

ผลของโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

The Effect Of Motivational Interviewing To Enhance Living Program On Suicide Ideation Among Alcohol Use Disorders

สงบ ภูแดนแก่ง* เพ็ญพัทธ์ อุทิศ

Sangob Poodankang* Penpaktr Uthis

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบ 1) ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ 2) ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราซึ่งมีความคิดฆ่าตัวตายและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คน ได้รับการจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันในเรื่องการวินิจฉัยความผิดปกติของการดื่มสุรา และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ 2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย และ 3) แบบประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ เครื่องมือชุดที่ 1 และ 3 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 ส่วนเครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าความเที่ยงโดยวิธีทดสอบซ้ำโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ : การสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา ความคิดฆ่าตัวตาย

Abstract

This study is a quasi-experimental two groups repeated measures design. The objectives were to compare: 1) suicide ideation of alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention, and 2) suicide ideation of alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program and those who received regular nursing care measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention. The samples of 40 alcohol use disorders with suicide ideation who met the inclusion criteria were recruited from in-patient department, Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The samples were matched-pair with diagnosis on alcohol use disorders and suicide ideation scores then randomly assigned into either experimental or control group, 20 subjects in each group. The experimental group received motivational interviewing to enhance living program, whereas the control group received the regular nursing care. The research instruments consisted of: 1) the motivational interviewing to enhance living program, 2) the SSI-Thai version 2014, and 3) the Living Ruler and instrument. The 1st and 3rd instruments were tested for content validity by 5 experts. The Cornbach's alpha coefficient reliability of the 2nd instrument was as of .82, and the Pearson correlation reliability of the 3rd instrument was as of .86. The Repeated Measures Analysis of Variance and Planned Comparisons were used in data analysis. The conclusions of this research were as follow: 1) Suicidal ideation of Alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention was significantly lower than that before at $p .05$; 2) Suicidal ideation of Alcohol use disorders who received motivational interviewing to enhance living program measured at the end of the intervention and at 2 weeks post intervention was significantly lower than those who received the regular nursing care at $p .05$.

Keywords : Motivational interviewing to enhance living, Alcohol use disorders, Suicidal ideation

บทนำ

สุราเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายที่ได้รับการยอมรับและมีการบริโภคกันอย่างกว้างขวางแต่การเสพสุรานี้ก็นำมาซึ่งปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก ในประเทศไทยก็พบปัญหาเช่นเดียวกัน จากการสำรวจจะบาติวิทยาปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช (โครงการสุขภาพจิตครบวงจร) ซึ่งแบ่งผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา (Alcohol use disorders) ออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) การติดสุรา (Alcohol dependence) และ 2) การดื่มแบบอันตราย (Alcohol abuse) พบว่า กลุ่มผู้ป่วย Alcohol use disorders ในช่วงอายุ 15-59 ปี มีอัตราความชุกเท่ากับร้อยละ 12.4 ซึ่งเป็นอัตราความชุกที่มากที่สุดและเป็นปัญหาสำคัญของทุกพื้นที่โดยพบว่าภาวะ Alcohol dependence และ Alcohol abuse มีอัตราความชุกร้อยละ 6.4 และ 6.0 ตามลำดับ¹

การดื่มสุราส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลในครอบครัว และสังคม โดยผลกระทบต่อร่างกายของผู้ที่ดื่มนั้นทำให้เกิดโรคต่างๆ ได้ เช่น กระเพาะอาหารอักเสบ มะเร็งกระเพาะอาหาร และตับแข็ง เป็นต้น² และยังก่อให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ ขาดความเชื่อมั่นภายในใจ เกิดอารมณ์และจิตใจเปลี่ยนแปลงง่าย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า³ รวมถึงปัญหาการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นผลกระทบทางจิตใจร้ายแรงที่สุดและพบได้บ่อย⁴ ดังการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าผู้ที่มีการเสพติดสุรามีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนที่ไม่มีภาวะเสพติดสุรา 75 เท่า⁵ โดยอัตราการฆ่าตัวตายจะเพิ่มขึ้นตามความเสี่ยงต่อการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้น 2.37 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป นอกจากนี้ Sher et al.⁶ พบว่า ผู้เสพติดสุรามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป 60-120 เท่า สำหรับในประเทศไทย พบว่า

กลุ่มที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราจะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 8.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปที่ร้อยละ 7.31 และเมื่อศึกษาในผู้เสพติดสุราโดยตรงจะพบปัญหาการฆ่าตัวตาย ชัดเจนขึ้น เช่น ศึกษาผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์ ในโรงพยาบาล สวณปรุง จำนวน 203 คน พบว่าทุกรายมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำแนกตามระดับความเสี่ยงเป็นระดับน้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก คิดเป็นร้อยละ 44.8, 25.1, 15.3 และ 14.8 ตามลำดับ⁷

