

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตาย
ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา



นายสงบ ภูแดนแก่ง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING TO ENHANCE LIVING PROGRAM ON
SUICIDE IDEATION AMONG ALCOHOL USE DISORDERS

Mr. Sangob Poodankang



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
โดย	นายสงบ ภูแดนแก่ง
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิ่งนภา ผาณิตรัตน์)

สงบ ภูแดนแก่ง : ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING TO ENHANCE LIVING PROGRAM ON SUICIDE IDEATION AMONG ALCOHOL USE DISORDERS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 161 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ 2) ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องการวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มสุรา และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการบำบัดแบบ Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) 2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) และ 3) แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) เครื่องมือชุดที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 ส่วนเครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777195536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: MOTIVATIONAL INTERVIEWING TO ENHANCE LIVING / ALCOHOL USE DISORDERS / SUICIDAL IDEATION

SANGOB POODANKANG: THE EFFECT OF MOTIVATIONAL INTERVIEWING TO ENHANCE LIVING PROGRAM ON SUICIDE IDEATION AMONG ALCOHOL USE DISORDERS. ADVISOR: ASST. PROF.PENPAKTR UTHIT, 161 pp.

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: 1) suicide ideation of alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention, and 2) suicide ideation of alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program and those who received regular nursing care measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention. The samples of 40 alcohol use disorders with suicide ideation who met the inclusion criteria were recruited from in-patient department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The samples were matched-pair with diagnosis on alcohol use disorders and suicide ideation scores then randomly assigned into either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received motivational interviewing to enhance living program, whereas the control group received the regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) the motivational interviewing to enhance living program developed by the researcher based on the Motivation Interviewing to Address Suicide Ideation (MI-SI) of Britton et al. (2012) and Britton (2015), 2) the SSI-Thai version 2014, and 3) the Living Ruler and instrument. The 1st and 3rd instruments were tested for content validity by 5 experts. The Cornbach's alpha coefficient reliability of the 2nd instrument was as of .82, and the Pearson correlation reliability of the 3rd instrument was as of .86. The Repeated Measures Analysis of Variance and Planned Comparisons were used in data analysis.

The conclusions of this research were as follow:

1. Suicidal ideation of Alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention was significantly lower than that before at p .05;

2. Suicidal ideation of Alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention was significantly lower than those who received the regular nursing care at p .05.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2015

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีคุณค่าให้คำปรึกษา คำแนะนำ ตรวจสอบ และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ด้วยความเอาใจใส่และให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเสียสละ ความเมตตาที่ท่านอาจารย์มอบให้โดยตลอด จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา วัฒนรัตน์ กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาชี้แนะ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และคำแนะนำต่าง ๆ ตลอดมา ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยด้วยดีมาโดยตลอด รวมถึงพี่ ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่คอยช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนคนผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่มาเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ที่กรุณาสับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทฉบับนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อคำภู่ ภูแดนแก่ง และคุณแม่ฉวีวรรณ ภูแดนแก่ง บิดาและมารดาผู้ให้กำเนิดที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ รวมถึงทุกคนในครอบครัวที่รักเข้าใจ และคอยให้กำลังใจมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	1
สารบัญภาพ.....	2
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	8
แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	12
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมรา.....	17
2. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมรา.....	24
3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย.....	36
4. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย.....	43
5. โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย.....	52

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	60
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	64
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	65
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	74
การวิเคราะห์ข้อมูล	95
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	96
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	110
สรุปผลการวิจัย.....	114
อภิปรายผลการวิจัย	114
ข้อเสนอแนะ	122
รายการอ้างอิง.....	124
ภาคผนวก	132
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	133
ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยง.....	135
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง).....	139
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	152
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	156
ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย	158
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	161

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย.....	53
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราแบ่งตามการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	63
ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่.....	77
ตารางที่ 4 คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตรอยู่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่.....	92
ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส	97
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และอาชีพ	98
ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกัน	99
ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด.....	100
ตารางที่ 9 ผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และการแปลผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง	101
ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ในระลอกก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์.....	103
ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม	106
ตารางที่ 12 การทดสอบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา	108

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 สมมติฐานของ MI-SI process model (Britton, 2015).....	52
ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	59
ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	94
ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่ม สุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัด	106



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายที่ได้รับการยอมรับและมีการบริโภคกันอย่างกว้างขวางโดยในประเทศไทยพบว่ามีการใช้คำเรียกละการเสพติดชนิดนี้ที่หลากหลาย ซึ่งปริทรรศน์ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2552) ได้สรุปว่า สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโท กระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น องค์การอนามัยโลกระบุว่าการเสพสุรานั้นนำมาซึ่งปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลกและได้คาดการณ์ว่าในปี 2004 มีประชากรทั่วโลกดื่มแอลกอฮอล์ราว 2 พันล้านคน โดยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol uses disorder) 76.3 ล้านคน (WHO, 2004) และรายงานว่าเป็นปี 2012 มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุราทั่วโลก 3.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 7.6 และ 4 ของการเสียชีวิตในผู้ชายและหญิงตามลำดับ (WHO, 2014) ในไทยก็พบปัญหานี้เช่นกัน โดยในปี 2554 พบผู้มีอายุ 15 ปีขึ้นไปดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 16,992,016 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ โดยมีความชุกสูงสุดในช่วงอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.3 และพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556) นอกจากนี้จากการสำรวจระดับชาติปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (โครงการสุขภาพจิตครบวงจร) โดยเบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์ และคณะ ในปี 2555 ซึ่งแบ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การติดสุรา (Alcohol dependence) และ 2) การดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) ผลจากการสำรวจพบว่า ความผิดปกติของการดื่มสุราเป็นปัญหาสำคัญของทุกๆ พื้นที่ทั่วประเทศ คิดเป็นอัตราความชุกของภาวะติดสุราและดื่มแบบอันตราย ร้อยละ 6.4 และ 6.0 ตามลำดับ พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และเมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุจะพบ อัตราความชุกมากที่สุดในช่วงอายุ 15-59 ปี คิดเป็นร้อยละ 12.4 (เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์ และคณะ, 2556)

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อด้านต่างๆ ตามมา ทั้งต่อร่างกายของผู้ดื่ม คือ ทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น ภาวะอาหารอ้วน มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหารและตับแข็ง เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวัฒนากุล, 2546) อีกทั้งส่งผลกระทบต่อผู้ใกล้ชิดและบุคคลในครอบครัว เช่น ก่อให้เกิดครอบครัวแตกแยก บุคคลในครอบครัวไม่มีความสุข รวมไปถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งทางวาจาและทางร่างกายจากบุคคลในครอบครัว ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อเด็กและอนาคตของเด็ก เช่น ขาดที่ปรึกษา ขาดความอบอุ่น เป็นต้น นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ เช่น การเกิดปัญหาอุบัติเหตุจากการดื่มสุรา ตั้งแต่บาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต รวมไปถึงความเสียหายด้าน

ทรัพย์สินของผู้ซบเซ่และผู้โดยสาร คู่กรณี คนเดินเท้า และของสังคมโดยรวม และสุราอาจก่อให้เกิดปัญหาด้านอาชญากรรม เช่น การข่มขืน การทำร้ายร่างกาย ตามมา เป็นต้น (จิรนนท์ แก้วกล้า, 2548; สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์ และคณะ, 2548; ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา, 2556)

ผลกระทบที่สำคัญต่อผู้ดื่มสุราอีกด้านหนึ่ง คือ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความเชื่อมั่นภายในใจ เกิดอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) และการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลกระทบทางจิตไวร้ายแรงที่สุดและพบได้บ่อย (Lamis & Malone, 2012) ดังการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Gelder et al. (1996 อ้างถึงใน ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, 2542) พบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ที่ฆ่าตัวตายมีสาเหตุมาจากการเสพติดสุรา ส่วน Lejoyeux et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีการเสพติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนที่ไม่มีภาวะเสพติดสุรา 75 เท่า โดยอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น 2.37 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ Sher et al. (2005) พบว่า ผู้เสพติดสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป 60-120 เท่า

สำหรับในไทย ประเวศ ดันติพิพัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ (2542) ศึกษาในประชาชนทั่วไปที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่ปี 2539-2540 พบว่าร้อยละ 26.6 มีสาเหตุจากปัญหาการติดสุรา ส่วนพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ (2556) ทำการศึกษาในประชากรที่มีปัญหาทางจิตรวมถึงมีปัญหาการใช้สารเสพติด พบว่า กลุ่มที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 8.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรไทยทั่วไปที่พบร้อยละ 7.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ เบ็ญจมาศ พุกษ์กานนท์ และคณะ (2556) ที่สำรวจระดับวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร้อยละ 7.9 และเมื่อศึกษาในผู้เสพติดสุราโดยตรง (Alcohol dependence) จะพบปัญหาการฆ่าตัวตายชัดเจนขึ้น เช่น ชลิวร แสนไชย (2550) ศึกษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 203 คน โดยการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) และการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) พบว่า ทุกรายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำแนกตามระดับความเสี่ยงเป็น ระดับน้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 44.8, 25.1, 15.3 และ 14.8 ตามลำดับ ในขณะที่ สุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ (2558) ทำการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ด้วยการประเมินทั้งความคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายเช่นกัน และพบว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 37.5

การดื่มสุราอาจเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วลงมือฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น เพราะขาดความยับยั้งชั่งใจ (Ganz & Sher, 2009) ดังที่พบว่าผู้ดื่มสุรามีอัตราความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายโดยอยู่ที่ร้อยละ 50 (ปทานนท์ ขวัญสุนิศา, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาการ

เปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของความคิดฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตาย ในผู้เสพติดสุรา ของ Conner et al. (2007) พบว่า ผู้เสพติดสุรามีการพยายามฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 35.11 ซึ่งหากผู้เสพติดสุราที่ความคิดฆ่าตัวตายและมีการพยายามฆ่าตัวตายดังกล่าวนี้ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันที่ ย่อมจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายสำเร็จตามมาในที่สุด ดังที่พบว่า ร้อยละ 15 ของผู้เสพติดสุรา (Alcohol dependence) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-IV-TR มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ โดยส่วนใหญ่พบเป็นผู้เสพติดสุราเพศชาย (นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ, 2558)

ผลการศึกษาดังข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) ตามที่ Diekstra & Guibinat (1993) ได้นิยามว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) และ 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicides) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นพื้นฐาน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สอดคล้องกับ Beck et al. (1988) กล่าวว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและความปรารถนาที่ต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นความพยายามฆ่าตัวตายซึ่งความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายที่สำเร็จตามมา ดังนั้น การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด

ความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้ารับการบำบัดรักษา ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Conner et al. (2007) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) และการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) ในผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันผู้ดื่มแบบอันตรายและเสพติดสุราแห่งชาติ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้เสพติดสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50.79 สอดคล้องกับข้อมูลที่พบในโรงพยาบาลของรัฐประเทศไทย อาทิเช่น ข้อมูลจากแบบรายงานประจำเดือนของหอผู้ป่วยในฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 70 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทั้งนี้เพื่อป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จที่อาจเกิดขึ้นตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยหลัก 2 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตาย คือ 1) ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ การอาศัยอยู่คนเดียว ตกงาน ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย

(Sher, 2006) และการออกฤทธิ์ของสุราซึ่งเป็นสารเสพติดกลุ่มที่กดระบบประสาทส่วนกลางทำให้ระดับของสารสื่อประสาท dopamine, endorphins และ serotonin ลดต่ำลงส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) และ 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคลพบว่า ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยทำให้ผู้ที่มีประวัติการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Ganz & Sher, 2009; Lamis & Malone, 2012) อีกทั้งเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของความคิดฆ่าตัวตาย (Westefeld et al., 2000) สอดคล้องกับผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้สุราในโรงพยาบาลของประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 80 คน แบ่งเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 51 คนและไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (กลุ่มควบคุม) 29 คน พบว่า ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของผู้หญิงที่มีประวัติการใช้สุราให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Kingree et al., 1999) สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไทย เช่น ชลธิพร แสนไชย (2550) พบว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นผู้มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ ภัทราจิตต์ ศักดา และคณะ (2552) พบว่า ร้อยละ 46.67 ของผู้ติดสุราซึ่งเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายที่รักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีสาเหตุมาจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า เปื่อหน่ายและหมดหนทาง ซึ่ง Kylma (2005) กล่าวว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่ามีพลังที่จะทำอะไร มีชีวิตอยู่ด้วยความว่างเปล่า จิตใจหดหู่ ขาดแรงจูงใจ เกิดสภาวะเปื่อหน่าย ไม่มีภาระกำลังที่จะต่อสู้กับปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดำเนินชีวิตโดยไม่มีหลักการ ไม่มีทางเลือกและหากไม่สามารถหนีภาวะสิ้นหวังนี้ได้จะนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายตามมา สอดคล้องกับ Britton et al. (2011) ซึ่งสรุปว่าความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และขาดความสนใจในการเข้ารับการรักษา (Britton et al., 2011) ดังนั้นการที่จะดึงให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) จึงเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก เนื่องจากผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะรู้สึกลึกลับใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย บางครั้งก็ต้องการที่จะตายบางครั้งก็ต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความมุ่งมั่นต่อความต้องการที่จะตายกับความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในอนาคตได้ โดยพบว่า หากเมื่อใดที่ความต้องการที่จะตายมีมากกว่าความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อาจส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความพยายามในการฆ่าตัวตายและจะเพิ่มความตั้งใจที่จะตายให้มีมากขึ้น (Kovacs & Beck, 1977) และมีแนวโน้มที่จะมีการฆ่าตัวตายได้สำเร็จตามมา (Brown et al., 2005) ด้วยเหตุนี้หากสามารถจัดการกับปัญหาความลึกลับใจนี้ได้โดยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น ด้วยการเข้ารับการรักษาเพื่อลดพฤติกรรมที่คุกคาม

ชีวิตและเพิ่มพฤติกรรมในการส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ย่อมจะเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายได้สำเร็จของผู้เสพติดสุรา (Britton et al., 2011)

ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช มีทั้งแบบตั้งใจมารับการบำบัดและได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา จากสถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นผู้ป่วยที่มารับการบำบัดเพื่อเลิกสุราโดยตรงแต่เกิดจากการได้รับผลกระทบจากการดื่มสุรา เช่น ทะเลาะวิวาท ทำลายข้าวของ และมีความคิดฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 92.5 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559) โดยแบ่งแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายออกเป็น 2 แบบ คือ แบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทั้งนี้ในแต่ละโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชก็จะมีแนวทางการบำบัดรักษาที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะได้รับการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาตามแนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2555) ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การประเมินโรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและญาติรวมถึงการเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview-Suicidality (MINI-Suicide) ซึ่งแบ่งการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลางและระดับสูง ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2556) แต่อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การให้บริการจริงที่เกิดขึ้น การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยใช้การถามคำถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายก่อนเพื่อที่จะทำการประเมินโดยใช้แบบประเมิน MINI-Suicide อาจจะทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เป็นไปตามความเป็นจริงเนื่องจากสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ประเมิน การคัดกรองก็ไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทุกรายจึงอาจไม่สามารถสะท้อนสภาพปัญหาที่แท้จริงได้ อีกทั้งแบบประเมิน MINI-Suicide ยังมีข้อจำกัดในการคัดกรองโดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบางรายที่มีความคิดฆ่าตัวตายแต่เมื่อดูจากคะแนนรวมทั้งหมดของแบบประเมิน MINI-Suicide แล้ว ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายกลับถูกจัดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับน้อยส่งผลให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายมุ่งประเด็นไปที่การบำบัดเรื่องการติดสุราเป็นหลักมากกว่าการจัดการกับความผิดปกติที่ทำให้เกิดความเครียดซึ่งอาจจะพัฒนาไปเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศที่ผ่านมาพบว่า การบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจะดำเนินการตามความเร่งด่วน โดยในระยะแรกซึ่งมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จะเน้นการประเมินความคิดฆ่าตัวตายซ้ำและภาวะซึมเศร้าพร้อมให้การรักษาด้วยยาต้านเศร้าและไฟฟ้าตามความเสี่ยงที่พบ (Cornelius et al., 2001) จากนั้นจึงเป็นการบำบัดทางจิตสังคม (Cornelius et al., 2004) ซึ่งส่วนใหญ่มุ่งจัดการกับภาวะซึมเศร้า โดยใช้จิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จิตบำบัดประคับประคองและจิตบำบัดระดับลึก เป็นต้น พบเพียงการศึกษาเดี่ยวของ Britton et al. (2012) ที่ใช้รูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI process model) โดยใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Techniques: MI Techniques) และยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในในการมีชีวิตอยู่ซึ่งจะทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้มีโอกาสสำรวจ ค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองและรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังมากขึ้น โดยผลการศึกษาในผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา Post-traumatic stress disorder (PTSD) ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้มีประวัติการใช้สุราแบบเสี่ยง (hazardous alcohol use) พบว่าการบำบัดแบบ Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ถือว่าเป็นรูปแบบการบำบัดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย ดังการศึกษาของ Britton et al. (2008) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎีกำหนดใจตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเสพติดโคเคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยผลการศึกษาในร่องพบว่าการประยุกต์ใช้ MI และ SDT ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้ ต่อมาในปี 2011 Britton (2011) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีความชัดเจนขึ้นเพื่อใช้โดยตรงกับกลุ่มผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย และเรียกชื่อการบำบัดแบบนี้ว่า Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามาและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) โดยในช่วงแรกได้นำการบำบัดรูปแบบใหม่นี้ไปทดลองใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีประวัติดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) ผลจากการศึกษาพบว่า MI-SI ช่วยสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ และต่อมาในปี 2012 Britton et al. (2012) ได้นำรูปแบบการ

บำบัด MI-SI ไปทดลองใช้ในในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก ผลจากการศึกษานำร่องพบว่า MI-SI สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้

ต่อมาในปี 2015 เพื่อให้รูปแบบการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจมีความชัดเจนมากขึ้น Britton (2015) จึงได้พัฒนาขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ใหม่โดยใช้แนวคิดกระบวนการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยมีการนำหลักการสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) และเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้ในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น ซึ่งภายหลังจากนำไปใช้กับกรณีศึกษาพบว่าการบำบัด MI-SI ในรูปแบบที่พัฒนาใหม่นี้สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีประวัติการดื่มสุราอย่างหนักได้

จากประสิทธิภาพของการสร้างแรงจูงใจในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายและช่องว่างขององค์ความรู้ในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของประเทศไทยดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมีความสนใจนำการบำบัดในรูปแบบ MI-SI ตามการศึกษาของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศไทย ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ จะทำให้มีความหวังเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงตามมา

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะเวลาที่ต่างกัน มีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาที่ต่างกัน มีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

แนวเหตุผล และสมมติฐานการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นผลกระทบทางจิตใจร้ายแรงที่สุดและพบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Lamis & Malone, 2012) โดยผู้ที่มีการฆ่าตัวตายจะมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นพื้นฐานและเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) ทั้งนี้พบว่า การขาดแรงจูงใจในการที่จะมีชีวิตอยู่และขาดความสนใจในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความคิดฆ่าตัวตายและเกิดความพยายามฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งหากกระทำไม่สำเร็จแต่ความคิดฆ่าตัวตายยังคงมีอยู่มักนำไปสู่ปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นประจำและอาจเสียชีวิตในที่สุด (Mynatt, 2000) ด้วยเหตุนี้ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton (2011) สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยดังจะเห็นได้จากการศึกษาโดยการบำบัดในรูปแบบนี้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามาและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) ซึ่งผลจากการนำไปใช้กับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีประวัติดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) พบว่า MI-SI ช่วยสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ และในปี 2012 Britton et al. (2012) ได้นำรูปแบบการบำบัด MI-SI ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้น ผลจากการศึกษานำร่องพบว่า MI-SI สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton (2015) ได้ปรับปรุงรูปแบบการบำบัด MI-SI ให้เน้นการสร้างแรงจูงใจที่ชัดเจนขึ้น โดยนำแนวคิดกระบวนการบำบัดเพื่อสร้าง

แรงจูงใจ 4 ขั้นตอนของ Miller and Rollnick (2013) มาใช้ ประกอบด้วย คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) อีกทั้งได้อธิบายถึงการนำหลักการสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) รวมถึงเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้ในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวอย่างชัดเจนมากขึ้น เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น ผลการศึกษาพบว่า การบำบัด MI-SI สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีประวัติการดื่มสุราอย่างหนักได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ตามการศึกษาของ Britton et al. (2012), Britton (2015) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ นำไปสู่การมีความหวังในชีวิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลง ซึ่งโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล โดยใช้ขั้นตอนการบำบัด MI-SI 3 ขั้นตอนของ Britton et al. (2012) เป็นขั้นตอนหลัก และนำกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอนของ Miller and Rollnick (2013) ซึ่งกล่าวถึงใน Britton (2015) มาผสมผสานเป็นกิจกรรมย่อยภายใต้ 3 ขั้นตอนหลักดังกล่าว จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือ ได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม ซึ่งในแต่ละกิจกรรมสามารถสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die)

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) โดยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ และรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความไว้วางใจ ให้มีความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจและเกิดความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Britton, 2015) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยอาศัยเทคนิคของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้คำแนะนำ

(Advice) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (Self-Motivational Statement: SMS) ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาความคิดฆ่าตัวตายออกมาซึ่งคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเป็นคำพูดที่บ่งบอกถึงแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ และคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่นเพราะเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดออกมาเองโดยไม่มีใครบังคับ (Miller & Rollnick, 2013) ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้นนำไปสู่ความร่วมมือในการบำบัดและการเข้ารับการบำบัดนั้นจะช่วยลดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิตและเพิ่มพฤติกรรมที่ช่วยให้มีชีวิตอยู่มากขึ้น (Britton et al., 2011)

กิจกรรมที่ 2 สสำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหามาและสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open questions) การสะท้อนความ (Reflections) การชื่นชม ยืนยันรับรอง (Affirmations) และการสรุปความ (Summary) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มองจุดที่เป็นปัญหามาทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดแสดงความเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหามากับความคิดฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหานั้น มีการให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ โดยการมองหาข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Pros & Cons) ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับข้อดีของการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายเป็นอยู่ลดลงได้ (Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live)

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) โดยการดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหามาเป็นตัวช่วยในการปลุกพลังให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วย การค้นหาเหตุผลในการมีชีวิตอยู่และสำรวจความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่นั้น โดยการเปิดโอกาสให้ได้ตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้านอีกครั้งและมุ่งประเด็นไปที่ข้อดีและข้อเสียของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่โดยอาศัยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open questions) การสะท้อนความ (Reflections) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmations) และการสรุปความ (Summary) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่มากกว่าข้อเสีย ผู้บำบัดแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการ

ตัดสินใจ (Giving information) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่มากขึ้น โดยการให้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) ในการมีชีวิตอยู่ออกมา ซึ่งการที่ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเองในเรื่องใดออกมาซ้ำๆ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) เช่นเดียวกัน คือ เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองซ้ำๆ ผู้ป่วยก็จะเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น (Britton, 2015) และการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น ก็จะเกิดความหวังในการมีชีวิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้ (Britton, 2011)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) โดยการฝึกให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราเกิดทักษะในการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น (Living Talk) โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีโอกาสเป็นไปได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุในสิ่งที่หวังและประสบความสำเร็จในการกระทำได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีและยังเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ และหากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ก็จะทำความหวังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งทักษะในการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการตีตราความคิดฆ่าตัวตายลดลงได้ (Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live)

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราเริ่มต้นวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วยการดึงข้อความใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์มาใช้วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ มีการเน้นย้ำถึงเหตุผลของการมีชีวิตอยู่อีกครั้ง กระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพูดคำมั่นสัญญาในการมีชีวิตอยู่ของตนเองออกมา เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขและให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและบันทึกแผนการนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในอนาคต ซึ่งความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในการปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ดังกล่าว จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและเป็นการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นซ้ำได้ (Britton et al., 2012)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ตามการศึกษาของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) ทั้ง 5 กิจกรรมจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ มีความหวังเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลงตามมา

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Posttest Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตายทั้งชายและหญิง ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ทั้งชายและหญิง จำนวน 40 คน

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดและความปรารถนาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตซึ่งเกิดขึ้นในปัจจุบันแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นถึงความพยายามในการฆ่าตัวตาย ประเมินได้จากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) สร้างขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979) โดยปริยศ กิตติธรรค์ศักดิ์ และเกสร มัยจิ้น (2558)

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ หมายถึง กระบวนการดำเนินกิจกรรมการพยาบาลแบบรายบุคคลแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยการผสมผสานจากขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton et al. (2012) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามา (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) และกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) ตามการศึกษาของ Britton (2015) มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตาย ดำเนินการบำบัดเป็นรายบุคคล จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในวันที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความไว้วางใจและเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราและความคิดฆ่าตัวตาย การดำเนินการกิจกรรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและการสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาการดื่มสุราและความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 2 สสำรวจปัญหามาและความลึกลงใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในวันที่ 1 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 นาที เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้สำรวจปัญหามาและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตาย มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและสามารถตัดสินใจที่จะมีชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเอง การดำเนินการกิจกรรมประกอบด้วย การสำรวจปัญหามาและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นปัญหามองหาจุดที่เป็นปัญหามาที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตายเพื่อการตัดสินใจ

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในวันที่ 2 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถจัดการกับความลึกลงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองและสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ การดำเนินการกิจกรรมประกอบด้วย การปลุกพลังให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้สำรวจความลึกลงใจในการมีชีวิตอยู่ ส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดการกับความลึกลงใจในการมีชีวิตอยู่นั้นและกระตุ้นให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้จัดการกับความลึกลงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในวันที่ 3 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้ฝึกทักษะในการคิดบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ กิจกรรมประกอบด้วย การส่งเสริมความรู้สึกดีต่อตนเอง การฝึกทักษะการคิดเชิงบวกและการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) หมายถึง การดำเนินการกิจกรรมการพยาบาลในวันที่ 4 ของการเข้าร่วมกิจกรรม ใช้เวลาทั้งสิ้น 60 นาที เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้วางแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ที่ดีจนสามารถนำไปปฏิบัติได้และมีความมั่นใจในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ กิจกรรมประกอบด้วย การวางแผนดำเนินชีวิต

เพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ วิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตรอยู่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข และการให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

การพยาบาลปกติ หมายถึง การที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้รับการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2555) ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การประเมินโรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและญาติรวมถึงการเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาแบบสั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกดื่มสุรา 2) การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของการดื่มสุรา เกิดแรงจูงใจในการลด หรือ เลิกดื่มสุรา และ 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน MINI-Suicide แบ่งการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2556)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายและเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
2. เกิดรูปแบบการบำบัดที่สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยใช้กระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ตามบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง
3. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้เรื่องแนวคิดและรูปแบบการปฏิบัติพยาบาลที่ต้องใช้ทักษะการบำบัดซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา” ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยมีเนื้อหาและสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 1.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 1.3 ผลกระทบจากความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
2. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.4 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
 - 2.5 การบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
 - 2.6 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
 - 3.1 แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์
 - 3.2 แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
4. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
 - 4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.2 หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.3 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง
 - 4.4 เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ
 - 4.5 การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มี

ความคิดฆ่าตัวตาย (MI-SI)

5. โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 6.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย
 - 6.2 รูปแบบการบำบัดต่างๆ

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

1.1 ความหมายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) เป็นกลุ่มที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยพิจารณาจากปัญหาการดื่มและผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) และ 2) การติดสุรา (Alcohol dependence) (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553; พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, 2554) ดังนี้

1.1.1 การดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) เนื่องจากเป็นการดื่มแบบมีปัญหาทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพได้โดยไม่จำเป็นต้องติดสุรา ดังนั้นเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 จึงกำหนดให้มี F10.1 เป็น Alcohol abuse เพื่อให้ตระหนักถึงอันตรายต่อสุขภาพหรือจากปัญหาอื่นๆ ซึ่งการดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) หมายถึง รูปแบบของการดื่มที่เกิดผลเสียต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ทางด้านร่างกาย เช่น ตับถูกทำลาย ทางจิตใจ เช่น มีอาการซึมเศร้าทางสังคม เช่น มีปัญหาสัมพันธภาพ ขาดงาน ขาดเรียนและปัญหาทางด้านกฎหมาย โดยผู้ดื่มในกลุ่มนี้มักจะเกิดปัญหาทางร่างกาย จิตใจและสังคม เนื่องจากการดื่มสุราเกินเกณฑ์มาตรฐานเป็นประจำอยู่แล้ว อาจจะได้รับบาดเจ็บ เกิดปัญหาความรุนแรง ปัญหาทางด้านกฎหมาย บ่อยครั้งมักเกิดปัญหาบกพร่องในการทำงานหรือเกิดปัญหาสังคมเนื่องจากเมาสุรา ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัย Alcohol abuse ตาม DSM-IV ดังนี้

การดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) เป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีนัยสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงอาการออก 1 อย่างหรือมากกว่าในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1) มีการดื่มสุราเป็นประจำจนทำให้ไม่สามารถทำงานสำคัญที่จำเป็น การศึกษาหรืองานบ้านได้ เช่น ขาดงานจากการดื่ม ถูกพักหรือให้ออกจากการศึกษา ละเลยการดูแลบุตรหรืองานบ้าน

2) มีการดื่มสุราเป็นประจำในสถานการณ์ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย เช่น ขับรถยนต์หรือใช้เครื่องจักรขณะอยู่ในสภาพไม่พร้อมจากการดื่ม

3) มีปัญหาทางกฎหมายอันเกิดจากการดื่มสุราอยู่เป็นประจำ เช่น ถูกจับกุมเนื่องจากพฤติกรรมเมาสุรา

4) คงมีการดื่มสุราอยู่แม้จะก่อให้เกิดหรือกระตุ้นให้เกิดปัญหาทางสังคมหรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลขึ้นอยู่บ่อยๆหรือตลอด เช่น ทะเลาะกับคู่สมรสหรือทำร้ายร่างกายกัน

1.1.2 การติดสุรา (Alcohol dependence) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์มากที่สุด จัดอยู่ในรหัส F10.2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีอาการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมองความจำและร่างกาย อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีความรู้สึกลอยๆดื่มอย่างมาก มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่มสามารถควบคุมการดื่มได้ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมาหรือดื่มจนละเลยกิจกรรมอื่นๆ หรือหน้าที่รับผิดชอบ ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัย ตาม DSM-IV ดังนี้

การติดสุรา (Alcohol dependence) เป็นรูปแบบการดื่มสุราที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่ความบกพร่องหรือความทุกข์ทรมานอย่างมีความสำคัญทางการแพทย์ซึ่งแสดงออก 3 รายการ (หรือมากกว่า) ในเวลาใดก็ตามในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

1) มีการดื้อยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้
(1) มีความต้องการดื่มสุราเพิ่มขึ้นอย่างมากเพื่อให้เกิด intoxication หรือผลอื่นที่ต้องการ

(2) ได้รับความทุกข์ทรมานอย่างมากหากยังคงดื่มเท่าเดิม

2) มีอาการขาดยา ซึ่งมีนิยามอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้

(1) มีอาการขาดสุรา (อาการถอนพิษสุรา)

(2) การดื่มสุราหรือสารใกล้เคียงกัน สามารถลดหรือกำจัดอาการขาดสุราได้

3) มีการดื่มสุราในปริมาณที่มากหรือเป็นเวลายาวนานกว่าที่ตั้งใจ

4) ไม่สามารถหยุดดื่มหรือควบคุมการดื่มได้ มีความต้องการดื่มอยู่ตลอดเวลา

5) ใช้เวลาอย่างมากเพื่อหาสุรามาดื่ม ในการดื่มสุราหรือในการฟื้นจากเมาสุรา

6) ต้องลดหรืองดการเข้าสู่สังคม การงาน เนื่องจากการดื่มสุรา

7) คงยังดื่มสุราอยู่แม้จะทราบว่ามีโอกาสก่อให้เกิดปัญหาทางร่างกายหรือจิตใจที่มีอยู่แล้วให้เกิดขึ้น เช่น ยังคงดื่มสุราแม้ทราบว่าสุราจะทำให้แผลในกระเพาะอาหารแย่ลง

