

ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง ต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวช

Effects of the Multi-channel Problem Solving Therapy Program on Repeated Suicide Risk among Psychiatric Patients Hospitalized in a Psychiatric Hospital

อโนทัย บับภาวัน สมบัติ สกุลพรรณ* สรัญญา วรณชัยกุล

Anotai Bubpawan Sombat Skulphan Saranya Wannachaiyakul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย 50180

Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai Province, Thailand 50180

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคทางจิตเวชโดยคัดเลือกตามเกณฑ์แบบเฉพาะเจาะจงได้ 1 โรงพยาบาล คือโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 32 คน ประกอบด้วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 16 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบ สถิติ One-way ANOVA with repeated measure และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางในระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือนและ 3 เดือนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษานี้สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพื่อช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์โดยขยายระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้น เช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี

คำสำคัญ : โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวช

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a multi-channel problem solving therapy program on repeated suicide risk among psychiatric patients in a psychiatric hospital. The sample consisted of 32 male and female psychiatric patients. Specifically selected one is Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric hospital. All individuals were inpatients at psychiatric hospitals under the Department of Mental Health, Ministry of Public Health, with 16 in the experimental group and 16 in the control group. Data were collected using a personal information questionnaire and the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) for suicide risk assessment. Data analysis was performed using comparative statistics, one-way ANOVA

Corresponding Author: *Email: sombat.sk@cmu.ac.th

วันที่รับ (Received) 13 ต.ค. 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (Revised) 15 ธ.ค. 2568 วันที่ตอบรับ (Accepted) 26 ธ.ค. 2568

with repeated measures, and independent t-tests. The results showed that: The mean scores for repeated suicide attempt risk of psychiatric patients after receiving the Multi-channel Problem Solving Therapy Program were significantly lower at the 1-month and 3-month follow-up than at baseline, at the .05 level. The result of this study suggest that this program can be applied to care of psychiatric patient to reduce the risk of repeated suicide. For the sustainability of the result, further study should be extended to a longer period, such as 6 months or 1 year.

Keywords : Multi-channel problem solving therapy program, repeated suicide risk, psychiatric patients

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยในแต่ละปีจะมีคนเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000-800,000 คน¹ ในจำนวนนี้มีทั้งการฆ่าตัวตายครั้งแรกและฆ่าตัวตายซ้ำ กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่ามีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำสูงมากกว่าปกติหลายเท่าโดยพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45.0 เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป² และพบว่าโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้แก่ โรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำ 3-6 เท่า³ โรคไบโพลาร์พบประมาณ 4.5 เท่า⁴ โรคจิตเภท 3-5 เท่า⁵ และโรคทางจิตเวชที่มีสาเหตุมาจากการใช้สุราและสารเสพติดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 10-14 เท่า

จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่าภาพรวมของอัตราการฆ่าตัวตายของประชากรไทยปี 2565-2567 เท่ากับ 7.75, 8.04 และ 7.93 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน โดยปี 2567 มีคนไทยฆ่าตัวตายสำเร็จ 5,161 คน โดยวัยผู้ใหญ่ที่มีช่วงอายุ 25-59 ปี เป็นวัยที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงสุดซึ่งพบว่ามีจำนวนถึง 3,642 คน คิดเป็นร้อยละ 70.566 จากสถิติและข้อมูลของการให้บริการพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี 2565-2567 จำนวน 2, 5, 5 คน ตามลำดับ⁷ และในปี 2563 มีผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 1 ราย ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้มีประวัติการฆ่าตัวตายซ้ำมาก่อน ดังนั้นในกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการดูแลเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำเพราะมีโอกาสเกิดได้สูงกว่าเดิม⁸