ผลการศึกษาดังข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรามีปัญหาพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal behavior) ตามที่ Diekstra & Guibinat⁸ ได้นิยามว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) 2) การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) และ 3) การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicides) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายจะมีความคิดฆ่าตัวตายเป็นพื้นฐาน⁹ ดังนั้นการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด

ความคิดฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่เข้ารับการรักษา ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาของ Conner et al.¹⁰ ที่ศึกษาการเปลี่ยนแปลงและความสัมพันธ์ของความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายในผู้เสพติดสุราที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันผู้ดื่มแบบอันตรายและเสพติดสุราแห่งชาติ (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้เสพติดสุรามีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 50.79 สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา คือ ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) โดยทำให้ผู้ที่มีประวัติการดื่มสุรามีความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น^{4,11,12} ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกว่าจะไม่มีพลังที่จะทำอะไร มีชีวิตอยู่ด้วยความว่างเปล่า จิตใจหดหู่ ขาดแรงใจ เกิดสภาวะเบื่อหน่าย ไม่มีภาระกำลังที่จะต่อสู้กับปัญหา ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดำเนินชีวิตโดยไม่มีหลักการ ไม่มีทางเลือกและหากไม่สามารถหนีภาวะสิ้นหวังนี้ได้จะนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายตามมา และ Britton et al.¹³ ได้สรุปว่า ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นภาวะที่บุคคลขาดแรงใจในการมีชีวิตอยู่ อันเป็นสาเหตุสำคัญของการมีความคิดฆ่าตัวตายเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสร้างเสริมแรงใจ (Motivational interviewing) ถือว่าเป็นรูปแบบการบำบัดหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้กระบวนการสร้างแรงใจเพื่อเพิ่มแรงใจในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยและสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้^{14,15} ทั้งนี้เนื่องจากหากผู้ป่วยมีแรงใจในการมีชีวิตอยู่จะทำให้มีความหวังเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยลงตามมา ผลที่ได้จากการศึกษานี้คาดว่าจะประโยชน์กับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขนำไปปรับใช้ในการให้บริการและพัฒนาการบริการในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่กับผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ 2 สัปดาห์ ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่
2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยเรื่องนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมสร้างแรงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่^{14,15} โดยโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเป็นการบำบัดรายบุคคล ใช้ขั้นตอนการบำบัดของ

Britton et al.¹⁵ เป็นหลักและผสมผสานกระบวนการบำบัดการ
สร้างแรงจูงใจ ของ Miller and Rollnick¹⁶ ตามการศึกษาของ
Britton¹⁴ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้าง
สัมพันธภาพ สำรวจปัญหามาและความลังเลใจในการมีชีวิต
อยู่และความคิดฆ่าตัวตาย (Relationship, Exploring the
Presenting Problem and Ambivalence between Live
and Die) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วม
ในการบำบัด (Engaging)

และกิจกรรมที่ 2 สำรวจปัญหามาและความลังเลใจ
ในการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย 2) การสร้างแรงจูงใจ
ในการมีชีวิตอยู่ (Building the Motivation to Live) ประกอบด้วย
กิจกรรมที่ 3 สร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้ปรากฏ
(Evoking) และกิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะในการพูดกับตนเองเพื่อ
การมีชีวิตอยู่ (Living Talk) และ 3) การทำให้นั่นคงในคำมั่น
สัญญาเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Strengthening the Commitment
to live) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 5 วางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่
(Planning) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิต
อยู่อย่างมีความหวังส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาสองกลุ่ม
แบบวัดซ้ำ ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า
เป็น Alcohol use disorders ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค
ขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) ที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้า
รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเฉพาะทางด้าน
จิตเวช สังกัดกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้
รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น Alcohol use disorders
ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโรค (ICD-10) คือ
F10.1 (Alcohol abuse) และ F10.2 (Alcohol dependence)
และมีความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย
ฉบับภาษาไทย¹⁷ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ระดับปาน
กลางขึ้นไป) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น มีอายุระหว่าง
21-59 ปี ทั้งชายและหญิง จำนวน 40 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่าง
(Matched-pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่องของการ
วินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และ
คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรม
สร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น
โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Britton et al.¹⁵ และ
Britton.¹⁴ จำแนกเป็น 5 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการกิจกรรม
ละ 30-60 นาที วันละ 1-2 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 4 วัน
โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 ดำเนินการติดต่อกันภายในวันเดียว
ส่วนกิจกรรมที่เหลือได้แก่ กิจกรรมที่ 3, 4 และกิจกรรมที่ 5
ดำเนินการวันละ 1 กิจกรรม เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของ
ภาษาที่ใช้ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 5 ท่าน และภายหลังปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
แล้วผู้วิจัยได้นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ
ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
และปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย
2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมิน
ความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ซึ่งมีการตรวจสอบคุณภาพ
ของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .89
และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .81
และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความเที่ยงของ
เครื่องมือ โดยพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบ
ประเมินแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ ให้ค่าคะแนนแรงจูงใจใน
การมีชีวิตอยู่ตั้งแต่ 0-10 คะแนน โดย 0 คะแนน คือ ไม่มี
แรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เลย และ 10 คะแนน คือ มีแรงจูงใจ
ในการมีชีวิตอยู่มากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้มีการตรวจสอบ
คุณภาพของเครื่องมือ โดยพบค่าความตรงของเนื้อหา
เท่ากับ 1 และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .86

จริยธรรมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติ
ให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัด
ขอนแก่น (รหัสโครงการ 002/2559) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมี
การคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน มีการเน้นให้
กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้รับการดำเนินการ
การวิจัยซึ่งจะถือเป็นความลับ หากมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัย
ใดๆ ในระหว่างการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง โดยการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย พร้อมทั้งเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ประสานงานกับผู้อำนวยการและหัวหน้าแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดพร้อมทั้งดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการทดลอง มีการดำเนินการ ดังนี้

1) กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสหสาขาวิชาชีพของแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ เริ่มดำเนินการทดลอง ตั้งแต่วันที่ 27 พฤษภาคม 2559 จนถึงวันที่ 25 มิถุนายน 2559

3. ขั้นตอนประเมินผลการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยประเมินความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลองทันที และหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Analysis) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures Analysis of Variance) และการทดสอบค่าเฉลี่ยด้วยวิธี Planned Comparisons กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายทั้งหมด มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (42.5%) สถานภาพโสด (42.5%) การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (35%) ประกอบอาชีพ

รับจ้าง (35%) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000-5,000 บาท (42.5%) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นเวลา 6-10 ปี (45%) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยมากกว่าครึ่งดื่มสุรา 6-7 วันต่อสัปดาห์ (57.5%) และมีประวัติการใช้สารเสพติดร่วมด้วย (77.5%)

จากตารางที่ 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 7.931, p < .05$) และภายในกลุ่มของทั้งสองกลุ่มในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=244.234, p < .05$)

จากตารางที่ 2 สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองทันทีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 88.75, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($Contrast = -7.05$) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 38.61, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงต่ำกว่าหลังการทดลองทันที ($Contrast = -4.65$)

2. ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราในกลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 2.57, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันทีลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($Contrast = -1.2$) และในระยะหลังการทดลองทันทีกับหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 45.54, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงต่ำกว่าหลังการทดลองทันที ($Contrast = -5.05$)

3. ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองทันทีพบว่าความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนสองตัวแปรแบบวัดซ้ำ ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกับระยะเวลาในการวัดค่าตัวแปรตาม

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

หมายเหตุ : ผลที่ได้จากตารางนี้รายงานโดยใช้ค่า Greenhouse – Geisser

ตารางที่ 2 การทดสอบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา

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

*p < .05

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 54.01, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.5) ส่วนในระยะหลังการทดลอง 2 สัปดาห์พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 46.44, p < .05$) โดยค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (Contrast = -5.1)

