

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา

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 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF A BRIEF INTERVENTION PROGRAM ON
SUCIDAL IDEATION IN SUCIDAL ATTEMPTER

Miss Suwaluk Poosa



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 2017

Copyright of Chulalongkorn University

สุวลักษณ์ ภูอาษา : ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย (THE EFFECT OF A BRIEF INTERVENTION PROGRAM ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ, 145 หน้า.

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในระยะก่อนและหลังการทดลอง 2) ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดตราด ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก จำนวน 30 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและเพศ และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น 2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) และ 3) แบบประเมินความหวังของ Herth (1998) เครื่องมือชุดที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 และ 3 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.81 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5777326436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: A BRIEF INTERVENTION PROGRAM / SUICIDAL ATTEMPTER / SUICIDAL IDEATION

SUWALUK POOASA: THE EFFECT OF A BRIEF INTERVENTION PROGRAM ON SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER. ADVISOR: ASST. PROF. PENPAKTR UTHIS, Ph.D., 145 pp.

This study is a quasi-experimental two group pretest-posttest design. The objectives were to compare: 1) suicide ideation of suicidal attempter who received a brief intervention program measured at the end of the intervention, and 2) suicide ideation of suicidal attempters who received a brief intervention program and those who received regular nursing care measured at the end of the intervention. The samples of 30 suicidal attempters with suicide ideation who met the inclusion criteria were recruited from in-patient department, public hospital of Trat province. The samples were matched-pairs with age and sex then randomly assigned into either experimental or control group, 15 subjects in each group. The experimental group received a brief intervention program, whereas the control group received the regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) a brief intervention program developed by researcher, 2) the SSI-Thai version 2014, and 3) the Herth Hope Index version 1998 . The 1st and 3rd instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Cornbach's Alpha coefficient reliability of the 2nd and 3rd instruments was as of 0.81 and 0.80, respectively. The t-test was used in data analysis.

The findings of this research were as follows:

1. the mean score of suicidal ideation of suicidal attempter who received a brief intervention program measured at the end of the intervention was significantly lower than that before at p .05;

2. the mean score of suicidal ideation of suicidal attempter who received a brief intervention program measured at the end of the 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: 2017

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ความรู้ ชี้แนะแนวทาง ให้คำปรึกษา ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ อีกทั้งยังเป็นแบบอย่าง สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น และยังให้กำลังใจกับผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเสียสละที่อาจารย์มอบให้เสมอมา จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ณัฐกมล ชาญสาธิตพร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำและให้แนวทางในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ประสบการณ์ และให้คำแนะนำต่าง ๆ ตลอดมาอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาในการพัฒนาตนเองเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราดและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้อุปการะในการเก็บข้อมูล ช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกในการดำเนินการวิจัยให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์ ตลอดจนผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านเป็นส่วนสำคัญยิ่งในความสำเร็จในครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่กรุณาสนับสนุนทุนการศึกษาในระดับปริญญาโทมาบัดนี้

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ครอบครัว ที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้ รวมถึงพี่ เพื่อน น้องร่วมสหสาขาวิชาชีพทุกคนที่รัก เข้าใจ สนับสนุนและคอยให้กำลังใจมาโดยตลอด

คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้ท่านมีสุขภาพกายที่แข็งแรง มีพลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

หน้า

| | |
|---|----|
| บทคัดย่อภาษาไทย..... | ง |
| บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... | จ |
| กิตติกรรมประกาศ..... | ฉ |
| สารบัญ..... | ช |
| สารบัญตาราง..... | ฅ |
| สารบัญภาพ | ญ |
| บทที่ 1 บทนำ | 1 |
| ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา | 1 |
| คำถามการวิจัย | 5 |
| วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... | 5 |
| แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย..... | 6 |
| สมมติฐานการวิจัย | 11 |
| คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... | 11 |
| ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... | 13 |
| บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง | 14 |
| 1. แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย..... | 15 |
| 2. แนวคิดการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย | 43 |
| 3. โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย | 46 |
| 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... | 51 |
| บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย | 55 |
| ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง | 56 |
| การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง..... | 59 |

| | |
|---|-----|
| เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย | 59 |
| ขั้นตอนดำเนินการวิจัย | 68 |
| การวิเคราะห์ข้อมูล | 89 |
| บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล..... | 90 |
| บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ | 100 |
| สรุปผลการวิจัย..... | 105 |
| อภิปรายผลการวิจัย..... | 105 |
| ข้อเสนอแนะ | 110 |
| รายการอ้างอิง | 111 |
| ภาคผนวก..... | 119 |
| ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย | 120 |
| ภาคผนวก ข การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบความเที่ยง | 122 |
| ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)..... | 126 |
| ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และแบบแสดงความ ยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย | 134 |
| ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย..... | 139 |
| ภาคผนวก ฉ จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย | 141 |
| ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ | 145 |

สารบัญตาราง

หน้า

| | | |
|-------------|---|----|
| ตารางที่ 1 | สรุปการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นเพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการประยุกต์จากรูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) ของ O'Connor et al. (2015)..... | 47 |
| ตารางที่ 2 | ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบ่งตามเพศและอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม | 58 |
| ตารางที่ 3 | กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น | 71 |
| ตารางที่ 4 | คะแนนความหวังของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้น | 88 |
| ตารางที่ 5 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา | 91 |
| ตารางที่ 6 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันทางกาย/โรคประจำตัว | 93 |
| ตารางที่ 7 | จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตายและวิธีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว..... | 94 |
| ตารางที่ 8 | ผลคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและการแปลผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง | 95 |
| ตารางที่ 9 | เปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ในระลอกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง | 96 |
| ตารางที่ 10 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 15)..... | 97 |
| ตารางที่ 11 | เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n1 = n2= 15) | 98 |
| ตารางที่ 12 | เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n1 = n2= 15)..... | 99 |

สารบัญภาพ

หน้า

| | |
|-----------------------------------|----|
| ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย | 54 |
|-----------------------------------|----|



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญซึ่งก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและประเทศทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลก (2014) รายงานว่าในแต่ละปีจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 800,000 คน หรือทุก 40 วินาทีจะมีประชากรทั่วโลกฆ่าตัวตาย 1 คน และการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุสำคัญอันดับที่ 2 ของการตายในคนอายุ 15-29 ปี ซึ่งการฆ่าตัวตายก็เป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศไทยเช่นกัน โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จหรือการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทยในปีพ.ศ. 2551-2553 คิดเป็น 38.45, 38.36, 37.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ และในปีพ.ศ. 2555-2559 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 6.2, 6.08, 6.07, 6.47 และ 6.35 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิง 4.02: 1 โดยอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ในปี 2555 พบว่าทุก 2 ชั่วโมงมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และร้อยละ 10-20 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ส่วนคนที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเกือบทุกราย และร้อยละ 10 ของบุคคลกลุ่มนี้สามารถจบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2555)

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Suicidality) มีความหมายครอบคลุมถึงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith et al., 2002) ตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed suicide) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจนถึงการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2553) ดังนั้น การจัดการกับความ คิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555) ทั้งนี้ Beck et al. (1988) ได้อธิบายว่าความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความปรารถนาหรือแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่ปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั่นจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้

Klonsky and May (2015) เสนอทฤษฎีล่าสุดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย มีชื่อว่าทฤษฎีสามขั้นตอน (3ST) ของความคิดสู่การฆ่าตัวตาย หรือ the ideation-to-action framework: the Three-Step Theory (3ST) โดยในขั้นตอนแรกทฤษฎีนี้ตั้งสมมุติฐานว่าความคิดฆ่าตัวตาย (suicide

ideation) เป็นผลจากการที่บุคคลมีความเจ็บปวด (ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการเจ็บปวดทางด้านจิตใจ) ร่วมกับเกิดความสิ้นหวัง (hopelessness) ขั้นตอนที่สอง ในบุคคลที่ประสบปัญหาทั้งความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง ความรู้สึกเชื่อมโยงกับบุคคลหรือกลุ่ม (connectedness) คือ ปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อความคิดฆ่าตัวตายซึ่งอาจมีมากขึ้น และขั้นตอนที่สาม ทฤษฎีมีความเชื่อว่าความคิดฆ่าตัวตายจะพัฒนาต่อไปเป็นความพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หากมีปัจจัยเอื้อสำคัญๆ เช่น นิสัยหรือความโน้มเอียงของบุคคล (เช่น การเป็นคนแบบหุนหันพลันแล่น) เหตุการณ์กระตุ้น และ สิ่ง ที่ช่วยให้สามารถลงมือปฏิบัติในการพยายามฆ่าตัวตายง่ายขึ้น ดังนั้น ทฤษฎีนี้จึงมีความเชื่อว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคนเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อน (Klonsky and May, 2015; Klonsky, May, and Saffer, 2016)

ทฤษฎีสามขั้นตอน (3ST) จากความคิดสู่การฆ่าตัวตาย ของ Klonsky and May (2015) ดังกล่าวข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายเป็นผู้มีปัญหาความคิดฆ่าตัวตายมาก่อน ดังนั้น แม้ว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะได้รับการดูแลช่วยเหลือเพื่อฟื้นชีวิตให้ผ่านพ้นวิกฤตไปได้ แต่พบว่าปัญหาสำคัญที่ยังคงอยู่ของบุคคลเหล่านี้ คือ การมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) ที่ยังหลงเหลืออยู่ทั้งในขณะที่ได้รับการรักษาเพื่อช่วยชีวิตในโรงพยาบาล และภายหลังการจำหน่ายกลับสู่ชุมชนแล้ว ดังจะเห็นได้จากการศึกษาในต่างประเทศ เช่น Garrison et al. (1991) ศึกษาติดตามระยะยาวพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่าร้อยละ 47 ยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในช่วง 3 ปี แรกและเมื่อติดตามนาน 10 ปี พบว่าร้อยละ 50 มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำและร้อยละ 10 พยายามฆ่าตัวตายจนสำเร็จ และ Kessler (1999) ศึกษาติดตามในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอายุ 15-54 ปี พบว่ายังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ร้อยละ 13.5 และในจำนวนนี้ร้อยละ 26 มีการวางแผนและพยายามฆ่าตัวตายตามมาในเวลา 1 ปี ส่วน Howton et al. (2003) ดำเนินการศึกษาติดตามผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นาน 1 ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ มีอัตราสูงถึง 66 เท่าของประชากรทั่วไปที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และ Feigelman et al. (2008) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายแม้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อฟื้นชีวิตแล้วแต่เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งการเผชิญกับความสูญเสียที่เกิดขึ้น และหากไม่สามารถปรับตัวหรือปรับตัวได้ไม่ดีกับสิ่งกระตุ้นเหล่านี้ อาจทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้นและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในที่สุด

สำหรับในประเทศไทย พบผลการศึกษาหลายเรื่องที่น่าสนับสนุนว่าความคิดฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งก่อนและหลังเกิดเหตุการณ์ความพยายามฆ่าตัวตาย และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำตามมา เช่น การศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว (2541) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายใน 1 ปีที่ผ่านมายังมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 24.1 และ

สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลศูนย์ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละ 7.41 ที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุการพยายามฆ่าตัวตายและได้รับการให้คำปรึกษายังมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ (ดรุณี เลิศปรีชา, 2545) นอกจากนี้การศึกษาของ ประยุกต์ เสรีเสถียร (2541) พบว่า และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก จะมีโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 10 และในกรณีที่เป็นกรพยายามฆ่าตัวตายซ้ำครั้งต่อมา โอกาสที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จ จะเพิ่มขึ้นประมาณ 2.5 เท่า หรือ ร้อยละ 25 สอดคล้องกับศุภรัตน์ เอกอัครวิน (2547) พบว่าผู้ที่มีจำนวนครั้งในการพยายามฆ่าตัวตายที่มากขึ้นจะเพิ่มโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากขึ้นตามมา ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

การฆ่าตัวตายพบเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดตราดเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากสถิติอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2559 คิดเป็น 11.69, 10.27, 9.79, 10.82 และ 13.25 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2559) ซึ่งมีอัตราสูงกว่าเป้าหมายถ้าเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตที่มีการกำหนดตัวชี้วัดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร (กรมสุขภาพจิต, 2559) อีกทั้งข้อมูลของโรงพยาบาลตราดก็ชี้ให้เห็นว่าความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่ยังคงอยู่ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยพบว่าภายหลังการรักษาเพื่อช่วยชีวิต ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่างปี พ.ศ. 2556-2559 ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ร้อยละ 23.68, 30.55, 31.42 ตามลำดับ (งานสารสนเทศโรงพยาบาลตราด, 2559) ทั้งนี้ ที่ผ่านมามีการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายขณะรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลตราดจะใช้เวลาเฉลี่ยเพียงประมาณ 3-5 วัน (งานสารสนเทศโรงพยาบาลตราด, 2559) โดยผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลที่เน้นการดูแลแก้ไขปัญหาทางกายตามความเร่งด่วน อีกทั้งไม่มีหอผู้ป่วยทางจิตเวช ทำให้ผู้ป่วยต้องพักรักษาตัวอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางร่างกายในแผนกอายุรกรรม ซึ่งพยาบาลมีภาระงานมาก ขาดทักษะและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น โดยอาจมีการดูแลด้านจิตใจบ้างด้วยการให้คำปรึกษารายบุคคลตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยในขณะที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือการโทรศัพท์ติดตามเป็นบางรายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ยังขาดรูปแบบการบำบัดดูแลทางจิตสังคมที่จะช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพและทันเวลา รวมทั้งการบำบัดที่มีประสิทธิภาพซึ่งจะช่วยพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยเกิดความสามารถในการเผชิญปัญหาและจัดการกับตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ส่งผลให้อาจมีการฆ่าตัวตายซ้ำตามมาภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้กลับบ้านเพื่อไปดำรงชีวิตภายใต้สถานการณ์จริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายมีหลายประการ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543; อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553; อนุพงศ์ คำมา, 2556; วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2557; Guertin et al, 2001) ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคลิกภาพ อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย โรคทางจิตเวช ผู้ใช้สารเสพติด เป็นต้น 2) ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติการทำร้ายตนเองของตัวเองและคนในครอบครัว เป็นต้น 3) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกโกรธและโมโห ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสมและขาดเป้าหมายในชีวิต โดยปัจจัยทางจิตใจนั้นสามารถอธิบายตามแนวคิด stress–diathesis model ได้ว่า ความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากการที่บุคคลมีความเครียดและกดดันในชีวิต ร่วมกับมี diathesis คือ ภาวะเปราะบาง (Vulnerable) ที่สำคัญ เช่น การขาดความหวังและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Howton and Heeringen, 2009) สอดคล้องกับ Bonner and Rich (1991) และ Mascaro and Rosen (2005) ที่พบว่า การขาดความหวังและแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เป็นภาวะเปราะบางที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา โดยเฉพาะในขณะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต เช่นเดียวกับ Linehan et al. (1983) ซึ่งศึกษาในผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตสูงจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่า สอดคล้องกับ Chatterjee and Jayanti (2010) พบว่า การที่คนเรามีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่จะสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ Huen et al. (2015) พบว่าผู้ที่มีความหวังมากจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่า สอดคล้องกับ Britton et al. (2008) ศึกษาผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ พบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความหวังและมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลงและสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้ (Britton et al., 2008; Chatterjee and Jayanti, 2010; Huen et al., 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย แม้จะพบว่ามีการบำบัดทางจิตสังคมซึ่งมีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (กรรณิการ์ ผ่องโต, 2557) การให้คำปรึกษาคอครอบครัว (น้ำทิพย์ วิชาชัย, 2555) และการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (จารุวรรณ ก้านศรี, 2555) อย่างไรก็ตามพบว่าการบำบัดดังกล่าวต้องใช้เวลาในการบำบัดประมาณ 3-6 สัปดาห์ จึงไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จในช่วงที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายได้รับการรักษาตัวเพื่อดูแลภาวะที่คุกคามชีวิตทางด้านร่างกายในโรงพยาบาล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบว่า O'Connor et al. (2015) ได้พัฒนาการบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) โดยเรียกชื่อโปรแกรมว่า Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) เพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมนี้อาจเกิดจากการผสมผสาน 2 แนวคิด คือ the therapeutic philosophy of the Collaborative

Assessment and Management of Suicidality (CAMS) (Comtois et al., 2011) และ the functional analysis of self-directed violence inherent in Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan et al., 2006) ซึ่งพบว่าข้อดีของการบำบัดแบบสั้นนี้ คือ ประกอบด้วย กิจกรรมบำบัด 4 ขั้นตอน ซึ่งใช้ระยะเวลาดำเนินการเพียงขั้นตอนละ 45-60 นาที และสามารถดำเนินการได้ทุกวันติดต่อกัน จึงสามารถดำเนินการบำบัดและประเมินผลได้เสร็จสิ้นภายใน 4 วัน ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาอาการทางร่างกายที่เกิดขึ้นจากการพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล การบำบัดแบบสั้นนั้นจะช่วยให้อาการของผู้ป่วยมีการยอมรับในตนเอง ค้นหาปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องได้ด้วยตนเอง มีแผนการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เกิดความหวังและมีแรงจูงใจที่มีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยมีการวางแผนการเผชิญต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเองที่สามารถปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งปัจจุบันโปรแกรมนี้ยังไม่เคยมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงสนใจนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) ของ O'Connor et al. (2015) มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในบริบทของประเทศไทยเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำและเพิ่มทางเลือกในการบำบัดที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล คือ ยังมีความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่ จากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีการศึกษาในระยะที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่ทำให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายยังคงมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ ทั้งๆ ที่เกิดผลกระทบทางลบจากการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) โดยมีการศึกษาหลายเรื่อง เช่น Bonner and Rich (1991) Mascaro and Rosen (2005) Huen et al. (2015) และ Britton et al. (2008) พบผลการศึกษาที่สอดคล้องกันว่า การขาดความหวังและแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เป็นภาวะเปราะบางที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา Uncapher et al., 1998 ศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่าความสิ้นหวังเป็นแบบแผนความคิดที่คาดหวังเชิงลบเกี่ยวกับอนาคต ความสิ้นหวังมีความสำคัญในการทำนายการฆ่าตัวตายโดยความสิ้นหวังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ เฉื่อยชา กล้ามเนื้ออ่อนแรง แยกตัวออกจากสังคมคิดว่าตนเอง ไร้ค่าและคิดทำร้ายตนเอง

ความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) ดังนั้น ผู้ที่มีประสบการณ์พยายามฆ่าตัวตาย จึงเป็นผู้ที่มีปัญหาความคิดฆ่าตัวตายอยู่เป็นพื้นฐาน (Klonsky and May, 2015; Klonsky, May, and Saffer, 2016) ด้วยเหตุนี้ การแก้ไขปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายควรให้ความสำคัญกับการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายซึ่งจะเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (ปริยศ กิตติธวัชศักดิ์, 2555) โดยผู้ป่วยที่คิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะมองการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ เขามีความรู้สึกรู้สึกถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้หมดความหวัง จึงต้องการหยุดการรับรู้ลง และมองว่าการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่เขาอยู่ในขณะนั้น การตายจึงเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงหนีจากความเจ็บปวดที่เขาไม่ต้องการ อย่างไรก็ตามผู้ที่ตกอยู่ในภาวะจิตใจเช่นนี้ ส่วนใหญ่จะมีความรู้สึกสองจิตสองใจ ใจหนึ่งอยากตายเพื่อจบปัญหาลงอีกใจก็ไม่อยากตาย เพราะยังมีห่วงทางใจ อาจเป็นพ่อแม่ คู่ครอง หรือลูก หรือยังมีความกลัวตายอยู่เล็กๆ จิตใจจึงวุ่นวายสับสน เมื่อมีเหตุมากระทบอีกเพียงเล็กน้อย ก็อาจจะตัดสินใจทำร้ายตนเอง ความลังเลภายในใจนี้เป็นเสมือนกุญแจสำคัญ ในการให้ความช่วยเหลือที่จะช่วยให้ผู้คิดฆ่าตัวตายตระหนักในความต้องการมีชีวิตอยู่ต่อของตนเองและมีโอกาสพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบคอบมากขึ้น (ประเวช ดันติพิวัฒนสกุล, 2541)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าโปรแกรม Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) หรือการบำบัดแบบสั้นของ O'Connor et al. (2015) สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จในช่วงเวลาอันสั้น ขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งแนวคิดของ TMBI มุ่งเน้นการสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นเป็นการเพิ่มการรับรู้ ยอมรับ มองเห็นคุณค่าในตนเอง และเกิดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม นำไปสู่การเกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการทำบทบาทหน้าที่ เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่สุดนั่นเอง ดังนั้น แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่จึงเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำบทบาทหน้าที่ และเมื่อผู้ที่เคยมีปัญหาพยายามฆ่าตัวตายสามารถทำบทบาทหน้าที่ได้ดีแล้ว ก็จะมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ด้วยเหตุนี้โปรแกรม TMBI จึงมีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ดี

ในระยะแรกๆ โปรแกรม TMBI ถูกพัฒนาโดย McBride et al. (2003) เพื่อใช้บำบัดให้ผู้ป่วยเล็กสูบบุหรี่ โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ เพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและผลลัพธ์ของการคาดหวัง มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่มั่นคงขึ้นโดยมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และมีแรงจูงใจที่จะปรับแนวคิดของตนเองหรือบทบาทในสังคมใหม่เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป ต่อมา O'Connor et al. (2015) ได้พัฒนาโปรแกรม TMBI เพื่อใช้ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยการผสมผสานจาก 2 แนวคิด คือ

1) **The therapeutic philosophy of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS)** ของ Comtois et al. (2011) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การค้นหาสาเหตุเฉพาะบุคคลที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย และการปรับตัวและจัดการความเสี่ยงทั้งในระยะสั้นและเมื่อกลับสู่ชุมชน

2) **The functional analysis of self-directed violence inherent in Dialectical Behavior Therapy (DBT)** ของ Linehan et al. (2006) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ประเมินการทำร้ายตัวเอง ตรวจสอบแรงจูงใจต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วย การนำเข้าสู่กระบวนการแก้ไขสาเหตุ และการวางแผนตอบสนองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ดังนั้นโปรแกรมบำบัดแบบสั้น Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) O'Connor et al. (2015) จึงประกอบด้วย กิจกรรมรายบุคคล 4 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการขั้นตอนละ 45-60 นาที บำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนซึ่งคาดว่าจะส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เป็นกิจกรรมแรกที่มีความสำคัญในการดำเนินการบำบัด โดยผู้บำบัดเริ่มสร้างสัมพันธภาพ ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เน้นการสื่อสารโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับสถานะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา

กิจกรรมนี้มุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ (trust) ซึ่งกันและกัน มีความพึงพอใจในการพูดคุยกับผู้บำบัด ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจ (Motivation) ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้พฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเอง และร่วมกันหาแนวทางหลีกเลี่ยงการมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ (O'Connor et al., 2015)

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย กิจกรรมนี้จะเป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น มีการประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกายของผู้ป่วยและจากนั้นค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย จากนั้นเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปสู่ประเด็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย กิจกรรมนี้มุ่งเน้นเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยง (risk factors) ปัจจัยโน้มรับโรค (predisposing factors) ปัจจัยปกป้อง (protective factors) เพื่อนำมาวางแผนให้การดูแลต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย
การประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นเฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมาว่าปัจจัยกระตุ้นคืออะไรและความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรที่เกิด

กับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งกิจกรรมนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) ค้นพบปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ทำให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

การประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยมีเหตุผลเพื่ออะไร กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้ การส่งเสริมการยอมรับในความเป็นตัวเอง (Acceptance) ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับและให้อภัยตนเองจากความรู้สึกที่ผิดจากการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (Bonner and Rich, 1991)

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันที ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมาก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงเลระหว่งการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม กิจกรรมนี้มีการตรวจสอบแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ และชี้ให้เห็นถึงพัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อให้ตระหนักความรุนแรงและอันตรายจากความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

ปัญหา การที่บุคคลมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เกิดจากการขาดทักษะในการควบคุมตนเองและขาดทักษะในการเผชิญต่อสิ่งกระตุ้น กิจกรรมในขั้นตอนนี้จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมที่นำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย วางแผนการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดการควบคุมอารมณ์ มีทักษะด้านสัมพันธภาพ และจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น มีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่มากขึ้น และสามารถควบคุมพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ดีขึ้น รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ในระยะสั้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มีความหวัง (Hope) ในการเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป (Linehan et al., 2006)

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมในขั้นตอนนี้ คือ การสรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมาทั้งหมด มีการวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมที่นำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้ผู้ป่วยพิจารณาผลกระทบต่อบทบาทในสังคมของตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเอง นำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตาย และมีการปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองในสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากทฤษฎีทางสังคม Social Role Theory ชี้ให้เห็นว่าความหวังต่อบทบาทในสังคมมีความสำคัญในการส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยขึ้นอยู่กับความรู้ การให้ความสำคัญ และแรงจูงใจของแต่ละบุคคล (Pearson, 1951) ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายนั้นเกิดจากความล้มเหลวในการปฏิบัติหน้าที่ตามบรรทัดฐานของสังคม ทำให้เกิดความรู้สึกผิดบาปในใจ (Beck et al, 1979) ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง จะทำให้เกิดการตีความและการปรับเปลี่ยนมุมมองใหม่ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมาได้ (Taylor et al., 2000)

จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) หรือการบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ทั้ง 4 ขั้นตอน จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่ากว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัดและประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง โดยทำการทดลอง ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69- X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดตราด อายุ 14 ปีขึ้นไป (ตามเกณฑ์แยกการรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่โรงพยาบาลตราด) ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ คือ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตายและยังมีความคิดฆ่าตัวตายหลงเหลืออยู่ในระดับปานกลางขึ้นไป สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น

ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ความรู้สึก ความต้องการหรือความปรารถนาที่จะทำลายตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประเมินโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ซึ่งปริยศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มุ่ยจิ้น (2558) สร้างขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979)

ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง บุคคลที่ทำร้ายตนเองหรือกระทำการใดๆ กับตนเองเพื่อมุ่งหวังให้เสียชีวิต ถึงแก่ความตาย เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X60-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยมีการกระทำแสดงออกเป็นพฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายให้เห็นชัดเจนที่เข้ารับรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น หมายถึง กระบวนการดำเนินการพยาบาลแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์จากโปรแกรมบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) ตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) มีเป้าหมายเพื่อลดความคิดฆ่าตัวตาย โดยช่วยให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีการยอมรับในตนเอง รวมทั้งเกิดความหวังและมีแรงจูงใจที่มีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายตามมา ซึ่ง ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมบำบัดรายบุคคล 4 ขั้นตอน ใช้เวลาขั้นตอนละ 45-60 นาที ดำเนินการทุกวัน เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน โดยมีรายละเอียดของกิจกรรมบำบัด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด หมายถึง การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย หมายถึง การสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ส่งผลถึงความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น ที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย หมายถึง กิจกรรมการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองการประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมการสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตายและการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมค้นหาและชั่งน้ำหนักข้อดีในการมีชีวิตอยู่ - ข้อเสียของการจบชีวิต

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา หมายถึง กิจกรรมค้นหาวิธีการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้ที่ต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพและวางแผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายตามบริบทของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด หมายถึง กิจกรรมสรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมา **การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้ปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายและป้องกันการเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
2. ได้รูปแบบการบำบัดแบบสั้นสำหรับผู้ที่ยากลำบากในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้างานวิจัยและเอกสารทางวิชาการที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เพื่อประกอบการดำเนินการวิจัย โดยนำเสนอสาระสำคัญ ดังหัวข้อต่อไปนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
 - 1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
 - 1.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย
 - 1.5 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.6 แนวทางการวินิจฉัยการพยายามฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)
 - 1.7 ผลกระทบของความคิดฆ่าตัวตาย
 - 1.8 การบำบัดรักษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 1.9 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ
 - 1.10 การดูแลรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลตราด
2. แนวคิดการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.1 ความหมายของการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention ;TMBI)
 - 2.2 แนวคิดของการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.3 เป้าหมายของการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
 - 2.4 หลักการในการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
3. โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดที่เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

