

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยง ฆ่าตัวตาย

นวนายาฏ สมเพชร *

พย.ม. (สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช)

จารุณี รัศมีสุวิวัฒน์**

พย.ด. (สาขาการพยาบาลศาสตร์)

(รับ: 21 มกราคม 2569, แก้ไข: 03 มีนาคม 2569, ตอรับ: 16 มีนาคม 2569)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนาและประเมินประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ (2) พัฒนาโปรแกรมฯ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 10 คน ผู้ดูแล 10 คน และพยาบาลวิชาชีพ 7 คน กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 3 คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 66 คน สุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน เครื่องมือเก็บข้อมูล ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (2) แบบประเมินปัญหาการติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 0.86 (3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่มีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Wilcoxon signed-rank test และ Mann-Whitney U

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีมุมมองทางลบต่อปัญหา ใช้วิธีการแก้ไขปัญหาแบบหลีกเลี่ยง หรือหนี หลีกเลี่ยง และไม่มีแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ เป็นการบำบัดรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ (1) ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ (2) ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ (3) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย (4) ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (5) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และ (6-8) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา การทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมฯ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ดีและความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังสิ้นสุดโปรแกรมน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -5.01$, และ $Z = -5.02$, $p < .01$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่ดีและความเสี่ยงฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดโปรแกรมของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -6.87$, และ $Z = -4.20$, $p < .01$ ตามลำดับ)

คำสำคัญ: การบำบัดแบบบูรณาการ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การฆ่าตัวตาย

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง E-mail: nuynartsp@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลสวนปรุง

Development of an Integrative Program for Patients with Alcohol Dependence Who were at Risk of Suicide

Nuaynart Somphet*

M.N.S (Psychiatric and Mental Health Nursing)

Jarunee Ratsamesuwiwat**

Ph.D (Nursing Science)

(Received: January 21, 2026, Revised: March 03, 2026, Accepted: March 16, 2026)

Abstract

This research and development aimed to study the situation, develop and evaluate the effectiveness of an integrative program for patients with alcohol dependence who were at risk of suicide. The study was conducted in three phases: (1) situational analysis; (2) program development; and (3) program effectiveness evaluation. The sample in phase 1 consisted of 10 patients with alcohol dependence, 10 caregivers, and 7 professional nurses. The sample in phase 3 composed of 66 patients with alcohol dependence who were at risk of suicide, randomly assigned to 33 patients in the experimental group and 33 patients in the control group. Data collection instruments included: (1) a demographic questionnaire, (2) the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) with a reliability coefficient of 0.86, and (3) the Suicide Assessment Form (8Q) with a reliability coefficient of 0.90. The research intervention was the integrative program for patients with alcohol dependence who were at risk of suicide, yielding a content validity index of 0.93. Data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the Mann-Whitney U test.

The study found that the patients with alcohol dependence at risk of suicide had a negative view of their problems, used avoidance and impulsive coping mechanisms, and lacked of motivation to stop drinking. The integrative program consisted of 8 individual sessions: (1) motivation modification; (2) promoting self-care capabilities to prevent relapse; (3) providing education on alcohol consumption and suicide risk; (4) providing education on problem-solving therapy; (5) developing an understanding of problem-solving and problem-solving methods; and (6-8) training on cognitive reframing and problem-solving skills. The effectiveness evaluation of the program revealed that the mean scores of drinking behavior and suicide risk of the experimental group after ending the program were significantly lower than before the program ($Z = -5.01$, and $Z = -5.02$, $p < .01$, respectively). The mean scores of drinking behaviors and suicide risk of the experimental group after ending the program were significantly lower than the control group ($Z = -6.87$, and $Z = -4.20$, $p < .01$, respectively).

Keywords: Integrative Program, Patient with Alcohol Dependence, Suicide

* Registered Nurse, Suanprung Psychiatric Hospital. E-mail: nuynartsp@gmail.com

** Registered Nurse, Suanprung Psychiatric Hospital

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญทางคลินิก ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติสุราที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล ความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรม ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นได้ทั้งในระยะเมาสุราและระยะ พ้นหายจากโรค ผู้ป่วยมีเจตนาและตั้งใจจะทำร้าย ตนเองเพื่อให้จบชีวิตลงด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งโดยมีการ วางแผนหรือไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้าก็ได้ ที่ผ่านมามีรายงานระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตติสุราเสี่ยงฆ่าตัวตาย ตลอดช่วงชีวิตสูงกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทาง อารมณ์ (affective disorders)¹ สาเหตุการฆ่าตัวตาย ได้แก่ 1) มีภาวะเมาสุราฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ทำให้ สูญเสียการควบคุมตนเอง พร่องการคิด ตัดสินใจ มีอารมณ์อ่อนไหวและถูกกระตุ้นได้ง่าย ความยับยั้ง ชั่งใจลดน้อยลง 2) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อ ประสาท catechol-O-methyl transferase (COMT) โดยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตติสุราที่มียีน Met allele ของ เอนไซม์ COMT มีพฤติกรรมก้าวร้าวและทำร้ายตนเอง มากกว่ากลุ่มที่ไม่มี 3) ระดับสาร serotonin ลดลง มีผลเพิ่มความก้าวร้าวและความหุนหันพลันแล่น² และ 4) มีภาวะที่มีอารมณ์เศร้าอย่างรุนแรง เครียด มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงานหรือคู่ชีวิต ใช้วิธีการ แก้ปัญหาไม่เหมาะสมจึงเกิดการฆ่าตัวตาย³ การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตติสุราเป็นปัญหายุ่ยาก ซับซ้อนที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ โดยการฆ่าตัวตาย 1 คน เกิดผลต่อกระทบต่อบุคคลใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คนและ เกิดผลกระทบทางด้านจิตใจนานถึง 4 ปี⁴ อีกทั้งการ ฆ่าตัวตายทำให้เสียชีวิต บาดเจ็บหรือความพิการ ทุพพลภาพ ขาดรายได้ สูญเสียโอกาสต่างๆ ในสังคม ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงขึ้น และสูญเสีย เศรษฐศาสตร์เพิ่มขึ้น มีข้อมูลรายงานการเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายคิดเป็นมูลค่าทางเศรษฐกิจไม่น้อย

