

## ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย\*

### The Effect of a Brief Intervention Program on Suicidal Ideation in Suicidal Attempters\*

สุวลักษณ์ ภูอาษา, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)<sup>1</sup>

Suwaluk Pooasa, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing)<sup>1</sup>

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, พ.ศ. (การพยาบาล)<sup>2</sup>

Penpaktr Uthis, Ph.D. (Nursing)<sup>2</sup>

Received: April 4, 2020   Revised: May 20, 2020   Accepted: May 21, 2020

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด จำนวน 30 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น แบบประเมินความหวัง มีค่าความเชื่อมั่น .80 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย มีค่าความเชื่อมั่น .81 ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน paired *t*-test และ independent *t*-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.228, p < .001$ ) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.188, p < .05$ )

จากการวิจัยครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตายต่อไป

**คำสำคัญ:** ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ความคิดฆ่าตัวตาย

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\* Master's Thesis of Nursing Science Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

<sup>1</sup> มหามบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

<sup>1</sup> Master, Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

<sup>1</sup> ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: suwaluk\_p@hotmail.com

<sup>2</sup> ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

<sup>2</sup> Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University: Advisor

## Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of a brief intervention program on suicidal ideation in suicidal attempters. The samples consisted of 30 suicidal attempters who received service at the in-patient department, Trat Hospital and were equally divided into an experimental group ( $n = 15$ ) and a control group ( $n = 15$ ). The research instruments included the brief intervention program, the Herth Hope Index with the reliability of .80, the demographic questionnaire, and the SSI-Thai version 2014 with the reliability of .81. The implementation and data collection were conducted from January to May, 2018. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, paired  $t$ -test, and independent  $t$ -test.

The research results revealed that after the experiment, the experimental group had statistically significant lower mean score of suicidal ideation than that of before the experiment ( $t = 14.228, p < .001$ ) and lower than that of the control group ( $t = 2.188, p < .05$ ).

This research suggests that psychiatric care nurses should apply this brief intervention program to prevent suicidal ideation among suicidal attempters. The program would promote suicidal attempters to have hope and appropriate behaviors in order to prevent suicide.

**Keywords:** Suicidal attempter, Brief intervention program, Suicidal ideation

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสังคมและประเทศทั่วโลก สำหรับประเทศไทยพบอัตราการทำร้ายตนเองหรือการพยายามฆ่าตัวตายของคนไทยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2553 คิดเป็น 38.45, 38.36 และ 37.38 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และในช่วงปี พ.ศ. 2555-2559 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 6.20, 6.08, 6.07, 6.47 และ 6.35 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ คิดเป็นอัตราส่วนชายต่อหญิงเท่ากับ 4.02 : 1 โดยอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงสุดอยู่ในกลุ่มอายุ 30-39 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ทุก 2 ชั่วโมง มีคนฆ่าตัวตาย 1 คน และร้อยละ 10-20 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะสามารถฆ่าตัวตายได้สำเร็จ ส่วนผู้ที่ฆ่าตัวตายไม่สำเร็จมีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำเกือบทุกราย และร้อยละ 10 ของบุคคลกลุ่มนี้สามารถจบชีวิตตนเองเป็นผลสำเร็จในเวลาต่อมา (กรมสุขภาพจิต, 2555)

พฤติกรรมฆ่าตัวตาย (suicidality) มีความหมายครอบคลุมถึงความคิดและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, & Bunney, 2002) ตั้งแต่คิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ชูจะฆ่าตัวตาย

(suicidal threat) พยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt) ไปจนถึงฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) โดยความคิดฆ่าตัวตายเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเกิดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (อรพรรณ ลือนุญชวัชชัย, 2553) ดังนั้น การจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายจึงเป็นการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายได้ดีที่สุด (ปรีช กิตติธีระศักดิ์, 2555) ทั้งนี้ Beck, Steer, and Ranieri (1988) ได้อธิบายว่า ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) เป็นความปรารถนาหรือแผนการที่เกิดขึ้นในปัจจุบันเพื่อต้องการจะทำร้ายตนเองให้เสียชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการใดที่ปรากฏออกมาให้เห็นถึงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งความรุนแรงของความตั้งใจในความคิดฆ่าตัวตายนั้นจะเป็นข้อบ่งชี้ได้อย่างชัดเจนถึงความเสี่ยงในการเกิดการฆ่าตัวตาย