1.1.1 ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย

มาโนช หล่อตระกูล (2553) ให้ความหมายของความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง ความคิดที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตายมีความรุนแรงแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับแผนการฆ่าตัวตาย และความมากน้อยของความตั้งใจ

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2553) กล่าวถึงความคิดฆ่าตัวตายว่าเป็นการแสดงออกถึงความต้องการหรือสิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกที่ผู้มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อทำลายตนเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความตั้งใจ สมครใจและรู้ตัวแต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งกระบวนการของความคิดฆ่าตัวตายนั้นสามารถนำไปสู่ความพยายามหรือการกระทำให้ตนเองจบชีวิตลง

กรรณิการ์ ผ่องโต (2555) สรุปโดยรวมว่า ความคิดฆ่าตัวตาย คือ สิ่งที่เกิดขึ้นตามความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในลักษณะที่ไม่สมควรมีชีวิตอยู่ มีวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่จะทำลายตัวเอง เพื่อต้องการจบชีวิตตนเองด้วยความสมครใจ ตั้งใจ และรู้ตัวแต่ยังไม่ได้แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ความคิดฆ่าตัวตายนั้นเป็นกระบวนการที่สามารถนำไปสู่ความพยายาม หรือการกระทำพฤติกรรมที่จะฆ่าตัวตายได้

Beck et al. (1988) ได้อธิบายว่า ความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation) หมายถึง ความปรารถนาหรือแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่ปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมกรพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตายได้

Klonsky and May (2015) ได้อธิบายถึงความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้ทฤษฎีสองขั้นตอน (3ST) ของความคิดสู่การฆ่าตัวตาย หรือ the ideation-to-action framework: the Three-Step Theory (3ST) โดยในขั้นแรกทฤษฎีนี้ตั้งสมมติฐานว่าความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) เป็นผลจากการที่บุคคลมีความเจ็บปวด (ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการเจ็บปวดทางด้านจิตใจ) ร่วมกับเกิดความสิ้นหวัง (hopelessness) ขั้นตอนที่สอง ในบุคคลที่ประสบปัญหาทั้งความเจ็บปวดและความสิ้นหวัง ความเชื่อมโยง (connectedness) คือ ปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อความคิดฆ่าตัวตายที่อาจมีลดลงและขั้นตอนที่สาม ทฤษฎีมีความเชื่อว่าความคิดฆ่าตัวตายจะพัฒนาต่อไปเป็นการพยายามฆ่าตัวตาย

(suicide attempts) หากมีปัจจัยเอื้อสำคัญๆ เช่น นิสัยหรือความโน้มเอียงของบุคคล เหตุการณ์ กระตุ้นและสิ่งที่จะช่วยให้สามารถลงมือปฏิบัติในการพยายามฆ่าตัวตายง่ายขึ้น

ดังนั้น ความคิดฆ่าตัวตาย หมายถึง สิ่งที่เกิดขึ้นจากความเจ็บปวดทางจิตใจร่วมกับการเกิด ความสิ้นหวัง เป็นความรู้สึก ความต้องการ ความปรารถนาที่จะทำลายตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์หรือ เป้าหมายเพื่อให้ตนเองเสียชีวิตโดยรู้ตัว สมครใจ แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำหรือแสดงออกมาเป็น พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายเพื่อจบชีวิตตนเอง

1.1.2 ความหมายของการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

ราชบัณฑิตยสถาน (2542) ได้ให้ความหมายของคำว่า การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม ที่ พิจารณาตามรากศัพท์จากคำต่างๆ ดังต่อไปนี้

| | | |
|----------------|---------|--------------------------|
| อัตต (sui) | หมายถึง | ตนเอง |
| วินิบาต (cide) | หมายถึง | การทำลาย การฆ่า (murder) |
| กรรม | หมายถึง | การกระทำ |

โดยรวมแล้ว การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่เป็นการฆ่าหรือทำลายตนเอง หาก พิจารณาความหมายทำให้มองเห็นว่า การฆ่าตัวตาย คือ พฤติกรรมที่แสดงให้เห็นว่าบุคคลนั้นได้ ทำร้ายตนเองเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน

องค์การอนามัยโลก (1986) ได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายว่า เป็นการกระทำซึ่งส่งผล ให้ถึงแก่ชีวิต โดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดให้เกิดผลถึงแก่ความตาย เขาเป็นผู้เริ่มต้นและกระทำการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามที่ตนเองต้องการ

กรมสุขภาพจิต (2542) ให้ความหมายว่า การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลลงมือ กระทำให้ตนได้รับความเจ็บปวดหรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงเพื่อสิ้นสุด ชีวิตของตน

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) ได้กล่าวถึงการฆ่าตัวตาย ว่าหมายถึงการที่บุคคลพยายาม ทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้หวังผลว่าจะตายไปจริงๆ ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจมีการพยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้ง แต่ยังมีสติไม่แน่นอน เพราะไม่ได้มาขอรับการรักษาย่างตรงไป ตรงมา

กรมสุขภาพจิต (2547) ให้ความหมายของการพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การพยายามทุก วิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือทำร้ายตนเองตนเองซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย

มานิช หล่อตระกูล (2553) ได้ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึงการ กระทำที่มีแนวโน้มจะเกิดอันตรายต่อตนเองโดยไม่ถึงแก่ชีวิต มีหลักฐาน (เห็นชัดหรือไม่ก็ตาม) ว่า

บุคคลนั้นๆ ได้ตั้งใจในระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ถูกขัดขวาง มีคนช่วยทันหรือเปลี่ยนใจ ผลของ suicide attempt นี้ อาจมีหรือไม่มีอาการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้

Diekstra & Guibinat (1993) กล่าวถึงการพยายามฆ่าตัวตาย ว่าเป็นการกระทำอย่างตั้งใจ ด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

Barbee and Bricker (1996) ได้ให้ความหมายว่า การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรง ทำให้ได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือได้รับบาดเจ็บมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

Klonsky and May (2015) ได้อธิบายถึงการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ว่า เกิดจากที่บุคคลมีความเจ็บปวด (ซึ่งส่วนใหญ่มาจากการเจ็บปวดทางด้านจิตใจ) ร่วมกับเกิดความสิ้นหวัง (hopelessness) จึงมีความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) และมีปัจจัยปกป้องลดลง ร่วมกับมีปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้น

โดยรวมแล้ว การพยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำด้วยความตั้งใจที่จะทำร้ายตนเองทุกวิถีทาง มีเจตนาให้ตนเองเสียชีวิต โดยพัฒนาจากการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ร่วมกับการมีปัจจัยปกป้องลดลงและมีปัจจัยกระตุ้น ทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายขึ้น

1.2 พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidality) มีความหมายครอบคลุมถึงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith et al., 2002) ตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (Complete suicidal) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidality) เป็นคำที่มีความหมายกว้างตั้งแต่ความคิดอยากตาย คิดทำร้ายตัวเอง การวางแผนฆ่าตัวตาย การตั้งใจฆ่าตัวตาย ไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย อย่างไรก็ตาม National Strategy for Suicide Prevention ประเทศสหรัฐอเมริกาได้ให้ความหมายของคำว่า suicidality ครอบคลุมไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

Diekstra & Guibinat (1993) แบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายออกเป็น 3 ประเภท คือ

1) คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นความคิดต่างๆที่เกิดขึ้นชั่วคราวเกี่ยวกับความคิดว่าตนเองไม่สมควรที่จะมีชีวิตอยู่ ยึดมั่นในสิ่งที่คิด หมกมุ่นในความคิดเกี่ยวกับการทำลายชีวิตตนเองมากขึ้น จนกระทั่งวางแผนฆ่าตนเอง

2) พยายามฆ่าตัวตาย (Attempts Suicidal) เป็นการกระทำอย่างตั้งใจด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากความต้องการที่จะทำให้ตนเองถึงแก่ชีวิต แต่ไม่ประสบความสำเร็จในการกระทำและกระทำดังกล่าวจะต้องไม่ใช่วิสัยปกติของบุคคลนั้น

3) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed Suicides) การตายเป็นผลทางตรงหรือทางอ้อมจากการกระทำของบุคคลด้วยความตั้งใจจริงที่ต้องตาย

Barbee & Bridker (1996) แบ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้ คือ

1) คิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) เป็นการแสดงออกทางความคิดที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือการทำลายตนเองในลักษณะการพูด การเขียน งานด้านศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำจริง

2) ชูจะฆ่าตัวตาย (Suicide Treats) การพูดหรือการเขียนที่สื่อถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่มีการกระทำ

3) แสร้งกระทำการฆ่าตัวตาย (Suicide Gestures) เป็นการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ตั้งใจที่จะจบชีวิตตนเองแต่เป็นการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อที่ประท้วงหรือเรียกร้องความสนใจให้ผู้อื่นมาสนใจดูแลตนเองมากขึ้น ซึ่งการกระทำมักไม่รุนแรง

4) พยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempts) เป็นการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง เพราะอยากจะทำตาย การกระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง

5) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful Suicides) การตายที่เกิดจากผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองจริงและกระทำได้สำเร็จโดยขณะที่กระทำมีสติสัมปชัญญะ แต่ในผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จบางครั้ง เป็นการกระทำโดยขาดสติสัมปชัญญะ

โดยจากงานวิจัยครั้งนี้มีกล่าวถึงกระบวนการหรือพัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เริ่มตั้งแต่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีแผนการฆ่าตัวตาย ชูที่จะฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากการมีความคิดฆ่าตัวตาย ที่จะสามารถพัฒนาไปจนเกิดการพยายามฆ่าตัวตาย และอาจเสียชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายได้

1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

Hautein (1998) กล่าวว่า บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมี 3 ลักษณะ คือ พวกหุนหันพลันแล่น แสดงความโกรธรุนแรงเมื่อเกิดความเครียด พวกที่พยายามฆ่าตัวตายเพื่อเป็นการแก้ปัญหาเมื่อไม่สามารถเผชิญกับภาวะวิกฤตได้ และพวกที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากจิตมีพยาธิสภาพอย่างรุนแรง หรือมีความผิดปกติทางจิตใจที่รุนแรง ซึ่งแบ่งประเภทของการฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากเจตนาของผู้ที่กระทำแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (Faux Suicide) ส่วนใหญ่ไม่ต้องการฆ่าตัวตายจริง โดยมักพบในผู้ที่มีความผิดหวังต่อความสัมพันธ์กับบุคคลใกล้ชิด และพยายามฆ่าตัวตาย แต่การตายมักเป็นจากอุบัติเหตุ โดยไม่ได้อยากตายจริง กรณีนี้พบถึง ร้อยละ 75 ของการฆ่าตัวตายสำเร็จ

2) การฆ่าตัวตายที่มีการวางแผนล่วงหน้า (Premediated Suicide) โดยมีการเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ไว้พร้อม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายที่อยู่ในวัยกลางคนขึ้นไป นอกจากนี้ยังพบในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคซึมเศร้าเรื้อรัง (Chronic Depression) โดยใช้วิธีการรุนแรงที่มั่นใจว่าได้ผล ซึ่งมักจะประสบความสำเร็จในการฆ่าตัวตาย

3) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (Ambivalent Suicide) มักมีสาเหตุมาจากการขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ถูกกดดันจากสังคมรอบข้าง จึงทำให้เกิดแรงจูงใจคิดกระทำการฆ่าตัวตายโดยยังไม่แน่ใจว่าเป็นทางเลือกที่ดี เพื่อเรียกร้องความสนใจจากผู้ใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการวางแผนล่วงหน้า แต่มักใช้วิธีการที่ไม่รุนแรง เช่น เชือดข้อมือ กินยาเกินขนาด โดยส่วนใหญ่มักอยู่ในวัยรุ่น

4) การฆ่าตัวตายเพื่อทำร้ายผู้อื่น (Coercive Suicide) โดยมีเจตนาให้ผลของการฆ่าตัวตายไปทำร้ายบุคคลอื่น เพื่อให้รับผิดชอบต่อการฆ่าตัวตายของตน เป็นการทำให้ผู้อื่นเกิดความละอายและเป็นทุกข์ มักพบในเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี โดยอาจจะมีการเขียนจดหมายลาตาย วิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการกินยาเกินขนาด หรือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงและมักทำสำเร็จในครั้งแรก

1.4 ปัจจัยที่ส่งผลกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย

1.4.1 ปัจจัยที่ส่งผลกับความคิดฆ่าตัวตาย

ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายนั้นมีหลายประการที่เข้ามาเกี่ยวข้อง มีนักวิชาการหลายท่านได้อธิบายถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ว่าเกิดจากปัจจัยอันซับซ้อน ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553; มาโนช หล่อตระกูล, 2553; อัมไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.4.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1) เพศ เพศหญิงจะเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย 2-3 เท่า เนื่องจากเพศหญิงมีความอ่อนไหวของอารมณ์มากกว่าเพศชาย แต่มีความกลัวและไม่กล้าจึงมักจะไม่กระทำการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับการที่เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จกว่าเพศหญิง

2) อายุ พัฒนาการในช่วงแต่ละช่วงอายุที่แตกต่างกันจะทำให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์และผลกระทบจากพัฒนาการในแต่ละวัยที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างอายุและความคิดฆ่าตัวตาย

3) สถานภาพสมรส บุคคลที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย และหย่าร้าง มักจะขาดความอบอุ่นและกำลังใจ เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวได้มากกว่าคนที่อยู่กับคู่ครองหรือสมรสอยู่ (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2540) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) ที่พบว่าผู้ที่มีความสัมพันธ์ไม่ปกติกับคู่สมรสจะส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูง

4) ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะทำให้บุคคลนั้นมีทักษะในการใช้แหล่งประโยชน์เพื่อแสวงหาข้อมูลต่างๆ ได้ดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้สอดคล้องกับการศึกษาของกรมสุขภาพจิต (2549) พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูง

5) ผู้ที่อยู่ในช่วงระหว่างพักการศึกษา ทำให้มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่เรียนหนังสือ

6) ประวัติการถูกละเมิดทางร่างกายและทางเพศในวัยเด็ก ผู้ที่ถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศจะมีความรู้สึกกลัวและเป็นบาปติดตัวไปตลอดชีวิต เกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าในตนเองส่งผลทำให้ผู้ที่ถูกทารุณกรรมทั้งทางร่างกายและทางเพศเกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ประวัติถูกละเมิดทั้งทางร่างกายและทางเพศ

7) การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ ผลของสารเสพติดมีฤทธิ์ส่งผลให้สมอง

ส่วนควบคุมอารมณ์และแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้จิตใจแปรปรวน เกิดอาการประสาทหลอน เพื่อ คลุ้มคลั่ง ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ใช้สารเสพติด

8) มีโรคทางจิตเวช เนื่องจากผู้ที่มีโรคทางจิตเวชมักแยกตัวเองจากโลกของความเป็นจริง เกิดความคิดหลงผิด หรือเห็นภาพหลอน ความคิดยุ่งเหยิง คิดเพื่อฝันและมีอารมณ์แปรปรวน ปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยส่งเสริมให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มโรคทางจิตเวช

1.4.1.2 ปัจจัยทางสังคม

1) เศรษฐฐานะตกต่ำ การที่บุคคลมีรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายต้องกู้ยืม ทำให้เกิดความเครียด ท้อถอย และนำมาซึ่งปัญหาครอบครัวในขณะที่ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสแสวงหาผลประโยชน์จากแหล่งประโยชน์ในสังคมตลอดจนสามารถอำนวยความสะดวกต่างๆในชีวิตประจำวันได้มากกว่า ดังนั้น ผู้ที่มีรายได้น้อยจึงมีโอกาสเกิดความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่มีรายได้สูง

2) ลักษณะของครอบครัวที่แตกแยก จะทำให้ขาดความอบอุ่น ว้าเหว่ เศร้าได้ง่ายเนื่องจากไม่มีคนคอยให้กำลังใจและประคับประคองจิตใจ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าครอบครัวที่ไม่แตกแยก

3) สมาชิกในครอบครัวมีประวัติทำร้ายตนเอง จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเลียนแบบวิธีการหาทางออกของปัญหา ทำให้กระตุ้นการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

4) กลุ่มที่มีรสนิยมแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ เนื่องจากสังคมยังไม่ยอมรับผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบรักร่วมเพศและรักร่วมสองเพศ ทำให้ต้องปกปิด ปิดบังตนเอง อยู่อย่างด้อยศักดิ์ศรี เกิดความรู้สึกคับแค้นใจ ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีพฤติกรรมทางเพศแบบชายและหญิง

1.4.1.3 ปัจจัยทางจิตใจ

1) แนวคิด stress-diathesis model ได้อธิบายว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากการที่บุคคลมีความเครียดและกดดันในชีวิต ร่วมกับมี diathesis คือ ภาวะเปราะบาง (Vulnerable) ที่สำคัญ เช่น การขาดความหวัง และแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Howton and Heeringen, 2009)

2) ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองตนเองในด้านลบ เห็นแต่ข้อบกพร่อง เมื่อเหตุการณ์ต่างๆเกิดขึ้นจะโทษว่าทั้งหมดเกิดขึ้นเพราะความผิดของตนเอง ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ภาวะซึมเศร้า

3) ภาวะสิ้นหวัง บุคคลเกิดความรู้สึกว่าตนเองพ่ายแพ้ ไม่สามารถออกมา

จากสถานการณ์นั้นได้ ต้องเป็นเช่นนั้นไปตลอด ไม่มีใครสามารถช่วยได้ ก็อาจเกิดภาวะสิ้นหวังตามมา มองการแก้ปัญหาในแง่ลบ และผลที่ติดตามมาในทางลบ เป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา

4) ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม พบว่าไม่มีความมั่นใจในการแก้ไข

ปัญหา เลือกวิธีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ไม่เห็นแนวทางการแก้ปัญหาอื่นๆ ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่าผู้ที่มีทักษะการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม (O'Donnell et al., 2004)

5) กระบวนการคิดไม่ยืดหยุ่น คิดสุดขั้ว ไม่สามารถปรับมุมมองให้มองแบบ

กลางๆ มองมุมอื่นเหมือนคนทั่วไปได้ ติดกับกรอบความคิดเดิมๆ ไม่มั่นใจในการหาแนวทางแก้ไข ปัญหา การแก้ปัญหาไม่เป็นระบบ ประกอบกับการที่มีอารมณ์อ่อนไหว จึงเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าคนที่มีการคิดที่ยืดหยุ่น

6) ภาวะหุนหันพลันแล่น จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นๆ ประสบปัญหากดดันแล้ว

ทนรับต่อไปไม่ได้ พยายามจะหาทางหลุดพ้นจากภาวะบีบคั้นนั้น จึงมีความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นและพยายามฆ่าตัวตายตามมา

7) เกิดแรงจูงใจในการในการทำร้ายตนเอง โดยมีสมมติฐานของการทำร้าย

ตนเอง โดยอธิบายได้ 7 รูปแบบ คือ เพื่อจัดการกับอารมณ์ด้านลบของตนเอง เป็นการลงโทษตนเอง เพื่อให้รู้สึกตัว ควบคุมตัวเองได้ เพื่อไม่ให้ฆ่าตัวตาย เป็นการยืนยันขอบเขตของตนเอง เพื่อควบคุมผู้อื่น เป็นการแสวงหาความตื่นเต้น เมื่อเกิดแรงจูงใจในการทำร้ายตนเองจะทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายจนเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามมา

สรุปได้ว่ายังไม่มีสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งที่อธิบายการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างชัดเจนแต่ผลกระทบจากปัจจัยส่วนบุคคลต่างๆ ส่งผลให้เกิดความเครียดและความกดดันรุนแรง ร่วมกับมีภาวะเปราะบางในชีวิต ที่สำคัญคือ ภาวะสิ้นหวัง ขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ เกิดแรงจูงใจในการทำร้ายตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม เนื่องจากกระบวนการคิดไม่ยืดหยุ่น สุดขั้ว ปัจจัยเหล่านี้ปัจจัยเดียวหรือหลายปัจจัยร่วมกันเป็นสาเหตุให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายในที่สุด

1.4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการฆ่าตัวตาย

1.4.2.1 ปัจจัยทางจิตวิทยา (Psychological Factor)

1.4.2.1.1 แนวคิดด้าน cognitive-behavioral

ตามแนวคิดของ Beck การมองสิ่งต่างๆและความคาดหวังของบุคคลที่มีต่อตนเอง ต่อโลก ภายนอก และต่ออนาคต ซึ่งเป็นด้านลบและไม่ตรงกับความเป็นจริง (cognitive triad) จะนำมาสู่ความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง โดยลักษณะดังกล่าว ได้แก่

- 1) การมองตน มองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ไม่มีใครช่วยตนได้ ไม่มีที่พึ่งไม่มีใครต้องการตนเอง
- 2) การมองโลกภายนอก มองว่าสิ่งรอบตัวเต็มไปด้วยปัญหายุ่งยาก แก้ไขไม่ได้ ปัญหาหนักเกินกว่าจะทนได้
- 3) การมองอนาคต มองว่าตนเองจะยังคงมีความทุกข์ ความคับข้องใจ มีปัญหาเรื้อรังและอยู่คนเดียวแบบนี้ตลอดไป

Beck เห็นว่าสิ่งที่เชื่อมโยงระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตายคือ ความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อความรู้สึกเช่นนี้ท่วมท้นขึ้นมา บุคคลนั้นๆก็อาจเลือกใช้การฆ่าตัวตายเป็นทางออกต่อสภาวะอารมณ์ที่ตนเองทนรับต่อไปอีกไม่ได้ ผู้ที่ฆ่าตัวตายเชื่อว่าความทุกข์ใจและปัญหาต่างๆที่เขาประสบอยู่ไม่มีทางดีขึ้นได้ (Beck,1979)

1.4.2.1.2 แนวคิดจิตวิเคราะห์

Sigmund Freud ได้อธิบายถึงการฆ่าตัวตายในขณะอธิบายถึงจิตพลวัต (Psychodynamic) ของภาวะซึมเศร้า ว่าคนเราส่วนใหญ่จะปรับตัวกับการสูญเสียบุคคลที่ตนเองรักผ่านกระบวนการทางพิธีกรรมต่างๆ ซึ่งจะทำให้ค่อยๆยอมรับการสูญเสียได้ในที่สุด อย่างไรก็ตาม คนบางคนไม่สามารถผ่านพ้นการสูญเสียนี้ไปได้ บุคคลเหล่านี้จะมีความทุกข์ทรมานร่วมกับความโกรธเคือง ความรู้สึกที่เขามีต่อผู้จากไปเป็นลักษณะที่รักทั้งเกลียด และจะผนวกมโนภาพของผู้ที่จากไปเข้าเป็นส่วนหนึ่งของอีโก้ (Ego) ของเขา โดยใช้กลไกทางจิตแบบการซึมซับ ความโกรธเคืองที่เขามีต่อผู้จากไปไม่สามารถแสดงออกได้ จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงมาเป็นการตำหนิ ตีเตียน ต้องการทำร้ายตนเอง เมื่อความรู้สึกนี้ท่วมท้นก็อาจนำมาสู่การฆ่าตัวตายได้ (Lester, 2005)

1.4.2.1.3 แนวคิดด้านจิตวิทยาในปัจจุบัน

1) แนวคิดของ Schineidman ได้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายไว้หลายประการ มีแนวคิดที่สำคัญของเขา 2 ประการ ได้แก่ สิ่งที่มีกพบร่วมกันในผู้ฆ่าตัวตายและcubic model ของการฆ่าตัวตาย (Schineidman, 1989)

สิ่งที่มีกพบร่วมกันในผู้ฆ่าตัวตาย

- ต้องการหาทางออกต่อปัญหา
- เป้าหมายเพื่อจะได้ไม่ต้องรับรู้อะไรอีก
- สิ่งกระตุ้น ได้แก่ ความทุกข์ทรมานใจจนทนไม่ได้
- สิ่งกดดัน ได้แก่ ความผิดหวัง ไม่สมหวัง
- ภาวะอารมณ์เป็นแบบรู้สึกสิ้นหวัง อะไรก็ช่วยไม่ได้
- รู้สึกสองจิตสองใจต่อการฆ่าตัวตาย
- มุมมองต่อสิ่งต่างๆแคบลง
- ทำเพื่อหนีความทุกข์ใจ
- แสดงออกต่อผู้อื่นเพื่อสื่อถึงความอยากตาย
- ใช้รูปแบบเดิมๆ ในการปรับตัวต่อปัญหาโดยตลอด

แบบจำลองลูกบาศก์ (Cubic model) Shneidman เสนอว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นผลจากปัจจัยทางจิตใจ 3 ด้านประกอบกัน โดยแต่ละด้านต่างก็ส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยรวม ด้านทั้ง 3 ของลูกบาศก์นี้ ได้แก่

- ความกดดันทางจิตใจ (Press) อาจเป็นทั้งเรื่องจริงหรือเป็นสิ่งที่เค้าจินตนาการไปเอง แต่การรับรู้ของเขาคือ ผู้ที่มีความเสี่ยงจะประเมินว่าสิ่งดังกล่าวรุนแรงมากสำหรับตนเอง
- ความปวดร้าวหรือทุกข์ใจ (Psychological pain) เกิดจากการไม่ได้รับการตอบสนองทางจิตใจ
- ภาวะวุ่นวายใจ (Perturbation) เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกวุ่นวายใจ จิตใจไม่มี

ความสุข หงุดหงิด ภาวะวุ่นวายใจ การมองทางออกต่อปัญหา ที่แคบลงเหลือเพียง 1 หรือ 2 อย่าง ไม่สามารถมองอะไรได้กว้างมีทางเลือกหลายๆอย่าง และความรู้สึกว่าจะต้องทำอะไรสักอย่าง โดยไม่สามารถอยู่นิ่งเฉยได้

2) Cry of pain model เป็นแนวคิดที่พัฒนาโดย Williams et al. (2005) แนวคิดนี้มองว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะกดดัน ร่วมกับการมีปัจจัยประกอบอีก 3 ประการ ได้แก่

- การตกอยู่ในภาวะล้มเหลว พ่ายแพ้ (defeat)
- ความรู้สึกว่าตนเองจนมุม ไม่อาจหนีจากสถานการณ์นี้ได้ (no escape)
- ความรู้สึกที่ไม่มีอะไรช่วยได้ ภาวะเช่นนี้จะไปตลอดไป (no rescue)

3) ทฤษฎีสามขั้นตอน (3ST) ของความคิดสู่การฆ่าตัวตายหรือ the Ideation -to - action framework: the Three-Step Theory (3ST) (Klonsky and May, 2015; Klonsky, May, and Saffer, 2016) ทฤษฎีนี้จึงมีความเชื่อว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกคนเป็นผู้ที่เคยมีประสบการณ์ของการมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อน โดยการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) เกิดจาก 3 ขั้นตอน คือ

- ขั้นตอนที่ 1 คือ การที่บุคคลเกิดความเจ็บปวด ส่วนใหญ่เจ็บปวดทางจิตใจ และมีภาวะสิ้นหวัง (hopelessness)
- ขั้นตอนที่ 2 คือ การที่บุคคลมีความเจ็บปวดและมีภาวะสิ้นหวัง ความรู้สึกเชื่อมโยงกับบุคคลหรือกลุ่ม (connectedness) คือ ปัจจัยป้องกันที่สำคัญต่อความคิดฆ่าตัวตายซึ่งอาจมีลดลง
- ขั้นตอนที่ 3 คือ หากมีปัจจัยโน้มนำและมีปัจจัยกระตุ้น จะทำให้การพยายามฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ง่าย

1.4.2.2 ปัจจัยทางสังคมวิทยา (Sociological Factor)

1.4.2.2.1 แนวคิดของ Emile Durkheim

การฆ่าตัวตายมิใช่พยาธิสภาพเฉพาะบุคคล แต่อธิบายได้ว่ามีความสัมพันธ์ในเชิงผกผันกับบูรณาการทางสังคม (social integration) ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์ของบุคคลนั้นๆกับสังคมและความสัมพันธ์ที่สังคมมีต่อบุคคล ใช้แบ่งการฆ่าตัวตายเป็น 4 กลุ่มคือ (Bille, 2000)