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง การมีแนว

โน้มหรือมีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ที่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง การฆ่าตัวตายครั้งแรกเป็นการทำร้ายตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นเป็นครั้งแรกในชีวิตของบุคคลนั้น ซึ่งยังไม่เคยมีประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาที่รุนแรงและไม่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน มักใช้วิธีที่รุนแรงน้อยกว่ามีโอกาสในการฆ่าตัวตายสำเร็จต่ำกว่า ส่วนการฆ่าตัวตายซ้ำเป็นการทำร้ายตนเองโดยมีเจตนาฆ่าตัวตายอีกครั้งหลังจากที่เคยพยายามมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง มักใช้วิธีที่รุนแรงมากขึ้น มีการวางแผนล่วงหน้าและเตรียมการชัดเจนซึ่งมีความสำเร็จในการที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าครั้งแรก 2-5 เท่า⁹

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าส่วนใหญ่มักขาดทักษะการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและนำไปสู่การฆ่าตัวตายซ้ำได้ เนื่องจากขาดทักษะในการแก้ปัญหาและไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตได้¹⁰ ผู้ที่มีอาการของโรคทางจิตเวชและเคยพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำ 4.38 เท่าของผู้ที่ไม่มีอาการทางจิต เนื่องจากมีความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริง และมีกระบวนการคิดและการแก้ปัญหาที่ไม่สมเหตุผล¹⁰ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่าเนื่องจากมีมุมมองปัญหาทางลบ พังพอนในความรู้สึก มีความเจ็บปวดภายในใจ มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ¹¹ 1 ใน 5 ของ คนที่ฆ่าตัวตายจะมีปัญหาความผิดปกติจากการใช้สุราและยาเสพติด¹² ถ้ายังคงดื่มสุราและใช้ยาเสพติดอยู่ก็จะมีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁴ เนื่องจากมีความคิดแบบหมุนวนหันหลังแล่น การตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้อารมณ์ ขาดความยั้งคิด และตัดสินใจฆ่าตัวตายเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหา¹⁴ ซึ่งในกลุ่มนี้หากมีทักษะการแก้ปัญหาจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยในการป้องกันการใช้สารเสพติดได้อีกด้วย¹⁵ ซึ่งจากข้อมูลเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่พยายาม

ฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายซ้ำส่วนใหญ่เกิดจากการขาดทักษะในการแก้ปัญหา¹⁶

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) ที่เดอซูริลล่าและเนซุ¹⁰ พัฒนาขึ้นเป็นการบำบัดทางเลือกแบบหนึ่งที่มีผลการวิจัยสนับสนุนว่าเป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งได้มีผู้ศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยหลายกลุ่มพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันและช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และลดปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอื่น ๆ ด้วย เช่น ความสิ้นหวังและอาการซึมเศร้า¹⁷ มีการศึกษาทดลองเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง พบว่า คนที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีการลดภาวะซึมเศร้า ความสิ้นหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย และมีทักษะในการแก้ปัญหาดีกว่าคนที่ได้รับการดูแลตามปกติ¹⁸ และการบำบัดโดยการแก้ปัญหาลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ประมาณ ร้อยละ 40¹⁹ ซึ่งจุดเด่นจากการบำบัดนี้ จะมุ่งเน้นไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (Positive problem orientation: PPO) หรือมองตามความเป็นจริง และมุ่งเน้นทักษะการแก้ปัญหาให้มากขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้²⁰

ปัจจุบันมีการใช้เทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เป็นช่องทางสำหรับการบำบัดเพิ่มมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยยังคงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะแอปพลิเคชัน LINE²¹ สามารถคุยกันผ่านวิดีโอคอลแบบเห็นหน้ากันได้เป็นปัจจุบัน (Real time) สะดวกในการสื่อสาร ทันสมัย เหมาะสมต่อสถานการณ์ปัจจุบัน และสอดคล้องกับนโยบายด้านสาธารณสุขที่มีการสนับสนุนให้ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการ

จึงเป็นช่องทางที่น่าสนใจในการนำมาประยุกต์ใช้ในการให้การบำบัดผู้ป่วย จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ายังไม่มีโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมักจะทำได้ไม่ครบกิจกรรมตามโปรแกรม เนื่องจากข้อจำกัดในการบำบัดมากขึ้นจากมาตรการเว้นระยะห่าง รวมถึงระยะเวลาของการอยู่รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลาสั้นลง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจพัฒนารูปแบบโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง 1 เดือนและ 3 เดือนและกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีปกติ

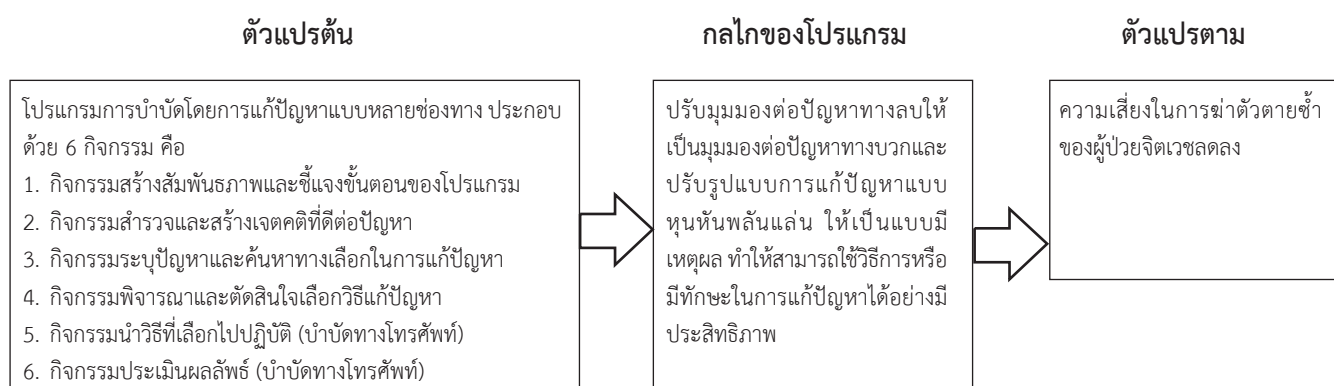
2. เพื่อเปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลด้วยวิธีปกติในระยะหลังได้รับโปรแกรม 1 เดือน และ 3 เดือน

สมมติฐานการวิจัย

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง โดยพัฒนาโปรแกรมตามกรอบแนวคิดของดีซูริลล่า และเนซุ (D'Zurilla & Nezu)²² สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ



ผลของการบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และมีรูปแบบการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชได้โดยกิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การบำบัดในโรงพยาบาล 4 ครั้ง และการบำบัดทางโทรศัพท์ผ่าน LINE Application อีก 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 40-60 นาที รวมเวลาทั้งหมด 2-3 สัปดาห์

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ เพศชายและหญิง อายุ 25-59 ปี ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.7 และเนื่องจากยังไม่มีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช จึงประมาณค่าอิทธิพลตัวแปร ขนาดกลาง (Moderate effect size) ที่ 0.5²³ ซึ่งทำให้การคำนวณขนาดตัวอย่างมีความสมเหตุสมผลในทางปฏิบัติ และยังคงให้กำลังทางสถิติที่เพียงพอในการตรวจจับผลกระทบที่มีนัยสำคัญ และกำหนดค่าอำนาจทดสอบ (power of test) ที่ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 27 ราย²⁴ เพื่อป้องกันผู้สูญหายหรืออาจมีผู้ยุติการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ซึ่งเป็นอัตราต่ำกว่าร้อยละ 20 ที่นับว่าสามารถจัดการได้และไม่กระทบต่อผลการวิจัยมาก จะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรวมจำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 ราย

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง คือ กิจกรรมการบำบัดรายบุคคลที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของดีซูริลลาและเนชู²² ซึ่งเป็นโปรแกรมการบำบัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้เกิดการเรียนรู้ทำความเข้าใจ และมีมุมมองในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทำให้สามารถค้นพบแนวทางในการควบคุมกำกับตนเองมีวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้หลากหลายมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมบำบัดรายบุคคลจำนวนทั้งหมด 6 ครั้ง/กิจกรรม โดยทำการบำบัดในโรงพยาบาล 4 ครั้ง และบำบัดที่บ้าน 2 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดครั้งละ 40-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด

2- 3 สัปดาห์

2. เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคทางกาย ประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1.2) แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย M.I.N.I. แบบประเมินนี้เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Structure Interview: M.I.N.I.) แบบสอบถามมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (Modules) ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจฉัยโรค Modules C คือส่วนของ Suicidality ซึ่งเป็นส่วนของการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย²⁵ โดยได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและเรียบเรียงโดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ²⁶ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและประเมินผลการวิจัยในระยะก่อนและหลังการบำบัด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) 1.1 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง หลังจากผู้วิจัยได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อดำเนินการพัฒนาเนื้อหาของโปรแกรม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน คือ จิตแพทย์ 2 ท่าน อาจารย์ด้านการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2 ท่าน โดยพิจารณาตัดสินความตรงของข้อคำถามโดยเลือกจากตัวเลือก 4 ระดับแล้วคำนวณค่า CVI ระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิแต่ละคู่ ได้ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.85 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวช 2 คน ที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง 1.2 แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดย พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ นำแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) ไปศึกษาในผู้ป่วยจิตเวช 150 คน ประกอบด้วย 5 กลุ่มโรคคือ กลุ่มโรคซึมเศร้า กลุ่มเมเนีย กลุ่มโรคจิตเภท กลุ่มโรคจิต กลุ่มสารเสพติดและสุรา และ

กลุ่มคนทั่วไป 30 คน ทำการทดสอบทางสถิติเพื่อหาความตรงตามเกณฑ์ พบว่ามีค่า sensitivity > .75 ค่า specificity > .81 และค่า Positive predictive value > .81 ผลการศึกษาความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยใช้สถิติ Cohen's Kappa = .80 ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำแบบประเมินนี้มาแก้ไขหรือดัดแปลงแต่อย่างใด จึงไม่หาความตรงของเนื้อหาซ้ำ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) 2.1 แบบประเมินทักษะในการแก้ปัญหา ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .8625 2.2 แบบประเมินการความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้ารับการอบรมกับผู้เชี่ยวชาญและทำการหาค่า inter-rater reliability โดยนำไปทดลองประเมินผู้ป่วยจำนวน 4 ราย แล้วนำค่าคะแนนจากการประเมินมาคำนวณหาค่า Cohen's Kappa statistic ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัย

หลังจากที่ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารเลขที่ 133/2567 อนุมัติ ณ วันที่ 15 ตุลาคม พ.ศ. 2567 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หนังสือรับรองเลขที่ 003/2568 รับรอง ณ วันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ.2567 เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการภายใต้ขอบเขตโครงร่างของการวิจัยโดยคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนึงถึงความยินยอมของผู้ถูกวิจัยเป็นหลัก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเก็บเป็นความลับและทำลายเอกสาร 1 ปีหลังการตีพิมพ์ในวารสารการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนโดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลให้ จากนั้นดำเนินการกับกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาด้วยตนเองโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดหลักเพียงผู้เดียวและเมื่อกลุ่มทดลองทุกคนได้รับโปรแกรมเรียบร้อยแล้วผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ดำเนินการติดตามเก็บข้อมูลภายหลังการบำบัดเพื่อลดอคติการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยการแจกแจงความถี่หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน

เบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ดังนี้ จากการทดสอบการกระจายของข้อมูลความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติการทดสอบโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test: KS) กับระดับนัยสำคัญที่กำหนดคือ 0.05 พบว่าทั้ง 3 ระยะ มีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าชุดข้อมูลกลุ่มทดลองมีการกระจายของข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามเงื่อนไขของการใช้สถิติ One-way ANOVA with repeated measure และ Independent t-test ดังนั้นจึงวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้สถิติ One-way ANOVA with repeated measure และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระหว่างระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือร้อยละ 50.00 โดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 25-36 ปี ร้อยละ 87.5 และ 75.0 ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญาหรือปวส.คิดเป็นร้อยละ 50.0 และ 62.5 ด้านสถานภาพพบมากที่สุดคือมีสถานภาพโสด ร้อยละ 62.5 และ 56.25 รองลงมา คือ สถานภาพหม้ายและหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 18.75 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 75.00 และ 56.25 รองลงมาคืออาชีพเกษตรกร ร้อยละ 12.50 และ 25.00 ตามลำดับ ด้านรายได้พบว่ารายได้ของครอบครัวทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.50 ทั้งสองกลุ่ม รองลงมา คือ 10,000-15,000 บาท และ 15,000 บาทขึ้นไป มีจำนวนเท่ากันทั้ง 2 กลุ่มคิดเป็นร้อยละ 25.00 มีความเพียงพอของรายได้ร้อยละ 56.25 และ 31.25 ส่วนประวัติโรคทางกายทั้ง 2 กลุ่มพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีโรคทางกายคิดเป็นร้อยละ 75.00 และ 68.75 ส่วนใหญ่ทั้ง

