ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

The Effect of Hope Enhancement Program on Suicidal Ideation of Patients with Major Depressive Disorder

ธนกาญจน์ พรหมพันธุ์* รังสิมันต์ สุนทรไชยา** วินิทรา นวลละออง***
Thanakarn Phromphan,* Rangsiman Soonthornchaiya,** Winitra Nuallaong***
* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี
* Student in Master of Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathum Thani Province
** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี
** Faculty of Nursing, Thammasat University Pathum Thani Province
*** คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จ.ปทุมธานี
*** Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathum Thani Province
* Corresponding Author: rangsiman@nurse.tu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 48 คน เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อายุระหว่าง 20 - 59 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก และสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ต่อเนื่อง 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบความเที่ยง โดยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean = 0.96, SD = 1.23) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 7.21, SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.11$, $p < .001$) 2) ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ($\overline{D}_1 = -6.25$, SD = 1.72) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\overline{D}_2 = -2.79$, SD = 0.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.23$, $p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิผล และบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบำบัดรักษาต่อไปได้

คำสำคัญ: โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

Received: July 28, 2025; Revised: August 14, 2025; Accepted: August 25, 2025

Abstract

A quasi-experimental study with a control-group pretest-posttest design aimed to investigate the effect of a hope enhancement program on suicidal ideation of patients with major depressive disorder. The sample comprised 48 patients with major depressive disorder aged 20 - 59 years, who had suicidal ideation and were receiving treatment at a tertiary care hospital. Purposive sampling was employed using inclusion and exclusion criteria, and participants were randomly assigned to experimental and control groups, with 24 participants in each group. The experimental group participated in the hope enhancement program for six sessions, 60 minutes per session, conducted three times a week over two weeks, while the control group received routine nursing care. The instrument was the Thai version of the Scale for Suicidal Ideation, which had a content validity index of 0.89 and a Cronbach's alpha reliability of 0.87 Data were analyzed by descriptive statistics and t-tests.

The results found that: (1) the mean score of suicidal ideation in the experimental group at posttest (Mean = 0.96, SD = 1.23) was statistically significantly lower than the mean score of suicidal ideation at pretest (Mean = 7.21, SD = 2.95) ($t = 15.11$, $p < .001$); and (2) the mean difference of suicidal ideation scores at pretest and posttest in the experimental group ($\bar{D}_1 = -6.25$, SD = 1.72) was statistically significantly higher than in the control group ($\bar{D}_2 = -2.79$, SD = 0.71) ($t = 7.23$, $p < .001$).

These findings support the effectiveness of the hope enhancement program in reducing suicidal ideation among patients with major depressive disorder. Healthcare professionals could apply this program as a supplementary intervention in clinical practice.

Keywords: hope enhancement program, suicidal ideation, patients with major depressive disorder

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญระดับโลก ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิตประจำวัน และการอยู่ร่วมกับสังคมของบุคคล โรคซึมเศร้าเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะซีโรโทนิน ซึ่งมีบทบาทในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเมื่อระดับซีโรโทนินต่ำลงอาจก่อให้เกิดอาการเชิงลบ[1] ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีอาการที่สำคัญ ได้แก่ อารมณ์เศร้า หดหู่ เบื่อหน่าย มองโลกในแง่ร้าย ขาดสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่ประสบปัญหาร้ายแรงในชีวิต และได้พยายามหาทางแก้ไขด้วยตนเองแล้วแต่ไม่ประสบความสำเร็จ รู้สึกโดดเดี่ยว ไร้ที่พึ่ง และไม่มีทางออก จนเกิดความคิดอัตโนมัติในด้านลบ (Negative thinking) เกิดความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง และการมองตนเอง อนาคต และสิ่งแวดล้อมในเชิงลบ เชื่อว่าการยุติชีวิตเป็นวิธีเดียวที่จะหลุดพ้นจากปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงนำมาสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตายได้[2]

องค์การอนามัยโลก[3] ระบุว่าโรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในสาเหตุหลักของภาวะทุพพลภาพ (Disability-Adjusted Life Years: DALYs) คิดเป็นสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 4.4 ของภาระโรคทั่วโลก ส่วนในประเทศไทยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต[4] รายงานว่า ใน พ.ศ. 2567 มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือมากกว่า 5,000 รายต่อปี โดยกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอัตราความคิดฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า[5] ขณะเดียวกันรายงานจากสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[4,6] พบว่า ร้อยละ 10.63 ของประชาชนไทยมีแนวโน้มคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงระดับความรุนแรงของปัญหาดังกล่าว

การมีความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นความคิดที่บุคคลอยากตายไปโดยการฆ่าตัวเองให้ตาย[7] จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อบุคคลเผชิญกับความรู้สึกเจ็บปวดทางอารมณ์อย่างต่อเนื่องร่วมกับมีภาวะสิ้นหวัง อาจนำไปสู่การเกิดความรู้สึกไร้ค่า ส่งผลทำให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในระดับปานกลางถึงสูง เพราะในบุคคลที่รู้สึกล้มเหลวต้องเผชิญกับการสูญเสียที่สร้างความรู้สึกเจ็บปวดพ่ายแพ้ สิ้นหวัง เมื่อเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) กระตุ้นให้อารมณ์ทางลบเกิดขึ้นก็จะเพิ่มโอกาสการเกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด[8]

ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นมุมมองหรือทัศนคติในเชิงลบ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความสิ้นหวังสามารถทำนายความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ทำให้บุคคลใช้รูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายได้ ส่วนการมีความหวังช่วยให้บุคคลสามารถมองเห็นแนวทางในการเผชิญปัญหาและดำเนินชีวิตท่ามกลางสถานการณ์ที่คุกคามชีวิตได้อย่างเหมาะสม[9] ซึ่งอาจช่วยลดผลกระทบด้านลบของความสิ้นหวังที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย[10] โดยบุคคลที่มีระดับความสิ้นหวังสูงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะยาวเพิ่มขึ้น[10] ในทางกลับกันการมีระดับความหวังสูงเป็นกลไกเชิงบวกที่ช่วยส่งเสริมพลังทางจิตใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญและปรับตัวต่อความทุกข์ทางอารมณ์ได้ดีขึ้น ลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้

ดังนั้นปัจจัยปกป้องความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ก็คือ การมีความหวัง[11] ความหวังมีบทบาทในการสร้างแรงจูงใจ เป้าหมาย และความเชื่อมั่นว่าบุคคลสามารถฟันฝ่าอุปสรรคเพื่อไปสู่อนาคตที่ดีกว่าได้[12] แนวคิดความหวังของ Snyder[12] ชี้ว่าความหวังประกอบด้วย ความตั้งใจที่จะไปให้ถึงเป้าหมายและความสามารถในการคิดค้นวิธีการเพื่อบรรลุเป้าหมาย ซึ่งเป็นพลังทางจิตที่ช่วยให้บุคคลหลุดพ้นจากความรู้สึกหมดหวังและเจ็บปวด ความหวังเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วยการคิด การรับรู้ การแสดงออกทางพฤติกรรม และความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยมีเป้าหมายเพื่อคาดหวังผลลัพธ์เชิงบวกในอนาคต ความหวังจึงไม่เพียงเป็นพลังบวกที่ช่วยขับเคลื่อนพฤติกรรม แต่ยังเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการลดความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า[13] ปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดความหวังได้แก่ 1) ความสามารถทางปัญญาในการประเมินและจัดการสถานการณ์ 2) แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้าง 3) สุขภาพกายที่แข็งแรง และ 4) ประสบการณ์แห่งความสำเร็จในอดีตทั้งจากตนเองและผู้อื่น[14] องค์ประกอบเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้บุคคลเกิดความหวัง ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมายและลดความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย

การป้องกันความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีหลากหลายแนวทาง เช่น การคัดกรองความเสี่ยงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ได้แก่ Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) และ PHQ-9 การสัมภาษณ์ทางคลินิกอย่างละเอียด การให้ยารักษาโรคซึมเศร้า การวางแผนความปลอดภัยส่วนบุคคล (Safety planning intervention) และนโยบายป้องกันการฆ่าตัวตาย เช่น โครงการ “Zero Suicide” ในประเทศไทยมีการดำเนินงานโดยกรมสุขภาพจิต เช่น คู่มือปฏิบัติงานเชิงรุกและสายด่วนสุขภาพจิต 1323[5] ถึงแม้ว่าจะมีการพัฒนา

โปรแกรมบำบัดทางจิตวิทยาหลายรูปแบบ อาทิ การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดแบบยอมรับและมุ่งมั่น การบำบัดด้วยสติ และการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม[15] แต่แนวทางเหล่านี้ยังขาดการบูรณาการแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เช่น ความหวัง และยังมีข้อจำกัดในการตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยเฉพาะในกิจกรรมกลุ่มที่อาจไม่เอื้อต่อการเปิดเผยเรื่องราวส่วนตัวเชิงลึก ส่งผลให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาเฉพาะตัวได้อย่างแท้จริง Herth[16] ได้นำเสนอแนวคิดการสร้างความหวังผ่าน 4 กระบวนการ ได้แก่ 1) กระบวนการสร้างประสบการณ์ (Experiential process) โดยการระลึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational thought process) ที่เชื่อมโยงอดีต ปัจจุบัน และอนาคต 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (Spiritual process) ที่เน้นการค้นหาความหมายในชีวิต และ 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (Relational process) ที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางอารมณ์และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ช่วยเสริมสร้างพลังใจ มุมมองเชิงบวก และความหวังต่อการดำเนินชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมสร้างความหวังโดยใช้แนวคิดของ Herth[16] ยังไม่เคยนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศไทย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยมุ่งเน้นการปรับกระบวนการคิด การวางแผนชีวิต และการส่งเสริมแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

