ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

Factors Associated with Depression and Suicide in Ethnic Diverse Communities, Baan Muser, Mae Tho Subdistrict, Mueang Tak District, Tak Province

จินตนา ลี้ละไกรวรรณ[1] และ วิจิตร แผ่นทอง[2]

Chintana Leelakraiwan[1] and Wichitr Phantong[2]

[1]วิทยาลัยนอร์ทเทริน, [2]มหาวิทยาลัยรามคำแหง

[1]Northern College, Thailand, [2]Ramkhamhaeng University, Thailand

Corresponding Author, Email: [2]Phantong.wp@gmail.com

Retrieved: November 1, 2024; **Revised:** August 27, 2025; **Accepted:** August 29, 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สุ่มเลือกตัวอย่างแบบง่าย จากสูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 จำนวน 400 คน ระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567 โดยใช้แบบประเมินปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q และแบบคัดกรองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q โดยใช้สถิติ Multivariable logistic regression analysis

ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากที่สุดได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง (OR=.278; p<0.001; 95% CI=.132-.465) ปัจจัยกระตุ้น (OR=.221; p<0.001; 95% CI=1.73-6.28) รองลงมาคือปัจจัยชักนำ (OR=.109; p<0.05; 95% CI=.536-1.631) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยป้องกันเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=-.116; p<0.05; 95% CI=.039-.048)

สรุปการวิจัยนี้พบว่าชุมชนชาติพันธุ์มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง โดยปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้น เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก และการใช้สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ขณะที่ปัจจัยชักนำ เช่น การไม่มีความหมายในชีวิต และการขาดสมาธิ ส่งผลเพิ่มความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพจิต ในทางกลับกัน ปัจจัยป้องกัน ได้แก่ การได้รับการดูแลรักษา การมีครอบครัวหรือชุมชนสนับสนุน การมองโลกในแง่ดี และการออกกำลังกาย สามารถลดความเสี่ยงได้ ดังนั้นจึงควรพัฒนาระบบคัดกรอง เฝ้าระวัง เพิ่มการดูแลสุขภาพจิตที่ต่อเนื่อง และส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มชาติพันธุ์ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในอนาคต

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า; การฆ่าตัวตาย; ชาติพันธุ์

Abstract

The purpose of this research was to study factors associated with depression and suicide in ethnically diverse communities. living in Muser Village, Mae Tho Sub-district, Mueang Tak District, Tak Province, aged 18 years and over, randomly selected from Taro Yamane's formula at a confidence level of 95. % and the acceptable expectation was 0.05. A total of 400 people. During December 2023 until March 2024 by collecting data using the Depression Factor Rating Scale, 2-question (2Q) Depression Screening Scale, 9Q Depression Assessment Scale, and 8Q Suicide Risk Screening Scale were used by multivariable logistic regression analysis.

The results of the research found that the relationship of each factor that may occur and suicide in the community with natural significance found that risk factors (OR = .278; p < 0.001; 95% CI = .132 -.465) and stimulating factors (OR = .221; p < 0.001; 95% CI = 1.73-6.28) were the most important factors that caused reactions and suicide in the community with natural significance. The second most important was the inducing factors (OR = .109; p < 0.05; 95% CI= .536-1.631). It can occur and suicide by statistical percentage. Protective factors were the factors that reduced the chance of leadership, depression and suicide in the community with ethnic beliefs (OR = -.116; p < 0.05; 95% CI = .039-.048).

ConclusionsThis study revealed high levels of depression and suicidal ideation among individuals in ethnic communities. Risk and triggering factors, such as the loss of loved ones and substance use, were significantly associated with increased likelihood of depression and suicide. Inducing factors, including lack of meaning in life and poor concentration, further heightened vulnerability to mental health problems. Conversely, protective factors such as receiving medical care, family or community support, optimism, and regular exercise were found to reduce these risks significantly. Therefore, it is essential to strengthen screening, surveillance, and culturally appropriate mental health interventions tailored to the needs of ethnic groups to prevent and mitigate depression and suicide in the future.

Keywords: Depression; Suicidal; Ethnicity

บทนำ

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโควิด-19 เริ่มขึ้น หลายประเทศได้ให้ความสนใจกับผลกระทบทางด้านจิตใจ โดยเฉพาะอัตราการเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความทุกข์ทรมารทางด้านจิตใจที่มีรายงานเพิ่มขึ้นอย่างมากตั้งแต่ก่อนเริ่มการระบาด และข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางจิตใจหลังการระบาดของโควิด-19 ยังคงมีรายงานออกมาอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบทางด้านจิตใจที่ตามมานั้นคือมีความเสี่ยงสูงต่อพฤติกรรมและความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเองโดยไม่คิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากการทำร้ายตัวเองและการฆ่าตัวตายเกี่ยวข้องกับความไม่แน่นอนในชีวิต ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความโดดเดี่ยว ปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และความวิตกกังวล จึงมีแนวโน้มว่าอัตราการทำร้ายตัวเอง และการพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในช่วงเวลาดังกล่าว (Brausch, A. M., et al., 2023). อย่างไรก็ตามยังมีรายงานว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมามีองค์ประกอบป้องกันสำหรับพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง โดยการศึกษาบางชิ้นรายงานว่าอัตราการฆ่าตัวตายและการทำร้ายตนเองลดลงตั้งแต่เริ่มระบาด ตัวอย่างเช่น อัตราการเกิด การทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตายที่ลดลงนั้น

สัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และความเครียดในการทำงาน แต่ก็มีรายงานว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ไม่ได้รับการดูแลรักษา ไม่สามารถเข้าถึงบริการการดูแลรักษาทางสุขภาพจิตจนเกิดอาการรุนแรง เนื่องจากความไม่เท่าเทียมกันทางเชื้อชาติ ชาติพันธุ์ แม้ว่าจะแสวงหาการดูแลแต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการเหล่านั้นได้ทั่วถึง นอกจากนี้ความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงการดูแลส่งผลให้การดูแลในภายหลังจึงมักจะอยู่ในขั้นรุนแรงของอาการป่วยทางจิต (Carr et al., 2021; Hawton et al., 2021; Calkins, 2021; Kelada et al., 2018; Perez-Villagomez, 2023)