2 กลุ่มไม่มีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 81.25 และ 87.50 มีประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อย 1 ครั้งสูงสุดถึง 9 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 62.50 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม และมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้งคิดเป็นร้อยละ 62.50

และ 50.00 และเคยมากกว่า 1 ครั้งสูงสุด 7 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 25.00 และ 31.25 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน (n=32)

ระยะคะแนน	กลุ่มทดลอง (n=16)		กลุ่มควบคุม (n=16)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
ก่อนทดลอง	13.88	2.06	13.13	1.96
หลังทดลอง 1 เดือน	4.94	1.69	5.69	1.99
หลังทดลอง 3 เดือน	4.50	1.37	5.38	1.86

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลางเหมือนกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยลดลงอยู่ในระดับน้อยเหมือนกัน แต่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (One-way ANOVA with repeated measure) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง 3 เดือน ลดลงต่ำกว่าหลังการทดลอง 1 เดือนผลการทดสอบทางสถิติได้ค่า $F = 149.65$ และค่า $p\text{-value} < .001$ ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญที่กำหนดไว้ .05

ดังนั้นจึงสรุปว่าผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มทดลองแต่ละระยะ คือ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการ

การบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทาง กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะหลังการทดลอง 3 เดือน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะหลังการทดลอง 3 เดือนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากสมมติฐานข้อที่ 2 พบว่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางของกลุ่มทดลองในระยะหลังการทดลอง 1 เดือน และระยะหลังการทดลอง 3 เดือนต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเกิดการเรียนรู้ในกระบวนการคิด มีมุมมองปัญหาทางบวกและได้รู้จักตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา

เกิดทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหา เมื่อเกิดปัญหาขึ้นในชีวิตก็สามารถนำเอากระบวนการและวิธีการที่ได้เรียนรู้ไปใช้ได้จริงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและมีพลังที่จะแก้ไข้ปัญหา คล้ายคลึงกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS) สามารถเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาและช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีโอกาสทำร้ายตนเองซ้ำลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1.1 ด้านการพยาบาล พยาบาลจิตเวชหรือบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบหลายช่องทางไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วย

1.2 ด้านวิชาการสามารถนำองค์ความรู้ไปสอนหรือให้แนะนำให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การทำวิจัยในอนาคต ควรมีการศึกษาความยั่งยืนของผลลัพธ์ โดยขยายระยะเวลาการศึกษาให้นานขึ้น เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี

2.2 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของโปรแกรมนี้นับกับโปรแกรมบำบัดรูปแบบอื่น หรือทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะแตกต่างกันเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่

References

1. World Health Organization. Suicide in the world: the global health estimate. Geneva: World Health Organization; 2023.
2. Hawton K, Saunders KEA, & O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet. 2012;379(9834):2373–82. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5.
3. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen C, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646–59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
4. Novick D, Montgomery W, Treuer T, Aguado J, Kraemer S, Haro JM, et al. Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. BMC Psychiatry. 2015; 15(1):189. doi: 10.1186/s12888-015-0560-4.
5. Palmer C, Lidji P, & Peretz I. Losing the beat: Deficits in temporal coordination. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences. 2014; 369(1658):20130405. doi:10.1098/rstb.2013.0405.
6. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Annual report 2023. Bangkok: Bureau of Strategy and Planning, Department of Mental Health; 2023. (in Thai)
7. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual performance report 2024. Khon Kaen: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2024. (in Thai)
8. Ji NJ, Lee WY, Noh MS, & Yip PSF. The impact of indiscriminate media coverage of a celebrity suicide on a society with a high suicide rate: Epidemiological findings on copycat suicide from South Korea. Journal of Affective Disorders. 2014;156:56–61. doi: 10.1016/j.jad.2013.11.015.