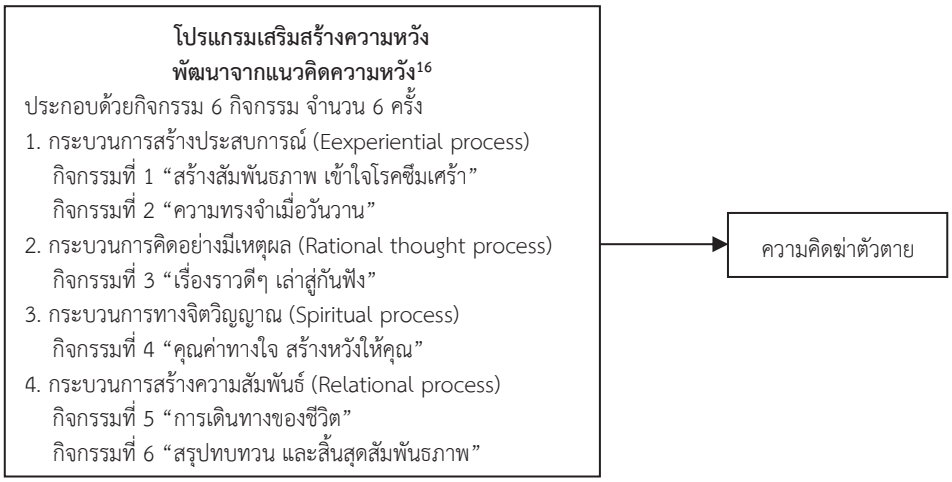
1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการเสริมสร้างความหวังของ Herth[16] ในการพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังความหวังเป็นความคิดความรู้สึกที่มีอยู่ในตัวบุคคล ที่เชื่อว่าจะเจอสิ่งที่ดีในอนาคต เป็นแรงขับที่ทำให้บุคคลสามารถกระทำสิ่งต่างๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถแสดงออกได้ทางอารมณ์ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ คือ 1) กระบวนการประสบการณ์ (Experiential process) เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลได้เรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จและไม่ประสบความสำเร็จ รวมทั้งเหตุการณ์ที่สิ้นหวัง เพื่อนำมาปรับมุมมองใหม่ ในการคิดเชิงบวก 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล (Rational thought process) การที่บุคคลจะกระทำเป้าหมายให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น บุคคลจะต้องมีกระบวนการคิด และกระทำกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ เมื่อบุคคลมีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจนและเป็นจริงได้ พร้อมทั้งสามารถทบทวนประสบการณ์

ในอดีตที่เคยผ่านวิกฤตมาได้สำเร็จ จะเกิดความตระหนัก ยอมรับความจริง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหา ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจ ความหวัง และลดความคิดฆ่าตัวตายลง 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ (Spiritual process) เป็นการคงไว้ซึ่งสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ความเชื่อและจิตวิญญาณ อาจมีความเกี่ยวข้องกับศาสนา พิธีกรรมตามความเชื่อของบุคคล ความต้องการทางจิตวิญญาณ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจและความเชื่อในพลังที่ยิ่งใหญ่กว่าตนเอง ช่วยให้บุคคลค้นพบความหมายและจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นที่พึ่งทางใจ ลดความรู้สึกสิ้นหวังและความคิดฆ่าตัวตาย และ 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์ (Relational process) เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อสนับสนุนด้านอารมณ์ การแลกเปลี่ยนข้อมูล เกิดการมีส่วนร่วม สนับสนุน ส่งเสริม และยอมรับซึ่งกันและกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความหวังและแรงบันดาลใจในการมีชีวิตอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตาย จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความหวังเพื่อช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-post test design) เป็นการให้การบำบัดแบบรายบุคคล

