่ควรเข้าถึงและเข้าใจลูก แต่พ่อแม่มีความรู้น้อยในการประเมินปัญหา ต้องการได้รับความรู้ และให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นได้”

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ การรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ มีความเครียดจากปัญหาครอบครัว เพื่อน และการเรียน ส่วนผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครอบครัว ครู/ อาจารย์ เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ตระหนักถึงความสำคัญและต้องการมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

2. รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังภาพที่แสดงด้านล่างนี้



ภาพ 2 รูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น แสดงดังตารางนี้

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิลคอกซ์ (Wilcoxon Signed Ranks Test)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			Z	p-value (1-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ภาวะซึมเศร้า	17.00	4.98	17.00	11.40	7.44	22.00	2.492	.013

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มทดลองได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ มีคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาตามรูปแบบ กับกลุ่มควบคุมที่ให้ดำเนินชีวิตตามปกติ โดยใช้สถิติ Mann-whitney U Test

ภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			Z	p-value (2-tailed)
	M	SD	IQR	M	SD	IQR		
ก่อนการทดลอง	17.00	4.98	17	13.70	4.66	15	1.33	.190
หลังการทดลอง	11.40	7.44	22	9.10	3.69	11	1.84	.514

จากตาราง 2 จะเห็นได้ว่า ก่อนการทดลอง คะแนนภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกัน และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนภาวะซึมเศร้า ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## การอภิปรายผล

1. การศึกษาสภาพปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น จากผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นมีคะแนนภาวะซึมเศร้าระดับน้อย-มาก คิดเป็นร้อยละ 16.88 หากวัยรุ่นกลุ่มนี้ไม่ได้รับดูแล ช่วยเหลือ จะมีแนวโน้มให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและกระทำพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มสูงขึ้น (Rungsang & Chaimongkol, 2017) สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ที่พบว่าวัยรุ่นมีเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ครุ่นคิดคิดซ้ำ ๆ เกี่ยวกับเรื่องที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาการเรียน ครอบครัว เพื่อนสนิทหรือคนรอบข้างที่มากดดัน ทำให้วัยรุ่นเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกทางลบ เช่น มองตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ เป็นภาระให้กับคนอื่นและหากพบกับความผิดหวังหรือล้มเหลวซ้ำ ๆ จะทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจ วัยรุ่นก็จะใช้กลไกทางจิตในการกล่าวโทษตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกบาป คิดสับสน ส่งผลให้วัยรุ่นรู้สึกสิ้นหวัง และเกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ (Beck, 2011) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนใจในชีวิตที่ทำให้รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ลบ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ลักษณะของสังคมแวดล้อมของวัยรุ่น ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน และกลุ่มเพื่อนมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นเช่นกัน การป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย วัยรุ่นควรรับรู้ความคิดความรู้สึกนั้น และจัดการกับความครุ่นคิดหรือความเครียด สร้างคุณค่าให้กับตนเอง การสนับสนุนการดูแล ช่วยเหลือจากครอบครัว ครู/อาจารย์ เพื่อน และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่อย่างเข้าใจ เข้าถึง และรวดเร็ว จะช่วยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ (Hataiyusuk, & Apinuntavech, 2020; Vanprom, Saithanwanitkul, Chantarachit, & Aekwarangkoon, 2022)

2. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น รูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมี 6 กิจกรรม ดำเนินการตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 - 6 ตามลำดับ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การเสริมสร้างทัศนคติที่ดีและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นกิจกรรมที่ประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client-center Theory) ที่มีจุดมุ่งหมายให้วัยรุ่นมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจและมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน พร้อมทั้งจะเล่าเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและความเครียดได้ สิ่งสำคัญผู้ให้คำปรึกษาใช้เทคนิคการฟังอย่างใส่ใจ (Attentive Listening) และการใช้คำถาม ซึ่งจะช่วยให้วัยรุ่นเรียนรู้ทักษะฟังในสิ่งที่วัยรุ่นเล่า หรือระบายความคิดความรู้สึก ทำให้วัยรุ่นเปิดเผยปัญหาที่แท้จริง เข้าใจ ยอมรับตนเอง รู้จักตนเอง และรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิดและความเครียดที่เกิดขึ้นของตนเองได้ ขณะเดียวกันรับรู้ถึงเพื่อนในกลุ่มที่ยอมรับและเข้าใจตนเอง (Corey, 2012)