1) Altruism suicide บุคคลมีความผูกพันกับกลุ่มมากจนยอมสละชีพเพื่อกลุ่มหรือสังคม เป็นการฆ่าตัวตายเพื่ออุทิศตนเองหรือเพื่ออุดมการณ์ของสังคมซึ่งมีความสำคัญว่าตนเอง เช่น ประท้วงสงครามโดยเผาตัวเอง และ ผู้ก่อการร้ายโดยระเบิดพลีชีพ

2) Fatalism suicide เป็นการที่บุคคลนั้นๆถูกควบคุมโดยกฎระเบียบในสังคมเข้มงวดเกินไป จนเขาไม่มีความเป็นตัวตนของตนเอง ไม่มีอิสรภาพ

3) Egoism suicide ได้แก่ การที่บุคคลไม่มีความผูกพันกับสังคมหรืออยู่แต่กับตนเอง ไม่รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เนื่องจากครอบครัวย่ำแย่ ทำให้ชีวิตมีแต่ความแห้งแล้งหรือซึมเศร้า ทำให้ไร้จุดหมายในชีวิต เมื่อมีปัญหาจึงอาจเกิดการฆ่าตัวตายได้ง่ายกว่าผู้ที่มีความผูกพันกับสังคมอัตราการฆ่าตัวตายสูง

4) Anomie หรือ anomic suicide เกิดเมื่อกฎระเบียบ ข้อปฏิบัติ หรือ การ

ควบคุมจากสังคมเปลี่ยนแปลงไป มีการขาดความสมดุลระหว่างความต้องการและวิถีทางเพื่อให้ได้มาตามที่ต้องการ บุคคลรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคมทอดทิ้งละเลย การฆ่าตัวตายแบบนี้เกิดขึ้นในช่วงที่สังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น หลังภาวะวิกฤติเศรษฐกิจ การหย่าร้าง ซึ่งทำให้การดำรงชีวิตตามระเบียบที่คุ้นเคยถูกระทบบกระเทือนมาก

1.4.2.2 แนวคิดทางสังคมวิทยาในปัจจุบัน

1) ความยากจน ทำให้คนเข้มแข็ง ทำให้คนเติบโตขึ้นอย่างฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆในชีวิต มีความเข้มแข็งต่อสิ่งกดดันที่เข้ามา ทำให้การฆ่าตัวตายต่ำ ส่วนคนที่มีฐานะดีจะเข้มแข็งน้อยกว่า จึงพบการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ยากจน ขณะที่ผู้ที่มีความเห็นตรงข้ามมองว่า ผู้ที่ยากจนจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเนื่องจากผู้ที่ยากจนมีปัญหาต่างๆมาก ปัญหาการครองชีพ การหย่าร้าง การติดสุรา (Bille, 2000)

2) การตกงาน การตกงานทำให้บุคคลนั้นมีปัญหาทางการเงินอย่างฉับพลัน ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆตามมา มีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกไร้ค่าเกิดการฆ่าตัวตายตามมาได้ (Shah, 2008)

3) การแต่งงาน การแต่งงานมีส่วนปกป้องการฆ่าตัวตายโดยการแต่งงานทำให้บุคคลเกิดความผูกพันกับการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น เปลี่ยนมุมมองและเป้าหมายในชีวิตไปให้ความสำคัญของครอบครัวเป็นหลัก หมกมุ่นกับปัญหาของตนเองลดลง ดังนั้นจะทุกข์ใจกับปัญหาตัวเองลดลง จึงพบการฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ที่เป็นโสด (Masocco et al.,2008)

4) ศาสนา เป็นปัจจัยปกป้องต่อการฆ่าตัวตายได้หลายประการ เช่น การมีความเชื่อหรือข้อห้ามในการฆ่าตัวตายในศาสนานั้นๆ การรู้สึกตนเองมีที่ยึดเหนี่ยวไม่โดดเดี่ยว (Lester, 2006)

5) การเลียนแบบ การฆ่าตัวตายโดยการเลียนแบบ มักพบในกรณีผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีชื่อเสียง การลงข่าวของสื่อทำให้ผู้อ่านเกิดความรู้สึกว่าการฆ่าตัวตายเป็นทางเลือกหนึ่งในการแก้ปัญหา ทำให้ผู้อ่าน รู้สึกว่าการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่ไม่น่ากลัว ทำให้เกิดการเลียนแบบ และมีปัจจัยเสริม คือ ลักษณะบุคลิกภาพของผู้คิดฆ่าตัวตาย อายุของผู้ที่ถูกกระทำและปัญหาที่เคำประสบในขณะนั้นด้วย (Cheng et al., 2007)

1.4.2.3 ปัจจัยทางชีวภาพ(Biological Factor)

1) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทหรือสารเคมีในสมองพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเกิดอารมณ์ผิดปกติ ได้แก่ ซีโรโทนิน (serotonin) โดปามีน (Dopamine) นอร์อิพิเนพริน (Norepinephrine) และอมิโนบิวทริกแอซิด (Gamma - amino-butyric- acid) และพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีระดับซีโรโทนิน (serotonin) หรือ 5-hydroxytryptamine (5-HT) ในระดับที่ต่ำกว่าปกติมาก (Mann, 2003)

2) ระดับคอเลสเตอรอล (Cholesterol) กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยฆ่าตัวตายจะมีระดับคอเลสเตอรอลต่ำกว่าผู้ที่ไม่แสดงพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Huan et al., 2004)

1.5 การประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

เนื่องจากปรากฏการณ์การฆ่าตัวตายได้ก่อให้เกิดความสูญเสียทั้งด้านจิตใจ เศรษฐกิจ สังคม เป็นอย่างมาก อีกทั้งความคิดฆ่าตัวตายมีความสำคัญในการทำนายการเกิดพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จตามมา ดังนั้นการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมฆ่าตัวตายควรให้ความสำคัญกับการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตายเป็นอันดับแรก (ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์, 2555) อีกทั้งการถามเพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ไม่ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น จึงควรประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่เห็นว่ามีความเสี่ยงเพื่อจะได้ให้การดูแลรักษาที่เหมาะสมต่อไป (นิธิญาณ จำปาแดงและคณะ, 2556) โดยการประเมินความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น ควรถามถึงความถี่และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งประเมินถึงโอกาส ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ รวมไปถึงการถามวิธีการที่คิดจะใช้ การเตรียมการ หากยังไม่แน่ใจข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วย อาจจำเป็นต้องถามประวัติส่วนนี้จากญาติด้วย ผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักจะมีความรู้สึกสองจิตสองใจอยู่

ตลอดแม้จะก่อนการกระทำ มีการแกว่งไกวของความคิดระหว่างความอยากตายกับความอยากมีชีวิตอยู่ (มาโนช หล่อตระกูล, 2545) หากเข้าใจในจุดนี้สามารถประเมินความคิดฆ่าตัวตายได้ก่อนสามารถชี้ให้ผู้ป่วยมองเห็นทางแก้ปัญหา มีความคิดอยากมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้

มาโนช หล่อตระกูล (2544) ได้กำหนดแนวทางการถามความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

- 1) คุณรู้สึกว่าจะไม่ได้อยากอยู่หรือไม่รู้จะอยู่ต่อไปทำไมไหม
- 2) คุณคิดถึงกับอยากตายให้พ้นๆไหม
- 3) คิดเรื่องนี้บ่อยแค่ไหน
- 4) ผื่นหรือห้ามไม่ให้คิดได้ไหม
- 5) เริ่มคิดตั้งแต่เมื่อไร
- 6) มีเหตุการณ์หรือความกดดันอะไรที่ทำให้คุณเกิดความคิดนี้
- 7) ได้มีแผนใหม่ว่าจะทำอย่างไร
- 8) คิดใหม่ว่าจะทำอย่างไร
- 9) เคยคิดถึงกับทดลองทำไหม
- 10) ที่บ้านมีปืน มีเชือกหรือหรือของมีคมไหม มีชื่อยามาสะสมไว้ไหม

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่นิยมใช้ในปัจจุบัน มีดังต่อไปนี้

1.5.1 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมกับภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นสำหรับคัดกรองเพื่อให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์, 2555)

1.5.2 แบบประเมินทางคลินิกในโรคประสาทและจิตเวช ซึ่งได้ทำการพัฒนาโดยการคัดเลือกเนื้อหาและข้อคำถามบางส่วนของแบบประเมินทางคลินิกในโรคประสาทและจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (schedules for clinical assessment in neuropsychiatry (SCAN) version

2.1 และแบบประเมินของกรมสุขภาพจิตรวมกัน ได้แก่ ส่วนที่ 6 คือ ส่วนของความรู้สึกซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย (depress mood and suicidal ideation) ส่วนที่ 7 คือ ส่วนของความคิด สมาธิ พลังงาน ความสนใจ เป็นคำถามเพื่อประเมินกระบวนการคิด (cognition) ส่วน ที่ 8 คือ ส่วนของหน้าที่เกี่ยวกับร่างกาย (bodily function) หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามกระบวนการของการวิจัย พัฒนาเป็นแบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide risk screening test) ที่มีข้อคำถาม ทั้งหมด 10 ข้อ โดยแบบสอบถามนี้สามารถคัด กรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ตั้งแต่บุคคลที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป โดยผู้ที่ใช้เครื่องมือฉบับนี้จะต้องผ่านการอบรมเครื่องมือก่อนนำไปใช้ (ปริยศ กิตติธรี ระศักดิ์, 2555)

1.5.3 DS8 หรือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฉบับ ปี ค.ศ. 2009 เป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย ในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 8 ข้อ แบ่งออกเป็นแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าจำนวน 6 ข้อ และคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2 ข้อ (ปริยศ กิตติธรีระศักดิ์, 2555)

1.5.4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง (current suicide risk) ซึ่ง เป็นส่วนหนึ่งในแบบสัมภาษณ์โรคประสาทและจิตเวชนานาชาติฉบับย่อ (mini international neuropsychiatric intervention version 5.00) ฉบับภาษาไทย ทำการแปลและทดสอบความเที่ยง และความเชื่อถือโดย พันธุ์ภาและมธุริน ซึ่งแบบประเมินนี้สร้างขึ้นเพื่อวินิจฉัยโรคทางจิต โดย พยาบาลที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้ M.I.N.I. ซึ่ง ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเป็นเพียง ส่วนหนึ่งของแบบประเมินจากทั้งหมด 16 ชุด ซึ่ง จำกัดการนำไปใช้เฉพาะพยาบาลผู้ผ่านการอบรม การใช้เครื่องมือเท่านั้น (ปริยศ กิตติธรีระศักดิ์, 2555)

1.5.5 แบบประเมิน Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) ซึ่งเดิมเป็นแบบ ประเมินความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วยคำถามจำนวน 30 คำถาม ในการประเมินความถี่ ของความคิดฆ่าตัวตายของวัยรุ่น โดยอัตราความถี่นั้นจะแบ่งออกเป็น 7 ช่วงคะแนน คะแนนเริ่มจาก 0-6 คะแนน โดย 0 คะแนน คือไม่เคยเลย จนถึง 6 คะแนน คือเกือบทุกวันและนำคะแนนทั้งหมดมา รวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-150 คะแนน จุดตัดของคะแนนจะใช้ตัดสินว่า ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายจะต้องมีการประเมินอาการโดยจิตแพทย์ สำหรับเด็กที่อยู่ ในระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมต้น จะมีการประเมินโดยใช้ SIQ-JR ซึ่งคล้ายกับ SIQ แต่สั้นกว่า คือ มีเพียง 15 ข้อ และมีการพัฒนาให้นำมาใช้สำหรับผู้ใหญ่ ในปี ค.ศ.1991 แบบประเมินนี้เป็นแบบ ประเมินตนเอง ประกอบไปด้วย 25 ข้อคำถามซึ่งประเมินตนเองถึงความถี่ความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาโดย เรย์โนลด์ส์ มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาคอร์นบาคเท่ากับ 0.96 (Raynolds , 1991)

1.5.6 แบบประเมิน Beck Scale for Suicidal Ideation (BSS) เป็นแบบ

ประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (Beck et al, 1988) ซึ่งแปลโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มัยจิ้น มีจำนวน 19 ข้อ คำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดยให้ 0 คะแนน คือ ไม่มีเลย ให้ 1 คะแนน คือ มีเล็กน้อย และให้ 2 คะแนน คือ ปานกลางถึงมาก และนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน ซึ่งคะแนน 0-6 คะแนน หมายถึงมีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และ 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาคอร์นบาคเท่ากับ 0.81 (ปริยศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มัยจิ้น, 2558)

1.5.7 แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย (Suicide Ideation Scale: SIS) สร้างขึ้น

โดยรูด (Rudd) ในปี ค.ศ.1989 เป็นแบบประเมินตนเอง ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ซึ่งจะประเมินถึงระดับความรุนแรงหรือความตั้งใจของความคิดฆ่าตัวตาย (Rudd, 1989) คำถามเป็นลักษณะให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 1-5 โดยคะแนน เริ่มจากไม่มีเลย จนถึงมีอยู่ตลอดเวลา และนำคะแนนทั้งหมดมารวมกันเป็นคะแนนของแบบทดสอบ มีค่าระหว่าง 10-50 คะแนน มีค่าความเชื่อมั่นอัลฟาคอร์นบาคเท่ากับ 0.86

งานวิจัยนี้เลือกแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของBeck ซึ่งแปลโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มัยจิ้นมาใช้เพื่อประเมินความคิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากแบบประเมินนี้พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถามที่เกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย การวางแผนฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ความถี่และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งมีข้อคำถามถึงความเป็นไปได้ในการกระทำ มีคำถามถึงวิธีการที่คิดจะใช้ และการเตรียมการต่างๆ เพื่อให้ นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป

1.6 แนวทางการวินิจฉัยการพยายามฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ICD-10 ย่อมาจาก International Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision เป็นบัญชีโรคย่อยหนึ่งจากบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับทบทวนครั้งที่ 10 (ICD-10) จัดทำขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก

(WHO) มีวัตถุประสงค์ในการจัดประเภทการเจ็บป่วยตามเกณฑ์เพื่อใช้บันทึกเพื่อรวบรวมเป็นข้อมูลทางสถิติในการวางแผนสุขภาพในระดับสากล ซึ่งเป็นรหัสของโรคและอาการ อาการแสดง ความผิดปกติที่ตรวจพบ อาการนำ สภาพสังคม หรือสาเหตุภายนอกของการบาดเจ็บหรือโรค โดยมีการให้รหัสการวินิจฉัยการพยายามฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ดังนี้

รหัส X60-X84 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเอง

รหัส X60 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาระงับปวดที่ไม่เข้าฝิ่น ยาลดไข้ และยาต้านรูมาติก

รหัส X61 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาต้านชัก ยาระงับประสาท-ยานอนหลับ ยาต้านพาร์กินสัน และยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตใจ มิได้จำแนกไว้ที่ใด

รหัส X62 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาเสพติดและสารก่อประสาทหลอน มิได้จำแนกไว้ที่ใด

รหัส X63 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทอัตโนมัติ

รหัส X64 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยา ตัวยาและสารชีวภาพอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด

รหัส X65 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากแอลกอฮอล์

รหัส X66 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากตัวทำละลายอินทรีย์ และสารฮาโลเจนเตตระไฮโดรคาร์บอนรวมทั้งไอของสารเหล่านี้

รหัส X67 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากแก๊สและไออื่น

รหัส X68 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากยาฆ่าศัตรูพืชและสัตว์

รหัส X69 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยพิษจากสารเคมีและสารพิษอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด

รหัส X70 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการแขวนคอ รัดคอ และทำให้หายใจไม่ออก

รหัส X71 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการทำให้จมน้ำ

รหัส X72 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนพก

รหัส X73 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนไรเฟิล ปืนลูกซอง และปืนที่ใหญ่กว่า

รหัส X74 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยกระสุนปืนอื่นและที่ไม่ระบุรายละเอียด

รหัส X75 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุระเบิด

รหัส X76 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยควันทัน โฟและเปลวไฟ

รหัส X77 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยไอน้ำ ไอร้อน และวัตถุร้อน

รหัส X78 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุมีคม

รหัส X79 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวัตถุไม่มีคม

รหัส X80 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการกระโดดลงจากที่สูง

รหัส X81 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการกระโดดหรือนอนขวางวัตถุที่กำลังเคลื่อนที่

รหัส X82 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยการทำให้ยานยนต์ชน

รหัส X83 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีอื่นที่ระบุรายละเอียด

รหัส X84 คือ การตั้งใจทำร้ายตนเองด้วยวิธีที่ไม่ระบุรายละเอียด

งานวิจัยนี้เลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69- X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ตามแนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลตราด

1.7 ผลกระทบของความคิดฆ่าตัวตาย

องค์การอนามัยโลก ปี 2010 รายงานว่ามีผู้ได้รับผลกระทบจากการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจากผู้ใกล้ชิดอีกประมาณ 50-120 ล้านคน ปัญหาการพยายามฆ่าตัวตายไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของบุคคลเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมกว้างอีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2547) ผู้ที่มีประวัติญาติสนิทหรือบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่เคยมีญาติสนิทหรือมีบุคคลในครอบครัวฆ่าตัวตาย เนื่องจากเป็นการเรียนรู้โดยตรงจากการสังเกตและปฏิบัติตามผู้อื่น (ตรุณี เลิศบริษา, 2545) การพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตส่งผลให้เกิดความสูญเสียจากการเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือพิการทุพพลภาพตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตของคนในครอบครัวและผู้ใกล้ชิด ในระดับสังคมเป็นการสูญเสียแรงงานผลิตและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

1.8 การบำบัดรักษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตาย

1.8.1 การให้คำปรึกษาในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

การให้คำปรึกษาในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์หาสาเหตุ พื้นฐานของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมตลอดจนทักษะในการจัดการปัญหา โดยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษา ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

ความต้องการการให้คำปรึกษาในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่คิดฆ่าตัวตาย มักเกิดจากความรู้สึกและปัญหาต่างๆ ดังนี้

- 1) ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า หมดหวังในชีวิต
- 2) รู้สึกว่าปัญหาของตนมากจนไม่มีใครสามารถช่วยเหลือได้
- 3) มีความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนเลว ทำผิดไว้มากมายมหาศาล สมควรแก่การลงโทษ
- 4) มีความรู้สึกน้อยใจ ผิดหวัง ต้องการประท้วงอะไรบางอย่าง
- 5) มีความรู้สึกที่ไม่ได้รับการยอมรับ สูญเสียศักดิ์ศรีและความเป็นคน
- 6) เกิดอารมณ์โกรธรุนแรง
- 7) หวาดกลัว อะไรบางอย่าง เช่น กลัวการเจ็บปวด กลัวความตาย
- 8) ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย หรือเป็นโรคเรื้อรัง
- 9) ความรู้สึกโกรธรุนแรง ต้องการระบายอารมณ์

หลักการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ดำเนินการ ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพด้วยการสนทนา สัมภาษณ์ สนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษา พูดยระบาย

ความทุกข์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น

2) อาจใช้หลักการเจรจาต่อรองในระยะวิกฤต ยืดเวลาการพยายามทำร้ายตนเอง จากนั้นสร้างความหวัง

3) ผู้ให้คำปรึกษา วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ เพื่อทำความเข้าใจประเด็นต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางการช่วยเหลือ

- 4) วิเคราะห์จุดอ่อน จุดแข็งในการปรับตัว บุคลิกภาพ ตลอดจนสถานการณ์ปัญหา

5) กำหนดแผนการให้คำปรึกษา ดังนี้

- เน้นการเข้าใจตนเอง การยอมรับปัญหาของตนเองพร้อมที่จะพัฒนาตนเองในการเผชิญปัญหา
- พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง สร้างเจตคติที่ดีต่อตนเอง
- สร้างเสริมกำลังใจให้แก่ตนเอง

- ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการมองตนเอง

เทคนิคการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การดำเนินการให้คำปรึกษาผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะต้องพยายามพัฒนาความรู้สึกและความคิดของผู้รับคำปรึกษา ให้หลุดพ้นจากการคิดเกี่ยวกับการพยายามทำร้ายตนเอง โดยดำเนินการดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553)

1) การยอมรับ (Acceptance) ในขั้นตอนแรกผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยอมรับผู้รับคำปรึกษาโดยไม่มีเงื่อนไข ไม่ว่าจะผู้รับคำปรึกษาจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมอย่างไร ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมักมาด้วยความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายชีวิต การยอมรับอาจแสดงออกโดยการกล่าวทักทายด้วยใบหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส

2) การเข้าใจ (Understanding) ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาพูด เล่า หรือระบายปัญหา ผู้ให้คำปรึกษารับฟัง อาจแสดงท่าทีหรือพูดให้ผู้รับคำปรึกษารับรู้ว่าผู้ให้คำปรึกษาเข้าใจ และพยายามรับฟังเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและหาทางช่วยเหลือผู้รับคำปรึกษาจริงๆ

3) การเห็นใจ (Empathy) ผู้ให้คำปรึกษารับฟังผู้รับคำปรึกษาด้วยความตั้งใจ แสดงถึงความเห็นใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือ ในขณะที่ผู้รับคำปรึกษาเล่าถึงเหตุการณ์ ความทุกข์หรือสถานการณ์ที่เป็นความเศร้า ผู้ให้คำปรึกษาแสดงความรู้สึกหรือพูดให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่าตนเสียใจด้วย อาจใช้มือสัมผัสผู้รับคำปรึกษา ให้รู้ว่าเราร่วมรู้สึกด้วยในระดับที่เหมาะสม ไม่หัวเราะหรือขบขัน เมื่อรู้สึกว่าคุณผู้รับคำปรึกษาแสดงอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม

4) การตีความ (Interpretation) ในขณะที่สนทนา ผู้รับคำปรึกษาอาจพูดหรือเล่าเหตุการณ์ของตนเอง วกวน สับสนหรือพูดซ้ำซากไปมาหลายครั้ง เนื่องจากกังวลอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ ผู้ให้คำปรึกษาอาจใช้คำพูดตีความให้ผู้รับคำปรึกษาทราบว่า เขากำลังพูดเรื่องอะไร กำลังรู้สึกอย่างไร

5) การสนับสนุน (Supportive) การสนับสนุนจะใช้เมื่อผู้รับคำปรึกษาอยู่ในภาวะพยายามจะจัดการอะไรบางอย่าง แต่ไม่สามารถทำได้ ท้อแท้ หมดหวัง ไม่แน่ใจ ไม่มั่นใจ ผู้ให้คำปรึกษาใช้คำพูดสนับสนุนเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามั่นใจและแสดงออกได้หรือสนับสนุนให้ผู้รับคำปรึกษากล้าพูดกล้าตัดสินใจ กล้าแสดงออก

6) การใช้คำพูดสะท้อน (Reflection) อาจใช้ทั้งการพูดสะท้อนอารมณ์ ความรู้สึกและความคิด

7) การให้กำลังใจ (Assurance & Reassurance) การให้กำลังใจจะมีลักษณะคล้ายการ

สนับสนุนแต่มีลักษณะที่เน้นการชมเชยในสิ่งที่ผู้รับคำปรึกษาพูด หรือแสดงออกสิ่งที่เหมาะสม ผู้ให้คำปรึกษากล่าวชมเชยเพื่อให้ผู้รับคำปรึกษาเกิดกำลังใจและมั่นใจในตนเองเป็นการสนับสนุนความสามารถและความมั่นใจของผู้หมดหวังและท้อแท้และไม่มั่นใจได้เป็นอย่างดี

8) การเสนอแนะ (Suggestion) การเสนอแนะในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จากการศึกษา

พบว่า ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมักมีความรู้สึกหมดหวัง ขาดอิสระ ขาดทางเลือก ไม่มีคุณค่า ผู้ให้คำปรึกษาเสนอทางเลือกให้ผู้รับคำปรึกษาได้เรียนรู้ ได้รับทราบถึงแนวทางที่หลากหลาย ความหวังที่ยังเป็นไปได้ เพื่อให้ผู้รับคำปรึกษามองเห็นและพบทางเลือกสำหรับตนเอง บุคคลเมื่อรับรู้ว่ายังมีทางเลือกและยังมีความหวัง จะเกิดกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และล้มเลิกความคิดทำร้ายตนเอง เมื่อผู้รับคำปรึกษาคิดและเลือกแนวทางชีวิตได้ เขาจะเกิดประสบการณ์และสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งให้กับตนเองได้ดีขึ้นเรื่อยๆ และมั่นคงตลอดไป

ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษา ภายหลังการให้คำปรึกษา ผู้รับคำปรึกษามีพัฒนาการ ดังนี้

- 1) ปลอดภัย และล้มเลิกความคิดทำร้ายตนเอง
- 2) เข้าใจตนเองและปัญหาของตนเอง ยอมรับสภาพปัญหาของตนเอง
- 3) พยายามแก้ไขปัญหาและแสวงหาแนวทางการจัดการกับปัญหาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา
- 4) มีความมุ่งมั่นในการพัฒนาตนเองและทักษะในการเผชิญปัญหาร่วมกับผู้ให้คำปรึกษา
- 5) มีเจตคติที่ดีต่อตนเอง มองโลกในแง่ดี มองเห็นคุณค่าในตัวเองได้ดีขึ้น
- 6) มีกำลังใจและความหวัง
- 7) มีความมั่นใจในการปรับตัวดีขึ้น
- 8) ปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายอย่างเข้มแข็ง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคในการให้คำปรึกษาต่างๆ ในทุกขั้นตอนของการบำบัดแบบสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะสิ้นหวังและขาดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้บำบัดเกิดความเข้าใจและยอมรับในตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีกำลังใจ มีความหวัง มีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ สามารถแสวงหาแนวทางการเผชิญปัญหาเพื่อลดความเครียดและแรงกดดัน และมีแนวทางการเผชิญความคิดฆ่าตัวตาย สามารถปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายได้

1.8.2 การบำบัดผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.8.2.1 จิตบำบัดระยะสั้น

จิตบำบัดระยะสั้น (Brief intervention) เป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาไม่นาน มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยร่วมมือกับผู้ที่รักษาเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น

1.8.2.1.1 จิตบำบัดแบบแก้ไขปัญหา (Problem – solving therapy)

มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดทักษะในการแก้ไขปัญหโดยวิธีอื่นที่ต่างไปจากเดิม มีการศึกษาว่า การแก้ไขปัญหของผู้ที่ทำร้ายตนเองมักจะขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและบุคคลรอบตัว มากกว่าที่จะมุ่งหาแนวทางเอง ผู้ป่วยมีวิธีการแก้ปัญหไม่ยืดหยุ่น ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่มีแนวทางอื่นในการแก้ไขปัญห การทำจิตบำบัดแบบนี้มุ่งแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าวของผู้ป่วย โดยการเพิ่มให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการพิจารณาว่าปัญหาของเขาอยู่ตรงไหน เข้าใจปัญหาของตนเอง ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหในเชิงบวก (Pollock and William., 2004)

1.8.2.1.2 จิตบำบัดแบบ solution-focus brief therapy

จะทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความสนใจจากเดิมที่หมกมุ่นอยู่กับปัญหาหรือจุดบกพร่อง มาสู่การมองทางออกและการเสริมสร้างศักยภาพของตนเอง เลือกทำในสิ่งที่ได้ผล สิ่งไหนที่ไม่ได้ผลก็หาทางเลือกอื่นที่แตกต่างไปจากเดิม ผู้รักษาจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเข้มแข็งทางใจที่เพิ่มขึ้น และร่วมมือกับผู้ป่วยในการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และมีความเป็นไปได้ โดยมองว่า การเปลี่ยนแปลงสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา อาจเปลี่ยนแปลงครั้งละเล็กน้อย เมื่อเกิดหลายๆครั้งก็จะนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มขึ้นและมั่นคงมากขึ้นในที่สุด ผู้บำบัดจะส่งเสริม ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยไม่มองปัญหาเดิมๆ โดยมีแนวทางในการพบผู้ป่วยแต่ละครั้ง ได้แก่ การประเมินว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงจากครั้งก่อน อย่างไรบ้าง ผู้ป่วยทำได้อย่างไร พยายามส่งเสริมศักยภาพและสร้างความรู้สึกแก่ผู้ป่วยว่าตนเองทำได้ ในการรักษาจะพบผู้ป่วยประมาณ 4- 5 ครั้ง ในช่วงเวลา 8-15 สัปดาห์ การมีระยะเวลาที่ค่อนข้างห่างกัน ส่วนหนึ่งเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีเวลาในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง จะมีประเด็นที่ผู้รักษาจะส่งเสริมให้กำลังใจในการกระทำ (Henden, 2008)