จากการทบทวนวรรณกรรม Feigelman and Feigelman (2008) พบว่า แม้ว่าผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายจะได้รับการช่วยเหลือเพื่อฟื้นชีวิตแล้ว แต่เมื่อกลับไปอยู่ในสังคมและต้องมีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งการสูญเสียที่เกิดขึ้น เมื่อปรับตัวไม่ได้หรือปรับตัวได้ไม่ดี อาจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในที่สุด สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Hawton, Zahl, and Weatherall (2003) ที่ศึกษาติดตามนาน 1 ปี พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความคิดฆ่าตัวตายและเกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็น 66 เท่า ของประชากรทั่วไปที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความคิดฆ่าตัวตายที่ยังหลงเหลืออยู่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งควรได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตายมีหลายประการ (วรภรณ์ ประทีปธีรานันต์, 2557; อนุพงศ์ คำมา, 2556; อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2553) ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส บุคลิกภาพ อารมณ์เจ็บป่วยทางร่างกาย โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยทางสังคม เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ สัมพันธภาพกับคู่สมรส ประวัติการทำร้ายตัวเองและคนในครอบครัว และ 3) ปัจจัยทางจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกด้อยคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกโกรธและโมโห ทักษะการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และการขาดเป้าหมายในชีวิต โดยปัจจัยทางจิตใจนั้นสามารถอธิบายตามแนวคิด stress-diathesis model ได้ว่า ความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากการที่บุคคลมีความเครียดและความกดดันในชีวิต ร่วมกับมี diathesis คือ ภาวะเปราะบาง (vulnerable) ที่สำคัญ เช่น การขาดความหวังและแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ (Hawton & van Heeringen, 2009) ซึ่งเป็นภาวะเปราะบางที่ทำให้บุคคลเสี่ยงต่อการเกิดความคิดฆ่าตัวตายตามมา โดยเฉพาะในขณะที่ต้องเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต ส่วนการศึกษาของ Huen, Ip, Ho, and Yip (2015) พบว่า ผู้ที่มีความหวังมากจะมีความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่า ดังนั้น การสนับสนุนให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายเกิดความหวังและมีแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และสามารถป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรม แม้ว่าจะมีการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย เช่น โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2557) การให้คำปรึกษาครอบครัว (น้ำทิพย์ วิชาชัย และอรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2555) และการทำกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (จารุวรรณ ก้านศรี, 2555) อย่างไรก็ตาม การบำบัดดังกล่าวต้องใช้เวลาในการบำบัด 3-6 สัปดาห์ จึงไม่สามารถดำเนินการได้แล้วเสร็จในช่วงที่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการรักษาตัวเพื่อดูแลภาวะที่คุกคาม

ชีวิตด้านร่างกายในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบว่า O'Connor et al. (2015) ได้พัฒนาการบำบัดแบบสั้น (brief intervention) โดยเรียกชื่อโปรแกรมว่า Teachable Moment Brief Intervention (TMBI) เพื่อใช้บำบัดผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยโปรแกรมนี้เกิดจากการผสมผสาน 2 แนวคิด คือ the therapeutic philosophy of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) (Comtois et al., 2011) และ the functional analysis of self-directed violence inherent in Dialectical Behavior Therapy (DBT) (Linehan et al., 2006) ซึ่งพบว่า ข้อดีของการบำบัดแบบสั้นนี้ คือ ประกอบด้วยกิจกรรมบำบัด 4 ขั้นตอน ใช้เวลาดำเนินการเพียงขั้นตอนละ 60 นาที และสามารถดำเนินการได้ทุกวันติดต่อกัน จึงสามารถดำเนินการบำบัดและประเมินผลได้เสร็จสิ้นภายในเวลา 4 วัน ซึ่งสอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่นอนพักในโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการด้านร่างกายที่เกิดจากการพยายามฆ่าตัวตาย การบำบัดแบบสั้นจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการยอมรับตนเอง รวมทั้งเกิดความหวัง และมีแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้มีความคิดฆ่าตัวตายลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายตามมา ซึ่งปัจจุบัน โปรแกรมนี้ยังไม่เคยมีการนำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายในประเทศไทย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) และนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในบริบทของประเทศไทย เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำ และเพิ่มทางเลือกในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตายต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

