

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการความเสี่ยง เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

The Roles of Psychiatric Nurses for Risk Management to Prevent Repeated Suicide

อนุกูล หุ่นงาม¹ และสมบัติ สกุลพรรณ^{2*}

Anugool Hoonngarm¹ and Sombat Skulphan^{2*}

¹นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing,

Faculty of Nursing, Chiang Mai University

²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*Corresponding author: sombat.sk@cmu.ac.th

Received: August 4, 2022

Revised: August 28, 2022

Accepted: August 31, 2022

บทคัดย่อ

การฆ่าตัวตายซ้ำเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ซึ่งมีความเสี่ยงหลายอย่าง โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติในการฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำสูงถึง 38-40 เท่าของการฆ่าตัวตายครั้งแรก การฆ่าตัวตายซ้ำนั้นวันยิ่งจะเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีความรุนแรงมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกถึง 2 เท่า การลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำนั้น ต้องมีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและควรเพิ่มปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย บทความนี้ได้อธิบายถึงบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้อง โดยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ จึงจำเป็นต้องมีทักษะและองค์ความรู้ โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติทางการพยาบาลแบบองค์รวม ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ ลดการเกิดความพิการและการสูญเสียจากการทำร้ายตนเอง ให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข

คำสำคัญ: ความเสี่ยง การป้องกัน การฆ่าตัวตายซ้ำ บทบาทของพยาบาลจิตเวช

Abstract

Repeated suicide is a serious problem that continues to escalate today, which has many risks. In particular, those with a history of suicide have a 38–40 times higher risk of repeat suicide than their first suicide. The number of repeated suicides is increasing day by day. It affects one's self, family, society, and economy, which is twice as severe as the first suicide. Priority should be given to managing risk and protective factors by reducing the risk factors and increasing the protective factors of suicide. This article describes the role of psychiatric nurses in managing risk and protective factors. Psychiatric nurses play an important role in all aspects of patient care by reducing the risk factors and increasing the protective factors of suicide. Therefore, skills and knowledge are required based on the principles of holistic nursing practice in four dimensions, namely promoting, preventing, treating, and rehabilitating to prevent the recurrence of suicide, reduce the incidence of disability and the loss of self-harm, and finally allow patients to return to a normal life.

Keywords: risk, prevention, repeated suicide, the roles of psychiatric nurse



บทนำ

การฆ่าตัวตายซ้ำเป็นอุบัติการณ์ที่มีความสำคัญและมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้น และเป็นสาเหตุหลักของการฆ่าตัวตายสำเร็จ บุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายซ้ำมากถึง 38-40 เท่า ของผู้ที่ฆ่าตัวตายครั้งแรก และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายครั้งที่สองจะสูงสุดใน 3 เดือน หลังจากที่ยกยารฆ่าตัวตายในครั้งแรก (Wannasawak, 2015) ในทุก 2 ชั่วโมงจะมีผู้ที่ฆ่าตัวตาย 1 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 10-20 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งคนกลุ่มนี้มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเพิ่มขึ้น 100 เท่า และร้อยละ 10 ของคนกลุ่มนี้สามารถที่จะฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา (Department of Mental health, 2017)

การฆ่าตัวตายซ้ำนั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ โดยผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายซ้ำนั้นส่งผลทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกายและอวัยวะอื่น ๆ (Sakulphan, 2022) เกิดความรู้สึกผิดและความรู้สึกอับอายจากการถูกทอดทิ้งหรือซ้ำเติมจากครอบครัวและคนรอบข้าง (Ji, Lee, Noh & Yip, 2014) ซึ่งการฆ่าตัวตายในแต่ละครั้งย่อมส่งผลกระทบต่อบุคคลใกล้ชิด อย่างน้อย 6 คน ได้แก่ บิดา มารดา ลูก พี่น้อง สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน (Drapeau & McIntosh,

2016) จากการศึกษาของ Moody and Smith (2013) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีนัยสำคัญทางลบกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ($t=-2.72$ $p=.001$) หรือการศึกษาของ Lin et al. (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r=-.13$ $p<.001$) ส่วนผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ พบว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จะสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงปีละ 100,000 ล้านบาทต่อปี มีการประมาณการว่า จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงประมาณ 20 เท่าของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (Sakulphan, 2022)

การจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลก และสมาคมป้องกันการฆ่าตัวตายสากล (I.A.S.P. Executive Committee, International Assn for Suicide Prevention & Ctr for Suicide Research & Prevention, 1999; World Health Organization, 2014) ได้ให้แนวปฏิบัติที่สำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตาย ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยปกป้อง เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวมีบทบาทสำคัญในการลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำได้ จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยง เป็นปัจจัยที่เกิดประโยชน์ในการรักษาของแพทย์และการวางแผนการพยาบาล เนื่องจากการชี้ให้

เห็นถึงสาเหตุของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย (Soreff, Basit & Attia, 2022) โดยพบว่า เพศหญิง (Pimratana & Kamonpan, 2020) ประวัติในการฆ่าตัวตาย (Sawa, Koishikawa & Osaki, 2017) ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง (Blasco-Fontecilla, Mendez-Bustos & Lopez-Morinigo, 2020) การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย (Vorapani, 2013) และการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช (Liu et al., 2018) เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ ส่วนปัจจัยปกป้อง เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา หรือได้รับการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมที่ช่วยลดโอกาสการฆ่าตัวตายซ้ำ โดยไปช่วยเพิ่มความเข้มแข็งทางใจหรือช่วยถ่วงดุลปัจจัยเสี่ยง (Western Michigan University, 2022) โดยพบว่า การรับประชนาตามแผนการรักษา การมีทักษะในการแก้ไข ปัญหา (Choi et al., 2013) การสนับสนุนทางสังคม (Oexle & Sheehan, 2020) และความเข้มแข็งทางใจ (Chaniang, Meuangkhwa & Klongdee, 2020) เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จะเห็นว่าปัจจัยแต่ละส่วนมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันตลอด อย่างไรก็ตาม การฆ่าตัวตายซ้ำนั้น เป็นอุบัติการณ์ที่รุนแรงกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกมาก การสูญเสียทรัพยากรในการช่วยเหลือก็มีมากกว่าครั้งแรก การป้องกันอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้นจึงมีความสำคัญเพื่อลดผลกระทบดังกล่าว

