

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พรีดา เพิ่มความสุข, วท.ม.*, วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, พย.ม.*

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

วัสดุและวิธีการ : รูปแบบการพัฒนาและวิจัย 7 ขั้นตอน ดังนี้ (1) การวิจัยและรวบรวมข้อมูล ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ (2) การวางแผน (3) การพัฒนารูปแบบบำบัดเบื้องต้น (4) การทดลองภาคสนามเบื้องต้น (5) การทดสอบภาคสนามหลัก (6) การทดสอบภาคสนาม ด้วยรูปแบบกึ่งทดลองในกลุ่มตัวอย่างโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 คน และกลุ่มควบคุม 22 คน ติดตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายก่อน-หลังทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน และ (7) การเผยแพร่และการนำไปใช้

ผล : การบำบัดการฆ่าตัวตายฯ แบบรายบุคคล บูรณาการจาก 4 แนวคิด ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด การบำบัดความคิด และพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญห และสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย ประกอบด้วย 8 กิจกรรมใน 3 สัปดาห์ พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม หลังการทดลอง 1 เดือน และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ 0.88 และ 0.86 เท่าของการพยาบาลตามปกติ

สรุป : การบำบัดการฆ่าตัวตายฯ สามารถป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในได้

คำสำคัญ : การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล, ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย, โรคซึมเศร้า

THE DEVELOPMENT OF THE INTEGRATIVE SUICIDE THERAPY IN NURSING ON PATIENTS WITH MAJOR DEPRESSIVE DISORDER

Peerada Permkwamsook, M.Sc.*, Wattanaporn Pibullarak, M.N.S.*

**Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

Abstract

Objectives: To develop and study the effects of the integrative suicide therapy in nursing on to risk of suicide in patients with major depressive disorder.

Material and Methods: This was the development and research design into 7 steps as follows: (1) Research and information collection with in-depth interviews and review of empirical evidence. (2) Planning (3) Developing a preliminary form of therapeutic. (4) Preliminary field testing (5) Main Field Testing (6) Operational Field Testing with a quasi-experimental design, a sample were patients with major depressive disorder with suicidal behavior who were admitted to hospital, divided into 22 experimental groups and 22 control groups, followed up on the risk of suicide before and after the experiment within 1 month and 3 months. And (7) disseminating and implementing.

Results: Integrative suicide therapy in nursing (ISTN) developed from 4 concepts, including the Therapeutic relationship (2) Cognitive behavioral therapy (3) Problem-solving therapy, and (4) family psychoeducation. ISTN consists of 8 activities for 3 weeks. It was found that before the experiment, the experimental and control groups had no different risk of suicide. However, after 1 month and 3 months of experimentation, there were a significantly different at the .05 level, with ISTN having a chance of preventing moderate to severe suicide risk of 0.88 and 0.86 as far as nursing as usual.

Conclusion: ISTN can prevent the risk of suicide in patients with major depressive disorder with suicidal behavior.

Key words: integrative suicide therapy in nursing, risk of suicide, major depressive disorder

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปรากฏการณ์ทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตายร้อยละ 82.10¹ และมีพฤติกรรมกรรมฆ่าตัวตายร้อยละ 15² แม้การพยายามฆ่าตัวตายจะไม่สำเร็จ ก็ส่งผลกระทบทางจิตใจจากการการถูกประณามหรือถูกลดโทษ เกิดความรู้สึกต่ำต้อยไร้ค่า หรือเกิดความรู้สึกเกลียดชังได้ อีกทั้งเกิดเป็นภาวะวิกฤติของครอบครัว จากประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีการศึกษาอธิบายว่าการฆ่าตัวตายเกิดจากแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิต ได้แก่ ความขัดแย้งในครอบครัว การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ภาระหนี้สิน/การเงิน จากนั้นจึงเกิดความคิดต่อตนเองเชิงลบ อาทิ มองว่าตนเองเป็นภาระ ตนเองถูกทอดทิ้ง ตนเองไร้ค่า ส่งผลให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หรืออาจเกิดอารมณ์โกรธ หรือตื่นตระหนกร่วมด้วย จนเกิดเป็นความตั้งใจในการฆ่าตัวตายจากมุมมองเชิงบวกกว่าเป็นการฆ่าตัวตายเป็นทางออกที่ดี จึงไปสู่การวางแผนล่วงหน้าหรืออาจไม่ได้วางแผนสู่การฆ่าตัวตาย³

