บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

รุ่งนภา เขียวชะอ่ำ*, ธันยพร บัวเหลือง*, ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์**, พุทธิพร พงศ์นันทกุลกิจ**, พิมพ์รัตน์ โทกุล*, ชนิศา ศิริพานิช**

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในระดับชุมชน พยาบาลในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญในการเข้าถึง คัดกรอง เฝ้าระวัง และประสานความร่วมมือกับครอบครัวและชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาสถานการณ์และระดับบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน และเพื่ออธิบายลักษณะ บริบท และประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทดังกล่าว

วิธีการศึกษา: การวิจัยแบบผสมผสานวิธีชนิดขั้นตอนเชิงอธิบาย 1) การศึกษาเชิงปริมาณ ศึกษาข้อมูลสถานการณ์จากฐานข้อมูลสุขภาพจังหวัดจันทบุรี จากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่มีประสบการณ์ จำนวน 34 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มพยาบาล จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 52.9) การประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (3.93 ± 0.55) และการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน เป็นด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (3.12 ± 0.79) ผลการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ พบ 5 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ 1) การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล 3) การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 4) การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน และ 5) ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน โดยพบว่า พยาบาลใช้ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงร่วมกับความเข้าใจบริบทของผู้สูงอายุในการดูแล แต่ยังมีข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และการเข้าถึงแนวทางวิชาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการคัดกรอง การให้คำปรึกษา และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม อย่างไรก็ตาม ควรพัฒนาแนวปฏิบัติหรือเครื่องมือที่กระชับและเหมาะสมกับบริบทงานปฐมภูมิ ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์ภาคสนาม และสนับสนุนระบบการทำงานร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ การฆ่าตัวตาย บทบาทพยาบาล สุขภาพจิตชุมชน การวิจัยผสมผสานวิธี

*วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี
**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

Corresponding Author: Thanyaporn Bualuang E-mail: thanyaporn@pnc.ac.th
Received: 15 February 2026 Revised: 7 June 2025 Accepted: 26 August 2026

Nurses' competencies to prevent suicide among older adults in community

Rungnapha Khiewchaum*, Thanyaporn Bualuang*, Tipwimol Tungchutaweesub**, Puttiporn Pongnantakunkij**, Pimrat Tokun*, Chanisa Siripanich**

ABSTRACT

BACKGROUND: Thailand has become a complete aging society, and older adults are at risk of mental health problems, particularly depression and suicide. Nurses in primary care settings play an important role in screening, monitoring, and coordinating with families and communities to prevent suicide among older adults.

OBJECTIVE: To examine the situation and level of nurses' roles in suicide prevention among older adults in the community and to explore nurses' characteristics, contexts, and experiences in performing these roles.

METHODS: An explanatory sequential mixed-methods design was used. The quantitative phase collected data from health databases in Chanthaburi Province and 34 nurses with experience in suicide prevention among older adults. Data were analyzed using descriptive statistics. The qualitative phase involved in-depth interviews and focus group discussions with 15 nurses and was analyzed using content analysis.

RESULTS: Most nurses reported a high level of role performance in suicide prevention (52.9%). The highest mean score was found in the domain of assessment, screening, and monitoring of older adults at risk of suicide (3.93 ± 0.55), while the lowest mean score was found in the domain of developing nursing practice through the use of empirical evidence, innovations, and technologies appropriate to the community context (3.12 ± 0.79). Qualitative findings identified five themes: 1) risk identification and monitoring, 2) psychological support and individual counseling, 3) family and community support systems, 4) mental health promotion in the community, and 5) limitations in applying evidence-based practice. Nurses integrated practical experience and community context in caring for older adults; however, barriers included workload, limited time, and access to appropriate evidence-based guidelines.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Nurses have an important role in preventing suicide among older adults through screening, counseling, and community collaboration. Developing context-appropriate practice tools, promoting evidence-based practice integrated with clinical experience, and strengthening family and community networks are recommended.