จากอุบัติการณ์ดังกล่าว ทำให้พยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทที่สำคัญในการดูแลทุกมิติ โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติทางการพยาบาลแบบองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและการส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เพื่อลดอุบัติการณ์การกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากการฆ่าตัวตายซ้ำนั้น จะส่งผลกระทบที่รุนแรงกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรก และมีโอกาสฆ่าตัวตายได้สำเร็จสูงกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรก พยาบาลจิตเวชจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถดูแลผู้ป่วยได้แบบองค์รวม ในบทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการนำเสนอบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริม ป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู ทั้งของตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน จนกระทั่งกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติสุข

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลัก ๆ 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) (I.A.S.P. Executive Committee, International Assn for Suicide Prevention, & Ctr for Suicide Research & Prevention, 1999; World Health Organization, 2014) ซึ่งมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้

1. ปัจจัยเสี่ยง เป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่พฤติกรรม การฆ่าตัวตาย หากสามารถลด จัดการ หรือขจัดออกไป ได้ ก็จะเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (Sakulphan, 2022) ประกอบไปด้วย

1.1 เพศ จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงจะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายซ้ำมากกว่าเพศชายถึง 6 เท่า (Pimratana & Kamonpan, 2020) และอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชายถึง 2 เท่า ส่วนอัตราการการ ฆ่าตัวตายสำเร็จจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง 3 เท่า (Shain, 2016) จะเห็นว่าเพศหญิงมีการพยายามฆ่าตัวตาย ที่บ่อยครั้งกว่า แต่เพศชายจะมีการฆ่าตัวตายที่สำเร็จสูงกว่า

1.2 มีประวัติการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีประวัติในการฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย ในครั้งต่อไปได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยฆ่าตัวตาย และจะเกิดขึ้น ภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่มีการฆ่าตัวตายครั้งแรก และจะยังคงอยู่ต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหลังจากที่พยายามฆ่าตัวตาย ในครั้งแรก (Sawa, Koishikawa & Osaki, 2017)

1.3 ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง จากการ ศึกษาพบว่า โครงสร้างสารเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับ อารมณ์ที่ผิดปกติ โดยสารดังกล่าว ได้แก่ ซีโรโทนิน โดปามิน นอร์อิพิเนฟรินและแกมมาอามิโนบิวทริกแอซิด ซึ่งพบว่า บุคคล ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จจะมีปริมาณซีโรโทนิน ในน้ำไขสันหลังลด ต่ำลงกว่าปกติมาก (Fontecilla, Bustos & Morinigo, 2020) เนื่องจากการที่ซีโรโทนินต่ำจะส่งผลให้บุคคลไม่ สามารถควบคุมตนเองได้และจะเกิดการทำร้ายตนเองขึ้น เมื่อเจอสถานะวิกฤต (Trangkasombat, 2018) จะเห็นว่า ถ้าผู้ที่ภาวะกดดัน เครียด ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านจิตใจ ถ้า บุคคลนั้นไม่ได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม ก็จะทำให้เกิด การฆ่าตัวตายซ้ำได้

1.4 การป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จากการศึกษาพบว่า โรคจิตเวชมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชร่วมด้วยและยังพบอีกว่าผู้ที่มียาเสพติด สุขภาพจิตมีความเสี่ยงที่จะพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 7.16 เท่า (Liu et al., 2018) ซึ่งโรคทางจิตเวชที่พบว่ามีอาการฆ่าตัวตายซ้ำได้บ่อย เช่น โรคซึมเศร้า ที่พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 มีความคิดฆ่าตัวตายและร้อยละ 18 ที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Lortrakul & Sukanich, 2015) หรือจากการศึกษาของ Pimratana & Kamonpan (2020) พบว่า ผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 26.8 เป็นต้น

1.5 การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย จากการศึกษาพบว่า สภาพร่างกายที่มีโรคประจำตัว ต้องเข้าไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำจนรู้สึกเป็นภาระ (Vorapani, 2013) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากการเจ็บป่วยดังกล่าวใช้ระยะเวลานานหรือตลอดชีวิตจึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า และฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Beck, 1967)

2. ปัจจัยปกป้อง เป็นปัจจัยทางบวกที่มีลักษณะเฉพาะ ที่ช่วยเยียวยาหรือเป็นการป้องกันการเกิดพฤติกรรมด้านลบภายในจิตใจ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดการเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยต่าง ๆ อีก 4 ปัจจัย ได้แก่

2.1 การรับประทายตามแผนการรักษา ในปัจจุบันผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชหรือผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การรักษาโดยการรับประทายจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น (Sakulphan, 2022) จากการศึกษาของ Choi et al. (2013) พบว่า การรับประทายตามแผนการรักษาของแพทย์ตามพยาธิสภาพของโรค เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือโรคอารมณ์สองขั้ว จะมีส่วนช่วยในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

2.2 การมีทักษะในการแก้ไขปัญหา บุคคลที่มีความรู้ เข้าใจปัญหา มีทักษะในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ และมีการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากบุคคลที่เผชิญกับวิกฤต ความกดดัน แล้วไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขกับปัญหาได้ จะทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัว

ตายได้ในที่สุด (Sakulphan, 2022) จากการศึกษาของ Choi et al. (2013) พบว่า บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสามารถป้องกันได้ถ้าบุคคลดังกล่าวมีทักษะในการจัดการกับปัญหาได้ดี

2.3 การสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และสังคม จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว บุคคลใกล้ชิด และสังคม เป็นการป้องกันการเกิดวิกฤตของชีวิตและเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ (Ngai & Chan, 2012) จากการศึกษาของ Moody and Smith (2013) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีนัยสำคัญทางลบกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ($t=-2.72, p=.001$) และการศึกษาของ Lin et al. (2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ($r=-.13, p<.001$) เช่นกัน เพราะฉะนั้น การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากสังคม ครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด จะช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Liu, Zhang, & Sun, 2017)

2.4 ความเข้มแข็งทางใจ จากการศึกษาพบว่า ความเข้มแข็งทางใจช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ โดยไปช่วยในการปรับวิธีการคิดและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง (Phongto & Lueboonthavatchaail, 2014) ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นถือว่าเป็นความเข้มแข็งทางใจ เพื่อเป็นกลไกในการป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นมากระทบจิตใจ นอกจากนั้นยังพบว่า บุคคลที่ได้รับการแนะนำและปรึกษา จะช่วยให้สามารถเข้าใจปัญหา เข้าใจสถานการณ์ที่ตนเองเผชิญ ยังเป็นการส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเข้มแข็งทางใจ (Department of Mental Health, 2017)