จากการสัมภาษณ์พยาบาลจิตเวชมีมุมมองว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายระยะบำบัดฟื้นฟูในปัจจุบัน เป็นการช่วยเหลือแบบประคับประคองตามประสบการณ์ของผู้บำบัดแต่ละคนมากกว่าการพยาบาลที่เป็นแบบแผนตามหลักฐานเชิงประจักษ์แต่ถึงอย่างไรก็ตาม พยาบาลจิตเวชทุกระดับยังจำเป็นที่ต้องใช้สัมพันธภาพบำบัด (Therapeutic Relationship: TR) เพื่อช่วยให้

พยาบาลและผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กันที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจตนเองและเกิดความร่วมมือที่จะปรับปรุงตนเอง โดยพยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้เทคนิคผสมผสานในหลายมิติที่จะครอบคลุมทั้งการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁴

การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่ารูปแบบบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคล (Cognitive Behavior Therapy: CBT)⁵⁻⁸ ช่วยการลดภาวะซึมเศร้า การบำบัดความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation: FPE)⁹⁻¹⁰ ช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจผู้ป่วย นอกจากนี้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy)¹¹ ช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก และโปรแกรมความต้องการระหว่างบุคคลช่วยผู้ป่วยจิตเวชในการลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย¹² ดังนั้น การบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบผู้ป่วยในจึงต้องได้รับการช่วยลดแรงจูงใจด้วยการปรับมุมมองความคิดที่มีผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า และได้รับการช่วยยับยั้งความตั้งใจโดยการส่งเสริมการแก้ปัญหาเชิงบวก และได้รับการเตรียมครอบครัวในการช่วยเหลือเมื่อจำเป็นจากโรงพยาบาล

ทั้งนี้ ปัจจุบันการบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา การบำบัดการพยาบาลเป็นลักษณะนามธรรมมากกว่า

รูปธรรม มีการปฏิบัติตามประสบการณ์ หรือสมรรถนะของพยาบาลแต่ละคน จึงยากในการอธิบายผลลัพธ์ที่มาจากประสิทธิภาพการบำบัดทางการพยาบาล ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์สำหรับการบำบัดการฆ่าตัวตายและศึกษาผลลัพธ์ในการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยและพัฒนา (Research & Development: R&D) ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนตามลำดับ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิจัยและรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ประเด็น ดังนี้ ประเด็นที่ 1 การศึกษาหัวข้อ “ประสบการณ์การพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา: แรงจูงใจและความตั้งใจ” เพื่ออธิบายเกี่ยวกับแรงจูงใจและความตั้งใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือน ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน จำนวน 10 คน ช่วงเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2565 ภายใต้งานพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 007/2565 ผลการศึกษาพบว่าแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเกิดจากการที่ผู้ป่วยเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิต การมีความคิดเชิงลบต่อตนเอง การมีอารมณ์ซึมเศร้า

หรืออารมณ์ซึมเศร้าร่วมกับความรู้สึกโกรธหรือตื่นตระหนก ส่วนความตั้งใจในการฆ่าตัวตายพบว่าคนที่ผู้ป่วยเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนตัดสินใจเลือกวิธีการฆ่าตัวตายที่คุ้นเคยหรือใกล้ตัวที่มีทั้งการวางแผนล่วงหน้าและไม่ได้วางแผน และการให้ความหมายของการฆ่าตัวตายเชิงบวก สำหรับความช่วยเหลือที่ผู้ป่วยได้รับมาจากคนในครอบครัวด้วยการพูดคุยปลอบใจ การอยู่เป็นเพื่อน การจัดเก็บอุปกรณ์อันตราย การได้รับการบำบัดทางจิตกับผู้เชี่ยวชาญ การทำกิจกรรมออกกำลังกาย

ประเด็นที่ 2 การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หัวข้อ “มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบผู้ป่วยใน” เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการบำบัดการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง จำนวน 5 คน ช่วงเดือนกันยายน 2565 มีมุมมองว่า (1) การพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะวิกฤตเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาต้านเศร้า การเฝ้าระวังใกล้ชิด การจัดสิ่งแวดล้อมและระยะฟื้นฟูเป็นการบำบัดแบบประคับประคองตามสมรรถนะหรือประสบการณ์ของผู้บำบัดแต่ละคน เนื่องจากยังไม่มีแบบแผนการบำบัดทางจิตสังคมที่เฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย (2) การบำบัดทางจิตควรเป็นการบูรณาการรูปแบบการบำบัดทางจิตสังคมหลายแนวคิดผสมผสานร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการคิดที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า นำไปสู่การช่วยลดแรงจูงใจในการ