กว่า 5,500 ล้านบาทต่อปี และการฆ่าตัวตายแต่ ไม่สำเร็จและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำมีมูลค่า มากถึง 100,000 ล้านบาทต่อปี⁵ ดังนั้นการป้องกัน และลดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตติสุราจึงเป็น ประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสำคัญและเร่งแก้ไขเพื่อ ลดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปัญหา ฆ่าตัวตาย

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติสุราที่เสี่ยงฆ่า ตัวตายในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) คัดกรองความ เสี่ยงฆ่าตัวตายตั้งแต่แรกรับและประเมินต่อเนื่อง จนไม่พบความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 2) ดูแลเฝ้าระวังการ ฆ่าตัวตายตามระดับความเสี่ยงที่ประเมินพบ เช่น เสี่ยงฆ่าตัวตายสูงได้รับการดูแลแบบใกล้ชิดแบบ 1 ต่อ 1 ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที ดูแลให้อยู่ในสายตา เป็นต้น 3) บำบัดช่วยเหลือด้านจิตใจ เพื่อค้นหา ปัญหา สาเหตุที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย สอนทักษะการ แก้ไขปัญหา จัดการอารมณ์ ปรับเปลี่ยนความคิด ทางลบ และ 4) การติดตามดูแลภายหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษาการจัดการ สถานการณ์หรือตัวกระตุ้นทางอารมณ์ ความเครียด ที่อาจนำไปสู่การฆ่าตัวตาย หรือกลับไปดื่มสุราซ้ำ โดยเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตติสุราที่ เสี่ยงฆ่าตัวตาย คือ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ลดการดื่มสุรา และสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตาม อัตรภาพ ทั้งนี้สถานการณ์การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรค จิตติสุราในประเทศไทยยังเป็นประเด็นท้าทายของ บุคลากรสุขภาพ เนื่องด้วยผู้ป่วยโรคจิตติสุรามักมี พฤติกรรมทำร้ายตนเอง พยายามฆ่าตัวตาย ไปจนถึง ฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ดังข้อมูลรายงานผู้ป่วยโรคจิตติสุรา ที่เสี่ยงการก่อความรุนแรงโดยการฆ่าตัวตายด้วย วิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตในเขตสุขภาพที่ 1-13 มาก ถึงร้อยละ 44.70 ซึ่งมากกว่าการก่อความรุนแรงโดย การทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรงหรือก่อความรุนแรง

ทำให้หวาดกลัวสะท้อนขวัญในชุมชน⁶ และพบว่าในปีงบประมาณ 2567 ผู้ป่วยโรคติดสุราในเขตสุขภาพที่ 1 ก่อความรุนแรงโดยการทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 79.30⁷ และผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนปรุงซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่มีศักยภาพในการจัดการผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนทั้งพยาธิสภาพของโรค ปัญหาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ จากสถิติการเข้ารับบริการแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคติดสุราในปีงบประมาณ 2566-2568 มีจำนวน 605 ราย 550 รายและ 624 ราย ตามลำดับ⁸ พบผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายและหรือพยายามฆ่าตัวตายทั้งที่เกิดขึ้นก่อนมาโรงพยาบาลและประเณนพบเมื่อเข้ารับการรักษาถึงร้อยละ 30-50 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ โรคร่วมทางจิตเวช เคยมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนมาโรงพยาบาล มีปัญหาหรือเหตุการณ์ในชีวิต 2 เหตุการณ์หรือมากกว่า 2 เหตุการณ์ขึ้นไป³ เมื่อถูกกระตุ้นจากสถานการณ์ปัญหามักแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง และหรือแบบหนีห้นพลันแล่น จึงทำให้เกิดการทำร้ายตนเอง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย การดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยม สังเกตสัญญาณเตือน จัดเก็บอุปกรณ์ที่เสี่ยง และจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย และเมื่อผู้ป่วยพ้นจากระยะขาดสุรารุนแรง ได้รับการบำบัดช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษา และการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม และติดตามเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามยังพบว่า การช่วยเหลือจิตใจเป็นแบบแยกส่วนและมุ่งแก้ปัญหาเฉพาะเรื่องการดื่มสุรา ไม่มีการบำบัดเพื่อลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่เป็นรูปธรรมชัดเจน

