

ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

สาวิตรี แสงสว่าง, พย.ม.*, รัชฎีร์ โพธิกมลศาสตร์, พย.ม.*, วีนา วิทยาเจียกขจร, พย.ม.**

*สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยชินวัตร

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : 1) เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล และ 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

วัสดุและวิธีการ : การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 2) แบบประเมินพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย 3) แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และ 4) โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยกิจกรรม 6 ครั้ง ครั้งละ 45 – 60 นาที จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test

ผล : ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และภายหลังการทดลองผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย ร้อยละ 73.3 และพบผู้ป่วยมีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำ ร้อยละ 13.3

สรุป : โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมการฆ่าตัวตายเป็นความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ : การให้คำปรึกษารายบุคคล, ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง, พฤติกรรมฆ่าตัวตาย, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

THE EFFECTS OF AN INDIVIDUAL COUNSELING PROGRAM TO SELF-ESTEEM AND SUICIDAL BEHAVIOR AMONG DEPRESSION PATIENTS WITH SUICIDE ATTEMPT IN SOMDET CHAOPRAYA INSITITUTE OF PSYCHIATRY

Sawitree Saengsawang, M.S.N.*, Rathee Phothikamonsat, M.S.N.*,

Weena Vittayajeakkajorn, M.S.N.**

** Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*

*** Faculty of Nurse, Shinawatra University*

Abstract

Objectives: 1) compare the self-esteem of depressive patients before and after individual counseling, and 2) compare the suicidal behavior in depressive patients before and after individual counseling.

Material and Methods: This quasi-experimental research, one group pretest posttest design. The samples were 15 depressive patients with suicidal behavior in outpatient department, Somdet Choapraya Institute of Psychiatry. Research instruments were 1) the self-esteem questionnaires, 2) suicidal behavioral assessment, 3) the suicide risk assessment 8 questions (8Q), and 4) the individual counseling program for improving to self-esteem in depressive patients with suicide behavior 6 sessions, each session run for 45 – 60 minutes, every 2 weeks. The statistics were mean, standard deviation and pair t-test.

Results: The results showed that depressive patients with suicide behavior after receiving the individual counseling had self-esteem scores higher than before with statistical significance ($p < .05$), after receiving program almost patients had low suicidal risk (73.3%), and 13.3% patients were suicide again.

Conclusion: The individual counseling program could increase self-esteem in depressive patients with suicidal behavior and decrease risk to suicide

Key words: individual counseling, self-esteem, suicide behavior, depressive patients

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีความรู้สึกเศร้า สะเทือนใจ ร้องไห้ได้ง่าย มีจิตใจห่อเหี่ยว ไม่มีความสุข พบร่วมกับอาการนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลง นอกจากนี้ยังแสดงอาการด้านอื่น เช่น อาการเชื่องช้า พูดน้อย คิดนาน มองทุกสิ่งที่ผ่านมาเป็นเรื่องเลวร้ายทั้งหมด มีสมาธิด้านความจำแยลง มีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับคนรอบข้างแยลง¹ ผู้ป่วยมักมองโลกในแง่ร้าย เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง รู้สึกตนเองด้อยค่า เสียใจที่ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ไม่สามารถจัดการกับความรู้สึก และอารมณ์เศร้าได้ รู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์มาก ดำหนดตนเอง รู้สึกผิด รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า และมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และจะนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้² มีการศึกษาพบว่า การป่วยด้วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50³ และผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 6.5⁴ จากการสำรวจความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยในปี 2556 พบความชุกของโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 1.8⁵ ในปีงบประมาณ 2564-2566 พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับบริการในระบบสาธารณสุขเพิ่มขึ้น ร้อยละ 81.0, 86.6, 87.1 ตามลำดับ⁶ สำหรับในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมากเป็นลำดับที่ 2 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงปี 2564 – 2566 โดยพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามารับบริการจำนวน 15,750 คน, 16,188 คน และ