ฆ่าตัวตาย และเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหา ด้วยการปรับมุมมองปัญหาในทางบวก และการสนับสนุนครอบครัวให้มีความรู้ ความเข้าใจในการ ป้องกันการฆ่าตัวตาย อันนำไปสู่การยับยั้งความ ตึงใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ประเด็นที่ 3 การทบทวนหลักฐานเชิง ประจักษ์การบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า จำนวน 13 เรื่อง ช่วงเดือนกันยายน 2565 พบว่าการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามี รูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การบำบัดทางความคิด และพฤติกรรม^{5,6,7,12,13} การบำบัดทางความคิดและ พฤติกรรมร่วมกับการบำบัดอื่นๆ เช่น การรักษา ด้วยยา สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีผลต่อความคิด ฆ่าตัวตาย^{8,14,15} สัมพันธภาพบำบัด¹⁶ โปรแกรม ความต้องการระหว่างบุคคล¹⁷ และโปรแกรมการ บำบัดโดยการแก้ปัญหา¹¹ ทั้งนี้ รูปแบบการบำบัด ทางจิตสังคมส่วนใหญ่เป็นการติดตามภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นแรงจูงในการฆ่าตัวตาย และรองลงมาเป็นการติดตามความเสี่ยงในการ ฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนช่วงเดือนตุลาคม 2565 เป็นการนำผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 มากำหนดแนวคิดที่นำมาบูรณาการการบำบัดการ ฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิด สัมพันธภาพบำบัด¹⁸ (TR) แนวคิดการบำบัด ความคิดและพฤติกรรม¹⁹ (CBT) แนวคิดการบำบัด โดยการแก้ปัญหา²⁰ (PST) และแนวคิดสุขภาพจิต ศึกษาครอบครัว²¹ (FPE) กำหนดเป็นโครงสร้างใน

“คู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล (Integrative Suicide Therapy in Nursing หรือ ISTN)” สำหรับพยาบาลจิตเวชใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรค ซึมเศร้า ประกอบด้วย 5 บท ได้แก่ บทที่ 1 ความรู้ โรคซึมเศร้ากับการฆ่าตัวตาย บทที่ 2 แนวคิดที่ใช้ ในการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล บทที่ 3 รูปแบบการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณา การพยาบาล บทที่ 4 กิจกรรมการบำบัดการฆ่าตัว ตายแบบบูรณาการพยาบาล และบทที่ 5 แบบ ประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบบำบัด เบื้องต้น ช่วงเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2565 เป็น การจัดทำเนื้อหา “คู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบ บูรณาการพยาบาล” และอนุมานแนวคิดที่เกี่ยวข้อง มาร่างเนื้อหากิจกรรมแบบรายบุคคล จำนวน 8 ครั้ง ได้แก่ (1) การทำความเข้าใจผู้ป่วย (2) การกำหนด ประเด็น เป้าหมาย และตารางกิจกรรม (3) การ ทดสอบความคิดอัตโนมัติ (4) การปรับเปลี่ยน ความเชื่อ (5) การทำความเข้าใจปัญหาและนิยาม ปัญหา (6) การสร้างทางเลือก การตัดสินใจลงมือ แก้ปัญหา (7) สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และ (8) การทบทวนและสรุป มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Index of item objective congruence: IOC) แต่ละ ส่วนระหว่าง 0.67 - 1.00

ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบภาคสนาม เบื้องต้น และการปรับปรุงรูปแบบบำบัดหลัก ผู้วิจัย ทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วย โรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการ รักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา จำนวน 5 คน ช่วงเดือนธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้บำบัดดำเนินการตามขั้นตอนของคู่มือบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล พบประเด็นปรับปรุงแก้ไขด้านเนื้อหา ดังนี้ (1) ความไม่เข้าใจในภาษาวิชาการ แก้ไขด้วย ขยายความให้มีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น (2) ระยะเวลาการดำเนินการกิจกรรมแต่ละครั้งกำหนด 60 นาที ปรับแก้ไขเป็น 90 นาที เพื่อลดความบีบรัดเวลาในการบำบัด