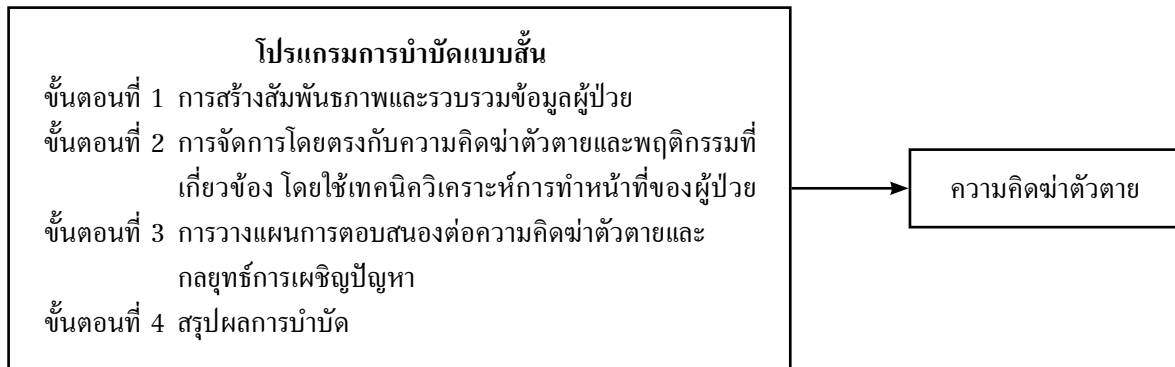
### สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) โดยการบำบัดแบบสั้นเป็นการใช้การตอบสนองต่อเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล นำไปสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สนับสนุนให้เกิดการยอมรับตนเอง การเข้าใจตนเอง การสร้างความหวัง เพิ่มแรงจูงใจที่จะเข้ารับการรักษาและมีชีวิตอยู่ต่อไป และนำไปสู่การเสริมสร้างความรู้ ความสามารถ ทักษะของ

ตนเอง และการมีสัมพันธภาพที่ดีในสังคม ซึ่งปัจจัยป้องกันเหล่านี้สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ ทั้งนี้ โปรแกรมการบำบัดแบบสั้นประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย 3) การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา และ 4) สรุปผลการบำบัด สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pretest-posttest design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (X69-X84) ตามคู่มือการวินิจฉัยโรคสากลขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ 1) มีอายุ 14 ปีขึ้นไป 2) มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) 3) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 5) อาการด้านร่างกายไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ เข้าร่วมการวิจัยไม่ครบขั้นตอนและขอถอนตัวจากการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power of test) ด้วยโปรแกรม Power Analysis of Sample Size (PASS) (Polit & Beck, 2004) โดยนำค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการทดลองในการศึกษาของ O'Connor et al. (2015) มาใช้ในการคำนวณ

โดยกำหนดอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 13 คน (กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม) รวมจำนวน 26 คน และเพื่อเป็นการทดแทนในกรณีที่มีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 15 คน รวมจำนวน 30 คน เลือกลุ่มตัวอย่างโดยการจับคู่ตามเพศและอายุ

**เครื่องมือการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1.1 โปรแกรมการบำบัดแบบสั้น ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ประกอบด้วย 2 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ใช้เวลา 15 นาที เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย โดยการทักทายด้วยประโยคที่แสดงความเห็นใจ ใส่ใจกับอาการและภาวะสุขภาพในปัจจุบันของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย ใช้เวลา