พันธู์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2554) กล่าวว่า การติดสุราเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดและสมควรได้รับการช่วยเหลือทางการแพทย์ จัดอยู่ในรหัส F10.2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 โดยผู้ดื่มที่ติดสุราจะมีการดื่มซ้ำแล้วซ้ำอีกจนเกิดปัญหาพฤติกรรม สมองความจำและร่างกาย

อาการแสดงที่พบบ่อย เช่น คอแข็งมากขึ้น มีอาการขาดสุราหากหยุดดื่ม มีความรู้สึกอยากดื่มอย่างมาก ไม่สามารถควบคุมการดื่มได้ ยังคงดื่มต่อแม้ทราบว่าเกิดผลเสียตามมาและมีอาการมีนเมาจนละเลยกิจกรรมอื่นๆหรือหน้าที่รับผิดชอบ

สมภพ เรื่องตระกูล (2557) การติดสุรา หมายถึง ผู้ที่มีอาการติดยาและอาการขาดยาซึ่งจะเกิดกับผู้ที่ดื่มจำนวนมากและเป็นเวลานานโดยเกิดขึ้นภายหลังจากที่ลดปริมาณการดื่มลงเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ผู้ป่วยที่ดื่มจนไม่สามารถยับยั้งได้จะเกิดอาการขาดยาอย่างรุนแรงพบได้ร้อยละ 5 ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและการดื่มสุรารวมทั้งดื่มอย่างต่อเนื่องแม้จะมีปัญหาทางด้านจิตใจและทางกาย

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2008) โรคติดสุรา คือ ภาวะผิดปกติในกลุ่มทางร่างกาย พฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากการใช้สุรามากกว่าคนปกติทั่วไปโดยมีลักษณะการเสพติดที่แสดงถึงความต้องการอย่างมากที่จะใช้สุราเป็นการเสพติดทางกายที่แสดงถึงการขาดสุราหรือทนต่อฤทธิ์สุรา และไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้สุราได้ หากมีการหยุดใช้สุราจะหยุดได้ในระยะเวลาสั้นๆและจะกลับไปใช้สุราซ้ำในเวลาอันรวดเร็ว

จากความหมายของการติดสุราข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การติดสุราเป็นลักษณะของการดื่มสุราที่ไม่สามารถควบคุมตนเองในการใช้สุราได้ มักใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและดื่มสุรา แม้จะทราบว่าก่อเกิดผลเสียตามมา เช่น ปัญหาพฤติกรรม สมองความจำและร่างกาย ก็ไม่สามารถยับยั้งการดื่มสุราได้หากมีการหยุดใช้สุราจะหยุดได้ในระยะเวลาสั้นๆและจะกลับไปใช้สุราซ้ำในเวลาอันรวดเร็ว

1.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราพบว่า ไม่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งที่จะสามารถอธิบายได้โดยตรงแต่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มสุรา คือ ปัจจัยด้านพันธุกรรมและเพศ ปัจจัยด้านพันธุกรรม พบว่า ผู้เสพติดสุราที่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวมีประวัติการดื่มสุราอย่างหนักและการเสพติดสุรา คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีอัตราการเสพติดสุราสูงมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถ้าคนหนึ่งเสพติดสุราอีกคนมีโอกาสดูดสุรามากถึงร้อยละ 60 จากการศึกษา พบว่า ลูกของผู้ติดสุรามีความเสี่ยงสูงมากกว่าลูกของผู้ไม่ติดสุราในการที่จะเป็น alcoholism 3-4 เท่า ไม่ว่าจะถูกเลี้ยงโดยพ่อแม่ที่แท้จริงหรือพ่อแม่บุญธรรมก็ตาม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ญาติสนิทของผู้เสพติดสุรามีโอกาสเสพติดสุราในอัตราที่สูงกว่าประชากรทั่วไป 3 เท่า (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and cultural factors) ปัจจัยทางด้านสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้บุคคลดื่มสุรา เช่น สภาพแวดล้อม ปัญหาในครอบครัว การ

ชักชวนของกลุ่มเพื่อน เศรษฐฐานะยากจน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) สังคมและวัฒนธรรมบางแห่งให้การยอมรับการดื่มสุราในการเข้าสังคมชั้นสูง บางวัฒนธรรมนิยมใช้สุรา ยาตอง เป็นเครื่องบำรุงร่างกาย (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1.2.3 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ (Personality and psychological factors) การเสพติดสุราเกิดเนื่องจากผู้เสพติดสุรามีความรู้สึกกังวล เครียด เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความเชื่อมั่นภายในใจ เกิดอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย (ปรีทรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) แล้วใช้สุราเป็นหนทางจัดการความเครียดจากจิตใจได้สำนึก เช่น ดื่มสุราเพื่อจัดการกับความเครียดจากการทำงานหรือการดำรงชีวิตประจำวัน ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ขาดความรักความเข้าใจต่อกันซึ่งบุคลิกภาพของผู้เสพติดสุราจะมีการปรับตัวค่อนข้างยากทำให้ไม่สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น

จะเห็นได้ว่าความผิดปกติของการดื่มสุรา มีปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม และปัจจัยด้านบุคลิกภาพและจิตใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดมีความสัมพันธ์กับความผิดปกติของการดื่มสุรามากที่สุด

1.3 ผลกระทบจากความผิดปกติของการดื่มสุรา

ผลกระทบจากความผิดปกติของการดื่มสุรา เป็นลักษณะต่อเนื่องเริ่มตั้งแต่ดื่มน้อยจนไปถึงดื่มหนักและปัญหาที่เกิดขึ้นก็มีตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับที่รุนแรงซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดื่มสุราก็ทำให้เกิดผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเอง ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ดังต่อไปนี้

1.3.1 ผลกระทบต่อร่างกาย สุรา มีผลกระทบต่อร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้ดื่มทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น ภาวะอาหารอึกเสบ มะเร็งกระเพาะอาหาร มะเร็งหลอดอาหารและตับแข็ง เป็นต้น (กนกวรรณ กิตติวิฑูภาค, 2546) อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับอัตราการป่วยและอัตราจากโรคต่างๆที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคและการบาดเจ็บมากกว่า 60 ชนิด (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) การดื่มสุราในระยะยาวจะทำให้นอนหลับไม่สนิทหรือนอนไม่หลับทั้งคืน มีผลต่อสมองและระบบประสาทคือเมื่อดื่มสุราในปริมาณไม่มาก จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย อารมณ์ครื้นเครง ขาดความยับยั้งชั่งใจในการพูดและการกระทำ มีความมั่นใจมากขึ้นและกล้าแสดงออก เมื่อระดับแอลกอฮอล์มากขึ้นจะทำให้เกิดการเมาสุราเนื่องจากสุราจะออกฤทธิ์ในการกดการทำงานของสมองทำให้ระบบประสาททรวนเร ขาดสติสัมปชัญญะ มีแนวโน้มเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว และมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (เบญจพร ปัญญา, 2552)

1.3.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้ที่ดื่มจนถึงขั้นติดแล้วส่วนใหญ่จะมีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เกิดความรู้สึกคุณค่าในตนเองต่ำ และถึงแม้ในระยะแรกของการดื่มอาจทำให้เกิดเรื่องทุกข์

ใจแต่ผลในระยะยาวอาจทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีอารมณ์ฉุนเฉียว ก้าวร้าวและแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาอารมณ์และบุคลิกภาพผิดปกติ (ศิริเชษฐ์ สังขะมาน, 2548) และยิ่งก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจอื่นๆตามมา ได้แก่ เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความเชื่อมั่นภายในใจ เกิดอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ, 2542) และความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผลกระทบทางจิตใจร้ายแรงที่สุดและพบได้บ่อย (Lamis & Malone, 2012) ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Conner et al. (2007) ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide ideation) และการพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide attempts) ในผู้เสพติดสุราซึ่งเข้ารับการบำบัดรักษาที่สถาบันผู้ดื่มแบบอันตรายและเสพติดสุราแห่งชาติ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) ของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้เสพติดสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 50.79 สอดคล้องกับข้อมูลที่พบในโรงพยาบาลของรัฐ ประเทศไทย อาทิเช่น ข้อมูลจากแบบรายงานประจำเดือนของหอผู้ป่วยในฝ่ายคำโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 70 (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2559) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จร้อยละ 9.69 (Flensburg-Madsen et al., 2009) และในผู้เสพติดสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นสูงกว่าประชาชนทั่วไป 60-120 เท่า (Sher et al., 2005)

1.3.3 ผลกระทบต่อครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวมากขึ้น เกิดความหวาดระแวง เกิดการดูถูกเหยียดหยาม ก้าวร้าว กล่าวโทษบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อมว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา ทำให้ความสัมพันธ์ใกล้ชิดซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลเป็นไปได้ยาก เกิดปัญหาการหย่าร้างตามมา (มูลนิธิเพื่อนหญิง, 2546) ครอบครัวที่มีหัวหน้าครอบครัวหรือมีคู่สมรสที่ดื่มสุราเป็นประจำมักพบปัญหาทะเลาะวิวาทจนถึงขั้นทำร้ายร่างกายกันร้อยละ 68 และส่วนหนึ่งถึงขั้นหย่าร้างกัน (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) จากการศึกษาการดูแลผู้ติดสุราในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า การติดสุราทำให้ครอบครัวมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมีการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลโดยไม่มีความหวังว่าผู้ป่วยติดสุราจะเลิกดื่มได้สำเร็จทำให้ครอบครัวเกิดการเบื่อหน่ายในการดูแล (ชนิตา บุญญาภาส, 2547)

1.3.4 ผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจซึ่งส่งผลถึงศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ การเติบโตทางเศรษฐกิจและการพัฒนาของสังคมโดยรวมของประเทศ จากการศึกษาผู้กระทำความผิดด้วยพฤติกรรมก้าวร้าวสัมพันธ์กับการดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 86 มีก่อคดีฆ่าคนอื่น ร้อยละ 37 ก่อคดีรุนแรง ร้อยละ 60 มีผู้กระทำความผิดทางเพศ ร้อยละ 57 ของเพศชายและร้อยละ 27 ของเพศหญิง ที่มีปัญหาความรุนแรงในคู่สมรส ร้อยละ 13 มีการทารุณกรรมและทำร้ายร่างกายในเด็ก และพบว่าร้อยละ 51 ก่อคดีรุนแรงโดยมีเหตุมาจากผลของ

การดื่มสุรา (ทานตะวัน สุรเดชาสกุล, 2556) นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มสุรายังมีความสัมพันธ์กับค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เช่น อุบัติเหตุ ตับแข็ง ตับอักเสบ การทะเลาะวิวาท เป็นต้น นับว่าเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงมากและไม่คุ้มกับรายได้ที่เกิดขึ้นโดยรัฐ (ศิริเชษฐ์ สังขมาน, 2548)

จะเห็นได้ว่าความผิดปกติของการดื่มสุราส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว เศรษฐกิจและสังคมซึ่งหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาอาจทำให้เกิดความรุนแรงและซับซ้อนมากขึ้น

1.4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรานั้นเป็นการบำบัดที่ต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา เบื้องต้นให้การรักษาโดยการให้ยาเพื่อลดความไม่สุขสบายจากภาวะถอนพิษสุราและรักษาแบบประคับประคองตามอาการหลังจากนั้นต้องมีรูปแบบในการป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำและมีระบบติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราหยุดดื่มสุราได้นานที่สุดจนสามารถเลิกดื่มสุราได้ ซึ่งขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นทีมของบุคลากรทางด้านสุขภาพ (สาวิตรี อัจฉนากรชัย และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2543; อังกูร ภัทรากร และคณะ, 2558) ดังนี้

1.4.1 ขั้นเตรียมการบำบัดรักษา โดยการประเมินสภาพปัญหาทั้งจากตัวผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเองและจากญาติ การซักประวัติควรสอบถามให้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น ชนิดของสุราและสารเสพติดอื่นๆที่ใช้ ความถี่ของการใช้ ปริมาณเฉลี่ยที่ดื่มต่อวัน ระยะเวลาของการดื่ม เวลาและปริมาณสุราที่ดื่มครั้งสุดท้าย ประวัติของการเกิดอาการขาดสุรา เป็นต้น การตรวจร่างกายเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อน การประเมินสภาพจิตซึ่งอาการทางจิตที่พบอาจเป็นอาการหนึ่งของภาวะเมาสุราหรือเป็นอาการที่เกิดจากภาวะโรคจิตร่วมด้วย ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและทำการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่พบ เช่น อาการเมาสุรา อาการขาดสุราและอาการแทรกซ้อนอื่นๆ ความพร้อมที่จะรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อธิบายแผนการรักษาให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและยินยอมเข้ารับการรักษา

1.4.2 ขั้นถอนพิษสุรา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเมื่อหยุดดื่มสุรารายในระยะเวลา 12-18 ชั่วโมง จะมีอาการของภาวะขาดสุรา เช่น เหงื่อออกมาก ชีพจรเต้นเร็ว มือสั่น นอนไม่หลับ มีอาการประสาทหลอนทางตาหรือหู บางรายมีอาการมากถึงขั้นเพ้อและชักได้ การรักษาในขั้นตอนนี้ คือ มุ่งเน้นที่ลดอาการขาดสุราโดยการให้ยาหรือไม่ให้ยาขึ้นกับอาการและความรุนแรงของการติดสุรา

1.4.3 ขั้นฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคม เป็นการติดตามอย่างต่อเนื่องเมื่อผ่านพ้นภาวะถอนพิษสุราแล้ว เป็นช่วงที่ต้องฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ ฝึกทักษะชีวิตให้รู้จักแก้ปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม ในระยะนี้จะรักษาโดยเน้นการทำด้วยจิตสังคัมบำบัด แนวทางการบำบัดรักษาเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคัม ดังนี้

1) Cognitive Behavior Therapy (การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม) เป็นการบำบัดเพื่อเปลี่ยนความคิดที่ผิดให้แนวคิดนั้นถูกต้อง มีเหตุผล ไม่เข้าข้างตัวเอง เชื่อมั่นในตนเองและสามารถที่จะแก้ไข้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้สามารถควบคุมตนเองและเพิ่มทักษะต่างๆได้ เช่น การเข้าสังคัม กล้าแสดงออกและกล้าปฏิบัติคำสั่งชววินให้เต็ม เป็นต้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพโดยเฉพาะ antisocial personality disorder และผู้ที่ชอบเผชิญปัญหามากกว่าหนีปัญหา

2) Supportive psychotherapy (จิตบำบัดแบบประคับประคอง) เป็นการบำบัดที่มีทั้งแบบกลุ่มและแบบรายบุคคล เพื่อให้กำลังใจ รับฟังปัญหาและเข้าใจผู้ป่วย ให้คำชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิต

3) Behavior Therapy (พฤติกรรมบำบัด) เป็นการบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการแก้ปัญหาที่ถูกต้อง พร้อมเผชิญหน้ากับสิ่งที่มากระตุ้น มีการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อเพื่อช่วยคลายเครียด ใช้ทฤษฎีเสริมแรงเข้ามาช่วยในการบำบัดโดยมีการให้ผู้ป่วยตั้งเป้าหมายและ ถ้าหยุดดื่มได้ในแต่ละวันก็ให้คะแนนสะสมเมื่อครบกำหนดก็จะได้ตามที่มุ่งหวังไว้

4) Community reinforcement approach ประกอบด้วยการทำครอบครัวบำบัด ฝึกทักษะการทำงานทำ การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับกิจกรรมทางสังคมและนันทนาการโดยปลอดภัย และมีการติดตาม เป็นต้น

5) Brief intervention ใช้เวลา 1-3 session ใช้เวลาน้อยเพียง 2-3 ชั่วโมง ประกอบด้วยการประเมินอย่างคร่าวๆ เกี่ยวกับความรุนแรงของการดื่มสุราและปัญหาแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดขึ้นตามมา มีการพูดถึงแรงจูงใจ (provision of motivation feedback) และการให้คำแนะนำ (advice)

6) Family psycho-education and family therapy (การให้ความรู้เรื่องการติดสุราแก่ครอบครัวและครอบครัวบำบัด) เป็นการบำบัดเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วย มีการให้กำลังใจ มีการติดตามเพื่อป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ นอกจากนี้ยังช่วยทำให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันดี สื่อสารกันอย่างเหมาะสมอีกด้วย

7) Self-help group (Alcoholic anonymous or AA) เป็นกลุ่มบำบัดที่เกิดขึ้นเพื่อช่วยเหลือเพื่อนที่ติดสุราให้หยุดดื่มโดยเพื่อนที่ติดสุราแล้วเลิกได้ มีการนัดมาประชุมกลุ่มกันเพื่อ

มาเล่าประสบการณ์และความรู้สึกของตนเองให้เพื่อนสมาชิกฟัง ต่างคนต่างให้กำลังใจซึ่งกันและกัน เข้าใจกันและส่งเสริมให้ตนเองและเพื่อนในการลดละเลิกดื่มสุรา

1.4.4 ชั้นหลังฟื้นฟูสภาพ ในระยะนี้เป็นการติดตามผลการบำบัดอย่างต่อเนื่องเป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรากลัไปใช้ชีวิตอยู่กลับครอบครัวในชุมชน เน้นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเลิกดื่มสุราอย่างถาวรหรือลดปริมาณการดื่มลงและป้องกันการกลับไปดื่มสุราซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. แนวคิดเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

Dijkstra & Guibinat (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) และ 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicides) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายจะมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นพื้นฐาน (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนั้นการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด

2.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2553) ได้สรุปความคิดฆ่าตัวตายว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกหรือเป็นการแสดงออกถึงความต้องการที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ที่จะทำลายตนเองเพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมัครใจ ตั้งใจและรู้ตัว แต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรมซึ่งความคิดฆ่าตัวตายเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามหรือกระทำเพื่อให้ตนเองจบชีวิตลง

Dijkstra & Guibinat (1993) กล่าวว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่ตนเองคิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น จนกระทั่งทำการวางแผนเพื่อฆ่าตัวตาย

Beck, Steer and Ranieri (1988) กล่าวว่า ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันและความปรารถนาที่ต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตแต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่จะปรากฏออกมาให้เห็นความพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นตัวบ่งชี้ที่ชัดเจนของความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเป็นความสำเร็จตามมา

สรุปโดยรวมความคิดฆ่าตัวตาย คือ สิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองว่าไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ มีความต้องการที่จะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิตด้วยความสมัครใจ ตั้งใจ และรู้ตัวแต่ยังไม่ได้

ลงมือกระทำ ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จได้

2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตาย

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมักเป็นบุคคลที่มีความคิดหรือการกระทำเพื่อจบชีวิตตนเองมาก่อนโดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายต่างๆที่แสดงออกมานั้นมีความคาบเกี่ยวกันอยู่ ไม่สามารถที่จะแยกกันอย่างชัดเจนได้แต่ความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายไปจนถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) สรุปได้ดังนี้

2.2.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ

2.2.1.1 ชีวภาพของการฆ่าตัวตาย (Biology of suicide) ปัจจัยเหตุทางเคมีเชิงประสาทวิทยา (Neurochemistry) จากงานวิจัยพบว่า การฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับสารสื่อประสาท (neurotransmitters) โดยพบว่าระดับของ 5-HIAA ในน้ำไขสันหลังของผู้ใหญ่ลดต่ำกว่าปกติ นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง prefrontal และ temporal cortex (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) จากการศึกษาในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้ที่ยุติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีรุนแรง พบว่าสาร 5-hydroxy indoleacetic acid หรือ 5-HIAA ซึ่งเป็น metabolite ของ serotonin ในน้ำไขสันหลังมีระดับต่ำกว่าปกติ เชื่อว่าระดับ serotonin ที่ต่ำนี้จะทำให้บุคคลควบคุมตนเองไม่ได้และจะเกิดการทำร้ายตนเองเมื่อเกิดความเครียดตามมา (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

2.2.1.2 การเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ (Physical and psychiatric illness) ในกลุ่ม Affective disorder หรือผู้ที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ ผู้ที่มีปัญหาด้านการนอนไม่หลับอย่างรุนแรง ผู้ที่ติดสุราเรื้อรังหรือสารเสพติดเมื่อเกิดอาการขาดสารเสพติด (Withdrawal symptoms) มีโอกาสเสี่ยงมากกว่าส่วนด้านร่างกายมักเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่ทุกข์ทรมาณ การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและการเจ็บป่วยที่ทำให้ไร้สมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น

2.2.2 ปัจจัยด้านจิตสังคม

2.2.2.1 ด้านจิตวิเคราะห์ (Psycho-dynamic approach) Sigmund Freud กล่าวถึงการฆ่าตัวตายเป็นการทำงานของจิตใจในจิตใจได้สำนึกที่พยายามจัดการกับแรงขับของความก้าวร้าวที่พุ่งตรงไปยังสิ่งที่ตนเองรัก ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นบุคคลที่นำแรงขับของความก้าวร้าวมาทำโทษตัวเอง เป็นการเลือกใช้กลไกทางจิตแบบโทษตนเอง (Introjection)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของ Sigmund Freud ได้อธิบายว่า การฆ่าตัวตายเป็นเกิดจากความก้าวร้าว ความโกรธที่หันกลับเข้าหาตัวเอง ซึ่งเป็นความโกรธที่มีต่อบุคคลหรือต่อวัตถุอันเป็นที่รักที่ตายหรือจากไป บุคคลพยายามทำใจกับการสูญเสียนั้นแต่ความโกรธก็ยังไม่จางหายไปความโกรธต่อสิ่งนั้นจึงเปรียบเสมือนการโกรธต่อตนเองจึงทำให้เกิดการฆ่าตัวตายเป็น

ทฤษฎีของ Karl Menninger ทฤษฎีนี้อาศัยทฤษฎีของ Sigmund Freud โดยกล่าวว่า การฆ่าตัวตายเป็นฆาตกรรมที่วกเข้าหาตนเอง กล่าวคือ บุคคลโกรธคนอื่น ต่อมาความโกรธนั้นวกเข้ามาหาตนเองโดยมีความปรารถนาที่จะฆ่า ความปรารถนาที่จะถูกฆ่าและความปรารถนาที่จะตาย

ทฤษฎีปัจจุบัน คือ จิตพลวัตรของการฆ่าตัวตายมีหลายแบบ บุคคลที่ประสบกับความสูญเสียสิ่งที่ตนเองรักไม่ว่าจะเป็นคนรักหรือวัตถุสิ่งของที่รัก บุคคลที่อารมณ์ถูกระทบกระเทือนอย่างรุนแรงจนทำให้โกรธมักจะเป็นบุคคลที่ฆ่าตัวตายตามการเพ้อฝันไว้ก่อน

2.2.3 ด้านสังคมวิทยา (Sociological approach) Emile Durkheim นักสังคมวิทยาที่สนใจเรื่องสาเหตุการฆ่าตัวตายได้ศึกษาสาเหตุการฆ่าตัวตายของบุคคลโดยวิเคราะห์จากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสภาพสังคมที่บุคคลนั้นดำรงอยู่แบ่งได้ดังนี้

1) Altruistic suicide เป็นกลุ่มบุคคลที่ฆ่าตัวตายตามกฎเกณฑ์หรือประเพณีของสังคมนั้นๆ เช่น การ Hara-kiri หรือ suttee

2) Egoistic suicide เป็นกลุ่มบุคคลที่ฆ่าตัวตายเพราะตนเองรู้สึกไม่ผูกพันกับสังคมหรือบุคคลที่แยกตัวออกจากสังคม

3) Anomic suicide เป็นกลุ่มบุคคลที่ฆ่าตัวตายจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในการดำเนินชีวิต เช่น การสูญเสีย

2.2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavior Theory) เชื่อว่าการทำร้ายตนเองเกิดจากการเรียนรู้และได้รับแรงเสริมในขณะที่อยู่ในวัยเด็กหรือวัยรุ่น

2.2.4.1 ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal theory) เชื่อว่าการที่ถูกผู้เลี้ยงดูทอดทิ้ง ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกผิดและรู้สึกไร้ค่า อาจทำให้เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีอีกปัจจัยที่ทำให้เด็กเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและสร้างความผูกพันที่เหมาะสม คือ การถูกทำทารุณกรรมหรือการมีเพศสัมพันธ์กับพ่อแม่

2.2.5 แนวคิดอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2.2.5.1 การไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึก เชื่อว่าบุคคลที่ไม่สามารถสื่อสารความต้องการและความรู้สึกต่างๆ เช่น เศร้า เสียใจ รู้สึกผิด เป็นต้น อาจทำให้เกิดความคับข้องใจและมีแนวโน้มที่จะทำร้ายตนเองในที่สุด เช่น คนพิการที่พูดไม่ได้ ผู้ป่วยด้วยโรคที่ทำให้พูดไม่ได้หรือหูไม่ได้ยิน เป็นต้น

2.2.5.2 ลักษณะบุคลิกภาพ มีการศึกษาพบว่าลักษณะบุคลิกภาพ Hostility, Impulsivity, Depression มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยลักษณะของบุคลิกภาพดังกล่าวจะผสมผสานกันและส่งผลให้เกิดความผิดปกติถึงขั้นทำร้ายตนเองได้ เช่น ผู้ที่มีภาวะ

Borderline Personality Disorder และ Antisocial Personality Disorder จะมีความสัมพันธ์ระดับสูงต่อพฤติกรรมทำร้ายตนเอง (Brodsky et al, 1997 อ้างใน Stuart, 2001)

2.2.5.3 ผลการศึกษาลักษณะพฤติกรรม พบว่าผู้ที่มักแยกตัวจากสังคม มีความเชื่อมั่นในตนเองต่ำ ไม่ไว้วางใจผู้อื่น รู้สึกไร้พลังในการมีชีวิตอยู่ มีความคิดที่ไม่ยืดหยุ่น มักคิดว่าสิ่งร้ายๆจะเกิดขึ้นกับตนเอง เป็นบุคลิกภาพของบุคคลที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

2.2.5.4 ปัจจัยสิ่งแวดล้อมด้านจิตสังคม (Psychosocial Milieu) Russ et al. (1999 ใน Stuart, 2001) กล่าวว่า ประวัติการฆ่าตัวตายภายในครอบครัวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญและมีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวที่ปกติ โดยอาจเกิดจากการเลียนแบบของสมาชิกในครอบครัว ความเครียดภายในครอบครัว การถ่ายทอดพันธุกรรม เป็นต้น

2.2.5.5 สาเหตุจากการเลียนแบบ การเลียนแบบจากข่าวในหน้าหนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์และการฆ่าตัวตายของญาติพี่น้องหรือบิดามารดาเป็นสาเหตุที่สำคัญของการฆ่าตัวตายอย่างหนึ่ง ซึ่ง Stengel. (1969) ได้กล่าวว่า การเลียนแบบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญอย่างหนึ่งที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการฆ่าตัวตายได้โดยเฉพาะในผู้ที่มีความสนิทกับญาติพี่น้องที่เคยกระทำการฆ่าตัวตาย บุคคลนั้นมักจะเลียนแบบวิธีการและพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นๆ บุคคลพวกนี้เมื่อมีความเครียดหรือมีปัญหาชีวิตเกิดขึ้นจะปรับตัวโดยใช้กลไกทางจิตแบบลอกเลียนแบบพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (identification)

2.3 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

เนื่องจากความคิดฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมากทั้งทางด้านจิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ดังนั้นควรที่จะมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้เสพติดสุราทุกราย มีการประเมินถึงความถี่และความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์และวิธีการฆ่าตัวตาย รวมถึงประเมินความเป็นไปได้ในการกระทำตามแนวทางการถามความคิดฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) ดังนี้

- 1) คุณรู้สึกว่าคุณไม่อยากอยู่หรือไม่รู้ว่าจะอยู่ต่อไปทำไม
- 2) คุณคิดถึงกับอยากตายให้พ้นๆไหม
- 3) คิดเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน
- 4) ผื่นหรือห้ามไม่ให้คิดได้ไหม
- 5) เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไหร่
- 6) มีเหตุการณ์หรือความกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้
- 7) ได้มีแผนใหม่ว่าจะทำอย่างไร
- 8) คิดใหม่ว่าจะทำอย่างไร

9) เคยถึงกับทดลองทำไหม

10) ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือของมีคมไหม มีชื้อยามาสะสมไว้ไหม

เครื่องมือที่ใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

1. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)

แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยนี้ได้มาจากการนำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979) โดย ปรียศ กิตติธวัชศักดิ์ และ เกสร มัยจิ้น (2558) มาเป็นต้นฉบับในการแปลและศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายความรุนแรงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ มีจำนวน 19 ข้อ ลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดยแต่ละข้อคำถามให้ในข้อนั้นๆ คือ ไม่มีเลยให้ 0 คะแนน มีเล็กน้อยให้คะแนน 1 และปานกลางถึงมากให้คะแนน 2 โดยนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน ซึ่งคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึงมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึงมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง คะแนน 13 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง จากผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่ามีค่า CVI เท่ากับ .89 พบค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient = .81

2. Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)

แบบประเมิน Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) พัฒนาขึ้นโดย Reynolds (1987) เป็นแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น มีคำถาม 30 ข้อในการประเมินความถี่ของความคิดฆ่าตัวตายโดยการประเมินถึงความถี่ในการคิดฆ่าตัวตาย โดยแบ่งออกเป็น 7 ช่วงคะแนนจากเกือบทุกวันจนถึงไม่มีความคิดฆ่าตัวตายเลย จุดตัดของคะแนนจะใช้ในการประเมินระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายในการพบจิตแพทย์เพื่อประเมินอาการ สำหรับเด็กที่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจะมีการประเมินโดยใช้ SIQ-JR ซึ่งคล้ายคลึงกับ SIQ แต่สั้นกว่ามีคำถาม 15 ข้อ (Davis, 1992)

3. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้พัฒนาและศึกษาความถูกต้องโดย ทวี ตั้งเสรี และคณะ (2546) แบบคัดกรองมีคำถามทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ คือ 1) Suicidal intention 2) Severe stress 3) Medical component มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.72 มีอำนาจจำแนกระหว่างคนปกติและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ $p < 0.001$ และค่า cut off point ที่เหมาะสม

ของแบบคัดกรองเมื่อทำการศึกษาในชุมชน คือ 2 คะแนนขึ้นไป โดยมีค่าความไวร้อยละ 84.2 ความจำเพาะ ร้อยละ 88.0 ความถูกต้องของการทดสอบ (accuracy) ร้อยละ 87.8

4. แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

ฉบับภาษาไทย

แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช เป็นเครื่องมือที่มีความตรงด้านเนื้อหา ภาษาและเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เปรียบเทียบกับวิธีการวินิจฉัยของ แพทย์ และใน Module C เป็นส่วนของ Suicidality โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย Suicidal idea, Suicide plan และ Suicide attempt คำตอบจะมีใช่ และ ไม่ใช่ รวมคะแนนและจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ระดับ คือ 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย 9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง และตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไปมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก (พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มจรูรินทร์ คำวงศ์ปิ่น, 2548)

ในการประเมินความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ของ ปรีศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยยจัน (2558) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่ผ่านการแปลภาษาเป็นฉบับภาษาไทยมีคุณภาพสอดคล้องกับมาตรฐานของแบบประเมินต้นฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่ามีค่า CVI เท่ากับ .89 พบค่าความเที่ยง Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .81 สามารถนำไปได้ใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้โดยตรงและผู้ที่ถูกประเมินยังสามารถตอบแบบประเมินนี้ได้ด้วยตนเองอีกด้วย

2.4 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา พบปัจจัยหลัก 2 ประการที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

2.4.1 ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล

2.4.1.1 การเสพสุรา (Alcohol Use) การออกฤทธิ์ของสุราซึ่งเป็นสารเสพติดกลุ่มที่กดระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ระดับของสารสื่อประสาท dopamine, endorphins และ serotonin ลดต่ำลงส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตายได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556; Lamis & Malone, 2012)