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า รหัสโรค F32, F33 (ICD 10 CM, 2025) หรือ DSM-V รหัสโรค 296.xx (DSM 5 TR, 2022) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแบบผู้ป่วยใน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า รหัสโรค F32, F33 (ICD 10 CM, 2025) หรือ DSM-V รหัสโรค 296.xx (DSM 5 TR, 2022) ร่วมกับมีภาวะ Suicide idea หรือ Suicide risk มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่เข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยกำหนด**เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria)** ดังนี้ 1) มีคะแนนความเสี่ยงฆ่าตัวตายอยู่ระหว่าง 1 - 16 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q) (มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อยถึงปานกลาง) 2) สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียนด้วยภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาด้านการพูด การได้ยินและการมองเห็น **เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)**

ดังนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ได้แก่ หงุดหงิด หลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมก้าวร้าว หวาดระแวง เป็นต้น หรืออาการทางกายรุนแรง ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอก เกร็ง เป็นต้น **เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria)** ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม **การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณค่าอำนาจอิทธิพล โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการศึกษาของปวีณา นพโสตร เรื่อง ผลของโปรแกรมเสริมสร้างความหวังแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ ด้วยโปรแกรม G*Power version 3.1 กำหนดค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% หรือระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.87 นำไปคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างน้อยกลุ่มละ 22 คน และเพื่อเป็นการทดแทนหากมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างดำเนินการวิจัย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 จำนวน 4 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 48 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน โดยมีการควบคุมการปนเปื้อนระหว่างกลุ่ม (Contamination) ผู้วิจัยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 หอผู้ป่วย กลุ่มทดลอง (หอผู้ป่วย A) และกลุ่มควบคุม (หอผู้ป่วย B) โดยมีผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมโปรแกรมทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 รูปแบบ ดังนี้ **1) เครื่องมือคัดกรอง** ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย (8Q)[17] ได้ตรวจสอบค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 **2) เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI – Thai version 2014)[18] มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.89 และตรวจสอบความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.88 และ **3) เครื่องมือดำเนินการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเข้าใจภาษา ขั้นตอนการทำกิจกรรม มีบางคำชี้แจงในใบงานกิจกรรมที่ต้องใช้เวลาในการทำความเข้าใจ ทำให้ผู้วิจัยต้องอธิบายซ้ำ มีการปรับแก้ไขโดยใช้เวลาในการอธิบายรายละเอียดของใบงานกิจกรรมเพิ่มขึ้น และมีการทวนซ้ำทุกครั้งก่อนเริ่มทำใบงาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า จำนวน 2 หอผู้ป่วย รวมทั้งสิ้น 48 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดด้วยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง แล้วจับฉลากแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มทดลอง (หอผู้ป่วย A) และกลุ่มควบคุม (หอผู้ป่วย B) กลุ่มละ 24 คน หลังจากที่ผู้ป่วยให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 และได้รับการพยาบาลตามปกติ แล้วนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในสัปดาห์ที่ 2 เมื่อครบ 3 สัปดาห์ เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้ง (Posttest)

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Pretest) ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการให้โปรแกรมเสริมสร้างความหวัง โดยทำเป็นรายบุคคล ณ ห้องประชุมหอผู้ป่วยจิตเวช ดำเนินการทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “สร้างสัมพันธภาพ เข้าใจโรคซึมเศร้า” มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยและสมาชิก เพื่อสร้างความไว้วางใจและลดความวิตกกังวล พร้อมให้ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า อาการ สาเหตุ วิธีการดูแลตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์และรูปแบบกิจกรรมตลอดโปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 “ความทรงจำเมื่อวันวาน” ดำเนินกิจกรรมภายใต้กระบวนการประสบการณ์ โดยให้สมาชิกเล่าถึงเหตุการณ์ในอดีตทั้งที่ประสบความสำเร็จและไม่สำเร็จ เพื่อสะท้อนคิดและเชื่อมโยงประสบการณ์เหล่านั้นกับการสร้างความหวังในปัจจุบัน

กิจกรรมที่ 3 “เรื่องราวดี ๆ เล่าสู่กันฟัง” ใช้แนวคิดกระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ผ่านกิจกรรมเล่าเรื่องราวความสำเร็จในอดีต เพื่อกระตุ้นการประเมินความคิด ความรู้สึก และค้นหาความหมายของเหตุการณ์ ซึ่งส่งเสริมให้เกิดทัศนคติเชิงบวกและแรงบันดาลใจในการดำเนินชีวิต

กิจกรรมที่ 4 “คุณค่าทางใจ สร้างหวังให้คุณ” ดำเนินกิจกรรมโดยเน้นกระบวนการทางจิตวิญญาณ ให้สมาชิกสะท้อนคุณค่าภายใน ความเชื่อ หรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เพื่อนำไปสู่การสร้างแรงใจ ความเข้มแข็งภายใน และเป้าหมายชีวิต