เพราะฉะนั้น การฆ่าตัวตายซ้ำนั้น มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยกัน 2 ประการ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรือต้นเหตุของการฆ่าตัวตายซ้ำ ถ้าลดหรือขจัดออกไปได้จะเป็นการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และปัจจัยปกป้อง ซึ่งเป็นปัจจัยเสริมแรง หรือสร้างพลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้มแข็งด้านจิตใจ เพื่อป้องกันหรือปกป้องผู้ป่วยจากการฆ่าตัวตายซ้ำ

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายซ้ำ

การฆ่าตัวตายซ้ำ ถือเป็นอุบัติการณ์ที่ก่อให้เกิดความรุนแรง และความสูญเสียอย่างมาก ซึ่งจะมีความรุนแรงมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกถึง 2 เท่า ผลกระทบที่เกิดขึ้น มีดังนี้

1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ คือ ด้านร่างกาย การที่ผู้ป่วยมีการกระทำฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะของร่างกาย ทั้งแขน ขา ร่างกาย และอวัยวะอื่น ๆ สำหรับด้านจิตใจพบว่า ผู้ที่มีพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะมีการบาดเจ็บทางจิตใจมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรก ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกผิดและอายจากการกระทำที่เกิดขึ้น ทำให้ครอบครัวทอดทิ้ง และถูกซ้ำเติมมากยิ่งขึ้น ยิ่งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาทางจิตใจหรือเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่แล้ว ยิ่งทำให้มีปัญหาดังกล่าวมากยิ่งขึ้น ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันถ่วงทีและเหมาะสม (Ji et al., 2014)

2. ครอบครัว ญาติ และบุคคลใกล้ชิด การฆ่าตัวตายซ้ำ ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในครอบครัว บุคคลในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกทางลบ เช่น วิตกกังวล เศร้าโศก เสียใจ แยกตัวออกจากสังคม ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง (Asare-Doku, Osafo & Akotia, 2017) โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวคนอื่นเกิดความคิดในการฆ่าตัวตาย การวางแผนในการฆ่าตัวตาย และมีการพยายามฆ่าตัวตายได้ในที่สุด (Maple, Cerel, Jordan & McKay, 2014)

3. สังคม พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ จะส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลใกล้ชิด ชุมชนและสังคม ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายที่พบมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องเชื่อมโยงทุกมิติของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะการดำเนินชีวิตของบุคคล หากสังคมไม่ตระหนัก ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการช่วยเหลือ ยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำมากยิ่งขึ้น และยิ่งเกิดผลกระทบสะท้อนกลับไประหว่างบุคคลและสังคมมากยิ่งขึ้น (Sakulphan, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำด้วยวิธีการจุดไฟเผาบ้านเพื่อฆ่าตัวตาย จะส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชนโดยรอบ สร้างความหวาดกลัว เกิดทัศนคติด้านลบจากคนในสังคมต่อผู้ที่ฆ่าตัวตายและครอบครัว (Banthi Hospital, 2012)

4. เศรษฐกิจ พบว่า การฆ่าตัวตายมีผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจอย่างมากซึ่งการฆ่าตัวตายซ้ำยิ่งทำให้เกิดการสูญเสียมากยิ่งขึ้น มีการคำนวณค่าความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์ ในผู้ที่ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกครั้ง พบว่า มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงปีละกว่า 100,000 ล้านบาท เนื่องจากการประมาณการว่าจำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงประมาณ 20 เท่าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ (Sakulphan, 2022)

ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายซ้ำ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียในวงกว้างและมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกถึง 2 เท่า ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ การลดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ จะเป็นการช่วยลดผลกระทบการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

พยาบาลจิตเวชมีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยในแต่ละราย โดยเฉพาะการประเมิน การระบุตัวผู้ป่วย การจัดการและการป้องกัน (Davis, Shuss & Lockhart, 2014) ซึ่งช่วยให้พยาบาลมีกรอบการทำงาน และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้โดยอาศัยองค์ความรู้ทางการแพทย์ ทฤษฎีทางการแพทย์ หลักการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อนำมาวิเคราะห์และหาแนวทางในการป้องกันการเกิดปัญหา โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Sattayatham, Chansuk & Jaroensuk, 2014) โดยจะขอกล่าวรายละเอียด ดังนี้

1. บทบาทในการส่งเสริม เป็นการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่ดีแก่ผู้ป่วย โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่

1.1 การให้ความรู้และให้คำปรึกษา ได้แก่ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย การแก้ไขปัญหา และการปฏิบัติตน ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลจิตเวชที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเอง โดยการแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินโรค อาการและอาการแสดง สาเหตุ ปัจจัย การรักษา และการปฏิบัติตัว การให้คำปรึกษาเพื่อให้รับรู้ความรู้สึกของตนเอง ให้รู้จักการแก้ไขปัญหา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้

เข้าใจปัญหา มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม ผู้ป่วยจึงสามารถเผชิญกับวิกฤต ความกดดัน และสามารถจัดการหรือแก้ไขกับปัญหาได้ เพราะฉะนั้นการให้ความรู้และให้คำปรึกษาจึงสามารถทำให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ไขปัญหา และสามารถช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Choi et al., 2013)

1.2 การประสานงานกับครอบครัว และทีมสุขภาพและองค์กรในชุมชน จะเห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย การส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการช่วยกัน ดูแล และสนับสนุน ให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสม ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องนั้นเป็นการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตายซ้ำได้ (Muangmakham, Skulphan & Sethabouppha, 2020) นอกจากนั้นพยาบาลจิตเวช ต้องมีการวางแผนและการส่งต่องานกับทีมสุขภาพและองค์กรในชุมชน เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังการศึกษาของ Malarat et al. (2014) พบว่า การประสานงานที่ดีของบุคลากรสุขภาพในชุมชน มีหน่วยงานที่สนับสนุนในพื้นที่ มีเครือข่ายในการเฝ้าระวัง และการที่องค์กรในชุมชนให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง เป็นการช่วยลดปัจจัยเสี่ยงและเป็นการป้องกันการฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายซ้ำได้