2.4.1.2 การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Lack of Social Support) การขาดสัมพันธ์ภาพบุคคลอื่น เช่น บุคคลในครอบครัว เพื่อนรวมถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือต่างๆ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายตามมา (Cornelius et al., 2001; Sher, 2006; Lamis & Malone, 2012) ผู้ที่เป็นโสดมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด ผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียวไม่มีญาติพี่น้องเลยหรือมีแต่มีความรู้สึกเหมือนว่าอยู่ตัวคนเดียว คนที่พึ่งสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักหรือพลาดหวังจากความรักภายในระยะเวลา 1-3 เดือนให้ถือว่ามีโอกาสเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Sher, 2006) และจากหลายการศึกษายังพบว่าการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกสิ้นหวังโดยทำให้เกิดความรู้สึกผิดหวังที่เพิ่มมากขึ้นอันเป็นสาเหตุสำคัญของการมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา (Lamis & Malone, 2012)

2.4.1.3 หน้าที่การงาน ในผู้เสพติดสุราที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การว่างงานทำให้มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Cornelius et al., 2001; Sher, 2006) จากการศึกษาในประเทศอิตาลี พบว่า ตำแหน่งหน้าที่การงานที่ไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์ชัดเจนกับการฆ่าตัวตายสำเร็จและจากการศึกษานี้บ่งชี้ว่ามีความจำเป็นที่ต้องประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้เสพติดสุราที่มีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจสังคมร่วมด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่เป็นลูกจ้างหรือไม่เป็นลูกจ้างแต่มีตำแหน่งไม่มั่นคงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Giupponi et al., 2010)

2.4.1.4 มีประวัติการใช้สารเสพติดอื่นร่วมด้วย การใช้สารเสพติดกับการเสพติดสุรามีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพราะมีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อมีความเครียดเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดอารมณ์เศร้าและรุนแรงส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; Sher, 2006)

2.4.1.5 ประวัติครอบครัวและประสบการณ์ในวัยเด็ก ครอบครัวก็เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญซึ่งอาจเกิดจากการเลียนแบบหรือเกิดการถ่ายทอดทางพันธุกรรมของการฆ่าตัวตายผู้ที่มีประวัติญาติสนิทในครอบครัวฆ่าตัวตายจะพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ครอบครัวไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2.4.2 ปัจจัยภายในตัวบุคคล

2.4.2.1 เพศ ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าผู้หญิงประมาณ 3:1 โดยเฉพาะผู้ชายวัยกลางคนที่มีปัญหาชีวิตขั้นวิกฤต เช่น เป็นโรคทางกายที่ร้ายแรง ประสบปัญหาทางการทำงาน หรือสูญเสียบุคคลที่ตนรัก ผู้ป่วยอาจจะดื่มเหล้ามากขึ้นเพราะความทุกข์ใจซึ่งมีโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ส่วนผู้หญิงพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย 3:1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

2.4.2.2 ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราโดยทำให้ผู้ที่มีประวัติการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Ganz & Sher, 2009; Lamis & Malone, 2012) อีกทั้งเป็นปัจจัยทำนายที่ดีที่สุดของความคิดฆ่าตัวตาย (Westefeld et al., 2000) มีการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างใน

โรงพยาบาล 80 คน ซึ่งมีประวัติการใช้สุรา แบ่งเป็นคนที่พยายามฆ่าตัวตาย 51 คนและไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย(กลุ่มควบคุม) 29 คน พบว่า ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของผู้หญิงที่มีประวัติการใช้สุราให้เกิดการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Kingree et al., 1999) สอดคล้องกับการศึกษาในไทย เช่น ชลธิพร แสนไชย (2550) พบว่าร้อยละ 35 ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการของโรงพยาบาลสวนปรุง เป็นผู้มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง และ ภัทรจิรา คักดา และคณะ (2552) พบว่าร้อยละ 46.67 ของผู้ติดสุราซึ่งเคยมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายที่รักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีสาเหตุมาจากความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า เปื่อหน่ายและหมดหนทาง ซึ่ง Kylma (2005) กล่าวว่าความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าจะไม่มีพลังที่จะทำอะไร มีชีวิตอยู่ด้วยความว่างเปล่า จิตใจหดหู่ ขาดแรงจูงใจ เกิดสภาวะเปื่อหน่าย ไม่มีภาระกำลังที่จะต่อสู้กับปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดำเนินชีวิตโดยไม่มีหลักการไม่มีทางเลือก และหากไม่สามารถหนีภาวะสิ้นหวังนี้ได้จะนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายตามมา สอดคล้องกับ Britton et al. (2011) ซึ่งสรุปว่าความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการมีความคิดฆ่าตัวตายตามมา

2.5 การบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Cornelius et al. (2004) เกี่ยวกับการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มุ่งจัดการกับภาวะซึมเศร้าเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ภาวะซึมเศร้าก็สามารถเชื่อมโยงไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งสามารถที่จะสรุปการบำบัดที่เกี่ยวข้องและสามารถเชื่อมโยงไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายได้ (บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ, 2556) ดังนี้

2.5.1 การให้คำปรึกษาอย่างสั้น (Brief intervention: BI)

การให้คำปรึกษาอย่างสั้น เป็นการให้คำปรึกษาที่ช่วยเพิ่มอัตราการติดตามอาการตามกำหนดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มที่ลดลงและเห็นผลกระทบของการดื่มสุราของตนเองต่ออาการซึมเศร้า

2.5.2 การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT)

การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม เป็นการบำบัดความคิดด้านลบที่ไม่เหมาะสม (Dysfunctional Thought) โดยในผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่ามีมีความเชื่อมโยงระหว่างอารมณ์ทางด้านลบและการตัดสินใจในการดื่มสุราเนื่องจากความคิดที่บิดเบือนแบบต่างๆ

2.5.3 การทำจิตบำบัดเชิงลึก (Psychodynamic Psychotherapy)

การทำจิตบำบัดเชิงลึก เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นที่การแก้ไขปมขัดแย้งและการพัฒนาความสัมพันธ์ในวัยเด็ก ระหว่างเด็กและผู้ดูแลที่มีผลต่อการติดสุราและโรคซึมเศร้าโดยกล่าวว่า

สามารถใช้การบำบัดทั้งจิตพลวัต (Psychodynamic) และ CBT ในผู้ป่วยสุราที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ได้

2.5.4 การบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล (Interpersonal Psychotherapy: ITP)

การบำบัดสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างอารมณ์ เหตุการณ์ และบุคคลรอบตัว ใช้ได้ผลดีในผู้ป่วยสุราที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ร่วมด้วย

2.5.5 การบำบัดแบบฟื้นฟูภาวะโรคร่วมจิตเวชสุรา (Dual Recovery Therapy: DRT)

การบำบัดแบบฟื้นฟูภาวะโรคร่วมจิตเวชสุรา เป็นการบำบัดและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยซึ่งเป็นการบำบัดที่ผสมผสานระหว่างการบำบัดโรคร่วมทางด้านจิตเวชและโรคจากสุรา โดยการใช้หลักแบบบูรณาการซึ่งมีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยในแต่ละราย การบำบัดผู้ป่วยสุราที่มีภาวะซึมเศร้าโดยวิธี Dual Recovery Therapy เป็นการบำบัดที่ใช้หลักการบำบัดบางประการร่วมกันระหว่างภาวะซึมเศร้าและโรคจากสุรา เช่น การประเมินแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุราและแรงจูงใจในการรักษาภาวะซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง การปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมที่พบร่วมกันในผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม เป็นต้น เป้าหมายของการรักษา คือ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ไม่กำเริบ มีการตัดสินใจหรือเกิดความลังเลที่จะหยุดดื่มสุรา เพื่อลดอาการซึมเศร้าและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้ดีขึ้น อาการซึมเศร้าที่พบในผู้ป่วยมักมีความสัมพันธ์กับความโศกเศร้าของการสูญเสีย เรื่องที่กระทบกระเทือนทางจิตใจ ความอาย ความรู้สึกแปลกแยก ความรู้สึกโดดเดี่ยวและความภาคภูมิใจในตนเองที่ลดลง โดยระยะเวลาการเกิดภาวะซึมเศร้านั้นสามารถเกิดขึ้นภายหลังจากภาวะติดสุราอย่างน้อย 1 ปี การบำบัดจึงต้องมีความต่อเนื่อง การบำบัดชนิดนี้เน้นประเด็นการให้ความหวัง การยอมรับผู้ป่วย และการเสริมสร้างกำลังใจซึ่งเป็นหัวใจที่สำคัญในการฟื้นฟูผู้ป่วย

2.5.6 การบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย (Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation: MI-SI)

การบำบัดแบบสร้างแรงจูงใจเพื่อจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดแบบยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing Techniques: MI Techniques) มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจภายในในการมีชีวิตอยู่ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้มีโอกาสสำรวจ ค้นหาและจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองและรู้สึกอยากมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton et al. (2012) ที่ใช้รูปแบบการบำบัด MI-SI ในผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา PTSD และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นผู้มีประวัติการใช้สุราแบบเสี่ยง (hazardous alcohol use) พบว่าการบำบัดแบบ Motivation

Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดส่วนใหญ่มุ่งจัดการกับภาวะซึมเศร้าเป็นหลัก มีเพียงการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ที่สามารถจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายได้โดยตรง ดังจะกล่าวรายละเอียดในการบำบัดการสร้างเสริมแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราต่อไป

2.6 บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมีทั้งความคิดอยากตายและไม่อยากตาย ถ้ามีทางเลือกและเห็นทางออกในการแก้ปัญหาโดยได้รับการช่วยเหลือ ทันท่วงทีก็สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายโดยสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลต้องมี คือ ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ตามกระบวนการพยาบาล (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2553; ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2557) ดังนี้

2.5.1 การรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจต่างๆในการฆ่าตัวตาย ในการประเมินผู้ป่วยนั้นต้องมีความระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมากเพราะข้อมูลอาจจะไม่ตรงไปตรงมาและควรมีการรวบรวมข้อมูลอยู่ตลอดเวลา ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลต่างๆ เช่น สถานภาพการสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต อาชีพ และความคิดฆ่าตัวตาย

2) อาการและอาการแสดง ได้แก่ เป็นผู้ป่วยกลุ่ม affective disorder มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือได้รับการวินิจฉัยทางอายุรศาสตร์ต่างๆ เช่น เป็นโรคเรื้อรัง หรือ โรคมะเร็ง

3) ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการตาย ได้แก่ การพูดถึงความตาย แสดงท่าทีหรือมีสัญญาณเตือนต่างๆ ในกรณีที่ผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน จำเป็นที่ต้องสอบถามผู้ป่วยให้ชัดเจนว่ายังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่หรือไม่

4) บุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วย ส่วนนี้จำเป็นในด้านการให้กำลังใจและบุคคลที่จะช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

2.5.2 การวางแผน ในระยะสั้น เป้าหมายเพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยบอกถึงความรู้สึกในการฆ่าตัวตาย ดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ในระยะยาว เป้าหมายเพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยไม่

คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก ผู้ป่วยหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญกับความเครียด แก้ปัญหา ด้านสัมพันธ์ภาพและมีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงกับการฆ่าตัวตาย

2.5.3 การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมาย คือ ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ค้นหาแรงกดดัน หรือลักษณะการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย และช่วยผู้ป่วย ให้รู้จักค้นหาหรือปรับปรุงวิธีใหม่ในการเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จะสามารถช่วยเปลี่ยนใจผู้ป่วยให้ไม่คิดอยากตาย โดยมีการปฏิบัติการพยาบาล ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในแบบหนึ่งต่อหนึ่งโดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ
- 2) ต้องสื่อสารหรือรายงาน แรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยให้ ผู้ร่วมงานได้รับรู้
- 3) ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดในช่วงวิกฤต (Crisis) แม้แต่เข้าห้องน้ำ
- 4) แสดงการยอมรับผู้ป่วยและไม่แยกผู้ป่วยออกไปอยู่คนเดียวแต่ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตราย
- 5) กระตุ้นให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกไม่สบายใจ รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดโดยเฉพาะร่วม รับฟังความทุกข์ใจต่างๆ
- 6) ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายตนเอง การทำข้อสัญญาทำทั้งคำพูด และการเขียนข้อสัญญา
- 7) ต้องทำให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง
- 8) จัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด กิจกรรมที่เป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่ปลดปล่อยความรู้สึกไม่เป็นมิตร ระบายความก้าวร้าวของผู้ป่วยให้ออกไปในทางที่สร้างสรรค์
- 9) ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือเช่นกันเพราะญาติส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยญาติควรมารับรู้ปัญหาและหาทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

2.5.4 การประเมินผลการพยาบาล โดยการติดตามดูแลผู้ป่วยตลอดกระบวนการพยาบาลและดูว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายการพยาบาลหรือไม่

นอกจากการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลแล้วผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่คอยให้ คำปรึกษา วิเคราะห์ความต้องการของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่ต้องการรับคำปรึกษาปัญหาซึ่งมักเกิด จากความรู้สึกและปัญหาต่างๆ เช่น ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดหวังในชีวิต รู้สึกว่าปัญหาของ ตนเองมากจนไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้ รู้สึกว่าตนเองทำผิดเอาไว้มาก เป็นคนเลว สมควรแก่การ

ถูกลงโทษ เป็นต้น ผู้ให้คำปรึกษาทำหน้าที่วิเคราะห์สาเหตุ พื้นฐานของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ตลอดจนทักษะในการจัดการกับปัญหาซึ่งอาศัยหลักการให้คำปรึกษา (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา สัมภาษณ์ สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาพูดระบายความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น
- 2) ใช้หลักการเจรจาต่อรองในระยะวิกฤติเพื่อยืดเวลาการพยายามทำร้ายตนเอง จากนั้นสร้างให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่
- 3) ผู้ให้คำปรึกษาวิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นต่างๆนำไปสู่การวางแผนและหาแนวทางในการช่วยเหลือ
- 4) วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งในการปรับตัว บุคลิกภาพ ตลอดจนสถานการณ์ปัญหา
- 5) กำหนดแผนการให้คำปรึกษา โดยเน้นการเข้าใจตนเอง การยอมรับปัญหา พร้อมที่จะพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหา พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง สร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง สร้างเสริมกำลังใจให้กับตนเองและปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการมอง

เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรู้สึกและความคิดของผู้รับคำปรึกษาให้หลุดพ้นจากความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามทำร้ายตนเอง (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนี้

- 1) การยอมรับ (Acceptance) ในขั้นแรกผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าผู้รับคำปรึกษาจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอย่างไรก็ตาม ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักจะมาด้วยความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายในชีวิต ไม่มั่นใจในคนรอบข้างว่าจะยอมรับตนเองหรือไม่ บางครั้งมีพฤติกรรมปฏิเสธ ต่อต้าน ผู้รับคำปรึกษาแสดงท่าทีและคำพูดให้เห็นว่ายอมรับผู้รับคำปรึกษาทุกกรณีและทุกสถานการณ์
- 2) การเข้าใจ (Understanding) ในขณะที่ยอมรับคำปรึกษาพูด เล่า หรือระบายปัญหา ผู้ให้คำปรึกษาควรที่จะรับฟังด้วยความตั้งใจและเข้าใจในตัวผู้รับคำปรึกษาเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและหาทางช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาจริงๆ
- 3) การเห็นใจ (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษาฟังด้วยความตั้งใจ แสดงถึงความเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือ ผู้ให้คำปรึกษาสามารถที่จะแสดงความรู้สึก พูดให้ผู้รับคำปรึกษาเห็นว่าตนเสียใจด้วยหรืออาจใช้มือสัมผัสผู้รับคำปรึกษาให้รู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาร่วมรู้สึกด้วยในระดับที่เหมาะสมในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงเหตุการณ์ ความทุกข์ หรือสถานการณ์ที่เป็นความเศร้า แต่ต้องไม่มากเกินไปแม้บางครั้งเรื่องของผู้รับคำปรึกษามีลักษณะคล้ายเรื่องของตนก็ตาม ไม่หัวเราะหรือขบขันเมื่อรู้สึกว่าผู้รับคำปรึกษาแสดงอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม

4) การตีความ (Interpretation) ในขณะที่สนทนา ผู้รับคำปรึกษาอาจพูดหรือเล่า เหตุการณ์วุ่นวาย สับสนหรือพูดซ้ำซากไปมาหลายครั้งเนื่องจากว่าอาจจะเกิดความวิตกกังวลกับ สถานการณ์นั้นๆมาก ผู้ให้คำปรึกษาอาจช่วยให้ผู้รับการปรึกษาทราบว่ากำลังพูดเรื่องอะไร รู้สึก อย่างไรโดยการใช้อำนาจตีความ

5) การสนับสนุน (Supportive) การสนับสนุนจะใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาอยู่ในภาวะ พยายามจะจัดการอะไรบางอย่าง แต่ไม่สามารถที่จัดการได้ เกิดความรู้สึกท้อแท้ หดหวัง ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ โดยสังเกตจากท่าทีและคำพูด ผู้ให้การปรึกษาควรใช้อำนาจที่สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษาเกิด ความรู้สึกมั่นใจและแสดงออกได้หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษากล้าพูด กล้าตัดสินใจและกล้า แสดงออก

6) การใช้อำนาจสะท้อน (Reflection) ใช้ได้ทั้งการสะท้อนคำพูด อารมณ์ ความรู้สึกและความคิดเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาได้ทบทวนว่าสิ่งที่พูดออกมาว่าเป็นเช่นที่ผู้ให้คำปรึกษา กล่าวมาทั้งหมดหรือไม่

7) การให้กำลังใจ (Assurance & Reassurance) มีลักษณะคล้ายการสนับสนุน แต่มีลักษณะที่เน้นการชมเชยในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูดหรือแสดงออกถึงสิ่งที่เหมาะสม การกล่าว ชมเชยเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดมั่นใจในความสามารถของตนเอง มีกำลังใจที่จะจัดการกับปัญหาได้

8) การเสนอแนะ (Suggestion) การเสนอแนะในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จาก การศึกษาพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักมีจากความรู้สึก ความคิดว่าตนเองหมดหวัง ขาดอิสระ ขาด ทางเลือก ไม่มีคุณค่า ผู้ให้คำปรึกษาเสนอทางเลือกให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ ได้รับทราบถึงแนวทาง ที่หลากหลาย ความหวังที่ยังเป็นไปได้เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นและพบทางเลือกสำหรับตน บุคคลเมื่อรู้สึกว่ามีทางเลือก มีความหวัง จะเกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และล้มเลิกความคิดฆ่าตัว ตาย เมื่อผู้รับคำปรึกษาคิดและเลือกแนวทางชีวิตได้เข้าจะเกิดประสบการณ์และสร้างกำลังใจและ ความเข้มแข็งให้กับตนเองได้ดีขึ้นเรื่อยๆและมั่นคงต่อไป

3. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3.1 แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการติ่มแอลกอฮอล์

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชชนรินทร์ จังหวัดขอนแก่น จะได้รับการดูแลตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหา การติ่มแอลกอฮอล์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนรินทร์, 2555) ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพและสภาพปัญหา โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้

1.1 การซักประวัติ ทั้งจากผู้ป่วยและญาติ โดยซักประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น ชนิดของแอลกอฮอล์ ระยะเวลา ปริมาณ เวลาและปริมาณการดื่มครั้งสุดท้าย อาการขาดแอลกอฮอล์ อาการชัก อุบัติเหตุ ประวัติโรคทางจิตและโรคร่วมทางกาย ประวัติการใช้ยาเสพติด อาการสำคัญที่นำส่ง อาการปัจจุบัน ประวัติการแพ้และประวัติครอบครัว เป็นต้น

1.2 การตรวจร่างกาย เพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือโรคแทรกซ้อนทางกาย โดยการตรวจสภาพร่างกายทั่วไป ระดับความรู้สึกตัว ตรวจวัดสัญญาณชีพ สังเกตความผิดปกติของร่างกายต่างๆ เช่น ตัวเหลือง อาการบวม ท้องมาน มีบาดแผล แผลผ่าตัด ความผิดปกติของผิวหนัง มีรอยขีด รอยจ้ำเลือด เลือดออกตามไรฟัน ความผิดปกติของการเคลื่อนไหว การทรงตัว ความอ่อนแอของแขนขา เป็นต้น

1.3 การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการตามแนวทางการรักษาของแพทย์และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญเพื่อประเมินความผิดปกติ เช่น CBC ประเมินการติดเชื้อ ภาวะชัก ความผิดปกติของเกล็ดเลือด ประเมินภาวะ electrolyte imbalance และ Liver Function Test เพื่อประเมินความผิดปกติของตับ เป็นต้น

1.4 การประเมินสภาพจิต ผู้ป่วยที่มาด้วยปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตเป็นอาการหนึ่งของภาวะแอลกอฮอล์ ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ หรือเป็นอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะโรคร่วม โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีปัญหาเรื้อรังและดื่มซ้ำบ่อย

1.5 การประเมินด้านจิตสังคม มีดังนี้

1.5.1 การประเมินตัวผู้ป่วย เช่น วัยของผู้ป่วย บุคลิกภาพ ความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ความรับผิดชอบต่อนตนเองและครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ทักษะคิด ความเชื่อ ค่านิยมและสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เป็นต้น

1.5.2 การประเมินครอบครัว เช่น บุคคลในครอบครัวที่ดื่มแอลกอฮอล์ ครอบครัวมีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง มีปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น

1.5.3 การประเมินชุมชน เช่น มีความเชื่อว่าการดื่มสุราเป็นส่วนประกอบของวิถีชีวิตในงานสังสรรค์ งานเลี้ยง งานฉลอง งานประเพณีต่างๆ ในหมู่บ้านซึ่งส่วนใหญ่ในหมู่บ้านจะต้องมีการดื่มแอลกอฮอล์ร่วมด้วยเสมอ รวมถึงร้านขายแอลกอฮอล์ในหมู่บ้านมีหลายแห่งซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับไปดื่มแอลกอฮอล์ได้ง่าย

2. ประเมินโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนทางกาย เช่น ภาวะขาดน้ำขาดสารอาหารในร่างกาย ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนต้น เลือดออกในเยื่อหุ้มสมอง มีบาดแผลฉกรรจ์ มีสัญญาณชีพผิดปกติ ภาวะเกลือแร่ไม่สมดุล Wernicke-Korsakoff

Encephalopathy เป็นต้น ซึ่งถ้าพบว่ามีความผิดปกติควรรายงานแพทย์เพื่อพิจารณารักษาหรือ Refer โรงพยาบาลฝ่ายกาย

3. ประเมินปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้แก่

3.1 มีอายุมากกว่า 30 ปี

3.2 มีการดื่มหนักมากกว่า 10 แก้ว (ดื่มมาตรฐาน) หรือครั้งขวดต่อวัน และดื่มมานานมากกว่า 5 ปี มีโอกาสเกิด Withdrawal สูง

3.3 ประวัติเคยมีอาการชักหรือมีอาการของ delirium tremens มาก่อน

3.4 การหยุดดื่มทั้งปริมาณที่ลดลงและวันสุดท้ายของการหยุดดื่ม (มักเกิดภายใน 6-48 ชั่วโมง)

3.5 โรคทางกายอื่นๆที่อาจพบร่วมได้ เช่น โรคเบาหวาน ระบบหัวใจและหลอดเลือด ซีพจรสูงเกิน 100 ครั้งต่อนาที โรคตับ โรคไต เป็นต้น

4. ฝ้าระวังและประเมินการเกิดภาวะต่างๆ ดังนี้

4.1 ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Withdrawal) หลังหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่ม ตั้งแต่ 6-24 ชม.แรก ซึ่งจะเป็นมากที่สุดในช่วง 24-48 ชั่วโมงแรก และอาการจะดีขึ้นภายใน 5-7 วัน

4.2 ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง (Delirium tremens) ซึ่งอาการจะรุนแรงใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มและจะมีอาการรุนแรงที่สุด 4-5 วัน และอาการดีขึ้นภายใน 10 วัน

4.3 อาการชัก (Rum fits) เกิดได้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังจากที่หยุดดื่มและอาการชักสามารถเกิดซ้ำได้อีกในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังชักครั้งแรก

5. ประเมินความรุนแรงของอาการถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar score พร้อมทั้งให้การพยาบาลขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยให้ยาตามอาการถอนพิษสุรา

6. ให้การพยาบาลภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ภาวะโรคร่วม และการบำบัดรักษาและฟื้นฟู ดังนี้

6.1 ด้านร่างกาย

6.1.1 วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง กรณีมีข้อบ่งชี้ให้ชั่งน้ำหนักทุก 1 สัปดาห์จนกว่าอาการภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์และภาวะโรคร่วมดีขึ้น

6.1.2 จัดเจ้าหน้าที่ดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา คอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เช่น การหายใจ เป็นต้น

6.1.3 ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ มีการฝ้าระวังการเกิด Electrolyte imbalance

6.1.4 เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตับวายหรือหัวใจวาย เป็นต้น

6.1.5 ประเมินภาวะขาดสารน้ำและอาหารในร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง มีไข้ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซีต่อวัน ยกเว้นว่าผู้ป่วยมีพยาธิสภาพทางกายให้พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์

6.1.6 ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย

6.1.7 ปฏิบัติโภชนาการเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

6.1.8 ประเมิน intake / output เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกายตามแผนการรักษาของแพทย์

6.1.9 ตรวจสอบอาการผู้ป่วยทุก 15-30 นาทีเพื่อเฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย สิ่งของ และบุคคลอื่น

6.1.10 ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสภาพผู้ป่วย เช่น อาการมีนง สับสน ควบคุมตนเองได้น้อย แขนขาอ่อนแรง อ่อนเพลีย ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตให้พิจารณารายงานแพทย์เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม

6.1.11 ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้นหากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หลังจากนั้นจะประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม

6.1.12 ถ้าผู้ป่วยมีอาการมีนง สับสน ให้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย เช่น ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล กระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเอง

6.1.13 ดูแลให้ออนพักผ่อนอย่างเพียงพอ 6-8 ชั่วโมง และประเมินแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

6.2 ด้านจิตใจ

6.2.1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกคับข้องใจ

6.2.2 พยาบาลควรแนะนำตัว เรียกชื่อผู้ป่วยและบอกกล่าวทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล

6.2.3 กรณีที่ผู้ป่วยสับสน ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่และบุคคลซ้ำๆ

6.2.4 กรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะงุนงง สับสน การทรงตัวไม่ดี ไม่สามารถควบคุม อารมณ์และพฤติกรรมได้พิจารณาผูกยึดตามความเหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและป้องกัน อันตรายที่อาจจะเกิดแก่ผู้ป่วยผู้อื่น ตรวจสอบเยี่ยมเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมงเพื่อเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จากการผูกยึด

6.2.5 กรณีผู้ป่วยที่มีภาวะประสาทหลอน/หลงผิด ไม่ควรโต้แย้งกับผู้ป่วย พยายามให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ป่วยตามความเป็นจริง ให้ความมั่นใจในความปลอดภัย

6.2.6 จัดการให้ผู้ป่วยในสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ ลดสิ่งกระตุ้น เช่น แสง มีเสียงอากาศถ่ายเท สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ

6.3 บำบัดรักษาและฟื้นฟู

6.3.1 หลังจากผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤต มีการประเมินอาการถอนพิษ แอลกอฮอล์ คะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ Mild และอาการทางจิตเลาให้ประเมินทางจิตใจและ สังคม เช่น อาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษา ความเชื่อ ทศนคติต่อการใช้แอลกอฮอล์ ระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มแอลกอฮอล์ ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ บ่อย คือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มแอลกอฮอล์ มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ

6.3.2 เข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่มีเป้าหมาย แก้ไขพฤติกรรมการดื่มสุรา ได้แก่

- 1) การให้คำปรึกษาแบบสั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกดื่มสุรา
- 2) การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มี เป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของการดื่มสุรา เกิดแรงจูงใจในการลด หรือ เลิกดื่มสุรา
- 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ ปรับเปลี่ยนแนวคิดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดื่มสุรา

6.3.3 มีญาติมารับให้ประเมินความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา ของญาติรวมถึงทัศนคติของญาติต่อการดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติก่อนกลับบ้านโดยใช้ หลัก D-METHOD DOMEL และสร้างแรงจูงใจให้ญาติและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและญาติ

3.2 แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จะได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบ ประเมิน MI-NI Suicide และให้การดูแลตามระดับความเสี่ยง 3 ระดับ ตามแนวทางเวชปฏิบัติการ ดูแลรักษาผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2555) ดังนี้

1. ระดับมาก ใช้กับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองสูงมาก มีคะแนน MIMI-Suicide มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน ดังนี้

1) แพทย์ทำการตรวจประเมินอาการและสภาพจิตผู้ป่วยภายใน 24 ชั่วโมง หลังจาก
ที่เริ่มการเฝ้าระวัง

2) แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร ทำการประเมินและตรวจสภาพจิตผู้ป่วยและลง
บันทึกใน Progress note ให้เรียบร้อย

3) มีการเฝ้าระวังผู้ป่วยโดยสามารถมองเห็นพฤติกรรมผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง
โดยการอาศัยกล้องวงจรปิดหรือด้วยตาเปล่า

4) มีผู้ดูแลแบบ 1:1 ที่สามารถมองเห็นผู้ป่วยได้ตลอดเวลาขณะผู้ป่วยออกนอกเตียง
นอน

5) ช่วงกลางวัน ผู้ป่วยต้องอยู่ในพื้นที่จำกัดเพื่อให้สามารถสังเกตอาการได้อย่าง
ใกล้ชิด การออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง ในช่วงที่ผู้ป่วยใช้ห้องน้ำ ผู้ดูแลอยู่นอก
ห้องโดยเปิดประตูแง้มไว้

6) ช่วงกลางคืน ผู้ป่วยต้องนอนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการได้เท่านั้น

7) ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารในพื้นที่ที่กำหนดไว้ งดการใช้อุปกรณ์ที่มีความ
แหลมคม มีการตรวจนับอุปกรณ์ทั้งก่อนและหลังทานอาหารทุกครั้ง

8) ห้ามใช้ของบางอย่างที่เป็นอันตรายที่อาจใช้เป็นอาวุธได้ เช่น เข็มขัด กางเกงมี
สายรัด รองเท้าที่มีเชือกผูกหรืออุปกรณ์ เป็นต้น

9) มีการตรวจหาสิ่งของที่เป็นอันตรายกับผู้ป่วยในทุกเวร

10) พยาบาลวิชาชีพตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุก 15 นาที มีการประเมินความเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตายน้อย 2 ครั้งต่อเวร ลงบันทึกสถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ กิจกรรมที่ทำ อาการแสดง สภาพจิต การ
โต้ตอบบทสนทนาและระดับความร่วมมือ ใน Nurse's note

11) จำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆของตึกด้วยความระมัดระวังหรือโดยแพทย์
เจ้าของไข้เป็นผู้ประเมินและสั่งการรักษา

12) สื่อสารทีมโดยการติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ใส่อักษร “H”
(High) และเขียนสื่อสารบนกระดาน

13) กรณีมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับยาฉีดยาระยะสั้นเพื่อระงับอาการติดต่อกัน 2
dose แล้วอาการยังไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง และรายงานซ้ำทุก 1 วัน ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น

14) มีการทบทวนอุบัติการณ์อย่างเป็นระบบเพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยทีมสหวิชาชีพ

2. ระดับระดับปานกลาง ใช้กับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง มีคะแนน MIMI-Suicide 9-16 คะแนน ดังนี้

1) แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร ทำการประเมินและตรวจสภาพจิตผู้ป่วย และลงบันทึกใน Progress note ให้เรียบร้อย

2) ผู้ป่วยอยู่ในพื้นที่จำกัดเพื่อให้สามารถสังเกตอาการได้อย่างใกล้ชิดทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน การออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง

3) ช่วงกลางคืน ผู้ป่วยนอนในพื้นที่ที่ผู้ดูแลสามารถสังเกตอาการได้เท่านั้น

4) ผู้ป่วยรับประทานอาหารในพื้นที่ที่กำหนดและมีการตรวจนับอุปกรณ์ก่อนและหลังรับประทานอาหารเช้า

5) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อเวรโดยการบันทึกสิ่งที่จะสังเกตเห็น การบำบัดที่ใช้กับผู้ป่วย และพฤติกรรมของผู้ป่วย

6) ห้ามการใช้ของบางอย่างที่อาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย เช่น เข็มฉีดยา ยาแก้ปวด ยัด ร่องเท้าที่มีเชือกผูก เป็นต้น

