

**ประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ทักทายการแก้ปัญห
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช**

นางณัฏฐาภรณ์ เป้าเรือง

นางกาญจน์กนก สุนทรขมภู

นายสุริยา ศิริสุข

**กลุ่มภารกิจการพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2567**

**ประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ทักทายและการแก้ปัญห
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช**
ณัฐภรณ์ เบ้าเรือง พย.ม., กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู พย.ม., สุริยา ศิริสุข พย.ม.
ปี พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ รูปแบบกลุ่มเดียวมีการวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ทักทายและการแก้ปัญหและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางจิตเวช โรคจิตเภท โรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ และโรคที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม เนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายร่วมด้วย จำนวน 25 คน ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหารายบุคคล 6 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ภายใน 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบบวัด การแก้ปัญห และโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห ประเมินผลด้านทักษะการแก้ปัญหและความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังทดลองทันที และติดตามผลภายหลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามระยะเวลา โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และ การทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ผลการวิจัยพบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหในผู้ป่วยจิต เวชที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน สูงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน ลดลงกว่าระยะก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการแก้ปัญหเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง เป็นการพัฒนาริการสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยสามารถนำทักษะการแก้ปัญหไปใช้กับตนเองในชีวิตประจำวันได้

คำสำคัญ: การบำบัดโดยการแก้ปัญห, ทักษะการแก้ปัญห, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

The Effectiveness of Problem-Solving Therapy to Problem-Solving Skill and the Risk of Suicide in Psychiatric Patients

Nuttaporn Baouraeng M.N.S., Karnkanok Surinchompu M.N.S., Suriya Sirisuk M.N.S.
Year 2014

Abstract

This quasi-experimental research employed a one-group pretest-posttest design with repeated measures to investigate the effects of problem-solving therapy on problem-solving skills and suicide risk among psychiatric patients. The sample comprised 25 inpatients diagnosed with psychiatric disorders, including Schizophrenia, Major affective disorder, and Mental and Behavioral Disorders due to Psychoactive Substance Use. They received individualized problem-solving therapy sessions, six times each lasting 45-60 minutes, for two weeks. The research utilized several tools, including Personal Information Inquiries, a Brief Psychiatric Rating Scale, Mini International Neuropsychiatric Interview- Suicidality (M.I.N.I.-Suicidality), a Problem-solving skills inventory, and a Problem-Solving Therapy Program. Evaluation of problem-solving skills and suicide risk occurred before the intervention immediately after and at 1, 2, and 3 months follow-up. Data analysis involved comparing the mean scores of problem-solving skills and suicide risk over time using descriptive statistics, repeated measures ANOVA, and pairwise comparisons utilizing the Turkey method. The research findings revealed that there was a significant improvement in the problem-solving skills of psychiatric patients in problem-solving therapy. Post-test mean scores were notably higher immediately after the intervention and at the 1, 2, and 3-month follow-ups than before the therapy sessions ($p < .05$). There was a significant decrease in suicide risk scores among psychiatric patients after undergoing problem-solving therapy. Post-test mean scores were significantly lower immediately after the intervention and at the 1, 2, and 3-month follow-ups than before the therapy sessions ($p < .05$).

In conclusion, Problem-Solving Therapy (PST) proved to be effective in enhancing problem-solving skills and reducing suicide risk among psychiatric patients. The findings highlight the significant benefits of PST in improving mental health services for these patients. Moreover, the acquired problem-solving skills are applicable to their daily lives

Key word: Problem-Solving Therapy, Problem-solving skills, Suicide risk

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ เกิดขึ้นจากความมุ่งมั่น แรงจูงใจ ประสพการณ์จากการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต จึงมีความมุ่งมั่นที่จะศึกษาหาความรู้และศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งได้รับการสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี จากท่านที่ปริญางานวิจัยดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณ เอื้ออำนวยสถานที่และเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณนางปรารธนา คำมีสินนท์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ รองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจ การพยาบาล ที่เป็นที่ปรึกษางานวิจัย สนับสนุน อำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษาวิจัย กรุณาให้โอกาสคณะผู้วิจัยได้ศึกษาอบรมเรียนรู้ และให้กำลังใจด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณ รศ.ดร.นริสา วงศ์พนารักษ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม นายไพโรจน์ รมชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานวิสัญญีและรักษาพิเศษ ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในด้านระเบียบวิธีวิจัย ให้คำแนะนำและคำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ และถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์ต่างๆ อันทรงคุณค่านี้ ด้วยความเอาใจใส่ด้วยดีตลอดมา