1.8.2.2 จิตบำบัดแบบจิตพลวัต

จิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic psychotherapy) มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีที่มาจากความขัดแย้งของจิตใจในส่วนจิตไร้สำนึก เหตุการณ์ปัจจุบันเป็นการเกิดขึ้นซ้ำของสิ่งที่เคยเกิดในอดีต แรงผลักดันดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยต่อต้านการรักษา (resistance) การเกิด transference ของผู้ป่วยต่อผู้รักษาเป็นเครื่องมือสำคัญที่ผู้รักษาใช้ในการรักษาผู้ป่วย นอกจากนี้

ผู้รักษายังคอยระวังการเกิด countertransference เช่น ความรังเกียจ rescue fantasy ของตนเอง เนื่องจากจะทำให้การรักษามีปัญหาได้โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) ทำให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดตามมา (Gabbard and Allison, 2006)

1.8.2.3 จิตบำบัดแบบ cognitive – behavioral

จิตบำบัดแบบ cognitive – behavioral มีมุมมองว่า คนเราจะตอบสนองทั้งทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมต่อเหตุการณ์ต่างๆในชีวิตอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นรับรู้และตีความสิ่งที่เกิดขึ้นต่อเขาอย่างไร กระบวนการรู้คิด (cognitive process) และการตีความเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในจิตสำนึก บุคคลสามารถรับรู้และสังเกตความคิดของตนเองและไตร่ตรองได้ แนวคิดนี้มองว่าผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมักมีลักษณะการรู้คิดเบี่ยงเบนไปหลายประการ ได้แก่ selective abstraction คือ การมองเรื่องจากบางส่วนของทั้งหมดและเชื่อตามนั้น โดยไม่สนใจว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นอยู่ในบริบทอะไร ขึ้นอยู่กับอะไรบ้าง overgeneralization คือ ขยายเรื่องเล็กเป็นเรื่องใหญ่ และเชื่อว่าเรื่องใหญ่ก็เป็นเช่นนั้น และ dichotomous thinking คือ มองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองแบบสุดขั้ว ไม่ขาวก็ดำ ไม่มีตรงกลาง เป็นต้น และแนวคิดนี้ยังมองอีกว่า กระบวนการรู้คิดและเนื้อหาของความคิดสามารถปรับเปลี่ยนได้ ซึ่งนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมติดตามมา จุดมุ่งหมายของการรักษาคือเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความนึกคิดของตนเองที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงอันเป็นที่มาของปัญหา ผู้ป่วยมีทางเลือกอื่นในการแก้ปัญหาจากมุมมองที่เปลี่ยนไป จากนั้นจะเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับความเป็นจริงมากขึ้น และได้เรียนรู้แนวทางที่จำเป็นต่อการจัดการกับความกดดันในชีวิตที่เข้ามาได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้บำบัด (Beck, 1979)

1.8.2.4 จิตบำบัดแบบ dialectical behavior

จิตบำบัดแบบ dialectical behavior (Dialectical behavior therapy - DBT) เป็นการบำบัดผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งพัฒนา โดย Marsha Linehan โดยในช่วงแรก Linehan ใช้จิตบำบัดวิธีนี้ในการรักษาผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติแบบ borderline ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเมื่อประสบความกดดัน จิตบำบัดวิธีนี้มีจุดเริ่มต้นจาก cognitive – behavioral และพัฒนากระบวนการรักษาบางประการที่แตกต่างกัน แนวคิดของวิธีนี้มองว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตายบ่อยๆ เกิดจากการขาดทักษะในการควบคุมตนเองและทักษะในการอดทนต่อความกดดัน โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษา ได้แก่ เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะด้านสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

ทนต่อความกดดันได้มากขึ้นและจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น หลักการบำบัดที่สำคัญ คือ ผู้ที่รักษาเห็นความสำคัญของผู้ป่วย ยอมรับปัญหาของผู้ป่วย ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองขึ้นไปอีก (acceptance and change) การบำบัดในช่วงแรกจะมุ่งทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยคงที่มากขึ้น และควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมทำร้ายตนเอง มีการวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมที่นำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยพยายามหาว่ามีกระบวนการอะไรที่เกิดขึ้นซ้ำๆ บ้างและหารูปแบบการตอบสนองใหม่ที่เหมาะสมและสร้างสรรค์กว่าเดิม ระยะต่อมาจะเน้นการแก้ไขปัญหาค้นหาเดิมที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาทางจิตใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ได้ดีขึ้น และท้ายสุดจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกดีต่อตนเองโดยไม่แกว่งไกวตามสภาพแวดล้อมมากดังแต่ก่อน การบำบัดใช้แนวทางของวิธีการพฤติกรรมบำบัดค่อนข้างมาก เช่น การฝึกทักษะการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์พฤติกรรมดูว่า ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไป ส่งผลให้การแก้ปัญหาไม่ตรงกับความเป็นจริง จากนั้นจะเสนอแนวทางใหม่ในการแก้ไขปัญหา เมื่อนำไปทดลองใช้แล้วไม่ได้ผล อาจต้องมีการประเมินปรับเปลี่ยน เทคนิคในการบำบัดที่น่าสนใจประการหนึ่ง คือ การนำแนวทางของพุทธศาสนาได้แก่การฝึกสติมาประยุกต์ใช้ ผู้บำบัดจะสอนให้ผู้ป่วยมองความคิดในมุมมองที่ต่างไปจากเดิม หรือหันเหความสนใจไปจากความคิดที่ทำให้เกิดปัญหา (dysfunctional thoughts) แทนที่จะพยายามหักห้ามหรือไปเปลี่ยนความคิดโดยจะสอนให้ผู้ป่วยดึงตัวเองออกมาจากความคิดนั้น ให้ความสนใจสิ่งที่คิดและรับรู้ความคิดนั้นว่าเป็นเพียงสิ่งที่เข้ามาในใจของตนเอง ซึ่งไม่จำเป็นต้องพยายามเปลี่ยนหรือต่อต้านใดๆ ความคิดในแง่ลบต่อตนเองที่เกิดขึ้น ผู้บำบัดจะฝึกให้ผู้ป่วยแค่เพียงมองความคิดที่เกิดขึ้นหรือไม่ก็มองว่าตนเองทำอะไรบ้าง เป็นการมองสิ่งที่จริงแทนที่จะจมอยู่กับการตัดสินตนเอง (Linehan, 1983)

จากการวิจัยครั้งนี้เลือกใช้การบำบัดแบบจิตบำบัดระยะสั้น (Brief intervention) เนื่องจากเป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาไม่นาน มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยร่วมมือกับผู้รักษาเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น โดยมุ่งค้นหาปัจจัยกระตุ้นเฉพาะบุคคลของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยมีบทบาทในการพิจารณาว่าปัญหาของเขาอยู่ตรงไหน เข้าใจปัญหาของตนเอง ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาในเชิงบวก จนผู้ป่วยสามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง ผสมผสานกับจิตบำบัดแบบ dialectical behavior (Dialectical behavior therapy - DBT) ที่มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตายเกิดจากการขาดทักษะในการควบคุมตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น มีทักษะด้านสัมพันธภาพดีขึ้นและจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น มีหลักการบำบัดที่สำคัญ คือ ผู้ที่รักษาเห็น

ความสำคัญและยอมรับปัญหาของผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตนเองขึ้นไปอีก (acceptance and change) มีการวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมที่นำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในช่วงแรกจะมุ่งทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยคงที่มากขึ้นและควบคุมพฤติกรรมได้ดีขึ้น การฝึกทักษะการแก้ปัญหา สามารถจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้

1.9 บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

สิ่งสำคัญในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ พยาบาลต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะในการช่วยเหลือผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายซึ่งการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามกระบวนการพยาบาลนั้น มีดังนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.9.1 การรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินความเสี่ยงและแรงจูงใจต่างๆในการฆ่าตัวตาย ต้องมีความระมัดระวังในการรวบรวมข้อมูลมากในการประเมินผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เพราะข้อมูลมักไม่ตรงไปตรงมาและควรรวบรวมข้อมูลตลอดเวลา โดยมีข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย แบบแผนการดำเนินชีวิต และอาชีพ

2) อาการและอาการแสดง ได้แก่ผู้ป่วยกลุ่ม Affective disorder มีบุคลิกภาพแปรปรวนหรือได้รับการวินิจฉัยทางอายุรศาสตร์ เช่น เป็นโรคเรื้อรังหรือเป็นมะเร็ง

3) ความตั้งใจหรือแผนการที่ต้องการตาย ได้แก่ การพูดถึงความตาย ต้องมีการสอบถามถึงความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่ในกรณีที่ฆ่าตัวตายมาก่อน

4) บุคคลสำคัญหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย จำเป็นเพราะจะเป็นบุคคลที่จะให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

1.9.2 การวางแผน

เป้าหมายระยะสั้น เพื่อป้องกันอันตรายและให้กำลังใจ

- 1) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ไม่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
- 2) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย บอกถึงความรู้สึกในการคิดฆ่าตัวตาย
- 3) มีการดำเนินชีวิตในลักษณะที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

เป้าหมายระยะยาว เพื่อพัฒนาทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

- 1) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายไม่คิดถึงการฆ่าตัวตายอีก
- 2) ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายหาวิธีการแก้ปัญหาอย่างมีระบบในการเผชิญ

ความเครียด

- 3) แก้ปัญหาด้านสัมพันธภาพ มีวิธีการดำเนินชีวิตที่ไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1.9.3 การปฏิบัติการพยาบาล มีเป้าหมาย คือ

- 1) ลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
- 2) ค้นหาแรงกดดันหรือลักษณะการดำเนินชีวิตที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย
- 3) ช่วยให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายให้รู้จักค้นหาปรับปรุงวิธีการเผชิญปัญหาใหม่

โดยมีกิจกรรมการพยาบาล ดังนี้

- 1) สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย

ไม่ตัดสินในพฤติกรรมของผู้ป่วย

- 2) มีการสื่อสารหรือรายงานถึงแรงผลักดันหรือแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายของ

ผู้ป่วยให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้

- 3) ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาในช่วงวิกฤต (crisis) แม้แต่ในเวลา

เข้าห้องน้ำ

- 4) แสดงการยอมรับผู้ป่วย ไม่แยกผู้ป่วยไปอยู่คนเดียวและควรจัดให้อยู่ใน

สภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตราย

- 5) รับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด โดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ
- 6) ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายต่อตนเอง
- 7) ทำให้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

บนพื้นฐานของความเป็นจริง

- 8) จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความ

ก้าวร้าวต่างๆ

- 9) ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือเช่นกัน เพราะญาติ

ส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยญาติควรมารับรู้และหาหนทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสมต่อไป

โดยมีหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

1) การช่วยเหลือทางจิตใจ

สัมพันธภาพในการรักษาเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้การรักษาดำเนินต่อไปได้ การช่วยเหลือทางจิตใจมีหลายรูปแบบ เช่น interpersonal psychotherapy, Dialectical behavior therapy, cognitive therapy, Psychodynamic psychotherapy, Problem – solving therapy จากการศึกษาพบว่าลักษณะร่วมกันที่ทำให้การบำบัดเหล่านี้ได้ผล คือ ท่าทีของผู้บำบัดและกระบวนการบำบัด โดยผู้บำบัดแสดงท่าทีตลอดจนบทบาทของตนเองชัดเจนกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับ การบำบัดในกรณีผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ผู้บำบัดจะแสดงความเข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วย เห็นความสำคัญของปัญหาที่ผู้ป่วยประสบ มองเห็นส่วนดีของผู้ป่วย พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้นจากการประสบปัญหา ผู้บำบัดจะชี้แนะให้ผู้ป่วยมองปัญหาที่ชัดเจนขึ้น มองประเด็นปัญหาในแง่มุมที่ลึกซึ้งขึ้น ส่วนใหญ่จะเน้นการให้ผู้ป่วยมองเห็นพฤติกรรมของตนเองที่มักทำให้มีปัญหา ตลอดจนลักษณะสัมพันธภาพที่มักบิดเบือนไปจากเรื่องจริง

2) การประเมินความเสี่ยงเป็นระยะๆ

ในการติดตามการรักษา ผู้รักษาควรตระหนักถึงลักษณะบางประการที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ในผู้ป่วยที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจะสูงขึ้นในสัปดาห์ต้นๆ ซึ่งเป็นระยะที่สภาพจิตใจของผู้ป่วยที่ยังไม่คงที่นัก ดังนั้นในช่วงแรกๆที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้บำบัดควรนัดพบผู้ป่วยค่อนข้างบ่อย เพื่อติดตามอาการรวมทั้งเสริมสัมพันธภาพในการรักษาให้มั่นคงขึ้น หากเป็นไปได้ช่วงแรกควรนัดตรวจ สัปดาห์ละครั้ง นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจประสบภาวะกดดันต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นเมื่อไรก็ได้ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวคลุ้มคลั่ง หงุดหงิด นอกเหนือไปจากอารมณ์ซึมเศร้าที่มีอยู่เดิม โดยผู้ป่วยจะมีลักษณะกระวนกระวายใจ อาการนอนไม่หลับหรือหลับได้ไม่ดีเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความกดดันทางจิตใจ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยแย่ลง อาการที่แสดงถึงความเสี่ยงอื่นๆ คือ ความรู้สึกท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้งและรู้สึกโกรธหรือเกลียดตัวเอง ผู้ป่วยที่มีลักษณะดังกล่าว บ่งบอกว่ามีความเสี่ยงสูงและหากเกิดอารมณ์นี้ร่วมกับการไม่เห็นทางออกของปัญหาซึ่งอาจเป็นสถานการณ์จริงหรือจากแนวคิดของผู้ป่วยเอง ทำให้คิดถึงการฆ่าตัวตายเพื่อให้หลุดพ้นจากสภาพปัญหาได้

3) การรักษาภาวะทางจิตเวช

การมีโรคหรือภาวะทางจิตเวชจัดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะโรค ซึมเศร้า โรคจิต การติดสุราหรือสารเสพติดและบุคลิกภาพผิดปกติ หากพบว่าโรคดังกล่าวต้องให้ การรักษาอย่างเต็มที่ และปัญหาที่ทำให้การรักษาไม่ได้ผลคือ การที่ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอเพราะ กลัวติดยา หรือคิดว่าอาการตัวเองดีขึ้นแล้ว การสร้างสัมพันธภาพในการรักษาเพื่อเพิ่มความร่วมมือ ในการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้การรักษาได้ผลดี

4) การให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ญาติเป็นบุคคลที่สำคัญมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย พร้อมทั้งจะอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยในระยะวิกฤต นอกจากจะเป็นเพื่อนช่วยปลอบใจแล้ว ยังมีส่วนในการเฝ้าระวังกรณีผู้ป่วยมีพฤติกรรมแบบหุนหัน พลันแล่น ข้อควรคำนึง คือ การรักษาความลับของผู้ป่วยไม่ว่าจะโดยทางตรงและทางอ้อม กรณี ข้อมูลนั้นสำคัญต้องยกมาพูดควรขออนุญาตผู้ป่วยก่อน ยกเว้นสิ่งที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย หรือความคิดทำร้ายผู้อื่น ซึ่งผู้รักษาประเมินแล้วว่าหากให้ญาติหรือผู้อื่นทราบจะ ช่วยเหลือป้องกันการกระทำนั้นๆได้

1.10 การดูแลและรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลตราบ

การดูแลและรักษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลตราบมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วย ปลอดภัยและไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำ ดังนี้

- 1) ให้การดูแลรักษาทางด้านร่างกายตามความเร่งด่วนของผู้ป่วย เช่น การให้สาร น้ำทางหลอดเลือดดำ การล้างท้อง การดูแลบาดแผล เป็นต้น
- 2) จัดให้ผู้ป่วยอยู่ชั้นล่าง หลีกเลี่ยงการพักรักษาตัวในชั้นบนและห้องเดี่ยวเพื่อ ป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำและให้สังเกตอาการได้ง่าย
- 3) ตำแหน่งเตียงของผู้ป่วยอยู่ใกล้เคาน์เตอร์พยาบาลหรืออยู่ในบริเวณที่สังเกตเห็น ได้ตลอดเวลา
- 4) จัดสถานที่รอบเตียงผู้ป่วยเก็บอุปกรณ์ที่จะนำมาทำร้ายตนเองได้ เช่น ขวดแก้ว ส้อม เป็นต้น
- 5) มีการตรวจเยี่ยมเพื่อประเมินอาการเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุกครั้งชั่วโมง สังเกต พฤติกรรมและอารมณ์ สีหน้าที่แสดงออก
- 6) ให้ข้อมูลกับญาติหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายซ้ำ เน้นย้ำให้ญาติเฝ้าอย่างใกล้ชิด
- 7) ส่งปรึกษางานสุขภาพจิต เพื่อพูดคุยให้คำปรึกษา ประเมินสภาพจิตและปัจจัย

กระตุ้น หากพบว่ามีภาวะซึมเศร้าหรือมีอาการทางจิต จะปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาและนัดติดตามการรักษาที่คลินิกจิตเวช แต่หากไม่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีอาการทางจิต จะให้คำปรึกษาและติดตามโดยประสานเครือข่าย/เยี่ยมบ้าน/สอบถามทางโทรศัพท์ หลังจากจำหน่ายผู้ป่วย เป็นระยะเวลา 1 ปี (2 สัปดาห์/ 1 เดือน/2 เดือน /3 เดือน/ 6 เดือน)

2. แนวคิดการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของการบำบัดแบบสั้น

การบำบัดแบบสั้น (Brief intervention) เป็นการรักษาที่ใช้ระยะเวลาไม่นาน มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยร่วมมือกับผู้ที่รักษาเพื่อไปให้ถึงเป้าหมายนั้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

การบำบัดแบบสั้น หมายถึง การให้คำปรึกษาแนะนำที่ใช้เวลาไม่มาก ประเด็นการสนทนาก็จะมีความเฉพาะเจาะจง โดยเน้นประเด็นที่กำลังมีปัญหาหรือมีความสำคัญ สถานการณ์ที่เรามักใช้กระบวนการให้ความช่วยเหลืออยู่บ่อยๆ มักเป็นปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งมักกระทำกันที่ห้องฉุกเฉิน ภายหลังจากได้ให้ความช่วยเหลือทางร่างกายเรียบร้อยแล้ว (เทอดศักดิ์ เดชคง, 2555)

O'Connor et al. (2015) ได้ให้ความหมายของการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) คือ กระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาซึ่งสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยยังมีการตีความหลายแง่มุม ซึ่งอาจนำไปสู่ความปรารถนาที่เพิ่มมากขึ้นในการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงเพื่อลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการประเมินสถานการณ์อย่างใกล้ชิด และเริ่มทำการบำบัดกับผู้ป่วยเพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ผู้ป่วยยึดมั่นในตนเอง โดยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระยะสั้นก่อนหรือมีการลดความรุนแรงจากปัจจัยพื้นฐานของการพยายามฆ่าตัวตายลง โดยเพิ่มปัจจัยเสริมส่วนใกล้ เช่น การยอมรับในตนเอง การรับรู้ตนเอง แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ความหวังและทักษะในการเผชิญกับปัจจัยเฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายตามมา การเสริมสร้างทักษะในการมีสัมพันธ์ภาพในสังคม และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน เป็นแผนการระยะยาวที่เพิ่มปัจจัยเสริมส่วนไกลที่จะตามมา

ดังนั้น การบำบัดแบบสั้น หมายถึง การรักษาโดยการให้คำปรึกษาในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ใช้ระยะเวลาไม่นานนัก โดยมีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ เจาะจงประเด็นในการสนทนาโดยเน้นประเด็นที่มีความสำคัญหรือเป็นปัญหา คือ พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยเป็นการร่วมมือระหว่างผู้ป่วยและผู้รักษาเพื่อค้นหาแนวทาง การปฏิบัติตนไปให้ถึงเป้าหมายนั้น

2.2 แนวคิดของการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention)

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นนี้ (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) พัฒนาจากโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ McBride et al. (2003) โดยมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือ เพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงและผลลัพธ์ของการกระทำ มีการตอบสนองทางอารมณ์ที่มั่นคงขึ้นโดยมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม และมีแรงจูงใจที่จะปรับแนวคิดของตนเองหรือบทบาทในสังคมใหม่ ต่อมา O'Connor et al. (2015) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นเพื่อใช้ในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยมี 2 แนวคิด คือ 1) the therapeutic philosophy of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) ของ Comtois et al. (2011) เป็นแนวคิดที่จะให้ผู้บำบัดมีส่วนร่วมประเมินผู้ป่วยและดูแลให้การรักษายาบาลต่อผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และ 2) the functional analysis of self-directed violence inherent in Dialectical Behavior Therapy (DBT) ของ Linehan et al. (2006) เป็น cognitive behavioral treatment program ที่ใช้บำบัดผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยอธิบายแนวคิดโดยรวมได้ว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในระยะรักษาตนเองจากการพยายามฆ่าตัวตายนั้นจะสัมพันธ์กับการตีความหลายแง่มุม อาจนำไปสู่ความปรารถนามากขึ้น ในการเริ่มต้นการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตายได้ โดยพื้นฐานของการบำบัดแบบสั้นนี้ เป็นการให้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล นำไปสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงระยะสั้นนั้น จะสัมพันธ์กับปัจจัยเสริมส่วนใกล้ (Proximal factor) คือ การสนับสนุนให้เกิดการยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง การสร้างความหวัง เพิ่มแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษามีชีวิตอยู่ต่อและนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะของตนเองและการมีสัมพันธภาพที่ดีในสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมส่วนไกล (Distal factor) ในอนาคต โดยปัจจัยป้องกันนี้สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้

2.3 เป้าหมายในการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

เป้าหมายในการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย คือ

- 1) เพื่อเพิ่มปัจจัยเสริมส่วนใกล้ คือ การยอมรับในตนเอง การรับรู้ตนเอง แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ความหวังและทักษะในการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- 2) เพื่อเพิ่มปัจจัยเสริมส่วนไกล โดยการเสริมสร้างทักษะในการมีสัมพันธภาพในสังคมและการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ในผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- 3) ลดความคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยภายหลังจากที่มีการพยายามฆ่าตัวตายป้องกันการเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ

4) เพื่อประเมินความจำเป็นในการติดตามการรักษาต่อไป

2.4 หลักการของการบำบัดระยะสั้น

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (Collaborative relationship) เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ แนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย สังเกตลักษณะอารมณ์ ความคิดและการตัดสินใจของผู้ป่วยในขณะทำการสนทนา และค่อยๆ เปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปมุ่งเน้นที่ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยการสื่อสารประโยคที่ไม่มีการตัดสินเกี่ยวกับประสบการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Functional assessment) เป็นการประเมินเรื่องการรับรู้เหตุผลของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยกระตุ้นเฉพาะบุคคล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยหมายถึงอะไรและผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับในความเป็นตัวเองทั้งด้านปัจจัยกระตุ้น สาเหตุ แรงจูงใจที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายของตนเองและผลลัพธ์ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินแนวโน้มที่จะปฏิเสธความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนระยะสั้นเรื่องการตอบสนองทางอารมณ์และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (Short term crisis planning) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เขียนรายละเอียดลงบนกระดาษเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทาง วางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนจะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การวางแผนในระยะยาวสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนบทบาทในสังคมปรับเปลี่ยนมุมมองของตนเอง (Long term treatment planning) เป็นการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรม

ปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง สรุปลงผลการให้การบำบัดที่ผ่านมามาทั้งหมดทุกประเด็นและพิจารณาการติดตามการรักษาเมื่อออกจากโรงพยาบาล

3. โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ พบว่าบุคคลเหล่านี้จะมีโอกาสที่จะพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกโดยเฉพาะในสัปดาห์แรกของการพยายามฆ่าตัวตาย เนื่องจากยังมีความคิดฆ่าตัวตายหลงเหลืออยู่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้รูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) ของ O'Connor et al. (2015) โดยมีขั้นตอน คือ 1) Establishing Rapport 2) Intervening Directly Around Suicidal Ideation and Related Behaviors through Functional Analysis 3) Creating Crisis Response Plan 4) Conclude the intervention ซึ่งในการผู้วิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมบำบัดแบบสั้นโดยการประยุกต์จากรูปแบบการบำบัดแบบสั้น (TMBI) ของ O'Connor et al. (2015) โดยมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้พยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทย ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นเพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยการประยุกต์จากรูปแบบการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) ของ O'Connor et al. (2015)

| ขั้นตอนของ TMBI | กิจกรรมในโปรแกรม TMBI ของ O'Connor et al. (2015) | โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น |
|--|--|--|
| ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ (Collaborative relationship) | การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา และค่อยๆ เปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปมุ่งเน้นที่ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยการสื่อสารประโยคที่ไม่มี การ ตัดสิน เกี่ยว กับ ประสบการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย | ผู้วิจัยทำกิจกรรมตามขั้นตอนที่ 1 ในโปรแกรม TMBI และผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย สังเกตลักษณะอารมณ์ ความคิด และการตัดสินใจของผู้ป่วยในขณะที่ทำการสนทนา และการนัดหมายเพื่อทำการบำบัดในขั้นตอนถัดไป |
| ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (Functional assessment) | การประเมินความคิดฆ่าตัวตายเรื่องการรับรู้ ความหมายของการฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงเฉพาะบุคคล และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยหมายถึงอะไรและผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย | ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนนี้เป็น 4กิจกรรม คือ 1. ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย 2. ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมกการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย 3. การวิเคราะห์การพัฒนาของพฤติกรรมกการฆ่าตัวตาย 4. เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมกการพยายามฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การฆ่า |

| ขั้นตอนของ TMBI | กิจกรรมในโปรแกรม TMBI ของ O'Connor et al. (2015) | โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น |
|---|---|--|
| | | <p>ตัวตายสำหรับผู้ป่วยหมายถึงอะไร พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยเพิ่มการให้ความรู้ก่อนสำรวจ ความคิดของผู้ป่วยและผู้สูญเสียและ ได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่า ตัวตายของผู้ป่วย และเพิ่มการนัด หมายเพื่อทำการบำบัดในขั้นตอนถัดไป</p> |
| <p>ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการ ตอบสนองต่อภาวะ วิกฤต (Creating Crisis Response Plan)</p> | <p>การวางแผนระยะสั้นเรื่องการตอบสนองทาง อารมณ์และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย ได้อย่างเหมาะสม มีกลยุทธ์ในการเผชิญ ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ การวางแผนใน ระยะยาว เพื่อสร้างแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนบทบาทในสังคม เปลี่ยน มุมมองของตนเอง</p> | <p>ผู้วิจัยแบ่งเป็นกิจกรรมการ วางแผนเรื่องการตอบสนองทาง อารมณ์และกลยุทธ์การเผชิญปัญหา โดยให้ความรู้เรื่องการจัดการอารมณ์ ทางลบ และให้ผู้ป่วยวางแผนการ จัดการอารมณ์และเผชิญปัญหาของ ตนเอง และการวางแผนการตอบสนอง ทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อ ความคิดฆ่าตัวตาย โดยเขียน รายละเอียดลงบนใบงานแผนเพื่อ ปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายเพื่อ การดูแลตนเองตามบริบทของผู้ป่วย และมีการนัดหมายเพื่อทำการบำบัดใน ขั้นตอนถัดไป</p> |
| <p>ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด Conclude the intervention)</p> | <p>สรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมาทั้งหมดทุก ประเด็น</p> | <p>ผู้วิจัยเพิ่มกิจกรรมการสรุปผลการ บำบัด โดยมีการสรุปสาระสำคัญใน การบำบัดแต่ละขั้นตอน ทบทวน วิธีการคิดบวก ความหวังและเหตุผลใน การมีชีวิตอยู่ เสริมแรงจูงใจในการ ปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อแทนที่ ความคิดฆ่าตัวตาย การดำเนินตาม แผนการตอบสนองต่อปัจจัยกระตุ้นต่อ ความคิดฆ่าตัวตายด้วยตนเอง</p> |