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบภาคสนามหลัก และการปรับปรุงรูปแบบการปฏิบัติงาน เป็นการนำการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลที่ปรับแก้ไขแล้วมาทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 10 คน ด้วยการศึกษากลุ่มเดียววัดเฉพาะหลังการทดลอง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 30 เมษายน 2566 หลังสิ้นสุดการทดลองภาคสนามหลักหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 10 คน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย คิดเป็นร้อยละ 100

ขั้นตอนที่ 6 การทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนาม และการปรับปรุงรูปแบบครั้งสุดท้าย เป็นการวิจัยเรื่อง “ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า” เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบ Untreated Control group design with dependent pretest and posttest samples ติดตาม

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายก่อนทดลอง (T0) หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน (T1) และ 3 เดือน (T2)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน ซึ่งได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการสุ่มแบบเจาะจง โดยพิจารณาตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุระหว่าง 14 - 59 ปี มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา และผู้ดูแลหลังจำหน่าย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ๆ ร่วมด้วย มีพยาธิสภาพการเจ็บป่วยทางร่างกายรุนแรง จากนั้นกำหนดให้แยกกลุ่มตัวอย่างตามหอผู้ป่วย กำหนดหอของกลุ่มทดลอง จำนวน 3 หอ และหอของกลุ่มควบคุม จำนวน 3 หอ จากนั้นจับฉลากแบ่งหอผู้ป่วยเป็นหอกลุ่มทดลอง และหอกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดไม่ทราบว่าหอผู้ป่วยที่ตนเองเข้ารับการรักษาจะเป็นกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม (single blind)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ทดลอง คือ “คู่มือการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาล” ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือแล้วในขั้นตอนที่ 3 ประกอบด้วยกิจกรรมการ

บำบัดจำนวน 8 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที ระยะเวลา
ดำเนินการ 3 สัปดาห์

2. เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย
ก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือน และ 3
เดือน แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบบันทึก
ข้อมูลทั่วไป และส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยง
ในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric
Structure Interview: M.I.N.I. หมวด suicidality)
ฉบับภาษาไทย 22 มีคำถาม 9 ข้อ เป็นแบบให้
เลือกตอบ 2 ตัวเลือก (dichotomous question)
ตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ Cohen's Kappa มี
ค่าความเชื่อมั่น 0.80¹¹ เกณฑ์การแปลคะแนน ดังนี้
0 คะแนน คือ ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 1 - 8
คะแนน คือ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับ
น้อย 9 - 16 คะแนน คือ มีความเสี่ยงในการฆ่าตัว
ตายระดับปานกลาง 17 คะแนนขึ้นไป มีความเสี่ยง
ในการฆ่าตัวตายระดับมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (1) ระยะก่อนทดลอง
เป็นการทำความเข้าใจการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบ
บูรณาการพยาบาล เตรียมสถานที่ในการทำกิจกรรม
ประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยในการชี้แจงขั้นตอนการ
ดำเนินการวิจัย และเตรียมผู้ป่วยในการอธิบาย
รายละเอียดของกิจกรรมแก่กลุ่มตัวอย่าง (2) ระยะ
ดำเนินการทดลอง กลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัด
แบบบูรณาการพยาบาล 3 สัปดาห์ ๆ ละ 2 - 3 ครั้ง
รวมเป็น 8 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการ
พยาบาลตามปกติ (3) ระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่าง

ทั้งหมดจะได้รับการติดตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย
3 ช่วง คือ ก่อนทดลอง (T0) หลังการทดลอง 1 เดือน
(T1) และหลังการทดลอง 3 เดือน (T2)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเปรียบเทียบความแตกต่างความ
แปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการ
ฆ่าตัวตาย ของช่วงเวลาก่อนทดลอง (T0) หลัง
ทดลอง 1 เดือน (T1) และหลังทดลอง 3 เดือน (T2)
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ
Repeated measure ANOVA และความสัมพันธ์ของ
การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลกับ
ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า ช่วงเวลาหลังทดลอง 1 เดือน (T1) และ
หลังทดลอง 3 เดือน (T2) วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
Chi-square Test และวิเคราะห์อัตราส่วนของระดับ
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับ
กลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Odd Ratio (OR)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจาก
คณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์
สมเด็จพระเทพฯ เลขที่ SD.IRB.APPROVAL 010/2566
ลงวันที่ 28 เมษายน 2566 และเลขที่ SD.IRB.APPROVAL
006/2567 ลงวันที่ 12 มีนาคม 2567