7) มีการตรวจหาสิ่งของที่อาจเป็นอันตรายกับผู้ป่วยทุกเวร

8) ผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรมของตึกได้ตามความเหมาะสม เว้นกิจกรรมที่ต้องทำนอกตึกจนกว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะลดลง

9) สื่อสารทีมโดยการติดสติ๊กเกอร์สีเหลือง ที่แฟ้มประวัติผู้ป่วยใส่อักษร “M” (Medium) และเขียนสื่อสารบนกระดาน

10) กรณีอาการไม่ดีขึ้นให้รายงานแพทย์ซ้ำได้ในทุก 2 วัน

11) จัดให้บำบัดทางจิตสังคมทั้งรายบุคคลหรือรายกลุ่มตามปัญหาของผู้ป่วย

3. ระดับเล็กน้อย ใช้กับผู้ป่วยที่มีความคิดอยากตายหรือทำร้ายตนเองระดับน้อย มีคะแนน MIMI-Suicide น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน ดังนี้

1) แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์เวร ทำการประเมินและตรวจสภาพจิตผู้ป่วย และลงบันทึกใน progress note ให้เรียบร้อย

2) ผู้ดูแลต้องสามารถมองเห็นผู้ป่วย ผู้ป่วยต้องอยู่ในพื้นที่จำกัดเพื่อให้สามารถสังเกตอาการได้ใกล้ชิด การออกนอกพื้นที่ต้องมีเจ้าหน้าที่ไปด้วยทุกครั้ง

3) พยาบาลประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 24 ชั่วโมงและทุกวัน

4) ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของตึกและนอกตึกได้

5) สื่อสารทีมโดยการติดสติ๊กเกอร์สีเหลืองที่แฟ้มประวัติผู้ป่วย ใส่อักษร “L” (Low) และเขียนสื่อสารบนกระดาน

6) หากแพทย์เจ้าของไข้ต้องการสั่งยุติการเฝ้าระวังหรือปรับเพิ่มระดับการเฝ้าระวังให้ทำได้ตามความเหมาะสม โดยเขียนคำสั่งชัดเจนในคำสั่งการรักษาของแพทย์

4. แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

4.1 ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

พิชัย แสงชาญชัย (2553) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นรูปแบบการบำบัดแบบมีทิศทางยึดหลักการพูดคุยแบบผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยผู้บำบัดกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้สำรวจและจัดการกับความลังเลใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง

Miller and Rollnick (2002) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า กล่าวว่าการเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นวิธีการบำบัดที่มุ่งเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้สำรวจค้นหาและจัดการกับความรู้สึกลังเลใจของตนเองและเห็นความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง

Westrac and Aviram (2013) ให้ความหมายของการเสริมสร้างแรงจูงใจไว้ว่า เป็นการบำบัดที่ยึดผู้รับบริการปรึกษาเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นการพูดคุยอย่างมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดแรงจูงใจภายในและความมั่นคงที่จะเปลี่ยนแปลงโดยการปรึกษาจะช่วยให้ผู้รับบริการปรึกษาสำรวจและจัดการกับความลังเลใจของตนเอง

สรุปโดยรวม การเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การบำบัดแบบมีทิศทางที่มุ่งเน้นผู้รับบริการบำบัดเป็นศูนย์กลางเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยผู้บำบัดเป็นผู้ที่ช่วยในการกระตุ้นและใช้เทคนิคต่างๆเพื่อสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้สำรวจ ค้นหา และจัดการกับความลังเลใจของตนเอง

4.2 หลักการของการเสริมสร้างแรงจูงใจ

หัวใจสำคัญของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (The Spirit of Motivational Interviewing) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) ดังนี้

1) Evocative/Elicit หลักการนี้ใช้ทักษะของผู้บำบัด กระตุ้น หรือแรงจูงใจให้ผู้รับบริการพูดข้อความที่ดีๆที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามเป้าหมายได้

2) Collaborative หลักการนี้เป็นการร่วมมือกันของผู้บำบัดและผู้รับบริการ เป็นการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้รับบริการเป็นอยู่และคิดหาวิธีการต่างๆมาแก้ไขปัญหาในส่วนนั้น

3) Autonomy หลักการนี้ผู้บำบัดจะให้อิสระ ให้ความเชื่อถือ ให้กำลังใจและคอยให้การสนับสนุนให้ผู้รับบริการได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง

หลักของการเสริมสร้างแรงจูงใจอาศัยกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจ 4 กระบวนการ (Miller and Rollnick, 2013; Britton, 2015) ดังนี้

1) Engaging (การมีส่วนร่วมในการบำบัด) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดสัมพันธภาพที่กระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ เกิดความไว้วางใจและยอมรับซึ่งกันและกัน ผู้รับบริการยินดีเข้าร่วมในการบำบัด

2) Focusing (การสำรวจปัญหามา) เป็นกระบวนการในการสำรวจปัญหามาทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย สิ่งสำคัญคือ ผู้บำบัดจะต้องใช้เทคนิคของการสร้างแรงจูงใจ (MI technique) ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความลังเลใจของตนเองและตัดสินใจที่จะมีชีวิตอยู่ มีการตั้งเป้าหมายเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังตามความต้องการของผู้รับบริการ

3) Evoking (การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ) เมื่อสำรวจปัญหามา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ผู้บำบัดควรที่จะสำรวจความคิดเห็นของผู้รับบริการว่า ต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เพื่ออะไรและจะมีชีวิตอยู่อย่างไร เพื่อให้ผู้รับบริการพูดจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statements: SMS) ซึ่งเป็นการพูดคุยเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) ออกมาและการดึงเอาความสามารถ ความคิดเห็น และวิธีการในการสร้างแรงจูงใจเพื่อการมีชีวิตอยู่จากผู้รับบริการซึ่งเป็นหัวใจของการสนทนาด้วยวิธีการสร้างแรงจูงใจ

4) Planning (การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่) สร้างการเปลี่ยนแปลงโดยมีแผนการมีชีวิตอยู่ที่เหมาะสมและชัดเจน ผู้รับบริการเห็นด้วยและสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

4.3 กลยุทธ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจตนเอง

4.3.1 กลยุทธ์ของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ

วิธีการของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ เน้นข้อความที่ให้ผู้รับบริการพูดจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statements: SMS) เป็นการพูดคุยเพื่อการเปลี่ยนแปลง (Change Talk) กลยุทธ์ที่สำคัญในแนวทางของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) มีดังนี้

1. Evocative questions เป็นกลยุทธ์ที่ใช้ถามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดจูงใจตนเองออกมา (Self-Motivational Statements: SMS) ผู้บำบัดควรมองว่าผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีความลังเลในการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพดีหรือไม่ การพูดถึงปัญหาก็เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดจูงใจตนเองออกมาแม้ว่าผู้รับบริการจะไม่ตระหนักในปัญหาก็ตาม คำถามที่กระตุ้น SMS มีดังนี้

1.1 คำถามที่กระตุ้น SMS ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหา (Problem recognition) เช่น ความคิดฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อคุณหรือคนรอบข้างอย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อชีวิตคุณอย่างไรบ้าง

1.2 ข้อความที่กระตุ้น SMS ที่แสดงถึงความกังวลกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย (Concern) เช่น คุณเป็นห่วงหรือกังวลเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายของคุณอย่างไรบ้าง คุณคิดว่ามันจะเป็นอย่างไรหากคุณยังคงมีความคิดฆ่าตัวตาย

1.3 คำถามกระตุ้น SMS ที่แสดงถึงความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ (Intention to change) เช่น อะไรที่ทำให้คุณอยากที่จะมีชีวิตอยู่ อะไรเป็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่ของคุณ

1.4 คำถามที่กระตุ้นเร้า SMS ที่แสดงถึงทัศนคติที่ดีของการมีชีวิตอยู่ (Optimism for change) เช่น อะไรที่ทำให้คุณคิดว่าคุณจะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง อะไรที่ทำให้คุณมีความเชื่อมั่น

2. Exploring Porn and Corn เป็นกลยุทธ์ที่ช่วยตรวจสอบเหตุผลทั้งสองด้าน ข้อสำคัญ คือ การเปิดโอกาสได้ตรวจสอบข้อดีข้อเสียของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ทำที่ของผู้บำบัดไม่อคติ ครอบงำหรือชักจูงใจเกินไป โดยปกติผู้บำบัดมักเน้นข้อดีของการมีชีวิตอยู่และข้อเสียของความคิดฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบในทุกๆด้านอย่างรอบด้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้ไตร่ตรอง จนกระทั่งตัดสินใจเองซึ่งเชื่อว่าจะทำให้แรงจูงใจมั่นคงกว่าการชักจูงจากผู้บำบัดฝ่ายเดียว

3. Elaboration เป็นกลยุทธ์การถามเพื่อให้ได้รายละเอียดมากๆ เมื่อผู้ป่วยมีโอกาสพูดได้มาก ผู้ป่วยจะพูด SMS ออกมามากขึ้น ผู้บำบัดก็ทำหน้าที่ตั้งคำถาม สะท้อนและสรุป ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้คิด ได้ฟังข้อความจูงใจของตนเองมากขึ้นเรื่อยๆ แรงจูงใจก็จะมากขึ้นตาม

4. Imagining เป็นกลยุทธ์จินตนาการสมมุติ โดยผู้บำบัดถามถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหากไม่ยอมมีชีวิตอยู่ แล้วจินตนาการว่าหากตนเองอยู่ในสภานั้นจะเป็นอย่างไร ก็จะถูกเร้าให้เกิดความกังวลใจ ความกังวลใจจะทำให้เกิดแรงจูงใจที่อยากจะเปลี่ยนแปลงแก้ไข

5. Looking forward เป็นกลยุทธ์คาดการณ์ในอนาคต โดยที่ผู้บำบัดถามถึงความคาดหวังอาจถามว่า อะไรจะดีขึ้นหากคุณมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

6. Looking back เป็นกลยุทธ์ที่มองย้อนกลับไปสู่อดีต โดยเปรียบเทียบช่วงอดีตก่อนที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายกับปัจจุบันที่มีความคิดฆ่าตัวตายว่ามีอะไรแตกต่างกันบ้าง เช่น ผู้บำบัดอาจจะถามว่า ความคิดฆ่าตัวตายทำให้ชีวิตคุณเปลี่ยนไปจากช่วงที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายอย่างไรบ้าง

7. Exploring goal เป็นกลยุทธ์สำรวจเป้าหมายในชีวิต ผู้บำบัดอาจถามผู้ป่วยว่า อะไรคือสิ่งที่สำคัญที่สุดในชีวิต อะไรคือเป้าหมายในชีวิต อะไรคือสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นห่วงเป็นใย อะไรเป็นสิ่งที่มีความหมายในชีวิต ความเจ็บป่วยเป็นอุปสรรคในการบรรลุเป้าหมายในชีวิตอย่างไร เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงเป้าหมายในชีวิตหรือสิ่งที่มีค่าในชีวิตพร้อมกับการเห็นความเจ็บป่วยในปัจจุบันเพื่อบรรลุเป้าหมายในชีวิต

8. Readiness ruler เป็นกลยุทธ์ไม้บรรทัดแห่งความพร้อม ผู้บำบัดลองให้ผู้ป่วยให้คะแนนความสำคัญ ความมั่นใจหรือความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง ช่วงคะแนนมีตั้งแต่ 0-10 เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนแก่ตนเองแล้ว ผู้บำบัดถามผู้ป่วยว่าทำไมผู้ป่วยไม่ให้คะแนนที่ต่ำกว่านั้น เช่น ผู้ป่วยให้คะแนนความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงเท่ากับ 4 ผู้บำบัดก็ถามผู้ป่วยว่าทำไมถึงไม่ให้คะแนนเท่ากับ 3 หรือตัวเลขที่ต่ำกว่านั้น เป็นต้น เหตุผลที่ผู้ป่วยให้มาก็จะเป็นเหตุผลที่ดีและจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงซึ่งก็คือ SMS นั่นเอง

9. Paradoxical challenge เป็นกลยุทธ์ขัดเพื่อให้แย้ง โดยผู้บำบัดใช้เหตุผลด้านจิตใจที่ไม่อยากรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ผู้ป่วยโต้แย้งหรือกระตุ้นจิตใจด้านที่อยากรักษาต่อเนื่อง

4.3.2 การพูดกับตนเองเชิงบวก

Herth (1993) กล่าวว่า การพูดกับตนเองเชิงบวก เป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่สามารถสร้างความหวังได้ เช่น “ฉันจะต้องเข้มแข็งเอาชนะโรคให้ได้” เนื่องจากการกระทำดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยกล้าเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นโดยไม่รู้สึกร้อแท้หรือหวาดกลัว ยึดมั่นตามความเป็นจริง

Helmstetter (1988) กล่าวว่า การพูดกับตนเองเชิงบวก เป็นการพูดกับตนเองโดยการให้กำลังใจและชื่นชมตนเองโดยการใช้คำพูด จากการรวบรวมการพูดกับตนเองของบุคคลต่างๆ มากกว่า 2,000 คำพูดพบว่า การพูดกับตนเองทางบวกเหล่านี้สามารถก่อให้เกิดความหวังได้ เช่น “ฉันจะไม่ยอมแพ้ต่อชะตาชีวิต” “ฉันรู้ว่าตราบดีที่ฉันยังมีชีวิต ฉันจะมีความหวังเสมอ” “ฉันเข้มแข็งและมีความอดทนในการที่จะนำพาตนเองให้ผ่านพ้นเหตุการณ์ต่างๆไปได้” “ฉันจะไม่ยอมให้ปัญหามาทำให้ชีวิตฉันแย่ลง”

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพูดกับตนเองทางบวกมีประโยชน์ต่อตนเอง ดังนี้ (Nelson-Jones, 1990)

1. ช่วยให้ผู้บุคคลเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง โดยทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความคิดของตนเองต่อตนเอง ความคิดของผู้อื่นต่อตนเอง สามารถแยกความแตกต่างระหว่างลักษณะการพูดกับตนเองของตนเองและการพูดกับตนเองของผู้อื่น และแสดงออกในรูปพฤติกรรม ตามทัศนคติ ความเชื่อ และความคิดเห็นของตนเอง

2. ช่วยให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกเป็นการพูดกับตนเองในทางที่ดี อยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง และมีโอกาสเป็นไปได้ตามจริง ส่งผลให้สามารถบรรลุสิ่งที่บุคคลนั้นหวังและสามารถประสบความสำเร็จในการกระทำได้ บุคคลจึงเกิดความรู้สึกที่ดี ภาคภูมิใจในตนเอง และรับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง

3. ช่วยให้คุณมีความสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกส่งผลต่ออารมณ์ความรู้สึกและพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีส่งผลให้คุณมีความสุขภาพทางร่างกายและจิตใจที่ดีตามมาด้วย

4. ช่วยให้คุณสามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองและเผชิญปัญหาได้ การพูดกับตนเองทางบวกจะช่วยให้คุณจะสามารถสงบสติอารมณ์ของตนได้เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

นอกจากนี้การพูดเชิงบวกยังสามารถส่งเสริมให้เกิดความหวังได้ ดังนี้

1. ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกจะมีลักษณะคำพูดที่เป็นไปในเชิงสร้างสรรค์ มีเหตุผล อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริงและเป็นไปได้ในปัจจุบัน มีเป้าหมายอยู่ที่การได้ลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างเต็มความสามารถส่งผลให้คุณที่ตั้งความหวังตามสภาพความเป็นจริง มีการประเมินความเป็นไปได้ของสิ่งที่หวังและตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตทั้งในปัจจุบันและในอนาคตที่สามารถปฏิบัติได้จริง มีความยืดหยุ่นและยอมรับว่าความหวังในอนาคตนั้นอาจเป็นไปได้หรือไม่ได้ ดังนั้นบุคคลที่พูดกับตนเองทางบวกจึงมีการสร้างเป้าหมายที่ไม่กดดันตนเองและมีโอกาสที่จะกระทำให้บรรลุความสำเร็จได้ (Nelson-Jones, 1990)

2. ด้านความพร้อมและความหวังทางบวก เมื่อบุคคลพูดกับตนเองทางบวกจะเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองจากการได้เปิดเผยความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่เป็นตัวของตัวเอง รับรู้ตนเองตามความเป็นจริง การได้รับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองคิดและเป็นผู้ตัดสินใจเลือกนั้นส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนเองได้ ทำให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Nelson-Jones, 1990)

3. ด้านความสัมพันธ์ภายในตนและบุคคลอื่น การพูดกับตนเองทางบวกจะส่งผลให้คุณเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเองและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองทำให้เกิดความรู้สึกกล้าที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อีกทั้งการพูดกับตนเองเชิงบวกยังส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของบุคคลด้วย ซึ่งเมื่อคุณพูดเชิงบวกกับตนเองดี อารมณ์และพฤติกรรมก็จะเป็นไปในทางที่ดีด้วย (Helmstetter, 1988)

วิธีการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ สามารถปฏิบัติได้ ดังนี้ (Nelson-Jones, 1990)

- 1) ตั้งเป้าหมายอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นเป้าหมายง่ายๆ เช่น จะต้องมีชีวิตอยู่เพื่อลูก
- 2) กำหนดประโยคที่จะพูดกับตนเองโดยการใช้คำว่า “ฉัน” เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง เป็นการแสดงถึงความรับผิดชอบต่อคำพูดหรือสิ่งที่ผู้ป่วยเลือกและแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการควบคุมความรู้สึก ความคิดและการกระทำของตนเอง เช่น ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อลูก

3) เขียนประโยคนั้นลงกระดาษและอ่านออกเสียงประโยคนั้นด้วยความตั้งใจ

4) ฟังเสียงตนเองที่อ่านประโยคนั้น แล้วทบทวนอีกครั้ง

5) ฝึกพูดกับตนเองเชิงบวกซ้ำๆ ย้ำๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสเพื่อให้เกิดการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่จนเกิดเป็นทักษะและทำให้เข้าไปอยู่ในกระบวนการคิดอย่างถาวร

การพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ เป็นการพูดกับตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ เชื่อมั่นในตนเอง เกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ การพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่นั้นสามารถนำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้เพราะการพูดกับตนเองเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่นั้นมุ่งเน้นการมีเป้าหมายเพื่อลงมือทำสิ่งต่างๆ เพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างเต็มกำลังความสามารถ มีการประเมินความเป็นไปได้ของเป้าหมาย โดยเป้าหมายทั้งในปัจจุบันและอนาคตเป็นเป้าหมายที่สามารถปฏิบัติได้จริง ยืดหยุ่นและยอมรับว่าในอนาคตนั้นอาจเป็นไปได้หรือไม่ได้ ดังนั้นการพูดกับตนเองเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่จึงมีการสร้างเป้าหมายที่ไม่กดดันให้เกิดกับตนเองและมีโอกาสที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมายได้ง่าย ทำปัจจุบันให้ดีที่สุด ไม่ท้อถอย ซึ่งการได้รับผิดชอบต่อสิ่งที่คิดและเป็นผู้ที่ตัดสินใจเลือกด้วยตนเองจะส่งผลให้รู้สึกว่าคุณสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึกและการกระทำของตนได้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่น รู้สึกมีคุณค่าในตนเองและเกิดความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ตามมา

4.4 เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

4.4.1 เทคนิค OARS ที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ

วิธีการของการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพนั้นและสิ่งที่สำคัญคือการกระตุ้นให้ผู้รับบริการพูดจูงใจตนเอง (self-motivational statements: SMS) ซึ่งเป็นการพูดคุยที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของผู้รับบริการ เทคนิคพื้นฐานในการสัมภาษณ์แบบเสริมสร้างแรงจูงใจที่ใช้อยู่ คือ OARS ; Open ended questioning, Affirm, Reflective listening และ Summarization (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller and Rollnick, 2013) รายละเอียดดังนี้

1) Open ended questioning (การตั้งคำถามปลายเปิด) ช่วยในการกระตุ้นกระบวนการคิดของรับบริการเกี่ยวกับปัญหาทางด้านพฤติกรรมสุขภาพให้ได้พิจารณาตนเองมากขึ้น และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดแรงจูงใจและพูดแรงจูงใจตนเองออกมา

2) Affirm (การชื่นชมยืนยันรับรอง) เป็นการเสริมแรงและยืนยันรับรองต่อพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออกอย่างเหมาะสมรวมทั้งความมานะพยายามหรือด้านดีต่างๆ ที่แสดงออกมาซึ่งการชื่นชมยืนยันรับรองนี้จะช่วยเสริมสร้างทัศนคติทางบวกและศักยภาพในตัวผู้รับบริการอีกด้วย

3) Reflective listening (การฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความ) ผู้บำบัดต้องตั้งใจฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนให้ผู้รับบริการเห็นถึงปัญหาที่สำคัญของผู้รับบริการ ค้นหาข้อความเป็นแรงจูงใจของผู้รับบริการ ซึ่งเทคนิคนี้ช่วยให้ผู้รับบริการได้รับรู้ความคิดของตนเองและเหตุผลที่จำเป็นที่จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

4) Summarization (การสรุปความ) ผู้บำบัดควรดำเนินการสรุปความเป็นระยะๆ ในระหว่างสนทนาเพื่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการเพราะระหว่างสนทนาอาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายทำให้ผู้รับบริการอาจจำได้ไม่หมด นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับบริการมีโอกาสได้ยืนยันข้อความที่ถูกต้องตนเองซ้ำและเป็นการยืนยันให้ผู้รับบริการทราบถึงข้อความที่เป็นแรงจูงใจของตนเองชัดเจนขึ้นอีกด้วย

4.4.2 เทคนิค FRAMES ที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ

เทคนิคที่สำคัญที่ใช้ในการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ประกอบด้วย 6 เทคนิคตามคำย่อที่เรียกว่า “FRAMES” (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Miller and Rollnick, 2002) ตามรายละเอียดดังนี้

1) Feedback (การให้ข้อมูลสะท้อน) ผู้บำบัดให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการประเมินความรุนแรงของปัญหาความเจ็บป่วยและพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งการให้ข้อมูลสะท้อนกลับนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงผลเสียของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของตนมากขึ้น

2) Responsibility (การเน้นให้มีความรับผิดชอบ) เป็นการเน้นความรับผิดชอบต่อตนเองของผู้รับบริการในการเปลี่ยนแปลงและมีอิสระในการเลือกที่จะตัดสินใจด้วยตนเองซึ่งการเน้นให้มีความรับผิดชอบนี้จะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าคุณมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดและเกิดการร่วมมือในการบำบัดเพิ่มมากขึ้น

3) Advice (การให้คำแนะนำ) เป็นการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนถึงความจำเป็นที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพหรือบางประเด็นที่เข้าใจคลาดเคลื่อนเพื่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลง

4) Menu (การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ) เป็นการเสนอทางเลือกในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินการให้ไปถึงเป้าหมายที่วางไว้ของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ

5) Empathy (การแสดงความเห็นอกเห็นใจ) เป็นการแสดงความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการโดยการรับฟัง สะท้อนความรู้สึกที่สื่อถึงการเข้าใจ การสื่อสารที่แสดงให้เห็นถึงการให้เกียรติผู้ป่วย ซึ่งการแสดงความเห็นอกเห็นใจนี้จะช่วยให้ผู้รับบริการลดแรงต้านต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพลงได้

6) Self-efficacy (การส่งเสริมศักยภาพในตัวเอง) เป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้รับบริการโดยการให้ความหวังและกำลังใจเพื่อให้ผู้รับบริการเชื่อมั่นในความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง

4.4.3 เทคนิค DARE ที่ใช้ในการสร้างแรงจูงใจ

เทคนิค DARES ประกอบไปด้วย 5 ประการ คือ Develop Discrepancy, Avoid Argumentation, Roll with Resistant, Express Empathy และ Support Self-Efficacy โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พิชัย แสงชาญชัย, 2546; Miller and Rollnick, 2002)

1) Develop Discrepancy (การทำให้เห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายกับปัจจุบัน) เป็นการแสดงให้เห็นช่องว่างระหว่างพฤติกรรมสุขภาพของตนเองหรือสภาพการณ์ในปัจจุบันกับเป้าหมายในอนาคตที่ผู้รับบริการต้องการ ซึ่งจะเป็แรงผลักดันและสนับสนุนให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้

2) Avoid Argumentation (การหลีกเลี่ยงการโต้แย้ง) ผู้รับบริการส่วนใหญ่มักจะมีการแสดงออกด้วยการใช้กลไกทางจิตในการป้องกันตนเอง เช่น การหาเหตุผลเข้าข้างตนเอง หรือการมองปัญหาน้อยกว่าความเป็นจริง เพื่อให้เกิดความรู้สึกสบายใจ หากผู้บำบัดพยายามโต้แย้งหรือหาเหตุผลที่จะขัดแย้งกับผู้รับบริการ จะส่งผลให้ผู้รับบริการใช้กลไกทางจิตในการต่อต้านเพิ่มขึ้นซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคที่จะส่งผลต่อความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้

3) Roll with Resistant (การหมุนตามแรงต้าน) หากผู้รับบริการมีการแสดงออกถึงการต่อต้านและการเกิดความลังเลใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพ ถือเป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่สามารถเกิดขึ้นได้ในระหว่างการบำบัด ผู้บำบัดจะต้องเคารพในความคิดเห็นของผู้รับบริการและเข้าใจถึงความลังเลใจดังกล่าว โดยผู้บำบัดจะต้องไม่หาเหตุผลในการโต้แย้งผู้รับบริการแต่จะใช้วิธีการชักชวนเพื่อให้ผู้รับบริการมองปัญหานั้นในแง่มุมที่ต่างไปจากเดิม

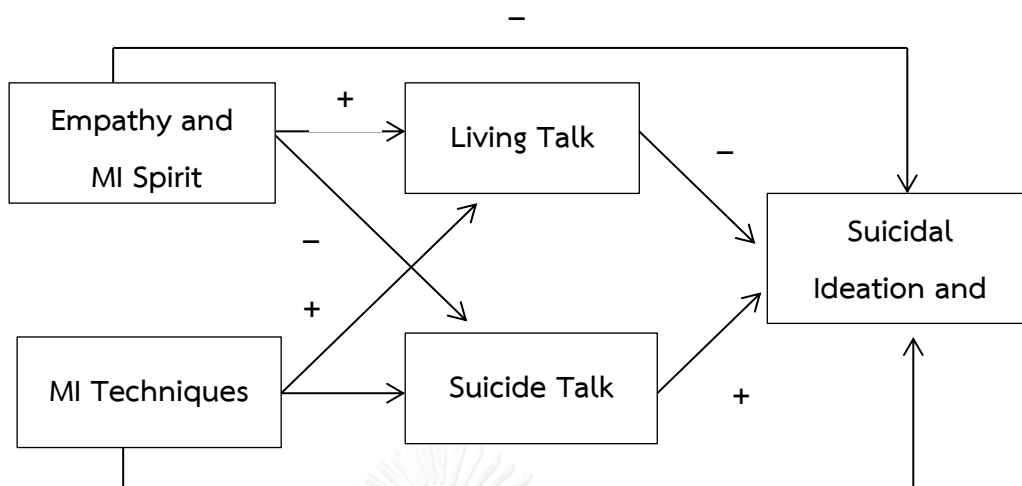
4) Express Empathy (การแสดงความเห็นอกเห็นใจ) ผู้บำบัดควรใช้การสื่อสารที่แสดงถึงการให้เกียรติในตัวผู้รับบริการ โดยฟังอย่างตั้งใจ ยอมรับในปัญหาและการแสดงออกของผู้รับบริการ แสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ ให้สิทธิผู้รับบริการในการเลือกและมีการตัดสินใจด้วยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจในผู้รับบริการ และมีผลต่อการเพิ่มแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงได้

5) Support Self-Efficacy (การสนับสนุนส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย) เป็นการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้รับบริการ ทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสม สื่อให้ผู้รับบริการรับรู้ว่าคุณสามารถทำได้ เพราะความเชื่อว่าคุณเองสามารถทำได้เป็นแรงจูงใจที่สำคัญยิ่ง

4.5 การบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (MI-SI)

การเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) ถือว่าเป็นรูปแบบการบำบัดหนึ่ง ที่ได้รับการยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้เพื่อจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย ดังการศึกษาของ Britton et al. (2008) ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจและทฤษฎี กำหนดใจตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเสพติดโคเคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยผลการศึกษานำร่องพบว่าการประยุกต์ใช้ MI และ SDT ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ ของตนเองได้ ต่อมาในปี 2011 Britton (2011) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัดที่มีความชัดเจนขึ้น เพื่อใช้ โดยตรงกับกลุ่มผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย และเรียกชื่อการบำบัดแบบนี้ว่า Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามาและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) โดยในช่วงแรกได้นำการบำบัดรูปแบบใหม่นี้ไปทดลองใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีประวัติดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) ผลจากกรณีศึกษาพบว่า MI-SI ช่วยสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ และต่อมาในปี 2012 Britton et al. (2012) ได้นำรูปแบบการบำบัด MI-SI ไปทดลองใช้ในในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมาก ผลจากการศึกษานำร่องพบว่า MI-SI สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้

ต่อมาในปี 2015 เพื่อให้รูปแบบการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจมีความชัดเจนมากขึ้น Britton (2015) จึงได้พัฒนาขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ใหม่โดยใช้แนวคิดกระบวนการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยมีการนำหลักการสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจตามสมมติฐานของ MI-SI process model คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) และเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้ในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าวเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น (ดังแสดงในภาพที่ 1) ซึ่งภายหลังการนำไปใช้กับกรณีศึกษาพบว่าการบำบัด MI-SI ในรูปแบบที่พัฒนาใหม่นี้สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้



ภาพที่ 1 สมมติฐานของ MI-SI process model (Britton, 2015)

ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการของการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่โดยการใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ร่วมกับการแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) โดยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง และพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ จะทำให้มีความหวังเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลงตามมา

5. โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

จากแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา และแนวคิดการบำบัดการสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ตามการศึกษาของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ นำไปสู่การมีความหวังในชีวิตเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลง โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในครั้งนี้เป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton

et al. (2012) เป็นหลัก ประกอบด้วย 1) การสำรวจปัญหานำและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) และนำกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน ของ Miller and Rollnick (2013) ซึ่งกล่าวถึงใน Britton (2015) มาผสมผสานเป็นกิจกรรมย่อยภายใต้ 3 ขั้นตอนหลักดังกล่าวแล้วข้างต้น ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหานำ (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการบูรณาการการพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

แนวคิด Britton et al. (2012)	แนวคิด Britton (2015)	การบูรณาการของผู้วิจัย
Britton et al. (2012) ได้พัฒนารูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1. การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหานำและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die)	Britton (2015) ได้พัฒนาขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) เพื่อให้มีความชัดเจนมากขึ้น โดยใช้แนวคิดการกระบวนการสร้างแรงจูงใจ 4 กระบวนการ ของ Miller and Rollnick (2013) ดังนี้ 1. การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging)	ผู้วิจัยได้พัฒนาใช้โดยการนำ 3 ขั้นตอนของการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton et al. (2012) เป็นหลักและผสมผสานกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน ของ Miller and Rollnick (2013) ตามการศึกษาของ Britton (2015) เป็นกิจกรรมย่อยภายใต้เนื้อหาหลัก 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหานำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหานำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย

แนวคิด Britton et al. (2012)	แนวคิด Britton (2015)	การบูรณาการของผู้วิจัย
2. การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) 3. การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening The Commitment to live)	2. การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3. การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) 4. การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)	(Focusing) ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)

สำหรับวัตถุประสงค์ของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ คือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราลดลง ซึ่งในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่นี้เป็นการบำบัดรายบุคคล จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) โดยการสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรม มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคของการเสริมสร้างแรงจูงใจ ชี้ให้ผู้ป่วยเห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากปัญหาการตีตราโดยการกระตุ้นให้

ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเองออกมา ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 2 **สำรวจปัญหามาและความลึกลับใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing)** โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหามาและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มองหาจุดที่เป็นปัญหามาที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย มีการให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ มองหาข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ

ขั้นตอนที่ 2 **การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live)** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 **สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking)** โดยการดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหามา (Focusing) มาเป็นตัวช่วยในการปลุกพลังผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ สำรวจความลึกลับใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้จัดการกับความลึกลับใจในการมีชีวิตอยู่นั้น เปิดโอกาสให้ได้ตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้านอีกครั้งและมุ่งประเด็นไปที่ข้อดี ข้อเสียของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่มากขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความใจตนเองในการมีชีวิตอยู่ออกมา

กิจกรรมที่ 4 **ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk)** โดยการกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง ฝึกทักษะการคิดเชิงบวกและการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

ขั้นตอนที่ 3 **การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 **วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)** โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเริ่มต้นวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ มีการเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการมีชีวิตอยู่ ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข ให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและบันทึกแผนการนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และคณะ (2542) ศึกษาความชุกและภาวะสุขภาพจิตของคนไทยที่ติดสุรา กลุ่มตัวอย่าง 7,789 คน พบว่าในกลุ่มคนที่อยู่ในเกณฑ์ที่ติดสุราแล้วจะมีความเครียดอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 11.9 จากผลการศึกษาสรุปได้ว่าอาการติดสุรา มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอาจเป็นเพราะว่าเมื่อมีปัญหาทางจิตใจขึ้นแล้วใช้การดื่มสุราเป็นทางออกซึ่งเป็นวิธีการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตในลักษณะที่อาจก่อปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จตามมาในภายหลังได้

ชูลีพร แสนไชย (2550) ศึกษาความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่มาได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 203 ราย ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 100 โดยมีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 44.8, 25.1, 15.3 และ 14.8 ตามลำดับ

ภัทรจิตต์ ศักดา และคณะ (2552) ศึกษาปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษาในโรงพยาบาลสรณธรรม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประกอบด้วยเหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดสุรา ความหมายการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราและความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ติดสุราที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จจากที่มสุขภาพ จำนวน 15 คน พบว่า เหตุผลของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราส่วนใหญ่ คือ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย สิ้นหวังไร้ค่าและหมดหนทาง ร้อยละ 46.67 ความหมายของการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุราส่วนใหญ่ คือ การหลุดพ้นจากปัญหาต่างๆ และหลุดพ้นจากความทุกข์ทรมานใจ ร้อยละ 73.33 และความต้องการการช่วยเหลือด้านสุขภาพของผู้ติดสุราที่พยายามฆ่าตัวตายจากที่มสุขภาพส่วนใหญ่ คือ ช่วยเหลือให้หายจากโรคและช่วยให้จิตใจเข้มแข็ง ร้อยละ 46.67

ปทานนท์ ขวัญสุนิห (2554) ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายเพื่อทราบถึงความชุกและความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า การพยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับการดื่มสุราโดยอัตราความชุกอยู่ที่ร้อยละ 50 ปัจจัยทางพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องและสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (Serotonin) มีบทบาทในผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่ดื่มสุรา ปัจจัยทางสังคมมีผลต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังโดยเฉพาะเหตุการณ์เครียดในชีวิต การติดสุราและความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบ B เป็นปัจจัยหนึ่ง que เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ (2558) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับรุนแรงร้อยละ 37.5

6.2 รูปแบบการบำบัดต่างๆ

Britton et al. (2008) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้รูปแบบการบำบัดการเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing: MI) และทฤษฎีกำหนดใจตนเอง (Self-Determination Theory: SDT) ในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายแบบเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเสพติดโคเคนที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน โดยผลการศึกษานำร่องพบว่าการประยุกต์ใช้ MI และ SDT ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้

Britton (2011) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามาและแรงจูงใจในการฆ่าตัวตาย (Exploring the Presenting Problem and Motivation to Die) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) ต่อความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา PTSD มีความคิดฆ่าตัวตาย และเป็นผู้มีประวัติดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินผู้ป่วยใน โดยผลจากการศึกษาพบว่า สามารถสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้

Britton et al. (2012) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสำรวจปัญหามา (Exploring the Presenting Problem) 2) การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) และ 3) การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) ต่อความคิดฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา PTSD และเป็นผู้มีประวัติการใช้สุราแบบเสี่ยง (hazardous alcohol use) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โดยผลการศึกษานำร่องพบว่า MI-SI สามารถลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้

Britton (2015) ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) โดยใช้แนวคิดกระบวนการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยมีการนำหลักการสำคัญของการ

เสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) และเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้ในการดำเนินการตามขั้นตอนดังกล่าว เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา PTSD และเป็นผู้มีประวัติการดื่มสุราอย่างหนัก (heavy drinking) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผลจากการณีศึกษาพบว่า สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายได้

สรุปได้ว่าการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นถึงการดื่มสุราที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายอย่างชัดเจนและประสิทธิภาพของรูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ที่สามารถสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้หากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ จะทำให้มีความหวังเพิ่มมากขึ้นและส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลงตามมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการดื่มสุรา ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) พัฒนาโดยปรีศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยจิ้น (2558) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ตามการศึกษาของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นใช้ขั้นตอนการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) ของ Britton et al. (2012) เป็นหลักและผสมผสานกระบวนการบำบัดการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ตามการศึกษาของ Britton (2015) โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราลดลง ซึ่งแสดงในภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิต (Britton et al., 2012;

Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหำนำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die)

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging)

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหำนำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live)

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่

(Living Talk)

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live)

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)

ความคิด
ฆ่าตัวตาย
ในผู้ป่วย
ที่มีความ
ผิดปกติ
ของการตี
สุรา Beck
et al.
(1979)

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีรูปแบบของการทดลองดังนี้

O ₁	X	O ₂	O ₃	กลุ่มทดลอง
O ₄		O ₅	O ₆	กลุ่มควบคุม

- O₁ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่
- O₂ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ที่
- O₃ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ 2 สัปดาห์
- O₄ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₅ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติทันที
- O₆ หมายถึง คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ 2 สัปดาห์
- X หมายถึง การใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ทั้งชายและหญิง จำนวน 40 คน โดยผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ การคัดเข้าและการคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria) มีดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 21-59 ปีทั้งชายและหญิง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) พัฒนาโดยปริยศ กิตติธวัชศักดิ์ และเกสร มุ้ยจิ้น (2558) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป)
3. ไม่ได้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตอื่นร่วมด้วย
4. สามารถพูดคุยสื่อสารและฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria) มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้จนครบกำหนด
2. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายระหว่างดำเนินการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างที่พอเหมาะในการวิจัยแบบทดลองเพื่อให้ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Burns & Grove, 2005) แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่รับไว้

รักษาในโรงพยาบาลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ดังเอกสารในภาคผนวก จ หน้า 157) ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากแฟ้มเวชระเบียนผู้ป่วยในที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา เนื่องจากโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลต่อเนื่องกันเป็นเวลา 4 วัน จึงไม่สามารถคัดเลือกกลุ่มอย่างทั้งหมดได้ภายในวันเดียว ผู้วิจัยจึงแบ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะๆ โดยดำเนินการก่อนเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่เป็นเวลา 1 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 26 พฤษภาคม 2559 ถึง วันที่ 7 มิถุนายน 2559 ตามช่วงเวลาของการเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 วันที่ 26 พฤษภาคม 2559, ครั้งที่ 2 วันที่ 30 พฤษภาคม 2559, ครั้งที่ 3 วันที่ 3 มิถุนายน 2559 และครั้งที่ 4 วันที่ 7 มิถุนายน 2559 ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ช่วงเวลาดังกล่าวทั้งสิ้น 70 คน

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) พบว่า มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำนวน 43 คน

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (F10.1 และ F 10.2) และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยติดสุรา (Alcohol dependence) มีโอกาสพบความรุนแรงของการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ป่วยที่ดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) (บุญศิริ จันทร์ศิริมงคล และคณะ, 2556) ผู้วิจัยจึงพิจารณาจับคู่

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 เหมือนกัน และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายที่ใกล้เคียงกันไม่เกิน 3 คะแนน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีคุณสมบัติไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจึงไม่สามารถนำมาจับคู่กันได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงเป็นเพศชายทั้งหมด

5. เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 เหมือนกัน และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายที่ใกล้เคียงกันไม่เกิน 3 คะแนน ตามช่วงเวลาของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลากที่ละคู่เพื่อป้องกันการปนเปื้อนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยมีลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราแบ่งตามการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย
1	F10.2	19	F10.2	18
2	F10.2	24	F10.2	22
3	F10.2	22	F10.2	20
4	F10.2	14	F10.2	14
5	F10.1	18	F10.1	18
6	F10.2	10	F10.2	10
7	F10.2	12	F10.2	12
8	F10.2	19	F10.2	19
9	F10.2	7	F10.2	8
10	F10.2	7	F10.2	7
11	F10.2	8	F10.2	7

ตารางที่ 2 (ต่อ)

คู่มือ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10	คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย
12	F10.2	10	F10.2	10
13	F10.2	7	F10.2	8
14	F10.2	14	F10.2	11
15	F10.1	19	F10.1	17
16	F10.2	12	F10.2	10
17	F10.2	13	F10.2	11
18	F10.2	8	F10.2	7
19	F10.2	7	F10.2	7
20	F10.1	7	F10.1	7

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เมื่อวันที่ 25 พฤษภาคม 2559 (ดังเอกสารในภาคผนวก จ หน้า 157)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาและการรักษาที่จะได้รับ มีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยซึ่งจะถือเป็นความลับและข้อมูลที่ได้จาก

การวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler)

รายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation ของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจากงานวิจัยของ Dr. Peter Britton ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้สามารถแปลเป็นภาษาไทยรวมทั้งอนุญาตให้นำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (ดังหนังสืออนุญาตในภาคผนวก ฉ หน้า 159-161)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีขั้นตอนการสร้างและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี รูปแบบการบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation ของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่รักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

1.2 สร้างโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ โดยนำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าและทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพร้อมกับสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มี

ความผิดปกติของการดื่มสุราที่รักษาตัวในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) ในการสร้างโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่หลังจากนั้นจึงกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตรอยู่อย่างมีความหวังและลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคล เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีปัญหาที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายที่แตกต่างกัน การดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมได้เป็นอย่างดี จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรม ละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม ตามรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตรอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) และ กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตรอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging)

ระยะเวลา 30 นาที

สาระสำคัญ สร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ และรายละเอียด การดำเนินการตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความไว้วางใจ ให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจ และเกิดความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด (Britton, 2015) ให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยอาศัยเทคนิคของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement: SMS) ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาความคิดฆ่าตัวตายออกมาซึ่งคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเป็นคำพูดที่บ่งบอกถึงแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ และคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่นเพราะเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดออกมาเองโดยไม่มีใครบังคับ (Miller & Rollnick, 2013) ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้นนำไปสู่ความพร้อมในการบำบัดและการเข้า

รับการบำบัดนั้นจะช่วยลดพฤติกรรมที่คุกคามชีวิตและเพิ่มพฤติกรรมที่ช่วยให้มีชีวิตอยู่มากขึ้น (Britton et al., 2011)

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing)

ระยะเวลา 30 นาที

สาระสำคัญ สำรวจปัญหามาโดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหามาและสาเหตุที่ทำให้ตนเองเกิดความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open questions) การสะท้อนความ (Reflections) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmations) และการสรุปความ (Summary) เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มองจุดที่เป็นปัญหามาที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดแสดงความเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหามากับความคิดฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหามา นั้น มีการให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ โดยการมองหาข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Pros & Cons) ใช้คำถามกระตุ้น (Open questions) ให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับข้อดีของการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น จะส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้ (Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking)

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ สร้างแรงจูงใจโดยการดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหามาเป็นตัวช่วยในการปลุกพลังให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วย การค้นหาเหตุผลในการมีชีวิตอยู่และสำรวจความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่นั้นโดยการเปิดโอกาสให้ได้ตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้านอีกครั้งและมุ่งประเด็นไปที่ข้อดีและข้อเสียของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่โดยอาศัยเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open questions) การสะท้อนความ (Reflections) การชื่นชมยืนยันรับรอง (Affirmations) และการสรุปความ (Summary) เพื่อให้ผู้ป่วยได้มองเห็นของดีของการมีชีวิตอยู่มากกว่าข้อเสีย ผู้บำบัดแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการตัดสินใจ (Giving information) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่มากขึ้น (Living Talk) โดยการใช้คำถามกระตุ้นเพื่อให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ในการมีชีวิตอยู่ออกมา ซึ่งการที่ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองในเรื่อง

ได้ออกมาซ้ำๆ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) เช่นเดียวกัน คือ เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองซ้ำๆ ผู้ป่วยก็จะเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น (Britton, 2015) และการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น ก็จะทำให้เกิดความหวังในการมีชีวิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้ (Britton, 2011)

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk)

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การฝึกให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราเกิดทักษะในการคิดเชิงบวก และพูดเชิงบวกกับตนเองในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น (Living Talk) โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง และมีโอกาสเป็นไปได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุในสิ่งที่หวังและประสบความสำเร็จในการกระทำ ได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และยิ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีและยังเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ และหากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ก็จะทำความหวังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งทักษะในการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการตีตราที่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงได้ (Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)

ระยะเวลา 60 นาที

สาระสำคัญ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราเริ่มต้นวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วยการตั้งข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่ที่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ มาใช้วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ มีการเน้นย้ำถึงเหตุผลของการมีชีวิตอยู่อีกครั้ง กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคำมั่นสัญญาในการมีชีวิตอยู่ของตนเองออกมาเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่อง ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขและให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและบันทึกแผนการนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องในอนาคต ซึ่งความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในการปฏิบัติตามคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ดังกล่าว จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและเป็นการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นซ้ำได้ (Britton et al., 2012)

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ที่พัฒนาขึ้นมาปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบเนื้อหาของกิจกรรมในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหาภาษาที่ใช้และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน (ดังรายนามผู้ทรงคุณวุฒิในภาคผนวก ก หน้า 119) เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมฯ โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกันภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความเหมาะสมทั้งด้านเนื้อหาและด้านภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้ดำเนินการวิจัยจริง ประเด็นของการปรับแก้มีดังนี้

1) มีการเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาของการดำเนินกิจกรรมโดยการเพิ่มเติมความเชื่อมโยงของกิจกรรมตามใบกิจกรรมแต่ละใบที่จะนำมาใช้ประโยชน์ในขั้นตอนต่อไป และการนำความรู้สึก/อารมณ์ ให้เข้าถึงกิจกรรมในแต่ละช่วง จากเดิมอธิบายว่า “พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราได้ทบทวนการแปลผลคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยของตนเองและวิเคราะห์ว่าได้รับผลกระทบจากความคิดฆ่าตัวตายอย่างไรบ้าง” ได้ปรับเพิ่มรายละเอียดเนื้อหาของการดำเนินกิจกรรมโดยการนำความรู้สึก/อารมณ์ ให้เข้าถึงกิจกรรมในแต่ละช่วง ซึ่งปรับเป็น “พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราได้ทบทวนการแปลผลคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยของตนเองและวิเคราะห์ว่าได้รับผลกระทบจากความคิดฆ่าตัวตายอย่างไรบ้าง เชื่อมโยงและสะท้อนให้ผู้ป่วยเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านั้นก่อให้เกิดความรู้สึกผิด ความรู้สึกแค้นภายในจิตใจของผู้ป่วยจนทำให้ผู้ป่วยไม่อยากมี

ชีวิตอยู่” ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้ทบทวนความรู้สึกที่แท้จริงของตนเองได้

2) มีการเพิ่มเติมรายละเอียดเนื้อหาในส่วนของการดำเนินกิจกรรมโดยการเพิ่มเติมการอธิบายความหมายของคำว่า ความคิด ความรู้สึก/อารมณ์ และพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความรู้ความเข้าใจในการทำใบกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น จากเดิมอธิบายว่า “พยาบาลให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ทบทวนประโยคที่จะพูดกับตนเองโดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเอง จากใบกิจกรรมที่ 4.1 การส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และบอกความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากประโยคดังกล่าว โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 4.2 ฉันจะพูดกับตนเอง อย่างไรดี?” ซึ่งปรับเป็น “พยาบาลอธิบายถึงความแตกต่างและความเชื่อมโยงกันของความคิด ความรู้สึก/อารมณ์ และพฤติกรรมให้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติจากการดื่มสุราทราบ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจ คือ “ความคิด” เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากสมองส่วนที่ใช้เหตุผลเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งมากระตุ้น เป็นสิ่งที่ควบคุมได้ถ้ารู้เท่าทันความคิดนั้น “อารมณ์” เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากความคิดนั้น เช่น ความสุข ความเศร้า ความโกรธ เป็นต้น ส่วน “พฤติกรรม” เป็นการกระทำหรือการแสดงออกของบุคคลอันเป็นผลมาจากความคิดและอารมณ์นั้นๆ จากนั้นให้ผู้ป่วยทบทวนประโยคที่จะพูดกับตนเองโดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเอง จากใบกิจกรรมที่ 4.1 การส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และให้ผู้ป่วยบอกความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากประโยคดังกล่าว โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 4.2 ฉันจะพูดกับตนเอง อย่างไรดี?”

ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 3 คน ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2559 โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ครอบคลุมเนื้อหาในโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมฯ ไปใช้ทั้งในแง่ของภาษาที่ใช้ เนื้อหา และระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม

ภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ได้ดีพอสมควร และสามารถดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการที่วางไว้ตามโปรแกรมฯ อย่างเข้าใจตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละกิจกรรม จึงไม่มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานะภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการดื่ม

สุราติดต่อกัน ปริมาณการดื่มในแต่ละครั้ง ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประวัติการดื่มสุราของบุคคลในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติดอื่นๆ

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) เป็นเครื่องมือที่ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจิ้น (2558) พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979) เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายความรุนแรงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีลักษณะเป็นคำถามให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 คือ ไม่มีเลยให้ 0 คะแนน มีเล็กน้อยให้คะแนน 1 และปานกลางถึงมากให้คะแนน 2

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน คิดคะแนนโดยนำคะแนนทั้งหมดจำนวน 19 ข้อมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนน 0-6 คะแนน	หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ
คะแนน 7-12 คะแนน	หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง
คะแนน 13 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) เครื่องมือนี้ผ่านการศึกษาคูณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) โดยปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจิ้น (2558) ได้มีการแปลแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ผ่านการพิจารณาความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน และทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้มีความใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับมากที่สุด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 6 ท่าน คือ แพทย์ผู้ชำนาญการทางด้านจิตเวช จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81 เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่ได้มาตรฐานผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) โดยได้นำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ไปทดลองใช้กับ

ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2559 ขณะนำไปทดลองใช้พบว่า มีข้อคำถามบางข้อที่กลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่เข้าใจต้องอธิบายเพิ่มเติม คือ ข้อที่ 5 ความต้องการทำร้ายตนเองทางอ้อม ผู้วิจัยจึงนำปัญหาจากการทดลองใช้เครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความเข้าใจมากขึ้น โดยมีการยกตัวอย่างประกอบเพิ่มเติม เพื่อการอธิบายคำถามข้อที่ 5 ดังนี้ “ความต้องการทำร้ายตนเองทางอ้อม เช่น ไม่กินข้าว ไม่นอน เป็นต้น” และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อหาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler)

ประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) พัฒนาโดย Britton et al. (2011) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยทหารผ่านศึกที่มีปัญหา PTSD ซึ่งเป็นผู้มีประวัติการใช้สุราแบบเสี่ยง (hazardous alcohol use) และมีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับการประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ในแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) จากผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายและ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจจำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจากงานวิจัยของ Dr. Peter Britton ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้นำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (ตั้งหนังสืออนุญาตในภาคผนวก ฉ หน้า 159-161)

การคิดคะแนนและการแปลผลคะแนน คิดคะแนนโดยการให้ค่าคะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 0-10 คะแนน ดังนี้

0 คะแนน คือ ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เลย

10 คะแนน คือ มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด

มีการแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนซึ่งประยุกต์ตามการศึกษาของ พยอม ตันตจรรยา และคณะ (2558) ที่ใช้ไม้บรรทัดวัดใจเพื่อประเมินแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมในการ ตี๋มสุรา แบ่งระดับคะแนน ดังนี้

0-2 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่น้อยที่สุด

3-4 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่น้อย

5-6 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ปานกลาง

7-8 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก

9-10 คะแนน หมายถึง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วยแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 เพื่อประเมินประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความ ผิดปกติของการตี๋มสุราในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมี ระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระดับคะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ≥ 7 คะแนนซึ่งถือว่า มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ในระดับมากขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินแรงจูงใจ ในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในการปรับปรุงภาษาที่ใช้ ให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตี๋มสุราที่มีความคิด ฆ่าตัวตายและ/หรือมีความเชี่ยวชาญด้านการเสริมสร้างแรงจูงใจ จำนวน 5 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์ จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชสุขภาพจิต จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้ ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 คน เพื่อตรวจสอบความ ตรงของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ในแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) โดยในการ ตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อ คำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งถือ ว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยง ของแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ การตี๋มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แต่ไม่ได้เป็น

กลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2559 ถึงวันที่ 26 พฤษภาคม 2559 โดยทำการประเมินทั้งหมด 2 ครั้ง เว้นระยะห่าง 1 ชั่วโมงแล้วทำการประเมินซ้ำ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่วัดทั้ง 2 ครั้ง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (จุฬาลักษณ์ บารมี, 2551) ในแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) นี้พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .86

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้มีการจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย โดยศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ รูปแบบการให้การรักษาพยาบาลรายบุคคล องค์ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา อีกทั้งผู้วิจัยมีการพัฒนาตนเองให้เกิดทักษะการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ ดังนี้

1) ผู้วิจัยมีการเข้ารับการอบรมภาคทฤษฎีและฝึกทักษะในการปฏิบัติการเสริมสร้างแรงจูงใจในหลักสูตร “การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ” ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีระยะเวลาทั้งสิ้น 3 วัน

2) ผู้วิจัยมีการฝึกประสบการณ์การให้คำปรึกษาโดยใช้การสร้างแรงจูงใจกับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้เกิดความชำนาญก่อนนำไปใช้จริงภายใต้การนิเทศของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN)

1.2 จัดเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.3 ยื่นโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ให้คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัย

1.4 เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง จัดทำแผนการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยโดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์

ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นเป็นที่เรียบร้อยแล้วเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่ให้ทราบ

1.5 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่นเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น เพื่อชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของกระบวนการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.6 ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยวิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์ทางด้านการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จากนั้นผู้วิจัยได้ชี้แจงขอบเขตในการดำเนินการวิจัยโดยละเอียด พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัย

1.7 ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น จากการศึกษาแฟ้มประวัติของผู้ป่วยที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์

1.8 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ความสามารถในการพูดคุยสื่อสาร การฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ การได้ยินและการมองเห็นซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงขอความร่วมมือจากผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ พร้อมทั้งอธิบายในเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

1.9 ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด ได้แก่ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

2. ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 20 คนและกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการดังนี้

2.1 การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมถึงการพยาบาลที่จะได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การประเมินโรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและญาติรวมถึงการเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดตามปัญหา เช่น การให้คำปรึกษาแบบสั้น การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน MINI-Suicide แบ่งการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง

2.1.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมในวันที่ 4 นับจากวันที่ประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) และถัดไปอีก 2 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือในการประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังการทดลอง (Post-test)

2.1.2 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้

2.1.2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.1.2.2 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันก่อนวันที่จะเริ่มดำเนินการกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ และมีการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม มีการนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

คนที่	วันที่ดำเนินกิจกรรม				เวลา	สถานที่
	โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่					
	ครั้งที่ 1*	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4		
1	27 พ.ค. 59	28 พ.ค. 59	29 พ.ค. 59	30 พ.ค. 59	09.00-10.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่ม ฝ้ายคำ
2	27 พ.ค. 59	28 พ.ค. 59	29 พ.ค. 59	30 พ.ค. 59	10.00-11.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
3	27 พ.ค. 59	28 พ.ค. 59	29 พ.ค. 59	30 พ.ค. 59	13.00-14.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
4	27 พ.ค. 59	28 พ.ค. 59	29 พ.ค. 59	30 พ.ค. 59	14.00-15.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
5	27 พ.ค. 59	28 พ.ค. 59	29 พ.ค. 59	30 พ.ค. 59	15.00-16.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
6	31 พ.ค. 59	1 มิ.ย. 59	2 มิ.ย. 59	3 มิ.ย. 59	09.00-10.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
7	31 พ.ค. 59	1 มิ.ย. 59	2 มิ.ย. 59	3 มิ.ย. 59	10.00-11.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
8	31 พ.ค. 59	1 มิ.ย. 59	2 มิ.ย. 59	3 มิ.ย. 59	13.00-14.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก เฟื่องฟ้า
9	31 พ.ค. 59	1 มิ.ย. 59	2 มิ.ย. 59	3 มิ.ย. 59	14.00-15.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก เฟื่องฟ้า
10	31 พ.ค. 59	1 มิ.ย. 59	2 มิ.ย. 59	3 มิ.ย. 59	15.00-16.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก เฟื่องฟ้า
11	4 มิ.ย. 59	5 มิ.ย. 59	6 มิ.ย. 59	7 มิ.ย. 59	09.00-10.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
12	4 มิ.ย. 59	5 มิ.ย. 59	6 มิ.ย. 59	7 มิ.ย. 59	10.00-11.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก ฝ้ายคำ
13	4 มิ.ย. 59	5 มิ.ย. 59	6 มิ.ย. 59	7 มิ.ย. 59	13.00-14.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก เฟื่องฟ้า
14	4 มิ.ย. 59	5 มิ.ย. 59	6 มิ.ย. 59	7 มิ.ย. 59	14.00-15.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึก เฟื่องฟ้า

ตารางที่ 3 (ต่อ)

คนที่	วันที่ดำเนินกิจกรรม				เวลา	สถานที่
	โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่					
	ครั้งที่ 1*	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4		
15	4 มิ.ย. 59	5 มิ.ย. 59	6 มิ.ย. 59	7 มิ.ย. 59	15.00-16.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกเฟื่องฟ้า
16	8 มิ.ย. 59	9 มิ.ย. 59	10 มิ.ย. 59	11 มิ.ย. 59	09.00-10.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกฝ้ายคำ
17	8 มิ.ย. 59	9 มิ.ย. 59	10 มิ.ย. 59	11 มิ.ย. 59	10.00-11.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกฝ้ายคำ
18	8 มิ.ย. 59	9 มิ.ย. 59	10 มิ.ย. 59	11 มิ.ย. 59	13.00-14.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกเฟื่องฟ้า
19	8 มิ.ย. 59	9 มิ.ย. 59	10 มิ.ย. 59	11 มิ.ย. 59	14.00-15.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกเฟื่องฟ้า
20	8 มิ.ย. 59	9 มิ.ย. 59	10 มิ.ย. 59	11 มิ.ย. 59	15.00-16.00 น.	ห้องกิจกรรมกลุ่มตึกเฟื่องฟ้า

* หมายถึง ครั้งที่ 1 ดำเนิน 2 กิจกรรมติดต่อกัน

รายละเอียดกิจกรรม และการประเมินผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจปัญหำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) และ กิจกรรมที่ 2 สสำรวจปัญหำและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของการดื่มสุราที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาลและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี

2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราบอกถึงวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการตีตราได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการตีตรากับความคิดฆ่าตัวตายได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราบอกถึงข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราและพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมโดยเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำกิจกรรม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย คะแนนพฤติกรรมการตีตราและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยใช้เทคนิคของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยต้องการที่จะเข้าร่วมการบำบัดโดยการถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement: SMS) ที่แสดงถึงการตระหนักในปัญหาความคิดฆ่าตัวตายออกมา ซึ่งคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเป็นคำพูดที่บ่งบอกถึงแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ และคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่นเพราะเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดออกมาเองโดยไม่มีใครบังคับ (Miller & Rollnick, 2013) ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้นนำไปสู่ความพร้อมในการบำบัดส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาต่อไป

การสอน/อุปกรณ์

1. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตราของฉันทัน
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 SMS ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของฉันทัน
5. ใบความรู้ที่ 1.1 ผลกระทบจากการตีตรา
6. ใบความรู้ที่ 1.2 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตรา

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีสัมพันธ์สภาพที่ดีต่อพยาบาล มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส โดยผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ของการบำบัด รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรม ยินดีที่จะเข้ารับการบำบัดด้วยความเต็มใจ

2. หลังดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของฉันทพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตนเอง หลังจากที่ได้รับข้อมูลสะท้อนกลับเรื่องผลการประเมินความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการดื่มสุรา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราส่วนมากสามารถบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตนเองได้ทั้งต่อด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและสังคม และสามารถบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตาย เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ดื่มเหล้าเยอะๆ ข้าวก็ไม่ได้กิน ตื่นมาปวดท้องหนักมากครับ”

“ปัญหาผมเยอะครับ เหล้าช่วยให้ผมคลายเครียดได้ แต่ไม่ตลอดหรอกครับ แต่วันไหนที่ไม่ได้กินจะทรมานมาก ไม่มีแรงจะทำอะไรเลยครับ”

“บางครั้งมันก็ทำให้ผมรู้สึกท้อแท้ครับ เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรเลย”

“เมื่ยมบอกว่าคุณเวลาผมกินเหล้า ผมอารมณ์ร้ายครับ ชอบหงุดหงิด บางครั้งก็จะทำร้ายเมียด้วย”

“ผมบอกเลยครับที่ผมติดเหล้า พยายามเลิกหลายครั้งก็ทำไม่ได้ บางทีไม่มีเงินซื้อกินก็ไปขโมยเงินแม่ไปซื้อครับ”

“พ่อกับแม่ก็ชอบบ่นว่าผมไม่ทำอะไรวันๆดื่มแต่เหล้า บางทีผมก็ไม่รู้จะอยู่ไปเพื่ออะไรครับหมอ”

“เวลาผมเครียด มีปัญหาที่ได้เหล้านี้แหละครับช่วยคลายเครียด แต่บางครั้งผมก็คิดว่าตายๆไปคงจะดีกว่า”

“เหล้ากับความคิดฆ่าตัวตายเกี่ยวกันแน่ๆครับ เพราะเหล้านี้แหละที่ทำให้ผมเป็นแบบนี้ ที่ทำให้แม่ต้องพามาโรงพยาบาล”

3. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราตระหนักรู้ถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาของความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“แตกต่างกันครับ ก่อนมีความคิดฆ่าตัวตายผมจะคิดอะไร ทำอะไร ก็สบายไปหมด แต่พอมีความคิดฆ่าตัวตายคิดอะไรก็ไม่ค่อยออกครับ มันมืดไปหมด หาทางออกก็ไม่เจอ”

“ก่อนหน้านี้ผมเป็นคนที่ตั้งใจครับ ทำอะไรทำจริง แต่พอมาตอนนี้เกิดอะไรขึ้นกับผมก็ไม่รู้
อยากอยู่เฉยๆ ไม่อยากทำอะไร”

“สิ่งเลวร้ายที่สุดที่จะเกิดขึ้นกับผม ถ้าผมยังคิดแบบนี้อยู่ ผมคงตายจริงๆ ครับหมอ พ่อแม่
ครอบครัวผมก็คงจะเสียใจ”

“สิ่งที่เลวร้ายที่สุดคงหนีไม่พ้นฆ่าตัวตายครับ คงเจ็บปวดมาก ครอบครัวก็คงร้องไห้ เสียใจ”

4. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 1.3 SMS ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหา
ความคิดฆ่าตัวตายของฉันทพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถบอกถึงข้อความจริงใจ
ตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง และข้อความจริงใจตนเอง
(SMS) ที่แสดงถึงความตั้งใจในการเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมี
ชีวิตอยู่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความพร้อมที่จะเข้าสู่การดำเนิน
กิจกรรมในกิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย
(Focusing) เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ไม่ไหวแล้วหมอ ถ้าผมเป็นแบบนี้ต่อไป ผมตายแน่ๆ”

“ถ้าผมไม่อยู่ แล้วลูกเมียผมจะอยู่กับใคร”

“สงสารแม่ครับ ที่ต้องมาคอยดูแลผม”