โรคซึมเศร้านำมาซึ่งการฆ่าตัวตายและเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตเกือบ 800,000 รายต่อปี การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 10 ซึ่งเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 10 ถึง 34 ปี และเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 4 ของบุคคลที่มีอายุระหว่าง 35 ถึง 54 ปี อัตราพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา (Kochanek KD, Xu JQ, & Arias E., 2019) การฆ่าตัวตายครอบคลุมพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ 1) การทำร้ายตัวเองโดยไม่ฆ่าตัวตายโดยไม่มีเจตนาฆ่าตัวตาย 2) การพยายามฆ่าตัวตายโดยมีเจตนาที่จะตาย และการทำร้ายตนเองเกิดขึ้นบ่อยกว่าการฆ่าตัวตายถึง 20 เท่า และเป็นต้นเหตุสำคัญของความพิการ คุณภาพชีวิตที่ลดลง สังคม และภาระทางเศรษฐกิจ 3) มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Richmond et al., 2019)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความขัดแย้งในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (WHO, 2021; Bhamani, Karim, & Khan, 2013) การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเผชิญปัญหาทางสังคม เช่น ความไม่เท่าเทียมทางเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางต่อปัญหาทางจิตใจ (Carr et al., 2021) ส่วนปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เฉียบพลันหรือสิ่งเร้าภายนอกที่ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ ยาเสพติดชนิดกระตุ้น การเผชิญเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การตกงาน หรือการถูกกระทำรุนแรง (Hawton et al., 2021; Kamolthip et al., 2022) เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้สมดุลทางชีวเคมีในสมองถูกรบกวน ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรม (American Psychiatric Association, 2022) และมีการศึกษาพบว่าปัจจัยชักนำมีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบภายในตัวบุคคล เช่น พันธุกรรม ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง บุคลิกภาพที่เปราะบางต่อความเครียด รวมถึงประวัติครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Beck & Alford, 2009; Mann & Rizk, 2020) บุคคลที่รู้สึกว่าชีวิตไร้ความหมาย ไม่มีสมาธิ หรือไม่มีความสุขในชีวิต มักมีแนวโน้มที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะซึมเศร้าและการคิดฆ่าตัวตายมากกว่าบุคคลทั่วไป (Richmond et al., 2019)

จังหวัดตากมีประชากรทั้งหมด 631,965 คน มีสัญชาติไทย จำนวน 529,572 คน ชาย 266,691 คน หญิง 262,881 คน ไม่มีสัญชาติไทย 102,393 คน ชาย 53,642 คน หญิง 48,751 คน คิดเป็น 16.02 % ของประชากรทั้งจังหวัด และจากข้อมูลการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคจิตในภาพรวมของศูนย์สุขภาพจิตเขต 2 ภาคเหนือ ปี พ.ศ. 2559 - 2563 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเข้าถึงบริการ ร้อยละ 59.7, 61.6, 72.34 และ72.74 ตามลำดับ โดยพบว่าต่ำกว่าค่าเป้าหมายของประเทศที่ร้อยละ 75 เขตสุขภาพจิตที่ 2 มีการคัดกรองโรคซึมเศร้า ร้อยละ 39.16 โดยจังหวัดที่ได้รับการคัดกรองมากที่สุดคือ จังหวัดตาก ร้อยละ 64.64 ทั้งนี้จังหวัดตากพบผลการคัดกรองผิดปกติหรือมีความเสี่ยงมากที่สุด เป็นอันดับสอง คือ ร้อยละ 1.13 จังหวัดตากพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงที่สุดของภูมิภาค และมากที่สุดของประเทศไทยที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด คือ 16.4 คนต่อแสนประชากร อัตราพยายามฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับ 1 ของประเทศ คือ 22.13 คนต่อแสนประชากร ผู้พยายามฆ่าตัวตายจังหวัดตาก ปี พ.ศ. 2563 – 2565 พบจำนวน 147, 144 และ 214 ราย ตามลำดับ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเกินเกณฑ์ที่กำหนด ปี พ.ศ.2563 – 2565 พบจำนวน 88, 94 และ 72 ราย

ตามลำดับ (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ณ วันที่ 17 มิ.ย. 2566) และพบว่าในปี พ.ศ.2566 (ม.ค.-มี.ค.) ในเขตอำเภอเมืองอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 3 ราย ข้อมูลจากเจ้าหน้าผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิตของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพวังประจบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าไม้งาม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลานสาง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมูเซอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองปรือ พบว่ามีรายงานการฆ่าตัวตายสำเร็จแล้ว 3 ราย ในไตรมาสแรกของปี และพบว่า 2 ใน 3 รายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นเป็นเพศชาย วัยทำงาน และเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมืองตาก

จากสภาพปัญหาที่กล่าวมาข้างต้นแม้ว่าจะมีรายงานการศึกษาที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยชักนำต่อภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในหลายพื้นที่ แต่ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เจาะจงในชุมชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูง โดยเฉพาะบ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก ยังมีอยู่อย่างจำกัด การศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาให้ภาพรวมระดับประเทศหรือระดับจังหวัด แต่ยังไม่ครอบคลุมถึง ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ภาษา วิถีชีวิต และการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ของกลุ่มชาติพันธุ์ ซึ่งเป็นปัจจัยเฉพาะที่อาจส่งผลต่อความเปราะบางทางจิตใจ นอกจากนี้ แม้จังหวัดตากจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดในประเทศ แต่ยังขาดงานวิจัยที่สามารถระบุ ปัจจัยทำนายเฉพาะด้าน (predictors) ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในระดับชุมชนชาติพันธุ์อย่างเป็นระบบ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นเพื่อเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยการวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยชักนำในกลุ่มชาติพันธุ์บ้านมูเซอ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการวางมาตรการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