โปรแกรม Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) หรือการบำบัดแบบสั้น เป็นแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เป็นกระบวนการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดในช่วงเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นกิจกรรมรายบุคคล โดยให้ครอบคลุมกระบวนการบำบัดทั้งหมด ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมรายบุคคล 4 ขั้นตอนใช้เวลาขั้นตอนละ 45-60 นาที โดยทำกิจกรรมวันละ 1 ขั้นตอน ขั้นตอนละ 1-4 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการบำบัด เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น ควรใส่ใจกับสัญญาณชีพ อาการ ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกาย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย
การประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น โดยผู้บำบัดมีการให้

เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมาว่า ปัจจัยกระตุ้นคืออะไรและความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรที่เกิดกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

การประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยมีเหตุผลเพื่ออะไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันที ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมาก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เขียนรายละเอียดลงในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายตามบริบทของผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองขอได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหา

แนวทาง วางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด สรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมาทั้งหมดทุกประเด็น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตาย ด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนงค์ อรุณรุ่ง (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น โดยมีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหลังได้รับโปรแกรมลดลง

วราภรณ์ ประทีปธีรานันท์ (2554) ศึกษาอัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังจากรายงานการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (รง 506 DS) จำนวน 374 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษา ณ หอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง คิดเป็นอัตราส่วน 2.9:1 ในขณะที่กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นอัตราส่วน 1.2:1 ทั้งกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างหรือผู้ใช้แรงงาน ขณะที่ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยทำงาน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยรุ่นและวัยทำงานตอนต้น กลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีประวัติการทำร้ายตัวเองซ้ำมากกว่ากลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายในอัตราส่วน 2.9:1 กลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 33.13 สาเหตุกระตุ้นในการทำร้ายตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด คิดเป็นร้อยละ 37.31 ส่วนกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่ยาและสุรา

กรรณิการ์ ผ่องโต (2557) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ

ประกอบด้วยกิจกรรม 5 ครั้งพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย,รังสิมันต์ สุนทรโชยาและพีรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2555) ที่ศึกษาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความคิดฆ่าตัวตาย ได้รับโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมใช้ระยะเวลาทั้งหมด 6 สัปดาห์พบว่าภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมลดลง

Linehan et al. (1983) ศึกษาผู้ที่มีการฆ่าตัวตายมาแล้ว พบว่า ผู้ที่มีความคิดด้านบวกมีการปรับตัวที่ดีจะมีคะแนนเฉลี่ยการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตสูงส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า

Linehan et al. (2006) ศึกษาผลของโปรแกรม Dialectical Behavior Therapy (DBT) ต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Borderline personality disorder (BPD) ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จำนวน 111 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มควบคุม 49 คน โดยมีกิจกรรม 4 กิจกรรม โดยทำกิจกรรม 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การให้การบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคล (Individual Psychotherapy) ใช้ระยะเวลา 1 ชั่วโมง กิจกรรมที่ 2 การฝึกทักษะรายกลุ่ม (group skill training) ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมงครั้งต่อสัปดาห์ กิจกรรมที่ 3 การปรึกษาทางโทรศัพท์ (Telephone consultation) ไม่มีระยะเวลากำหนด กิจกรรมที่ 4 ทีมให้คำปรึกษาปรึกษากัน ผลการศึกษาพบว่าความคิดฆ่าตัวตายการฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 1 ปีลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

Britton et al. (2008) ศึกษาในผู้ที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์ พบว่า ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความสิ้นหวังมากจะส่งผลทำให้มีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นและพบว่าผู้ที่สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้ จะมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยและผู้ที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากจะมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลง

Fleischmann et al. (2008) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 1867 คน ใน 5 ประเทศ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 922 คน กลุ่มควบคุม 945 คน 18 เดือนต่อมา มีการประเมินผลการศึกษาพบว่าอัตราการตายจากการฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบสั้นน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ เทียบเป็นอัตราส่วน 0.2:2.2

Comtois et al. (2011) ศึกษาผลของโปรแกรม Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) ต่อความคิดฆ่าตัวตายกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 32 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 16 คนและกลุ่มควบคุม 16 คน

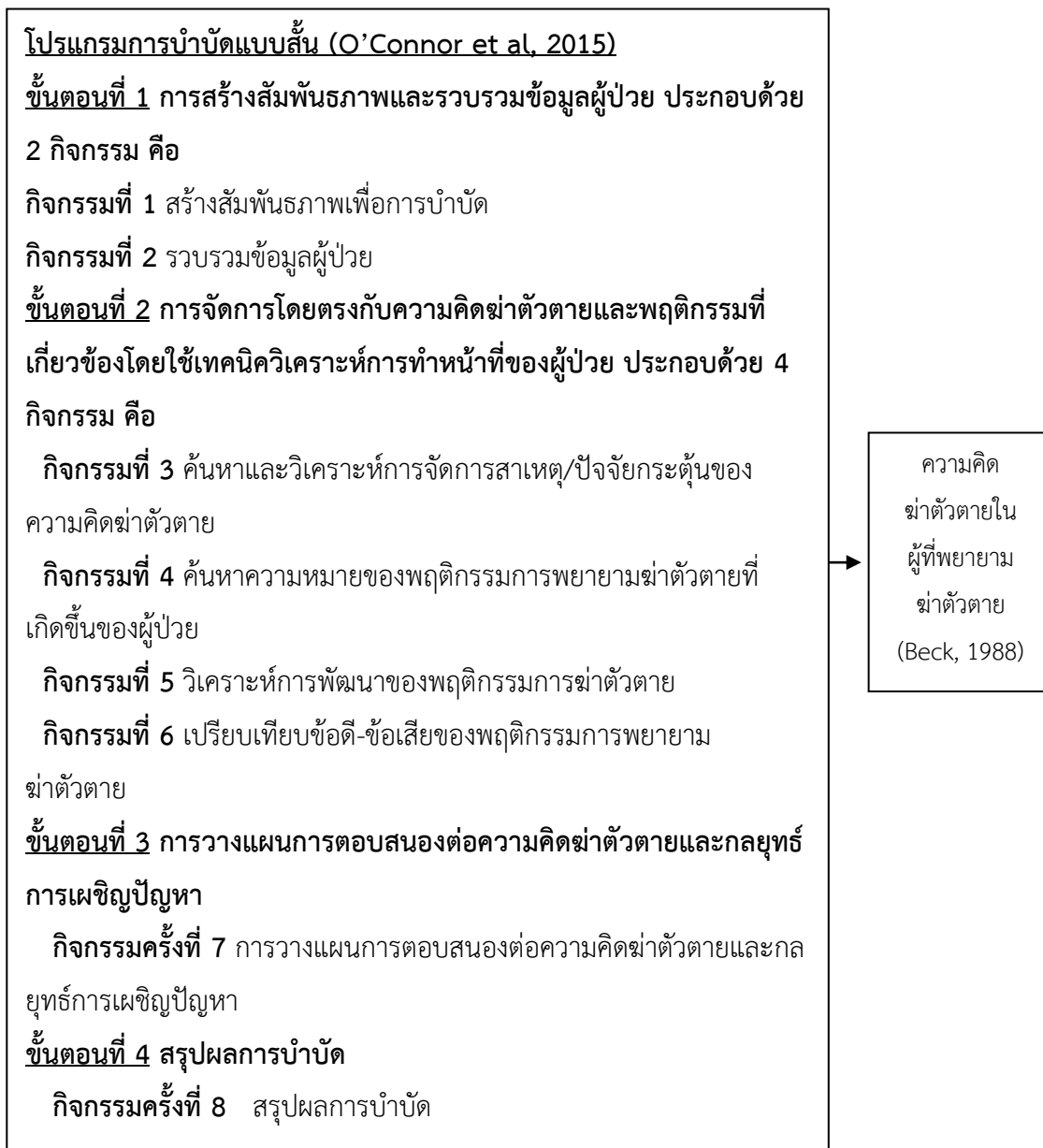
เป็นการศึกษาแบบวัดผลก่อน-หลัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม CAMS มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ

Huen et al. (2015) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความหวังและความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าความหวังสามารถทำหน้าที่คล้ายกับความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีความหวังมากจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่มีความหวังน้อยและอยู่ในภาวะสิ้นหวัง การเพิ่มความหวังจะช่วยป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้

O'Connor et al. (2015) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention; TMBI) ต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน เป็นการศึกษาแบบวัดผลก่อน-หลัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม TMBI มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นผู้ป่วยมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัญหาหรือตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) พัฒนาโดยปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจีน (2558) ทั้งนี้ในการจัดการกับปัญหานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention: TMBI) ตามการศึกษาของ O'Connor et al. (2015) โดยการบำบัดแบบสั้นนี้ เป็นการใช้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคลนำไปสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สนับสนุนให้เกิดการยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง การสร้างความหวัง เพิ่มแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาและมีชีวิตอยู่ต่อและนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะของตนเองและการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในสังคม โดยปัจจัยป้องกันนี้สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ซึ่งแสดงในภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ซึ่งเป็นการให้การบำบัดรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ ใช้ระยะเวลาการดำเนินการ 4 วัน และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วัดผลก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในครั้งที่ 4 (The pretest-posttest control group design) (Polit and Beck, 2004) ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

| | | | |
|----|---|----|-------------|
| O1 | X | O2 | กลุ่มทดลอง |
| O3 | | O4 | กลุ่มควบคุม |

- X หมายถึง โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
- O1 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
- O2 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
- O3 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O4 หมายถึง ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. **ประชากร** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

2. **กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69- X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดตราด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ที่กำหนดคือ มีอายุ 14 ปีขึ้นไป (ตามเกณฑ์แยกการรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่โรงพยาบาลตราด) ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 30 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยยังมีความคิดฆ่าตัวตายหลงเหลืออยู่ โดยมีคะแนนจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) พัฒนาโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มุ้ยเงิน (2558) ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ระดับปานกลางขึ้นไป) (กรณีการ ผ่องโต, 2557)
- 2) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ไม่มีปัญหาในการพูด การได้ยินและการมองเห็น
- 3) ยินดีให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria) มีดังนี้

- 1) กลุ่มตัวอย่างมีอาการแสดงทางจิตที่ไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งต้องได้รับการส่งต่อเพื่อการดูแลอย่างใกล้ชิดจากจิตแพทย์
- 2) กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางกายเปลี่ยนไปอยู่ในภาวะวิกฤตต้องได้รับการรักษาอย่างเร่งด่วน
- 3) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทั้งหมด 4 กิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและเพศ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายของเพศหญิงมีอัตราส่วนสูงกว่าเพศชาย เป็น 3:1 เพราะเพศหญิงมีภาวะความแปรปรวนมากกว่าเพศชาย (Cantor, 2000) และประสบการณ์ในแต่ละช่วงอายุที่แตกต่างกันจะทำให้แต่ละบุคคลได้รับประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ส่งผลให้เกิดความสัมพันธ์กันระหว่างอายุและความคิดฆ่าตัวตาย (Fieschemann, 2002) จากนั้นผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติเข้ากลุ่มทดลอง 15 คนจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องอายุและเพศ กับกลุ่มควบคุม อีก 15 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit and Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองการศึกษาของ O'Connor et al. (2015) มาร่วมในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีอำนาจทดสอบที่ 80 % ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 โดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลของประชากร (Effect size) 0.8 พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างน้อยกลุ่มละ 13 คน แต่เนื่องจากผู้วิจัย ต้องการป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวม ทั้งหมดเป็น 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยให้ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลตราด เพื่อขออนุญาตแจ้งรายชื่อผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ X60-X84 ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา และประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) เพื่อเป็นการคัดเลือกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีระดับคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 7 คะแนนขึ้นไป

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ เข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะๆ ตามการเข้ารับบริการของผู้ป่วย จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลองก่อน จนครบ 15 คน แล้วจึงหากกลุ่มควบคุมที่มีคุณลักษณะเหมือนกันมาจับคู่ภายหลังโดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียม

กันในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศเดียวกันและอายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี (ผลการคัดเลือกและจับคู่กลุ่มตัวอย่างปรากฏในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแบ่งตามเพศและอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

| คู่ที่ | เพศ | | อายุ | |
|--------|------------|-------------|------------|-------------|
| | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม | กลุ่มทดลอง | กลุ่มควบคุม |
| 1 | หญิง | หญิง | 46 | 45 |
| 2 | หญิง | หญิง | 48 | 40 |
| 3 | หญิง | หญิง | 39 | 38 |
| 4 | หญิง | หญิง | 60 | 50 |
| 5 | หญิง | หญิง | 46 | 43 |
| 6 | ชาย | ชาย | 52 | 52 |
| 7 | หญิง | หญิง | 36 | 30 |
| 8 | หญิง | หญิง | 42 | 45 |
| 9 | หญิง | หญิง | 28 | 24 |
| 10 | หญิง | หญิง | 25 | 24 |
| 11 | หญิง | หญิง | 18 | 19 |
| 12 | หญิง | หญิง | 28 | 27 |
| 13 | ชาย | ชาย | 28 | 37 |
| 14 | หญิง | หญิง | 32 | 29 |
| 15 | หญิง | หญิง | 17 | 19 |

จากการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องเพศและอายุ พบว่า จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คู่ เป็นเพศหญิง 13 คู่ เพศชาย 2 คู่ มีอายุระหว่าง 14-20 ปี จำนวน 2 คู่ อายุระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 4 คู่ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 3 คู่ อายุระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 4 คู่ และอายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 2 คู่

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด และได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในวันที่ 4 มกราคม 2561 (ดังเอกสารในภาคผนวก จ) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามระยะเวลาที่กำหนดสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อ การพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ มีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับจากการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา และภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าวและยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมิน

ความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความหวัง

โดยมีรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละชุดมี ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้การดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเองโดยอาศัยแนวคิดการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention) ของ O'Connor et al. (2015) ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตประยุกต์เครื่องมือจากงานวิจัยของ Dr. Stephen O'Connor ผ่านทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตให้สามารถแปลเป็นภาษาไทยรวมทั้งอนุญาตให้นำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ได้ (ดังหนังสืออนุญาตในภาคผนวก ฉ)

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีขั้นตอนการสร้างโปรแกรมและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือดังนี้

1.1. ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention) ของ O'Connor et al (2015) และศึกษาเนื้อหาที่สำคัญประเด็นที่ครอบคลุมเรื่องของการบำบัดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

1.2. สร้างโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention) ฉบับภาษาไทย โดยใช้แนวคิดของ ของ O'Connor et al. (2015) หลังจากนั้นกำหนดโครงสร้างของกิจกรรมโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล กำหนดเนื้อหาในกิจกรรม ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ใช้เวลาขั้นตอนละ 45-60 นาที บำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยดำเนินการวันละ 1 ขั้นตอนโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการบำบัด เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น ควรใส่ใจกับสัญญาณชีพ อาการ ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันที่

ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกาย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้น การสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสาร ส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวม ข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยใน อดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อน กลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึง ประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนา เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมาว่าปัจจัย กระตุ้นคืออะไรและความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรที่เกิดกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย การประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึง ประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการฆ่าตัวตายสำหรับ ผู้ป่วยมีเหตุผลเพื่ออะไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน ตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การประเมินการ รับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับ การพูดคุย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบ ทันที ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมา ก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงและระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับ อยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เขียนรายละเอียดลงในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายตามบริบทของผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองขอได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทาง วางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด สรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมาทั้งหมดทุกประเด็น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองการตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรม

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและภาษาที่ใช้ พร้อมทั้งทำการปรับปรุงเนื้อหาภาษาที่ใช้และโครงสร้างของกิจกรรมให้มีความเหมาะสมกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชสุขภาพจิต 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และรูปแบบของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมให้มีความถูกต้องชัดเจนและเหมาะสม โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมข้อความรายการกิจกรรมที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขในโปรแกรมที่สร้างขึ้นภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีประเด็นของการปรับแก้ ดังนี้

1) มีการแบ่งกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เป็น 2 กิจกรรมอย่างชัดเจน เดิมใส่รายละเอียดกิจกรรมรวมกันไว้ทั้งการสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วพบว่าเมื่อแบ่งกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ออกเป็น 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และกิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ทำให้สามารถระบุรายละเอียดแต่ละกิจกรรมได้ชัดเจนมากขึ้น

2) ในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เพิ่มเติมรายละเอียดของกิจกรรมจากเดิมซึ่งอธิบายรายละเอียดรายการกิจกรรมว่า “ค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่สร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบ การสะท้อนกลับ การสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วยและประเมินการรับรู้พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย” ได้ปรับเพิ่มเนื้อหารายละเอียดกิจกรรมการประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตายให้ชัดเจน โดยมีการเพิ่มเป็นรายชื่อ ดังนี้ “พยาบาลชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน พฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ลักษณะความคิด พฤติกรรมที่แสดงออก การเตรียมอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย” และ “พูดคุยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง อาการและอาการแสดง ทางจิตเวชในอดีต เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีพฤติกรรม

รุนแรงทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ และประวัติการใช้สุราและสารเสพติดของผู้ป่วย” รวมทั้ง “พูดคุยเกี่ยวกับประวัติครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วยหรืออาการแสดงทางจิตเวช ประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และประวัติการใช้สุราและสารเสพติด สัมพันธภาพในครอบครัว” ซึ่งทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วน ชัดเจน

3) ในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา การกำหนดรายละเอียดในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตาย จากเดิมเขียนว่า “ขั้นที่ 6 แผนการจำกัดบุคคล กิจกรรม สิ่งแวดล้อมเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น หากผู้ป่วยมีปิ่น ควรเก็บในที่เข้าถึงยาก หรือเก็บไว้กับบุคคลที่ไว้ใจได้” ได้มีการเสนอแนะว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจากสิ่งของที่เป็นอันตรายเป็นสิ่งสมควรระบุให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการเพราะอุปกรณ์ เช่น ปิ่น เป็นสิ่งที่ไม่ใช่ทุกคน และการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่ได้เกิดจากการใช้ปืนแต่เกิดจากอุปกรณ์อื่นที่สามารถหาได้รอบตัว ผู้วิจัยจึงเพิ่มรายละเอียดให้สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการดังนี้ “ขั้นที่ 6 แผนการจำกัดบุคคล กิจกรรม สิ่งแวดล้อมเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น หากผู้ป่วยมีปิ่น ควรเก็บในที่เข้าถึงยาก หรือเก็บไว้กับบุคคลที่ไว้ใจได้ การเก็บสารกำจัดวัชพืชและกำจัดแมลงไว้ในห้องที่เป็นสัดส่วน หรือในกล่องที่มีกุญแจล็อกปิด การให้ผู้ดูแลจัดยาให้กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย” เป็นต้น

4) จากเดิมที่มีการระบุเวลาที่ใช้รายขั้นตอน ให้ระบุเวลารายกิจกรรม เพื่อดูความเหมาะสมเป็นไปได้ในการบำบัด ผู้วิจัยอ้างอิงจากเวลาในการให้การบำบัดจากโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention; TMBI) ของ O'Connor et al. (2015) ซึ่งใช้เวลาดำเนินการรวม 3 ชั่วโมง 45 นาที โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งเวลาดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนตามความเหมาะสม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (15 นาที) กิจกรรมที่ 2 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (45 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย (15 นาที) กิจกรรมที่ 4 ค้นหาความหมายของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย (15 นาที) กิจกรรมที่ 5 วิเคราะห์การพัฒนาของ

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (15 นาที) และกิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย (15 นาที)

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและ กลยุทธ์การเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1 กิจกรรม (60 นาที)

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด (45 นาที)

ภายหลังการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและผ่านความเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 5 คน ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด โดยทดลองใช้กิจกรรมการบำบัดทั้งหมด 4 ครั้ง ครบตามขั้นตอนในโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ทั้งนี้เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ทั้งในแง่ความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เนื้อหารายละเอียดกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม รวมถึงอุปสรรคอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งภายหลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นแล้ว พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจในกิจกรรมต่างๆ ได้ดี และสามารถดำเนินกิจกรรมตามระยะเวลาที่กำหนดไว้ในแต่ละกิจกรรม จึงไม่มีประเด็นที่ต้องปรับปรุงและแก้ไขเพิ่มเติม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) เป็นเครื่องมือที่ ปรียศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยจิ้น (2558) พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ของ Beck et al. (1979) มีจำนวน 19 ข้อ พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถามที่เกี่ยวกับสิ่งที่คุกคามผู้ป่วย การวางแผนฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ความถี่และความรุนแรงของความคิด รวมทั้งมีข้อคำถามถึงความเป็นไปได้ในการกระทำ มีคำถามถึงวิธีการที่คิดจะใช้ และการเตรียมการต่างๆ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการให้การพยาบาลที่ถูกต้องและเหมาะสมกับผู้ป่วยต่อไป ข้อคำถามมีลักษณะให้เลือกตอบในมาตราส่วนประมาณค่า 0-2 โดย

- 0 คะแนน คือ ไม่มีเลย
- 1 คะแนน คือ มีเล็กน้อย
- 2 คะแนน คือ ปานกลางถึงมาก

การคิดคะแนน ทำโดยการรวมคะแนนของทุกข้อคำถามในแบบทดสอบ โดยคะแนนที่เป็นไปได้จะมีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน และมีการแปลผลคะแนน ดังนี้

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

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

เครื่องมือนี้ผ่านการศึกษาคูสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) โดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจิ้น (2558) ได้มีการแปลแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ผ่านการพิจารณาความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา 2 ท่าน และทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษเพื่อให้มีความใกล้เคียงกับแบบประเมินต้นฉบับมากที่สุด ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 6 ท่าน คือ แพทย์ผู้ชำนาญการทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์และทำงานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน ได้ดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .89 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยจึงไม่นำเครื่องมือนี้มาตรวจสอบความตรงของเนื้อหาซ้ำอีกครั้ง

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลตราด ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลองครั้งนี้ จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.81

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความหวัง (Herth, 1992) ที่แปลและดัดแปลงโดยเรณูการ์ ท่องคำรอด (2541) เป็นการประเมินความหวังในผู้ป่วย มีทั้งหมด 12 ข้อ มีข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความรู้สึที่ที่เกิดขึ้นชั่วครวรต่อสิ่งที่จะเกิดในอนาคต 4 ข้อ กลุ่มความพร้อมและคาดหวังในทางบวก 4

ข้อและกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น 4 ข้อ เป็นลักษณะให้เลือกตอบมาตราส่วน
ประมาณค่า 4 ระดับ โดย

- 1 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
- 2 คะแนน คือ ไม่เห็นด้วย
- 3 คะแนน คือ เห็นด้วย
- 4 คะแนน คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การคิดคะแนนทำโดยกลับค่าคะแนนข้อความทางลบก่อน จากนั้นนำคะแนนของทุกข้อมา
รวมกัน โดยมีค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 12 - 48 คะแนน คะแนนที่สูงกว่าบ่งชี้ว่ามีความหวังสูง
กว่า แบ่งช่วงคะแนน เป็น 3 ระดับและแปลความหมายของคะแนน ดังนี้

- | | | |
|---------|---------------|--------------------------|
| 12 - 24 | คะแนน หมายถึง | มีความหวังในระดับต่ำ |
| 25 - 37 | คะแนน หมายถึง | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 38 - 48 | คะแนน หมายถึง | มีความหวังในระดับสูง |

เกณฑ์การกำกับการทดลอง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองไว้ว่า
ภายหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นทั้ง 4 ขั้นตอน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองต้อง
มีคะแนนความหวังในระดับปานกลางขึ้นไป (คะแนน 25 คะแนนขึ้นไป) และหากคะแนนต่ำกว่าที่
กำหนดไว้ ผู้วิจัยและผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายจะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค เพื่อหาทางแก้ไข
เพิ่มเติมจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความหวัง ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)
โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบเนื้อหา ภาษาที่ใช้ และนำมา
ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน
สุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความชัดเจน ความถูกต้อง
ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และลำดับของเนื้อหา โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4
คะแนน เห็นด้วยมากที่สุด 4 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน และได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิได้เขียน
ข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content
Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นและมีความสอดคล้องกัน จากนั้นผู้วิจัย
รวบรวมข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4 มาใช้ประกอบการคำนวณค่าความตรง
ของเนื้อหา ในการวิจัยครั้งนี้พบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินความหวังโดยได้นำแบบประเมินความหวังไปทดลองใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัยในครั้งนี้ ที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด จำนวน 30 คน นำข้อมูลไปวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับงานวิจัยครั้งนี้พบค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .80

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. ผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการบำบัดแบบสั้นในผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย โดยได้ทำการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากการอ่านหนังสือ เอกสาร ตำรา และงานวิจัย ร่วมกับการได้รับคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง อีกทั้งได้มีการพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความชำนาญและนำไปใช้ได้จริง โดยพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางของโรงพยาบาลตราด
2. เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. นำเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจังหวัดตราด เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลงานวิจัย
4. จัดทำแผนการทดลอง โดยเตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โดยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงการวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่ได้ยื่นขออนุญาตต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลตราดเพื่อขออนุญาตทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา และสถานที่
5. ผู้วิจัยเข้าพบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) คือ X60-X84 ที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา และประเมินความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบ

ประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) เพื่อเป็นการคัดเลือกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่มีระดับคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 7 คะแนนขึ้นไป

6. ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้อธิบายในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ขั้นตอนการทดลอง

ภายหลังที่ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 15 คน ในขั้นตอนของการทดลองมีการดำเนินการ ดังนี้

1. การดำเนินการกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ก่อนการทดลอง (Pre-test)

1.2 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของอาการตามปกติ กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

1.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังการทดลอง (Post-test) ในวันที่ 5 หลังการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test)

2. การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

2. การดำเนินการทดลองกับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยมีการดำเนินการ ดังนี้

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

2.2 ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย โดยทำเป็นรายบุคคล ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลารวม 60 นาที ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลา 15 นาที และกิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลา 45 นาที

วันที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความวิตกกังวลและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ใช้เวลารวม 60 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความวิตกกังวล ใช้เวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที และกิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที

วันที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความวิตกกังวลและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา โดยมีหนึ่งกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความวิตกกังวลและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ใช้เวลา 60 นาที

วันที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด ประกอบด้วยหนึ่งกิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการบำบัด ใช้เวลา 45 นาที

ผู้วิจัยใช้เวลาในการดำเนินการทดลองระหว่างเดือนมกราคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2561 รวมจำนวนประมาณ 5 เดือน (เนื่องจากมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษาโดยเฉลี่ยในช่วงระยะเวลาดำเนินการทดลองเพียงประมาณเดือนละ 12 คน) ดังรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายรายบุคคล ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 กำหนดการในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น

| วันที่ | วันที่ดำเนินกิจกรรมโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น | | | | สถานที่ |
|--------|---|----------------|----------------|----------------|-----------------------------------|
| | ค รึ่งที่ 1 | ค รึ่งที่ 2 | ค รึ่งที่ 3 | ค รึ่งที่ 4 | |
| | 2 ก.พ.61 | 3 ก.พ.61 | 4 ก.พ.61 | 5 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 5 ก.พ.61 | 6 ก.พ.61 | 7 ก.พ.61 | 8 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 7 ก.พ.61 | 8 ก.พ.61 | 9 ก.พ.61 | 1 0 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 1 2 ก.พ.61 | 1 3 ก.พ.61 | 1 4 ก.พ.61 | 1 5 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 1 5 ก.พ.61 | 1 6 ก.พ.61 | 1 7 ก.พ.61 | 1 8 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 1 9 ก.พ.61 | 2 0 ก.พ.61 | 2 1 ก.พ.61 | 2 2 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 2 3 ก.พ.61 | 2 4 ก.พ.61 | 2 5 ก.พ.61 | 2 6 ก.พ.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 2 มี.ค.61 | 3 มี.ค.61 | 4 มี.ค.61 | 5 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| | 5 มี.ค.61 | 6 มี.ค.61 | 7 มี.ค.61 | 1 9 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 0 | 1 2 มี.ค.61 | 1 3 มี.ค.61 | 1 4 มี.ค.61 | 1 5 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 1 | 1 9 มี.ค.61 | 2 0 มี.ค.61 | 2 1 มี.ค.61 | 2 2 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 2 | 2 5 มี.ค.61 | 2 6 มี.ค.61 | 2 7 มี.ค.61 | 2 8 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 3 | 2 7 มี.ค.61 | 2 8 มี.ค.61 | 2 9 มี.ค.61 | 3 0 มี.ค.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 4 | 2 9 มี.ค.61 | 3 0 มี.ค.61 | 3 1 มี.ค.61 | 1 เม.ย.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |
| 5 | 3 1 มี.ค.61 | 1 เม.ย.61 | 2 เม.ย.61 | 3 เม.ย.61 | ห้องให้คำปรึกษากลุ่มงาน จิตเวช |