45 นาที เป็นการรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม โดยค่อยๆ เปลี่ยนจากการสนทนาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพไปเชื่อมโยงถึงการสนทนาเพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคลิกลักษณะ การสื่อสารส่วนบุคคล อารมณ์ ความคิด และการแสดงออกของผู้ป่วย จากนั้นค่อยๆ เชื่อมโยงถึงพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่เพิ่งเกิดขึ้น ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว ลักษณะทางจิตสังคม และความเข้มแข็งและความอ่อนแอ โดยใช้หลักการให้คำปรึกษา เช่น การเห็นอกเห็นใจ การตรวจสอบความรู้สึก การสะท้อนกลับ การสรุปความ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การค้นหาและวิเคราะห์การจัดการสาเหตุ/ปัจจัยกระตุ้นของความคิดฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น โดยให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นนั้นๆ

กิจกรรมที่ 4 การค้นหาความหมายของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ วิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย โดยให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับตนเอง และดูแลให้ผู้ป่วยสามารถประเมินตนเองได้

กิจกรรมที่ 5 การวิเคราะห์การพัฒนาของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยให้เหตุผลสั้นๆ ถึงประโยชน์ที่จะได้รับการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น ความคิดฆ่าตัวตายเป็นแบบทันทีทันใดหรือแบบค่อยเป็นค่อยไป มีการวางแผนฆ่าตัวตาย การเตรียมอุปกรณ์ หรือการทำร้ายตนเองมาก่อนการพยายามฆ่าตัวตายครั้งนี้ และค้นหาความรู้สึกถึงระหว่างการอยากมีชีวิตอยู่กับการอยากจบชีวิต ก่อนที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย

กิจกรรมที่ 6 การเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ใช้เวลา 15 นาที เป็นการประเมินการรับรู้ เปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น โดยให้เหตุผลสั้นๆ ถึง

ประโยชน์ที่จะได้รับการพูดคุย คือ เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย ผู้ที่สูญเสียและผู้ที่ได้รับผลประโยชน์จากการพยายามฆ่าตัวตาย และให้มีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับตนเอง และคิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ

ขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 7 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา ใช้เวลา 60 นาที เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม มีการค้นหากลยุทธ์ในการเผชิญปัญหา และจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยสามารถค้นหาแนวทางและวางแผนการปฏิบัติได้ตามแผนระยะสั้นที่วางไว้ จะทำให้มีความหวังที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้ในระยะยาว

ขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด ประกอบด้วย 1 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 8 สรุปผลการบำบัด ใช้เวลา 60 นาที เป็นการสรุปผลการบำบัดที่ผ่านมาทุกประเด็นการสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเอง เพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตาย และปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคม เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง

1.2 แบบประเมินความหวัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่เรณูการ์ ทองคำรอด (2541) แปลและดัดแปลงจากแบบประเมินดัชนีบ่งชี้ความหวังของ Herth (the Herth Hope Index) ปี ค.ศ. 1992 จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 2 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความหวังในระดับต่ำ (12-24 คะแนน) ในระดับปานกลาง (25-37 คะแนน) และในระดับสูง (38-48 คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัย

สร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วย ปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเอง และประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ผู้วิจัยใช้แบบประเมินที่ปรียศ กิตติธรรค์ศักดิ์ และเกสร มุ้ยจีน (2558) พัฒนาขึ้นจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation [SSI]) ของ Beck et al. ปี ค.ศ. 1979 จำนวนทั้งสิ้น 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 0-2 ได้แก่ ไม่มีเลย เล็กน้อย และปานกลางถึงมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ (0-6 คะแนน) ในระดับปานกลาง (7-12 คะแนน) และในระดับสูง (13 คะแนนขึ้นไป)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น แบบประเมินความหวัง และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วยจิตแพทย์ อาจารย์พยาบาล และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (3 คน) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1, 1 และ .89 ตามลำดับ ดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำโปรแกรมไปทดลองใช้กับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน และนำแบบประเมินความหวัง และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ไปทดลองใช้กับผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลตราด ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .80 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงการวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน จังหวัดตราด (เอกสารรับรอง เลขที่ 01/21 วันที่ 4 มกราคม 2561) ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูล จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และขั้นตอนการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยดำเนินการกับกลุ่มทดลองทั้งหมดก่อน โดยพบกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 12 นาที