ผล

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ พยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ
พยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ประกอบด้วยกิจกรรม

จำนวน 8 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ๆ 2 - 3 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สรุปเป็นตารางพอสังเขปดังตารางที่ 1

ผลการทดสอบการนำไปใช้ในภาคสนามของขั้นตอนที่ 6 ในการวิจัยหัวข้อ “ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า”

พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.8 อายุระหว่าง 20 - 24 ปี

ร้อยละ 31.9 สถานภาพโสดร้อยละ 50.0 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 31.8 เป็นนักเรียน/ นักศึกษาร้อยละ 28.6 ระยะเวลาเจ็บป่วยช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 56.9 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน 1 ครั้ง ร้อยละ 43.2 วิธีการฆ่าตัวตายด้วยการกินยาเกินขนาดร้อยละ 34.3 มีประวัติการฆ่าตัวตายภายใน 1 ปีร้อยละ 86.4 และมีผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นพ่อ/ แม่ ร้อยละ 39.6

ตารางที่ 1 สรุปการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ครั้งที่: หัวข้อ	ประเด็นหลัก	สัปดาห์
ครั้งที่ 1: Assessment และ case formulation	สร้างสัมพันธภาพ ค้นหาภาวะสมมูลเดิม ปัจจัยโน้มน้าวเบื้องต้นผู้ป่วย ปัจจัยคงอยู่ ปัจจัยกระตุ้น และการสร้างสมมติฐานความเจ็บป่วย	1
ครั้งที่ 2: Agenda setting, Goal setting และ Activity Scheduling	- กำหนดหัวข้อพูดคุยที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช - ตั้งเป้าหมายที่เป็นการตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวช โดยเน้นเป้าหมายที่เป็นจริงและทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงได้	1
ครั้งที่ 3: Testing Automatic Thought และ challenge	ให้ความรู้เรื่อง Cognitive model ค้นหา automatic thought ช่วยพัฒนามุมมองใหม่ และตรวจสอบกับผู้ป่วยที่ทำให้ยังคงความเชื่อ ความคิด และสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้เชื่อความคิดใหม่อื่น ๆ	1
ครั้งที่ 4: Modifying Beliefs	ค้นหาและให้ความรู้ underlying depressogenic assumption โดยใช้วิธี down ward arrow technique ดัดแปลงความเชื่อที่เป็น intermediate beliefs และ core beliefs	2
ครั้งที่ 5: Problem orientaion และ problem definition	- ประเมินปัญหาผู้ป่วยว่าเป็นแบบ NPO หรือ PPO - ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา - ประเมินรูปแบบการแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา	2

ตารางที่ 1 สรุปการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (ต่อ)

ครั้งที่: หัวข้อ	ประเด็นหลัก	สัปดาห์
ครั้งที่ 6: Generation of alternative , Desition making, solution implementation, verification และ Maintenance	• นำประเด็นปัญหาของผู้ป่วยและร่วมกันหาทางเลือกในการแก้ปัญหา • ประเมินทางเลือกแต่ละวิธีอย่างมีเหตุผล พิจารณาข้อดีข้อเสียของผลลัพธ์ของแต่ละวิธีที่จะเกิดขึ้นหลังนำไปใช้ • เสริมแรงใจในการเชื่อมั่นศักยภาพตนเองในการแก้ปัญหอย่างใช้เหตุผล	2
ครั้งที่ 7: Family psychoeducation	• แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ให้ความรู้เรื่องการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและการสื่อสารกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร่วมกับการเสริมแรงให้ผู้ป่วยตระหนักถึงเป้าหมายในชีวิต และสร้างความรู้สึผูกพันกับครอบครัว	3
ครั้งที่ 8: Review และ summarization	• ทบทวนสิ่งที่ได้เรียนรู้ มองหาการบำบัดแบบอื่น ๆ ที่เหมาะสมขึ้น ให้กำลังใจในการตระหนักถึงความคิดและอารมณ์ตนเอง และพร้อมที่จะแก้ไขปัญหาด้วย	3