1.3 การศึกษาวิจัย ถือว่า มีส่วนสำคัญอย่างมากเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ เช่น การศึกษาของ Klinpi boon et al. (2020) ที่ได้การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถลดการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ เป็นต้น

2. บทบาทในการป้องกัน การป้องกันถือว่าการจัดกิจกรรมที่มุ่งปกป้องผู้ป่วยจากสิ่งที่คุกคามต่อสุขภาพหรืออันตรายต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อผู้ป่วย ที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดการเจ็บป่วยจึงต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันการเจ็บป่วย (Chaiwannawat, 2017) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ เพื่อลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย โดยในระยะเริ่มแรก พยาบาลจิตเวชต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มีไหวพริบ และสามารถแก้ไขปัญหา

เฉพาะหน้าได้ กิจกรรมที่จะช่วยป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของพยาบาลจิตเวช ได้แก่

2.1 การตรวจ คัดกรอง ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ การตรวจ คัดกรองถือว่าเป็นสิ่งสำคัญก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งปัจจุบันการประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำนั้นมีหลายวิธีด้วยกัน สรุปได้คร่าว ๆ ดังนี้

2.1.1 การซักประวัติ ถือว่าเป็นการสนทนาระหว่างพยาบาลจิตเวชและผู้ป่วย โดยเน้นการสังเกตและการซักถาม ถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน การเกิดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือการทำร้ายตนเอง ความผิดปกติทางจิตหรือการเจ็บป่วยทางร่างกาย การนอนหลับ สัมพันธภาพกับคนใกล้ชิด เศรษฐฐานะ ประวัติการถูกข่มขืน และปัจจัยปกป้อง เช่น การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเชื่อทางศาสนา ความอดทนต่อความขัดข้องใจ เป็นต้น โดยลักษณะการซักประวัติ นั้น พยาบาลจิตเวชควรใช้การชมเชยด้วยขณะที่ทำการซักประวัติ และควรใช้คำถามปลายเปิดทุกครั้ง เพื่อให้ได้รายละเอียด มุมมองทางด้านความรู้สึกและความคิด (Minnesota Department of Health, 2019) เช่น

- อะไรเป็นสิ่งที่ทำให้คุณไม่สบายใจ
- ใครคือคนที่เติมพลังใจ ทำให้คุณเข้มแข็ง รู้สึกดี เมื่ออยู่ด้วย
- ที่ผ่านมากิจกรรมใดบ้าง ที่ช่วยทำให้คุณรู้สึกมีกำลังใจและมีความมั่นคง

การซักประวัติเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเป็นสิ่งที่จำเป็นมาก เพื่อประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตาย การถามคำถามเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่ได้เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความคิด หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย กลับเป็นการช่วยให้เข้าใจสถานการณ์และนำไปสู่การช่วยเหลือ (Suwanmaitri et al., 2017)

2.1.2 การประเมินสภาพจิต เป็นบทบาทที่พยาบาลจิตเวชสามารถกระทำได้โดยการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือ โดยพยาบาลจิตเวชต้องแสดงให้เห็นว่าการประเมิน

สภาพจิตสามารถแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้ การประเมินสภาพจิตสามารถทำได้จากการพูดคุยกับผู้ป่วยถึงสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เช่น ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว บุคคลใกล้ชิดและสังคม การเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ เป็นต้น และการประเมินสภาพจิตจากการใช้แบบประเมิน ซึ่งปัจจุบันแบบประเมินที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย เช่น แบบประเมิน 8Q แบบประเมิน 9Q และแบบประเมินการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Intervention; M.I.N.I.) ในส่วน C. Suicidality เป็นต้น (Suwanmaitri et al., 2017)

2.1.3 การตรวจร่างกาย เมื่อผู้ป่วยมาถึงสถานรับบริการ พยาบาลจิตเวชควรสังเกตตั้งแต่ลักษณะการแต่งกายของผู้ป่วยให้เหมาะสมตามกาลเทศะ โดยคำนึงถึงลักษณะการทำงานและพื้นฐานทางสังคม รวมถึงลักษณะท่าทาง การเคลื่อนไหว และพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น ดูเหงา ๆ ง่วงซึม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นหรือลดลง นอกจากนั้นสิ่งที่สำคัญคือการสังเกตสภาพร่างกายว่ามีการบาดเจ็บหรือร่องรอยของการทำร้ายร่างกายตนเอง หรือไม่ เช่น รอยแผลเป็นจากการกรีดข้อมือ รอยฟกช้ำจากการแขวนคอ รอยการฉีดยาเสพติดเข้าร่างกาย เป็นต้น (Kennebeck & Bonin, 2022)

2.2 การให้บริการด้านจิตเวช ในการตรวจประเมิน การเยี่ยมบ้าน และการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน ดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จากการศึกษาพบว่าบทบาทของพยาบาลจิตเวชในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำอีกประการหนึ่งคือการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อลดอุบัติเหตุที่เกิดขึ้น โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว จากการศึกษาของ Aroonroong (2021) ที่ได้พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษารอบครัวที่มีต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ที่ได้รับการให้คำปรึกษารอบครัวมีความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

3. บทบาทในการบำบัดรักษา บทบาทในการบำบัดและดูแลผู้ป่วยที่มีประวัติการฆ่าตัวตายนั้นมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับมือ

กับภาวะวิกฤต ความกดดัน และลดความคิดฆ่าตัวตายได้ (Acheampong & Aziato, 2018) การเลือกใช้ก็ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย โดยมีเป้าหมายในการป้องกันกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ (Zalsman et al., 2016) จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถแบ่งออกได้ 2 การบำบัดหลักตามบทบาทของพยาบาลจิตเวช ดังนี้