KEYWORDS: older adults, suicide, nursing roles, community mental health, mixed-methods research

*Phrapokklao Nursing College
**Chanthaburi Provincial Public Health Office

Corresponding Author: Thanyaporn Bualuang E-mail: thanyaporn@pnc.ac.th
Received: 15 February 2026 Revised: 7 June 2025 Accepted: 26 August 2026

ความเป็นมา

ปัจจุบันประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากรายงานสถิติประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศมีมากถึง 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้น 2 เท่าของประชากรในประเทศ หรือคิดเป็นร้อยละ 31.28[1] การเปลี่ยนแปลงของประชากรไทยในลักษณะดังกล่าวส่งผลให้ประเทศไทยจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมรับมือปัญหาสุขภาพของประชากรในประเทศมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม[2] เนื่องจากกลุ่มผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการเกิดโรคเรื้อรัง ความบกพร่องทางร่างกาย โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตใจที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับโรคเรื้อรัง ความเสื่อมของร่างกาย ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ปัญหาทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย[3] ประกอบกับรายงานข้อมูลพบว่า ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปีและเป็นผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 8.7[4]

สถานการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับรายงานผู้สูงอายุของจังหวัดจันทบุรี พบว่า ผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2566 เพิ่มสูงขึ้นมากกว่า 8 หมื่นคน คิดเป็นร้อยละ 17 โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5] โดยสถานการณ์การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรี พบอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุฆ่าตัวตายมากที่สุด ได้แก่ อำเภอขลุง อำเภอเมือง และอำเภอสอยดาว ตามลำดับ[6] ข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับโรคทางกาย ปัญหาเศรษฐกิจ ภาระหนี้สิน และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบการดูแลด้านสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน[7]

การป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรเปราะบาง จำเป็นต้องอาศัยการดูแลแบบมีส่วนร่วมระหว่างครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตใจและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มักเกิดจากปัญหาที่มีความซับซ้อนและยากต่อการสังเกตจากภายนอก เนื่องจากเป็นภาวะที่อยู่ภายในบุคคลของผู้สูงอายุ ซึ่งมีความละเอียดอ่อน รับรู้ได้เฉพาะตัว[8] เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ หรือนักจิตวิทยา โดยเฉพาะพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมิน คัดกรอง เฝ้าระวัง ให้คำปรึกษา ประสานการดูแล ติดตามผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหามีทางออกในการแก้ไขปัญหา รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เป็นต้น[9] จากบทบาทในการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มการฆ่าตัวตาย ล้วนเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุในชุมชนที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้

แม้ในปัจจุบันการศึกษาที่ผ่านมาให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงและการคัดกรองการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีข้อมูลจำกัดเกี่ยวกับสถานการณ์การปฏิบัติงาน บทบาท และประสบการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและผู้สูงอายุในการป้องกันการฆ่าตัวตายในบริบทชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่จังหวัดจันทบุรี ที่ถึงแม้จะมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย แต่ยังพบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นทุกปี อีกทั้ง ปัจจุบันรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ ปัจจุบันมีการโอนภารกิจการดูแลของ รพ.สต. ไปสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้เกิดช่องว่างของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้น การสำรวจสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อนำไปปรับปรุงและออกแบบการดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ตลอดจนช่วยลดจำนวนผู้สูงอายุที่ฆ่าตัวตายในชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และระดับบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

2. เพื่ออธิบายลักษณะ บริบท และประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติบทบาทเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาผสมผสานวิธีแบบขั้นตอนเชิงอธิบาย (mixed methods research: explanatory sequential design) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างมกราคม พ.ศ. 2568 - มกราคม พ.ศ. 2569 ดำเนินการวิจัย 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) ดำเนินการศึกษา 2 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทุติยภูมิ ประกอบด้วย จำนวนผู้เสียชีวิต อัตราการฆ่าตัวตาย และข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง และ 2) ข้อมูลปฐมภูมิ ประกอบด้วย ข้อมูลแบบสอบถามความคิดเห็นพยาบาลที่มีหน้าที่หรือมีประสบการณ์การป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในพื้นที่

2. การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative approach) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) กับพยาบาลที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่ออธิบายและขยายความผลการศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับสถานการณ์และบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งศึกษาลักษณะการปฏิบัติงาน บริบท ประสบการณ์ ปัจจัยเอื้อ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลในพื้นที่ศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและ/หรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่ 10 อำเภอของจังหวัดจันทบุรี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงปริมาณ ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและ/หรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใน 3 อำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดของจังหวัดจันทบุรี ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว จำนวนทั้งสิ้น 34 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบทั้งหมด (total sampling) จากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกในพื้นที่ศึกษา เพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมประชากรเป้าหมายและลดความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงพรรณนา ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณและส่งคืนแบบสอบถามครบถ้วน โดยคัดเลือกจาก 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว อำเภอละ 5 คน รวมจำนวน 15 คน ทั้งนี้การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการจนข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) จึงยุติการสัมภาษณ์