“ผมนอนไม่ค่อยหลับเลยครับหมอ คิดไปมาแต่เรื่องเดิมๆ ซ้ำๆ ผมท้อแท้ สิ้นหวังกับชีวิตมาก”

“ผมยังอยากอยู่ดูแลลูกกับเมียครับ ผมยังไม่อยากตาย”

“ผมอยากหยุดมันครับหมอ ผมต้องทำยังไง”

“ผมสงสารแม่ครับ ผมอยากเป็นแบบเดิม ไม่อยากเป็นแบบนี้แล้ว”

“มันพอจะมีวิธีช่วยไหมครับ”

“ผมต้องทำยังไงบ้างครับหมอ”

**กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย
(Focusing)**

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความตระหนักถึงปัญหามาที่ทำให้เกิด
ความคิดฆ่าตัวตาย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถจัดการกับความลังเลใจเกี่ยวกับ
ความคิดฆ่าตัวตายและการมีชีวิตอยู่ของตนเอง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถสำรวจและบอกถึงปัญหานำของตนเองที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถบอกถึงข้อดีของการมีชีวิตอยู่ได้มากกว่าข้อดีของความคิดฆ่าตัวตาย

สาระสำคัญ

การสำรวจปัญหานำเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหานำและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) และเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มองจุดที่เป็นปัญหานำที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดแสดงความเชื่อมโยงให้เห็นถึงปัญหานำกับความผิดปกติฆ่าตัวตาย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้เล่าประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหานำนั้น ให้ผู้ป่วยได้ชี้แจงน้ำหนักเพื่อการตัดสินใจ มองหาข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตาย (Pros & Cons) ใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้พูดคุยในเรื่องการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้นจะนำไปสู่การลดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Britton et al., 2011)

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 2.1 ความคิดฆ่าตัวตายของฉันเกิดขึ้นได้อย่างไร?
2. ใบกิจกรรมที่ 2.2 ลองขังใจดูหน่อย: ข้อดีและข้อเสียของการมีชีวิตอยู่
3. ใบกิจกรรมที่ 2.3 ไม่บรรเทาความสำคัญในการมีชีวิตอยู่

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2.1 ความคิดฆ่าตัวตายของฉันเกิดขึ้นได้อย่างไร? พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถบอกถึงปัญหานำของตนเองที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ซึ่งปัญหานำจากปัจจัยภายนอกที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก คือ การดื่มสุรา การขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทะเลาะกันบ่อยครั้ง เป็นต้น ส่วนปัจจัยภายนอกที่พบในกลุ่มตัวอย่างส่วนมากคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ที่บ้านผมทะเลาะกันบ่อยมากครับหมอ”

“ผมเป็นคนไม่ดีครับหมอ พ่อกับแม่เลยไม่อยากคุยด้วย”

“ผมว่ามันเกิดจากการดื่มเหล้าของผมนี้แหละครับหมอ เพราะทุกครั้งที่ผมมีปัญหาผมก็จะดื่ม พอดื่มก็ไม่อยากจะทำอะไร หมดอาลัย ตายอยาก”

“ผมรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิต หมดหนทาง มีดมน ทุกข์มาก อยู่ไปก็ไม่มีประโยชน์กับใคร”

“รู้ผมสีกเปื้อนนายชีวิตครับหมอ ไม่มีแรงจูงใจจะทำอะไรเลย”

2. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2.2 ลองตั้งใจดูหน่อย: ข้อดีและข้อเสียของการมีชีวิตอยู่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้ความสนใจต่อการดำเนินกิจกรรมการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อชั่งน้ำหนักการตัดสินใจเป็นอย่างดี เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

- ข้อดีหากยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“ไม่มีเลยครับ ผมหาไม่เจอ” “บางทีปัญหาที่มีอยู่อาจจะจบๆไป”
 “มันมีข้อดีหรือครับ หมอ”

- ข้อดีของการมีชีวิตอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“ได้อยู่กับครอบครัว กับคนที่เรารัก” “ได้ทำงาน เก็บเงิน”
 “ได้ช่วยงานพ่อกับแม่” “ได้ดูแลสุขภาพตัวเอง ให้ดีกว่านี้”
 “ได้เห็นลูกรับปริญญา” “ได้ใช้ชีวิตให้มันมีความสุขบ้าง”

- ข้อเสียของการมีชีวิตอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“ไม่มีครับ มองเห็นแต่ข้อดีของการมีชีวิตอยู่” “มันเหนื่อยใจครับ เหนื่อยชีวิต”
 “มันรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวังที่จะอยู่ต่อไป”

- ข้อเสียหากยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“พ่อแม่ และครอบครัวเสียใจ” “เป็นภาระของคนที่คุณแล”
 “สักวันก็อาจจะตายจริงๆ” “ไม่มีเงินส่งเสียลูก”

จากการวิเคราะห์ ข้อดี-ข้อเสียของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อชั่งน้ำหนักการตัดสินใจพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราส่วนมากเล็งเห็นข้อดีของการมีชีวิตอยู่มากกว่าข้อเสียของการมีชีวิตอยู่ แต่มีผู้ป่วยบางคนยังมองเห็นข้อเสียของการมีชีวิตอยู่มากกว่าข้อดีซึ่งมีการแสดงออกให้เห็นถึงแรงต้านต่อการมีชีวิตอยู่ การใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจมีส่วนช่วยอย่างมากในการลดแรงต้านนั้นๆ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ผู้บำบัดก็จะคอยสนับสนุนให้กำลังใจจนทำให้ผู้ป่วยที่เกิดแรงต้าน มีการเปิดใจรับฟังข้อมูล ลองค้นหาข้อดีของการมีชีวิตของตนเองใหม่อีกครั้งและสามารถที่จะบอกข้อดีของตนเองได้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่มากขึ้นและสามารถบอกข้อดีของการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้มากขึ้น

3. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 2.3 ไม่บรรทัดวัดความสำคัญในการมีชีวิตอยู่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถรับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“เพราะผมยังทำประโยชน์ได้อีกเยอะครับ ยังทำงานได้ ยังดูแลพ่อกับแม่ได้”

“เพราะผมเป็นคนดีครับหมอ ผมไม่เคยคิดร้ายใคร”

“เพราะผมเป็นเสาหลักที่คอยหาเงินเลี้ยงครอบครัว”

“เพราะผม...ลูกผมถึงเรียนจบปริญญาและมีงานทำที่ดี”

“เพราะผม...เมื่อกับลูกผมถึงได้สบายแบบทุกวันนี้”

จากการประเมินความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ มีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้คะแนนความสำคัญในการมีชีวิตอยู่เท่ากับ 0 ผู้วิจัยจึงถามต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้และตระหนักถึงความสำคัญในการมีชีวิตอยู่ของตนเองว่า “ท่านคิดว่าอยากให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้างในตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนคะแนนความสำคัญของการมีชีวิตอยู่ให้มากกว่านี้” ผู้ป่วยตอบว่า “จริงๆผมก็ไม่อยากให้คะแนนตัวเองเท่ากับ 0 หรือครับ แต่ผมท้อแท้ สิ้นหวังในชีวิตมากครับ ไม่อยากทำอะไร อยากอยู่เฉยๆ ชีวิตผมมันไม่มีคุณค่าสำหรับใครหรือครับ งานจะทำก็ยังมี แต่ถ้าให้ผมลองคิดว่าอยากจะทำอะไรในตนเองเพื่อให้คะแนนเพิ่มขึ้น ผมอยากดีขึ้น อยากทำงาน อยากหาเงินครับ”

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live)

ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกเหตุผลของการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่ออกมา

สาระสำคัญ

การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏเป็นขั้นตอนในการดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหามาเป็นตัวช่วยในการปลุกพลังผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วย การค้นหาเหตุผลในการมีชีวิตอยู่และสำรวจความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย พร้อมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่นั้นโดยการเปิดโอกาสให้ได้ตรวจสอบเหตุผลทั้ง 2 ด้านอีกครั้ง มุ่งประเด็นไปที่ข้อดีและข้อเสียของการมีแรงจูงใจใน

การมีชีวิตอยู่ และใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การตั้งคำถามปลายเปิด (Open questions) การสะท้อนความ (Reflections) การยืนยันยืนยันรับรอง (Affirmations) การสรุปความ (Summary) เพื่อให้ผู้ป่วยมองเห็นของดีของการมีชีวิตอยู่มากกว่า ผู้บำบัดแสดงถึงความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ให้ข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อช่วยในการตัดสินใจ (Giving information) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่มากขึ้น และใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่ออกมาซึ่งการที่ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเองออกมาซ้ำๆ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากขึ้นตาม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553)

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 3.1 การสร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย
2. ใบกิจกรรมที่ 3.2 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของฉัน
3. ใบกิจกรรมที่ 3.3 เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ของฉัน
4. ใบกิจกรรมที่ 3.4 แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่: ข้อดีและข้อเสีย
5. ใบกิจกรรมที่ 3.5 SMS เพื่อการมีชีวิตอยู่ของฉัน
6. ใบความรู้ที่ 3 การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายโดยการสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.1 การสร้างแรงจูงใจในการจัดการกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตายพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้ความสนใจในกิจกรรมนี้เป็นอย่างดี มีการทบทวนถึงปัญหานำของตนเองที่ให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย และสามารถค้นหาข้อความเพื่อจูงใจตนเองในการจัดการกับปัญหานำที่ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายได้ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

- “ผมรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังในชีวิตครับ แต่ผมจะลุกขึ้นสู้”
 “เพราะผมกินเหล้าครับเลยเป็นแบบนี้ ผมจะเลิกเหล้าให้ได้”
 “ผมเลิกกับเมียครับหมอ ไม่อยากอยู่แล้ว แต่ผมจะสู้เพื่อลูก”
 “ที่บ้านทะเลาะกันทุกวันครับ ผมเบื่อ แต่ต่อไปผมจะหันหน้าคุยกันครับ”
 “เพราะผมทำตัวไม่ดีแม่เลยบ่นผมตลอดเลย ต่อไปผมจะทำตัวให้ดีขึ้น”

2. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.2 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของฉันพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรารับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง สามารถบอกเหตุผลและความรู้สึกต่อการให้คะแนนดังกล่าว เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผม คือ 6 คะแนนครับ เพราะว่าชีวิตผมยังมีแรงจูงใจที่

อยากจะทำนั่นทำนี่อีกเยอะเลยครับแต่มันมีปัญหาเข้ามาก่อน ค่ะแนนเท่านั้นก็โอเคแล้วครับสำหรับผม”

“คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผม คือ 3 ค่ะแนนครับ เพราะชีวิตผมมันไม่มีคุณค่าสำหรับใคร งานจะทำก็ยังไม่ค่อยได้ ไม่รู้เลยว่าจะมีชีวิตไปทำไม ค่ะแนนเท่านั้นล่ะครับเหมาะแล้ว”

3. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.3 เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ของฉันทพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทุกคนสามารถค้นหาเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ของตนเองและสามารถที่จะบอกถึงเหตุผลของตนเองที่ทำให้อยากมีชีวิตอยู่ได้ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ผมอยากอยู่ดูแลครอบครัว อยากเห็นลูกมีงานทำที่ดีๆครับ”

“ผมอยากช่วยงานที่บ้าน อยากแบ่งเบาภาระพ่อ”

“ถ้าผมไม่อยู่แล้ว ลูกผมจะอยู่กับใคร”

“เพราะพ่อกับแม่ เป็นคนที่รักผมมากที่สุด ผมยังไม่ได้ทำอะไรให้ท่านภูมิใจเลย”

4. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.4 แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่: ข้อดีและข้อเสีย พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้ความสนใจในการวิเคราะห์ข้อดี-ข้อเสียของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพื่อจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองเป็นอย่างดี เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

- ข้อดีของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“มันต้องดีสิครับ มันก็เหมือนมีแรงสู้ชีวิตต่อ” “ดีสิครับ มันคงช่วยให้ผมแข็งแรงขึ้น”

“ช่วยทำให้ผมมีความหวังมากขึ้นครับ” “มันน่าจะช่วยให้ผมดีขึ้นกว่านี้”

- ข้อเสียของการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ส่วนมากผู้ป่วยจะวิเคราะห์ว่า

“ไม่มีครับ”

“ผมหาไม่เจอเลยครับหมอ”

5. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 3.5 SMS เพื่อการมีชีวิตอยู่ของฉันทพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถค้นหาข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่และพูดข้อความนั้นออกมาได้ซึ่งข้อความจูงใจตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยส่วนมากจะอยู่เพื่อตนเองและบุคคลอันเป็นที่รักและมีความมุ่งมั่นที่จะทำตามสิ่งที่ตนเองตั้งใจไว้ และในกิจกรรมครั้งนี้ผู้บำบัดมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้อิสรระในการคิดและตัดสินใจเลือกที่จะลงมือกระทำเพื่อการมีชีวิตอยู่ด้วยตนเอง (Self-efficacy) เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ผมจะมีชีวิตอยู่เพื่อลูก หมอต้องช่วยผมนะ”

“ผมจะอยู่เพื่อพ่อกับแม่”

“ผมจะอยู่เพื่อให้ครอบครัวภาคภูมิใจในตัวผมให้ได้”

“ผมจะมีชีวิตอยู่เพื่อเลี้ยงหลาน”

“ผมจะอยู่เพื่อดูแลตัวเองให้ดีกว่านี้”

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความมีทักษะในการคิดเชิงบวกเกี่ยวกับตนเองเพื่อส่งเสริมความหวังในการมีชีวิตอยู่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความมีทักษะในการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อส่งเสริมความหวังในการมีชีวิตอยู่

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความเกิดการคิดเชิงบวกเกี่ยวกับตนเองเพื่อส่งเสริมความหวังในการมีชีวิตอยู่ได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสามารถพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อส่งเสริมความหวังในการมีชีวิตอยู่ได้

สาระสำคัญ

การฝึกให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความเกิดทักษะในการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น (Living Talk) โดยอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีโอกาสเป็นไปได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถบรรลุในสิ่งที่หวังและประสบความสำเร็จในการกระทำได้ ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รับรู้ถึงการมีคุณค่าในตนเอง และยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีและยังเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆ ได้ ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ และหากผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ก็จะทำความหวังของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามมา ซึ่งทักษะในการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของการตีความมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงได้ (Britton, 2015)

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 4.1 การส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง
2. ใบกิจกรรมที่ 4.2 ฉันจะพูดกับตนเอง อย่างไรดี?
3. ใบกิจกรรมที่ 4.3 ฝึกพูดเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 4.1 การส่งเสริมความรู้สึกที่ดีต่อตนเองพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราทุกคนเกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถที่จะบอกข้อดีของตนเองได้ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“เป็นคนที่มีเพื่อนเยอะครับ”

“ช่วยพ่อแม่ทำงาน”

“หาเงินเลี้ยงครอบครัว ส่งลูกเรียนหนังสือ”

“เป็นคนขยัน”

“ตอนผมอยู่บ้าน ผมช่วยงานบ้านทุกอย่าง ทุกคนในบ้านรักผมมาก”

และเมื่อให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราพูดถึงข้อดีของตนเองโดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเองและให้ทบทวนว่าประโยคนั้นว่าตรงกับความคิดที่แท้จริงของตนเองหรือไม่ หากไม่ใช่ให้ปรับเปลี่ยนประโยคใหม่ให้ตรงกับความคิดที่แท้จริงของผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยให้ความสนใจกิจกรรมเป็นอย่างดี มีการพูดถึงข้อดีของตนเองเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ฉันเป็นคนมีเพื่อนเยอะ”

“ฉันช่วยพ่อแม่ทำงาน”

“ฉันเป็นคนที่หาเงินเลี้ยงครอบครัว”

“ฉันเป็นคนขยัน”

“ฉันเป็นที่รักของครอบครัว”

2. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 4.2 ฉันจะพูดกับตนเอง อย่างไร? พบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราเกิดการตระหนักรู้ถึงการพูดเชิงบวกกับตนเอง รับรู้ถึงความคิด อารมณ์/ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองที่เกิดจากการพูดเชิงบวกกับตนเอง เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง บอกว่า “ประโยคที่เขียนไว้คือ ฉันเป็นคนที่หาเงินเลี้ยงครอบครัว ความคิดที่เกิดขึ้น คือ คิดๆดูแล้วเราก็เป็นคนเก่งหาเงินเลี้ยงครอบครัวมาได้จนถึงทุกวันนี้ อารมณ์/ความรู้สึกที่เกิดขึ้น คือ ดีใจที่ทำได้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น คือ ยิ้มให้กับตัวเอง”

3. หลังจากดำเนินใบกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 4.3 ฝึกพูดเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราสามารถค้นหาคำพูดที่เหมาะสมกับตนเองในการพูดกับตนเองเชิงบวกเพื่อส่งเสริมความหวังในการมีชีวิตอยู่ และคำพูดเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรานั้นช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่ออย่างมีความหวังเพิ่มมากขึ้น เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง บอกว่า SMS เพื่อการมีชีวิตอยู่ “ผมจะมี

ชีวิตอยู่เพื่อลูก หมอต้องช่วยผมนะ” การคิดกับตนเองเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ “ถ้าผมมีชีวิตอยู่ผมคงได้อยู่กับลูก เล่นกับลูกไปอีกนาน” ประโยคที่จะพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ “ฉันจะอยู่เพื่อลูก”

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning)

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ได้
2. เพื่อให้คำมั่นสัญญาและความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่ม

เกิดความหนักแน่นและมั่นคง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองในปัจจุบันได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองอย่างต่อเนื่องในอนาคตได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกแนวทางการจัดการปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ได้

สาระสำคัญ

การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเริ่มต้นวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ ประกอบด้วยการดึงข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เพื่อการมีชีวิตอยู่ผ่านกระบวนการวิเคราะห์มาใช้วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ มีการเน้นย้ำถึงเหตุผลของการมีชีวิตอยู่เพื่อให้ผู้ป่วยพูดคำมั่นสัญญาในการมีชีวิตอยู่ของตนเองออกมา ร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยพร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไข ให้แรงเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและบันทึกแผนการนั้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในอนาคต มีความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Britton et al., 2012)

การสอน/อุปกรณ์

1. ใบกิจกรรมที่ 5.1 บันทึกการวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน

2. ใบกิจกรรมที่ 5.2 คำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ของฉัน
3. ใบกิจกรรมที่ 5.3 บันทึกการวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่องในอนาคต
4. ใบกิจกรรมที่ 5.4 การจัดการกับอุปสรรคต่อการดำเนินตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่

การประเมินผล

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 5.1 บันทึกการวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี สามารถวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองในปัจจุบันและบอกถึงประโยชน์ของการมีชีวิตอยู่ของตนเองได้ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่ง บอกว่า “ผมตั้งเป้าหมายไว้ว่า ผมจะส่งเสียลูกจนจบปริญญาให้ได้ แนวทางปฏิบัติตอนนี้ คือ ผมต้องอยู่โรงพยาบาลให้ครบตามกำหนดก่อน ต้องกินยาตามที่คุณพยาบาลให้ ต้องนอนให้หลับ ไม่ทะเลาะกับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกัน มีปัญหาหรือรู้สึกไม่สบายใจอะไรก็จะเล่าให้พยาบาลฟังเพื่อขอคำปรึกษา และต้องฝึกพูดเชิงบวกกับตนเองบ่อยๆ เพราะมันทำให้ผมรู้สึกดีขึ้นจริงๆครับ ผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ผมจะได้ออกจากโรงพยาบาลเร็วๆ เพื่อกลับไปทำงานเก็บเงินไว้เยอะๆเพื่อส่งเสียลูกเรียนให้สูงๆ”

2. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 5.2 คำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ของฉันพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราสามารถบอกคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองซึ่งคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่นี้ถือว่าเป็นเครื่องยืนยันให้แรงจูงใจยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง เป็นการเตือนตนเองของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราไม่ให้ล้มเลิกความตั้งใจที่จะมีชีวิตอยู่และยังเป็นการแสดงความรับผิดชอบตนเองในการมีชีวิตอยู่ เห็นได้จากตัวอย่างคำพูดส่วนใหญ่ของผู้ป่วยดังนี้

“ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อลูก”

“ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อพ่อกับแม่”

“ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อดูแลตัวเองให้ดี”

3. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 5.3 บันทึกการวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่องในอนาคตพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีตราสามารถวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองอย่างต่อเนื่องในอนาคตได้ เห็นได้จากผลการประเมินตนเอง และจากตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “คำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตของฉันคือ ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อลูก แผนการดำเนินการเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่องในอนาคต คือ กินยาตามที่หมอสั่ง มาตามหมอนัด ตั้งใจทำงานเก็บเงินเพื่อส่งลูกให้เรียนสูงๆ เงินที่ต้องใช้ประมาณเดือนละ 3,000-5,000 บาท ตอนนั้นผมทำงานได้วันละ 300 บาท เหลือเดือนละ 6,000-7,000 บาท ผมจะแบ่งเก็บให้ได้เดือนละ 1,000-2,000 บาท เอาไว้ใช้เวลาไม่ได้ทำงานครบหมอ”

4. หลังจากดำเนินกิจกรรมตามใบกิจกรรมที่ 5.4 การจัดการกับอุปสรรคต่อการดำเนินตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสามารถบอกปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่องในอนาคต วิเคราะห์สาเหตุ และแนวทางการแก้ไขที่ชัดเจน เห็นจากผลการประเมินตนเอง โดยผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่องในอนาคต คือ การกินยาไม่ต่อเนื่อง สาเหตุ คือ เลือกกงานไม่ได้ บางครั้งต้องไปทำงานที่ กทม. อาจจะไม่ได้รับยาหรือมาหาหมอตามนัดได้ แนวทางการแก้ไข คือ จะพยายามกลับบ้านให้ตรงตามนัดหรือถ้ามาไม่ได้จริงๆจะให้ภรรยาเป็นผู้มารับยาและส่งยาไปให้ตนเองที่ กทม. จะได้ไม่ขาดยา เวลากลับมาบ้านก็จะรีบไปหาหมอด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความส่วนใหญ่ยังสามารถสรุปแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ที่จะไปใช้จริงหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

2.2 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วย แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 เพื่อประเมินประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระดับคะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ≥ 7 คะแนนซึ่งถือว่า มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ในระดับมากขึ้นไปซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีระดับคะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ≥ 7 คะแนนทุกคน ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 4) ดังนั้นจึงถือว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองอย่างครบถ้วน และมีประสิทธิภาพ

ตารางที่ 4 คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

คนที่	คะแนนแรงจูงใจ ในการมีชีวิตอยู่	การแปลผล
1	7	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
2	7	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
3	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
4	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
5	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
6	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
7	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
8	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
9	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
10	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
11	9	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
12	9	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
13	9	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
14	9	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
15	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
16	8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก
17	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
18	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
19	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
20	10	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด
\bar{x}	8.8	มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มาก

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

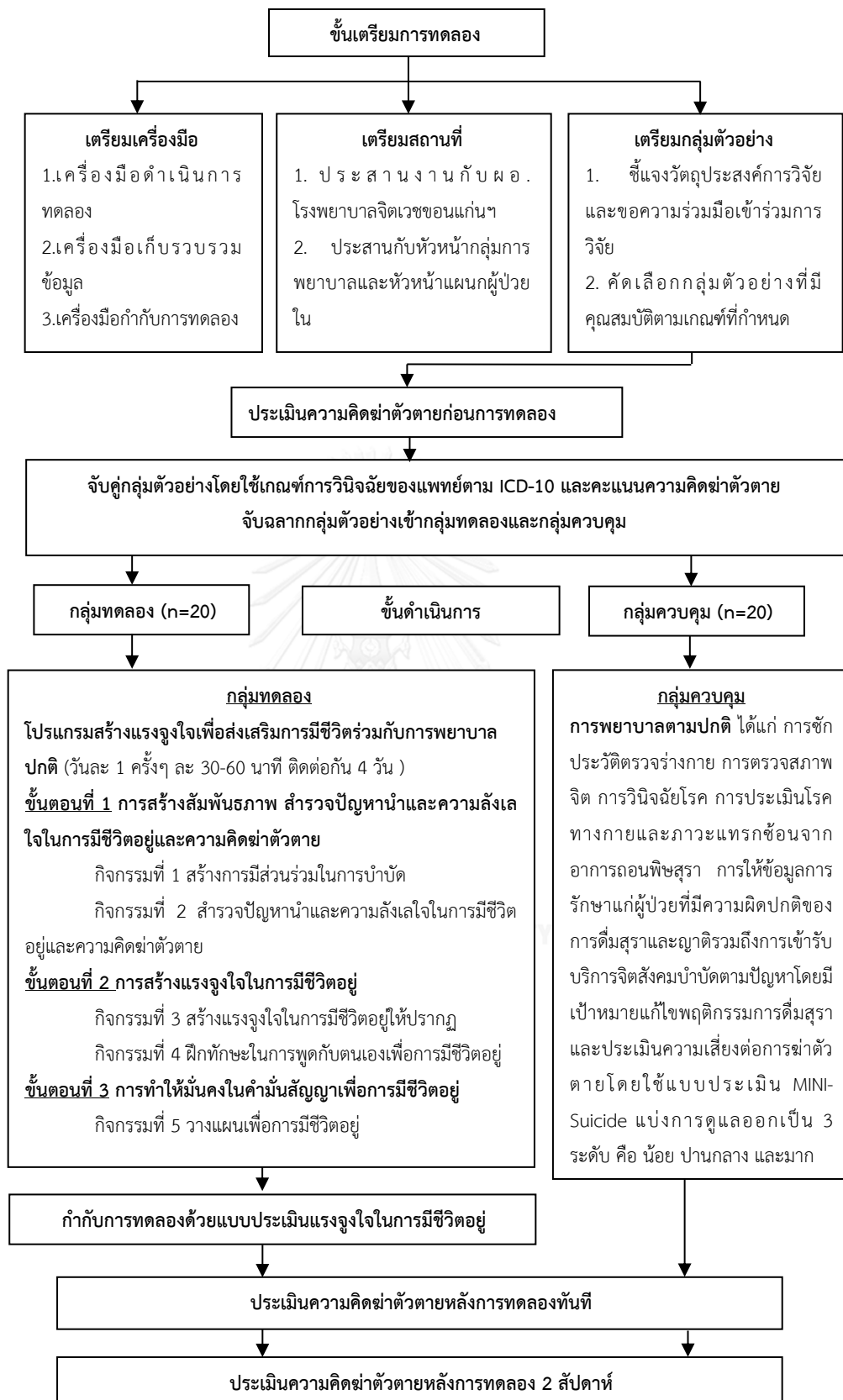
ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผู้วิจัยประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังการทดลองทันที (Post-Test) และ หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เพื่อเป็นการตรวจสอบความคงอยู่ของประสิทธิภาพของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ทั้งนี้มีการศึกษาในประเทศไทยที่มีการตรวจสอบความคงอยู่ของโปรแกรมโดยการประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังดำเนินการทดลอง 1 สัปดาห์ (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2555)

3.3 ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

จากการดำเนินการทั้ง 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แสดงได้ดังภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย



ภาพที่ 3 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons
3. มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอดต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) และมีความคิดฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ด้วยการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน มีการประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในระยะเวลาก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ และสถานภาพสมรส

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	20	100	20	100	40	100
อายุ						
21-30 ปี	8	40.0	9	45.0	17	42.5
31-40 ปี	4	20.0	7	35.0	11	27.5
41-50 ปี	6	30.0	3	15.0	9	22.5
51-60 ปี	2	10.0	1	5.0	3	7.5
สถานภาพสมรส						
โสด	9	45.0	8	40.0	17	42.5
หม้าย	3	15.0	2	10.0	5	12.5
คู่	4	20.0	7	35.0	11	27.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	4	20.0	3	15.0	7	17.5

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีสุราทั้งหมด 40 คน เป็นเพศชายทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 45.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ สำหรับในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 40.0 รองลงมาในกลุ่มทดลอง คือ สถานภาพคู่และแยกกันอยู่/หย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 20 เท่ากัน ส่วนในกลุ่มควบคุม คือ สถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 35

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และอาชีพ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	7	35.0	7	35.0	14	35.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25.0	5	25.0	10	25.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.	6	30.0	6	30.0	12	30.0
อนุปริญญา/ ปวส.	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ปริญญาตรี	1	5.0	1	5.0	2	5.0
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	25.0	3	15.0	8	20.0
เกษตรกร	3	15.0	5	25.0	8	20.0
ค้าขาย	3	15.0	3	15.0	6	15.0
รับราชการ	1	5.0	1	5.0	2	5.0
รับจ้าง	7	35.0	7	35.0	14	35.0
อื่นๆ	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาของการดื่มสุร่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน รองลงมา คือ ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 25 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนด้านอาชีพพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่าในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 รองลงมา คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 25.0 ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.0 รองลงมา คือ อาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 25.0

ตารางที่ 7 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	6	30.0	3	15.0	9	22.5
1,000-5,000 บาท	8	40.0	9	45.0	17	42.5
5,001-10,000 บาท	4	20.0	6	30.0	10	25.0
10,001-15,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	5.0
15,001-20,000 บาท	1	5.0	1	5.0	2	5.0
ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกัน						
น้อยกว่า 5 ปี	5	25.0	4	20.0	9	22.5
6-10 ปี	9	45.0	11	55.0	20	50.0
11-15 ปี	2	10.0	4	20.0	6	15.0
มากกว่า 16 ปี	4	20.0	1	5.0	5	12.5
ระยะเวลาเฉลี่ย	$\bar{x} = 9.80$		$\bar{x} = 8.55$		$\bar{x} = 9.17$	
ของการดื่มสุราติดต่อกัน (ปี)	S.D.=7.18		S.D.=4.62		S.D.=5.99	

จากตารางที่ 7 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมา คือ ไม่มีรายได้ คิดเป็นร้อยละ 30 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 45.5 ในด้านระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกัน 6-10 ปีเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 55.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามจำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์						
1 - 5 วัน/สัปดาห์	8	40.0	9	45.0	17	42.5
6 - 7 วัน/สัปดาห์	12	60	11	55.0	23	57.5
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล						
รับการรักษาครั้งแรก	8	40.0	10	50.0	18	45.0
2 - 5 ครั้ง	12	60.0	9	45.0	21	52.5
6 - 10 ครั้ง	-	-	1	5.0	1	2.5
จำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	$\bar{x} = 2.15$		$\bar{x} = 2.30$		$\bar{x} = 2.22$	
	S.D.=1.30		S.D.=1.65		S.D.=1.47	
สมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา						
ดื่ม	11	55.0	8	40.0	19	47.5
ไม่ดื่ม	9	45.0	12	60.0	21	52.5
ประวัติการใช้สารเสพติด						
ใช้	15	75.0	16	80.0	31	77.5
ไม่ใช้	5	25.0	4	20.0	9	22.5

จากตารางที่ 8 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีจำนวนวันที่ดื่มสุราต่อสัปดาห์เท่ากันคือ 6-7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และร้อยละ 55.0 ตามลำดับ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เข้ารับการรักษา 2-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนในด้านประวัติการดื่มสุราของในครอบครัวพบว่าส่วนใหญ่มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 56.5 ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่พบว่าไม่มีสมาชิกในครอบครัวดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 60.0 สำหรับประวัติการใช้สารเสพติด (นอกเหนือจากสุรา) พบว่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีประวัติการใช้สารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 80.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ผลคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา และการแปลผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