3.1 การบำบัดรักษาทางชีววิทยาทางการแพทย์

3.1.1 การบำบัดรักษาด้วยวิธีการให้ยา พยาบาลจิตเวชต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องและครบถ้วนการรับประทานยาตามแผนการรักษาถือว่าการป้องกันการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ (Choi et al., 2013) ปัจจุบันผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช หรือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การรักษาด้วยการรับประทานยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ยาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายในปัจจุบัน สามารถแบ่งออกได้ 4 กลุ่มใหญ่ ๆ (Lotrakul, 2017) ดังนี้ (1) กลุ่ม Tricyclic and Tetracyclic Antidepressant--TCAs ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการไปเพิ่มระดับของ nor-epinephrine และ serotonin ในสมอง เช่น amitriptyline, clomipramine, nortriptyline และ imipramine (2) กลุ่ม Monoamine Oxidase Inhibitor--MOAIs ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของ monoamine oxidase ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่มีหน้าที่ทำลายสารสื่อประสาทจำพวก monoamine เช่น phenelzine isocarboxazid และ Tranylcypromine (3) กลุ่ม Selective Serotonin Reuptake Inhibitors--SSRIs ซึ่งยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการเก็บกลับของ serotonin ในสมอง เช่น fluoxetine paroxetine fluvoxamine, sertraline และ escitalopram และ (4) กลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่ม Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors--SNRIs ซึ่งออกฤทธิ์ด้วยกลไกที่เหมือน TCAs โดยไปเพิ่มระดับของ nor-epinephrine และ serotonin เช่น venlafaxine duloxetine milnacipran และ desvenlafaxine

นอกจากยากลุ่มต่าง ๆ ที่กล่าวไปข้างต้นแล้วนั้น จากการศึกษาของ Cipriani et al. (2013) พบว่า Lithium มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและโรคซึมเศร้า และการศึกษาของ Patchan et al. (2015) พบว่า Clozapine มีผลอย่างมากในการป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในกลุ่ม

ผู้ป่วยโรคจิตเภท และตอบสนองการรักษาได้ดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตน้อยหรือไม่ทนต่อยารักษารุนแรงหรือการได้รับยารักษาโรคจิตในปริมาณปกติ (Meltzer, 2012)

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการให้ยาผู้ป่วยควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ จากข้อบังคับสภาการพยาบาล ว่าด้วยข้อจำกัดและเงื่อนไขในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2564 ระบุไว้ว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จะให้ยาผู้รับบริการได้เฉพาะที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้บำบัดโรคได้รับอนุญาตไว้ในแผนการรักษา” (Nursing Council, 2021) เพราะฉะนั้น การให้ยาในผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทที่อิสระ จึงต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ภายใต้หลักการบริหารยาอย่างปลอดภัย โดยใช้หลัก 10 R ประกอบไปด้วย ให้ยาถูกคน ให้ยาถูกชนิด ให้ขนาดถูกต้อง ให้ถูกทาง ให้ถูกเวลา บันทึกถูกต้อง ตรวจสอบประวัติการแพ้ยาและทำการประเมินถูกต้อง การให้ความรู้และข้อมูลถูกต้อง สิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยาและสิทธิในปฏิเสธยา และการตรวจสอบปฏิกริยาระหว่างกันของยาและการประเมินถูกต้อง (Edwards et al., 2015)

3.1.2 การบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นวิธีการรักษาชนิดหนึ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่ไม่ตอบสนองด้วยการรับประทานยา โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงหรือรุนแรง โดยการใช้กระแสไฟฟ้าที่มีความเหมาะสมผ่านเข้าไปสู่สมอง เพื่อทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการเกร็ง ชัก กระตุกทั้งตัว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสารชีวเคมีในสมอง ทำให้อาการทางจิตทุเลาลง รวมถึงส่งผลให้อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม กลับสู่ภาวะปกติ การบำบัดด้วยไฟฟ้าเป็นการบำบัดทางชีวภาพที่ได้รับการยอมรับและถือว่ามีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Rönnqvist, Nilsson & Nordenskjöld, 2021) สำหรับบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช (Kraipassornpong, 2018) ดังนี้

1) ก่อนวันเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า พยาบาลจิตเวชควรอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาดด้วยไฟฟ้าแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น จุดมุ่งหมาย จำนวนครั้ง ประโยชน์และผลข้างเคียง มีการให้เซ็นยินยอม มีการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อลดความวิตกกังวล โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

ด้วยไฟฟ้าที่ถูกต้อง มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า ได้แก่ การดูแลความสะอาดของร่างกาย งดน้ำ อาหาร และยาอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม คอนแทคเลนส์ และการนัดหมายวันที่เข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า

2) วันเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า กรณีเป็นผู้ป่วยในสามารถวัดสัญญาณชีพ ดูแลการถ่ายปัสสาวะก่อนเข้ารับการรักษาดด้วยไฟฟ้า หลังจากนั้น ตรวจสอบเอกสารต่าง ๆ และนำผู้ป่วยไปสถานที่ที่ทำการรักษาดด้วยไฟฟ้า กรณีเป็นผู้ป่วยนอก เมื่อผู้ป่วยยื่นใบนัดและตรวจสอบสิทธิเรียบร้อยแล้ว พยาบาลจิตเวชจะทำการสอบเอกสารต่าง ๆ ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า ถอดเครื่องประดับ ฟันปลอม คอนแทคเลนส์หรือแว่นตา แล้วผู้ป่วยไปสถานที่ที่ทำการรักษาดด้วยไฟฟ้า

3) การดูแลขณะรักษาดด้วยไฟฟ้า พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่เตรียมความพร้อมทั้งเครื่องรักษาดด้วยไฟฟ้า ออกซิเจน การทวนความถูกต้องของผู้ป่วย ตลอดจนการจัดท่า การใส่ออกซิเจน และการใส่ยางกัดฟัน การจับบริเวณปากและขากรรไกร (Sangprakong et al., 2021)

4) การดูแลระยะพักฟื้น พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ในการประเมินภาวะแทรกซ้อนด้วยการวัดสัญญาณชีพ และสังเกตอาการข้างเคียงหลังการรักษาดด้วยไฟฟ้า เช่น ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ คลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น ดูแลให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนในห้องพักฟื้นนานอย่าง น้อย 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และประเมินความพร้อมในการกลับหอผู้ป่วยหรือกลับบ้าน

5) ติดตามเยี่ยมหลังการรักษาดด้วยไฟฟ้า บทบาทของพยาบาลจิตเวชโดยการประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาดด้วยไฟฟ้า ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย เรื่องการปฏิบัติตัวก่อนมารักษาครั้งต่อไป ในกรณี ผู้ป่วยนอกจะมีการดูแลติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