กิจกรรมที่ 5 “การเดินทางของชีวิต” เน้นกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ โดยให้สมาชิกพูดคุยถึงประสบการณ์ความสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญในชีวิต ทบทวนความหมายที่ได้รับ และวางแผนชีวิตในอนาคต เพื่อสร้างความหวังและมุมมองเชิงบวกต่อชีวิต

กิจกรรมที่ 6 “สรุปทบทวน และสิ้นสุดสัมพันธภาพ” สมาชิกได้สะท้อนตนเอง ทบทวนกิจกรรมตลอดโปรแกรม ประเมินการเปลี่ยนแปลงด้านความคิด อารมณ์ และระดับความหวัง พร้อมกล่าวสิ้นสุดสัมพันธภาพอย่างเป็นทางการ

เมื่อทำกิจกรรมครบ 6 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Posttest)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่หนังสือรับรอง COA No. 044/2567 ต่ออายุการรับรองครั้งที่ 1 วันที่อนุมัติ 7 พฤษภาคม 2568 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 29 เมษายน 2569 และจากคณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทย์ทหารบก หนังสือรับรองที่ IRBRTA 1293/2567 วันที่อนุมัติ 1 ตุลาคม 2567 วันสิ้นสุดการอนุมัติ 30 กันยายน 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข่อมูลโดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยวิธีการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square และ Fisher's exact test 2) ตรวจสอบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง โดยใช้สถิติ Dependent t-test และ 3) วิเคราะห์การเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p > .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอายุในช่วง 20 - 29 ปี ในกลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 75 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 70.8 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 75 และ 79.2 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 75 และ 70.8 ตามลำดับ โดยมีอาชีพข้าราชการ กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 45.8 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 66.7 มีรายได้ 10,000 - 20,000 บาท เหมือนกัน กลุ่มทดลอง คิดเป็นร้อยละ 54.2 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 54.2 และ 41.7 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 70.8 เท่ากัน ไม่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 54.2 เท่ากัน และไม่มีบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย คิดเป็นร้อยละ 75 เท่ากัน และไม่เคยเข้ารับการบำบัดทางจิตใจรูปแบบอื่นมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 70.8 เท่ากัน แสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และการเข้ารับการบำบัดทางจิตใจ (n = 48)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)					.605[a]	.437
20 - 29	18	75.0	17	70.8		
30 - 39	6	25.0	7	29.2		
สถานภาพสมรส					.956[a]	.916
โสด	18	75.0	19	79.2		
สมรส	4	16.7	4	16.7		
หย่า/แยกทาง	2	8.3	1	4.2		
ระดับการศึกษา					2.035[b]	1.000
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	12.5	3	12.5		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	75.0	17	70.8		
ปริญญาตรี	3	12.5	4	16.7		
อาชีพ					11.310[b]	.116
ข้าราชการ	11	45.8	16	66.7		
เจ้าของกิจการ	3	12.5	4	16.7		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3	12.5	2	8.3		
อื่นๆ	7	29.2	2	8.3		
รายได้ (บาท)					7.020[b]	.705
ไม่มีรายได้	3	12.5	2	8.3		
ต่ำกว่า 10,000	3	12.5	8	33.3		
10,000 - 20,000	13	54.2	12	50.0		
20,001 - 30,000	5	20.8	2	8.3		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำแนกตามอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเองและบุคคลในครอบครัว และการเข้ารับการบำบัดทางจิตใจ (n = 48) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 24)		กลุ่มควบคุม (n = 24)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความเพียงพอของรายได้					4.982[b]	.265
เพียงพอและมีเหลือเก็บ	5	20.8	3	12.5		
เพียงพอ	13	54.2	10	41.7		
ไม่เพียงพอ	6	25.0	11	45.8		
โรคประจำตัว					.002[a]	1.000
ไม่มี	17	70.8	17	70.8		
มี	7	29.2	7	29.2		
พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.593[a]	.102
ไม่เคย	13	54.2	13	54.2		
เคย	11	45.8	11	45.8		
พฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.593[a]	.102
ไม่เคย	13	54.2	13	54.2		
เคย	11	45.8	11	45.8		
บุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย					2.667[a]	.102
ไม่มี	18	75.0	18	75.0		
มี	6	25.0	6	25.0		
เข้ารับการบำบัดทางจิตใจรูปแบบอื่นมาก่อน					.897[a]	.344
ไม่เคยบำบัด	17	70.8	17	70.8		
เคยบำบัด	7	29.2	7	29.2		

a = Chi-square, b = Fisher's exact test

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	7.21	2.95	23	15.11	< .001
หลังการทดลอง	.96	1.23			

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Mean = 0.96, SD = 1.23) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 7.21, SD = 2.95) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 15.11, p < .001)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 24)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	Mean	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	6.17	2.37	23	11.60	< .001
หลังการทดลอง	3.38	1.66			