จากตารางที่ 2 กลุ่มทดลองจำนวน 22 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน พบว่าช่วงก่อนการทดลอง (T0) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายไม่แตกต่างกัน แต่หลังการทดลอง 1 เดือน (T1) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับหลังการทดลอง 3 เดือน (T2) กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากตารางที่ 3 การติดตามความสัมพันธ์ของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลกับระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายหลังทดลอง 1 เดือนมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสเกิดความเสี่ยงระดับปานกลางถึงรุนแรงเป็น 0.12 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ หรืออธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลมีโอกาสป้องกันความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลางถึงรุนแรงได้ 0.88 เท่าของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมของ ช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลอง 1 เดือน และ หลังทดลอง 3 เดือน (n = 44)

ตัวแปร	Mean (SD)			SS	df	MS	F	p-value
	ก่อน	หลัง	หลัง					
	ทดลอง	ทดลอง 1	ทดลอง					
	(T0)	เดือน	3 เดือน					
		(T1)	(T2)					
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย								
กลุ่มทดลอง	31.82	6.68	8.41	13519.10	1,91,	7078.31	172.04 ^a	<0.001*
	(8.93)	(2.76)	(3.41)		80.2			
กลุ่มควบคุม	31.45	10.64	15.77					
	(7.90)	(4.21)	(9.34)					

*p-value < 0.05, a = Huynh-Feldt, SS = Sum of square, df = degree of freedom, MS = Mean Square

ตารางที่ 3 ผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ช่วงเวลาหลังทดลอง 1 เดือน (T1) และหลังทดลอง 3 เดือน (T2) (n = 44)

การบำบัดการฆ่าตัวตาย แบบบูรณาการพยาบาล	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย		Odd Ratio	X ²	df	p-value
	ระดับ	ระดับน้อย				
	ปานกลางถึงรุนแรง					
หลังทดลอง 1 เดือน (T1)						
ได้ (กลุ่มทดลอง)	3	19	0.12	8.19	1	<0.001*
ไม่ได้ (กลุ่มควบคุม)	12	10				
หลังทดลอง 3 เดือน (T2)						
ได้ (กลุ่มทดลอง)	6	16	0.13	9.09	1	<0.001*
ไม่ได้ (กลุ่มควบคุม)	16	6				

*p-value < 0.05, Chi-square Test

อภิปราย

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นลักษณะการดูแลโดยตรง (Direct care) ด้วยการใช้เทคนิคผสมผสานการบำบัดด้านจิตวิทยาประยุกต์แบบรายบุคคล ประกอบด้วย 4 แนวคิด ได้แก่ แนวคิดสัมพันธภาพบำบัด¹⁸ แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม¹⁹ แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา²⁰ และแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาคบครัว²¹ จากการศึกษาผลการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าคะแนนเฉลี่ยและระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลงกว่าการพยาบาลตามปกติ เมื่อติดตามผลหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน อธิบายได้ว่าแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเป็นรูปแบบความคิด/เจตนาในการฆ่าตัวตายที่เกี่ยวข้องกับความคิดเชิงลบ (negative thoughts) ส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณค่าของตนเองเป็นภาระผู้อื่น ตนเองไร้ค่า ซึ่งบ่งบอกถึงการความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ผู้ป่วยรับรู้เป็นไปทางลบ การใช้กระบวนการสัมพันธภาพบำบัดโดยพยาบาลจิตเวช ช่วยให้ผู้ป่วยมีความไว้วางใจกันเป็นพื้นฐาน รู้สึกปลอดภัยและเชื่อมั่นในความตั้งใจของพยาบาลจิตเวชที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รู้จักตนเองตามความเป็นจริง ยอมรับตนเองและเพิ่มความเคารพตนเองให้มากขึ้น¹⁸ สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมความต้องการสัมพันธภาพระหว่างบุคคลว่าช่วยให้ผู้ป่วยลดการรับรู้ต่อตนเองว่าเป็นภาระ ตนเองไร้คุณค่า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสาเหตุการคิดฆ่าตัวตาย¹⁷

นอกจากนี้ ความคิดเชิงลบในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นลักษณะความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงในบางประการ ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์รุนแรงอย่างเฉียบพลัน (depressed mood) การบำบัดความคิดและพฤติกรรมนั้น พยาบาลจิตเวชทำหน้าที่ชี้แนะให้ผู้ป่วยเข้าใจรูปแบบต่าง ๆ ของความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมที่ผิดปกติ โดยการอภิปรายแย้งความคิดที่ผิดปกติอย่างเป็นระบบ ประกอบกับการให้ผู้ป่วยฝึกทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นที่บ้าน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าประเมินปรับเปลี่ยนความคิดที่เบี่ยงเบนและพฤติกรรมผิดปกติจากภาวะอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป สอดคล้องกับการศึกษาการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการปรับความคิด ส่งผลในการช่วยลดอารมณ์ซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁵⁻⁸ อันเป็นแรงจูงใจในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย

การบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่เพียงแต่จัดกระทำกับแรงจูงใจในการฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ยังจำเป็นต้องจัดกระทำกับความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย ซึ่งความตั้งใจในการฆ่าตัวตายเป็นการแสดงพฤติกรรมในการฆ่าตัวตาย ที่มาจากการให้ความหมายความคิดเชิงบวกต่อการฆ่าตัวตายเป็นการช่วยให้ตนเองไม่ต้องรับรู้ปัญหาเป็นเรื่องปกติเป็นหนทางออกในการแก้ปัญหา พยาบาลจิตเวชจึงต้องใช้สัมพันธภาพการบำบัดมาบูรณาการโดยการเชื่อมโยงการรับรู้ความคิด ความรู้สึก และการกระทำ การรู้จักตนเองควรแสดงออกถึงการกระทำและการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรม โดยสามารถบูรณาการไปในประสบการณ์ชีวิตของตนเอง ซึ่งจะพบทางที่ช่วยให้พ้นจากความเครียด ความวิตกกังวล มีความสามารถในการตอบสนองความต้องการของตนเองและส่งเสริมให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาด้วยกลไกทางจิตที่เหมาะสม¹⁸ ด้วยการใช้น้ำบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และมองปัญหาตามความเป็นจริง ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาการใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาที่พบว่าช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดีขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถกำกับตนเอง ปรับมุมมองในการแก้ปัญหาและหาวิธีในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลและการวางแผนที่ดี นำไปสู่การช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้¹¹ อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ายังคงมีภาวะเศร้า หลงเหลือ มีความคิดเชิงชาลง และทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง การพยายามฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นจากความทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจและทราบถึงอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ เรียนรู้วิธีปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยและสามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ มีความใกล้เคียงกับการศึกษาการบำบัดแบบครอบครัวในผู้ป่วยซึมเศร้าช่วยลดภาวะซึมเศร้า¹⁰ และนำไปสู่การช่วยเหลือจากในการไปสู่ความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย

ทั้งนี้ จากผลการติดตามความเสี่ยงในการ

ฆ่าตัวตายหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน พบว่าทั้งการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการ พยาบาลและการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกัน โดยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาหลังการบำบัดที่ยาวขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตาย มีโอกาสฆ่าตัวตายมากในช่วง 3 เดือนแรกหลังการบำบัดโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่เกิน 5 ปี²³ จากการศึกษาผลของการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนและ 3 เดือนได้มากกว่าการพยาบาลตามปกติ และการบำบัดการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพมากที่สุดในช่วงหลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ

สรุป

การพัฒนาการบำบัดการฆ่าตัวตายแบบบูรณาการพยาบาลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นการบำบัดทางจิตที่ผสมผสานแนวคิดที่หลากหลาย ได้แก่ สัมพันธภาพบำบัด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา และสุขภาพจิตศึกษา ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ๆ ละ 90 นาที ระยะเวลา 3 สัปดาห์ ส่งผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลงกว่าการพยาบาลตามปกติ และมีประสิทธิภาพมากที่สุดหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนตามลำดับ

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยครั้งนี้ติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน โดยมีได้ติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินจำเป็นต้องวัดระยะภายใน 1 เดือนก่อนหลังการบำบัด ดังนั้น การวัดหลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีอาจทับซ้อนกับการประเมินก่อนการบำบัด