3. 2 การรักษาทางจิตสังคมเป็นการบำบัดภายหลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางยาและการรักษาดด้วยไฟฟ้าแล้ว มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำได้ฝึกปรับตัว ฝึกการเผชิญปัญหาและสร้างความเข้มแข็งในใจให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขภายหลังจากกลับไปรักษาตัวที่บ้าน สภาการพยาบาลได้กำหนดให้พยาบาลจิตเวชมีขอบเขตและสมรรถนะในการบำบัดทางจิตในรูปแบบ

ต่าง ๆ ได้ ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อส่งเสริม ป้องกัน เพื่อลดอุบัติการณ์ของโรคของผู้ป่วยและครอบครัว (Nursing Council, 2009) พยาบาลจิตเวชมีบทบาทอิสระในการบำบัดทางสังคม จากการศึกษาพบว่า ประสิทธิภาพของการบำบัดทางจิตสังคมสามารถลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทและโรคจิตได้ (Christensen et al., 2013) การทำจิตบำบัดในบทบาทของพยาบาลจิตเวชที่นิยมในปัจจุบันมีหลากหลายวิธี ได้แก่

3.2.1 การบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy--CBT) เป็นการบำบัดที่เน้นวิธีการคิดที่มีผลต่ออารมณ์ โดยเชื่อว่าอารมณ์ที่ผิดปกติ เกิดจากความคิดที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ จากการศึกษาของ Anarmat (2017) ที่ศึกษาผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่าภายหลังกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม มีระดับภาวะซึมเศร้ามลดลงต่ำกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จึงทำให้สามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้

3.2.2 การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy--PST) เป็นการบำบัดที่ใช้การวิเคราะห์ถึงเหตุผล โดยเน้นไปทางการจัดการและแก้ไขปัญหานั้นเฉพาะเจาะจง โดยปรับมุมมองจากลบให้เป็นบวก ผู้บำบัดและผู้ป่วยต้องทำงานร่วมกันในการค้นหาและจัดลำดับของปัญหา เพื่อให้ปัญหาได้คลี่คลายลง (Beaudreau et al., 2015) สอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (2014) พบว่า การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหานั้นจะช่วยปรับระดับความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการศึกษาของ Klinpi boon et al. (2020) ที่พัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหานั้นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่าโปรแกรมดังกล่าวสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$)

3.3.3 พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy--DBT) เป็นรูปแบบทางจิตบำบัด

ที่ดัดแปลงมาจากการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรม (CBT) และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมอารมณ์ (Linehan, 2014) เน้นกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมการทำร้ายตนเองซ้ำ ๆ และฆ่าตัวตาย (Thanirat, 2012) จากการศึกษาของ Decou et al. (2018) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของพฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธีกับการรักษาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยการวิเคราะห์ห่อภิวน (meta-analysis) พบว่า พฤติกรรมบำบัดวิภาษวิธีสามารถป้องกันความคิดฆ่าตัวตายได้ ($d = -.229$ 95% CI = $-.473$ ถึง $.016$)

4. การฟื้นฟูสภาพ เป็นการจัดกิจกรรมที่เน้นส่งเสริมให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถกลับมาดำรงชีวิตตนเองได้อย่างปกติสุข จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การฟื้นฟูสภาพ เป็นการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยมีทักษะในการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข เพื่อลดการกลับมาเป็นซ้ำ ควรมีการเฝ้าระวัง และติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ บทบาทของพยาบาลจิตเวชจึงมีความจำเป็นต้องใช้ทักษะในการสังเกต และการประเมินถึง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม (Sirithethawee, 2016) ดังนี้

4.1 การจัดหาแหล่งสนับสนุน หลังจากผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายรักษาตัวจนสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและสังคมได้แล้ว พยาบาลจิตเวชควรให้ความรู้ และหาแหล่งสนับสนุนให้ผู้ป่วย เพื่อให้กำลังใจ และเป็นการเสริมแรงให้ผู้ป่วย จากการศึกษาของ Malarat et al. (2014) พบว่า การที่คนในชุมชนมีน้ำใจ ช่วยเหลือ แบ่งปัน เยี่ยมเยียน องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นให้ความสนใจแก้ไขปัญหานั้น มีประเพณีอันดีงาม เป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญที่ช่วยป้องกันการกลับมาฆ่าตัวตาย

4.2 การจัดสภาพสิ่งแวดล้อม จากแนวคิดของเดอริคม์ (Durkheim, 1951) ได้กล่าวว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลอย่างมากเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากสิ่งแวดล้อมเป็นสื่อสัมพันธ์กับบุคคล กล่าวคือสังคมใดที่มีการใช้ความรุนแรง มีการฆาตกรรม และการฆ่าตัวตายสูง แสดงให้เห็นว่าบุคคลในสังคมนั้นมักไม่ดี จากการศึกษาของ Wright & Thorpe (2016) พบว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม โดยการมีอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัวผู้ป่วย เช่น ผงซักฟอก สารเคมีต่าง ๆ ยารักษาโรค เชือก และมีด เป็นต้น มีผลทำให้เกิดความคิดและความพยายามในการฆ่า

ตัวตาย จึงแสดงให้เห็นว่าพยาบาลจิตเวชมีบทบาทในการถ่ายทอดความรู้ ผูกทักษะในการสร้างแรงจูงใจ เสริมสร้างพลังใจ และแนะนำแก่ผู้ที่ดูแลผู้ป่วย ให้เฝ้าระวังและสังเกตพฤติกรรม ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ

4.3 การติดตามเยี่ยมบ้าน ถือเป็นการบริการเชิงรุก มีเป้าหมายคือทำให้สมาชิกในครอบครัว สามารถเผชิญภาวะวิกฤตของชีวิตได้ พยาบาลจิตเวชจึงมีบทบาทในการให้การสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ เมื่อผู้ป่วย ครอบครัว หรือชุมชนมีการเจ็บป่วยทางด้านจิตใจ สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำนั้น การเยี่ยมบ้าน ถือว่าเป็นการสร้างแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย จะเป็นการเสริมความมั่นใจและตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง (Department of Mental Health, 2012) เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและเป็นการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันการฆ่าตัวตายได้ การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งควรมีการนัดหมาย สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว มีการประเมินสภาพของครอบครัว และภาวะสุขภาพจิตของสมาชิกภายในครอบครัว แต่ละคน (Anderson, Feld & Alesshire, 2016) เพื่อนำไปวางแผนทางการพยาบาล และปฏิบัติการพยาบาล ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ต่อไป