19,227 คน ตามลำดับ และจากการเก็บข้อมูลในปี 2566 พบว่ามีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับการรักษาจำนวน 164 คน เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า 99 คน (ร้อยละ 60.3)⁷ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีพื้นฐานจิตใจจากประสบการณ์ในวัยเด็กที่ทำให้เกิดกระบวนการคิดในทางลบ สับสน ไม่มีเหตุผล ซึ่งภาวะซึมเศร้าเกิดจากกระบวนการคิด เมื่อบุคคลมีประสบการณ์วิกฤตในชีวิตและความคิดอัตโนมัติทางลบเกี่ยวกับตนเอง จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ว่าตนเองขาดความสามารถที่จะแก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์นั้น ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความคิดด้านลบ 3 ด้าน คือ 1) มองตนเองในแง่ลบ คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ 2) มองสิ่งแวดล้อมในแง่ลบ มองโลกในแง่ลบ ซึ่งจะทำให้มองว่าตนเองถูกใส่ร้าย มองชีวิตตนเองเต็มไปด้วยอุปสรรค เห็นแต่สิ่งที่ไม่ดีรอบตัว ทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 3) มองอนาคตในแง่ลบ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมองว่าอนาคตมีแต่ความยากลำบาก ความทุกข์ยากในปัจจุบันไม่มีที่สิ้นสุด คิดว่าอนาคตจะล้มเหลว ผู้ป่วยมักมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ดี ไม่ได้รับการยอมรับ จึงมองตนเองไม่มีประโยชน์ รู้สึกสิ้นหวัง และรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ พบได้มากถึงร้อยละ 81.0¹

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การที่บุคคลประเมินตนเองแล้วแสดงออกในแง่ของการยอมรับตนเองหรือไม่ยอมรับตนเอง เป็นการแสดงให้เห็นถึงขอบเขตความเชื่อของบุคคลที่มีต่อตนเองในด้านความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีคุณค่าของ

ตนเอง ซึ่งสามารถรับรู้ได้จากคำพูดและท่าทีที่บุคคลนั้นแสดงออกมา⁹ และเมื่อผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถพิจารณาปัญหาที่แท้จริงได้ ขาดการรับรู้ศักยภาพในตนเอง ไม่สามารถแก้ไขปัญหของตนเองได้ มีความคิดและความรู้สึกในทางลบจนเกิดการท้อแท้ สิ้นหวัง หดห่อใจ ซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้¹⁰ โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย คือการมีความคิดไม่อยากมีชีวิตอยู่ อยากทำร้ายตนเอง วางแผนและลงมือกระทำเพื่อให้ตนเองเสียชีวิต ซึ่งส่วนใหญ่แล้วก่อนที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายนั้น ผู้ป่วยมักจะมีภาวะซึมเศร้ามาก่อน โดยพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมี 3 แบบ ได้แก่ การฆ่าตัวตายที่กระทำสำเร็จ (Committed suicide) การพยายามที่จะฆ่าตัวตาย (Attempt suicide) การฆ่าตัวตายแบบเรียกร้องความสนใจโดยมิได้ตั้งใจจะตายจริง (Suicide threats) เป็นที่ยอมรับกันว่าการฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลฆ่าตัวตายนั้นนอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองแล้ว ยังพบว่าปัจจัยด้านจิตใจที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ เกิดความล้มเหลว สูญเสีย หรือความขัดแย้งกับบุคคลสำคัญในชีวิต บุคคลที่ฆ่าตัวตายมักมีลักษณะปัญหาที่ติดอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มีความเห็นแบบสุดโต่งทั้งสองด้าน จึงเป็นอุปสรรคในการแก้ปัญหา และไม่สามารถวิเคราะห์ปัญหาต่างๆ ที่ประสบอยู่ได้ และมักมีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม มีความรู้สึกเห็นคุณค่า

ในตนเองต่ำ เชื่ออำนาจภายนอกมากกว่าอำนาจภายในตัว มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม รู้สึกละอายในตัวเองสูง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง¹

การพัฒนาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยการฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเอง ยอมรับจุดเด่น จุดด้อยของตนเอง มองเห็นคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้¹¹ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ทำให้เกิดความสามารถในการจัดการตนเองและปัญหาในชีวิตได้ เกิดความเชื่อมั่นและทักษะในการจัดการกับอารมณ์ สามารถสร้างความสุขให้กับตนเอง จากการปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตน⁸ ดังนั้นการรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตและความสำเร็จในชีวิต เนื่องจากบุคคลที่รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงจะสามารถเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้โดยไม่ย่อท้อ สามารถยอมรับสถานการณ์ที่ทำให้ตนเองรู้สึกผิดหวังท้อแท้ใจได้ และสามารถสร้างความหวังใหม่ในชีวิต⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การให้คำปรึกษารายบุคคลเป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือระหว่างผู้ให้คำปรึกษากับผู้รับบริการอย่างเฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นให้ผู้รับบริการทำความเข้าใจกับปัญหา ให้ความสำคัญกับปรับเปลี่ยนวิธีคิดเพื่อเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง และสร้างความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาในอนาคต รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของตนเอง

หรือลดความทุกข์ทางจิตใจ¹² โดยทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมของอัลเบิร์ต เอลลิสเชื่อว่าปัญหาของมนุษย์ไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก แต่เกิดจากมุมมองหรือความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลมีพื้นฐานจากความเชื่อ การมอง และการตีความ เมื่อจัดการกับความคิดความเชื่อด้านลบจะสามารถจัดการกับอารมณ์ทางลบได้ โดยการลดทัศนคติที่มีผลเสียต่อตนเอง สร้างปรัชญาชีวิตที่ตั้งอยู่บนหลักของเหตุผล ลดการตำหนิตนเอง การมองโลกในแง่ร้าย และสอนให้ผู้รับบริการได้แย้งความคิดของตนเอง รวมถึงประเมิน สังเกตตนเอง และเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง¹³ สอดคล้องกับการศึกษาของอารี เวงรัมย์¹⁴ ที่ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้าสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และการศึกษาของอนงค์ อรุณรุ่ง¹⁵ ที่ศึกษาในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง รวมถึงการศึกษาในหญิงที่ผิดหวังในความรักพบว่า การให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น¹⁶

ผู้วิจัยจึงศึกษาการให้คำปรึกษารายบุคคลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการแนวทางการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และ

พฤติกรรม มาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง เสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย และป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก ซึ่งการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล และเพื่อประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

วัสดุและวิธีการ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest posttest design) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 15 คน โดยคำนวณจากโปรแกรม G*power ใช้การทดสอบสถิติ ด้วย mean: difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดค่าการวิเคราะห์ขนาดแบบ priori ขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ ศึกษาจากงานวิจัยของผ่องศรี คุณารักษ์ และคณะ¹⁶ ที่มีตัวแปรตามใกล้เคียงกัน โดยนำค่า effect size $d = 1.30$ และกำหนดค่า α err prob = 0.01, ค่า power $(1 - \beta$ err prob) =

0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 13 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายจะได้กลุ่มตัวอย่าง 15 คน

เกณฑ์การคัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา อายุ 18-59 ปี ไม่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ไม่มีความผิดปกติทางด้านพัฒนาการและสติปัญญา สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้เป็นอย่างดี

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่างได้รับการบำบัดทางจิตอื่นๆ ได้แก่ การทำจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การรักษาด้วยเครื่องกระตุ้นสมองด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial Magnetic Stimulation: TMS) หรือมีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการในระหว่างการดำเนินกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

2. แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของอาร์ี เกร็งยี¹⁴ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 27 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนการประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 – 5

คะแนน การแปลผลเป็นการนำคะแนนรวมกันทุกข้อ โดยคะแนนระหว่าง 35 – 82 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 83 – 129 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนระหว่าง 130 – 175 คะแนน หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง เครื่องมือนี้ได้รับการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.91

3. แบบประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างถึงพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิต ประกอบด้วย วิธีการที่กระทำ และวันที่ลงมือกระทำ

4. แบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต¹⁷ ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ มี และไม่มี เกณฑ์การให้คะแนนแบบถ่วงน้ำหนัก แปลผลโดยการนำคะแนนทุกข้อมารวมกัน ซึ่งจะมีคะแนนรวมทั้งหมดยู่ระหว่าง 0 – 52 คะแนน สามารถแบ่งเป็น 0 คะแนน หมายถึงไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย 9-16 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง และ ≥ 17 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

5. โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงมาจาก โปรแกรมให้การปรึกษารายบุคคล เพื่อการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของอารี เจริญย์¹⁴

ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง จัดกิจกรรม ทุก 2 สัปดาห์ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ โดย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 มีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่	สัปดาห์ที่	ชื่อกิจกรรม
1	2	สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี
2	4	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการคิดอย่างมีเหตุผล
3	6	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรู้สึกเชื่อมั่น
4	8	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านอารมณ์มั่นคง
5	10	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความพยายาม
6	12	พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรับผิดชอบและชุดกิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการมองโลกในแง่ดี เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบริการ เพื่อให้เกิดบรรยากาศที่ผ่อนคลายอบอุ่น เป็นกันเอง เกิดความไว้วางใจ และพร้อมที่จะเปิดเผยตนเองอย่างแท้จริง และเป็นการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี โดยการมองสิ่งต่างๆ ที่เข้ามาในชีวิตทางด้านดี มีความหวังว่าจะเกิดแต่สิ่งดีๆ เรียนรู้และยอมรับว่าปัญหาอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้เสมอ ไม่ยอมแพ้ต่อปัญหา

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านการคิดอย่างมีเหตุผล เป็นการคิดแก้ไข ปัญหา หาทางออก และประเมินวิธีการแก้ไขปัญหาให้เหมาะสม เพื่อให้วิธีการแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพประสบความสำเร็จ เป็นการคิดอย่างไตร่ตรองรอบคอบ

ก่อนที่จะตัดสินใจ เชื่อหรือไม่เชื่อ ทำหรือไม่ควรทำ โดยใช้ข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ของตนเองอย่างรอบด้าน

กิจกรรมที่ 3 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรู้สึกเชื่อมั่น เป็นความเชื่อมั่นในการกล้าคิด กล้าทำ และกล้าตัดสินใจ ยอมรับ และมีความภาคภูมิใจต่อผลที่เกิดขึ้น สามารถปรับตัวรับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ และมีความแน่วแน่ในแก้ปัญหา และอุปสรรคเหล่านั้น

กิจกรรมที่ 4 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านอารมณ์มั่นคง เป็นการพัฒนาให้บุคคลไม่หวั่นวิตกหรือหวั่นไหวต่อสิ่งต่างๆ ที่เข้ามากระทบอารมณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ ความรู้สึก

ต่างๆ ได้เป็นอย่างดี สามารถสะกดกัน ระงับอารมณ์เมื่อเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมทั้งมีวิธีการคลายความเครียดและวิธีการปรับอารมณ์ให้เข้ากับ

กิจกรรมที่ 5 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความพยายาม ซึ่งหมายถึงความบากบั่น อาจหาญ ใจสู้ ไม่ย่อท้อ ไม่หวั่นไหวต่อความยากลำบาก ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ มีความเข้มแข็งและอดทน มีความมานะพยายามที่จะทำงาน หรือปฏิบัติหน้าที่ให้ประสบความสำเร็จตามที่ได้รับมอบหมายสถานการณ์ต่างๆ ได้