คนที่	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนนพฤติกรรม	การแปลผล	คะแนนพฤติกรรม	การแปลผล
	การดื่มสุรา		การดื่มสุรา	
1	32	ดื่มแบบติดสุรา	31	ดื่มแบบติดสุรา
2	29	ดื่มแบบติดสุรา	34	ดื่มแบบติดสุรา
3	28	ดื่มแบบติดสุรา	26	ดื่มแบบติดสุรา
4	32	ดื่มแบบติดสุรา	27	ดื่มแบบติดสุรา
5	16	ดื่มแบบอันตราย	19	ดื่มแบบอันตราย
6	32	ดื่มแบบติดสุรา	30	ดื่มแบบติดสุรา
7	29	ดื่มแบบติดสุรา	34	ดื่มแบบติดสุรา
8	28	ดื่มแบบติดสุรา	25	ดื่มแบบติดสุรา
9	25	ดื่มแบบติดสุรา	23	ดื่มแบบติดสุรา
10	28	ดื่มแบบติดสุรา	32	ดื่มแบบติดสุรา
11	30	ดื่มแบบติดสุรา	27	ดื่มแบบติดสุรา
12	29	ดื่มแบบติดสุรา	24	ดื่มแบบติดสุรา
13	29	ดื่มแบบติดสุรา	25	ดื่มแบบติดสุรา
14	25	ดื่มแบบติดสุรา	30	ดื่มแบบติดสุรา
15	19	ดื่มแบบอันตราย	16	ดื่มแบบอันตราย
16	22	ดื่มแบบติดสุรา	20	ดื่มแบบติดสุรา
17	20	ดื่มแบบติดสุรา	22	ดื่มแบบติดสุรา
18	20	ดื่มแบบติดสุรา	22	ดื่มแบบติดสุรา
19	34	ดื่มแบบติดสุรา	29	ดื่มแบบติดสุรา
20	16	ดื่มแบบอันตราย	18	ดื่มแบบอันตราย
\bar{x}	26.15	ดื่มแบบติดสุรา	25.70	ดื่มแบบติดสุรา
S.D.	5.49		5.26	

จากตารางที่ 9 พบว่า ก่อนดำเนินการทดลองผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) จำนวน 3 คน ระดับดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) จำนวน 17 คน และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยเท่ากับ 26.15 (S.D. = 5.49) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราอยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) จำนวน 3 คน ระดับดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) จำนวน 17 คน และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราเฉลี่ยเท่ากับ 25.70 (S.D. = 5.26) ทั้งนี้คะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราที่อยู่ในระดับดื่มแบบอันตราย (คะแนน AUDIT 16-19 คะแนน) และระดับดื่มแบบติดสุรา (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับเท่ากัน เนื่องจากคะแนน AUDIT เป็นคะแนนที่ช่วยในการวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และในการศึกษาครั้งนี้ก็ได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนซึ่งอาจมีผลกระทบต่อการศึกษา คือ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence)

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ใน ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

คู่ที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง ทันที	หลัง การทดลอง 2 สัปดาห์	ก่อน การทดลอง	หลัง การทดลอง ทันที	หลัง การทดลอง 2 สัปดาห์
1	19	9	2	18	17	10
2	24	12	4	22	20	13
3	22	10	3	20	19	12
4	14	6	2	14	13	8
5	18	9	3	18	16	9
6	10	5	0	10	9	6
7	12	7	1	12	11	7
8	19	8	2	19	16	7
9	7	3	0	8	7	3
10	7	3	0	7	6	3
11	8	4	0	7	6	3
12	10	4	0	10	10	6
13	7	3	0	8	8	4
14	14	6	1	11	11	8
15	19	8	2	17	17	10
16	12	6	1	10	10	6
17	13	7	2	11	11	6
18	8	3	0	7	7	2
19	7	3	0	7	6	2

ตารางที่ 10 (ต่อ)

คู่มือ	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	ก่อน	หลัง	หลัง	ก่อน	หลัง	หลัง
	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง	การทดลอง
		ทันที	2 สัปดาห์		ทันที	2 สัปดาห์
20	7	0	0	7	6	0
\bar{x}	12.85	5.80	1.15	12.50	11.30	6.25
S.D.	5.55	2.98	1.26	5.09	4.68	3.50
ระดับ	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ	ปานกลาง	ต่ำ	ต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลอง มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เท่ากับ 12.85 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง), 5.80 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ) และ 1.15 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เท่ากับ 12.50 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง), 11.30 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ) และ 6.25 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง) ตามลำดับ

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ในการวิจัยครั้งนี้มีการวัดคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) โดยคำนึงถึงความแปรปรวนที่เกิดขึ้นจากความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาโดยในเบื้องต้นได้มีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเพื่อใช้ประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

การวิเคราะห์ตัวแปร

1. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย

2. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

2.1 ตัวแปรระหว่างกลุ่ม (Between-Subjects Factor) คือ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2.2 ตัวแปรภายในกลุ่ม (Within-Subjects Factor) ได้แก่ ช่วงระยะเวลาที่ใช้วัดคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 3 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ในระยะก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 ในระยะหลังการทดลองทันที และครั้งที่ 3 หลังการทดลอง 2 สัปดาห์

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

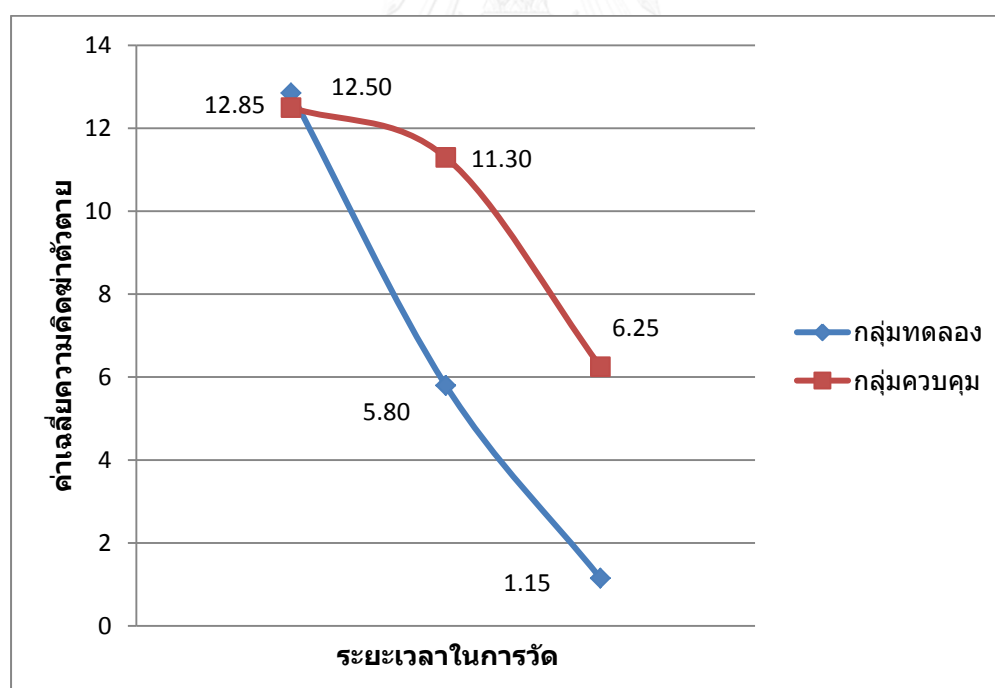
จากการทดสอบการแจกแจงข้อมูลของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ได้จากการวัดทั้ง 3 ครั้ง โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลของความคิดฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (ปาริชาติ, โรจน์พลากร และยุวดี ภาษา, 2553)

ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่าค่า Mauchly's W เท่ากับ .287 และค่า p -value เท่ากับ .000 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งของกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน ดังนั้นจึงเลือกรายงานความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้วิธีของ Greenhouse – Geisser

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ความแปรปรวนระหว่างกลุ่ม	39	2028.258			
กลุ่ม					
กลุ่ม	1	350.208	350.208	7.931	.008
Error	38	1678.05	44.159		
ความแปรปรวนภายในกลุ่ม	46.713	2079.334			
ระยะเวลาที่วัด	1.168	1614.517	1382.514	244.234	.000
ระยะเวลาที่วัด x กลุ่ม	1.168	213.617	182.920	32.315	.000
Error (ระยะเวลาที่วัด)	44.377	251.200	5.661		

หมายเหตุ: ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser



ภาพที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัด

จากตารางที่ 11 และภาพที่ 4 อธิบายได้ดังนี้

1) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=7.931, p < .05$)

2) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=244.234, p < .05$)

3) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีทดลองกับระยะเวลาที่วัดพบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างวิธีการทดลอง (โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่และการพยาบาลตามปกติ) กับระยะเวลาในการวัดความคิดฆ่าตัวตาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F=32.315, p < .05$)

สำหรับการทดสอบค่าเฉลี่ยเพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังการทดลอง เพื่อตรวจสอบสมมติฐานการวิจัย และให้มีความสอดคล้องกับการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ผู้วิจัยจึงใช้วิธี Planned Comparisons ในการทดสอบค่าเฉลี่ยดังกล่าว (Hays, 1973) โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังรายละเอียดในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การทดสอบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

การทดสอบค่าเฉลี่ย	Contrast	Variance of Contrast	F
ภายในกลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-7.05	0.56	88.75 *
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-4.65		38.61 *
ภายในกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง VS หลังการทดลองทันที	-1.2		2.57 *
หลังการทดลองทันที VS หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-5.05		45.54 *
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	-0.35		0.21
หลังการทดลองทันที	-5.5		54.01 *
หลังการทดลอง 2 สัปดาห์	-5.1		46.44 *

* $p < .05$

จากตารางที่ 12 สามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัยได้ดังนี้

1. สมมุติฐานข้อ 1: ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

โดยพบผลการวิจัยดังนี้

1.1 ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 88.75, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\text{Contrast} = -7.05$) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 38.61, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงกว่าหลังการทดลองทันที ($\text{Contrast} = -4.65$)

1.2 ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.57, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงกว่าก่อนการทดลอง ($\text{Contrast} = -1.2$) และในระยะหลังการทดลองทันที

กับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.54, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงกว่า หลังการทดลองทันที (Contrast = -5.05)

จากผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ข้างต้นสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

2. สมมติฐานข้อ 2: ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อ ส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

โดยพบผลการวิจัยดังนี้

2.1 ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราก่อนการ ทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองทันทีพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 54.01, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่า ตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = - 5.5) ส่วนในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 46.44, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความคิด ฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.1)

จากผลการทดสอบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ข้างต้นสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence) ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 40 คน

ผู้วิจัยมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched Paired) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากเพื่อสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ขึ้นจากการศึกษาของ Britton et al. (2012) และ Britton (2015) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมการบำบัดแบบรายบุคคล จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรม ละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ **สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die)** ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) โดยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดการดำเนินการตามโปรแกรมฯ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ มีการให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความคิดฆ่าตัวตาย ให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตายโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดื่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามา และความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) เพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหามาและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อการตัดสินใจในการมีชีวิตอยู่

ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking) เพื่อให้ผู้ป่วยดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหามา (Focusing) มาเป็นตัวช่วยในการปลุกพลังให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่

สำรวจความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองและจัดการกับความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่นั้น และพูด
ข้อความจูงใจตนเองในการมีชีวิตอยู่ออกมา

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) โดยการ
ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกดีต่อตนเอง ฝึกทักษะการคิดเชิงบวกและการพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อ
ส่งเสริมการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง

**ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the
Commitment to live)** ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) เพื่อให้ผู้ป่วยที่วางแผนเพื่อการมีชีวิต
อยู่ วิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่ของตนเองพร้อมทั้งหา
แนวทางการแก้ไขและบันทึกแผนการนั้นเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในคำมั่น
สัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่

สำหรับการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา
(Content Validity Index: CVI) เท่ากับ 1.0

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ซึ่งเป็นแบบ
ประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายความรุนแรง
ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของ
เนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอน
บาค เท่ากับ .81 และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยพบค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่ม
สุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ให้ค่าคะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน
คือ ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เลย และ 10 คะแนน คือ มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด ในการ
วิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity
Index: CVI) เท่ากับ 1 และมีการตรวจสอบความเที่ยง โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน
เท่ากับ .86

ขั้นตอนในการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คนโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติที่จะได้รับจากทีมสหสาขาวิชาชีพในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5 ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม

3. ขั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้ช่วยวิจัยประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลอง (Post-Test) ทันที และหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยมีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) มีการเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับ

กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในระยะก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมมีความคิดฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังจากการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ (2558) ที่ทำการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคติดสุราในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 93.8 เนื่องจากเพศชายมีอัตราการดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง ประมาณ 4 เท่า คิดเป็นร้อยละ 53.0 และร้อยละ 12.9 ตามลำดับ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558)

กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุร่าอยู่ในระดับดื่มแบบติดสุร่า (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 85 สอดคล้องกับศึกษาของ บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ (2556) พบว่า ผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุร่ามีคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุร่าอยู่ในระดับดื่มแบบติดสุร่า (คะแนน AUDIT มากกว่า 20 คะแนน) สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.7 และในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่าพบว่ามีปัญหาการฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 31.2 โดยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุร่าที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้นด้วย (McCloud et al., 2004) กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ 45.0 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ เนื่องจากวัยนี้เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่ต้องมีการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2544) ทำให้เกิดความเครียด สับสนในชีวิต ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น สำหรับในด้านสถานภาพสมรสพบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่าทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 40.0 ตามลำดับ จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 35 และประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 40 และ 45.5 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปทานันท์ ขวัญสนิท (2554) และ Sher (2006) พบว่า ผู้ที่มีอายุยังน้อย สถานภาพโสด อาศัยอยู่คนเดียว ผู้ที่มีการศึกษาน้อย อาชีพรับจ้างหรือเป็นลูกจ้างแต่ตำแหน่งงานไม่มั่นคง เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ในด้านระยะเวลาการดื่มสุร่าติดต่อกันพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีระยะเวลาการดื่มสุร่าติดต่อกัน 6-10 ปี เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 45.0 และ 55.0 ตามลำดับ จำนวนวันที่ดื่มสุร่าต่อสัปดาห์เท่ากัน คือ 6-7 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 60.0 และร้อยละ 55.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังมีประวัติการใช้สารเสพติด (นอกเหนือจากสุร่า) คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 80.0 ตามลำดับ ซึ่งการดื่มสุร่าแม้จะดื่มเพียงระยะเวลาสั้นๆหรือดื่มจนมีภาวะติดสุร่าแล้วก็ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ปทานันท์ ขวัญสนิท, 2554)

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่า

จากการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่าพบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. จากผลการศึกษาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุร่าที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการศึกษาที่พบ ดังนี้

การสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ เป็นการให้คำปรึกษาที่เน้นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเป็นศูนย์กลาง โดยมีเป้าหมายที่จะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้ค้นหาและแก้ไขความลังเลใจเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่และการมีความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง หลังจากได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่และการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่นั้นจะช่วยให้มีความหวังเพิ่มมากขึ้นส่งผลให้คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้รับความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) จากผู้บำบัด โดยผู้บำบัดใช้ทักษะในการพูดข้อความที่ดีๆที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ได้ (Evocative) มีการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเป็นอยู่และคิดหาวิธีการต่างๆมาช่วยแก้ไขปัญหาในส่วนนั้นโดยการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและผู้บำบัด (Collaborative) ผู้บำบัดให้อิสระ ให้ความเชื่อถือในตัวผู้ป่วย ให้กำลังใจและคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) และใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) โดยผู้บำบัดช่วยทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับสิ่งที่ตัวเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรารับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความคิดฆ่าตัวตายของตนเองและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายนั้น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และมีความคิดฆ่าตัวตายมักจะใช้กลไกทางจิตในการหาเหตุผลเข้าข้างตนเองเพื่อให้ตนเองรู้สึกสบายใจและปลอดภัย เมื่อผู้บำบัดไม่ตำหนิและหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ผู้บำบัดให้การยอมรับและหมั่นตามแรงต้านที่เกิดจากความลังเลใจและการมองไม่เห็นปัญหาของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและยังมีการสร้างความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ป่วยว่าการแก้ไขปัญหาจำเป็นต้องเกิดจากความต้องการของผู้ป่วยเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพภายในตนเองและการให้กำลังใจจากผู้บำบัดว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังได้ (Support self-Efficacy) ลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายลง (Suicide Talk) ให้น้อยลง และพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton (2015) ที่ใช้การบำบัด Motivation Interviewing to Address Suicidal Ideation (MI-SI) โดยใช้แนวคิดกระบวนการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick (2013) ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วม

ในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยมีการนำหลักการสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) และเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้ในการดำเนินการตามขั้นตอนของ MI-SI เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) ให้น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น ผลจากกรณีศึกษาพบว่า การบำบัด MI-SI สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

นอกจากนี้การที่ผู้บำบัดใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา คือ การใช้คำถามปลายเปิด (Open ended questioning) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยอย่างอิสระ มีการเสริมแรงและยืนยันรับรองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและแสดงออกอย่างเหมาะสมซึ่งการชื่นชมยืนยันรับรองนี้จะช่วยสร้างแรงจูงใจและเพิ่มศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Affirmation) มีการตั้งใจฟังอย่างเข้าใจและสะท้อนความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเห็นถึงปัญหาที่สำคัญของตนเอง (Reflective listening) ซึ่งมีส่วนช่วยในการค้นหาข้อความจริงใจตนเองของผู้ป่วย (SMS) ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้รับความคิดและเหตุผลที่จำเป็นของตนเองในการมีชีวิตอยู่และใช้ทักษะการสรุปความ (Summarization) เป็นระยะๆ ในระหว่างสนทนาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเพราะระหว่างสนทนาอาจมีเนื้อหาที่สำคัญมากมายทำให้ผู้ป่วยอาจจำได้ไม่หมด นอกจากนี้การใช้ทักษะการสรุปความยังช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีโอกาสได้อธิบายข้อความจริงใจตนเองซ้ำและเป็นการยืนยันให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราทราบถึงข้อความจริงใจตนเองชัดเจนขึ้น และการที่ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเองในเรื่องใดออกมาซ้ำๆ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553) เช่นเดียวกัน คือ เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองซ้ำๆ ผู้ป่วยก็จะเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น (Britton, 2015) และการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น ก็จะเกิดความหวังในการมีชีวิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้ (Britton, 2011) จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังและส่งผลให้ลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1

สำหรับการที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 2.57, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงกว่าก่อนการทดลอง (Contrast = -1.2) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับ

หลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า มีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.54, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงกว่า หลังการทดลองทันที ($\text{Contrast} = -5.05$) เช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้รับการดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราตามแนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2555) ได้แก่ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การประเมินโรคทางกาย และภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราและญาติรวมถึงการเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาแบบสั้น มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยลด ละ เลิกดื่มสุรา 2) การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาของการดื่มสุรา เกิดแรงจูงใจในการลด หรือ เลิกดื่มสุรา และ 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และดูแลรักษาตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2556) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน MINI-Suicide แบ่งการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งการดูแลดังกล่าวมีการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก มีพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่คอยรับฟังปัญหาและคอยให้กำลังใจ อาจจะช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองมากขึ้นและเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านก็มีครอบครัว บุคคลใกล้ชิดที่คอยดูแลและให้กำลังใจ จึงส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงได้

2. จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ผู้วิจัยอภิปรายมีผลการการศึกษาที่พบ ดังนี้

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matched Paired) แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{x} = 12.85$ และ 12.50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามลำดับ) แต่ในระยะหลังจากการทดลอง

พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ช่วยสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังและสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ โดยผู้วิจัยอภิปรายกระบวนการในแต่ละกิจกรรมสามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สสำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) โดยการสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำกิจกรรม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาเนื่องจากปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ การขาดความสนใจในการเข้ารับการบำบัด การที่จะดึงให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก (Britton et al., 2011) ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล ยินดีที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองต่อพยาบาลซึ่งเป็นประโยชน์มากในการดำเนินกิจกรรม และยังช่วยให้เกิดความผ่อนคลายในระหว่างการดำเนินกิจกรรมอีกด้วย สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของ สมบัติ รียาพันธ์ (2552) ที่ว่าการสร้างสัมพันธภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตนเองซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการบำบัดรักษาพยาบาล

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้ประเมินถึงปัญหาการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตนเอง อธิบายความเชื่อมโยงระหว่างกรรมการดื่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตาย สร้างการตระหนักรู้ถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นกับตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราพูดข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายนั้น ส่งผลให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราสามารถย้อนมองปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของตนเองได้ครอบคลุมในทุกๆด้าน รวมถึงความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดื่มสุราซึ่งจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวส่งเสริมให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความตระหนักต่อปัญหาจากการดื่มสุราของตนเองและความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดความต้องการที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรารัตน์ กนจรรยา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2556) ที่ว่าในช่วงเริ่มต้นของการดำเนินกิจกรรมหากผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองจะทำให้ผู้ป่วยต้องการเข้ามารับการบำบัดรักษา

กิจกรรมที่ 2 **สำรวจปัญหำนำและความล้งเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing)** ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีความล้งเลใจ บางครั้งก็ต้องการที่จะตาย บางครั้งก็ต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ จากการศึกษาพบว่าความตั้งมั่นของความต้องการที่จะตายกับความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ถ้าเมื่อไหร่ที่ความต้องการที่จะตายมีมากกว่าความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่อาจส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความพยายามในการฆ่าตัวตายและจะเพิ่มความตั้งใจที่จะตายให้มากยิ่งขึ้น (Kovacs & Beck, 1977) และมีแนวโน้มที่จะตายโดยการฆ่าตัวตาย (Brown et al., 2005) ซึ่งถ้าได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงทีก็สามารถที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) และการเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่นั้นสามารถที่จะจัดการกับความล้งเลใจนี้ได้ (Britton et al., 2011)

ในกิจกรรมนี้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้พูดคุยเกี่ยวกับปัญหำนำและเหตุผลของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง ทำความเข้าใจกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา มีกระบวนการในการตัดสินใจที่สมดุล โดยใช้การพิจารณาซึ่งนำหนักข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคต่างๆ ของการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเองในการมีชีวิตอยู่ได้มากกว่าข้อเสียของการมีชีวิตอยู่ จากการดำเนินการดังกล่าวพบว่าผู้ป่วยบางคนยังมองเห็นข้อเสียของการมีชีวิตอยู่มากกว่าข้อดีซึ่งมีการแสดงออกให้เห็นถึงแรงต้านต่อการมีชีวิตอยู่ การใช้เทคนิคต่างๆ ของการเสริมสร้างแรงจูงใจมีส่วนช่วยอย่างมากในการลดแรงต้านนั้นๆ กล่าวคือ เมื่อผู้ป่วยเกิดแรงต้านเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ ผู้บำบัดก็จะคอยสนับสนุนให้กำลังใจจนทำให้ผู้ป่วยที่เกิดแรงต้าน มีการเปิดใจรับฟังข้อมูล ลองค้นหาข้อดีของการมีชีวิตของตนเองใหม่อีกครั้งและสามารถที่จะบอกข้อดีของตนเองได้ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยนั้นเห็นความสำคัญของการมีชีวิตอยู่มากขึ้น และการที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้พูดคุยในเรื่องการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้นจะนำไปสู่การลดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Britton, 2015)

ขั้นตอนที่ 2 **การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live)**
ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 **สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ (Evoking)** เป้าหมายของการสร้างแรงจูงใจเพื่อการมีชีวิตอยู่ คือ การช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ โดยการกล่าวข้อความจูงใจตนเองหรือข้อความที่สะท้อนถึงการมีชีวิตอยู่ของตนเอง ผู้บำบัดจะใช้คำถามปลายเปิด (Open questions) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมา ชื่นชมยืนยันรับรองในข้อความที่ดีงาม (Affirmations) ฟังอย่างตั้งใจและสะท้อนความ (Reflections) ให้ผู้ป่วยรับทราบในสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือคิด เมื่อการสนทนาผ่านไปข้อความจูงใจตนเอง (SMS) เพื่อการ

มีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยจะออกมามากขึ้น ในขณะที่เดียวกันแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยก็จะมากขึ้นด้วย และการที่ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเองออกมาซ้ำๆจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากขึ้นตาม (พิชัย แสงชาญชัย และคณะ, 2553; Britton, 2015)

ในกิจกรรมนี้มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุราได้ปลุกพลังภายในตนเองเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในชีวิตอยู่โดยอาศัยการดึงสิ่งที่ได้จากกิจกรรมสำรวจปัญหานำ (Focusing) มาค้นหาเพื่อพูดข้อความจูงใจตนเองในการจัดการกับปัญหานำที่ทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายนั้น มีการใช้ Readiness ruler โดยใช้แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรารับรู้และตระหนักถึงความสำคัญของแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง จากการทำเนิกรกิจกรรมดังกล่าวโดยผู้บำบัดให้ผู้ป่วยให้คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเอง โดยช่วงคะแนนมีตั้งแต่ 0-10 เมื่อผู้ป่วยให้คะแนนตนเองแล้ว ผู้บำบัดถามผู้ป่วยถึงเหตุผลของการให้คะแนนดังกล่าวว่า “เพราะอะไรท่านถึงไม่ให้คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองน้อยกว่านี้” เช่น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราให้คะแนนแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองเท่ากับ 6 ผู้บำบัดก็จะถามผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราว่า “เพราะอะไรถึงไม่ให้คะแนนเท่ากับ 4” คำตอบที่ได้ก็จะเป็นเหตุผลในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย ดังคำกล่าวของผู้ป่วยว่า “เพราะผมยังอยากอยู่ดูแลครอบครัว อยากเห็นลูกมีงานทำที่ดีๆอยู่ครับ” สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton et al. (2011) ที่ใช้ Living Ruler ช่วยสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้ปรากฏได้

กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) กิจกรรมนี้เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้ฝึกทักษะของการคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกกับตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงและมีโอกาสเป็นไปได้ การคิดเชิงบวกและพูดเชิงบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่นั้น นอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเองแล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองซึ่งการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองนี้จะส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ของผู้ป่วยลดลงได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีทั้งทางร่างกายและจิตใจเนื่องจากการพูดกับตนเองทางบวกเพื่อการมีชีวิตอยู่ส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ป่วยไปในทางที่ดีและยังเป็นกำลังใจให้ผู้ผู้ป่วยสามารถผ่านพ้นปัญหาต่างๆได้ส่งผลให้เกิดความหวังในการมีชีวิตอยู่และหากผู้ป่วยมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ก็จะทำให้แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้นตามมาอีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton (2015) ที่ส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่มากขึ้น (Living Talk) สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายได้

ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to live) ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราได้เริ่มต้นวางแผนการมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน มีการให้คำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่อย่างต่อเนื่อง พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ประเด็นที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการตามแผนที่จะมีชีวิตอยู่พร้อมทั้งหาแนวทางการแก้ไขและบันทึกแผนการนั้นอีกครั้งเพื่อให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติและมั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่พบว่าส่วนใหญ่ให้คำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่เพื่อตนเองและบุคคลคนอันเป็นที่รัก เช่น “ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อคุณเองให้ดีที่สุด” “ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อลูก” และ “ฉันสัญญาว่า ฉันจะมีชีวิตอยู่เพื่อพ่อกับแม่” นับว่าเป็นเป้าหมายสำคัญอย่างหนึ่งของชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (ขวัญตา บานทิพย์ และสิริลักษณ์ จันเทระมะ, 2556) นำมาซึ่งการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง (Chiu et al., 2004) นอกจากนี้ผู้บำบัดยังมีการเสริมสร้างความเชื่อมั่นโดยการให้ผู้ป่วยพูดถึงผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ มีการสนับสนุนว่าการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวังสามารถเกิดขึ้นได้จริงตามศักยภาพของผู้ป่วย และจากการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจต่อการกระทำตามแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่มากขึ้น จากการติดตามความคิดฆ่าตัวตายหลังการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายลดลงสอดคล้องกับการศึกษาของ Britton et al. (2012) ที่กล่าวว่า การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment to living) จะสามารถช่วยลดความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายได้ทันทีหลังจากสิ้นสุดกิจกรรมและระยะติดตาม 2 เดือน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 การนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ไปใช้ พยาบาลควรจะต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ

เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถที่จะนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ไปใช้โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มได้ในทุกกิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมที่ 2 การสำรวจปัญหานำและความลึกลับใจในการมีชีวิตรอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) เนื่องจากปัญหานำที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันและการที่ผู้ป่วยแต่ละคนจะยอมเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ผู้ช่วยอื่นฟังเป็นเรื่องที่ค่อนข้างยาก

1.2 โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่ อาจมีการปรับเปลี่ยนระยะเวลาในการทำกิจกรรมได้ตามความเหมาะสม และตามความสามารถของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้าร่วมกิจกรรม

1.3 ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นคนที่ขาดความสนใจในการเข้ารับการรักษา รวมถึงการเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ผู้ช่วยอื่นฟัง ดังนั้นก่อนการเริ่มกิจกรรมจึงควรมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ กล้าที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้คนอื่นฟัง และอยากเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัด

2. ด้านการศึกษา

2.1 ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลหรือผู้บำบัดในการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่กับผู้ป่วยที่มีปัญหาของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

2.2 ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายและการให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ เน้นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาล พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประสิทธิผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่อย่างต่อเนื่อง เช่น ติดตามในระยะ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน หลังจากการดำเนินกิจกรรมเนื่องจากระดับแรงจูงใจในการมีชีวิตรอยู่ของบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาและป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

2. ควรมีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆว่ามีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ หรือมีปัจจัยและข้อจำกัดที่มีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มหรือไม่

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกวรรณ กิตติวัฒนกุล. (2546). โรคจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด. *วารสารจิตเวชขอนแก่นราช นครินทร์* 5(2): 33-39.
- กรรณิการ์ ผ่องโต. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขวัญตา บานทิพย์ และสิริลักษณ์ จันทะระ. (2556). กระบวนการสร้างเป้าหมายในชีวิตของเยาวชนไทยที่มีชีวิตอยู่กับเอชไอวี. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์* 33(3): 1-16.
- จิรนนท์ แก้วกล้า. (2548). การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์และผลกระทบของการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. รายงานวิจัย. ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แพ จันทร์สุข และ ศุภรีใจ เจริญสุข. (2557). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. นนทบุรี: บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- ชนิตา บุญญาภาส. (2547). การดูแลผู้ที่ติดยาในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลีพร แสนไชย. (2550). ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง* 23(1): 19-33.
- ฐปนีย์ ตั้งจิตภักดีสกุล. (2545). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองและความรู้สึกสิ้นหวัง ในเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลาง. *วารสารจิตวิทยาคลินิก* 33(1): 43-54.
- ทวี ตั้งเสรี และ คณะ. (2546). รายงานการวิจัย เรื่องการศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- ทานตะวัน สุรเดชาสกุล. (2556). เอกสารทบทวนความรู้เรื่องแอลกอฮอล์กับความรุนแรง. เชียงใหม่: แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุรา.
- นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ. (2558). *จิตเวช ศิริราช DSM5*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:

ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต.

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2556). *ภาวะโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

บุญศิริ จันศิริมงคล และคณะ. (2556). โรคร่วมจิตเวชของผู้ป่วยในจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 21(2):76-87.

เบญจพร ปัญญาอง. (2552). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา*. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

เบ็ญจมาศ พุกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พวงลัดดา และ กนกวรรณ สุตศรีวิไล. (2556). *การสำรวจระดับวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่ เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบ วงจร)*. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

ปทานนท์ ขวัญสุนิ. (2554). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุราและการฆ่าตัวตาย. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา* 5(2): 49-65.

ปทานนท์ ขวัญสุนิ และคณะ. (2554). การศึกษาสภาวะการฆ่าตัวตายและซึมเศร้าของผู้ที่มีปัญหา การดื่มสุราที่มีโรคร่วมจิตเวชซึ่งได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระ ยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา* 5(2): 1-11.

ประเวศ ตันติพิพัฒน์สกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. (2542). *ฆ่าตัวตาย การสอบสวนหาสาเหตุและ การป้องกัน*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์ นพบุรีการพิมพ์ เชียงใหม่.

ปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2552). *แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา แนว ปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลปฐมภูมิ. แผนงานการพัฒนาระบบ รูปแบบและวิธีการรักษา ผู้มีปัญหาการบริโภคสุรา*. กรุงเทพฯ: บริษัท ทานตะวันเปเปอร์ จำกัด.

ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และ เกสร มัยจิ้น. (2558). คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัว ตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014). *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 29(1): 93-102.