หลักการปฏิบัติทางการพยาบาลทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู ถือว่าเป็นแนวทางที่สำคัญที่สามารถนำมาใช้กับการลดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้

บทสรุป

การฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นอุบัติการณ์ที่มีความรุนแรง และได้รับผลกระทบมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรก ผู้ป่วยที่มีประวัติในการฆ่าตัวตาย มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายได้สำเร็จ สูงกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรก พยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยอาศัยองค์ความรู้ กระบวนการทางวิทยาศาสตร์ และแนวการปฏิบัติ 4 มิติทางการพยาบาล มาใช้ได้แก่ การส่งเสริม โดยการให้ความรู้ การประสานงาน และการทำวิจัย การป้องกันได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วย การประเมินสภาพจิต และตรวจร่างกาย การบำบัดรักษา ได้แก่ การบริหารยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการทำจิตบำบัด และสุดท้ายคือการฟื้นฟู โดยเน้นไปให้การช่วยเหลือ สนับสนุน การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย และการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมปัจจัยปกป้อง เพื่อให้เกิดการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ และเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น



Reference

- Acheampong, A. K., & Aziato, L. (2018). Suicidal ideations and coping strategies of mothers living with physical disabilities: A qualitative exploratory study in Ghana. *BMC Psychiatry*, 18(1), 360. doi:10.1186/s12888-018-1938-x
- Anarmat, L. (2017). Therapy on depression of major depressive disorders patients with attempted suicide. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 11(1), 24-33. (in Thai)
- Anderson, D. G., Feld, H., & Alesshire, M. (2016). Family health risks. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.), *Public health nursing: Populationcentered health care in the community* (9th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Aroonroong, A. (2021). Development of model family counseling on suicidal idea of suicidal attempters. *Journal of Public Health and Epidemiology*, 1(2), 35-46. (in Thai)
- Asare-Doku, W., Osafo, J., & Akotia, C. S. (2017). The experiences of attempt survivor families and how they cope after a suicide attempt in Ghana: A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 17(1), 178. doi:10.1186/s12888-017-1336-9

- Banthi Hospital. (2012). *Summary of the results of mental health activities for the year 2009-2012*. Lamphun: Community Mental Health Work Banthi Hospital. (in Thai)
- Beaudreau, S. A., Gould, C. E., Sakai, E., & Huh, J. W. T. (2015). Problem-solving therapy. In: N. Pachana (Ed), *Encyclopedia of geropsychology*. Singapore: Springer.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical experimental and theoretical aspects*. New York: Harper Row.
- Blasco-Fontecilla, H., Mendez-Bustos, P., & Lopez-Morinigo, J. D. (2020). Toward a biosignature of suicide reattempt. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 46, 79-88. doi:10.1007/7854_2020_164
- Brown, G. K., & Jager-Hyman, S. (2014). Evidence-based psychotherapies for suicide prevention: Future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 47(3 Suppl 2), S186-194. doi: 10.1016/j.amepre.2014.06.008
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S., & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: Updated systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 346, f3646. doi:10.1136/bmj. f3646
- Chaniang S., Meuangkha P., & Klongdee K. (2020). Factors related to suicide risk behaviors among secondary school students in Nakhon Phanom Province. *Journal of Optoelectrical Nanostructures*, 12(1), 28-35. (in Thai)
- Chaiwannawat, T. (2017). Roles of psychiatric nurses for mental health promotion and mental illness prevention. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(2), 16-30. (in Thai)
- Choi, K. H., Wang, S. M., Yeon, B., Suh, S. Y., Oh, Y., Lee, H. K., . . . & Lee, K. U. (2013). Risk and protective factors predicting multiple suicide attempts. *Psychiatry Research*, 210(3), 957-961. doi:10.1016/j.psychres.2013.09.026
- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 225-234. doi:10.1016/j.jad.2012.07.002
- Davis, C., Shuss, S., & Lockhart, L. (2014). Assessing suicide risk. *Nursing made Incredibly Easy*, 12(1). 22-29. doi:10.1097/01.NME.0000438409.07755.e3
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 50(1), 60-72. doi: 10.1016/j.beth.2018.03.009
- Department of Mental Health. (2012). *Report on the results of a suicide epidemiological study of the Department of Mental Health*. Retrieved from <https://dmh.go.th/report/suicide/> (in Thai)
- Department of Mental Health. (2017). *Report on the number of suicides in Thailand*. Retrieved from http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx. (in Thai)
- Department of Mental Health. (2017). *The strategic plan of the department of mental health during the Twelfth National Economic and Social Development Plan (2017-2021)*. Nonthaburi: Department of Mental Health. (in Thai)

- Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2016). *U.S.A. suicide: 2015*. Retrieved from [http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2015/2015datapgs1.pdf? =2017-01-02-220151-870](http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2015/2015datapgs1.pdf?=2017-01-02-220151-870) <http://bit.ly/3XE8dMq>
- Durkheim, É. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Edwards, S., & Axe, S. (2015). The 10 'R's of safe multidisciplinary drug administration. *Nurse Prescribing*, 13(8), 398–406. doi:10.12968/npre.2015.13.8.398
- I.A.S.P. Executive Committee, International Assn for Suicide Prevention, Ctr for Suicide Research & Prevention. (1999). I.A.S.P. guidelines for suicide prevention. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 20(4), 155-163. doi:<https://doi.org/10.1027/0227-5910.20.4.155>
- Ji, N. J., Lee, W. Y., Noh, M. S., & Yip, P. S. F. (2014). The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: Epidemiological findings on copycat suicides from South Korea. *Journal of Affective Disorders*, 156(56-61). doi:10.1016/j.jad.2013.11.015
- Kennebeck, S., & Bonin, L. (2022). Suicidal ideation and behavior in children and adolescents: Evaluation and management. Retrieved from <https://www.uptodate.com/contents/suicidal-ideation-and-behavior-in-children-and-adolescents-evaluation-and-management/print>
- Klinpiboon, A., Yodklang, O., Kaanachai, V., Kamchompoo, J., & Bupahouse, S. (2020). The Development of Problem-Solving Therapy Program for Psychiatric Patients with Suicidal Ideations and Behaviors. *Journal of Mental Health of Thailand*, 30(2), 87-99. (in Thai)
- Kraipassornpong, N., Chamman, S., Pinsupha, P., Thananchai, S., & Latham, W. (2018). *Public service manual electrical therapy Kalaya Rajanagarindra Institute*. Bangkok: Kalaya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Ministry of Public Health (in Thai)
- Lin, J., Su, Y., Lv, X., Liu, Q., Wang, G., Wei, J., . . . & Si, T. (2020). Perceived stressfulness mediates the effects of subjective social support and negative coping style on suicide risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 265, 32-38. doi:10.1016/j.jad.2020.01.026
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training handouts and Worksheets* (2nd ed). New York: The Guilford Press.
- Liu, B. P., Qin, P., Liu, Y. Y., Yuan, L., Gu, L. X., & Jia, C. X. (2018). Mental disorders and suicide attempt in rural China. *Psychiatry Research*, 261, 190-196. doi:10.1016/j.psychres.2017.12.087
- Lortrakul, M., & Sukanich, P. (2015). *Ramathibodi psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Lotrakul, M. (2017). *Clinical use of psychiatric drugs*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai)
- Malarat, W., Jeamdarnrat, O., Lomsri, C., Phomsena, S., Iwpa, S., & Kajai, K. (2014). Community suicide study report Chiang Rai. Chiang Rai: Mental Health Center 10, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Maple, M., Cerel, J., Jordan, J. R., & McKay, K. (2014). Uncovering and identifying the missing voices in suicide bereavement. *Suicidology Online*, 5(1), 1-12. <http://bit.ly/3u8AoW9>
- Meltzer, H. Y. (2012). Clozapine: Balancing safety with superior antipsychotic efficacy. *Clin Schizophr Relat Psychoses*, 6(3), 134-144. doi:10.3371/csrp.6.3.5