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้น เป็นรายบุคคล โดยเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ทั้ง 8 กิจกรรม ใช้เวลาดำเนินการวันละ 60 นาที เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ที่ห้องให้คำปรึกษา กลุ่มงานจิตเวช โดยในวันที่ 1 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย (กิจกรรมที่ 1-2) ในวันที่ 2 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 การจัดการโดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้เทคนิควิเคราะห์การทำหน้าที่ของผู้ป่วย (กิจกรรมที่ 3-6) ในวันที่ 3 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 การวางแผนการตอบสนองต่อความคิดฆ่าตัวตายและกลยุทธ์การเผชิญปัญหา (กิจกรรมที่ 7) และในวันที่ 4 เข้าร่วมกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 สรุปผลการบำบัด (กิจกรรมที่ 8) จากนั้นให้ตอบแบบประเมินความหวัง โดยให้เวลาประมาณ 5 นาที เพื่อเป็นการประเมินการได้รับโปรแกรม หากมีความหวังในระดับปานกลางขึ้นไป ถือว่าได้รับโปรแกรมอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยให้เวลาประมาณ 10 นาที

5. ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเป็นรายบุคคลในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย ก่อนการทดลอง (pre-test) โดยให้เวลาประมาณ 12 นาที

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การวางแผนและปฏิบัติการพยาบาล และการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย

7. ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย หลังการทดลอง (post-test) โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

ทั้งนี้ ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมกราคมถึงเดือนพฤษภาคม 2561

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความคิดฆ่าตัวตาย วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ paired *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ ส่วนการเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง และการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วยสถิติ independent *t*-test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบเป็นโค้งปกติ

#### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 86.70 เท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี และ 31-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 26.70 เท่ากัน ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 35.73 ปี (*SD* = 11.46) และ 35.80 ปี (*SD* = 12.16) ตามลำดับ ส่วนใหญ่

มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 86.70 ตามลำดับ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.30 เท่ากัน มีอาชีพเกษตรกรกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีอาชีพรับจ้าง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.70 ตามลำดับ ความเพียงพอของรายได้ คือ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 60 และ 66.70 ตามลำดับ ไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย คิดเป็นร้อยละ 86.70 และ 66.70 ตามลำดับ ทั้งหมดไม่มีอาการหูแว่ว คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 73.30 และ 80 ตามลำดับ และทั้งหมดไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 100 เท่ากัน

2. ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 18.47 (*SD* = 2.83) และ 15.13 (*SD* = 3.96) ตามลำดับ ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเท่ากับ 6.27 (*SD* = 3.10) และ 9.20 (*SD* = 4.16) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 14.228, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง

ความคิดฆ่าตัวตาย	n	M	SD	t	p
ก่อนการทดลอง	15	18.47	2.83	14.228	< .001
หลังการทดลอง	15	6.27	3.10		

4. การเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 2.188, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2 ส่วนการเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตาย

ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.900, p < .001$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	n	M	SD	t	p
กลุ่มทดลอง	15	6.27	3.10	2.188	.037
กลุ่มควบคุม	15	9.20	4.16		

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ความคิดฆ่าตัวตาย	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	การเปลี่ยนแปลง	t	p
	M (SD)	M (SD)	$\bar{d}$ (SD)		
กลุ่มทดลอง (n = 15)	18.47 (2.83)	6.27 (3.10)	12.20 (3.31)	5.900	< .001
กลุ่มควบคุม (n = 15)	15.13 (3.96)	9.20 (4.16)	5.93 (2.43)		

### การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ O'Connor et al. (2015) ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยการบำบัดแบบสั้นนั้นเน้นการสร้างแรงจูงใจในการมีชีวิตอยู่ให้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และเพิ่มความหวัง โดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพด้วยท่าทีที่เป็นมิตร สีหน้ายิ้มแย้มแจ่มใส แสดงออกถึงความจริงใจทั้งการกระทำและคำพูด ให้การยอมรับและเห็นอกเห็นใจในตัวผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความคุ้นเคย ไว้วางใจในการพูดคุยกับผู้บำบัด และทำให้เกิดแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม จากนั้นมีการประเมินลักษณะความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมการแสดงออก และพฤติกรรมฆ่าตัวตายของผู้ป่วย โดยใช้หลักการให้คำปรึกษาต่างๆ เช่น การยอมรับในตัวผู้ป่วย การเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย การตรวจสอบความ การสะท้อนกลับ การสรุปความ รวมทั้งกระตุ้นให้เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเองและให้อภัยตัวเอง จากความรู้สึกผิดจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป มีการกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน มีการประเมินการรับรู้ ปัจจัยกระตุ้น และความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้น เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบปัจจัยกระตุ้นที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย และความรู้สึกหรืออารมณ์

ที่เกิดขึ้นกับปัจจัยกระตุ้นนั้นๆ สอดคล้องกับที่ McBride, Emmons, and Lipkus (2003) กล่าวว่า การเพิ่มการรับรู้ความเสี่ยงจะช่วยให้มีแรงจูงใจที่จะปรับแนวคิดของตนเองหรือบทบาทในสังคมใหม่เพื่อมีชีวิตอยู่ต่อไป และลดความคิดฆ่าตัวตายได้ นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมการวิเคราะห์หาเหตุผลของการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบสาเหตุของการฆ่าตัวตาย ซึ่งบุคคลที่มีบุคลิกภาพหัวทึบไหวง่าย อารมณ์แปรปรวน จะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าคนทั่วไป (Hirvikoski & Jokinen, 2012) แต่หากได้รับการส่งเสริมให้ตระหนักถึงที่มาของพฤติกรรมของตน (insight) รับรู้สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้น และเหตุผลของพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดการยอมรับในความเป็นตัวเอง ทำให้มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามมา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) อีกทั้งในโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นยังมีการประเมินการรับรู้พัฒนาการของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วยค้นพบการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และการพัฒนาแต่ละระดับไปจนถึงการพยายามฆ่าตัวตาย มีการเปรียบเทียบข้อดี-ข้อเสียของพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น ซึ่งแตกต่างจากการพยายามตามปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมอง เกิดการยอมรับตนเอง คิดแสวงหาบุคคลที่เป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ โดยใช้การพิจารณาชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของการมีชีวิตอยู่และความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งหากผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายได้รับการช่วยเหลือให้สามารถมองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหาอย่างทันท่วงที ก็สามารถที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายได้ (อรพรรณ ลีอนุชวรัชชัย, 2553) สำหรับกิจกรรมที่สำคัญอีก

กิจกรรมหนึ่งในโปรแกรม คือ การเพิ่มแผนความปลอดภัยต่อความคิดฆ่าตัวตาย ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้จักอาการเตือน (warning signs) ของความคิดฆ่าตัวตายของตนเอง มีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม และนำไปใช้ได้จริง มีการวิเคราะห์และค้นหาอุปสรรคในการกลับไปปฏิบัติในระยะยาว ซึ่ง Stanley and Brown (2012) ได้ศึกษาพบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีความหวัง สามารถปรับเปลี่ยนแนวคิดของตนเองเพื่อนำไปสู่การแทนที่ความคิดฆ่าตัวตายด้วยพฤติกรรมการปฏิเสธการฆ่าตัวตาย และปรับเปลี่ยนมุมมองบทบาทของตนเองต่อสังคม เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการวางแผนการตอบสนองทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมต่อความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเหมาะสม และการให้คำปรึกษาลดทุกข์ในการเผชิญปัญหาและจัดการความรู้สึกต่อปัจจัยกระตุ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงความเข้าใจในลักษณะของอารมณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีจัดการความเครียดในรูปแบบที่หลากหลาย ได้เรียนรู้ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองอย่างแท้จริง และเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง อันเป็นการเสริมปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นและมีความหวังในการเผชิญปัญหาได้ในระยะยาวต่อไป (O'Connor et al., 2015) ประกอบกับเมื่อผู้ป่วยเกิดการยอมรับและให้อภัยตนเองจากความรู้สึกผิดจากการฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดแรงจูงใจที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไป (Chatterjee & Basu, 2010)