ปารีชาติ โรจน์พลากร และยุวดี ภาขา. (2553). *สถิติสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล และ การใช้โปรแกรม SPSS for windows*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
เปรมฤทัย ไชยชนะ. (2555). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราในผู้ที่มี โรคร่วมจิตเวชร่วม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พยอม ตัณจรรยา, สุนันญา พรหมดวง, วันเพ็ญ ทัดศรี และอัปสร สารสุวรรณ. (2558). ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้น (Brief Intervention) ของผู้รับบริการที่ได้รับอุบัติเหตุ เกี่ยวเนื่องจากการดื่มสุรา ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลสุรินทร์. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลสุรินทร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- พัชรวัลย์ กนกจรรยา และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานแบบสั้น โดยใช้การเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้า และพฤติกรรมการเสพยาในผู้เสพติดสุรา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพ 27(2): 56-68.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2554). คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติรูปแบบการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราในระบบสุขภาพ : ฉบับปรับปรุง 2554. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ. (2556). ระบาดวิทยาโรคจิตเวชร่วมในคนไทย: การศึกษา ระดับชาติ 2551. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 21(1): 1-14.
- พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I) ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 13(3): 125-135.
- พิชัย แสงชาญชัย. (2552). การทบทวนองค์ความรู้เรื่องจิตสังคมบำบัดสำหรับผู้ติดสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พิชัย แสงชาญชัย และคณะ. (2553). คู่มือสำหรับผู้อบรม: การให้คำปรึกษาและการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มสุรา. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- ภัทราจิตต์ ศักดา และคณะ. (2552). ปรากฏการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ติดสุราที่บำบัดรักษา ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. รายงานวิจัย. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). การฆ่าตัวตายการรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา รามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2544). พิมพ์ครั้งที่ 6. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สวีชาญการพิมพ์.
- มูลนิธิเพื่อนหญิง. (2546). ผลกระทบของสุราในฐานะปัจจัยร่วมการเกิดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว. กรุงเทพฯ: มูลนิธิเพื่อนหญิงและสำนักงานสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ.

- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). พิมพ์ครั้งที่ 2. *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2555). *แนวทางการปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีปัญหาการ
ดื่มแอลกอฮอล์*. ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการ
ฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำเดือน มกราคม 2559*. ขอนแก่น:
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2559). *รายงานประจำเดือน พฤษภาคม 2559*. ขอนแก่น:
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริเชษฐ์ สังขะมาน. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้เรื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย*.
กรุงเทพฯ: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ. (2558). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
โรคจิตสุราที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์*. รายงานวิจัย.
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา. (2556). *สถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และผลกระทบใน
ประเทศไทย*. นนทบุรี: เดอะกราฟิก ซิสเต็มส์.
- สมบัติ รียาพันธ์. (2552). *การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลจิตเวช*.
วารสารกองการพยาบาล 36(2): 68-76. มหาวิทยาลัย
- สมภพ เรืองตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว
การพิมพ์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *การสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ.
2557*. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, กฤตยา แสงวงเจริญ, วรภัทร ทองใบ, จิราภรณ์ สฤชสมบัติ และ
นิตานาล ชีระพันธุ์. (2548). *องค์ความรู้เรื่องสาเหตุ ปัจจัยและกลไกของการบริโภคสุรา*.
ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- อวิस्ता จันท์แสนตอ. (2541). *ปัจจัยส่งเสริมและผลกระทบจากการเสพติดสุราของสตรี*.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อังกูร ภัทรากร, ธัญรช ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พัทธี รัตนแสง และ วิมล ลักษณะภิชนชัช.
(2558). *แนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสารสำหรับทีมวิชาชีพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิ
สภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ธรรมสาร จำกัด.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ:
ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัว.

ภาษาอังกฤษ

- Beck, A. T., Steer, R. A. and Ranieri, W.F. (1988). Scale for suicide ideation:
Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical
Psychology* 44(4): 499–505.
- Britton, P. C. (2015). Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation. In
Arkowitz, H., Miller, W. R., and Rollnic, S. (ed.), *Motivational Interviewing in
the Treatment of Psychological Problems*. pp. 193-219. New York: The
Guilford press.
- Britton, P. C., Conner, K. R. and Maisto, S. A. (2012). An Open Trial of Motivational
Interviewing to Address Suicidal Ideation With Hospitalized Veterans. *Journal
of Clinical Psychology* 68(9): 961–971.
- Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A. and Williams, G. C. (2011). Integrating Motivational
interview and self-determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy
to Prevent Suicide. *Cognitive and Behavioral Practice* 18: 16-27.
- Britton, P. C., Williams, G.C., Conner, K. R. (2008). Self-Determination Theory,
Motivational Interviewing, and the Treatment of Clients With Acute Suicidal
Ideation. *Journal of Clinical Psychology* 64(1): 52-66.
- Brown, G. K., Steer, R. A., Henriques, G. R. and Beck, A. T. (2005). The Internal Struggle
Between the Wish to Die and the Wish to Live: A Risk Factor for Suicide. *Am
J Psychiatry* 162: 1977-1979.
- Burn, N. and Grove, S. K. (2005). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique
and Utilization*. 5th ed. St. Louis, Mo. : Elsevier/Saunders.
- Cherpitel, C.J., Borges, G.L. and Wilcox, H.C. (2004). Acute Alcohol use and suicidal

- behavior: a review of literature. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28(5): 18-28.
- Chiu, L., Emblen, J. D., Hofwegen, L. V., Sawatzky, R. and Meyerhoff H. (2004). An Integrative Review of the Concept of Spirituality in the Health Science. *Western Journal of Nursing Research* 26(4): 405-428.
- Conner, K. R., et al. (2007). Transitions to, and Correlates of, Suicidal Ideation, Plans, and Unplanned and Planned Suicide Attempts Among 3,729 Men and Women With Alcohol Dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 68: 654-662.
- Cornelius, J.R., Clark, D.B., Salloum, I. M., Bukstein, O.G. and Kelly, T.M. (2001). Management Of suicidal behavior in alcoholism. *Clinical Neuroscience Research* 1: 381-386.
- Cornelius, J.R., Clark, D. B., Salloum, I. M., Bukstein, O.G., and Kelly, T. M. (2004). Interventions in Suicidal Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28(5): 89-96.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., and Poorolajai, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicide Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *Plos One* 10(5): 1-14.
- Davis, J.M. (1992). Suicidal Ideation Questionnaire. *Journal of Psychoeducational Assessment* 10(3): 298-301.
- Deykin, E.Y. and Buka, S.L. (1994). Suicidal ideation and attempts among chemical dependent adolescents. *Am J Public Health* 84: 634-639.
- Diekstra, R. F., and Guibinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior a review of three continents. *World Health Statistic Quarterly* 46(1):52-68.
- Flensburg-Madsen et al. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide-Irrespective of other psychiatric disorders A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research* 167: 123-130.
- Ganz, D. and Sher, L. (2009). Suicide behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. *Minerva Pediatrica* 61(3): 333-347.
- Giupponi et al. (2010). Socioeconomic risk factors and depressive symptoms in alcohol use disorders among male suicide in south Tirol, Italy. *Journal of*

Addictive Diseases 29: 466–474.

- Hays, W. L. (1973). *Statistic for the social sciences*. 2nd Ed. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Helmstetter, S. (1988). *The self-talk solution*. New York: Simon & Schuster.
- Herth, K.A. (1993). Hope in older adults in community and institutional setting. *Mental Health Nursing* 14(2): 139-156.
- Kingree, J. B., Martie, P., Thompson, M.P., Nadine, J., Kaslow, N.J. (1999). Risk factors for suicide attempts among low-income women with a history of alcohol problems. *Addictive Behaviors* 24(4): 583-587.
- Kovacs, M. and Beck, A. T. (1977). The wish to die and the wish to live in attempted suicides. *Journal of Clinical Psychology* 33:361-365.
- Kylma, J. (2005). Dynamic of hope in adult living with HIV/AIDS: A substantive theory. *Journal of Advance Nursing* 52(6): 620-630.
- Lamis, D.A. and Malone, P.S. (2012). Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model. *Suicidology Online* 3: 4-23.
- Lejoyeux, M. et al. (2008). Characteristics of Suicide Attempts Preceded by Alcohol Consumption. *Archives of Suicide Research* 12: 30–38.
- McCloud, A., Barnaby, B., Omu, N., Drummond, C., and Aboud, A. (2004). Relationship between alcohol use disorders and suicidality in a psychiatric population. *British Journal of Psychiatry* 184: 439-445.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (2002). *Motivation Interviewing: preparing people for change*. New York: The Guilford Press.
- Miller, W.R. and Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: The Guilford Press.
- Mynatt, S., (2000). Repeated Suicide Attempts. *Journal of Psychosocial Nursing* 38: 24-33.
- Nelson-Jones R. (1990). *Thinking skill: Managing and preventing personal problems*. Pacific Grove: Brooks / Cole Publishing Company.
- Polit, D. F. and Beak, C. T. (2004). *Nursing research : Principle and method*. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Pompili, M., et al. (2010). Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *International Journal*

- of Environmental Research and Public Health* 7: 1392-1431.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *Q J Med* 99: 57–61.
- Sher, L. (2006). Risk and Protective Factors for Suicide in Patients with Alcoholism. *The Scientific World* 6: 1405–1411.
- Sher, L., et al. (2005). The Relationship of aggression to suicide behavior in depressed patients with a history of alcoholism. *Addictive Behaviors* 30: 1144-1153.
- Westefeld et al. (2000). Suicide: An overview. *The counseling Psychologist* 28: 445-510.
- Westrac and Aviram. (2013). Core skills in motivational interviewing. *Psychotherapy* 50(3): 273-278.
- WHO. (2004). *Global Status Report on Alcohol 2004*. [online] [cited 2016 July 3]; http://www.who.int/substance_abuse/publications/globalstatusreportalcohol2004_introduction.pdf
- WHO. (2008). *Dependence syndrome*. [online] [cited 2015 Dec 30]; http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/en/
- WHO. (2014). *WHO calls on governments to do more to prevent alcohol-related deaths and diseases*. [online] [cited 2015 Aug 10]; <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/alcohol-related-deaths-prevention/en/>
- Zerler, H. (2009). Motivational Interviewing in the Assessment and Management of Suicidality. *Journal of Clinical Psychology* 65(11):1207-1217.

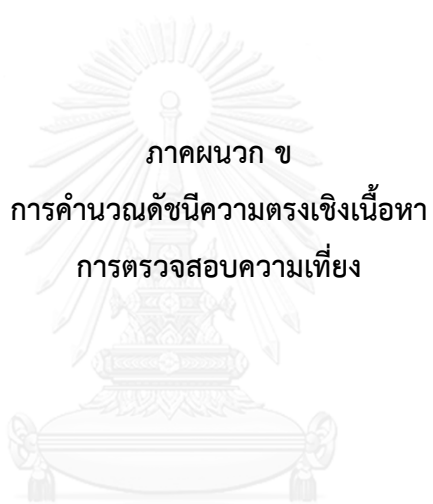


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์ ณสมพล หาญดี	นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. อาจารย์ ดร. สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์	อาจารย์พยาบาลประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
5. นางสาวสาวิตรี สุริยะฉาย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา



ภาคผนวก ข
การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา
การตรวจสอบความเที่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler)

$$CVI = \frac{1}{1} = 1.0$$



การตรวจสอบความเที่ยง
ของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.829	19

Item Statistics

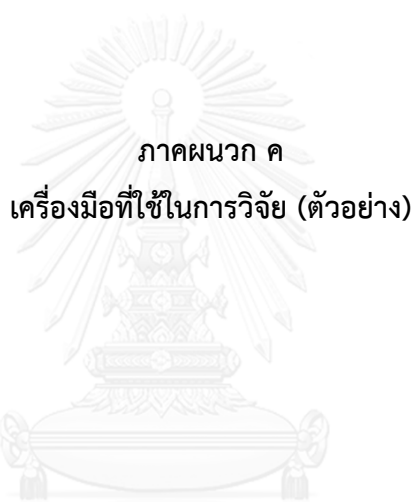
	Mean	Std. Deviation	N
S1	.4000	.72397	30
S2	.4000	.72397	30
S3	.4000	.72397	30
S4	.2000	.48423	30
S5	.1667	.46113	30
S6	.2333	.43018	30
S7	1.1000	.30513	30
S8	1.3333	.47946	30
S9	.4333	.50401	30
S10	1.0333	.92786	30
S11	.7667	.67891	30
S12	.1333	.34575	30
S13	.0667	.25371	30
S14	.1333	.34575	30
S15	.1333	.34575	30
S16	.1000	.30513	30
S17	.0667	.25371	30
S18	.5000	.50855	30
S19	.1667	.37905	30

การตรวจสอบความเที่ยง ของแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler)

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler) มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้วิธีทดสอบซ้ำ (Test-Retest Method) พบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .86 ผลการวิเคราะห์มีรายละเอียดดังนี้

Correlations			
		x	y
x	Pearson Correlation	1	.867**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	30	30
y	Pearson Correlation	.867**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	30	30

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).



ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านลงในช่องว่างที่เว้นไว้

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
 2. อายุ.....ปี
 3. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. หม้าย
 - () 3. คู่ () 4. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง
 4. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น
 - () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช. () 4. อนุปริญญา / ปวส.
 - () 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี
 5. อาชีพ
 - () 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ () 2. เกษตรกร
 - () 3. ค้าขาย () 4. รับราชการ
 - () 5. รับจ้าง () 6. อื่นๆ (ระบุ).....
 6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน
 - () 1. ไม่มีรายได้ () 2. 1,000 – 5,000 บาท
 - () 3. 5,001 – 10,000 บาท () 4. 10,001 – 15,000 บาท
 - () 5. 15,001 – 20,000 บาท () 6. มากกว่า 20,000 บาท
 7. ระยะเวลาการดื่มสุราติดต่อกันจนถึงปัจจุบัน.....ปี
 8. ความถี่ของการดื่มสุราใน 1 ปีที่ผ่านมา
 - () 1. น้อยกว่า 1 ครั้ง/เดือน () 2. 1-3 ครั้ง/เดือน
 - () 3. 1-5 วัน/สัปดาห์ () 4. 6-7 วัน/สัปดาห์
-
12. สาเหตุของการดื่มสุรา ครั้งแรก (โปรดระบุ).....
 13. การใช้สารเสพติดอื่นๆ () ไม่มี () มี โปรดระบุ.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อให้เข้าใจและเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง ()
หน้าข้อความที่ตรงกับความคิดหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านอยากมีชีวิตอยู่

() ปานกลางถึงมาก () เล็กน้อย () ไม่มีเลย

2. ท่านอยากจบชีวิต

() ปานกลางถึงมาก () เล็กน้อย () ไม่มีเลย

3. เหตุผลของการอยากมีชีวิตอยู่หรืออยากจบชีวิต

() การมีชีวิตอยู่มีค่ามากกว่าการที่จะเสียชีวิต

() การมีชีวิตอยู่มีค่าเท่ากับการเสียชีวิต

() การมีชีวิตอยู่มีค่าน้อยกว่าการที่จะเสียชีวิต

4. ความต้องการที่จะลงมือพยายามทำร้ายตนเอง

() ปานกลางถึงมาก () เล็กน้อย () ไม่มีเลย

18. สิ่งสุดท้ายที่อยากทำก่อนจบชีวิตตนเอง เช่น ประกันชีวิต พินัยกรรม

() ปานกลางถึงมาก () เล็กน้อย () ไม่มีเลย

19. การโกหกหรือปิดบังความคิดพยายามทำร้ายตนเอง

() ไม่โกหกหรือปิดบัง () มีความลังเลที่จะแสดงออกมา

() พยายามที่จะโกหกหรือปิดบังเพื่อปกปิดความคิดนั้น

เลขที่แบบสอบถาม.....

แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Living Ruler)

คำชี้แจง ขอให้ท่านประเมินความรู้สึกที่มีต่อตนเองว่า ท่านมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ มากน้อยเพียงใด โดยกากบาท (X) ลงบนเส้นตรง ที่อยู่ด้านล่างนี้ ในตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด จากซ้ายมือสุด คือ ไม่มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เลย (0 คะแนน) ไปจนถึงขวามือสุด คือ มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด (10 คะแนน)



คู่มือประกอบการดำเนินกิจกรรม
“โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่
ต่อความคาดหวังในตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จัดทำโดย

นายสงบ ภูแดนแก่ง

ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรา

แผนการดำเนินการตามโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Building Relationship, Exploring the Presenting Problem and Ambivalence between Live and Die) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) และ กิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหาและความลังเลใจในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging)

ระยะเวลา 30 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรา
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและยินดีในการเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรามีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลกระทบของการติ่มสุราที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรามีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาลและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้
3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากติ่มสุราได้
4. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการติ่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตายได้
5. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราบอกถึงข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราและพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นระยะแรกของการดำเนินกิจกรรมโดยเริ่มต้นจากการแนะนำตนเอง บอก

วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการทำกิจกรรม ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา ให้ข้อมูลสะท้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย เช่น คะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยใช้เทคนิคของการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ได้แก่ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ (Feedback) การเน้นให้มีความรับผิดชอบ (Responsibility) การให้คำแนะนำ (Advice) การเสนอทางเลือกในการปฏิบัติ (Menu) การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และการส่งเสริมศักยภาพในตัวผู้ป่วย (Self-efficacy) เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ให้ความสำคัญกับการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยต้องการที่จะเข้าร่วมการบำบัดโดยการถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดข้อความจูงใจตนเอง (Self-Motivational Statement : SMS) ที่แสดงถึงภาระหนักในปัญหาความคิดฆ่าตัวตายออกมา ซึ่งคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเป็นคำพูดที่บ่งบอกถึงแรงจูงใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมและคำพูดที่ออกจากปากผู้ป่วยเองจะทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจมากกว่าคำพูดจากบุคคลอื่นเพราะเป็นคำพูดที่ผู้ป่วยเป็นคนพูดออกมาเองโดยไม่มีใครบังคับ (Miller & Rollnick, 2013) ทำให้ผู้ป่วยต้องการที่จะปรับปรุงและพัฒนาตนเองไปในทิศทางที่ดีขึ้นนำไปสู่ความพร้อมในการบำบัดส่งผลต่อประสิทธิผลในการรักษาต่อไป

การสอน/อุปกรณ์

1. ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม
2. ใบกิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของฉันทัน
3. ใบกิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย
4. ใบกิจกรรมที่ 1.3 SMS ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของฉันทัน
5. ใบความรู้ที่ 1.1 ผลกระทบจากการดื่มสุรา
6. ใบความรู้ที่ 1.2 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา มีสัมพันธภาพที่ดีต่อพยาบาล มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด
3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด

4. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีพิมพ์สุรบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการตีพิมพ์สุรกับความคิดฆ่าตัวตายได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด
5. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีพิมพ์สุรบอกถึงข้อความจูงใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างน้อย 1 ประโยค



วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิมิได้สัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาลและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิบอกวัตถุประสงค์รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้</p> <p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิบอกถึงปัญหาที่</p>	<p>1. สร้างสัมพันธภาพโดยพยาบาลกล่าวทักทายผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวโดยหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงท่าที่เป็นมิตร ให้การยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจในพยาบาล จากนั้นพยาบาลแนะนำตนเองกับผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยแนะนำตนเองกับพยาบาล</p> <p>2. พยาบาลอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาในกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย</p> <p>3. พยาบาลให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวเรื่องราวของตนเองที่ผ่านมา เกี่ยวกับกิจกรรมการศึกษาตัวในโรงพยาบาลครั้งนี้</p> <p>4. พยาบาลชักชวนให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวคุยเกี่ยวกับผลการประเมินก่อนเข้ารับการบำบัด เช่น คะแนนความคิดฆ่าตัวตายและคะแนนพฤติกรรม การตีความสุภาษิตัวเพื่อสะท้อนถึงความรุนแรงของปัญหาและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับผลการประเมิน</p> <p>5. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวได้ทบทวนคะแนนพฤติกรรมการตีความสุภาษิตัว</p>	<p>ตารางนัดหมายในการทำกิจกรรม</p>	<p>1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อพยาบาล มีสีหน้าท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส ให้ความร่วมมือในกิจกรรมเป็นอย่างดี</p> <p>2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ถูกต้อง อย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด</p> <p>3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจาก</p>
<p>3. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวบอกถึงปัญหาที่</p>		<p>ใบกิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจาก</p>	<p>3. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีความสุภาษิตัวบอกถึงปัญหาที่เกิดขึ้นจาก</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>เกิดขึ้นจากทีมสุร่าได้</p> <p>4. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทีมสุร่าบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการทีมสุร่ากับความผิดปกติ</p>	<p>ตนเองและวิเคราะห์จากประสบการณ์ของผู้ป่วยว่าการทีมสุร่าของผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมอย่างไรบ้าง และให้ผู้ป่วยบอกถึงการทีมสุร่าของตนเองว่าส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่อย่างไร โดยใช้กิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการทีมสุร่าของฉันทัน</p> <p>6. พยาบาลสรุปถึงผลการประเมินคะแนนพฤติกรรมการทีมสุร่าของผู้ป่วยโดยเน้นย้ำเกี่ยวกับปัญหาผลกระทบจากการทีมสุร่า โดยใช้ใบความรู้ที่ 1.1 ผลกระทบจากทีมสุร่า</p> <p>7. พยาบาลสรุปผลการวิเคราะห์ตนเองของผู้ป่วยและเน้นย้ำถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความผิดปกติฆ่าตัวตายและความเชื่อมโยงของการทีมสุร่าที่ส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มเติม โดยใช้ใบความรู้ที่ 1.2 ความผิดปกติฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทีมสุร่า</p> <p>8. พยาบาลให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทีมสุร่าทบทวนตนเองว่า ท่านมีความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม ก่อนและในขณะที่มีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันหรือไม่ โดยใช้กิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย</p>	<p>การทีมสุร่าของฉันทัน</p> <p>ใบความรู้ที่ 1.1 ผลกระทบจากการทีมสุร่า</p> <p>ใบความรู้ที่ 1.2 ความผิดปกติฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทีมสุร่า</p> <p>ใบกิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย</p>	<p>ได้อย่างถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด</p> <p>4. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการทีมสุร่าบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการทีมสุร่ากับความผิดปกติได้อย่างน้อยร้อยละ 80 ของเนื้อหาทั้งหมด</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	กิจกรรม	เครื่องมือ/สื่อ	เกณฑ์การประเมินผล
<p>5. เพื่อให้ผู้ช่วยที่มีความผิดปกติของการสื่อสารบอกถึงข้อความของตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายได้</p>	<p>9. พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ช่วยที่มีความผิดปกติของการสื่อสารได้ทบทวนการแปลผลคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยของตนเองและวิเคราะห์ว่าได้รับผลกระทบจากความผิดปกติตัวตายอย่างไรบ้าง เชื่อมโยงและสะท้อนให้ผู้ช่วยเห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นเหล่านั้นก่อให้เกิดความรู้สึกผิดความรู้สึกแยภายในจิตใจของผู้ช่วยจนทำให้ผู้ช่วยไม่อยากมีชีวิตอยู่และใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ช่วยพูดข้อความใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายและข้อความใจตนเอง (SMS) ที่แสดงถึงความตั้งใจในการเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมฯ โดยใช้กิจกรรม 1.3 SMS ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของฉันทะหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของฉันทะหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่มีความคิดปกติของการดื่มสุรา</p> <p>10. พยาบาลชวนผู้ช่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราคุยถึงวัตถุประสงค์ในการทำกิจกรรมครั้งนี้ว่าได้ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่</p> <p>11. พยาบาลสรุปการพูดคุยในครั้งนี้และเน้นย้ำข้อความใจตนเองที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายและข้อความใจตนเองที่แสดงถึงความตั้งใจในการเข้าร่วมการบำบัดตามโปรแกรมฯ ในครั้งนี้</p>	<p>ใบกิจกรรม 1.3 SMS ที่สะท้อนการตระหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายของฉันทะหนักถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตาย</p>	<p>5. ผู้ช่วยที่มีความผิดปกติของการสื่อสารบอกถึงข้อความใจตนเอง (SMS) ที่สะท้อนถึงปัญหาความคิดฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ประโยค</p>

ใบกิจกรรมที่ 1.1 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราของฉันทัน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราตระหนักถึงปัญหาและบอกถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดื่มสุราได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราบอกถึงความเชื่อมโยงระหว่างการดื่มสุรากับความคิดฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง

1. ให้ท่านทบทวนคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของตัวเองและวิเคราะห์จากประสบการณ์ของท่านว่า “การดื่มสุราของท่าน ส่งผลกระทบต่อตัวท่านเอง ครอบครัวของท่านและสังคมอย่างไรบ้าง” กรุณาตอบคำถามลงในช่องว่างต่อไปนี้

	ผลกระทบที่เกิดขึ้น
1. ตัวเอง	
1.1 ด้านร่างกาย	
1.2 ด้านจิตใจ	
2. ครอบครัว	
3. สังคม	

2. ท่านคิดว่า การดื่มสุราของท่านส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่และอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ใบกิจกรรมที่ 1.2 ความแตกต่างของการมีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราเกิดความตระหนักรู้ถึงความสำคัญและผลกระทบของปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นกับตนเอง

คำชี้แจง

1. ให้ท่านทบทวนตนเองว่า ท่านมีความคิด อารมณ์/ความรู้สึกและพฤติกรรม ก่อนและในขณะที่มีความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันหรือไม่ โดยบันทึกลงในตารางข้างล่างนี้

ด้าน	ก่อนมีความคิดฆ่าตัวตาย	ขณะที่มีความคิดฆ่าตัวตาย
ความคิด
อารมณ์/ ความรู้สึก
พฤติกรรม

2. ให้ท่านลองจินตนาการถึงสิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่อาจจะเกิดขึ้นหากยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ แล้วสมมติว่าท่านอยู่ในสถานการณ์นั้นจะเป็นอย่างไรและบุคคลใกล้ชิดจะรู้สึกอย่างไร

สิ่งที่เลวร้ายที่สุดที่จะเกิดขึ้นหากท่านยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ คือ

.....
.....

หากท่านอยู่ในสถานการณ์นั้นจะเป็นอย่างไร

.....
.....

บุคคลใกล้ชิดจะรู้สึกอย่างไร

.....
.....



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และแบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิด
ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

ชื่อผู้วิจัย นายสงบ ภูแดนแก่ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 49 หมู่ 5 ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 40000

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 0-85001-7741 **E-mail** eddy_nursejvkk@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย โดยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำขึ้นเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร ขอความกรุณาให้ท่านใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และหากเกิดข้อสงสัยต่างๆ ท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ก่อนและหลังที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่

3.2 เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคจิตอื่นร่วม สามารถพูดคุยสื่อสารและฟังภาษาไทยได้อย่างเข้าใจ ไม่มีปัญหาการมองเห็น และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ผู้วิจัยได้มีการแบ่งผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 (กลุ่มควบคุม) ได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การซักประวัติตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การวินิจฉัยโรค การ

ประเมินโรคทางกายและภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุรา การให้ข้อมูลการรักษาแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุราและญาติรวมถึงการเข้ารับบริการจิตสังคมบำบัดในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมการติ่มสุรา ได้แก่ 1) การให้คำปรึกษาแบบสั้น 2) การให้คำปรึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการติ่มสุรา และ 3) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งจะมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว 2 สัปดาห์

กลุ่มที่ 2 (กลุ่มทดลอง) ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอยู่แบบรายบุคคล จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรม ละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ สำรวจปัญหาและความกังวลใจในการมีชีวิตรอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมในการบำบัด และกิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหาและความกังวลใจในการมีชีวิตรอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ขั้นตอนที่ 2 การสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตรอยู่ ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตรอยู่ให้ปรากฏ และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อการมีชีวิตรอยู่ ขั้นตอนที่ 3 การทำให้มั่นคงในคำมั่นสัญญาเพื่อการมีชีวิตรอยู่ ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตรอยู่ ซึ่งจะมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว 2 สัปดาห์

6. การเข้าร่วมในการวิจัยของผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยจะเป็นไปด้วยความสมัครใจ และสามารถที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ ทั้งนี้การปฏิเสธดังกล่าวจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย การรักษาพยาบาลและบริการทางด้านสุขภาพที่จะได้รับ

7. ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ถ้าผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้นและดำเนินการส่งต่อให้แพทย์เพื่อดำเนินการรักษาต่อไป

8. หากผู้เข้าร่วมวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นายสงบ ภูแดนแก้ง ได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 085-0017741 และหากมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือเป็นโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

9. ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินกิจกรรม และจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยนี้จะเก็บเป็นความลับโดยหากมีการเสนอผลงานวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 169 ถนนชาติประดิษฐ์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-209999

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(Inform Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคาดหวังในตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการตีรสุมรา ชื่อผู้วิจัย นายสงบ ภูแดนแก่ง ที่อยู่ที่ติดต่อ 49 หมู่ 5 ตำบลบ้านจั่น อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 41000 โทรศัพท์ 085-0017741

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการ กิจกรรมละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 169 ถนนชาตะผดุง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000 โทรศัพท์ 043-209999

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นายสงบ ภูแดนแก่ง)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ชื่อโครงการ : ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิด
ฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

รหัสโครงการ : 002/2559

หัวหน้าโครงการ : นายสงบ ภูแดนแก่ง

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่รับรอง

1. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย
2. หนังสือแนะนำโครงการสำหรับอาสาสมัคร
3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัยสำหรับอาสาสมัคร

วันที่รับรอง : 25 พฤษภาคม 2559

วันที่หมดอายุ : 25 พฤษภาคม 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว และเห็นว่าไม่มีการ
ล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ร่วมวิจัย จึงเห็นสมควร ให้ดำเนินการวิจัยใน
ขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ภายในระยะเวลา 1 ปี ตั้งแต่วันที่ออกหนังสือรับรองฉบับนี้

หนังสือออกวันที่ 25 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2559

(นางชนิษฐา สอนเทห์)

ประธานคณะกรรมการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(นางประภาณี อุดมรัตน์...)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

รหัสเอกสาร : F-AC-010 / R : 02 ประกาศใช้ วันที่ 12 พฤษภาคม 2559



From: Sangob Poodankang [eddy_nursejvkk@hotmail.com]
Sent: Wednesday, August 12, 2015 11:47 AM
To: Britton, Peter C.
Subject: [EXTERNAL] The letter for permission

Sangob Poodankang
Srivilai Village,
No.49, Bunjun Sub-district, Muang , Udonthani 41000 Thailand
Tel : 08 5001 7741
E- mail: eddy_nursejvkk@hotmail.com

August 12, 2015

Dear Dr. Peter C. Britton

My name is Mr Sangob Poodankang. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. I am now developing my proposal for master degree about alcoholic patients with suicide ideation. I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the amount of alcoholic patients in Thailand is rapidly increasing. In addition, around 50% of these clients have had suicide ideation. As a psychiatric nurse, I am interested in improve suicide ideation among these patients. I have reviewed the literature in order to search for the interventions that can be used to overcome this problem and found that your publication in Journal of Clinical Psychology (2012) entitled "An Open Trial of Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation With Hospitalized Veterans" will be very helpful for my study. The intervention and findings from your research are very impressive and I am interested in applying your intervention to use with my clients in Thailand. I believe that motivational interviewing will be very helpful and could properly be used to improve suicide ideation of alcoholic patients in Thailand as well.

In order to achieve an academic purpose as well as to achieve the most benefit for this population, I would like to kindly ask for a full version of your intervention protocol (Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation Intervention) and the instruments that have been used in your research. Simultaneously, I would like to kindly ask for your permission to translate these instruments to Thai language and use them in my thesis.

Your kindly support and suggestions will be very beneficial for reducing suicide ideation prevention among alcoholic patients in Thailand.

I am looking forward to hear from you. You may e-mail me at my E-mail address: eddy_nursejvkk@hotmail.com or directly contact my thesis advisor: Assistant Professor Dr. Penpaktr Uthis, Ph.D., RN., E-mail: penpaktr_uthis@yahoo.com

Sincerely yours,
Sangob Poodankang.

RE: [EXTERNAL] The letter for permission

Britton, Peter C.

Sat 8/29/2015 2:05 AM

To:

Sangob Poodankang (eddy_nursejvkk@hotmail.com)

Hi Sangob,

Thank you for your interest! I'm not in the practice of sending my manual out- particularly since it hasn't been tested yet. However, I have attached my most recent chapter which outlines the intervention. I believe that there is a lot of work that is still to be done on the topic, so please feel free to let me know your thoughts moving forward after you have read the chapter.

Kind regards,

Peter



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายสงบ ภูแดนแก่ง เกิดเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปีการศึกษา 2552 และเข้ารับการศึกษาคอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคในเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557