อภิปรายผล

ผู้วิจัยขออภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากขั้นตอน

แรกของการบำบัด ผู้ป่วยได้รับความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) จากผู้วิจัย ผู้วิจัยใช้ทักษะในการพูดข้อความที่ดีที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อการมีชีวิตอยู่ได้ (Evocative) มีการทำความเข้าใจกับสิ่งที่ผู้ป่วยเป็นอยู่และคิดหาวิธีการต่างๆ มาช่วยแก้ไขปัญหาในส่วนนั้นโดยการร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย (Collaborative) มีการให้อิสระ ให้ความเชื่อถือในตัวผู้ป่วย ให้กำลังใจและคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง (Autonomy) ร่วมกับการใช้เทคนิคการสร้างแรงจูงใจ (MI Techniques) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นช่องว่างระหว่างเป้าหมายในอนาคตกับสิ่งที่ตัวเองเป็นอยู่ในปัจจุบัน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความคิดฆ่าตัวตายของตนเองและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายนั้น ผู้วิจัยไม่ตำหนิและหลีกเลี่ยงการโต้แย้งกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความคิดฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นแต่ให้การยอมรับและหมั่นตามแรงด้านที่เกิดจากความลังเลใจและการมองไม่เห็นปัญหาของผู้ป่วย สร้างความเข้าใจที่ตรงกันกับผู้ป่วยว่าการแก้ไขปัญหาต้องเกิดจากการต้องการของผู้ป่วยเองซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการบำบัดมากขึ้น อีกทั้งผู้ป่วยยังได้รับการสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพภายในตนเองและการให้กำลังใจว่าผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขได้ (Support self-Efficacy) ลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) น้อยลง และพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุขส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Britton¹⁴ ที่ใช้แนวคิดกระบวนการสร้างแรงจูงใจของ Miller and Rollnick¹⁶ ประกอบด้วยกระบวนการบำบัดเพื่อสร้างแรงจูงใจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการบำบัด (Engaging) 2) การสำรวจปัญหามา (Focusing) 3) การสร้างแรงจูงใจให้ปรากฏ (Evoking) และ 4) การวางแผนเพื่อการมีชีวิตอยู่ (Planning) โดยนำหลักการสำคัญของการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การแสดงความเห็นอกเห็นใจของผู้บำบัด (Empathy) และจิตวิญญาณของการสร้างแรงจูงใจ (MI Spirit) และเทคนิคต่างๆ (MI Techniques) มาใช้เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยลดการพูดคุยเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (Suicide Talk) น้อยลง แต่มีการพูดคุยเกี่ยวกับการมีชีวิตอยู่ (Living Talk) มากขึ้น สามารถเพิ่มแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

2. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุราที่ได้รับ

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่มีความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 2 สัปดาห์ ลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้วิจัยได้มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อผลการวิจัยครั้งนี้ คือ การวินิจฉัยของแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 และคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างแล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ความคิดฆ่าตัวตายเฉลี่ยในระยะก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($\bar{X} = 12.85$ และ 12.50 ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามลำดับ) แต่ในระยะหลังจากการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ มีการใช้เทคนิคการมีปฏิสัมพันธ์ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ให้กับผู้ป่วย คือ การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้พูดคุยอย่างอิสระ มีการเสริมแรงและยืนยันรับรองต่อสิ่งที่ผู้ป่วยพูดและแสดงออกอย่างเหมาะสมซึ่งการชื่นชมยืนยันรับรองนี้จะช่วยสร้างแรงจูงใจและเพิ่มศักยภาพในตัวผู้ป่วย¹⁸ ตั้งใจฟังผู้ป่วยอย่างเข้าใจและสะท้อนความเข้าใจผู้ป่วยเห็นถึงปัญหาที่สำคัญของตนเองซึ่งมีส่วนช่วยในการค้นหาข้อความจริงใจตนเองของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความคิดและเหตุผลที่จำเป็นของตนเองในการมีชีวิตอยู่และใช้ทักษะการสรุปความเป็นระยะๆ ในระหว่างสนทนาเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน นอกจากนี้การใช้ทักษะการสรุปความยังช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้อธิบายข้อความจริงใจตนเองซ้ำๆ เป็นการยืนยันให้ผู้ป่วยทราบถึงข้อความจริงใจตนเองชัดเจนขึ้น และการที่ผู้ป่วยพูดข้อความจริงใจตนเองในเรื่องใดออกมาซ้ำๆ จะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดังกล่าวมากขึ้น¹⁹ เช่นเดียวกัน คือ เมื่อผู้ป่วยได้พูดถึงแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ของตนเองซ้ำๆ ผู้ป่วยก็จะเกิดแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่เพิ่มมากขึ้น¹⁴ และการที่ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่มากขึ้น ก็จะเกิดความหวังในการมีชีวิตเพิ่มมากขึ้น และส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายที่มีอยู่ลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล การนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ไปใช้ พยาบาลควรจะต้องมีความรู้พื้นฐานด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการดื่มสุรา
ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การให้คำปรึกษาโดยใช้แนวคิดการเสริม
สร้างแรงจูงใจ เพื่อให้สามารถดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม
สร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอดได้อย่างมีประสิทธิภาพ
และสามารถที่จะนำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมี
ชีวิตรอดไปใช้โดยการดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่มได้ในทุก
กิจกรรม ยกเว้นกิจกรรมที่ 2 การสำรวจปัญหานำและความ
ลังเลใจในการมีชีวิตรอดและความคิดฆ่าตัวตาย (Focusing)
เนื่องจากปัญหานำทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายของ
ผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันและการที่ผู้ป่วยแต่ละคน
จะยอมเปิดเผยเรื่องราวของตนเองให้ผู้ป่วยอื่นฟังเป็นเรื่อง
ที่ค่อนข้างยาก