ซึ่งการลดพฤติกรรมการดื่มและการป้องกันการฆ่าตัวตายควรบูรณาการการบำบัดที่ผสมผสานทั้งการสนทนาสร้างแรงจูงใจ (motivational interviewing) ร่วมกับการบำบัดทางความคิด (cognitive therapy)⁹ ที่ผ่านมามีรายงานการนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการโดยสหวิชาชีพที่ผสมผสานแนวคิดศิลปะบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การใช้เทคนิคการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้ความรู้ การจัดการเวลารว่าง และทักษะการผ่อนคลายมาใช้ลดพฤติกรรมการดื่มในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช แต่ยังไม่พบโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการที่ใช้เพื่อลดการดื่มและลดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุรา^{10,11} ดังนั้นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายเกิดประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² ที่มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การสร้างความร่วมมือในการบำบัด (collaboration) การค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิต (evocation) และให้อิสระในการคิดตัดสินใจ (autonomy) และขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของ Prochaska และ Diclemente¹³ มาบูรณาการใช้ร่วมกับแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy) ของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ ที่เป็นการบำบัดทางความคิดรูปแบบหนึ่งที่กล่าวว่าการแก้ปัญหามี 3 องค์ประกอบ คือ มุมมองต่อปัญหา (Problem orientation) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skills) และรูปแบบในการแก้ไข้ปัญหา (problem-solving styles) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะช่วยลดพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุรา และมีแนวทางการบำบัดทางจิตใจสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการบริการพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐาน และปลอดภัยจากการฆ่าตัวตายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย
2. พัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
3. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่

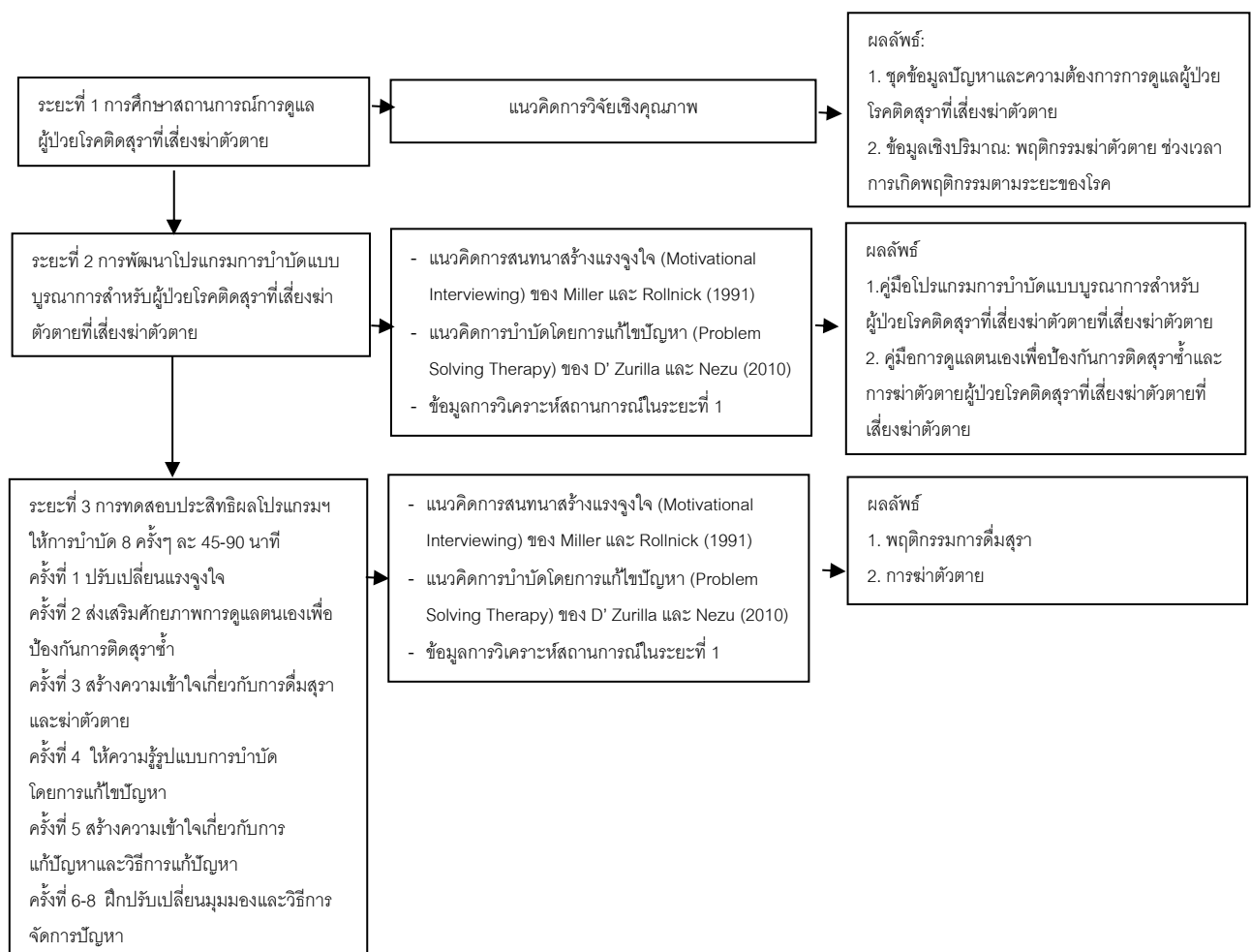
3.1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดื่มและการฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มี

ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

3.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดื่มและการฆ่าตัวตายภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 เดือนระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย (1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ 1.1 มีอายุ 18-59 ปี 1.2 ไม่มีอาการถอนพิษสุรา ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการถอนพิษสุรา (CIWA-AR) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 1.3 มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายประเมินโดยใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามมีคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป และ 1.4 สื่อสารภาษาไทย สำหรับเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีปัญหาด้านการได้ยินและการพูด และมีความบกพร่องทางพุทธิปัญญา ซึ่งประเมินโดยแบบประเมินภาวะการรู้คิด (Montreal Cognitive Assessment: MoCA) ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 17 คะแนน จะคัดออก หรืออย่างไร ให้เขียนอธิบายเพิ่มเติมแบบสั้น และกระชับ (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร พี่น้อง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและสื่อสารภาษาไทย ส่วนเกณฑ์คัดออก ได้แก่ มีปัญหาด้านการได้ยินและการพูด ประเมินจากการสนทนาและสอบถามปัญหาด้านการได้ยินและการพูดกับผู้ดูแล และมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต หรือมีอาการติดเชื้อ และ (3) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาแต่ละระยะ มีดังนี้

ระยะที่ 1 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก

ฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) จำนวน 10 คน (2) ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 10 คน และ (3) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย จำนวน 7 คน โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอยู่กับความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation)

ระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อตามระบบการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (หมวด F10.0 – F10.9) กำหนดขนาดตัวอย่างคำนวณจากตารางอำนาจการทำนาย (power analysis) โดยกำหนดอำนาจการทำนายที่ .90 นัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 และขนาดผลกระทบ (effect size) ที่ขนาดมาก (large effect size) คือ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 33 คน จำนวนทั้งสิ้น 66 คน¹⁵

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น

1.1 เครื่องมือการเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 ประกอบด้วย (1) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และ (2) แนวคำถามสนทนากลุ่มสำหรับพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อที่เสี่ยงฆ่าตัวตายที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ 1 ท่าน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำแนวคำถามไปทดลองใช้ในพยาบาลวิชาชีพ 3 คน เพื่อประเมินด้านความชัดเจนของข้อคำถามและการใช้ภาษา หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง และ (3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ และพยาบาลวิชาชีพที่

วารสารกองการพยาบาล

ให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา

1.2 เครื่องมือการเก็บข้อมูลในระยะที่ 3 ได้แก่ (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคติดสุราที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคติดสุรา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use identification Test หรือ AUDIT) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย¹⁶ เป็นแบบสอบถาม มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ-มีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน โดยมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-40 คะแนน แบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0-7 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบเสี่ยงต่ำ 8-15 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบเสี่ยง 16-19 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบอันตราย และ 20-40 คะแนน คือ ผู้ดื่มแบบติด นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.86 (3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อแนวโน้มการฆ่าตัวตายของบุคคล เป็นแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ แบบเลือกตอบว่า “มี” หรือ “ไม่มี” คะแนนรวม 52 คะแนน แบ่งการแปลผลคะแนนออกเป็น 4 ระดับ คือ 0 คะแนน คือ ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง และมากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน คือ มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง¹⁷ นำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่รับการรักษา ณ หอผู้ป่วยสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่และไม่ใช้กลุ่ม

ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 10 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

2. เครื่องมือวิจัย

2.1 โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ของการวิจัย สำหรับใช้ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴ เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ ครั้งที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ ครั้งที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไขปัญห ครั้งที่ 5 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา และครั้งที่ 6-8 ผูกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา ระยะเวลา 45-90 นาทีต่อครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์ โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 3 ท่าน มีค่าความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.93

2.2 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย การบำบัดแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 รู้จักโรคติดสุราและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของการดื่มสุราเรื้อรัง ครั้งที่ 3 สาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่ม ครั้งที่ 5 ความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ติดสุรา ครั้งที่ 7 การสังเกต

สัญญาณเตือนและการดูแลตนเองเพื่อห่างไกลจากการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 สรุปและบททวนการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ระยะเวลา 45-60 นาทีต่อครั้ง แต่ละครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 20 แพ้มเพื่อศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ช่วงเวลาการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายตามระยะของโรค ได้แก่ ระยะขาดสุรา ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ระยะฟื้นฟูของโรค สาเหตุการฆ่าตัวตาย และการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็น

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลในผู้ป่วยโรคจิตสุรา 10 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุรา 10 คน และสนทนากลุ่มในพยาบาลวิชาชีพ 7 คน

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มมาถอดเทปคำต่อคำ จัดหมวดหมู่ข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรม

1. ทบทวนแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴

2. ออกแบบโปรแกรมโดยนำข้อมูลที่ได้จากระยะวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายมาใช้ร่วมกับแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D' Zurilla และ Nezu¹⁴

นำโปรแกรมไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และแก้ไขปรับปรุงในแต่ละ

ขั้นตอนให้มีความชัดเจนขึ้น เพื่อนำไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย โปรแกรมมีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ .93

ระยะที่ 3 การทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยสุราจำนวน 6 หอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์การวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย

2. เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 66 คน ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลากกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 33 คน โดยทุกคนจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพื่อป้องกัน selection threat

3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้การบำบัดโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคจิตสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายแบบรายบุคคลจำนวน 8 ครั้งๆ ละ 45-90 นาทีแต่ละครั้ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์แก่กลุ่มทดลองจำนวน 33 คน

4. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้สุขภาพจิตศึกษาแก่กลุ่มควบคุม 33 คนจำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 รู้จักโรคจิตสุราและความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ครั้งที่ 2 ผลกระทบของการดื่มสุราเรื้อรัง ครั้งที่ 3 สาเหตุของการกลับไปดื่มสุราซ้ำ ครั้งที่ 4 การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับไปดื่ม ครั้งที่ 5 ความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ดื่มสุรา ครั้งที่ 7 การสังเกตสัญญาณเตือนและการดูแลตนเองเพื่อห่างไกลจากการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 8 สรุปและบททวนการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที แต่

ละครึ่ง ห่างกัน 1-3 วัน รวมทั้งหมด 3 สัปดาห์

5. ภายหลังเสร็จสิ้นการบำบัดครบตามโปรแกรม 1 เดือน ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินปัญหาการดื่มสุราและแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวนปรุงเลขที่ 21/2568 ลงวันที่ 21 พฤษภาคม 2568 หมดอาญการรับรอง วันที่ 20 พฤษภาคม 2569 ในกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงข้อมูลโครงการวิจัย ขั้นตอนและระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาความลับของข้อมูล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยโดยปราศจากการบีบบังคับใดๆ และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องบอกเหตุผล กรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลางและหรือระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบและขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการรายงานผลการประเมินให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบทันทีเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามแนวทางการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในระยะที่ 1 นำไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยโรคติดสุราและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

2. ข้อมูลในระยะที่ 3 ดำเนินการดังนี้

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลนำไปวิเคราะห์ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราและการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุง

จากการศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลสวนปรุงตามมุมมองผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคติดสุรา และพยาบาลวิชาชีพ สรุปได้ดังนี้ (1) ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายมีมุมมองทางลบต่อปัญหา โดยมองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นนั้นแก้ไขไม่ได้ มองปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามในชีวิต มีอารมณ์ทางลบ รับรู้ศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองต่ำ สิ้นหวังในการแก้ปัญหา (2) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหแบบหลีกเลี่ยง ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจะพยายามเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ไขปัญหา รอให้ปัญหาจบลงด้วยตัวของมันเอง ไม่เผชิญปัญหาแก้ปัญหาโดยพึ่งสุรา มองว่าการดื่มช่วยให้ลืมความทุกข์ ความเจ็บปวดทางจิตใจ ช่วยให้สบายใจได้ชั่วคราว (3) ใช้วิธีการแก้ไขปัญหแบบหนีหน้า หล้น ผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายจะมองการ

แก้ปัญหาแบบทางเดียว เร่งรีบแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็ว ไม่คิดทบทวนหลายๆทาง ไม่ตรวจสอบ และประเมินผลลัพธ์ของการแก้ปัญหา ใช้ทางเลือกในการแก้ไขปัญหาโดยตี๋มสุราหรือทำร้ายตนเอง และ (4) ไม่มีแรงจูงใจในการเลิกตี๋ม โดยมีระดับแรงจูงใจอยู่ในขั้นเมินเฉยต่อปัญหาและขั้นลังเลใจในการลดหรือหยุดตี๋มสุรา ผู้ป่วยมองว่าตนไม่ได้ติดสุรา จะเลิกตี๋มเมื่อไหร่ก็ได้ ให้เหตุผลที่ยังตี๋มต่อเกิดจากเครียด โมโห โกรธ เศร้าต่อสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน จึงทำให้จัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นด้วยการตี๋มและเมื่อตี๋มแล้วมักจะหยุดตี๋มไม่ได้ ส่วนใหญ่คิดว่าการตี๋มของตนเองไม่ทำให้เกิดปัญหากับตนหรือคนรอบข้าง

2. โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ ประกอบด้วยการบำบัดแบบรายบุคคล 8 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน ได้แก่ ครั้งที่ 1 ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและปรับเปลี่ยนแรงจูงใจในการลดหรือหยุดตี๋มสุรา โดยสนทนาสร้างความร่วมมือในการบำบัด ค้นหาสิ่งสำคัญในชีวิตหรือเป้าหมาย ชื่นชมความพยายามและความตั้งใจการดูแลสุขภาพและสิ่งสำคัญในชีวิต เชื่อมโยงเปรียบเทียบเป้าหมายกับพฤติกรรมการตี๋มในปัจจุบันเพื่อกระตุ้นเร้าให้ผู้ป่วยกล่าวข้อความจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการตี๋ม ครั้งที่ 2 ส่งเสริมศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการวางแผนดูแลตนเองเพื่อหลีกเลี่ยงการตี๋ม ฝึกการตั้งเป้าหมายทั้งระยะสั้นและระยะยาว ครั้งที่ 3 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการตี๋มสุราและฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้และสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการตี๋มกับการฆ่าตัวตายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักถึง

ผลกระทบของการตี๋มและการฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาและเข้าใจความคิดและพฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายโดยใช้ Five dimension model ครั้งที่ 5 สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ไข้ปัญหาและวิธีการแก้ไข้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจปัญหาที่ทำให้ตี๋มสุราและหรือฆ่าตัวตาย เข้าใจมุมมองต่อปัญหาทางบวกและมุมมองต่อปัญหาทางลบ รูปแบบหรือวิธีการแก้ไข้ปัญหาแบบต่างๆ และครั้งที่ 6-8 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการจัดการปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยได้เลือกปัญหาเพื่อนำมากำหนดเป้าหมายการแก้ไข้ปัญหาที่ชัดเจน ค้นหาทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาและตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหาที่เหมาะสม

3. ประสิทธิผลโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

แบ่งออกเป็น 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) พฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และ 3) พฤติกรรมการตี๋มและการฆ่าตัวตายในระยะหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 66 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 87.88 อายุเฉลี่ย 43.61 ปี สถานภาพสมรสร้อยละ 42.42 ศึกษาในระดับปวช. หรือ ปวส. ร้อยละ 33.33 อาชีพรับจ้างร้อยละ 60.60 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 84.84 อายุเฉลี่ย 45.48 ปี สถานภาพโสดร้อยละ 51.51 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 27.27 อาชีพรับจ้างร้อยละ 42.42 เมื่อเปรียบเทียบเพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา

วารสารกองการพยาบาล

และอาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังบำบัดโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุม

ในระยะก่อนและหลังบำบัดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายในระยะหลังสิ้นสุดการได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) และคะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดื่มและการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

รายการ	กลุ่มทดลอง(n=33)		กลุ่มควบคุม(n=33)		Z	p value
	Mean	SD	Mean	SD		
พฤติกรรมการดื่ม					-6.87	< .01**
ก่อนทดลอง	33.15	2.61	30.03	2.32		
หลังทดลอง	10.55	4.39	21.39	4.39		
	Z -5.01, p value < .01		Z -4.77, p value < .01			
การฆ่าตัวตาย					-4.20	< .01**
ก่อนทดลอง	22.33	4.17	24.12	4.89		
หลังทดลอง	1.30	1.97	11.27	8.06		
	Z -5.02, p value < .01		Z -4.63, p value < .01			

** p value < .01

อภิปรายผลการวิจัย

การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายนี้นี้พัฒนาขึ้นโดยใช้การวิจัยและพัฒนา 7 ขั้นตอนของกรมสุขภาพจิต¹⁸ ที่เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายและพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุรา ผู้ดูแล และพยาบาลวิชาชีพมีมุมมองว่าผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตายนี้น่าสนใจ

ต่อปัญหาในชีวิต มองว่าปัญหาแก้ไขไม่ได้ และตัวเองไม่มีความสามารถเพียงพอในการจัดการกับปัญหาเหล่านั้น วิธีการจัดการปัญหาของผู้ป่วยใช้รูปแบบแบบหนีปัญหา เช่น ดื่มสุราเพราะเข้าใจว่าเมื่อเมาแล้วจะลืมความทุกข์ใจได้ มองว่าปัญหาที่เกิดขึ้นแก้ไขไม่ได้ ตนเองเป็นภาระกับคนใกล้ชิดถ้าไม่มีตนเองคนที่บ้านจะได้ไม่ลำบากและทำร้ายตัวเอง และใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแบบหันหลังพละละ เช่น โมโหอารมณ์