2 การวิจัยในครั้งต่อไป ควรออกแบบการพัฒนาฟื้นฟูหลังจำหน่ายร่วมด้วย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเมื่อผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากลับสู่ชุมชนเกิน 3 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.ปัทมานนท์ ขวัญสินี พว.อุจน์จิตร คุณารักษ์ และ พว.ฐานิยา สุทะปา ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Pukrittayakamee P, Ratta-apha W, Sirirat C, Singhakant S, Wannachavee U, Satra T, et al. Prevalence and associated factors of suicidal ideation among patients with major depressive disorder. J Med Assoc Thai 2022; 105(2): 85-90.
2. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: บริษัท บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด; 2553.
3. พีรดา เพิ่มความสุข, วัฒนารักษ์ พิบูลลาภลักษณ์, สุดาพร สถิตยยุทธการ. ประสิทธิภาพการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา: แรงจูงใจและความตั้งใจ. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 2566; 17(1): 20-39.
4. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กลุ่มภารกิจการพยาบาล. มุมมองพยาบาลจิตเวชต่อการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. กิจกรรม Nursing Update. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2565.
5. Rosso IM, Killgore WD, Olson EA, Webb CA, Fukunaga R, Auerbach RP, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for major depressive disorder: A randomized controlled trial. Depress and Anxiety 2017; 34(3): 236-45.
6. Li JM, Zhang Y, Su WJ, Liu LL, Gong H, Peng W, et al. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. Psychiatry Res 2018; 268: 243-50.
7. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of psychoanalytic and cognitive-behavioural long-term therapy with chronically depressed patients: a controlled trial with preferential and randomized allocation. Can J Psychiatry 2019; 64(1): 47-58.
8. Bernal G, Rivera-Medina CL, Cumba-Aviles E, Reyes-Rodriguez ML, Saez-Santiago E, Duarte-Velez Y, et al. Can cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? a randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in Puerto Rico. Fam Process 2019; 58(4): 832-54.
9. พันธุ์ทิพย์ รัตนบรรพต. ผลของโปรแกรมบำบัดทางพฤติกรรมความคิดแบบครอบครัวย่อยต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2559.
10. อาณัติ เพิ่มธรรมสิน, อรรถณ สุนทวง, ชุศรี โพธิ์สูง. การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลินิกครอบครัวบำบัดตามแนวทางการปรับความคิดและพฤติกรรมโดยทีมสหวิชาชีพในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวโรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(3): 280-8.

11. อัครเดช กลิ่นพินุลย์, วิชาดา คณະไชย, สาคร นุพผาเฝ้า. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(1): 86-98.
12. Dunlop BW, Polychroniou PE, Rakofsky JJ, Nemeroff CB, Craighead WE, Mayberg HS. Suicidal ideation and other persisting symptoms after CBT or antidepressant medication treatment for major depressive disorder. *Psychol Med* 2019; 49(11): 1869-78.
13. Rodcharoen S, Kongsuwan V, Chanchong W. The effects of self-guided cognitive behavioral modification program on self-esteem and depression of elders with major depressive disorder. *Nursing Science Journal of Thailand* 2019; 37(3): 91-106.
14. Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med* 2019; 42(6): 1117-41.
15. Zakhour S, Nardi AE, Levitan M, Appolinario JC. Cognitive-behavioral therapy for treatment-resistant depression in adults and adolescents: a systematic review. *Trends Psychiatry Psychother* 2020; 42(1): 92-101.
16. ศิริลักษณ์ ปัญญา, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ, พิรพนธ์ ลีอนุญชวิชัย. ผลของกลุ่มจิตบำบัดสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2558; 60(2): 99-110.
17. Yamboonruang T, Yunibhand J. Effects of the interpersonal need program on suicidal ideation and suicidal attempt in mentally ill patients. *J Health Res* 2017; 31(3): 177-83.
18. Peplau EH. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Springer publishing company; 1991.
19. Beck AT. *Cognitive therapy and emotional disorder*. New York: International Universities press; 1976.
20. D'Zurilla TJ, Bezu AM. *Problem-solving therapies*. London: Hutchinson; 2010.
21. Anderson CM, Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. *Schizophrenia and the family a practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York: A division of Guilford publications; 1986.
22. พิเชฐ อุดมรัตน์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพฑูรย์. การใช้แบบสัมภาษณ์ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทย The Mini-International Neuropsychiatric Interview (Thai version). *เชียงใหม่: ไอแอมออเคเนเซอร์แอนด์แอ็คเตอร์ไทซิ่ง*; 2547.
23. Malone MK, Haas LH, Sweeney AJ, Mann JJ. Major depression and the risk of attempted suicide. *J Affect Disord* 1995; 34: 173-85.