2. ด้านการศึกษา ควรส่งเสริมให้พยาบาลหรือ
ผู้บำบัดได้มีการอบรมเกี่ยวกับการให้คำปรึกษาแบบเสริมสร้าง
แรงจูงใจเพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาลหรือผู้บำบัด
ในการสร้างแรงจูงใจเพื่อส่งเสริมการมีชีวิตรอดอยู่กับผู้ป่วยที่มี
ปัญหาของการดื่มสุราที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการ
ศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเพื่อ
เปรียบเทียบประสิทธิผลของการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นๆ
ว่ามีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายหรือไม่ หรือมีปัจจัยและ
ข้อจำกัดที่มีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช
ในแต่ละกลุ่มหรือไม่

References

1. Prkkanone, B., Sirisamutr, T., Douthipsirikul, S., Paungladda, S. and Sutsiwilai, K. The epidemiology survey on mental health disorders in 5 priority areas of a comprehensive intervention program (mhGAP intervention program) under the universal health coverage scheme. National Health Security Office. 2013. (in Thai).
2. Kittiwattanakoon, K. Substance use disorder. Journal of Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. 2003; 5(2): 33-39. (in Thai).
3. Sillapakit, P. and Kittirattanapaiboon, P. The alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care. Bangkok: Thantawan Industry Public Company Limited. 2009. (in Thai).
4. Lamis, D.A. and Malone, P.S. Alcohol Use and Suicidal Behaviors among Adults: A Synthesis and Theoretical Model. Suicidology Online. 2012; 3: 4-23.
5. Lejoyeux, M. et al. Characteristics of Suicide Attempts Preceded by Alcohol Consumption. Archives of Suicide Research. 2008; 12: 30-38.
6. Sher, L., et al. The Relationship of aggression to suicide behavior in depressed patients with a history of alcoholism. Addictive Behaviors. 2005; 30: 1144-1153.
7. Saenchai, C. Suicide Risk of Alcoholic Patients at Suan Prung Psychiatric Hospital, Chaing Mai Province. Bulletin of Suanprung. 2007; 23: 22-34. (in Thai).
8. Diekstra, R. F., and Guibinat, W. The epidemiology of suicidal behavior a review of three continents. World Health Statistic Quarterly. 1993; 46(1):52-68.
9. Lueboonthavatchai, O. Health Counseling. Bangkok: Chulalongkorn University Press. 2010. (in Thai).
10. Conner, K. R., et al. Transitions to, and Correlates of, Suicidal Ideation, Plans, and Unplanned and Planned Suicide Attempts Among 3,729 Men and Women with Alcohol Dependence. Journal of Studies on Alcohol and Drugs. 2007; 68: 654-662.
11. Ganz, D. and Sher, L. Suicide behavior in adolescents with comorbid depression and alcohol abuse. Minerva Pediatrica. 2009; 61(3): 333-347.
12. Kylma, J. Dynamic of hope in adult living with HIV/AIDS: A substantive theory. Journal of Advance Nursing. 2005; 52(6): 620-630.

13. Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A. and Williams, G. C. Integrating Motivational interview and self-determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy to Prevent Suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18: 16-27.
14. Britton, P. C. Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation. In Arkowitz, H., Miller, W. R., and Rollnic, S. (ed.), *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. pp. 193-219. New York: The Guilford press. 2015.
15. Britton, P. C., Conner, K. R. and Maisto, S. A. An Open Trial of Motivational Interviewing to Address Suicidal Ideation With Hospitalized Veterans. *Journal of Clinical Psychology*. 2012; 68(9): 961-971.
16. Miller, W.R. and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: The Guilford Press. 2013.
17. Kittiteerasack, P. and Muijeen, K. Psychometric Properties of the Thai Version on the Scale for Suicidal Ideation (SSI-Thai Version 2014). *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2015; 29(1): 93-102. (in Thai).
18. Butpunpa, Y., Uthis, P. and Suktrakul, S. The effect of countinuing motivational interviewing telephone-based program on alcohol consumption in person with alcohol dependence. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2016; 17(3): 123-131. (in Thai).
19. Saengcharnchai, P., et al. *Training Course Manual: Motivational Interviewing and Motivational Enhancement Therapy*. Chiangmai: Wanida Press. 2010. (in Thai).