#### ข้อเสนอแนะ

##### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลจิตเวชควรนำโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันการฆ่าตัวตาย

##### 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นในกลุ่มตัวอย่างอื่น เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการขยายผลการรักษา เนื่องจากโปรแกรมสามารถช่วยควบคุมอารมณ์ ปรับวิธีคิด และช่วยให้มีวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์

2.2 ควรมีการศึกษาในลักษณะเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ โดยมีการติดตามประเมินความคิดฆ่าตัวตายในระยะยาว เช่น

1 สัปดาห์ 2 สัปดาห์ หรือ 4 สัปดาห์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

#### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). รายงานผลการศึกษาเชิงระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายของกรมสุขภาพจิต. สืบค้นจาก [http://suicide.jvkk.go.th/menu\\_3.aspx](http://suicide.jvkk.go.th/menu_3.aspx)
- กรมสุขภาพจิต. (2559). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559. กรุงเทพฯ: บิยอนด์พับลิชชิง.
- กรรณิการ์ ผ่องโต, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 121-132.
- จารุวรรณ ก้านศรี. (2555). ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อมือไขว้. *วารสารกองการพยาบาล*, 39(1), 19-31.
- นำทิพย์ วิชาชัย, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 99-111.
- ปริญศ กิตติธีระศักดิ์. (2555). แนวโน้มและการคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 20(5), 468-477.
- ปริญศ กิตติธีระศักดิ์, และเกสร มุ้ยจีน. (2558). คุณสมบัตินิติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014). *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 93-102.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: บิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. (2541). *ความหวังของผู้ติดเชื้อมือไขว้* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารณ ประทีปธีรานันต์. (2557). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 90-103.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ: กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 3-16.

- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2553). *การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of Clinical Psychology, 44*(4), 499-505.
- Chatterjee, I., & Basu, J. (2010). Perceived causes of suicide, reasons for living and suicidal ideation among students. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology, 36*(2), 311-316.
- Comtois, K. A., Jobes, D. A., S O'Connor, S., Atkins, D. C., Janis, K., E Chessen, C., ... Yuodelis-Flores, C. (2011). Collaborative assessment and management of suicidality (CAMS): Feasibility trial for next-day appointment services. *Depression and Anxiety, 28*(11), 963-972.
- Feigelman, B., & Feigelman, W. (2008). Surviving after suicide loss: The healing potential of suicide survivor support groups. *Illness, Crisis & Loss, 16*(4), 285-304.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Hawton, K., & van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet, 373*(9672), 1372-1381.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry, 182*(6), 537-542.
- Hirvikoski, T., & Jokinen, J. (2012). Personality traits in attempted and completed suicide. *European Psychiatry, 27*(7), 536-541.
- Huen, J. M. Y., Ip, B. Y. T., Ho, S. M. Y., & Yip, P. S. F. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PLoS One, 10*(6), 1-18.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*(7), 757-766.
- McBride, C. M., Emmons, K. M., & Lipkus, I. M. (2003). Understanding the potential of teachable moments: The case of smoking cessation. *Health Education Research, 18*(2), 156-170.
- O'Connor, S. S., Comtois, K. A., Wang, J., Russo, J., Peterson, R., Lapping-Carr, L., & Zatzick, D. (2015). The development and implementation of a brief intervention for medically admitted suicide attempt survivors. *General Hospital Psychiatry, 37*(5), 427-433.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(2), 256-264.