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. พยาบาลที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. หรือหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและ/หรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 2 ปี

2. ผ่านการอบรมหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน

3. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี

4. สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. อยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาปฏิบัติงาน หรือลาป่วย จนไม่สามารถเข้าร่วมการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

2. ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์จากแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวนครัวเรือนในพื้นที่รับผิดชอบ และข้อมูลการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน[9] จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท (Likert Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด ถึง 5 หมายถึง ระดับมากที่สุด โดยข้อคำถามครอบคลุมบทบาทสำคัญของพยาบาล 5 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย 4) การให้สุขภาพจิตศึกษาและการเสริมพลังแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน และ 5) การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตนะ[10] ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00–1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด 1.50–2.49 หมายถึง ระดับน้อย 2.50–3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง 3.50–4.49 หมายถึง ระดับมาก และ 4.50–5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด โดยเป็นรูปแบบของแบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง (self-administered questionnaire)

2. เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ

ประกอบด้วยแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง และแบบบันทึกภาคสนาม ดังนี้

1) สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ผู้วิจัยพัฒนาแนวคำถามสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยนำผลการศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า บทบาทของพยาบาลในบางประเด็นมีระดับคะแนนต่ำ หรือเป็นประเด็นที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม มาใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดประเด็นและพัฒนาแนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม เพื่อให้สามารถอธิบายเหตุผล บริบท และประสบการณ์ที่อยู่เบื้องหลังผลการศึกษาเชิงปริมาณได้อย่างชัดเจน แนวคำถามครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน (2) การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล (3) การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (4) การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน และ (5) การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย บริบทการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ ปัจจัยเอื้อ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

2) การสนทนากลุ่ม (focus group discussion: FGD) ใช้แนวคำถามในประเด็นเดียวกัน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มุมมอง และความคิดเห็นเกี่ยวกับการปฏิบัติงานร่วมกัน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสนทนาและควบคุมประเด็นให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย

3) เครื่องบันทึกเสียง สำหรับบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล

4) แบบบันทึกภาคสนาม สำหรับบันทึกข้อมูลเชิงสังเกตและประเด็นสำคัญระหว่างการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุและสุขภาพจิต จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่น้อยกว่า 10 ปี จำนวน 1 ท่าน ผลการประเมินพบว่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 0.83 จากนั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try-out) กับพยาบาลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งปฏิบัติงานใน 7 อำเภอที่ไม่ได้เป็นพื้นที่ศึกษา จำนวน 20 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81

2. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และแนวคำถามในการทำ ครอบคลุม 5 ประเด็น ได้แก่ (1) การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน (2) การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล (3) การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน (4) การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน และ (5) การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน นำไปตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา ผลการวิเคราะห์ค่า CVI เท่ากับ 0.79 และนำไปทดลองใช้กับพยาบาลใน รพ.สต.ท่าช้าง จังหวัดจันทบุรี จำนวน 3 คน เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้ได้ข้อคำถามที่เหมาะสมในการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยจะเน้นการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เล่าเรื่องราวการจัดการการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนโดยอิสระและให้สมาชิกกลุ่มได้เพิ่มเติมการพูดคุย โดยจะควบคุมประเด็นการสนทนาให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์การวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ประสานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีในพื้นที่ศึกษา

1.2 ประสานหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อคัดเลือกพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การวิจัย พร้อมนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เก็บข้อมูล

1.3 ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วม และขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล

2. ขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณ

2.1 ผู้วิจัยประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยและผู้ประสานงานในพื้นที่เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการใช้แบบสอบถาม และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

2.2 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้ตอบกรอกด้วยตนเองจากพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 34 คน

2.3 ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์ผล และนำผลการศึกษาไปใช้กำหนดประเด็นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ

3. ขั้นตอนการวิจัยเชิงคุณภาพ

3.1 ภายหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยเชิงปริมาณ จำนวน 15 คน