- Minnesota Department of Health. (2019). *Suicidal ideation risk assessment*. Retrieved from <https://www.health.state.mn.us/people/syringe/suicide.pdf>
- Moody, C., & Smith, N. G. (2013). Suicide protective factors among trans adults. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 739–752. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0099-8>
- Muangmakham, S., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2020). Family relationships and suicidal risks of clients receiving services at Mental Health and Psychiatric Clinic. *Nursing Journal*, 47(3), 240-252. (in Thai)
- Ngai, F. W., & Chan, S. W. (2012). Learned resourcefulness, social support, and perinatal depression in Chinese Mothers. *Nursing research*, 61(2), 78–85. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e318240dd3f>
- Nursing Council. (2009). *Scope and competence of advanced nursing practitioners in various fields*. Retrieved from <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf> (in Thai)
- Nursing Council. (2021). Regulations of the Nursing Council on requirements limitations and conditions for practicing nursing and midwifery. Retrieved from <http://bit.ly/3XDQHrv>. (in Thai)
- Oexle, N., & Sheehan, L. (2020). Perceived social support and mental health after suicide loss. *Crisis*, 41(1), 65-69. doi:10.1027/0227-5910/a000594
- Patchan, K. M., Richardson, C., Vyas, G., & Kelly, D. L. (2015). The risk of suicide after clozapine discontinuation: Cause for concern. *Annals of Clinical Psychiatry*, 27(4), 253-256. PMID: PMC5470314
- Pimratana, W., & Kamonpan, J. (2020). The risk factors of suicide reattempts in psychiatric patients, Buri Ram Hospital. *Medical Journal of Sisaket Surin Burirum Hospital*, 35(3), 739-748. (in Thai)
- Phongto, K., & Lueboonthavatchail, O. (2014). Effect of the resilience enhancement programe on suicidal ideation in Suicidal Attempter. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 28(1), 121-132. (in Thai)
- Rönnqvist, I., Nilsson, F. K., & Nordenskjöld, A. (2021). Electroconvulsive therapy and the risk of suicide in hospitalized patients with Major Depressive Disorder. *JAMA Network Open*, 4(7), e2116589-e2116589. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.16589
- Sangprakong, K., Teswatana, C., Duangyotha, T., Suthirak, C., Chukaew, P., Khunmuang, K., . & Chamnanprai, P. (2021). *Electrical therapy patient service manual for a multidisciplinary team*. Surat Thani: Suan Saranrom Hospital, Department of Mental Health. (in Thai)
- Sakulphan, S. (2022). *Nursing care for persons with suicide behavior*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University. (in Thai)
- Sirithepthawee, M., Jinarat, C., Konkhamdee, S., Chaicham, N., Musiko, S., Chammun, S.,... & Krubkratoke, A. (2016). *Handbook of care for chronic psychiatric patients in the community at risk for personnel of primary care units*. Bangkok: Saengchan Printing. (in Thai)

- Suwanmaitri, S., Sasok, A., Chanthalakwong, T., Sianglam, C., & Mekwilai, W. (2017). *Schizophrenia care manual for hospitals in health areas* (2nd ed.). Nonthaburi: Victoria Image Co., Ltd. (in Thai)
- Sattayatham, C., Chansuk, P., & Jaroensuk, S. (2014). *Psychiatric and mental health nursing* (2nd ed.). Bangkok: Thana Press. (in Thai)
- Sawa, M., Koishikawa, H., & Osaki, Y. (2017). Risk factors of a suicide reattempt by seasonality and the method of a previous suicide attempt: A cohort study in a Japanese Primary Care Hospital. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(6), 688-695. doi:10.1111/sltb.12326
- Shain, B. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*, 138(1). doi:10.1542/peds.2016-1420
- Soreff, S. M., Basit, H., & Attia, F. N. (2022). *Suicide risk*. in *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing LLC.
- Thanirat, T. (2012). *Basic theory of personality disorders in Psychiatry*. Bangkok: Pumthong Shop. (in Thai)
- Trangkasombat, U., (2018). *Psychotherapy and family counseling* (7th ed). Bangkok: Santa Printing. (in Thai)
- Vorapani, P. (2013). Factors influencing suicidal attempts in Kongkraiias District Sukhothai Province. *Journal of Health Science*, 1(1), 69-78. (in Thai)
- Wannasawak, K. (2015). *Patient attempts suicide or self-harm*. Bangkok: Prayoonsan Thai Printing.
- Western Michigan University. (2022). *Suicide prevention program*. Retrieved from <https://wmich.edu/suicideprevention/basics/protective>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. Switzerland: World Health Organization.
- Wright, P. P., & Thorpe, C. W. (2016). Triple Threat Among the Elderly: Depression, Suicide Risk, and Handguns. *Journal of Emergency Nursing*, 42(1), 14-18. doi: 10.1016/j.jen.2015.01.010
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. doi:10.1016/s2215-0366(16)30030-x