รายละเอียดกิจกรรม และการประเมินผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และยินดีเข้าร่วม

กิจกรรมบำบัด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
2. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการบำบัด เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาพร้อมกัน

การดำเนินกิจกรรม

- 1.พยาบาลประเมินข้อมูลต่างๆของผู้ป่วยก่อนจากหลักฐานทางเวชระเบียน เช่น ชื่อ เพศ อายุ อาชีพ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ก่อนเริ่มสร้างสัมพันธภาพ
- 2.กล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงออกถึงความจริงใจทั้งการกระทำและคำพูด ให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล
- 3.แนะนำตนเอง และให้ข้อมูลว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแนะนำตนเองกับพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในตัวพยาบาล
- 4.ใส่ใจกับอาการภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกายต่อการเริ่มกิจกรรมบำบัด

5.อธิบายวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1.ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาลโดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่างๆ และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ หนูมาโรงพยาบาลตั้งแต่เมื่อคืน ยังคลื่นไส้หน้าทอนอย แต่คุยได้”

“ฉันคุยกับทหมอกี้ได้ เฝื่อนฉันคุยแล้วจะหายเครียด”

“ผมดีขึ้นแล้วครับ คุยได้ครับ ”

ผู้ป่วยบางคนไม่ค่อยพูด ตอบช้า พยาบาลให้เวลากับผู้ป่วย ใช้ภาษากาย ใช้น้ำเสียงอ่อนโยน แสดงความห่วงใย ค่อยๆกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยสื่อสารความรู้สึก ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“คะ คุยได้”

“เข้าใจครับ”

2.ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น สามารถบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อรวบรวมข้อมูลข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกายของผู้ป่วย
2. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกายได้
2. บอกถึงประวัติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้
3. บอกปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

สาระสำคัญ

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น ควรใส่ใจกับสัญญาณชีพ อาการ ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกาย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรม การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

การดำเนินกิจกรรม

1. ประเมินอาการเจ็บป่วยทางกายปัจจุบัน สัญญาณชีพของผู้ป่วยเพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกายในการทำกิจกรรมบำบัด

2. สนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิด การแสดงออกของผู้ป่วย ขณะสนทนาสังเกตและกระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วย

3. ประเมินความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย เช่น สีหน้าเฉยเมย วิตกกังวล ซึมเศร้า กระสับกระส่าย เป็นต้น ก่อนจะมีการสนทนาถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น

4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยค่อยๆ เปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น

5. พยาบาลซักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยในปัจจุบัน พฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ลักษณะความคิด พฤติกรรมที่แสดงออก การเตรียมอุปกรณ์ในการทำร้ายตนเอง โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

6. พูดคุยเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยในอดีตของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย พฤติกรรมทำร้ายตนเอง อาการและอาการแสดงทางจิตเวชในอดีต เช่น ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ มีพฤติกรรมรุนแรงทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ และประวัติการใช้สุราและสารเสพติดของผู้ป่วย

7. พุดคุยเกี่ยวกับประวัติครอบครัวของผู้ป่วย เช่น ประวัติการเจ็บป่วยหรืออาการแสดงทางจิตเวช ประวัติพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย และประวัติการใช้สุราและสารเสพติด สัมพันธภาพในครอบครัว

8. พุดคุยเกี่ยวกับลักษณะทางจิตสังคมของผู้ป่วย เช่น สัมพันธภาพกับผู้อื่น การเงิน การเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคม การทำงาน ความเป็นอยู่ ความเชื่อทางศาสนา การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

9. ประเมินลักษณะความเข้มแข็งและอ่อนแอของแต่ละบุคคล เช่น บุคลิกภาพ ทักษะการเผชิญปัญหา การตอบสนองต่อความเครียดในอดีต การตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตสังคม เป็นต้น

10. สรุปผลข้อมูลที่ได้จากการทำกิจกรรม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม

11. นัดหมายผู้ป่วยในการทำกิจกรรมครั้งถัดไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า

1. ผู้ป่วยสื่อสารบอกข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกายและจิตสังคมได้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หนูเป็นคนอารมณ์ร้อนอยู่แล้ว เป็นคนเอาเรื่อง หมอเข้าใจนะ”

“ปกตินอนหลับได้ เพิ่งนอนไม่ค่อยหลับมาเดือนนี้เอง พอไม่หลับแล้วมันก็หงุดหงิด ทะเลาะกับแฟนบ่อยๆ”

“คนเราก็ต้องมีเรื่องให้คิดบ้างแหละหมอ”

2. ผู้ป่วยสื่อสารบอกถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นและลักษณะพฤติกรรม บุคลิกภาพ ประวัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“เมื่ยมพามาโรงพยาบาลเพราะเห็นผมผูกคอ เค้าช่วยไว้ทัน”

“หนูกินยานอนหลับมาค่ะ อยากหลับ ไม่อยากรับรู้อะไร”

“หนูน้อยใจ กินยาไป 30 เม็ด ตั้งแต่หัวค่ำ ไม่ได้บอกใครค่ะ แต่ช่วงดึกหนูอาเจียนไม่หยุด แม่เค้าถามหนูเลยบอกเค้า เค้าเลยพามาโรงพยาบาล”

“เวลาโกรธมากๆ เคยกรีด ดึงๆ ดึงผมตัวเองนะพี่”

“พ่อ แม่ผมไม่เคยทำร้ายตนเอง หรือใช้ความรุนแรงหรอกครับ ”

“ปกติก็ดื่มเหล้าขาว วันละ 1 ขวดเอ็ม ดื่มมาเป็น 30 ปีแล้วครับ ก่อนกินยามาก็ดื่มเหล้าไปปกติ แต่ยังไม่เมานะครับ”

3. ผู้ป่วยสามารถบอกปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ฉันเจ็บคอ ฉันอาเจียนมาก แล้วเค้าใส่สายล้างท้องมา ทรมานมาก”

“หมอบอกว่า ตับผิดปกติ อาจเกิดจากที่กินยามามากไป”

“ยังปวดท้อง มันจะดีขึ้นไหมหมอ ฉันกินยาฆ่าแมลงผสมเหล้า ไปประมาณ 2 อีก”

4. ผู้ป่วยสามารถบอกความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรม การฆ่าตัวตายกับแนวทางการรักษาพยาบาลได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“หมอเค้าว่าให้งดน้ำ งดข้าวก่อน ให้กระเพาะได้พัก”

“ต้องอยู่โรงพยาบาลให้ยาแก้พิษก่อนใช่ไหม”

“ต้องให้น้ำเกลืออย่างนี้ไปก่อน เพราะหนูยังเพลียอยู่”

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดว่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (60 นาที)

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อค้นหาสาเหตุ/ ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย
2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิเคราะห์ค้นหาการจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของ

ความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตายได้
2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์อารมณ์ ความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นความคิดฆ่าตัว

ตายได้

สาระสำคัญ

การประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา ปัจจัยกระตุ้นคืออะไรและความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรที่เกิดกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

การดำเนินกิจกรรม

1. ทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ของกิจกรรมในครั้งที่แล้ว
2. พยาบาลชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับตัวของผู้ป่วย โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความเป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย
3. ขณะสนทนาพยาบาลประเมินเรื่องการรับรู้และยอมรับสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ แยกแยะ อารมณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้นต่อสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง
5. พูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์เดิมในการวางแผนจัดการอารมณ์ต่อสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของผู้ป่วยในอดีต ผลลัพธ์ ปัญหาและอุปสรรค ข้อจำกัดที่เกิดขึ้นเมื่อนำไปใช้ในสถานการณ์จริง
6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ค้นหาการจัดการสาเหตุ/ ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

- เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่า
- ผู้ป่วยสามารถบอกปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตายและสามารถวิเคราะห์อารมณ์ความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้
- “หนูเป็นหนี้นอกระบบค่ะพี่ เงินได้มาไม่พอจ่ายดอกเค้าเลยคะ ”
- “ลูกเขยผมมันบ่น หว่าผมไม่ทำงาน เป็นภาระเค้า”
- “ลูกชายป่าเค้าออกไปอยู่กับเมียเค้า ป่าโทรไปถามเค้าว่าจะกลับมาไหม เค้าก็บอกว่าไม่กลับ”
- “หนูรับไม่ได้หรอกพี่ เค้าเคยสัญญาว่าเค้าจะไม่มีคนอื่น เค้ามาทำอย่างนี้ หนูกับลูกจะอยู่อย่างไร”
- “แกแล้วอยู่บ้านก็ช่วยอะไรเค้าไม่ค่อยได้ มันเหนื่อยง่าย เป็นภาระเค้าเปล่าๆ”

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

2. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการวิเคราะห์เหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกเหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น

สาระสำคัญ

การประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยมีเหตุผลเพื่ออะไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับเหตุผลของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก่อนที่จะร่วมสนทนา
2. พยาบาลชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วย ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับตัวของผู้ป่วย โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความเป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย
3. ขณะสนทนา พยาบาลประเมินการรับรู้และยอมรับเหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น
4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ อธิบายถึงเหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถบอกเหตุผลของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“อยากให้เค้ารู้ว่าเราก็จีบปวดกับพฤติกรรมของเค้าเหมือนกันนะพี่”

“ไม่อยากเป็นภาระใคร เค้าจะได้สบายกันขึ้น”

“ตอนนั้นไม่ได้คิดว่าจะตายไหม แค่ไม่อยากรับรู้เรื่องพวกนี้แล้ว”

“หันทางไหนมันก็มีแต่ปัญหา หลายเรื่อง ไม่รู้จะทำอะไร ต่อไป”

“ฉันทบอกเค้าว่าไม่ต้องกลับมาแล้ว ไปอยู่กับเมียเค้ามันแหละ หมอคิดดูเลี้ยงกันมาทั้งชีวิต สุดท้ายเค้าก็เลือกคนอื่น แม่ไม่มีความหมาย ก็อย่ามีแม่มันเลย”

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบการพัฒนาของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. เพื่อค้นหาระดับความคิดฆ่าตัวตายฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอันตรายจากความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกพัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้
2. บอกระดับความคิดฆ่าตัวตายฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่ได้
3. บอกอันตรายจากความคิดฆ่าตัวตายได้

สาระสำคัญ

การประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุย ก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันที ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมาก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงเลระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับระดับของพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ก่อนที่จะร่วมสนทนา
2. พยาบาลให้ใบความรู้ที่ 1 พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อธิบายลักษณะ อาการ และการพัฒนาในแต่ละระดับ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการพัฒนาของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
4. พยาบาลชักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วย ค้นหาการพัฒนาของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับตัวของผู้ป่วย โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ

5. ขณะสนทนาประเมินการรับรู้ วิเคราะห์ การเกิดความคิดฆ่าตัวตายและการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตาย เป็นแบบทันที ทันทีหรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมาก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงเลระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย

6. กระตุ้นให้ผู้ป่วยวิเคราะห์ ค้นหาระดับของความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่ในปัจจุบันของผู้ป่วยจากการเรียนรู้จากใบความรู้ที่ 1 ซึ่งให้เห็นอันตรายของความคิดฆ่าตัวตายที่อาจเกิดขึ้นได้ต่อไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถบอกการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และพัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างคำพูดต่อไปนี้

“ไม่เคยมีความคิดฆ่าตัวตายมาก่อน ชั่ววุ่นนะหมอ”

“เคยคิดฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ ประมาณเดือนนึง แต่คิดถึงลูกเลยไม่ได้ลงมือทำ”

“หนูกินยาพาราไปประมาณ 10 เม็ดตอนหัวค่ำ แล้วแม่ก็เรียกหนูไปถามเรื่องเรียนอีก หนูเลยกินไปอีก 20 เม็ด ไม่ได้บอกใคร”

“เคยคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ มันเหนื่อย ท้อไปหมด แต่ยังไม่เคยทำร้ายตัวเองมาก่อน ครั้งนี้ก็ไม่ได้เตรียมการอะไร พอมันมีอะไรมากระทบก็เลยทำเลย”

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย
2. เพื่อประเมินการรับรู้และค้นหา ปัจจัยปกป้องความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายต่อตนเองและ

ผู้อื่น

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น
2. ค้นหาปัจจัยปกป้องความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้
3. บอกผลลัพธ์ของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายต่อตนเองและผู้อื่นได้

สาระสำคัญ

การประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายก่อนที่จะร่วมสนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

การดำเนินกิจกรรม

1. ผู้บำบัดมีการให้เหตุผลสั้นๆถึงประโยชน์ที่จะได้รับสำหรับการพูดคุยเกี่ยวกับข้อดี – ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ก่อนที่จะร่วมสนทนา
2. ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 1 ข้อดี – ข้อเสียจากพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อดี – ข้อเสียจากพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย
4. พยาบาลซักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วยเกี่ยวกับข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย ที่เฉพาะเจาะจงกับตัวของผู้ป่วยโดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆเช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย
5. ขณะสนทนาพยาบาลมีการประเมินการรับรู้ การคิดบวก เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ ความหวัง ความรู้สึกถึงระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิตของผู้ป่วย และรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลที่ยึดเหนี่ยวในชีวิต ความเชื่อ สถานการณ์ ที่ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย เพื่อค้นหาปัจจัยปกป้องที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วยเอง
6. ร่วมกันวิเคราะห์ถึงข้อดี – ข้อเสียจากพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายต่อตนเองและผู้อื่น เน้นการวิเคราะห์ที่ข้อเสียจากพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึง
7. ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างระหว่างผลเสียผลกระทบทั้งต่อตนเองและคนใกล้ชิดในหลายด้านให้ครอบคลุม เช่น ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ
8. ชี้ให้เห็นถึงผลดีหากไม่มีการพยายามฆ่าตัวตาย
9. ทบทวนสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามพร้อมทั้งนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งถัดไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถสามารถบอก ข้อดี – ข้อเสียของ
พฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างข้อความที่เขียนลงในใบงาน ต่อไปนี้

ข้อดีหากท่านเสียชีวิตไป

- “ไม่มี”
- “ลูกไม่ต้องลำบากใจ”
- “ไม่ต้องรับรู้ปัญหา”
- “เค้าจะได้รู้ว่าเราเสียใจ”

ข้อเสียหากท่านเสียชีวิตไป

- “พ่อ แม่ เสียใจ ลำบาก”
- “ลูกเสียใจ ไม่รู้จะเป็นอย่างไรต่อหน้าจะลำบาก”
- “สามีที่ป่วยและลูกที่พิการไม่มีคนดูแล”
- “ภรรยาและลูกเสียใจ”
- “ลูกไม่รู้จะอยู่กับใคร”

ข้อดีหากท่านมีชีวิตอยู่

- “ลูกมีคนดูแล”
- “พ่อ แม่ มีคนดูแล”
- “สามีและลูกมีคนดูแล”
- “ภรรยาไม่เสียใจ”
- “ช่วยทำงานหาเงินได้”

ข้อเสียหากท่านมีชีวิตอยู่

- “เป็นภาระลูก”
- “ลำบากคนอื่น”
- “เครียด”
- “ไม่มี”

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงผลลัพธ์ของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายต่อตนเองและ

ผู้อื่น

2. เพื่อให้มีการวางแผนกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น/

อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย

3. เพื่อวางแผนในการเผชิญและจัดการความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

1. บอกผลลัพธ์ของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายต่อตนเองและผู้อื่นได้
2. บอกแผนกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น/อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตายได้
3. สามารถเขียนการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย

ในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย

สาระสำคัญ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เขียนรายละเอียดลงในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายตามบริบทของผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองขอได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทาง วางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป

การดำเนินกิจกรรม

1. ทบทวนเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของกิจกรรมในครั้งที่แล้ว
2. พยาบาลซักชวนให้ผู้ป่วยพูดคุยเพื่อสื่อสารความคิดของผู้ป่วย ค้นหาอาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจงกับตัวของผู้ป่วย โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความเป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย
- 3 .พูดคุยเพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการวางแผนกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น/อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตายได้
4. ร่วมกับผู้ป่วยทบทวนถึงความเป็นไปได้และพิจารณาแผนกลยุทธ์การเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น/อาการเตือนที่เหมาะสมกับตัวผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

5. พยายามให้ความรู้ที่ 2 การจัดการอารมณ์ทางลบ อธิบายถึงแนวทางการจัดการและร่วมกับผู้ป่วยวิเคราะห์หาความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในสถานการณ์จริง ปัญหาและอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น

6. ให้ผู้ป่วยทำใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายโดยวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิดและ พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อใช้ในการดูแลตนเองตามบริบทของผู้ป่วย

7. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับแผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตาย

8. ร่วมกันพิจารณาทบทวนถึงความเหมาะสมและเป็นไปได้ ที่จะลงมือกระทำกับตัวผู้ป่วยของแผนแต่ละขั้น ปัญหาและอุปสรรคต่างๆตามขั้นตอนของแผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตาย ดังนี้

ขั้นที่ 1 อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย คือ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อปัจจัยกระตุ้น และมีโอกาสที่จะพัฒนาเป็นความคิดฆ่าตัวตายต่อไป

ขั้นที่ 2 วิธีการปรับตัวและเผชิญความคิดฆ่าตัวตายด้วยตนเอง คือ พฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถกระทำได้ด้วยตนเองโดยปราศจากการติดต่อกับผู้อื่นเพื่อตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตาย ค้นหาวิธีการเผชิญโดยใช้เหตุผล ลดการเผชิญปัญหาแบบเน้นอารมณ์ เช่น ดื่มสุรา ซึ่งอาจทำให้ขาดสติความสามารถในการคิด แก้ไขปัญหา

ขั้นที่ 3 แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต คือ สถานที่หรือบุคคลอื่นที่ช่วยให้ผู้ป่วยหยุด ค้นหาสถานที่หรือบุคคลที่เป็นที่ส่งเสริมต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วย

ขั้นที่ 4 บุคคลใกล้ชิดที่สามารถขอความช่วยเหลือ เพื่อให้พ้นจากภาวะวิกฤต ค้นหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวของผู้ป่วย สามารถให้คำปรึกษาเบื้องต้นที่ดีและสามารถติดต่อได้สะดวก

ขั้นที่ 5 บุคลากรทางการแพทย์/สถานพยาบาลที่สามารถติดต่อได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต มีเบอร์โทรศัพท์ของบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถติดต่อได้จริงเมื่อเกิดภาวะวิกฤต

ขั้นที่ 6 แผนการจำกัดบุคคล กิจกรรมสิ่งแวดล้อมเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น หากผู้ป่วยมีปืน ควรเก็บในที่เข้าถึงยาก หรือเก็บไว้กับบุคคลที่ไว้ใจได้ การเก็บสารกำจัดวัชพืชและกำจัดแมลงไว้ในห้องที่เป็นสัดส่วน หรือในกล่องที่มีกุญแจล็อกปิด การให้ผู้ดูแลจัดยาให้กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น

9. ทบทวนสรุปสาระสำคัญที่ได้จากการทำกิจกรรมครั้งนี้และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามพร้อมทั้งนัดหมายการทำกิจกรรมในครั้งถัดไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

1. เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยสามารถค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นได้ ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ต่อไปถ้าทะเลาะกันอีก จะเดินหนี แล้วหายใจเข้า ยาวๆ ลึกๆ ดูก่อน ”

“ถ้าเครียดจะพยายามไม่ไปดื่มสุราแล้ว จะโทรคุยกับลูกสาวอีกคนแทน”

“ต่อไปจะหาโอกาสคุยกันดีๆ เวลาที่ไม่เหนื่อยทั้งคู่ ถ้าหงุดหงิดจะหลบเข้าห้องก่อน”

“รอบหน้าหนูว่าถ้าไม่อยากพูดกัน ก็จะไลน์คุยกันที่ มันไม่มีเสียง แถมมีสติ๊กเกอร์น่ารักๆ ด้วย”

“นี่หนูคงใช้เค้าไม่หมด คงต้องบอกเค้าไปตรงๆ ขอลดดอก จะได้ผ่อนจ่ายเงินต้นได้บ้าง เพราะก็มีหลายคนที่ยอมลดดอกให้หนู เหลือแต่เงินต้นอย่างเดียว”

“คนรอบข้างเรา เค้าก็ห่วงเรา มาเฝ้าเราตลอด ต้องนึกถึงคนที่รักเรามากๆ คนไหนไม่รักเราก็ต้องทำใจนะหมอ”

2.สามารถเขียนการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายในใบกิจกรรมที่ 2 แผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมตามบริบทของผู้ป่วย ดังตัวอย่างข้อความที่เขียนลงในใบงาน ต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย (ความคิด,อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกเฉพาะของตนเอง)

- อยากรู้คนเดียว ไม่อยากคุยกับใคร
- นอนไม่หลับ
- ดื่มสุราบ่อยๆ
- ไม่อยากทำอะไร
- นอนหลับมากไม่อยากตื่น
- ร้องไห้บ่อยๆ

ขั้นที่ 2 วิธีการปรับตัวและเผชิญความคิดฆ่าตัวตายด้วยตนเอง (อะไรที่สามารถทำได้ด้วยตนเองโดยปราศจากการติดต่อกับผู้อื่น)

- ไปวัด ไหว้พระ สวดมนต์
- ไปเที่ยว ไปหาเพื่อน
- ไปดื่มสุรา
- ฟังเพลง
- อ่านหนังสือ

ขั้นที่ 3 แหล่งสนับสนุนทางสังคมเพื่อไม่ให้เกิดภาวะวิกฤต (สถานที่และบุคคลอื่นที่ช่วยทำให้ท่านหยุดคิดฆ่าตัวตาย)

- วัด
- ทะเล

-บ้านแม่

-บ้านเพื่อนสนิท

-ไปคุยกับพี่ที่สนิท

ขั้นที่ 4 บุคคลที่สามารถขอความช่วยเหลือให้พ้นจากภาวะวิกฤต ส่วนใหญ่เป็นบุคคลใกล้ชิดตัว เช่น พ่อ แม่ พี่ น้อง เพื่อนสนิท

ขั้นที่ 5 บุคลากรทางการแพทย์/สถานพยาบาลที่สามารถติดต่อได้เมื่อเกิดภาวะวิกฤต คือ สายด่วนสุขภาพจิต 1323 และงานจิตเวช รพ.ตราด หมายเลขโทรศัพท์ 0924898611

ขั้นที่ 6 แผนการจำกัดบุคคล กิจกรรม สิ่งแวดล้อมเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น ให้ผู้ดูแลจัดยาให้รับประทาน มีกุญแจตู้ยาสามัญประจำบ้าน เก็บยาฆ่าแมลงและยาฆ่าหญ้าไว้อย่างเป็นสัดส่วน

ขั้นตอนที่ 4 **สรุปผลการบำบัด**

กิจกรรมครั้งที่ 8 **สรุปผลการบำบัด**

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสรุปสาระสำคัญจากกิจกรรมบำบัด
2. เพื่อให้เกิดความหวัง สามารถปรับมุมมองต่อบทบาทของตนเองที่ส่งเสริมความมีคุณค่า

ในตนเองเพื่อแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

สรุปผลการบำบัดที่ผ่านมากับผู้วิจัยได้

1. บอกแนวคิด มุมมองต่อตนเอง บทบาทของตนเองทางสังคมที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง มีความหวัง บอกแรงจูงใจที่จะทำมีชีวิตอยู่ต่อไปได้

สาระสำคัญ

สรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมามากมายทั้งหมดทุกประเด็นการสร้างความแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรม การปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

การดำเนินกิจกรรม

1. ร่วมกันสรุปสาระสำคัญของการบำบัด เรื่อง ปัจจัยกระตุ้น ความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น อาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย ข้อดีข้อเสียของการฆ่าตัวตายและแผนการตอบสนองทางอารมณ์

ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย กลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นความคิดฆ่าตัวตาย

2. พุดคุยเพื่อทบทวนกลวิธีการคิดบวก ความหวัง เหตุผลในการมีชีวิตอยู่ เสริมแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนความคิดเพื่อแทนที่ความคิดฆ่าตัวตาย การดำเนินตามแผนการตอบสนองต่อปัจจัยกระตุ้นต่อความคิดฆ่าตัวตายได้ด้วยตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัย

3. นัดหมายถึงระบบการติดตามของโรงพยาบาลในครั้งต่อไป

ผลการประเมินตามวัตถุประสงค์

เมื่อดำเนินการบำบัดครั้งนี้แล้วพบว่าผู้ป่วยสรุปการบำบัดที่ผ่านมาและบอกแนวคิด มุมมองของตนเองที่ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองเพื่อแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังตัวอย่างคำพูด ต่อไปนี้

“ขอบคุณหมอมากที่คอยดูแลนะ เดี่ยวกลับไปฉันจะไปลองทำแบบที่คุยกะหมอดู แล้วถ้ามันไม่ดี จะโทรหาหมอนะ แต่ก็คิดว่าทำได้นะหมอ”

“ผมจะพยายามคิดถึงลูกมากๆ จะได้มีกำลังใจสู้ คราวหน้าถ้ามาตามนัด เจอกันที่นี้ใช้ไหม หมอ แต่ไม่เจอกันบ่อยๆจะดีกว่านะครับ”

“เดี๋ยวกลับไปจะไปทำตามที่คุณบอกไว้ละคะพี่ แล้วตอนมาตรวจตามนัดจะเล่าให้ฟังว่าผลเป็นอย่างไร”

1.3 การกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยกำกับการทดลองด้วย แบบประเมินความหวัง หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 4 เพื่อประเมินความหวังของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองทุกคนต้องมีระดับคะแนนที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด โดยมีระดับคะแนนความหวัง ≥ 25 คะแนนซึ่งถือว่ามีความหวังในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งผลการกำกับการทดลองพบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นมีระดับคะแนนความหวัง ≥ 25 คะแนนทุกคนผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งถือว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทุกรายได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมการทดลองอย่างครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ ดังรายละเอียดในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คะแนนความหวังของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้น

| ลำดับ | คะแนนความหวัง | การแปลผล |
|-------|---------------|--------------------------|
| 1 | 36 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 2 | 40 | มีความหวังในระดับสูง |
| 3 | 38 | มีความหวังในระดับสูง |
| 4 | 41 | มีความหวังในระดับสูง |
| 5 | 35 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 6 | 35 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 7 | 39 | มีความหวังในระดับสูง |
| 8 | 37 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 9 | 36 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 10 | 35 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 11 | 35 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 12 | 36 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 13 | 36 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 14 | 32 | มีความหวังในระดับปานกลาง |
| 15 | 45 | มีความหวังในระดับสูง |
| X | 34.73 | มีความหวังในระดับปานกลาง |

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ก่อนการทดลอง (Pre-Test)
2. ผู้วิจัยประเมินคะแนนความหวังโดยใช้แบบประเมินความหวัง หลังเสร็จสิ้นขั้นตอนที่ 4 (วันที่ 4 ของการให้การพยาบาล)

3. ผู้วิจัยประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังการทดลอง (Post-test) ในวันที่ 5 หลังการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test)
4. ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลทุกครั้งเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลที่ได้รับมีความสมบูรณ์ครบถ้วนและน่าเชื่อถือ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง ประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) โดยใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) รวมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง คำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ทดสอบ คะแนนเฉลี่ยโดยใช้สถิติ Independent t-test
3. มีการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรครากขององค์การอนามัยโลก (ICD -10) ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดตราด โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ มีอายุ 14 ปีขึ้นไป (ตามเกณฑ์แยกการรับผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่โรงพยาบาลตราด) ทั้งเพศชายและหญิง จำนวน 30 คน ผู้วิจัยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน (Matched paired) ด้วยอายุและเพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัย จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน มีการประเมินคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระยะก่อนการทดลองหลังการทดลองทันที