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Mean = 3.38, SD = 1.66) ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง (Mean = 6.17, SD = 2.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 11.60, p< .001)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 48)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			df	t	p-value
	Mean (SD)	$\bar{D}_1$	SD	Mean (SD)	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนการทดลอง	7.21 (2.95)	-6.25	1.72	6.17 (2.37)	-2.79	.71	46	7.23	< .001
หลังการทดลอง	.96 (1.23)			3.38 (1.66)					

จากตารางที่ 4 พบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ($\bar{D}_1$ = -6.25, SD = 1.72) สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{D}_2$ = -2.79, SD = 0.71) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 7.23, p < .001)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างความหวัง ต่ำกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ดำเนินการบำบัดแบบรายบุคคล ผ่านกิจกรรม 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่งผลให้ระดับความคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจน โดยกระบวนการดำเนินงานของโปรแกรมนี้สอดคล้องกับแนวคิดทางทฤษฎีด้านจิตวิทยาและงานวิจัยหลายฉบับที่เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง “ความหวัง” และ “การลดความคิดฆ่าตัวตาย” โดยดำเนินกิจกรรมผ่าน 4 กระบวนการหลัก คือ 1) กระบวนการประสบการณ์ มีส่วนช่วยให้อาสาสมัครวิจัยสามารถเปิดเผยความรู้สึกอย่างจริงใจ ลดความรู้สึกแปลกแยก (Isolation) และเริ่มต้นการยอมรับปัญหาภายในตนเอง ซึ่งสนับสนุนทฤษฎี Cognitive theory of suicide ที่ระบุว่าการเปิดเผยอารมณ์อย่างตรงไปตรงมาภายใต้บริบทที่ปลอดภัยสามารถลดกระบวนการคิดฆ่าตัวตายได้ ผลลัพธ์สอดคล้องกับแนวคิดของ Yalom[19] เรื่อง “Universality” ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการรับรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพังสามารถลดความสิ้นหวังได้ อีกทั้งยังเชื่อมโยงกับ “Papageno effect” ที่ชี้ว่าการได้รับฟังเรื่องราวของผู้ที่ผ่านภาวะวิกฤติสามารถช่วยป้องกันความคิดฆ่าตัวตายได้[20] 2) กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล ช่วยส่งเสริมการตีความสถานการณ์ในอดีตที่ประสบความสำเร็จเพื่อนำไปสู่การวางแผนจัดการปัญหาในปัจจุบันและอนาคต โดยการเชื่อมโยงกับประสบการณ์เชิงบวก

ในอดีต โปรแกรมนี้ส่งเสริมให้ผู้เข้าร่วมสามารถมองเห็นคุณค่าและศักยภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Herth[16] ทั้งนี้ แนวคิด “Episodic future thinking”[21] ก็สนับสนุนเช่นกันว่า การฝึกนึกถึงภาพอนาคตโดยอ้างอิงจากความทรงจำเชิงบวกในอดีต ช่วยเพิ่มระดับความหวังและลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) กระบวนการทางจิตวิญญาณ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการเชื่อมโยงกับความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณในฐานะที่เป็นกลไกภายในในการรับมือกับความทุกข์ใจและความคิดฆ่าตัวตาย กระบวนการทางจิตวิญญาณในโปรแกรมนี้ พบว่า การมีความเชื่อทางศาสนาและจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์กับอัตราความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เน้นบทบาทของความเชื่อทางศาสนาในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย การค้นหาความหมายของชีวิต ซึ่งมีบทบาทในการสร้างพลังใจ[20] สอดคล้องกับการศึกษาของ ณรัชต์หทัย ล้ำเลิศ[22] ที่ระบุว่า การมีแรงบันดาลใจทางจิตวิญญาณสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตในแต่ละวันและส่งเสริมการมีชีวิตอยู่ การมีแรงบันดาลใจหรือสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เช่น เป้าหมายในชีวิต บุคคลที่รัก หรือค่านิยมที่ยึดถือ ช่วยส่งเสริมความพยายามในการมีชีวิตอยู่ต่อไป 4) กระบวนการสร้างความสัมพันธ์เป็นหัวใจสำคัญของการเสริมสร้างความหวังผ่านความสัมพันธ์กับผู้อื่น โดยเฉพาะครอบครัว เพื่อน และสังคมรอบข้าง[23] ผลที่พบสอดคล้องกับทฤษฎีของ Dufault & Martocchio[24] ที่มองว่า ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นรากฐานของความหวัง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ กิจกรรมที่ส่งเสริมการทบทวนความสัมพันธ์และสะท้อนคุณค่าของตนในสายตาผู้อื่นจึงช่วยลดความรู้สึกไร้ค่า และส่งเสริมการมีชีวิตอย่างมีเป้าหมาย นอกจากนี้กระบวนการทั้งหมดของโปรแกรมยังสอดคล้องกับกรอบแนวคิดด้านจิตวิทยาเชิงบวกที่เน้นการส่งเสริมความหวัง ความหมายของชีวิต และเป้าหมายในอนาคต[13] ซึ่งเป็นกลไกที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตาย

2. ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาที่พบเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอธิบายได้ว่า ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ประกอบด้วยกระบวนการบำบัด 4 ด้าน ได้แก่ กระบวนการประสบการณ์ กระบวนการคิดอย่างมีเหตุผล กระบวนการทางจิตวิญญาณ และกระบวนการสร้างความสัมพันธ์ ผ่านกิจกรรมจำนวน 6 กิจกรรม ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ มีประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการลดระดับความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยอธิบายได้ผ่านแนวคิดของ Herth[16] ซึ่งเสนอว่า “ความหวัง” เป็นพลังเชิงบวกที่ประกอบด้วยการคาดหวังผลลัพธ์ที่ดีในอนาคต ความเชื่อมั่นในตนเอง การมีความสัมพันธ์ที่สนับสนุน และการมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจซึ่งสะท้อนออกมาทางอารมณ์และพฤติกรรมของบุคคล

ในกลุ่มทดลอง อาสาสมัครวิจัยได้รับการส่งเสริมความหวังผ่านกิจกรรมที่มุ่งเน้นการระบายอารมณ์ การทบทวนประสบการณ์ชีวิตในอดีต โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เคยประสบความสำเร็จแม้เพียงเล็กน้อย ซึ่งส่งผลให้เกิดการยอมรับตนเองในปัจจุบัน และมีความเชื่อมั่นในการเผชิญกับปัญหาในอนาคต กระบวนการนี้สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าการระลึกถึงอดีตและการถ่ายทอดอารมณ์จากความทรงจำที่มีความหมายเป็นกระบวนการหนึ่งที่ช่วยเสริมสร้างความหวัง[25]

เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน อาจเนื่องจากการดูแลตามปกติ มีการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย การให้ความรู้ และการดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา นอกจากนั้นยังมีปัจจัยแวดล้อมอื่น เช่น การได้รับความสนใจจากบุคลากร การมีปฏิสัมพันธ์กับทีมวิจัย หรือการได้รับการประเมินสุขภาพจิตอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งอาจส่งผลเชิงบวกต่อภาวะจิตใจของผู้ป่วยและช่วยลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้ อย่างไรก็ตามการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มควบคุมยังต่ำกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือผลการวิจัยครั้งนี้เป็นผลจากโปรแกรมเสริมสร้างความหวังตามแนวคิดของ Herth[16] ที่เสนอว่าความหวังมีองค์ประกอบหลักสองด้าน คือ ความตั้งใจในการบรรลุเป้าหมายและการวางแผนเพื่อบรรลุเป้าหมายนั้น ซึ่งพบว่ากระบวนการภายในโปรแกรมที่เน้นการสะท้อนความคิดและการวางแผนในอนาคตมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นการคิดในเชิงสร้างสรรค์ ลดความคิดแบบ “คิดซ้ำเชิงลบ” (Rumination) และเพิ่มการมองชีวิตในมุมที่เป็นไปได้มากขึ้น นอกจากนี้การส่งเสริมความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างและการได้รับการยอมรับในกลุ่ม ยังมีบทบาทสำคัญในการลดความรู้สึกโดดเดี่ยว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักต่อความคิดฆ่าตัวตาย โดยสอดคล้องกับแนวคิดของ Dufault & Martocchio[24] ที่อธิบายว่า “ความหวัง” เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นจากบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล รวมถึงแนวคิดของ Yalom[19] เรื่อง “Universality” ซึ่งชี้ว่า การตระหนักว่าผู้อื่นก็ประสบปัญหาเช่นเดียวกัน ช่วยลดความรู้สึกแปลกแยกและเสริมสร้างพลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nam และคณะ[21] ที่พบว่า การฝึกใช้ความคิดแบบจินตนาการถึงเหตุการณ์ในอนาคต (Episodic future thinking) จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจินตนาการถึงอนาคตที่เป็นไปได้ในเชิงบวก ซึ่งอาจมีส่วนช่วยลดระดับความคิดฆ่าตัวตายได้

สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความหวังที่ได้รับการออกแบบจากแนวคิดของ Herth[16] และดำเนินการอย่างเป็นระบบ สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาหรือขยายผลจึงมีความสำคัญในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การนำโปรแกรมเสริมสร้างความหวังไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น พยาบาลควรได้อบรมการใช้โปรแกรมที่ดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สุรายาเสพติด ในการลดความคิดฆ่าตัวตาย

2. ผู้ที่นำโปรแกรมไปใช้ สามารถปรับเปลี่ยนเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามผลหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความหวังในระยะยาว เช่น 1 เดือน, 3 เดือน, 6 เดือน เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาพัฒนาต่อยอดแนวคิดความหวังในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในโรคจิตเวชกลุ่มอื่นๆ เช่น โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือยาเสพติด เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิง มัณฑารพ กมลาศน์ ทางคณะผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์ หัวหน้าพยาบาล พยาบาลปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหอผู้ป่วยที่ได้กรุณาสนับสนุนให้การช่วยเหลือเป็นอย่างดี ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่านที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Mekkulwirot R. Psychiatric nursing. Bangkok: University Press; 2025. (in Thai).
2. Huaisai T, Surinchompu K, Pongtrippat W. Negative automatic thought and suicidal risk of psychiatric patients. Journal of Sakon Nakhon Hospital 2021;36(3):49-57. (in Thai).
3. World Health Organization. Depression. [Internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.
4. Department of Mental Health. National mental health report 2024. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2024. (in Thai).
5. Department of Mental Health. National mental health report 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai).
6. Nation Thailand. Thailand records over 5,000 suicide deaths in past year. [Internet]. [cited 2025 Jun 20]. Available from: https://www.nationthailand.com.
7. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. J Psychiatr Assoc Thailand 2017;62(4):359-78. (in Thai).
8. Mahathamnuchock S. The related theories and model of suicidal behavior: an ideation to action applicable to suicide prevention. THJPH 2022;52(1):88-98. (in Thai).
9. Miller JF. Hope-inspiring strategies of the critically ill. Appl Nurs Res 1989;2(1):23-9.
10. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry 1985;142(5):559-63.
11. Cheavens JS, Cukrowicz KC, Hansen RJ, Mitchell SM. Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide: the role of hope and self-forgiveness in an older adult sample. J Clin Psychol 2016;72(1):58-69.
12. Snyder CR. Handbook of hope: theory, measures, and applications. San Diego: Academic Press; 2000.
13. Masjedi-Arani A, Yoosefee S, Hejazi S, Jahangirzade M, Jamshidi MA, Heidari M, et al. Effectiveness of an Islamic approach to hope therapy on hope, depression, and anxiety in comparison with conventional hope therapy in patients with coronary heart disease. J Adv Med Biomed Res 2020;28:82-9.
14. Singkhorn O, Hamtanon P. Hope therapy for patients with depression: concepts and applications. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2021;35(1):146-56. (in Thai).
15. Suksawat B, Hengudomsub P, Nabkasorn C. The effects of group cognitive behavioral modification program on hope and depression among community-dwelling older adults. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2017;25(1):95-107. (in Thai).
16. Herth K. Development and implementation of a hope intervention program. Oncol Nurs Forum 2001;28(6):1009-17.

17. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. [Internet]. [cited 2024 May 1]. Available from: https://thaidepression.com. (in Thai).
18. Kittiteerasack P, Muijeen K. Psychometric properties of the Thai version of the Scale for Suicidal Ideation (SSI-Thai version 2014). J Psychiatr Ment Health Nurs 2015;29(1):93-102. (in Thai).
19. Yalom ID, Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York: Basic Books; 2005.
20. Niederkrotenthaler T, Kirchner S, Sinyor M, Braun M, Pirkis J, Tran US, et al. Effects of media stories of hope and recovery on suicidal ideation and help-seeking attitudes and intentions: systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2022;7(2):e156-68.
21. Nam RJ, Lowry NJ, Lawrence OC, Novotny LJ, Cha CB. Episodic future thinking and psychopathology: a focus on depression and suicide risk. Curr Opin Psychol 2024;59:101853.
22. Lamlert N, Tasee P. Hope experience of people living with HIV. MCU Journal of Social Development 2024;9(3):266-80. (in Thai).
23. Sun B, Wang N, Li K, Yang Y, Zhang F. The mediating effects of hope on the relationships of social support and self-esteem with psychological resilience in patients with stroke. BMC Psychiatry 2024;24(1):340.
24. Dufault K, Martocchio BC. Hope: its spheres and dimensions. Nurs Clin North Am 1985;20(2):379-91.
25. Faul L, Ford JH, Kensinger EA. Update on “emotion and autobiographical memory”: 14 years of advances in understanding functions, constructions, and consequences. Phys Life Rev 2024;51:255-72.