3.2 ผู้วิจัยนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์และขอความยินยอมในการบันทึกเสียงก่อนดำเนินการสัมภาษณ์

3.3 ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม ตามแนวคำถามที่พัฒนาจากผลการศึกษาเชิงปริมาณ โดยนำประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านที่ 5 การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่มาพัฒนาเป็นแนวคำถามเพิ่มเติม เพื่ออธิบายปัจจัยและบริบทที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาล รวมถึงข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และการเข้าถึงแนวทางวิชาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และ

แนวคำถามยังครอบคลุมประเด็นเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในชุมชน บทบาทของพยาบาล ประสบการณ์การปฏิบัติงาน ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

3.4 บันทึกเสียงการสัมภาษณ์โดยได้รับความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูล และดำเนินการสัมภาษณ์จนข้อมูลอิ่มตัว จึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ การวิเคราะห์ระดับบทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน รายด้าน จำนวน 5 ด้าน และรายข้อ จำนวน 10 ข้อ ด้วยค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกถูกถอดความแบบคำต่อคำ (verbatim transcription) และตรวจสอบความถูกต้องโดยเปรียบเทียบกับไฟล์บันทึกเสียงและบันทึกภาคสนาม จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาแบบดั้งเดิม (conventional content analysis) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ 1) อ่านข้อมูลซ้ำหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของข้อมูล 2) กำหนดรหัสข้อมูล (open coding) จากข้อความที่มีความหมาย (meaning units) 3) จัดกลุ่มรหัสที่มีความหมายใกล้เคียงกันเป็นหมวดหมู่ (categories) 4) สังเคราะห์และพัฒนาเป็นประเด็นหลัก (themes) และ 5) ตีความและสรุปผลให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัย และมีการตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย เพื่อพิจารณาความสอดคล้องของรหัสข้อมูล หมวดหมู่ และประเด็นหลักที่สังเคราะห์ได้จนเกิดข้อสรุปร่วมกัน[10]

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Lincoln และ Guba โดยใช้ 1) การตรวจสอบสามเส้าของข้อมูล (data triangulation) ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับบันทึกภาคสนามและข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้อง และ 2) การตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูล (member checking) โดยนำผลการตีความหรือข้อสรุปสำคัญกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง เพื่อยืนยันว่าข้อมูลและการตีความสะท้อนประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้อง[11]

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จังหวัดจันทบุรี เขตสุขภาพที่ 6 เอกสารรับรองเลขที่ COA024/68 วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2568

ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น สิทธิในการเข้าร่วมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย รวมถึงสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติงานหรือสิทธิใด ๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนได้ลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent) ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมโดยไม่เปิดเผยชื่อหรือข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บรักษาเป็นความลับและใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย ข้อมูลทั้งในรูปแบบเอกสารและไฟล์อิเล็กทรอนิกส์จะถูกทำลายตามแนวปฏิบัติด้านการคุ้มครองข้อมูลและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์การฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ประกอบด้วยจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย อัตราการฆ่าตัวตาย และข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย พบว่า ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 จังหวัดจันทบุรีมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 56 คน จากประชากร จำนวน 531,758 คน คิดเป็น อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 10.5 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดไว้ไม่เกิน 7.8 ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในจังหวัดจันทบุรี จากฐานข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี พบว่า อำเภอเมือง อำเภอขลุง และอำเภอสอยดาว เป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุด 3 อันดับแรก จึงกำหนดเป็นพื้นที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ จากข้อมูลเชิงคุณภาพของพยาบาลในพื้นที่ พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ประเด็น ได้แก่ 1) ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง และความเครียดสะสม 2) ด้านครอบครัวและสังคม เช่น การขาดผู้ดูแลหรือการขาดความสัมพันธ์ที่สนับสนุนทางอารมณ์ และ 3) ด้านสุขภาพและการดำรงชีวิต เช่น การเจ็บป่วยเรื้อรังและความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับชุมชน

2. ระดับบทบาทและบทบาทของพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับบทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 1 การประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.93 ± 0.55 รองลงมา ได้แก่ ด้านที่ 4 การให้สุขภาพจิตศึกษาและการเสริมพลังแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ± 0.57 และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ได้แก่ ด้านที่ 5 การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.12 ± 0.79 (ตารางที่ 1)

บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.87 ± 0.65 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าบทบาทพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ซึ่งการให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 4.29 ± 0.58 รองลงมา ได้แก่ การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุ และการสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว (ค่าเฉลี่ย 4.09 ± 0.61 และ 4.09 ± 0.64 ตามลำดับ) ส่วนด้านการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 3.12 ± 0.79 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ระดับบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกรายด้าน (n=34)

บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุรายด้าน	mean ± SD	แปลผล
1. การประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	3.93 ± 0.55	มาก
2. การให้คำปรึกษา การส่งเสริมสุขภาพจิต และการพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาของผู้สูงอายุ	3.87 ± 0.61	มาก
3. การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการป้องกันการฆ่าตัวตาย	3.89 ± 0.58	มาก
4. การให้สุขภาพจิตศึกษาและการเสริมพลังแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน	3.92 ± 0.57	มาก
5. การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นวัตกรรม และเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน	3.12 ± 0.79	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกรายข้อ (n=34)

บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุรายข้อ	mean ± SD	แปลผล
1. ประเมินและคัดกรอง เพื่อค้นหา ประเมิน คัดกรองและเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุ	4.03 ± 0.60	มาก
2. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีทางออกในการแก้ปัญหา รวมทั้งการปรับทัศนคติ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	3.82 ± 0.56	มาก
3. สนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	4.09 ± 0.61	มาก
4. สอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อป้องกันฆ่าตัวตาย	4.09 ± 0.64	มาก
5. สอนให้ผู้สูงอายุเรียนรู้และพัฒนาวิธีการเผชิญอารมณ์ของตนในทางที่สร้างสรรค์ เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	3.85 ± 0.65	มาก
6. เสริมสร้างความรักความเข้าใจที่ดีต่อกันภายในครอบครัวและสังคม เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	3.68 ± 0.60	มาก
7. ให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวกเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดี เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย	4.29 ± 0.58	มาก
8. สอนสุขภาพจิตศึกษาโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ผู้นำชุมชน คนในชุมชน หรือคนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง	3.82 ± 0.55	มาก
9. ให้คำปรึกษา โดยการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อนำมาสู่การชี้แนะวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันฆ่าตัวตาย	3.91 ± 0.68	มาก
10. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับบริบทที่แท้จริงและการมีความคิดสร้างสรรค์	3.12 ± 0.79	ปานกลาง

3. บริบท ประสบการณ์ และบทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จากการสนทนากลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลและป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสังเคราะห์ประเด็นสำคัญออกเป็น 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล 3) การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 4) การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน และ 5) ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน

ประเด็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาล	ผลการศึกษาเชิงปริมาณ	ตัวอย่างคำพูดจากผู้ให้ข้อมูล (quotes)	ข้อสรุปเชิงบูรณาการ (meta-inference)
1. การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน	บทบาทด้านการประเมินและคัดกรอง มีค่าเฉลี่ย 4.03 ± 0.60 อยู่ในระดับมาก	“เวลาเราลงพื้นที่ไปตามบ้าน เราจะดูว่าผู้สูงอายุแต่ละคนเป็นอย่างไร บางคนเงียบ ไม่ค่อยพูด หรือมีการเปลี่ยนแปลงจากเดิม เราจะค่อย ๆ พูดคุยเพื่อประเมินความรู้สึกและสภาพจิตใจ” (ผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่มที่ 1)	ผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมีความสอดคล้องกันว่า พยาบาลให้ความสำคัญกับการเข้าถึงผู้สูงอายุผ่านการเยี่ยมบ้านและการสร้างสัมพันธภาพก่อนการประเมินความเสี่ยง ทำให้สามารถค้นพบการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
2. การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล 2.1 การรับฟังและช่วยเหลือด้านการแก้ไขปัญหา 2.2 การให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก	การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีแนวทางแก้ไขปัญหา มีค่าเฉลี่ย 3.82 ± 0.56 การให้คำปรึกษารายบุคคล มีค่าเฉลี่ย 3.91 ± 0.68 การให้กำลังใจและเสริมแรงทางบวก มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4.29 ± 0.58	“เราไม่ได้ดูแลแค่ร่างกาย แต่ต้องเข้าใจความรู้สึกของเขาด้วย ต้องใช้การฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้เขาได้พูดถึงปัญหาและมองเห็นทางเลือกในการจัดการกับปัญหา” (ผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่มที่ 2)	พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนทางจิตใจ โดยเน้นการรับฟังอย่างเข้าใจ การค้นหาปัญหาเฉพาะราย และการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการช่วยลดความเปราะบางทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ
3. การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 3.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3.2 การสร้างเครือข่ายในชุมชน	การสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย 4.09 ± 0.61 การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม มีค่าเฉลี่ย 3.68 ± 0.60	“หลายครั้งผู้สูงอายุไม่ได้ต้องการแค่การรักษา แต่ต้องการคนรับฟังและให้ความสนใจ เราจึงทำงานร่วมกับครอบครัวและ อสม. เพื่อช่วยกันดูแลและติดตามผู้สูงอายุในชุมชน” (ผู้ให้ข้อมูล 4 กลุ่มที่ 2)	ผลการศึกษาสะท้อนว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไม่ได้เป็นบทบาทของพยาบาลเพียงลำพัง แต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว อสม. และเครือข่ายชุมชน เพื่อสร้างระบบสนับสนุนทางสังคมที่ต่อเนื่อง
4. การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน	การสอนและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ย 4.09 ± 0.64 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีค่าเฉลี่ย 3.82 ± 0.55 การส่งเสริมทักษะการเผชิญปัญหา มีค่าเฉลี่ย 3.85 ± 0.65	“เราต้องอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจว่าอาการเศร้า เบื่อ หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไม่ใช่เรื่องปกติของวัยสูงอายุเสมอไป และควรรู้วิธีสังเกตเพื่อช่วยเหลือได้เร็วขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูล 1 กลุ่มที่ 1)	พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยปรับวิธีการสื่อสารให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มความเข้าใจและส่งเสริมให้เกิดการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
5. ข้อจำกัดในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน	การนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติ มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด 3.12 ± 0.79 อยู่ในระดับปานกลาง	“เราทราบว่ามีแนวทางหรือหลักฐานที่ควรใช้ แต่บางครั้งการทำงานในพื้นที่ต้องแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า จึงมักใช้ประสบการณ์จากการทำงานร่วมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย” (ผู้ให้ข้อมูล 8 กลุ่มที่ 3)	แม้ว่าพยาบาลเห็นความสำคัญของหลักฐานเชิงประจักษ์ แต่ข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และความแตกต่างของบริบทชุมชนส่งผลให้การนำแนวทางวิชาการมาใช้ยังไม่เต็มที่ จึงควรพัฒนาแนวปฏิบัติที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

อสม. = อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บทบาทพยาบาลในการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสังเคราะห์จากข้อมูลเชิงคุณภาพได้ 5 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล 3) การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน 4) การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน และ 5) ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน โดยผลการวิจัยเชิงปริมาณพบว่า บทบาทพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับมาก สะท้อนให้เห็นว่าพยาบาลในระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยไม่ได้สะท้อนเพียงระดับการปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังสะท้อนบริบทและความท้าทายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่ชุมชน ดังนี้

1. การค้นหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีบทบาทเด่นด้านการประเมิน คัดกรอง และเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (4.03 ± 0.60) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบว่าพยาบาลใช้การเยี่ยมบ้าน การสังเกตพฤติกรรม และการสร้างสัมพันธภาพเพื่อเข้าถึงข้อมูลด้านอารมณ์และปัญหาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบบริการสุขภาพจิตในระดับปฐมภูมิของประเทศไทยยังมีความจำเป็นต้องอาศัยการเข้าถึงเชิงรุกจากบุคลากรสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอาจไม่เข้าสู่ระบบบริการด้วยตนเอง จากข้อจำกัดด้านการรับรู้ปัญหา ความรู้สึกอาย หรือความเข้าใจว่าปัญหาด้านจิตใจเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุ ดังนั้น พยาบาลในชุมชนจึงมีบทบาทเป็นผู้ค้นหาและเชื่อมต่อผู้สูงอายุเข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลแบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ Peplau[12] ที่เน้นว่าความไว้วางใจระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการเป็นพื้นฐานสำคัญในการเข้าถึงข้อมูลด้านจิตใจ โดยเฉพาะประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว หรือความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งไม่สามารถประเมินได้จากเครื่องมือเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยความสัมพันธ์และการสื่อสารอย่างเหมาะสม

2. การสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีบทบาทด้านการสนับสนุนด้านจิตใจและการให้คำปรึกษารายบุคคลอยู่ในระดับมาก โดยพยาบาลให้ความสำคัญกับการรับฟังอย่างตั้งใจ การเข้าใจบริบทชีวิตของผู้สูงอายุ และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นแนวทางในการจัดการปัญหาได้เหมาะสมกับตนเอง สะท้อนว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการค้นหาความเสี่ยง แต่จำเป็นต้องเสริมสร้างความสามารถในการเผชิญปัญหา (coping ability) และเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เนื่องจากปัจจัยสำคัญที่พบจากการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียดสะสม และความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความซับซ้อน สอดคล้องกับแนวคิด Interpersonal Theory of Suicide ของ Van Orden[13] ที่อธิบายว่าความรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและความรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่นเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนั้น การให้คำปรึกษาและการสร้างความสัมพันธ์ที่ช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและมีคุณค่า จึงเป็นกลไกสำคัญในการลดความเสี่ยงดังกล่าว

3. การสร้างระบบสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทด้านการสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (4.09 ± 0.61) สะท้อนว่า พยาบาลไม่ได้มองปัญหาการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุเป็นปัญหารายบุคคล แต่เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบความสัมพันธ์รอบตัว

ผู้สูงอายุ การที่พยาบาลส่งเสริมให้ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม อาจช่วยเพิ่มความสามารถของชุมชนในการเฝ้าระวังและตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากบุคคลใกล้ชิดเป็นกลุ่มแรกที่สามารถสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ เช่น การแยกตัว การลดกิจกรรมทางสังคม หรือการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ สอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชนขององค์การอนามัยโลก[14] ที่ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะในพื้นที่ที่ทรัพยากรด้านสุขภาพจิตเฉพาะทางมีจำกัด

4. การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพจิตในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลมีบทบาทด้านการให้ความรู้สุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนอยู่ในระดับมาก (3.82 ± 0.55) โดยเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การสังเกตสัญญาณเตือน และแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่า พยาบาลมีบทบาทในการลดช่องว่างด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุอาจถูกมองว่าเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุ ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การให้ความรู้แก่ครอบครัวและชุมชนจึงเป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มโอกาสการค้นพบและช่วยเหลือได้เร็วขึ้น

5. ข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทด้านการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดและอยู่ในระดับปานกลาง (3.12 ± 0.79) โดยข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายผลเชิงปริมาณดังกล่าวว่า พยาบาลยังคงใช้ประสบการณ์จากการทำงานจริงเป็นแนวทางหลัก เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลา ภาระงาน และความแตกต่างของบริบทพื้นที่ ซึ่งประเด็นนี้ไม่ควรมองว่า เป็นข้อจำกัดของพยาบาลเพียงอย่างเดียว เนื่องจากประสบการณ์ที่สั่งสมจากการปฏิบัติงานในชุมชนถือเป็นความรู้ฝังลึก (Tacit knowledge) ซึ่งมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุ เพราะเกี่ยวข้องกับความเข้าใจบริบทครอบครัว วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของแต่ละพื้นที่ ขณะที่หลักฐานเชิงประจักษ์เป็นความรู้ชัดแจ้ง (Explicit knowledge) ที่ช่วยสนับสนุนให้การปฏิบัติมีมาตรฐานและตรวจสอบได้

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการตีความและการนำผลไปใช้ ดังนี้

1.กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนไม่มาก (เชิงปริมาณ 34 คน และเชิงคุณภาพ 15 คน) และเก็บข้อมูลเฉพาะ 3 อำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าสูงสุดของจังหวัดจันทบุรี ซึ่งเป็นการเลือกพื้นที่แบบเจาะจง ผลการศึกษาจึงสะท้อนบริบทเฉพาะพื้นที่ และมีข้อจำกัดในการนำไปขยายผล (transferability) ไปยังบริบทอื่น

2.ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นการประเมินตนเองของพยาบาล จึงอาจมีอคติจากการตอบตามความคาดหวังทางสังคม (social desirability bias)