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายโดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระย่ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระย่ก่อนและหลังการทดลอง

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรสและระดับการศึกษา

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n=15) | | กลุ่มควบคุม (n=15) | | รวม (n=30) | |
|------------------------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|----------------------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| เพศ | | | | | | |
| ชาย | 2 | 13.3 | 2 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| หญิง | 13 | 86.7 | 13 | 86.7 | 26 | 86.7 |
| อายุ | | | | | | |
| 14-20 ปี | 2 | 13.3 | 2 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| 21-30 ปี | 4 | 26.7 | 4 | 26.7 | 8 | 26.7 |
| 31-40 ปี | 3 | 20.0 | 4 | 26.7 | 7 | 23.3 |
| 41-50 ปี | 5 | 33.3 | 3 | 20.0 | 8 | 26.7 |
| 51-60 ปี | 1 | 6.7 | 2 | 13.3 | 3 | 10.0 |
| อายุเฉลี่ย (ปี) | Mean= 35.73 S.D.= 11.46 | | Mean= 35.80 S.D.= 12.16 | | Mean= 35.77 S.D.= 11.61 | |
| สถานภาพสมรส | | | | | | |
| โสด | 3 | 20.0 | 2 | 13.3 | 5 | 16.7 |
| คู่ | 11 | 73.3 | 13 | 86.7 | 24 | 80.0 |
| หม้าย | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| หย่า | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 1 | 3.3 |
| แยกกันอยู่ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | |
| ไม่ได้เรียน | 0 | 0 | 2 | 13.3 | 2 | 6.7 |
| ประถมศึกษา | 5 | 33.3 | 3 | 20.0 | 8 | 26.7 |
| มัธยมศึกษา/ปวช. | 8 | 53.3 | 8 | 53.3 | 16 | 53.3 |
| อนุปริญญา/ปวส. | 2 | 13.3 | 0 | 0 | 2 | 6.7 |
| ปริญญาตรี | 0 | 0 | 2 | 13.3 | 2 | 6.7 |
| สูงกว่าปริญญาตรี | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 เป็นเพศชายร้อยละ 13.3 กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอายุ 35.77 ปี กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอายุ 35.73 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยอายุ 35.80 ปี ส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 21-30 ปีและ 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.7 เท่ากันส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 86.7 ในกลุ่มควบคุม รองลงมา มีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 20.0 และ 13.3 ตามลำดับ ส่วนระดับการศึกษาของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายนั้น พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 53.3 รองลงมา มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 20.0 ในกลุ่มควบคุม



ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันทางกาย/โรคประจำตัว

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n=15) | | กลุ่มควบคุม (n=15) | | รวม (n=30) | |
|--|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อาชีพ | | | | | | |
| ไม่ได้ประกอบอาชีพ | 3 | 20.0 | 1 | 6.7 | 4 | 13.3 |
| เกษตรกร | 5 | 33.3 | 2 | 13.3 | 7 | 23.3 |
| ค้าขาย | 1 | 6.7 | 3 | 20.0 | 4 | 13.3 |
| รับจ้าง | 4 | 26.7 | 7 | 46.7 | 11 | 36.7 |
| อื่นๆ ระบุ นักเรียน | 2 | 13.3 | 2 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| ความเพียงพอของรายได้ | | | | | | |
| เพียงพอและเหลือเก็บ | 0 | 0 | 1 | 6.7 | 1 | 3.3 |
| เพียงพอกับรายจ่าย | 5 | 33.3 | 3 | 20.0 | 8 | 26.7 |
| ไม่เพียงพอกับรายจ่าย | 9 | 60.0 | 10 | 66.7 | 19 | 63.3 |
| ไม่มีรายได้ | 1 | 6.7 | 1 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| การเจ็บป่วยปัจจุบันทางกาย/โรคประจำตัว | | | | | | |
| ไม่มี | 13 | 86.7 | 10 | 66.7 | 23 | 76.7 |
| มี | 2 | 13.3 | 5 | 33.3 | 7 | 23.3 |

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมามีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 26.7 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมามีอาชีพค้าขาย คิดเป็นร้อยละ 20.0 ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีรายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60.0 ในกลุ่มทดลองและร้อยละ 66.7 ในกลุ่มควบคุม รองลงมา มีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 20.0 ตามลำดับ และไม่มีอาการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายคิดเป็นร้อยละ 86.7 และ 66.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง การพยายามฆ่าตัวตายและวิธีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว

| ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง | กลุ่มทดลอง (n=15) | | กลุ่มควบคุม (n=15) | | รวม (n=30) | |
|---|----------------------|--------|-----------------------|--------|---------------|--------|
| | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อาการหูแว่วได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง | | | | | | |
| ไม่มี | 15 | 100 | 15 | 100 | 30 | 100 |
| มี | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ | | | | | | |
| เคย | 4 | 26.7 | 3 | 20.0 | 7 | 23.3 |
| ไม่เคย | 11 | 73.3 | 12 | 80.0 | 23 | 76.7 |
| วิธีการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ | | | | | | |
| รับประทานยาเกินขนาด | 3 | 75.0 | 3 | 100.0 | 6 | 85.7 |
| ผูกคอต | 1 | 25.0 | 0 | 0 | 1 | 14.3 |
| ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในครอบครัว | | | | | | |
| ไม่มี | 15 | 100 | 15 | 100 | 30 | 100 |
| มี | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด 30 คน ไม่มีอาการหูแว่วและไม่มีประวัติคนในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 26.7 และร้อยละ 20.0 ในกลุ่มควบคุม โดยวิธีการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาด คิดเป็นร้อยละ 75.0 รองลงมาใช้วิธีการผูกคอต ร้อยละ 25.0 และในกลุ่มควบคุมใช้วิธีการรับประทานยาเกินขนาด คิดเป็นร้อยละ 100

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 8 ผลคะแนนความคิดฆ่าตัวตายและการแปลผลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการทดลอง

| คู่ที่ | กลุ่มทดลอง | | กลุ่มควบคุม | |
|-----------|-----------------------|----------|-----------------------|--------------|
| | คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย | การแปลผล | คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย | การแปลผล |
| 1 | 18 | ระดับสูง | 12 | ระดับปานกลาง |
| 2 | 19 | ระดับสูง | 9 | ระดับปานกลาง |
| 3 | 25 | ระดับสูง | 10 | ระดับปานกลาง |
| 4 | 15 | ระดับสูง | 14 | ระดับสูง |
| 5 | 17 | ระดับสูง | 19 | ระดับสูง |
| 6 | 23 | ระดับสูง | 20 | ระดับสูง |
| 7 | 19 | ระดับสูง | 17 | ระดับสูง |
| 8 | 18 | ระดับสูง | 17 | ระดับสูง |
| 9 | 17 | ระดับสูง | 14 | ระดับสูง |
| 10 | 17 | ระดับสูง | 9 | ระดับปานกลาง |
| 11 | 16 | ระดับสูง | 14 | ระดับสูง |
| 12 | 17 | ระดับสูง | 19 | ระดับสูง |
| 13 | 15 | ระดับสูง | 14 | ระดับสูง |
| 14 | 21 | ระดับสูง | 21 | ระดับสูง |
| 15 | 20 | ระดับสูง | 18 | ระดับสูง |
| \bar{X} | 18.47 | ระดับสูง | 15.13 | ระดับสูง |
| S.D. | 2.83 | | 3.96 | |

จากตารางที่ 8 พบว่าก่อนดำเนินการทดลองผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองทั้งหมด 15 คนมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) และมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยเท่ากับ 18.47 (S.D. = 2.83) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป) จำนวน 11 คน มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 7-12 คะแนน) จำนวน 4 คน และมีคะแนนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยเท่ากับ 15.13 (S.D. = 3.96) ทั้งนี้คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับเท่ากัน คืออยู่ในระดับสูง

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นรายคู่ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

| คู่ที่ | กลุ่มทดลอง | | | กลุ่มควบคุม | | |
|-----------|------------|----------|-----------------|-------------|----------|----------------|
| | ก่อน | หลัง | ผลต่าง | ก่อน | หลัง | ผลต่าง |
| | การทดลอง | การทดลอง | ของคะแนน | การทดลอง | การทดลอง | ของคะแนน |
| 1 | 18 | 3 | 15 | 12 | 10 | 2 |
| 2 | 19 | 2 | 17 | 9 | 4 | 5 |
| 3 | 25 | 8 | 17 | 10 | 6 | 4 |
| 4 | 15 | 6 | 9 | 14 | 11 | 3 |
| 5 | 17 | 8 | 9 | 19 | 13 | 6 |
| 6 | 23 | 8 | 15 | 20 | 16 | 4 |
| 7 | 19 | 3 | 16 | 17 | 10 | 7 |
| 8 | 18 | 5 | 13 | 17 | 12 | 5 |
| 9 | 17 | 7 | 10 | 14 | 9 | 5 |
| 10 | 17 | 6 | 11 | 9 | 2 | 7 |
| 11 | 16 | 9 | 7 | 14 | 6 | 8 |
| 12 | 17 | 3 | 14 | 19 | 8 | 11 |
| 13 | 15 | 3 | 12 | 14 | 4 | 10 |
| 14 | 21 | 12 | 9 | 21 | 15 | 6 |
| 15 | 20 | 11 | 9 | 18 | 12 | 6 |
| \bar{X} | 18.47 | 6.27 | \bar{d} 12.20 | 15.13 | 9.20 | \bar{d} 5.93 |
| S.D. | 2.83 | 3.10 | | 3.96 | 4.16 | |
| ระดับ | สูง | ต่ำ | | สูง | ปานกลาง | |

จากตารางที่ 9 พบว่า ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลอง มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ 18.47 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง) และ 6.27 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับต่ำ) ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงทุกคน โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.20 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ 15.13 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับสูง) และ 9.20 (มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง) ตามลำดับ และหลังการทดลองพบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงทุกคนเช่นกัน โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลองลดลงกว่าก่อนการทดลอง เท่ากับ 5.93

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 15)

| คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
|-----------------------|-----------|------|---------|----|--------|---------|
| กลุ่มทดลอง | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 18.47 | 2.83 | สูง | 14 | -14.23 | < .001 |
| หลังการทดลอง | 6.27 | 3.10 | ต่ำ | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 15.13 | 3.96 | สูง | 14 | -9.44 | < .001 |
| หลังการทดลอง | 9.20 | 4.16 | ปานกลาง | | | |

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -14.23$, $df = 14$) โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้น โดยระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับต่ำ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -9.44$, $df = 14$) เช่นกัน โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง แต่ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง

ตอนที่ 3 การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลอง

ตารางที่ 11 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n1 = n2= 15)

| คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
|-----------------------|-----------|------|---------|----|-------|---------|
| ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 18.47 | 2.83 | สูง | 28 | 2.65 | < .05 |
| กลุ่มควบคุม | 15.13 | 3.96 | สูง | | | |
| หลังการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 6.27 | 3.10 | ต่ำ | 28 | -2.19 | < .05 |
| กลุ่มควบคุม | 9.20 | 4.16 | ปานกลาง | | | |

จากตารางที่ 11 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นมีค่าเท่ากับ 18.47 และในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเท่ากับ 15.70 ซึ่งถือว่ามีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูงทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=2.65$, $p=0.013$)

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นมีค่าเท่ากับ 6.27 ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ ส่วนในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 9.20 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t=-2.19$, $p=0.037$) กล่าวคือ หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นพบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายลดลงโดยอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 12 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n_1 = n_2 = 15$)

| ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนน | \bar{d} | SD | df | t | p-value |
|-------------------------|-----------|------|----|------|---------|
| ความคิดฆ่าตัวตาย | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 12.20 | 3.31 | 28 | 5.90 | < .001 |
| กลุ่มควบคุม | 5.93 | 2.43 | | | |

จากตารางที่ 12 พบว่า ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นลดลง เท่ากับ 12.20 ส่วนในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติลดลง เท่ากับ 5.93 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.90, p < .001$) กล่าวคือ หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าก่อนการทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นลดลงกว่ากลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง ตัวแปรต้น คือโปรแกรมบำบัดแบบสั้น ตัวแปรตาม คือ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีการตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น
2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X60-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X60-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดตราด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 30 คน

ผู้วิจัยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นกลุ่มทดลองก่อน จนครบ 15 คน แล้วจึงหากกลุ่มควบคุมที่มีคุณลักษณะเหมือนกันมาจับคู่ภายหลังโดยผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched paired) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศเดียวกันและอายุต่างกันไม่เกิน 10 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยใช้แนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ใช้เป็นแนวคิดหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที บำบัดติดต่อกันทุกวัน โดยดำเนินการวันละ 1 ขั้นตอน ครั้งละ 1-4 กิจกรรม ซึ่งมีรายละเอียดกิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น ควรใส่ใจกับสัญญาณชีพ อาการ ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกาย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสาร ส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย เป็นการประเมินการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นและความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น สนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมาว่าปัจจัยกระตุ้นคืออะไรและความรู้สึกหรืออารมณ์อย่างไรที่เกิดกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เป็นการประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย สนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยมีเหตุผลเพื่ออะไร เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับในตัวเองและดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย มีการประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตายที่เพิ่งเกิดขึ้น ว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันที ทันใด หรือค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ มีการทำร้ายตนเองมาก่อนหน้าการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้หรือไม่ และค้นหาความรู้สึกถึงระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย การประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น สนทนาเพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบถึงข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมกรรมการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย ผู้ที่สูญเสียและได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา

กิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้เขียนรายละเอียดลงในใบกิจกรรมแผนความปลอดภัยจากความคิดฆ่าตัวตายตามบริบทของผู้ป่วยเพื่อการดูแลตนเองขอได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทางวางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด

กิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด สรุปผลการให้การบำบัดที่ผ่านมาทั้งหมดทุกประเด็น การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตาย

ด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

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) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากแนวคิดที่ครอบคลุมองค์ประกอบการฆ่าตัวตาย สามารถทำนายความรุนแรงของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ ซึ่งได้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่า ความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่

แบบประเมินความหวัง (Herth, 1992) ที่แปลและดัดแปลงโดยเรณูการ์ ทองคำรอด (2541) เป็นการประเมินความหวังในผู้ป่วย มีทั้งหมด 12 ข้อ มีข้อความทางบวก 10 ข้อ และข้อความทางลบ 2 ข้อ โดยแบ่งข้อคำถามออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราวต่อสิ่งที่จะเกิดในอนาคต 4 ข้อ กลุ่มความพร้อมและคาดหวังในทางบวก 4 ข้อและกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่างตนเองและบุคคลอื่น 4 ข้อ การวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ซึ่งมีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) ได้เท่ากับ 0.89 หากค่าความเชื่อมั่นจากกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.80

ขั้นตอนในการทดลอง

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด

1.2 ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลและแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราดเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

1.3 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิ

ของกลุ่มตัวอย่างหากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยโดยความสมัครใจ จะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และประเมินความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Pre-test)

2.2 ในการดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คนโดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลตราด และกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้น ประกอบไปด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ใช้เวลาขั้นตอนละ 45-60 นาที โดยดำเนินการวันละ 1 ขั้นตอน ครั้งละ 1-4 กิจกรรม บำบัดติดต่อกันทุกวันเป็นระยะเวลา 4 วัน หลังสิ้นสุดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความหวัง

3. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Pre-test)

3.2 ผู้วิจัยประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลอง (Post-Test) หลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 1 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ
- 2) เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)
- 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-test

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นมีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 1 คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น

2. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัยข้อที่ 2 คือ ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในการศึกษาครั้งนี้เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาริน ชมประเสริฐ (2546) ที่พบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย และการศึกษาของ Cantor (2000) ที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายของเพศหญิงมีอัตราส่วนสูงกว่าเพศชาย เป็น 3:1 เนื่องจากเพศหญิงมีภาวะความเปราะบางมากกว่าเพศชาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-50 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่เนื่องจากเป็นวัยที่มีต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม (อุมาพร ตรังคมบัติ, 2544) ทำให้เกิดความวุ่นวาย สับสน มีภาวะเครียด ส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จากการศึกษานี้ของ Paria et al., 2016 พบว่า สัมพันธภาพที่กดดันในครอบครัว ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตาย และการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม ส่วนใหญ่รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stack (2000) พบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีปัญหาและความกดดันต่างๆรอบตัวมาก เช่น ปัญหาการครองชีพ อาชญากรรม เป็นต้น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจึงเกิดการฆ่าตัวตายสูงกว่า และสัมพันธ์กับการศึกษาของธนา นิลชัย โกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยั้ง (2540) พบว่ากลุ่มที่ไม่มีรายได้หรือมีรายได้ต่ำกว่า 2,000 บาทต่อเดือนมี

ความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายและการศึกษาของประชิด สุขอนันต์ (2545) พบว่าฐานะครอบครัวค่อนข้างต่ำเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมาก ส่วนใหญ่ไม่มีความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่มีอาการหูแว่วและไม่มีประวัติคนในครอบครัวเคยพยายามฆ่าตัวตาย แต่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย

ตอนที่ 2 ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อซึ่งผู้วิจัยมีการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังใช้โปรแกรมบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($t = -14.23$, $p < .001$) สามารถอภิปรายผลได้ ดังนี้

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น (Teachable Moment Brief Intervention) โดย O'Connor et al. (2015) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยแนวคิดของ TMBI ได้สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพิ่มความหวัง โดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้ ยอมรับ มองเห็นคุณค่าในตนเอง เกิดทักษะการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการบทบาทหน้าที่ มีความหวัง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฆ่าตัวตายและทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนได้รับการบำบัดแบบสั้น เนื่องจากผู้บำบัดจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่ยกย่องฆ่าตัวตายทำด้วยที่เป็นมิตร สนิทสนม เยี่ยมแจ่มใส แสดงออกถึงความจริงใจทั้งการกระทำและคำพูด ให้การยอมรับและเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจ (trust) ในการพูดคุยกับผู้บำบัด และทำให้เกิดแรงจูงใจ (Motivation) ในการเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อเพิ่มการรับรู้พฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อร่วมกันหาแนวทางหลีกเลี่ยงการมีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ มีการประเมินลักษณะความคิดความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วย พฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การสรุปความเป็นต้น กระตุ้นให้เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเอง (Acceptance) และให้อภัยตนเองจากความรู้สึกที่ผิดจากการฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีการกระตุ้นให้ผู้ที่ยกย่องฆ่าตัวตายตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) รับรู้สาเหตุปัจจัยกระตุ้น

สาเหตุเฉพาะบุคคลที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย มีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวิเคราะห์สถานการณ์และพฤติกรรมที่นำมาสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย วางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตาย เพื่อให้เกิดการควบคุมอารมณ์ มีทักษะด้านสัมพันธภาพและจัดการกับตนเองได้ดีขึ้น มีกลยุทธ์ในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่มากขึ้น การควบคุมพฤติกรรมทำร้ายตนเองได้ดีขึ้นปฏิบัติตามที่ได้ตามแผนที่วางไว้ในระยะสั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มีความหวัง (Hope) ในการเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป มีการทบทวน สรุปการบำบัด การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นถึงคุณค่าในตัวเอง จะนำไปสู่การตีความ การปรับเปลี่ยนมุมมองนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้ O'Connor et al. (2015) จากที่กล่าวมาทั้งหมดสนับสนุนได้ว่าการใช้โปรแกรมบำบัดแบบสั้นสามารถส่งเสริมให้ผู้ที่ยพยายามฆ่าตัวตายมีความหวังและส่งผลให้ลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่

สำหรับการที่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.44, p < .001$) เช่นกัน ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลขณะเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราดได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามปกติ กิจกรรมที่พยาบาลให้การพยาบาลกับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าพักรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ที่มีเป้าหมายแก้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึ่งการดูแลดังกล่าวมีการเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดคุยระบายความรู้สึก ได้แนวทางการเผชิญปัญหาจึงส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองเช่นกัน

2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังใช้โปรแกรมบำบัดแบบสั้น ($\bar{d} = 12.20, S.D. = 3.31$) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{d} = 5.93, S.D. = 2.43$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.90, p < .001$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 โดยผู้วิจัยอภิปรายโปรแกรมบำบัดแบบสั้นสามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ดังนี้ ในขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ แสดงให้เห็นถึงการยึดผู้ป่วยเป็นหลัก เน้นสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่ประเด็นพฤติกรรมกรพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ในการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย เป็นการรวบรวมข้อมูลปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม เช่น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม

และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจตนเอง รับรู้ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายต่างๆ เช่น ประวัติการฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้านี้ ประวัติการเจ็บป่วยทางร่างกายและทางจิต การเผชิญภาวะสูญเสียในชีวิต เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษา McBride et al. (2003) การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยง จะช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะปรับแนวคิดของตนเองหรือบทบาทในสังคมใหม่เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป และลดความคิดฆ่าตัวตายได้ และการศึกษาของบุศรา สุขสวัสดิ์และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าบุคคลที่มีลักษณะความคิดเชิงลบที่บิดเบือน 3 ประการ (cognitive triad) คือ 1) ต่อตนเอง 2) ต่อโลก 3) ต่ออนาคต จะทำให้เกิดความรู้สึก เศร้าหมอง หงุดหงิด เบื่อหน่าย ท้อแท้ และสิ้นหวัง นำมาซึ่งความคิดฆ่าตัวตายได้ และบุคคลที่มีบุคลิกภาพวันไหนวันไหน อารมณ์แปรปรวน พบมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป (Hirvikoskia and Jokinenb, 2012) มีการค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) รับรู้สาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้น เหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเอง (Acceptance) จะทำให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมติดตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) ค้นหาความรู้สึกถึงระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับอยากจบชีวิต จากการศึกษานี้ของ Schineidman, 1989 และ O'Connor et al. (2015) พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมีเหตุผลในการลงมือทำแตกต่างกัน เช่น ต้องการหาทางออกต่อปัญหา ภาวะอารมณ์เป็นแบบรู้สึกสิ้นหวัง เป็นต้น ซึ่งมีผลต่อความรุนแรงและโอกาสที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับและให้อภัยตนเองจากความรู้สึกที่ผิดจากการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (Bonner and Rich, 1991) ในการบำบัดแบบสันนิบาติกรรมเปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซึ่งแตกต่างจากการพยายามปกติ เพื่อปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับในตัวเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ โดยใช้การพิจารณาชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสีย ของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยมีการใช้เทคนิคต่างๆ ของการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยบอกข้อดีของตนเองในการมีชีวิตอยู่ได้มากกว่าข้อเสียของการมีชีวิตอยู่ และจากการศึกษาพบว่าความตั้งมั่นของความต้องการที่จะตายกับความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่เป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในอนาคตได้ ถ้าเมื่อไหร่ที่ความต้องการที่จะตายมีมากกว่าความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ อาจส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดความพยายามในการฆ่าตัวตายและจะเพิ่มความตั้งใจที่จะตายให้มากขึ้น (Kovacs & Beck, 1977) ซึ่งถ้าได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหา

อย่างทันท่วงทีก็สามารถที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2553) มีการวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา กิจกรรมนี้ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ ความเข้าใจ ลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีการจัดการความเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย ได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองอย่างแท้จริง มีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและสามารถแยกได้ว่าสิ่งที่ทำเวลาเครียดเป็นการแก้ปัญหา หรือแก้อารมณ์ และมีผลดี ผลเสียอย่างไร เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์ มีความสามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้อย่างเป็นระบบ เป็นการเสริมปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่น มีความหวัง ในการเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป (O'Connor et al., 2015) ที่สำคัญคือ ในการบำบัดแบบสั้นมีการเพิ่มแผนความปลอดภัยต่อความคิดฆ่าตัวตาย ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเตือนของความคิดฆ่าตัวตาย (warning sign) ของตนเอง มีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสมและนำไปใช้ได้จริง มีการวิเคราะห์ค้นหาอุปสรรคในการกลับไปปฏิบัติในระยะยาว ซึ่ง Stanley & Brown, 2008 ได้ศึกษาว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความหวังสามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตายและปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคมเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง เนื่องจากมีทฤษฎีทางสังคม Social Role Theory ซึ่งให้เห็นว่าความหวังต่อบทบาทในสังคมมีความสำคัญในการส่งเสริมหรือยับยั้งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ โดยขึ้นอยู่กับการรับรู้ การให้ความสำคัญ และแรงจูงใจของแต่ละบุคคล (Pearson, 1951)

การบำบัดแบบสั้น (O'Connor et al., 2015) ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นลดลง และในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติลดลงเช่นกันแต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดแบบสั้นมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.90, p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมบำบัดแบบสั้น ส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลงและมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งคะแนนความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลงคาดว่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่คอยให้ความร่วมมือหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของตนต่อผู้อื่นหากไม่เกิดความไว้วางใจ จากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพเพียง 15 นาที ซึ่งพบว่าในผู้ป่วยบางรายยังไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดความไว้วางใจและเปิดเผยข้อมูลของตนเอง ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจก่อนการดำเนินกิจกรรม และใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพอย่างเพียงพอ อาจเพิ่มเติมเวลาในการสร้างสัมพันธภาพมากขึ้น

2. จากการทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยพบว่าระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะสั้น ช่วง 3-5 วัน ซึ่งมีผลต่อการใช้โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ดังนั้น ควรปรับขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมเป็นวันละ 1-2 ขั้นตอน เพื่อลดระยะเวลาในการใช้โปรแกรมบำบัดแบบสั้น ให้เหมาะสมกับระยะเวลาในพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วย

ด้านการศึกษา

1. ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือผู้บำบัดได้มีการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบสั้นเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลหรือผู้บำบัดในการให้คำปรึกษาต่อผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

2. ควรมีการส่งเสริมหลักสูตรที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลพยาบาลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอย่างเป็นองค์รวม เพื่อนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดแบบสั้นกับผู้ป่วยอื่นที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษานี้ เนื่องจากโปรแกรมสามารถช่วยควบคุมอารมณ์ ปรับวิธีคิดและมีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

2. โปรแกรมบำบัดแบบสั้นที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถดูแลตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อศึกษาความคิดฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง ในช่วงเวลาต่างๆ เช่น 1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2540). *คู่มือจิตวิทยาคลินิก*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เมติคัล มีเดีย.
- กรมสุขภาพจิต. (2542). *คู่มือการช่วยเหลือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับสถานบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพมหานคร: ไอเดียสแควร์.
- กรมสุขภาพจิต. (2547). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย*. นนทบุรี : กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2550). *รายงานการศึกษาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ.2547*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมชั้นดี.
- กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2558, จาก [http:// suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx](http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx)
- กรมสุขภาพจิต. (2557). *รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานอัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน ปี พ.ศ. 2557*. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2561, จาก <http://www.dmh.go.th/plan/suicide/>
- กรรณิการ์ ผ่องโต. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 28(1), 121-132.
- งานสารสนเทศโรงพยาบาลตราด. (2559). *สถิติผู้ป่วยฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ.2556-2559*. โรงพยาบาลตราด.
- จรรูวรรณ ก้านศรี. (2555). ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(1), 19-31.
- ดรุณี เลิศปรีชา. (2545). *การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทอดศักดิ์ เดชคง. (2555). *เทคนิคการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- ธนา นิลชัยโกวิทและจักรกฤษณ สุขยิ่ง. (2540). *ความคิดอยากฆ่าตัวตายในประชาชนเขตหนองจอก*

- กรุงเทพมหานคร: รายงานเบื้องต้น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 42(2):77-86.
- นิธิญาณ จำปาแดง, ปัญญภรณ์ วาสิประโคนและมาโนช หล่อตระกูล. (2556). การเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชหลังการประเมิน เรื่องการฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 229-310.
- น้ำทิพย์ วิชาชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(2), 63-72.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย : คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์*, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). แนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยี*, 20 (5), 468-477.
- ปรีศ กิตติธีระศักดิ์และเกสร มัยจิน. (2558). คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย(SSi-Thai Version 2014). *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 29(1), 93-102.
- ประชิต สุขอนันต์. (2545). *ปัจจัยส่วนบุคคลและสถานการณ์ที่มีความสัมพันธ์กับความสุขและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในนักเรียนมัธยมศึกษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสังคม คณะพัฒนาสังคม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2541). *ฆ่าตัวตาย : การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พลัสเพรส.
- ประยุทธ์ เสรีเสถียร.(2541). การศึกษาระบาดวิทยาของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐที่จังหวัดระยอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 43(1),14-21.
- ปราการ ฌมายกูร. (2552). *โครงการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากผู้ใกล้ชิดฆ่าตัวตายสำเร็จ อำเภอมะสาข จังหวัดเชียงราย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์และคณะ. (2547). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำร้ายตนเองในประเทศไทย*, การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). *คู่มือการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิต*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:

เรดิเอชั่น.