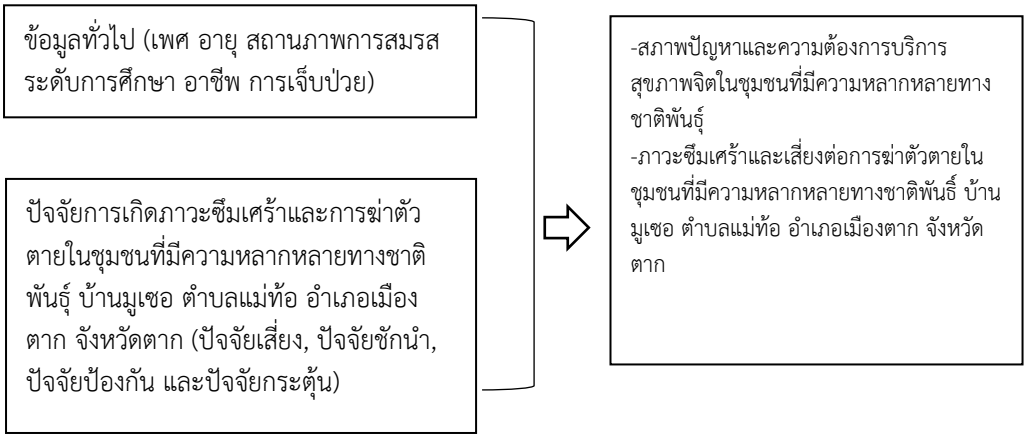
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การเกิดความผิดปกติทางอารมณ์ และความคิด จนเกิดภาวะซึมเศร้า สามารถจำแนกออกเป็น 4 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยชักนำ ปัจจัยป้องกัน และปัจจัยกระตุ้น 1) ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การขาดการดูแล การไม่ได้รับความรักความอบอุ่นจากครอบครัว การมีความขัดแย้งในครอบครัวหรือสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การที่บิดามารดาเสียชีวิต การคบเพื่อน ความผูกพันระหว่างเพื่อนบ้าน 2) ปัจจัยชักนำ เป็นปัจจัยซึ่งอยู่ภายในตัวบุคคล คือ พันธุกรรม สารสื่อประสาทในสมอง จะช่วยเสริมการเกิดขึ้นของภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติทางด้านอารมณ์ บุคลิกภาพเครียดง่าย กลัว เจ้าอารมณ์ และประวัติครอบครัวมีคนในครอบครัวเจ็บป่วย รู้สึกไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ 3) ปัจจัยป้องกัน เป็นปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งอยู่ภายในตัวบุคคล การเข้าสังคม ทัศนคติ การมีครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดี ความรักใคร่ในครอบครัว เข้าใจกัน ช่วยปรับช่วยต้านปัจจัยเสี่ยง หรือลดอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยง ผลลัพธ์ทางบวกของการปรับตัวขึ้นอยู่กับปัจจัยป้องกัน หากบุคคลมีปัจจัยป้องกันมากขึ้นเท่าไร การปรับตัว อารมณ์ และความคิดก็จะมากขึ้นเท่านั้น โดยอิทธิพลของปัจจัยเหล่านี้มีลักษณะก้าวกระโดดไม่ใช่แบบเส้นตรง มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตามพัฒนาการของบุคคล และบริบทสิ่งแวดล้อม และ 4) ปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยที่เกิดจากสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล เช่น เกิดการสูญเสีย ความอับอาย และจากจากการใช้ยาเสพติด แอลกอฮอล์ สารกระตุ้น และอื่นๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง การเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิตจึงเป็นพลังชักจูงหรือกระตุ้นให้บุคคลประกอบกิจกรรมเพื่อทดแทนสิ่งที่

ขาดหรือต้องการนั้น (วิจิตร แผ่นทอง และคณะ, 2562; Arthur et al., 2002; Fraser, Kirby & Smokowski, 2004; Takviriyanun et al.,2007; ธรนินท์ กองสุข, 2549; Randolph, 2005; Beck & Alford, 2009) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดปัจจัยเหล่านั้นมาสังเคราะห์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงพยากรณ์ (Predictive Research) ทำการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม 2566 ถึง เดือนมีนาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ที่อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป หมู่ที่ 6 บ้านมูเซอดำอุมยอม 556 ราย หมู่ที่ 7 บ้านแม้วใหม่พัฒนา 880 ราย หมู่ที่ 10 บ้านลีซอและบ้านมูเซอเหลือง 565 ราย และ หมู่ที่ 13 บ้านม้งต้นมะม่วง 358 ราย รวมทั้งสิ้น 2,359 ราย (รายงานข้อมูลตำบลแม่ท้อ สำนักบริการสุขภาพ เขต 2, 2566)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ขนาดของประชากร ที่อาศัยอยู่ในบ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 385 ราย และมีการป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 400 ราย จากนั้นเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวน 4 หมู่บ้าน ดังนี้ หมู่ที่ 6 บ้านมูเซอดำอุมยอม 94 ราย หมู่ที่ 7 บ้านแม้วใหม่พัฒนา 149 ราย หมู่ที่ 10 บ้านลีซอและบ้านมูเซอเหลือง 95 ราย และ หมู่ที่ 13 บ้านม้งต้นมะม่วง 62 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประเมินข้อมูลพื้นฐานทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามปลายเปิดสภาพปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ประกอบด้วย 4 ข้อ คือ 1) ปัญหาสุขภาพจิตที่

สำคัญที่สุดในชุมชน 2) อุปสรรคหลักในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของคนในชุมชน 3) หากมีโอกาสท่านอยากเห็นบริการสุขภาพจิตแบบใดเพิ่มเติมในชุมชน และ 4) ข้อเสนอแนะที่ควรปรับปรุงเพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. แบบประเมินปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้า ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง มีข้อคำถาม 9 ข้อ ปัจจัยชักนำ มีข้อคำถาม 8 ข้อ ปัจจัยกระตุ้น มีข้อคำถาม 2 ข้อ และปัจจัยป้องกัน มีข้อคำถาม 2 ข้อ รวมข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.95 โดยแบ่งคำตอบดังนี้ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน, เป็นบางครั้ง ให้ 1 คะแนน, บ่อยครั้ง ให้ 2 คะแนน และ บ่อยมาก ให้ 3 คะแนน

4. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ของ สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาลและคณะ, 2549 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.95 โดยให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม โดยคำตอบมีสองตัวเลือกคือ มี กับ ไม่มี ข้อ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่” ข้อ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ “ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่” ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใด ๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง เป็นผู้มีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

5. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q ของ ธรณินทร์ กองสุขและคณะ, 2549 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.95 เน้นการถามเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยแบ่งคำตอบ ดังนี้ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน, เป็นบางวัน 1-7 วัน ให้ 1 คะแนน, เป็นบ่อย> 7 วัน ให้ 2 คะแนน, เป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน

6. แบบประเมินคัดกรองเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ, 2549 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.95 โดยถามในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีอาการต่างๆ 8 ข้อ หรือไม่ โดยคำตอบ มี กับ ไม่มี เช่น ช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาคิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นตาก ดำเนินงานตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 หลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยนอร์ทเทิร์นตาก ดำเนินงานตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ประสานงานและชี้แจงแผนการดำเนินงาน โครงการวิจัยกับผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมูเซอ

2. คัดเลือกตัวอย่างเรียบร้อยแล้วทำการประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมูเซอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่วิจัย เพื่อชี้แจงข้อมูลของโครงการวิจัยและมอบใบเซ็นยินยอมให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. เก็บข้อมูลภาคสนามกลุ่มตัวอย่างในชุมชนชาติพันธุ์ เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินโรคซึมเศร้าและประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ได้แก่ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2Q แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9Q แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q ของกรมสุขภาพจิต และแบบประเมินปัจจัยการเกิดภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย เมื่อตัวอย่างตอบคำถามเรียบร้อยแล้วนักวิจัยภาคสนามรวมคะแนนและแจ้งผลการคัดกรองทันที