กิจกรรมที่ 2 การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้อง เป็นการประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดที่เกิดขึ้นของวัยรุ่นในภาวะปัจจุบัน (Here and Now) โดยผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt) ให้วัยรุ่นรับรู้ตนเองโดยใช้สรรพนามแทนตนเอง ซึ่งจะทำให้วัยรุ่นได้สำรวจความคิด ความรู้สึก และความต้องการของตนเอง ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาต้องทำความเข้าใจในบุคคลฟังอย่างใส่ใจ การสังเกต และภาษาท่าทางของบุคคล (Austad, 2009)

กิจกรรมที่ 3 การปรับความคิดและพฤติกรรม เริ่มจากการค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์และการจัดการกับความเครียด และทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยประยุกต์ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบการปรับความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Counseling) โดยผู้ให้คำปรึกษาใช้ทักษะการฟัง การใช้คำถาม และการสะท้อนความคิดและความรู้สึกให้วัยรุ่นได้สำรวจความคิดที่เกิดขึ้นก่อนการเกิดอารมณ์ และสำรวจความคิดเชิงลบ ประเมินความคิด

และอารมณ์ที่เป็นปัญหา ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการจัดการกับอารมณ์ หรือความเครียดที่เกิดขึ้น จากนั้นผู้ให้คำปรึกษาได้ปรับมุมมองความคิดเชิงบวก และมอบหมายให้วัยรุ่นได้ฝึกความคิดเชิงบวกและนำมาเล่าสู่กันฟัง (Beck, 2011; Thapinta, 2015)

กิจกรรมที่ 4 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้วิจัยได้ให้วัยรุ่นค้นหาคุณค่าในตนเอง และการตั้งเป้าหมายในชีวิต ตามทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ (Gestalt) ทฤษฎีนี้จะช่วยให้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย มีการรับรู้และการยอมรับตนเองตามสภาพที่เป็นจริง เปลี่ยนพฤติกรรมจากการพึ่งพาผู้อื่นมาสู่การพึ่งตนเอง สามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ตระหนักในคุณค่าของตน (Self-actualization) การควบคุมตนเอง (Self-regulation) และตระหนักรู้ (Awareness) และคำนึงถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในภาวะปัจจุบัน (Here and Now) สอดคล้องกับการศึกษาของ Monthong (2015) ที่ศึกษาผลการปรึกษากลุ่มทฤษฎีเกสตัลท์ต่อการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีภูมิคุ้มกันทางจิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กิจกรรมที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม มีการดำเนินการในการเสริมทักษะการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และการฝึกทักษะในการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้ทำความเข้าใจในบทบาทของครอบครัว ครูอาจารย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและชุมชนที่มีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือและแก้ปัญหาให้กับวัยรุ่น มีสัมพันธภาพที่ดี และใช้การสื่อสารด้วยท่าทีที่แสดงถึงความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย และให้วัยรุ่นรู้สึกปลอดภัย โดยประเมินความเครียดที่กำลังเป็นอยู่ ความคิดฆ่าตัวตาย ตรวจสอบพฤติกรรมการใช้ยา สารเสพติดหรือของมีเมา สังเกตและประเมินพฤติกรรม เช่น ซึม เศร้า หงุดหงิด เบื่อ ไม่ค่อยสนใจ นอนไม่หลับ รู้สึกแย่กับตนเอง ไม่ค่อยมีสมาธิ พูดและเคลื่อนไหวช้า มีลักษณะคำพูดและพฤติกรรมที่สื่อแสดงถึงสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย การพูดเรื่องความตาย มีคำพูดแปลก ๆ เป็นต้น กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าว สามารถช่วยให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้าลดลง และทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องมีระดับความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Jansam, 2016)

กิจกรรมที่ 6 การเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน มีการดำเนินการการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้ยั่งยืน และการประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยให้ผู้รับคำปรึกษาสะท้อนความคิด แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนเองจากการได้รับกิจกรรมข้างต้น เพื่อแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่ม และนำการเรียนรู้ไปประยุกต์ และพัฒนาตนเองต่อไป โดยผู้ให้คำปรึกษาเป็นผู้รับฟังและไม่ได้แย้งความคิด ความรู้สึกของผู้รับคำปรึกษา

3. การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบบูรณาการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เป็นเพราะรูปแบบการให้คำปรึกษาที่มีการบูรณาการ 5 ทฤษฎี ทำให้วัยรุ่นเปิดใจ รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบและสาเหตุที่ทำให้เกิดความคิดและอารมณ์ความรู้สึกทางลบ เมื่อรับรู้สิ่งที่เกิดขึ้น ผู้ให้คำปรึกษาได้ใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดความคิด ความรู้สึกเชิงบวก ภายใต้บรรยากาศอบอุ่น ไว้วางใจ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู/ อาจารย์ ครอบครัว เพื่อน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่เข้ามาร่วมตั้งแต่กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมที่ 2 และ กิจกรรมที่ 5 มีความตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น รับรู้ถึงปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะปรับบทบาทของตนเองในการเข้าใจ เข้าถึง และให้คำปรึกษาในป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น เมื่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจและยอมรับวัยรุ่นกลุ่มนี้ ทำให้วัยรุ่นกล้าที่จะบอกปัญหาหรือความต้องการของตนเอง และครอบครัวที่ใกล้ชิดกับวัยรุ่น สามารถประเมินพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพิ่มว่าอาจเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน และติดตามผลพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามีส่วนร่วมมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาการพัฒนาารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่า



ตัวตายจังหวดยโสธร พบว่า หลังการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตายพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตายมีคะแนนของภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 บุคลากรมีความรู้ ทักษะและทักษะป้องกันการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (Jansam, 2016) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมตามรูปแบบ ทำให้วัยรุ่นมีความไว้วางใจ ระบายความรู้สึกและเล่าถึงเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ และพร้อมที่จะปรับความคิด ความรู้สึกเชิงบวกได้มากขึ้น ประกอบทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจและเปิดใจรับฟังปัญหา การให้กำลังใจ เสริมสร้างคุณค่าให้กับวัยรุ่น ให้การดูแลช่วยเหลือเสมือนมีคนอยู่เคียงข้าง ทำให้วัยรุ่นที่มีปัญหาปรึกษา ปรับตัวและปรับความคิดได้เมื่อเกิดปัญหา ซึ่งจะช่วยป้องกันการพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้ สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายว่าวัยรุ่นทั้งสองกลุ่มได้รับรู้ว่าตนเองมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับใด เมื่อรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นบุคคลที่มีการจัดการกับปัญหาของตนเองได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง หากพบเหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบอีก ก็อาจทำให้มีความคิดความรู้สึกเชิงลบซ้ำ ๆ ส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายได้อีก ดังนั้นวัยรุ่นจำเป็นต้องได้รับการรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ เรียนรู้การปรับความคิดและความเครียดที่เกิดขึ้น มีตัวอย่างที่ดีในการแก้ปัญหา การได้รับกำลังใจ ยอมรับและเสริมคุณค่าซึ่งกันและกัน รวมทั้งการเข้าใจ เข้าถึง และร่วมกันดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้อง เมื่อทุกฝ่ายร่วมกันจะทำให้ป้องกันการพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืน (Chaniang & Meuangkhwa, 2019)

จุดเด่นของรูปแบบนี้ คือ มีกิจกรรมที่สามารถทำให้วัยรุ่นไว้วางใจ และเชื่อมั่นในตนเองที่จะปรับความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของตนเองได้ รู้สึกมีคุณค่ามากขึ้น เปิดใจที่จะเล่าเรื่องราวให้กับคนที่ไว้วางใจ โดยเฉพาะครอบครัว ข้อจำกัดของรูปแบบ คือ การดำเนินกิจกรรมเป็นการให้คำปรึกษารายกลุ่ม ดังนั้นจะต้องเพิ่มเติมกิจกรรมการเยี่ยมบ้านเพื่อนำไปสู่การเข้าถึงปัญหาตามสภาพจริงให้มากขึ้น