มาโนช หล่อตระกูล. (2551). การศึกษาการฆ่าตัวตาย ในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 48 (4), 231-239.

มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.

รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: หลักการและระเบียบวิธีวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542*. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.

เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อเอชไอวี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

วราภรณ์ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 28 (3), 90-103.

ศุภรัตน์ เอกอัคริณ . การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช . *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*. 12 (2547):40-49.

สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2559).

บัญชีจำแนกโรคระดับประเทศฉบับประเทศไทย อังกฤษ-ไทย เวอร์ชัน 2016 เล่ม 1 ตารางการจัดกลุ่มโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีเมืองการพิมพ์จำกัด.

สุกัญญา รักษ์ขจีกุล. (2556). *ภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย ในนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 359-370.

หวาน ศรีเรือนทองและคณะ. (2554). *ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 56(4), 413-424.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, รังสิมันต์ สุนทรโชทยาและพิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย. (2555). *รูปแบบการบำบัด*

- ทางจิตสังคมโดยพยาบาลจิตเวชสำหรับบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 26(2), 112-126.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ : กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16.
- อุมาพร ตรังคสมบัติและอรวรรณ หนูแก้ว. (2541). จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 22-38.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). การพยายามฆ่าตัวตายจิตบำบัด และการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : ชันตาการพิมพ์
- อำนาจ รัตน์วิทย์. (2554). บทความพินิจ การฆ่าตัวตาย (Suicide). *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 64(3), 165-170.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). *การให้คำปรึกษาผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพมหานคร: วี เจ. พรินต์ติ้ง.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวปฏิบัติตามพยาธิสภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วี เจ. พรินต์ติ้ง.

ภาษาต่างประเทศ

- Alexander, D. A., Klein, S., Grey, N. M., et al. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effect on consultant psychiatrists. *BMJ*, 320, 1571-1574.
- Barbee, M. A., and Bricker, P. (1996). Suicide. *Psychiatric mental health nursing*. Fortinash Holoday-Worrt.
- Barry, L. C., Kasl, S. V., Prigerson, H. G., (2002). Psychiatric disorders among bereaved persons: the role of perceived circumstances of death and preparedness for death . *Am J Geriatr Psychiatry*, 10, 447-457.
- Barzilay, S., Apte, A. (2014). Psychological Models of Suicide. *Archives of Suicide Research*, 18, 295–312. St.
- Beautrais, A. (2003). Suicide in New Zeland II: a review of risk factor and prevention. *Journal of the New Zeland Medical Association*. 116(1175): 423-456.
- Beck, A. T. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychosometric properties of self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 499-505.

- Bille, B. U. (2000). Sociology and suicidal behavior. *International handbook of suicide and attempted suicide*. UK: John Wiley and Son.
- Bonner, R.L. & Rich, A.R. (1991). Predicting vulnerability to hopelessness. A longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 29-32.
- Britton, C, P., Duberstein, R, P., Conner, R, K., Heisel, J, M., Hirsch, K, J., et al. (2008). Reason for living, hopelessness, and suicide ideation among depressed adult 50 years or older. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16(9), 736-741.
- Burns, N. and Grove, S. K. (2001). *The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique and Utilization*. 2nd ed. Philadelphia : W.B.Saunders.
- Cantor C, Neulinger K. (2000). The epidemiology of suicide and attempted suicide among young Australians. *Australian and New Zealand Journal Psychiatry*. 34(3):370-87.
- Chatterjee, I and Basu, J. (2010). Perceived Causes of Suicide, Reasons for Living and Suicidal Ideation among Students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(2), 311-316.
- Cheng, A. T., Howton, K., Lee, C. T., Chen, T. H. (2007). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates : a population-based study. *Int J Epidemiol*, 36, 1229-1334.
- Comtois, K. A., Jobe, D. A., O'Connor, S. S., Atkins, D. C., Janis, K., Chessen, C. E., et al. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety*, 28, 963-972.
- Diekstra, R. F., and Gulbinat, W. (1993). The epidemiology of suicidal behavior a review of three continents. *World Health Statistics Quarterly*. 46:52-58.
- Feigelman, B., Feigelman W. (2008). Surviving after suicide loss: the healing potential of suicide survivor support groups. *Illness, Crisis & Loss*, 16(4) 285-304.
- Feischmann, A., Bertolote, M, J., Wasserman, D., Leo, D, D., Bolhari, J., et al. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 703-709.

- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Addy, C. L., Makeown, R. E., and Waller, J. L. (1991). Suicidal behaviors in young adolescents. *Am J Epidemiol*, 1(9), 1005-1014.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., et al. (2002). Reducing Suicide: A National Imperative. *National Academy Press*.
- Guertin, T., Richardson, L., Spirito, A., Donaldson, D., and Boergers, J. (2001). Self-mutilative behavior in adolescents who attempt suicide by overdose. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40(9), 1062-1072.
- Henden, J. (2008). *Prevention suicide: the solution focused approach*. Chichester: John Wiley&Sons.
- Hirvikoskia and Jokinenb. (2012). Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry*. 27(7), 536-541.
- Howton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Longterm follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182, 537-542.
- Howton, K., and Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*. 373, 1372–1381.
- Houenstein, E. J. (1998). Case-finding and care in suicide : children, adolescent, and adult. *Psychiatric nursing contemporary practice*. Philadelphia :Lippincott-Raven.
- Huen JMY, Ip BYT, Ho SMY, Yip PSF. (2015). Hope and Hopelessness: The Role of Hope In Buffering the Impact of Hopelessness on Suicidal Ideation. *Plus One*. 10(6), 1-18.
- Jobe, D. A. (2006). *Managing suicidal risk*. New York, Guilford press.
- Kessler, C. R., Guilherme, B., Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 56(7), 617-626.
- Klonsky, E. D., May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the “Ideation-to-Action” Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. 8(2), 114–129.
- Klonsky, E. D., May, A. M. Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempters, and Suicidal Ideation. *The Annual Review of Clinical Psychology*. 12,307-330.
- Lester, D. (2005). The classic systems of psychotherapy and suicide behavior. In: Yufit

- Rl. Lester, D. (ed), *Assessment, treatment, and prevention of suicidal behavior*. Hoboken NJ: John Wiley.
- Lester, D. (2006). Suicide and islam. *Arch Suicide Res*, 10, 77-79.
- Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 276-286.
- Linenan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trail and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch General Psychiatry*, 102,961-971.
- Link, S. P., Bergmans, Y., Cook, M. (2003). Psychotherapeutic Interventions to Prevent Repeated Suicidal Behavior. *Brief Treatment and crisis Intervention*, 3, 445-464.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicide behavior. *Nat Rev Neurosci*, 4, 819-28.
- Mascaro, N. & Rosen, D.H. (2005). Existenital meaning's role in the enhancement of hope and prevention depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 985-999.
- Masocco, M., pompili, M., Vichi, M., Vannacore, N., Lester, D., et al. (2008). Suicide and Marital status in Italy. *Psychiatr Q*, 79, 275-285.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., Lipkus, I, M. (2003). Understanding the potential of teachable moment:the case of smoking cessation. *Health Education Research*, 18(2), 156-170.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychother Theory Res Pract Train*, 20, 368-375.
- O'Connor, S. O., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., et al. (2015). The Development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry*, 37,427-433.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. The Free Press, Glencoe, ILL.
- Polit, D. F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods*. 7th ed. Philadelphia : J. B. Lippincott Williams and Wilkins.

- Pollock, L. R., Williams, J. M. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psycho Med*, 34, 163-167.
- Ronald, K., Guilherme B., Ellen ,W. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* . 56(7), 617-626.
- Rudd, M. D., Rajab, M. D., Dahm, P. F. (1994). Problem – solving appraisal in suicidal ideators and attempters. *Am J Orthopsychiatry*, 64, 136-149.
- Shah, A. (2008). Possible relationship of elderly suicide rates with unemployment in society: a cross-national study. *Psychol Rep*, 102, 398-400.
- Shneidman, E. S. (1989). Overview: A multidimensional approach to suicide. In : Jacobs, D, Brown, H.N, (ed). *Suicide: Understanding and responding*. Madison Conn : International University Press,
- Stanley, B., Brown, G.K., (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate SuicideRisk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.
- Stack S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*.30(2): 145-62.
- Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., (2004). Completed Suicide After a Suicide Attempt : A 37-Year Follow-Up Study. *Am J Psychiatry*, 161(3), 563-564.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. and Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, 55, 99 –109.
- William, J. M., Crane, C., Barnhofer, T. Duggan, D. (2005). Psychology and suicidal behavior : elaborating the entrapment model. In :Howton, K, (ed). *Prevention and treatment of suicidal behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- World Health Organization. (2014). *Suicide prevention*. (online). Available from : 0 (2017, may 9)



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน |
|-----------------------------|---|
| 1. นายแพทย์สามภพ สาระกุล | จิตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี |
| 2. ผศ.ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ | อาจารย์พยาบาล ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ |
| 3.นางศันสนีย์ พูลผล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า |
| 4.นางอุ้นจิตร कुमारักษ์ | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 5.นางสาววรางคณา จำปาเงิน | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) โรงพยาบาลสามชุก |



การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้
(บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร, 2553)

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

1. ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความหวัง

$$CVI = \frac{12}{12} = 1$$



การตรวจสอบความเที่ยง

ของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าค่า สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .81

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .811 | 19 |

| Item Statistics | | | |
|-----------------|--------|----------------|----|
| | Mean | Std. Deviation | N |
| ข้อ1 | .4000 | .72397 | 30 |
| ข้อ2 | .4000 | .72397 | 30 |
| ข้อ3 | .0333 | .18257 | 30 |
| ข้อ4 | .2000 | .48423 | 30 |
| ข้อ5 | .0333 | .18257 | 30 |
| ข้อ6 | .2333 | .43018 | 30 |
| ข้อ6 | .4333 | .50401 | 30 |
| ข้อ8 | 1.1000 | .30513 | 30 |
| ข้อ9 | 1.3333 | .47946 | 30 |
| ข้อ10 | 1.0333 | .92786 | 30 |
| ข้อ11 | .1667 | .37905 | 30 |
| ข้อ12 | .5000 | .50855 | 30 |
| ข้อ 13 | .0667 | .25371 | 30 |
| ข้อ 14 | .1333 | .34575 | 30 |
| ข้อ 15 | .1333 | .34575 | 30 |
| ข้อ 16 | .7667 | .67891 | 30 |
| ข้อ 17 | .1000 | .30513 | 30 |
| ข้อ 18 | .1333 | .34575 | 30 |
| ข้อ 19 | .4333 | .50401 | 30 |

**การตรวจสอบความเที่ยง
ของแบบประเมินความหวัง**

เมื่อนำข้อมูลของแบบประเมินความหวังมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือพบว่าค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

Reliability Statistics

| Cronbach's Alpha | N of Items |
|------------------|------------|
| .801 | 12 |

Item Statistics

| | Mean | Std. Deviation | N |
|-------|--------|----------------|----|
| ข้อ1 | 2.9333 | .36515 | 30 |
| ข้อ2 | 2.7667 | .43018 | 30 |
| ข้อ3 | 2.6667 | .47946 | 30 |
| ข้อ4 | 2.8333 | .37905 | 30 |
| ข้อ4 | 3.0333 | .31984 | 30 |
| ข้อ6 | 2.3667 | .49013 | 30 |
| ข้อ6 | 2.9667 | .49013 | 30 |
| ข้อ8 | 2.7333 | .44978 | 30 |
| ข้อ9 | 2.9333 | .36515 | 30 |
| ข้อ10 | 2.9000 | .30513 | 30 |
| ข้อ11 | 2.7333 | .44978 | 30 |
| ข้อ12 | 2.9333 | .25371 | 30 |



เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความหรือเติมข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 โสด คู่
 หม้าย หย่า แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 ไม่ได้เรียน ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา/ ปวช. อนุปริญญา/ ปวส.
 ปริญญาตรี สูงกว่าปริญญาตรี
5. อาชีพ
 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม
 ค้าขาย รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
 รับจ้าง อื่นๆ ระบุ.....
6. ความพอเพียงของรายได้
 เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอกับรายจ่าย
 ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้
 อื่นๆ ระบุ.....

10. หากท่านเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ ท่านใช้วิธีใดในการพยายามฆ่าตัวตาย

- รับประทานยาเกินขนาด รับประทานสารกำจัดแมลง
- รับประทานสารกำจัดวัชพืช ผูกคอ
- อื่นๆ ระบุ.....

11. คนในครอบครัวของท่านเคยมีประวัติทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่

- ไม่มี มี คือ.....โดยวิธี.....

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบความรู้สึกของท่านที่ตรงกับความเป็นจริงในปัจจุบันเกี่ยวกับความปรารถนาในการทำร้ายตัวเอง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจ และทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. ท่านอยากมีชีวิตอยู่

- ปานกลางถึงมาก เล็กน้อย ไม่มีเลย

2. ท่านอยากจบชีวิต

- ปานกลางถึงมาก เล็กน้อย ไม่มีเลย

3. เหตุผลของการอยากมีชีวิตอยู่หรืออยากจบชีวิต

- การมีชีวิตอยู่มีค่ามากกว่าการที่จะเสียชีวิต
 การมีชีวิตอยู่มีค่าเท่ากับการเสียชีวิต
 การมีชีวิตอยู่มีค่าน้อยกว่าการที่จะเสียชีวิต

4. ความต้องการที่จะลงมือพยายามทำร้ายตนเอง

- ปานกลางถึงมาก เล็กน้อย ไม่มีเลย

16. การเตรียมพร้อมสำหรับการพยายามทำร้ายตนเองในขณะนี้

- ไม่มีการเตรียมการ มีบ้างบางส่วน เตรียมการเรียบร้อย

17. การเขียนข้อความหรือจดหมายลาตาย

- ไม่มีการเขียนจดหมาย เริ่มเขียนแต่ไม่สำเร็จ เขียนสำเร็จตามความคิด

18. สิ่งสุดท้ายที่อยากทำก่อนจบชีวิตตนเอง เช่น ประกันชีวิต, พินัยกรรม

- ปานกลางถึงมาก เล็กน้อย ไม่มีเลย

19. การโกหกหรือปิดบังความคิดพยายามทำร้ายตนเอง

- ไม่โกหกหรือปิดบัง
 มีความลังเลที่จะแสดงออกมา
 พยายามที่จะโกหกหรือปิดบังเพื่อปกปิดความคิดนั้น

เลขที่แบบสอบถาม.....

ชุดที่ 3 แบบประเมินความหวัง

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและเลือกเติมเครื่องหมาย ✓ ในช่องข้อความที่ตรงกับความจริงและความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ต่อไปนี้

- 1 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง
- 2 หมายถึง ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้น
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยกับข้อความนั้นอย่างยิ่ง

| ข้อความ | ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) | ไม่เห็นด้วย (2) | เห็นด้วย (3) | เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4) |
|--|--------------------------|-----------------|--------------|-----------------------|
| 1. ชีวิตในอนาคตของท่านจะดำเนินไปในทางที่ดี | | | | |
| 2. ท่านมีเป้าหมายในชีวิต ซึ่งมีทางเป็นไปได้ในปัจจุบันหรืออนาคต | | | | |
| 3. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวเหมือนอยู่คนเดียวในโลก | | | | |
| 4. ในท่ามกลางความมืดมนของชีวิตท่านรู้สึกว่ายังมีความหวัง | | | | |
| 5. สิ่งที่ท่านเชื่อถือและศรัทธาช่วยให้ท่านรู้สึกว่ายังมีความหวัง | | | | |
| 6. ท่านรู้สึกหวาดหวั่นกับอนาคตข้างหน้า | | | | |
| 7. ท่านสามารถจดจำช่วงเวลาที่มีความสุขในอดีต | | | | |
| 8. ฉันมีจิตใจที่เข้มแข็ง | | | | |
| 9. ฉันสามารถให้ความรัก ความเอาใจใส่แก่บุคคลอื่น ๆ รวมทั้งได้รับสิ่งเหล่านี้จากบุคคลอื่น ๆ ด้วย | | | | |
| 10. ฉันมองเห็นหนทางที่จะดำเนินชีวิตต่อไปข้างหน้า | | | | |
| 11. ทุกวันนี้ท่านมีพลังความสามารถในการต่อสู้กับชีวิต | | | | |
| 12. ชีวิตของท่านยังมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่น | | | | |

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย



ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ระยะเวลา 15 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

3. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย
4. เพื่อให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และยินดีเข้าร่วม

กิจกรรมบำบัด

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้ป่วยสามารถ

3. เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี
4. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและผู้ป่วย ด้วยการทักทายและแนะนำตัวว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย เป็นกิจกรรมที่สำคัญในขั้นตอนแรกของการดำเนินการบำบัด เริ่มจากการทักทายโดยใช้ประโยคแสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการ ภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่มากกว่าการพุ่งตรงไปที่ประเด็นการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ผ่านมา การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหาร่วมกัน

| วัตถุประสงค์ | สาระสำคัญ | การดำเนินกิจกรรม | เครื่องมือ | การประเมินผล |
|--|--|---|------------------------------------|---|
| ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (60 นาที) | | | | |
| กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด (15 นาที) ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ | | | | |
| <p>1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล ให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี</p> <p>2. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้</p> | <p>1. การสร้างสัมพันธภาพที่เกิดขึ้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจซึ่งกันและกันส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมและแก้ไขปัญหา ร่วมกัน</p> <p>2. ใส่ใจกับอาการภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกายต่อการเริ่มกิจกรรมบำบัด</p> | <p>1. พยาบาลประเมินข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยก่อนจากหลักฐานทางเวชระเบียน เช่น ชื่อ เพศ อายุ อาชีพ อาการสำคัญที่นำมาโรงพยาบาล ก่อนเริ่มสร้างสัมพันธภาพ</p> <p>2. กล่าวทักทายผู้ป่วยด้วยท่าที่เป็นมิตร สีน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงออกถึงความจริงใจทั้งการกระทำและคำพูด ให้การยอมรับในตัวผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล</p> <p>3. แนะนำตนเอง และให้ข้อมูลว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแนะนำตนเองกับพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับในตัวพยาบาล</p> <p>4. ใส่ใจกับอาการภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกายต่อการเริ่มกิจกรรมบำบัด</p> <p>5. อธิบายวัตถุประสงค์ รูปแบบการดำเนินกิจกรรม และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่อไป</p> | <p>1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล</p> | <p>1. ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับพยาบาล โดยประเมินจากสีหน้า ท่าทาง การสนทนาในประเด็นต่างๆ และความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี</p> <p>2. ผู้ป่วยเข้าใจดำเนินกิจกรรมบำบัด สามารถบอกวัตถุประสงค์ รูปแบบและประโยชน์ที่เข้าร่วมกิจกรรมได้</p> |

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ระยะเวลา 45 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

4. เพื่อรวบรวมข้อมูลข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกายของผู้ป่วย
5. เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วย
6. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจและตระหนักถึงพฤติกรรมการณ์การพยายามฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้ป่วยสามารถ

4. บอกข้อมูลพื้นฐานทางด้านร่างกายได้
5. บอกถึงประวัติที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้
6. บอกปัญหาทางกายที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายได้

สาระสำคัญ

การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคมระหว่างการสนทนานั้น ควรใส่ใจกับสัญญาณชีพ อากาาร ภาวะสุขภาพ ในปัจจุบันที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เพื่อประเมินความพร้อม ข้อจำกัดทางร่างกาย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ ไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิก ลักษณะการสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิดการแสดงออกของผู้ป่วย และค่อยๆเปลี่ยนจากการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลสุขภาพ ไปเชื่อมโยงถึงพฤติกรรมการณ์การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและอ่อนแอซึ่งเป็นปัจเจกบุคคลได้ โดยใช้หลักในการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การการสรุปความ เป็นต้น เป็นการทวนสอบข้อมูลกับผู้ป่วย และประเมินการรับรู้พฤติกรรมการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย



เอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย 108 ถ.สุขุมวิท ต.วังกระแจะ อ.เมือง จ.ตราด 23000

หมายเลขโทรศัพท์ 086-8397421 **E-mail Address** suwaluk_p@hotmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น

2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐ จังหวัดตราด ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 14 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คนซึ่งมีคุณลักษณะ ดังนี้ คือ เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยสาเหตุพยายามฆ่าตัวตายและยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

5. กระบวนการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยให้ข้อมูลแก่กลุ่มควบคุมในส่วนของการพยาบาลตามปกติ

กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

2. ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยเริ่มดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อผู้ป่วย

พยายามฆ่าตัวตาย โดยทำเป็นรายบุคคล ณ แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ดำเนินกิจกรรม 4 ขั้นตอน วันละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1-4 กิจกรรม เป็นระยะเวลา 4 วันติดต่อกัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

วันที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลารวม 60 นาที ประกอบไปด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลา 15 นาที และกิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลา 45 นาที

วันที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องโดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ใช้เวลารวม 60 นาที ประกอบด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 3 ค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 4 ค้นหาเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 นาที กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที และกิจกรรมที่ 6 เปรียบเทียบข้อดี - ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที

วันที่ 3 ดำเนินกิจกรรมใน ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา โดยมีกิจกรรมครั้งที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ใช้เวลา 60 นาที

วันที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด มีกิจกรรมครั้งที่ 8 สรุปผลการบำบัด ใช้เวลา 45 นาที ซึ่งจะมีการประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังจากการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้นแล้ว 1 วัน

6. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ สามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือขอถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่แต่ประการใด

7. การใช้เวาระเบียนได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลและจากตัวผู้ป่วยเอง

8. ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่เข้าร่วมการวิจัย เนื่องจากโปรแกรมบำบัดแบบสั้นจะช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

9. การเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ ทักษะในการเผชิญปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีการแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมและลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ และผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้บทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

10. หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษาได้ ตลอดเวลา หมายเลขโทรศัพท์ 086-8397421 หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์ หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยรวดเร็ว

11. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็น ภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

12. การวิจัยในครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

13. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตราด หมายเลขโทรศัพท์ 039-511040



หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Inform Consent Form)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ชื่อผู้วิจัย นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา ที่อยู่ติดต่อ 108 ถ.สุขุมวิท ต.วังกระแจะ อ.เมือง จ.ตราด 23000
โทรศัพท์ 086-8397421

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยจนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการขั้นตอนละ 45-60 นาที ครั้งละ 1-4 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลตราด เลขที่ 108 ถ.สุขุมวิท ต.วังกระแจะ อ.เมือง จ.ตราด 23000 โทรศัพท์ 039-511040

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา)

(.....)

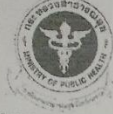
(.....)

ผู้วิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

พยาน



| | |
|---|--------------------------|
|  <p>คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ จังหวัดตราด</p> | AF TRATREC 01/01 |
| | เริ่มใช้ 02 ธันวาคม 2559 |
| | หน้า 1 ของ 2 หน้า |
| แบบบันทึกข้อความเพื่อยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ | |

หนังสือรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด อำเภอเมือง จังหวัดตราด

เอกสารรับรองเลขที่ ๐๑/๒๖

วันที่ ๕ ม.ค. ๒๕๖๓

ชื่อโครงการวิจัยเรื่อง (ชื่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ)

ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

เลขที่โครงการ Exe 05

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา

หน่วยงานที่สังกัด โรงพยาบาลตราด

วิธีการทบทวน

รายงานความลับหน้า

เอกสารที่ได้รับการรับรอง

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราดขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวทางที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

ลงนาม

(นางศรัทกุล อุยน์นันทพิทักษ์)

เลขานุการคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด

ลงนาม

(นางอัจฉราภรณ์ ละเอียดดี)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด

วันที่รับรอง ๕ ม.ค. ๒๕๖๓

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ ๓ ม.ค. ๒๕๖๖

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติตามดังต่อไปนี้

- ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัครโดยยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสันภาพและหรือแบบสอบถามเฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น
- รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยภายในเวลาที่กำหนด
- ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
- หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนดผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อนอย่างน้อย 1 เดือน
- หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มที่กำหนด

Version.....Date.....



ภาคผนวก ฉ
จดหมายขออนุญาตใช้เครื่องมือในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Suwaluk Pooasa
Trat Hospital,
No.108, Sukhumvit Road, Muang , Trat. 23000 Thailand
Tel : 08 6839 7421
E- mail: Suwaluk_p@hotmail.com

March 10, 2016

Dear Dr. Stephen O'Connor

My name is Miss Suwaluk Pooasa. I am a master degree student at Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Thailand. Now I'm developing my proposal for master degree about suicide attempt patients with suicide ideation. I wish to complete this proposal and submit to the faculty board committee as soon as possible.

Currently, the statistic in mortality rate of suicide attempt patients in Thailand is not decreasing.

The amount of suicide attempt patients in Thailand is not decreasing, The annual suicide rate during 2012–2014 was 6.2, 6.08 and 6.07 per 100,000 population. 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 General Hospital Psychiatry (2015) entitled “The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors” 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 belief that a brief intervention will be very helpful and could properly be used to improve suicide ideation of suicide attempt survivors 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 procedure and measures (1.A 19-item The Scale for Suicide Ideation, 2.

An 18-item The Stage of Change Questionnaire and 3.The 8-item Client Satisfaction Questionnaire) 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 among suicide attempt patients in Thailand.

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

Yours sincerely,
Suwaluk Pooasa.



จาก: stephen.O'Connor@louisville.edu <stephen.O'Connor@louisville.edu>

ส่ง: 28 มีนาคม 2559 20:36

ถึง: suwaluk_p@hotmail.com; penpaktr_uthis@yahoo.com

ชื่อเรื่อง: regarding the brief intervention for suicide attempt survivors

Dear Miss Pooasa,

Thank you for your message. I am flattered that you would like to apply my brief intervention to patients in your hospital.

A few comments:

- 1) The measures I used in my study are not my own. They were created by others and I cannot provide any form of permission, as I have no ownership rights of the measures. That being said, the reasons for living inventory and the lifetime suicide and self-injury count can be found here: <http://blogs.uw.edu/brtc/publications-assessment-instruments/> Marsha Linehan created these instruments and they are free of charge, so it should be easy to write her and ask permission to translate.
- 2) This website provides information on the readiness to change measure. There is a statement at the top of the page that you are welcomed to use the instruments for research purposes, so I would imagine it's fine to translate. I have attached the measure to this message. <http://web.uri.edu/cprc/measures/>
- 3) You will need to contact Dr. Greg Brown at UPenn to ask for permission to translate and use the Beck Scale for Suicide Ideation for research. It might be easier to use an alternative measure of ideation, but the Beck Scale for suicide Ideation is a great measure – it just requires a decent amount of training to use it correctly.
- 4) With all of these measures – be sure to cite and reference the appropriate authors/studies.

In terms of my intervention manual, I give you permission to translate and use it for your research study, but please do not distribute to others outside of your research group. I would also like a copy of the translated version for my records. I am happy to support your work but want to be sure that the intellectual property is protected appropriately. I have also attached the rating scale I use to determine whether the intervention was delivered adherently. Please keep in mind that I typically spend a full day training clinicians to use the intervention and then provide feedback and supervision to ensure that they are delivering the intervention correctly. This is one of the most important aspects of clinical research. Let me know if you would like set up a phone conference/video conference so that we could all discuss the finer points of delivering the intervention.

All the best,
Stephen O'Connor

Stephen O'Connor, PhD
Assistant Professor
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
University of Louisville School of Medicine
401 E. Chestnut St.
Louisville, KY 40202
Ph: (502) 588-4422

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุวลักษณ์ ภูอาษา เกิดเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2523 ที่จังหวัดตราด สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ปีการศึกษา 2546 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2557