4. กรณีที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านมูเซอ และส่งต่อโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชหากพบภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

5. กรณีที่ไม่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับเอกสารและคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ 2 วิเคราะห์ปัจจัยที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่อาศัยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดตาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ลักษณะการกระจายของข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติพื้นฐานได้แก่ จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis คัดเลือกตัวแปรเข้าสมการด้วยวิธี Stepwise และใช้ p-value<0.05 พิจารณาความมีนัยสำคัญทางสถิติ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ตามเอกสารรับรองเลขที่ NTC888-0038 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2566 และผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกคนได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนที่จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่เปิดเผยชื่อและยึดหลักการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูลสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก จากการจัดเวทีระดมความคิดเห็นร่วมกับคณะทำงานด้านสุขภาพจิตองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนชุมชน อสม. และผู้ดูแลผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าสภาพปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนบ้านมูเซอมีความซับซ้อนและสะท้อนถึงความเปราะบางของกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงอย่างชัดเจน โดยผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่เห็นพ้องว่าภาวะซึมเศร้าและความเครียดในชีวิตประจำวันถือเป็นปัญหาสำคัญที่สุดในชุมชน ความรู้สึกโดดเดี่ยวโดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนที่เพียงพอ ในด้านอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ผู้เข้าร่วมได้สะท้อนข้อจำกัดที่หลากหลาย อันดับแรกคือการเฝ้าระวังและการติดตามผู้ป่วยที่ยังไม่ต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการจัดทีม อสม. และบุคลากรสุขภาพเข้ามาช่วยเหลือ แต่ก็ไม่สม่ำเสมอจนทำให้บางรายขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดด้านภาษาและวัฒนธรรมยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนสื่อสารกับบุคลากรสาธารณสุขได้ยาก นอกจากนี้ ระยะทางและค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปยังโรงพยาบาลใหญ่เป็นภาระที่เกินกำลังของหลายครัวเรือน ส่งผลให้การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตมีข้อจำกัดมากขึ้น ด้านความต้องการบริการสุขภาพจิต ผู้เข้าร่วมแสดงความเห็นอย่างเป็นเอกฉันท์ว่าชุมชนต้องการระบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่สม่ำเสมอและเข้าถึงง่าย นอกจากนี้ยังมีความต้องการหน่วยบริการสุขภาพจิตใกล้บ้านหรือศูนย์บริการที่เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยมีทีมสุขภาพจิตคอยให้คำปรึกษาและบำบัดอย่างใกล้ชิด การจัดทีมเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการติดตามต่อเนื่อง ขณะเดียวกันก็ควรจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิต เช่น กิจกรรมชุมชน กีฬา หรือกิจกรรมวัฒนธรรมที่ลดความเครียดและเสริมพลังใจ อีกทั้งควรพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพจิตให้มีความเข้าใจภาษาและวัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมมากขึ้น

2. ความเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก พบผลการวิจัยดังนี้

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (n=400)

	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)		*p-value*
		มี	ไม่มี	
เพศ				.773
ชาย	140(35.0)	43(35.5)	97(34.8)	
หญิง	260(65)	78(64.5)	182(65.2)	
อายุ (ปี)				.001***
ต่ำกว่า 30	49(12.25)	5(4.1)	44(15.8)	
31-40	73(18.25)	13(10.7)	60(21.5)	
41-50	141(35.25)	32(26.4)	109(39.1)	
>50	137(34.25)	71(58.7)	66(23.7)	
Mean = 66.80, SD=5.02, Min = 18, Max = 86				
สถานภาพสมรส				.000***
โสด	309(77.25)	40(3.3)	9(7.4)	
คู่	49(12.25)	83(68.6)	226(81.0)	
หม้าย	11(2.75)	25(20.7)	6(2.2)	
หย่า/แยกกันอยู่	31()7.75	4(3.3)	7(2.5)	
ระดับการศึกษา				.465
ประถมศึกษา	158(39.50)	69(57.0)	89(31.9)	
มัธยมศึกษา	196(49.00)	44(36.4)	152(54.5)	
ปวช-ปวส.	6(1.50)	0(.0)	6(2.2)	
ปริญญาตรี	38(9.50)	8(6.6)	30(10.8)	
สูงกว่าปริญญาตรี	2(0.50)	0(0.0)	2(0.7)	
การประกอบอาชีพ				.031*
เกษตรกรรม	182(45.50)	60(49.6)	122(43.7)	
รับจ้าง	166(41.50)	51(42.1)	115(41.2)	
ค้าขาย	22(5.50)	7(5.8)	15(5.4)	
รัฐวิสากิจ/ราชการ	30(7.50)	3(2.5)	27(9.7)	
การเจ็บป่วย				.000***
ไม่มีโรคประจำตัว	340(85.0)	264(94.6)	76(62.8)	
มีโรคประจำตัว	60(15.0)	15(5.4)	45(37.2)	

*p<0.05, **p<0.01***, p<0.001

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 ราย ค่าเฉลี่ยของอายุของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 66.80 ปี โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็น ร้อยละ 35.25 เพศหญิง ร้อยละ 65.00 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.25 และ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 49.00 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.50 รองลงมาคืออาชีพรับจ้าง ร้อยละ 41.50 การเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.00 ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยพบว่า เพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ส่วนการเจ็บป่วยมีโรคประจำตัว สถานภาพสมรส อายุ และอาชีพ มีโอการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

2.2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ บ้านมูเซอ ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ (n=400)