กิจกรรมที่ 6 พัฒนาความมีคุณค่าในตนเองด้านความรับผิดชอบ และยุติกิจกรรม หมายถึงการทำให้บุคคลยอมรับ และลงมือกระทำในหน้าที่ต่างๆ ของตนด้วยความสมัครใจ ไม่ใช่คิดหรือเพียงแต่รับรู้ภายในใจเท่านั้น ความรับผิดชอบคือ ความตระหนักในหน้าที่และทำหน้าที่นั้นด้วยความสมัครใจ ซึ่งผู้ที่มีความรับผิดชอบมีคุณลักษณะสำคัญ 3 ประการ คือ ไม่บกพร่องต่อหน้าที่ ไม่ละทิ้งต่อหน้าที่ และไม่ทุจริตต่อหน้าที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล เพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาด้วยการวิเคราะห์ดัชนีสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ได้ $IOC = 1$ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน

จิตวิทยาให้คำปรึกษาจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชชุมชน จำนวน 1 คน จากนั้นนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ภายหลังจากผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มาปรึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาตามเกณฑ์ที่กำหนด ระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2567 – 31 มีนาคม 2568 ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการและรายละเอียดของกิจกรรม และตกลงการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง หากผู้ป่วยยินยอมจะให้ลงลายมือชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้น ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (pre-test)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการให้คำปรึกษาตามโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลเพื่อความมีคุณค่าในตนเองสำหรับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 6 ครั้ง ทุก 2 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 12 สัปดาห์ หลังสิ้นสุดกิจกรรม จะได้รับการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายทันที (post-test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในคนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองเลขที่ SD.IRB.APPROVAL 024/2567 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ขั้นตอนประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากผู้วิจัย โดยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำเสนอเป็นภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหลังการทดลองใช้สติติเชิงพรรณนา คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลการ

เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-test โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 86.7 มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.0 อายุเฉลี่ย 31.4 ปี สถานภาพสมรสโสดและคู่ คิดเป็นร้อยละ 46.7 และ 46.7 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 53.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 40.0 มีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย ร้อยละ 73.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-3 ปี ร้อยละ 53.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	13.3
หญิง	13	86.7
อายุ (อายุเฉลี่ย 31.47 ปี)		
14 – 20 ปี	2	13.3
21 – 30 ปี	6	40.0
31 – 40 ปี	4	26.7
41 – 50 ปี	3	20.0
สถานภาพสมรส		
โสด	7	46.7
คู่	7	46.7
หม้าย/หย่า/แยก	1	6.6

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=15) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	2	13.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	8	53.3
อนุปริญญา/ปวส.	2	13.3
ปริญญาตรี	3	20.1
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	5	33.3
รับจ้างทั่วไป	6	40.0
พนักงานบริษัท	4	26.7
รายได้		
ไม่เพียงพอกับการใช้จ่าย	3	20.0
เพียงพอกับการใช้จ่าย	11	73.3
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	1	6.7
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
< 1 ปี	3	20.0
1 – 3 ปี	8	53.3
> 3 ปี	4	26.7

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความแตกต่างของคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลด้วยสถิติทดสอบที (paired t-test) พบว่า คะแนน

ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลสูงกว่าคะแนนก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนความรู้สึกลึกซึ้งในตนเองก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้สถิติการทดสอบที (paired t-test) (n=15)

ความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง	Mean	SD	t	P value
ก่อนการทดลอง	96.67	8.34	-18.63	<0.00*
หลังการทดลอง	138.80	10.14		

* $p < 0.05$

ก่อนการทดลองพบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ใช้วิธีการพยายามฆ่าตัวตายด้วยของแข็งหรือของมีคม ร้อยละ 40.0 รองลงมาคือการกินยาเกินขนาด ร้อยละ 20.0 และภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ในระหว่างการเข้าร่วมกิจกรรมมีผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ด้วย

วิธีกินยาเกินขนาด และเกิดในช่วงสัปดาห์ที่ 2 และ 3 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ดังตารางที่ 3

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อยร้อยละ 73.3 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับรุนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=15)