### การนำผลวิจัยไปใช้

1. ครู/ อาจารย์/ พยาบาล/ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรประยุกต์กิจกรรม ทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดี และการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้อง การประเมินและรับรู้เหตุการณ์ในชีวิตเชิงลบ ความครุ่นคิด และความเครียดที่เกิดขึ้นของวัยรุ่น การค้นหาความคิดอัตโนมัติทางลบ การประเมินและตรวจสอบความคิด การตอบสนองความคิดอัตโนมัติ ทักษะการควบคุมอารมณ์ การจัดการกับความเครียด ทักษะการเผชิญและแก้ปัญหา การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันการพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นในโรงเรียนและชุมชน

2. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายเพื่อพัฒนาศักยภาพครู/ อาจารย์ในโรงเรียนให้มีความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแล ช่วยเหลือ และให้คำปรึกษาแก่นักเรียนและผู้ปกครอง รวมทั้งการส่งต่อให้กับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผู้เชี่ยวชาญในการให้คำปรึกษา

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนานวัตกรรมหรือโปรแกรมเกี่ยวกับการป้องกันการพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ทั้งในโปรแกรมสำเร็จรูปหรือลักษณะออนไลน์

2. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการให้ครอบครัวหรือผู้ปกครองและเพื่อน เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันการพฤติกรรมเสี่ยงการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการติดตามผล ทุก 6 เดือน หรือ 1 ปี

## References

- Austad, C. S. (2009). *Counseling and Psychotherapy Today: Theory, Practice, and Research*. New York: McGraw Hill.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond*. (2<sup>nd</sup> ed). New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects* (2<sup>nd</sup> eds.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Chaniang, S., Fongkaew, W., Stone, T. E., & Sethabouppha, H. (2019). Development and evaluation of a suicide prevention program for secondary school students. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 23(3), 201-212.
- Chaniang, S., & Meuangkhwa, P. (2019). Adolescent suicide risk behavior. *Journal of Nursing Siam University*, 20(39), 121-130. (in Thai)
- Child and Adolescent Mental Health Rajanakarindra Institute. (2018). Development of the Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents. Department of Mental Health, Ministry of Public Health). (in Thai)
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation*. Ithaca, NY: Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.
- Corey, G. (2016). *Theory and Practices of Group Counseling* (8<sup>th</sup> ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole. Cengage Learning.
- Dexter, G., & Wash, M. (1995). *Psychiatric Nursing Skills: A Patient-Centered Approach* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Chapman&Hall.
- Hataiyusuk, S., & Apinuntavech, S. (2020). Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. *Siriraj Medical Bulletin*, 13(1), 40-47. (in Thai)
- Jansam, S. (2016). *The Development of Community Participation Model for Suicide Prevention in Yasothon Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Administration, Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai)
- Joungtrakul, J., & Wongpravit, N. (2019). Content analysis for data analysis in qualitative research. *PAAT Journal*, 2(2), 1-14. (in Thai)
- Khammanee, N. (2016). *A Development of Integrative Multi-Theoretical Group Counseling: Existential and Reality Therapy to Enhancing the Reasons for Living of Female Inmates*. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Counseling Psychology, Burapha University. (in Thai)
- Monthong, A. (2015). *The Effective of Gestal Group Counselling on The Enhancement of Psychology Immunity of Lower Secondary School*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master of Science in Counseling Psychology, Burapha University. (in Thai)

- Panyawong, W., Pavasuthipaisit, C., & Santitadukul, R. (2022). Validation of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A) in school setting. *Journal of Mental Health of Thailand, 30*(1), 38-48. (in Thai)
- Rungsang, B., & Chaimongkol N. (2017). The prevalence of suicidal ideation among high school students in Thailand and its potential related risk factor. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal, 12*(1), 31-35. (in Thai)
- Sukhawaha, S., & Arunpongpaisal, S. (2017). Risk factor and theory associated with suicide in adolescents: Narrative reviews. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 62*(4), 359-378. (in Thai)
- Thapinta, D. (2015). Cognitive behavior counseling. *Nursing Journal CMU, 42*(Supplement), 205-213. (in Thai)
- Vanprom, W., Saithanwanitkul, M., Chantarachit, R., & Aekwarangkoon, S. (2022). The effective of depression and mental trauma experience on suicide risk among elementary school students in extended opportunity schools, Nakhon Si Thammarat province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 36*(1), 88-103.
- Vatansin, D. (2023). *Adolescent Depression: Basic Concept and Nursing Care*. Chiang Mai: Wanida Printing.