ไม่ได้จากการถูกตำหนิหรือไม่พอใจคนในครอบครัวก็
เกรี้ยวกราดใส่ จะประชดประชัน บางครั้งใช้วิธีรุนแรง
ต้อย ชก ทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ บางคนออก
นอกบ้านไปดื่มสุรา เมื่อเมาสุราจะกระตุ้นอารมณ์ทาง
ลบเพิ่มมากขึ้นแล้วมักทำร้ายตัวเองหรือพยายามฆ่า
ตัวตายโดยไม่ได้อำนาจจะตาย นอกจากนี้การบริการ
พยาบาลเพื่อลดการดื่มและลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
เป็นแบบแยกส่วนที่มุ่งเน้นจัดการปัญหาเฉพาะเรื่องใด
เรื่องหนึ่ง ยังไม่มีรูปแบบการบำบัดที่ชัดเจนในการ
ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
ผลการศึกษาที่สอดคล้องกับการศึกษาในปี 2023
ที่พบว่า การดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราเกิดจาก
เครียดเรื่องงาน มีปัญหาความสัมพันธ์ที่ขัดแย้งกับคน
ใกล้ชิด ผู้ป่วยมองว่าการดื่มไม่ได้ก่อให้เกิดปัญหา
เมื่อเจอปัญหาจะแก้ไขด้วยการดื่มสุรา คิดว่าการดื่ม
ช่วยให้ออกจากปัญหา ลืมความทุกข์และความ
ไม่สบายใจ มองว่าตนเองไม่มีพลังใจที่เข้มแข็งในการ
จัดการกับปัญหา คิดว่าตนเองเป็นคนไม่ดี รู้สึกอับอาย
รับรู้ว่าคุณแตกต่างจากคนอื่น ไม่มีความสามารถ และไร้
ประสิทธิภาพ¹⁹ เมื่อเผชิญกับปัญหาจึงดื่มสุรา ยิ่งดื่ม
มากขึ้นจะมีอารมณ์ทางลบเกิดขึ้น หนีปัญหาด้วยการ
พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจะมองว่าการฆ่าตัวตาย
เป็นการหลุดพ้นจากปัญหาต่างๆ หลุดพ้นจากความ
ทุกข์ทรมานใจ และไม่ต้องการให้ใครเดือดร้อน²⁰
หรือบางรายเมื่ออารมณ์ทางลบมากขึ้น หมกหมุ่นถึง
ปัญหาจะใช้วิธีการประชด หุนหันพลันแล่นและทำร้าย
ตัวเอง^{21,22} ซึ่งการช่วยเหลือเพื่อลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
ในผู้ติดสุราควรผสมผสานทั้งการบำบัดเพื่อลดการดื่ม
และฝึกทักษะการแก้ปัญหาจะช่วยลดความเสี่ยงการ
ฆ่าตัวตายได้²³ จากปัญหาข้างต้นจึงได้มีการพัฒนา
โปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรค
ติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายขึ้นโดยนำข้อมูลจาก
การวิเคราะห์สถานการณ์ มาใช้ร่วมกับแนวคิดการ
สนทนาสร้างแรงจูงใจของ Miller และ Rollnick¹² และ

แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหของ D Zurilla
และ Nezu¹⁴ จนได้โปรแกรมที่เป็นการบำบัดแบบ
รายบุคคลจำนวน 8 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 45-90 นาที
แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน การบำบัดแต่ละครั้ง
ประกอบด้วย 1) ปรับเปลี่ยนแรงจูงใจ 2) ส่งเสริม
ศักยภาพการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการติดสุราซ้ำ
3) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการดื่มสุราและฆ่าตัวตาย
4) ให้ความรู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไขปัญห
5) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการแก้ปัญหาและวิธีการ
แก้ปัญหา และ 6-8) ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีการ
จัดการปัญหา เมื่อนำโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณา
การไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย
พบว่า โปรแกรมช่วยลดพฤติกรรมติดและลด
ความเสี่ยงฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคติดสุราได้ (ตารางที่
1, 2 และ 3) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กิจกรรมตาม
โปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยโรคติดสุรามีความรู้เกี่ยวกับ
ความสัมพันธ์ของการดื่มกับการฆ่าตัวตาย เกิดความ
ตระหนักถึงผลเสียของการดื่มมีแรงจูงใจในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติด สามารถวางแผนการ
ดูแลตนเองเพื่อลดหรือหยุดดื่ม และนำแผนที่วางไว้ไป
ใช้ในชีวิตประจำวันอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งผู้ป่วยได้
ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาที่เข้ามาในชีวิตจาก
การมองปัญหาในทางลบไปสู่มุมมองต่อปัญหา
ทางบวก และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหามีเหตุผล
จึงทำให้เกิดทักษะการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพ
สามารถลดการดื่ม และลดความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
ผลการศึกษาที่ สอดคล้องกับการศึกษาของจาร์นันท์
คำชมภู และคณะ²⁴ ที่ศึกษาการบำบัดสุราแบบสั้น
ตามแนวคิดการสนทนาสร้างแรงจูงใจในผู้ติดสุราที่
เสี่ยงฆ่าตัวตายจำนวน 16 คน ณ แผนกผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ให้การบำบัด
จำนวน 4-5 ครั้งแต่ละครั้งใช้เวลา 20-30 นาที ศึกษา
แบบกลุ่มเดี่ยววัดผลก่อนและหลังการทดลอง
ผลการศึกษาพบว่าผู้ติดสุราที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว

วารสารกองการพยาบาล

ตายและมีพฤติกรรมการดื่มลดลง และการศึกษาที่ผสมผสานแนวคิดการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาใช้บำบัดเพื่อลดการใช้สารเสพติดในผู้มีความเสี่ยงใช้สารเสพติดที่เข้ารับบริการแผนกฉุกเฉินในแอฟริกาใต้ และพบว่าช่วยลดการใช้สารเสพติดในผู้มีความเสี่ยงใช้สารเสพติด²⁵

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ได้ข้อค้นพบว่าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสามารถช่วยลดพฤติกรรมการดื่มสุราและลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายได้ ซึ่งควรมีการนำโปรแกรม

ไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดสุราที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย และเพิ่มการติดตามต่อเนื่องเพื่อกระตุ้นและเสริมสร้างแรงจูงใจในการหยุดดื่มและฝึกทักษะการแก้ไขปัญหที่เหมาะสมเพื่อให้พฤติกรรมเกิดความยั่งยืนต่อไป อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดในการนำโปรแกรมไปใช้ในเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดที่อาจมีผลทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ดังนั้นควรปรับลดจำนวนครั้งการบำบัดหรือปรับเปลี่ยนการบำบัดผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศหรือระบบบริการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) เพื่อให้เหมาะสมต่อไป