ก่อนการทดลอง	จำนวน	ร้อยละ
วิธีการฆ่าตัวตาย		
- กินยาเกินขนาด	3	20.0
- กินสารเคมี (น้ำยาล้างห้องน้ำ)	1	6.7
- ใช้ของแข็งหรือของมีคม	6	40.0
- กระโดดจากที่สูง	2	13.3
- ผูกคอ	2	13.3
- วิ่งให้รถชน	1	6.7
หลังการทดลอง		
วิธีการฆ่าตัวตาย		
- กินยาเกินขนาด	2	13.3

การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคลพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงอยู่ใน

ระดับน้อยร้อยละ 73.3 และไม่พบผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในระดับรุนแรง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล (n=15)

ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	จำนวน	ร้อยละ
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย	11	73.3
ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง	4	23.7

อภิปราย

การเปรียบเทียบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงขึ้นภายหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ลดความวิตกกังวลในการเข้าร่วมกิจกรรม ทำให้เกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยยอมเปิดเผยตนเอง ทำให้การให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งบรรลุวัตถุประสงค์ของกิจกรรม โดยเฉพาะการใช้เทคนิคการปรับโครงสร้างความคิดในกิจกรรมการพัฒนาการมองโลกในแง่ดี ซึ่งเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปรับความคิด มุมมองต่อสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ ทำความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อการเจ็บป่วยในด้านบวก และในกิจกรรมการพัฒนาคิดอย่างมีเหตุผลที่ผู้บำบัดนำเทคนิคการศึกษาเชิงจิตวิทยาอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงกระบวนการของความคิดของตนเอง และเมื่อผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดของตนเองได้จึงทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองที่ดีขึ้น และไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำอีก อีกทั้งกิจกรรมการพัฒนาคำเชื่อมั่น อารมณ์ที่มั่นคง ความพยายาม และความรับผิดชอบ เป็นการนำเทคนิคต่างๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้วิธีการสร้างความเชื่อมั่นในตนเอง เกิดความกล้าในการเผชิญหน้ากับความรู้สึกของตนเอง เรียนรู้วิธีการชื่นชมและให้รางวัลกับตนเอง รวมถึงการ

พยายามปรับเปลี่ยนตนเองไปในเส้นทางที่ดีขึ้น โดยตลอดการให้คำปรึกษาผู้บำบัดได้มีการใช้เทคนิคการสรุปความ การทวนความ และการสะท้อนความรู้สึก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความคิดของตนเอง ยอมรับ และเกิดความเปลี่ยนแปลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องศรี คุนารักษ์และคณะ¹⁶ ที่ศึกษาการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมในผู้หญิงที่ผิดหวังในความรัก พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้หญิงที่ผิดหวังในความรักมีคะแนนคุณค่าในตนเองสูงกว่าผู้หญิงที่ไม่ได้รับโปรแกรม

การประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายซ้ำของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังได้รับการให้คำปรึกษารายบุคคล

ภายหลังสิ้นสุดกิจกรรมพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อยร้อยละ 73.3 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้เป็นการบูรณาการแนวคิดการให้คำปรึกษา 3 ทฤษฎี คือ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบเกสตัลท์ ทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม และทฤษฎีการให้คำปรึกษาแบบรู้คิดพฤติกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดให้มีเหตุผล ปรับเปลี่ยนความคิดที่ไร้เหตุผล เรียนรู้ที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาด้วยอารมณ์ที่มั่นคง ตระหนักรู้สภาวะปัจจุบัน และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองในการดำเนินชีวิตด้วยความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ¹⁸ ที่

ศึกษาพบว่า การแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลจะช่วยลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ โดยจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองในการแก้ปัญหา และหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาโดยใช้เหตุผลได้