ปัจจัย	มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ)		OR	*p-value*	Adjusted 95% CI of OR
	ไม่มี	มี			
ด้านปัจจัยเสี่ยง	201(50.3)	199(49.8)	.278	.000***	.132-.465
สูญเสียสิ่งที่อันเป็นที่รักหรือพอใจ			3.847	.037*	1.085-13.633
รู้สึกว่าความสูญเสียของฉันไม่ได้รับการแก้ไข			.369	.008**	.177-.770
รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า			1.911	.023*	1.095-3.335
หมดกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตต่อไป			.498	.022*	.274-.906
ไม่สามารถควบคุมสิ่งรอบๆตัวได้			.421	.150	.129-1.369
สัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงาน			.998	.996	.337-2.955
รู้สึกว่าโลกนี้ไม่มีความยุติธรรม			.548	.353	.154-1.947
สัมพันธภาพกับคนในครอบครัว			1.217	.474	.711-2.084
เจ็บป่วยฉันไม่ได้รับดูแลการรักษา			9.737	.026*	1.305-72.625
ด้านปัจจัยชักนำ	218(54.5)	182(45.5)	.109	.038*	.536-1.631
คนในครอบครัวและญาติพี่น้องมีอารมณ์เศร้า			3.894	.031*	1.133-13.388
ไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต			.358	.006**	.172-.744
ไม่มีความสุขในชีวิต			1.963	.017*	1.130-3.409
ไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ ที่ปฏิบัติ			.512	.026*	.284-.923
เบื่ออาหาร			.414	.132	.131-1.304
เป็นคนเจ้าอารมณ์			.957	.935	.334-2.741
มีความวิตกกังวล เครียด			.533	.316	.156-1.823
ไม่มีความสุขทางเพศ			1.249	.411	.734-2.126
ด้านปัจจัยป้องกัน	232(58.0)	168(42.0)	.116	.029*	.039-.048
มองโลกในแง่ดี			2.157	.011*	1.194-3.899
ประสบความสำเร็จในการศึกษา/การทำงาน			.389	.007**	.197-.772
มีครอบครัวมีเพื่อนมีคนรู้จักช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา			1.877	.024*	1.088-3.240
มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี			.513	.023*	.289-.912
ออกกำลังกาย			.406	.001***	.234-.704
ด้านปัจจัยกระตุ้น	128(32.0)	272(68.0)	.221	.000***	1.73-6.28
ใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุรา อื่นๆ)			2.205	.007**	1.243-3.909
เผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต			.395	.005**	.208-.750
Constant			.395	.005**	208-.750

*p<0.05 **p<0.01 *** p<0.001

จากตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยง (สูญเสียสิ่งที่อันเป็นที่รักหรือพอใจ, รู้สึกว่าความสูญเสียของฉันไม่ได้รับการแก้ไข และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า) ปัจจัยชักนำ (คนในครอบครัวและญาติพี่น้องมีอารมณ์เศร้า, ไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต, ไม่มีความสุขในชีวิต และไม่มีสมาธิกับสิ่งต่างๆ ที่ปฏิบัติ) ด้านปัจจัยป้องกัน (มองโลกในแง่ดี, ประสบความสำเร็จในการศึกษา/การทำงาน, มีครอบครัวมีเพื่อนมีคนรู้จักช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา, มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี และมีการออกกำลังกาย) และปัจจัยกระตุ้น (ใช้สารเสพติด และเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต) มีความสัมพันธ์

กับการมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าสัมประสิทธิ์การพยากรณ์ (R^2) มีค่าเท่ากับร้อยละ 43.6

จากตารางพบความสัมพันธ์รายด้านของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยง (OR=.278; p<0.001; 95% CI=.132-.465) ปัจจัยกระตุ้น (OR=.221; p<0.001; 95% CI=1.73-6.28) เป็นปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากที่สุด รองลงมาคือปัจจัยชักนำ (OR=.109; p<0.05; 95% CI=.536-1.631) มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยป้องกันเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR=-.116; p<0.05; 95% CI=.039-.048)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการบริการสุขภาพจิตในชุมชนชาติพันธุ์บ้านมูเซอ สะท้อนภาพรวมของความเปราะบางทางสุขภาพจิตในพื้นที่สูง โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในชีวิตประจำวันเป็นปัญหาหลัก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุที่ขาดการสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นต่อเนื่องและทวีความรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลระดับประเทศที่ระบุว่ากลุ่มชาติพันธุ์และชนกลุ่มน้อยมีความเสี่ยงทางสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป (Carr et al., 2021) ความไม่ต่อเนื่องเหล่านี้มีผลทำให้ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหรือพยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างต่อเนื่องและเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Hawton et al. (2021) ที่พบว่าการขาดระบบติดตามหลังการรักษาเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานของ Mann & Rizk (2020) ที่ชี้ว่าการดูแลสุขภาพจิตที่ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มเปราะบาง เช่น ชนกลุ่มน้อยหรือผู้มีข้อจำกัดทางสังคม-เศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่ทำให้อัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสูงขึ้น

ในด้านความต้องการบริการสุขภาพจิต การศึกษาครั้งนี้พบความต้องการที่ชัดเจนต่อระบบคัดกรองและเฝ้าระวังที่สม่ำเสมอ การมีศูนย์บริการสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับภาษาและวัฒนธรรมชาติพันธุ์ รวมถึงบริการเยี่ยมบ้านเชิงรุกและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตในชุมชน สิ่งเหล่านี้สะท้อนว่าชุมชนต้องการบริการที่ เข้าถึงง่าย ต่อเนื่อง และสอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรม มากกว่าบริการเฉพาะในโรงพยาบาล ซึ่งตรงกับข้อเสนอของ World Health Organization (2021) ที่เน้นการจัดบริการสุขภาพจิตแบบ community-based care เพื่อให้ครอบคลุมประชากรเปราะบาง ส่วนรายงานศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ ที่พบว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ที่มีอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมและภาษา เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ห่างไกลความเจริญ ชายแดน รวมถึงมีพฤติกรรมและความเชื่อเรื่องผีบรรพบุรุษ ผีป่าทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการจากภาครัฐได้อย่างครอบคลุม (ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ, 2566; Dekyong & Khamsa, 2024)

ผลการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ผลการวิจัยพบว่า เพศ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พื้นที่ที่ทำการศึกษาไม่มีความแตกต่างกันด้านเพศ และระดับการศึกษา และบริบทของชุมชนไม่มีความแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกผลการศึกษาที่พบว่า เพศ อายุ และระดับการศึกษาไม่ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษแต่อย่างใด (จันทนา เกิดบางแขม, 2562) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ และการมีโรคประจำตัว มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p<0.05) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ อายุที่มากขึ้นพบความชุกโรคซึมเศร้าสูงขึ้น และเป็นผลจากร่างกายที่เสื่อมถอยไปตามวัย ความรุนแรงของโรคที่เพิ่มขึ้นการสูญเสียความสามารถในการดำรงชีวิต การสูญเสียคนใกล้ชิดหรือบุคคลอันเป็นที่รัก (Wongpoom, 2011; Bhamanl, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออกผลการศึกษาที่พบว่า สถานภาพสมรส อายุ และอาชีพ ส่งอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของแรงงานไทยในเขตพื้นที่ระเบียงเศรษฐกิจพิเศษ ภาคตะวันออก แรงงานที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยกจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าแรงงานที่มีสถานภาพโสด (p=.014) รองลงมาคือ การอยู่ร่วมกันโดยมิได้แต่งงาน (p=.015) และสถานภาพแต่งงาน (p=.041) ตามลำดับ (จันทนา เกิดบางแขม, 2562) ยังสอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายติด 1 ใน 5 ของโรคที่มีการเสียชีวิตสูงสุดซึ่งเกิดจากปัญหาครอบครัวและปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวเรื้อรัง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าและไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีทำให้มีโอกาสฆ่าตัวตายค่อนข้างสูง (กฤษ ใจวงค์ และวรยุทธ นาคอ้าย, 2567) และยังสอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ที่พบว่าปัจจัย อายุ สถานภาพการสมรส อาชีพ การเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง และนริสาวงศ์ พนารักษ์, 2567)