9. De la Torre-Luque A, Pemau A, Ayad-Ahmed W, Borges G, Fernandez-Sevillano J, Garrido-Torres N, et al. Risk of suicide attempt repetition after an index attempt: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2023;81:51-56. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2023.01.007.
10. D’Zurilla TJ, Nezu AM, & Maydeu-Olivares T. Social problem-solving inventory revised (SPSIR) : Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems; 2010.
11. Khunrattanaporn T, Gesakomol K, & Srisuwan P. Resilience quotient, depression and suicidal tendency of the new privates, Signal Department Royal Thai Army. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023;24 (1): 388–95. (in Thai)
12. Kölves K, Draper BM, Snowdon J, & De Leo D. Alcohol-use disorders and suicide: Results from a psychological autopsy study in Australia. *Alcohol*. 2017;64:29–35.
13. Boenisch S, Bramesfeld A, Mergl R, Havers I, Althaus D, Lehfeld H, et al. The role of alcohol use disorder and alcohol consumption in suicide attempts: A secondary analysis of 1921 suicide attempts. *European Psychiatry*. 2010;25(7):414–20. doi:10.1016/j.eurpsy. 2009. 11.007
14. Klinpi boon A, Yodklang A, Khanachai W, Kumchomphu J, & Buppa-hao S. Development of a problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideation and behavior. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2019. (in Thai)
15. Kumlerd S, Haenjohn J, & Supwirapakorn W. Development of problem solving training program based on acceptance and commitment therapy in adolescents and young adults with amphetamine addiction. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2019; 20(1):181-87. (in Thai)
16. Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital. Annual report 2019. Khon Kaen: Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital; 2019. (in Thai)
17. Turkington D, Kingdon DG, & Turner T. Effectiveness of a brief cognitive behavioural intervention in the treatment of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 2002; 180(6) :523–7. doi: 10.1192/bjp.180.6.523
18. Hatcher S, Coupe N, Durie M, Elder H, Tapsell R, Wikiriwhi K, et al. Te Ira Tangata: A Zelen randomised controlled trial of a treatment package including problem solving therapy compared to treatment as usual in Maori who present to hospital after self-harm. *Trials*. 2011;12:117. doi: 10.1186/1745-6215-12-117.
19. Alexopoulos GS, Raue PJ, Koss E, Mackin RS, Kanellopoulos D, McCulloch C, et al. Problem solving therapy and supportive therapy in older adults with major depression and executive dysfunction: Effect on disability. *Archives of General Psychiatry*. 2011;68(1): 33–41. doi: 10.1001/archgenpsychiatry. 2010.177.
20. Wenzel A, Brown GK, & Beck AT. Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications. Washington (DC): American Psychological Association; 2009.

21. Mangklakeree N, & Mangklakeree T. Telehealth: Alternative self-management promotion in people with diabetes during covid pandemic. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2023; 24(2):1–9. (in Thai)
22. D’Zurilla & TJ Nezu AM. Problem-solving therapy. In: KS Dobson, editor. *Handbook of cognitive behavioral therapies*. New York: Guilford Press; 2010. p. 197–225.
23. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
24. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis*. 7th ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice Hall; 2010.
25. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*; 1998.
26. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *Journal of Mental Health of Thailand*. 2007;13(3):125-35. (in Thai)
27. Sriwiset S, Hatthapanom W, Yubonpan S, Bangsang S, & Kotnara I. Problem solving therapy group in patients with depressive symptoms and suicidal risk. *Khonkaen: Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital*; 2013. (in Thai)