3.ข้อมูลส่วนหนึ่งอาศัยการรายงานย้อนหลังจากประสบการณ์ของพยาบาล มิได้เก็บจากผู้สูงอายุหรือญาติโดยตรง การศึกษาในอนาคตจึงควรขยายกลุ่มผู้ให้ข้อมูลและพื้นที่ศึกษา เพื่อเพิ่มความครอบคลุมและความน่าเชื่อถือของข้อค้นพบ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) พัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้สูงอายุในชุมชนในรูปแบบ เครื่องมือปฏิบัติทางคลินิกแบบกระชับ (concise clinical tool) ที่เหมาะสมกับงานเยี่ยมบ้านและระบบบริการปฐมภูมิ เพื่อช่วยในการคัดกรอง ประเมิน และติดตามกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ 2) ทบทวนภาระงานของพยาบาลด้านสุขภาพจิตในชุมชน เพื่อลดงานที่ไม่เกี่ยวข้องและเพิ่มเวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจิต และ 3) สนับสนุนการเข้าถึงองค์ความรู้และแนวทางปฏิบัติที่อิงหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ร่วมกับประสบการณ์ในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) พัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ใช้งานง่าย ใช้เวลาน้อย และเหมาะกับบริบทของชุมชน 2) ส่งเสริมการพัฒนาทักษะพยาบาลด้านการให้คำปรึกษา การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง 3) สร้างเครือข่ายการดูแลร่วมระหว่างพยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ครอบครัว และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเฝ้าระวังและช่วยเหลือผู้สูงอายุ และ 4) ส่งเสริมการผสมผสานระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์กับประสบการณ์ของพยาบาลในพื้นที่ เพื่อพัฒนาแนวทางดูแลที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1) ขยายพื้นที่ศึกษาไปยังจังหวัดหรือพื้นที่อื่นเพื่อเพิ่มความหลากหลายของบริบทและความสามารถในการนำผลไปใช้ 2) ศึกษามุมมองของผู้สูงอายุ ครอบครัว หรือผู้ดูแล เพื่อสะท้อนความต้องการด้านการดูแลสุขภาพจิตจากผู้รับบริการโดยตรง 3) ศึกษาการพัฒนาและประเมินผลแนวทางหรือโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุระดับชุมชน และ 4) ศึกษาติดตามระยะยาวเพื่อประเมินผลของระบบการดูแลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

REFERENCES

1. Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security. Elderly statistics in Thailand 2023. Bangkok: Department of Older Persons; 2023.
2. Chuengphipanichchakul S, Chantanarungpak K. The role of psychiatric nurses in promoting mental health among older adults. Journal of MCU Ubon Review. 2024;10(3):81-95. (in Thai)
3. Phutsorn C, Pornsirivajrasin K. Approaches to solving elderly social problems in Thailand. Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal 2018;1(1):25–35. (in Thai)
4. Chanthaburi Provincial Statistical Office. Chanthaburi provincial statistical report: 2024. Chanthaburi: Chanthaburi Provincial Statistical Office; 2024. (in Thai)
5. Khiewchaum R. Nursing competency in long-term care for older adults with dependency. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2025;35(2): 305–7. (in Thai)
6. Tungchutaweesub T, Pongnanthakunkij P, Khiewchaum R, Siripanich C, Bualuang T, Tokun P. Development of preventing suicide model among older adults in the community based on the SAMMOH model with telenursing in Chanthaburi Province. J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center. 2025;42(3):225-234. (in Thai)
7. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W. Mental health and related factors among older adults. Journal of Health and Nursing Research. 2020;36(3):150-63. (in Thai)

8. Thanathammethi P, Ekwarangkul S, Phetsirasan R, Thiamwong L. Boosting-based feature selection techniques for enhancing prediction of depression and suicide risk in older adults. Information Technology Journal KMUTNB. 2020;16(1):34-45. (in Thai)
9. Santaphan P, Jaiman B, Chitrak W. Elderly depression : nursing roles. UMT Poly Journal. 2020;17(1):501-12. (in Thai)
10. Wongrattana C. Statistical techniques for research. 12th ed. Bangkok: Thanbundit; 2010.
11. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006;3(2):77-101.
12. Peplau H. Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: G. P. Putnam's Sons; 1952.
13. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. Psychological Review. 2010;117(2):575-600.
14. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.