ความสัมพันธ์รายด้านของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พบว่า ด้านปัจจัยเสี่ยง พบว่า สูญเสียสิ่งที่อันเป็นที่รักหรือพอใจ, รู้สึกว่าความสูญเสียของฉันไม่ได้รับการแก้ไข และรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า (OR=.278; p<0.001; 95% CI=.132-.465) การสูญเสียสิ่งที่อันเป็นที่รักหรือพอใจเป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า การสูญเสียบุคคลใกล้ชิดเป็นการสูญเสียอย่างหนึ่งที่จะต้องเผชิญการปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสีย จะส่งผลต่อสภาพจิตใจและต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การสูญเสียมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยพบว่าการสูญเสียบุคคลที่รักเป็น 1 ใน ทั้งหมด 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ (Bhamani, Karim, & Khan, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เป็นเงื่อนไขหรือสถานการณ์ที่เพิ่มโอกาสในการเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ความขัดแย้งในครอบครัว การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการขาดการสนับสนุนทางสังคม (WHO, 2021; Bhamani, Karim, & Khan, 2013) การขาดความมั่นคงทางเศรษฐกิจและการเผชิญปัญหาทางสังคม เช่น ความไม่เท่าเทียมทางเชื้อชาติหรือชาติพันธุ์ ก็เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเปราะบางต่อปัญหาทางจิตใจ (Carr et al., 2021)

ด้านปัจจัยชักนำ พบว่า (OR=.109; p<0.05; 95% CI=.536-1.631) คนในครอบครัวและญาติพี่น้องมีอารมณ์เศร้า การไม่มีความหมายในการใช้ชีวิต ไม่มีความสุขในชีวิต และไม่มีสมาธิกับสิ่งต่าง ๆ ที่ทำมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะภาวะซึมเศร้า เกิดขึ้นจากการที่สารสื่อประสาทในสมองเกิดภาวะไม่สมดุลส่งผลให้เกิดความผิดปกติทั้งทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมกับบุคคล เนื่องจากสมองหลั่งสารโดปามีน สารเซโรโทนิน และนอร์อิพิเนฟรินผิดปกติ ส่งผลให้ร่างกาย พฤติกรรม ความคิด และอารมณ์ เกิดความแปรปรวน นำไปสู่อาการต่าง ๆ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมค่อนข้างมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2558). สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในสังคมไทย ตามหลักพุทธจริยธรรม ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายเกิดจาก 3 สาเหตุหลักได้แก่ 1. ด้านสภาพสังคม สังคมที่วุ่นวายสับสน ผู้คนในสังคมดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดผู้ที่อ่อนแอกว่าจะอยู่ในสังคมได้ยากส่งผลให้เกิดความคับแค้นใจในชีวิต สถาบันครอบครัวก็ถือเป็นองค์ประกอบสาคัญที่จะกระตุ้นให้ฆ่าตัวตายได้ 2. ด้านสภาพร่างกาย ผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงหรือมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักเป็นบุคคลที่มีสภาพร่างกายไม่สมประกอบ มีความพิการ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โรคร้ายแรง ไม่มีทางรักษาให้หายได้หรือยากแก่การรักษา 3. ด้านสุขภาพจิต มีความผิดปกติด้านจิตใจซึ่งเป็นผลจากความล้มเหลวในชีวิตไม่ว่าจะเป็นสูญเสียของรัก