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งจากการทบทวนข้อมูลของผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำพบว่า ทั้ง 2 คนเป็นเพศหญิงและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในช่วงเดือนแรกภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเป็นการเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงแรกผู้ป่วยยังไม่เกิดการเรียนรู้ในการพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ จึงยังคงมีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีก และจากการสอบถามข้อมูลจากผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียวและไม่ได้ทำงาน ทำให้ขาดการสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอนงค์อรุณรุ่ง¹⁵ ศึกษาพบว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดการฆ่าตัวตายปรับตัวกับการอยู่ในครอบครัวและสั่งได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และไม่มีความคิดฆ่าตัวตายซ้ำ และการศึกษาของวิลรัตน์ ชัยปราการ และคณะ¹⁹ ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ พบว่า ผู้ที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่ใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่อันตรายต่ำมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายซ้ำ และพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ

พบได้สูงในระยะเวลา 12 เดือนแรกหลังการพยายามฆ่าตัวตาย

สรุป

โปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลนี้สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น และสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ เพื่อให้สามารถประเมินประสิทธิภาพของเครื่องมือได้ชัดเจนมากขึ้น โดยต้องคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างที่สำคัญ
2. ควรมีการติดตามผลของโปรแกรมในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์และความคงทนของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

1. มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รายาธิบติ. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบติ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
2. ชวิชัย พละศักดิ์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, รัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2560; 31(1): 60-74.
3. Chonprai C, Rod-Ong D, Maneeganondh S, Jaruensook W, Theeyoung A, Patjanasontorn N. Improving social and

- life skills in children with cleft lip and palate. J Med Assoc Thai 2019; 102(5): 79-82.
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปีพ.ศ. 2561. [online]. Available from: https://thai.depression.com/www/report/main_report/pdf/ahb-25-12-18_mix.pdf [2023 Nov 1].
5. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, นพพร ต้นศิริรังสี, วรพรรณ จูหา, อธิป ต้นอริย์, ปาทนท ขวัญสนิท, สาวิตรี อัยฉะกรชัย, สุทธา สุปัญญา และคณะ. รายงานการศึกษาเรื่องความทุกข์ของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติปี พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนต์พับลิชชิ่งจำกัด; 2559.
6. Health Data Center. รายงานข้อมูลด้านสุขภาพ. [online]. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=ea11bc4bbf333b78e6f53a26f7ab6c89&id=706b605192b49d385ba044350af9c46a [2023 Nov 1].
7. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. รายงานประจำปี 2566. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา; 2566.
8. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
9. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Consulting Psychologists Press; 1981.
10. Hill L, Smith N. Self Care Nursing: Promotion of health. New Jersey: Appleton & Lange; 1990.
11. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton: Princeton University Press; 1965.
12. ดวงมณี จงรักย์. การใช้ 4 ทฤษฎีการปรึกษาในการปรึกษากลุ่ม. วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ 2561; 29(1): 188-200.
13. Dryden W, editor. Rational emotive behaviour therapy: a reader. London: SAGE; 1995.
14. อารี เจริญย์. ผลของการให้การปรึกษาแบบรายบุคคลเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2561.
15. อนงค์ อรุณรุ่ง. การพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาคอกรักที่มีความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา 2564; 1(2): 35-46.
16. ผ่องศรี คุณารักษ์, สุรินทร์ สุทธิชาติพิศ, สมพงษ์ ปันหุ่น. ผลการปรึกษารายบุคคลตามทฤษฎีพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรมต่อคุณค่าในตนเองของผู้หญิงที่ผิดหวังในความรัก. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง 2560; 6(2): 91-105.
17. กรมสุขภาพจิต. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q). [online]. Available form: <https://catalog.dmh.go.th/dataset/testrisk> [2023 Nov 1].
18. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, สาคร บุญผาเฮ้. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2563; 28(1): 86-98.
19. วิมลรัตน์ ชัยปราการ, เกวลี แก้วกิติกุล, มาโนช หล่อตระกูล. การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึ่งมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงใหม่ระยองเคราะห์ด้วยปัญหาทำร้ายตนเอง การวิเคราะห์โดยสถิติระยะปลอดเหตุการณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(4): 364-75.