Reference

1. Sreelatha P, Haritha G, Ryali VSSR, Janakiraman RP. Alcohol dependence syndrome in suicide attempters: a cross-sectional study in a rural tertiary hospital. Arch Med Health Sci. 2019;7(2):195-200.
2. Patanon Kwansani. Review of knowledge on the relationship between alcohol consumption and suicide. J Somdet Chaopraya Inst Psychiatry. 2011;5(2):49-65. Thai.
3. Juthamas Nortun, Chanakan Jenjai, Chidchanok Ruengorn. Prevalence and factors associated with suicidal behavior in patients with alcohol-related mental health problems. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2016. Thai.
4. Anugool Hoonngarm & Sombat Skulphan. Role of psychiatric nurses in risk management for preventing repeated suicide. EAU Heritage J Sci Technol. 2022;16(3):1-13. Thai.
5. Sombat Skulphan. Nursing care for patients with suicidal behaviour. Chiang Mai: Smart Coating and Service; 2021. Thai.
6. Medical Data Warehouse. SMIV patient data. HDC - Report; 2024. Thai.
7. Committee on the Care of People with Mental Health Problems from Alcohol. Guidelines for the care of people with mental health problems from alcohol. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital; 2025. Thai.
8. Suan Prung Psychiatric Hospital. Statistics of service users at Suan Prung Psychiatric Hospital, 2023–2025. Chiang Mai: Medical Records Division, Department of Mental Health; 2025. Thai.
9. Giesbrecht N, Farkouh EK, Pavalaghanthan H, Orpana H. Prevention of alcohol-related suicide: a rapid review. Drugs Educ Prev Policy. 2024;31(1):1-26.

10. Loogjun W, Bunsirimongkol B, Suriyachai S, Darakorn Na Ayutthaya P, Kornkamchairit K, Khunarak U. The effect of the integrated program on drinking behavior and psychotic symptoms in alcohol use disorders with co-occurring disorders patients. *J Nurs Div.* 2016;30(2):143-54.
11. Nimit Kaewarj, Suriya Sirisuk, Nujarin Bualakorn, Panurat Srimungkul. The effect of motivational interviewing with integrated program on alcohol consumption behaviour and psychotic symptoms in alcohol use disorders with schizophrenic patients. Nonthaburi: Mental Health Knowledge Base; 2020. Thai.
12. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addiction behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
13. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(3):390-5. Available from: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
14. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapies. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies.* 3rd ed. New York: Guilford Press; 2010.
15. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods.* 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
16. Parithat Silpakit, Phannapha Kittirattanapaiboon. *Alcohol problem assessment form: practice guidelines for primary care facilities.* 2nd rev ed. Chiang Mai: Tansawan Paper Co., Ltd.; 2009. Thai.
17. Department of Mental Health. *Manual for suicide prevention and assistance for people at risk.* Khon Kaen: Ministry of Public Health; 2014. Thai.
18. Department of Mental Health. *Manual of indicator explanations according to the performance agreement of agencies under the Department of Mental Health for fiscal year 2020* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 5]. Available from: <https://dmh.go.th/intranet/p2563/files/คู่มือตัวชี้วัด%20ปี63.pdf>. Thai.
19. Singh G, Kazmi SSH. A qualitative study of the perception of alcohol dependence syndrome patients and their perspective towards cognitive therapy. *J Adv Res Sci Soc Sci.* 2023;6(1):314-27.
20. Pattrajit Sakda, Somkurn Joolakson, Wipawee Jantamattoogan, Khanuengnit Wichaidit, Gunyarat Saetung, Chutima Sukhou. Phenomenon of suicide attempts among alcohol-dependent patients treated at Suansaranrom Psychiatric Hospital, Surat Thani Province. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2011;25(2):102-16. Thai.
21. Guest R, Copello A, Michall M. Qualitative exploration of young people's experiences of attempted suicide in the context of alcohol and substance use. *PLoS ONE.* 2021;16(8):e0256915. doi: 10.1371/journal.pone.0256915.

22. Maeng SJ, Kang JH, Kang SK. Study of the emergence process of suicidal ideation among people with alcohol use disorder in South Korea. *J Soc Serv Res.* 2025. doi: 10.1080/01488376.2025.2550433.
23. Gilmore KA, Moore CJ, Nielsen KE, Fortson K, Ward-Ciesielski E. Mixed method examination of alcohol and suicidality among actively suicidal adults who engage in heavy episodic drinking. *Addict Behav.* 2024; 148:107938. doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107938.
24. Jarunan Khamchompoo , Thida Rattanasombat, Nipha Yot-nga, Thananyaporn Charoenkittrakun Jarunan. Outcomes of brief therapy in alcohol-dependent patients at risk of suicide attending the outpatient department of Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. *Thai J Suicide Prev.* 2021;2(1):58-68. Thai.
25. Sorsdahl K, Stein DJ, Corrigall J, Cuijpers P, Smits N, Myers B. The efficacy of a blended motivational interviewing and problem-solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: a randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2015; 10:42. doi: 10.1186/s13011-015-0042-1.