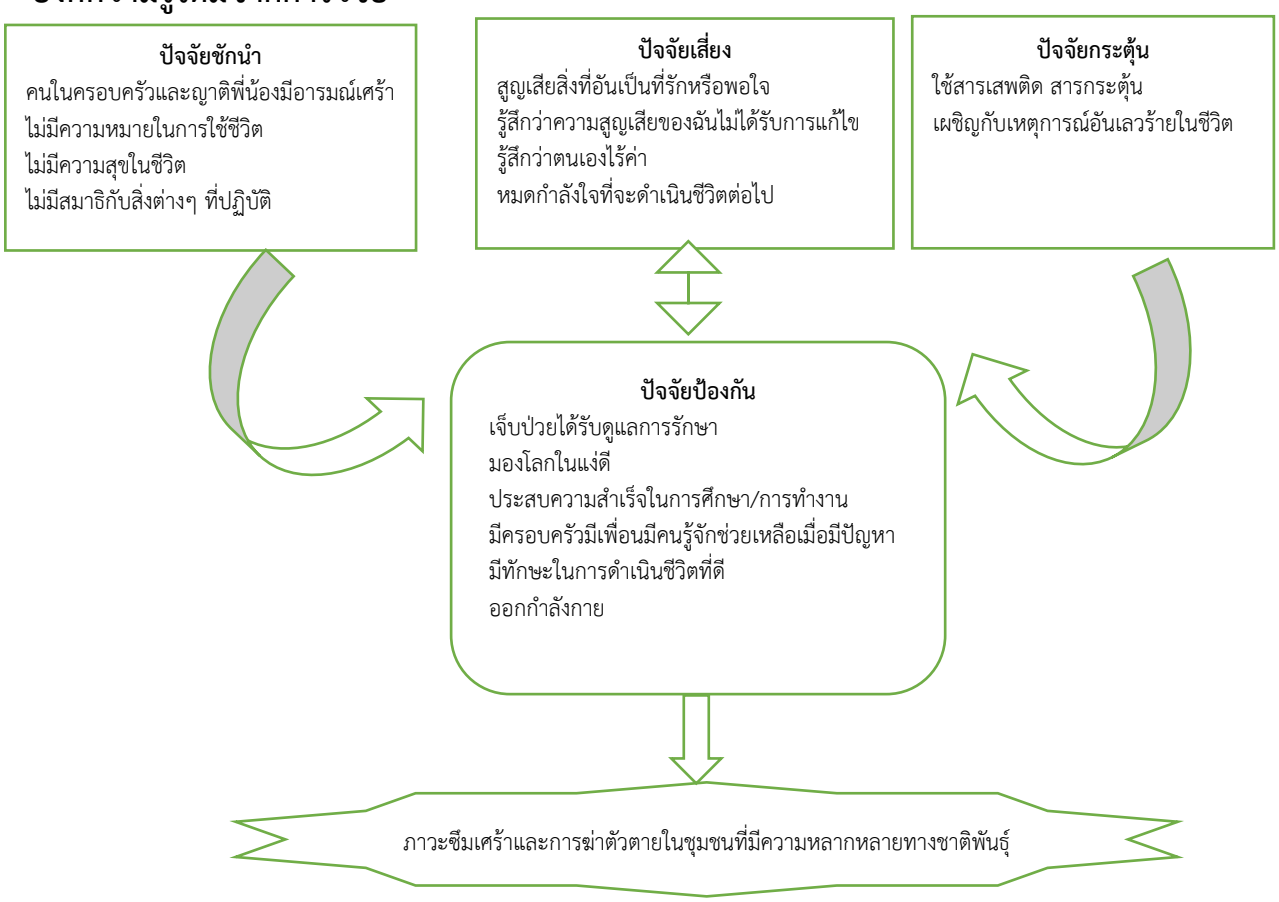
เสียฐานะทางสังคม หน้าตา แล้วไม่สามารถจัดการกับความตึงเครียดเหล่านั้นได้ ทำให้ตกอยู่ในสภาพเศร้าโศก เสียใจ หดหู่เศร้าหมอง ท้อแท้หมดกาลังใจ สิ้นหวังและรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ในส่วนของปัจจัยจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายของคนในสังคมไทย พบว่า เกิดจากปัจจัยด้านการทารุณกรรม ปัจจัยด้านการสูญเสีย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านความเครียดจากเหตุการณ์ในชีวิต ปัจจัยด้านผลกระทบจากสภาวะแวดล้อม และปัจจัยด้านอื่น ๆ เช่น ความบกพร่องในการปรับตัวเข้ากับสังคม การมองตนเองในแง่ลบ การขาดความเคารพตนเอง และการอยู่ร่วมกับสังคม (ปิยภาณี นันทกรณ์, 2560) และยังสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่พบว่า ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัวด้านการแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม การปฏิบัติหน้าที่ทั่วไป และเหตุการณ์กดดันในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (P<0.05) (ซุรยานี บือซา และคณะ, 2567)

ด้านปัจจัยป้องกัน พบว่า (OR=-.116; p<0.05; 95% CI=.039-.048) ปัจจัยป้องกันเป็นปัจจัยที่ลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ไม่ว่าจะเป็นการมองโลกในแง่ดี, ประสบความสำเร็จในการศึกษา/การทำงาน, มีครอบครัวมีเพื่อนมีคนรู้จักช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา, มีทักษะในการดำเนินชีวิตที่ดี และมีการออกกำลังกาย โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยพบว่าผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 32.5 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ (พิทยุตม์ คงพ่วง และคณะ, 2021) ที่พบว่า ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 48.5 ทั้งนี้เนื่องจากการออกกำลังกาย ช่วยเพิ่มเลือดให้ไหลเวียนไปยังสมองใหญ่ส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมอารมณ์ และช่วยเพิ่มการหลั่งสารโดพามีนและเซโรโทนิน ซึ่งเป็นสารเคมีสำคัญในสมองที่ช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น และทำให้หายรู้สึกเศร้า หรือหดหู่จึงสามารถบรรเทาอาการซึมเศร้า และช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย (Balchin R, 2016) ทั้งนี้อาจรวมถึงการทำกิจกรรมทางกายลักษณะอื่นด้วย เช่น การทงานอดิเรก การทำสวน เป็นต้น ซึ่งการได้ทำในสิ่งที่ตนเองรัก ย่อมช่วยลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในวัยแรงงานได้ และการมีกิจกรรมทางกายยังทำให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหวได้ให้รู้สึกผ่อนคลาย อีกทั้งยังได้ใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ และยังสามารถเพิ่มคุณค่าให้ตนเองได้อีกด้วย (Outchareon S, & Teppitak C., 2017)

ปัจจัยกระตุ้น พบว่า (OR=.221; p<0.001; 95% CI=1.73-6.28) การใช้สารเสพติด (บุหรี่ สุรา กัญชา ยาบ้า อื่น ๆ) ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าส่วนใหญ่ใช้สารเสพติดพบในกลุ่มวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นเพศชายมากกว่า จากการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 148 ราย พบว่าการเริ่มต้นสูบบุหรี่ สถานะการสูบบุหรี่ ความหนักในการสูบบุหรี่ การติดยาสูบ และแนวโน้มการสูบบุหรี่ ผลลัพธ์สำหรับแต่ละประเภทแตกต่างกันอย่างมาก โดยมีหลักฐานของความสัมพันธ์เชิงบวกในทั้งสองทิศทาง การสูบบุหรี่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในภายหลัง และสุขภาพจิตส่งผลต่อการสูบบุหรี่ในภายหลัง และการศึกษาความชุกของพฤติกรรมเสพติดและปัจจัยที่กี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า (กมล เทพา และณัฐ ณิชาช์, 2565) พบว่า พฤติกรรมการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่พบว่าการดื่มสุราเป็นประจำเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (วิจิตร แผ่นทอง และคณะ, 2562) การเผชิญกับเหตุการณ์อันเลวร้ายในชีวิต การทำใจไม่ได้ต่อการสูญเสียบุคคลใกล้ชิด เป็นปัจจัยต่อมาที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้า ภาวะกระทบกระเทือนใจ ความฝังใจจากเหตุการณ์วิกฤตที่รุนแรง หรือความสูญเสียอย่างกะทันหัน ผลอันเกิดจากความสะเทือนใจซึ่งอาจสังเกตได้ไม่เด่นชัด แต่มีผลเรื้อรังในระยะยาวทั้งต่อสภาวะจิตใจ ทัศนคติ การมองโลก รวมถึงการปรับตัวและการมีสุขภาวะที่เหมาะสมในสังคม ภายหลังเหตุการณ์วิกฤตหรือเหตุการณ์ความสูญเสียที่รุนแรงต่าง ๆ บุคคลจะมีความรู้สึกสะเทือนใจนับตั้งแต่เกิดเหตุการณ์จนถึงระยะเวลา 3 เดือน จะต้องเผชิญการปรับตัวไม่ได้ต่อการสูญเสีย จะส่งผลต่อสภาพจิตใจและต่อการดำเนินชีวิตประจำวันได้ การศึกษาของ (Bhamani, Karim, & Khan, 2013) ที่พบว่าการสูญเสียมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดต่อการเกิดโรคซึมเศร้า โดยพบว่าการสูญเสียบุคคลที่รักเป็น 1 ใน ทั้งหมด 5 ปัจจัยหลักที่มีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมี

นัยสำคัญ การปรับตัวทางจิตสังคมนับเป็นปัจจัยหนึ่งที่ควรนำมา พิจารณาเมื่อมีการประเมินการวินิจฉัยรวมทั้งการวางแผนการรักษาโรคซึมเศร้า ส่วนปัจจัยกระตุ้นเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์เฉียบพลันหรือสิ่งเร้าภายนอกที่ส่งผลให้บุคคลเกิดอาการซึมเศร้าหรือความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ ยาเสพติดชนิดกระตุ้น การเผชิญเหตุการณ์เลวร้ายในชีวิต เช่น การหย่าร้าง การตกงาน หรือการถูกกระทำรุนแรง (Hawton et al., 2021; Kamolthip et al., 2022)

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย



ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า ปัญหาภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายสำเร็จในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการให้เกิดความต่อเนื่องในการคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังปัญหาของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มชาติพันธ์ที่ เพิ่มขีดความสามารถในการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาในภาวะซึมเศร้าให้ครอบคลุม

ผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า ความสัมพันธ์รายด้านของปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์ พบว่า ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยที่มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธุ์มากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินการพัฒนาระบบเฝ้าระวังคัดกรองและค้นหาภาวะซึมเศร้าโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นวัยรุ่นและวัยทำงานจะนำมาสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสมทำให้ไม่สูญเสียโอกาสในการเรียนการทำงาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาและพัฒนาแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธ์โดยเฉพาะและออกแบบแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันรักษา ฟื้นฟูให้เหมาะสม ดังนั้นการศึกษาในอนาคตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับการเกิดโรคซึมเศร้าในชุมชนที่มีความหลากหลายทางชาติพันธ์และควรเป็นการศึกษาในระยะยาวเพื่อดูทิศทางของเหตุและผลของการเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลง และควรกระทำในขนาดจำนวนประชากรที่มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

กมล เทพา และ ณัฐ ณิชาช์. (2565). *ความชุกของพฤติกรรมเสพติดและปัจจัยที่กี่ยวข้องในผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

กฤษ ใจวงค์ และ วรยุทธ นาคอ้าย. (2567). รูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน อำเภอสันติสุข จังหวัดน่าน. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 33*(2), 297-306.

ซุรยานี บือซา และคณะ. (2567). ปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9*(1), 124-133.

ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2550). *การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบประเมินโรค ซึมเศร้า 9 คำถาม*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ปิยภาณี นันทกรณ์. (2560). *อัตวินิบาตกรรม: แนวทางแก้ปัญหาการฆ่าตัวตายของคนในสังคมไทยตามหลักพุทธจริยธรรม* (รายงานการวิจัย). มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี.* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

ระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย. (2565). *ข้อมูลจากคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (HDC).* กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

วิจิตร แผ่นทอง, วรัญญภรณ์ ชาลีรักษ์ และ พูลพงศ์ สุขสว่าง. (2019). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า: MIMIC Model. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *12*(2), 52-67.

ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง และ นริสาวงศ์ พนารักษ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 30*(1), 19-34.

ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ. (2566). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ตัวชี้วัดที่ 3.25 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มด้อยโอกาสของสังคมและแรงงานข้ามชาติ เข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม.* ลำปาง: ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ และแรงงานข้ามชาติ.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, DC: APA.

Balchin R, et al. (2016). Sweating away depression? Theimpactof intensive exerciseon depression. *J Affect Disord, 200*, 218-21.

Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Beck, A.T., et al. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry, 4*, 561-571.

Bhamani, M., Karim, M. S., & Khan, M. M. (2013). Depression in the elderly in Karachi, Pakistan: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry, 13*(1), 181.

Brausch, A. M., Whitfield, M., & Clapham, R. B. (2023). Comparisons of mental health symptoms, treatment access, and self-harm behaviors in rural adolescents before and during the COVID-19 pandemic. *European Child & Adolescent Psychiatry, 32*(6), 1051-1060.

Calkins, H. (2021). Online therapy is here to stay. *Monit Psychol, 52*(1),78–82.

Carr, M.J., et al. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on primary care-recorded mental illness and self-harm episodes in the UK: a population-based cohort study. *Lancet Public Health 6*(2), 124–e135.

Dekyong, E., & Khamsa, W. (2024). Caring for Non-Communicable Diseases among the Karen Ethnic Group with Cultural Differences: Nurse's Roles. *Journal of Nursing and Public Health Research, 4*(2), e266538-e266538.

Hawton, K., et al. (2021). Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: comparative trend analysis of hospital presentations. *J Affect Disord, 282*, 991–995.

Kamolthip, R., Nantsupawat, A., & Wongpakaran, T. (2022). Substance use and depression among Thai adolescents: Risk and protective factors. *Journal of Mental Health, 31*(4), 452–460.

Kelada L, Hasking P, Melvin G (2018). Adolescent NSSI and recovery: the role of family functioning and emotion regulation. *Youth Soc, 50*(8),1056–1077

Kochanek KD, Xu JQ, Arias E. Mortality in the United States, (2019). NCHS Data Brief, no 395. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Kongpoung. P, et al. (2021). The related factors of depression among the elderly in Wangluek subdistrict administrative organization area, samchuk district, Suphanburi. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 6*(11), 338-46.

Mann, J. J., & Rizk, M. M. (2020). A brain-centric model of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 177*(10), 902–916.

Outchareon, S., Teppitak, C. (2017). Effectiveness of depression reduction program for the chronic disease patients through Buddhists integrated. *Journal of MCU Peace Studies, 5*(1), 90-102.

Perez-Villagomez, L. (2023). *Mental Health Applications as a Resource for Reducing Access Disparities? A Case Example from a Disaster Mental Health App* (Undergraduate Honors Thesis). University of Nebraska-Lincoln.

Richmond-Rakerd, L. S., et al. (2019). Common genetic contributions to high-risk trauma exposure and self-injurious thoughts and behaviors. *Psychological medicine, 49*(3), 421-430.

Wongpoom, T., Sukying, C., & Udomsubpayakul, U. (2011). Prevalence of depression among the elderly in Chiang Mai province. *J Psychiatr Assoc Thailand*, 56, 103-16.

World Health Organization (WHO). (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.* Geneva: WHO.