ขอขอบคุณกัลยาณมิตร หัวหน้าหอผู้ป่วยฝ่ายคำ ที่มบุคลาการทางการพยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย สนับสนุนเป็นแรงใจอย่างดียิ่ง

ในการศึกษาค้นคว้าและให้การช่วยเหลือส่งต่อเก็บข้อมูลงานวิจัยประสบผลสำเร็จด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัว ที่เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยมุ่งมั่นในการศึกษา จนสำเร็จไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์อันพึงมีจากการศึกษาลงบันทึกนี้ ผู้ศึกษาขอมอบแด่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

คณะผู้วิจัย
พฤษภาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพ	ช
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์	7
ขอบเขตการวิจัย	7
สมมติฐานการวิจัย	8
นิยามศัพท์	8
ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย	9
กรอบแนวคิดการวิจัย	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	12
การบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	23
การบำบัดด้วยแนวคิดการแก้ปัญหา	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	29
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	32
ตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา	33
วิธีดำเนินการวิจัย	34
เครื่องมือที่ใช้วัด	36
การรวบรวมข้อมูล	40
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง	41
การวิเคราะห์ผล	42

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 4 ผลการศึกษา	43
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการศึกษา	54
อภิปรายผล	56
ข้อจำกัดในการศึกษา	59
ข้อเสนอแนะ	59
บรรณานุกรม	61
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างวิจัย	68
ภาคผนวก ข. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	75
ภาคผนวก ค. โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	82
ภาคผนวก ง. เอกสารรับรองโครงการวิจัยและเอกสารเผยแพร่	112
ภาคผนวก จ. ประวัติผู้วิจัย	118

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	21
ตารางที่ 2	ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน)	43
ตารางที่ 3	จำนวน ร้อยละ ทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25)	45
ตารางที่ 4	คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน)	46
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง	48
ตารางที่ 6	ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือนในกลุ่มตัวอย่าง	48

สารบัญภาพ

		หน้า
ภาพที่ 1	กรอบแนวคิดการวิจัย	11
ภาพที่ 2	กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 factors model)	27
ภาพที่ 3	รูปแบบการวิจัย	32
ภาพที่ 4	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะ ติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน	47
ภาพที่ 5	การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่ม ตัวอย่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน	47

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 45 และมีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปถึง 10 เท่า (Bachmann, 2018) กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงสุดเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Sharifi et al., 2015; Berardelli et al., 2018) รองลงมา ได้แก่ กลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด (WHO, 2016; Conner et al., 2017) โรคจิตเภท และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Bruins et al., 2014; Berardelli et al., 2018) ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชทั้งสามกลุ่มนี้มีความคล้ายคลึงกันคือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น (impulsive) และเกิดภาวะวิกฤติของชีวิต เพราะไม่สามารถเผชิญกับความเครียดและภาวะวิกฤติได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การมีประสบการณ์เกี่ยวกับความขัดแย้ง การได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ การถูกทารุณกรรม การสูญเสีย ความรู้สึกโดดเดี่ยว (WHO, 2017) มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา (Carbello et al., 2014) ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดและนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวชทั้งสามกลุ่มนี้ปัจจัยกระตุ้นให้มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในหลากหลายปัจจัย เช่น เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหน้านี้ (WHO, 2016) มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นจากความเครียดในปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสัมพันธภาพ (Bottino et al., 2015; WHO, 2016) เป็นเพศชาย มีโรคร่วม มีบาดแผลทางใจ (PTSD) การเจ็บป่วยทางจิตเวช ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และมีการใช้แอลกอฮอล์หรือติดสารเสพติด

จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

การฆ่าตัวตายเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้นด้วยเช่นกัน (Bachmann, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (suicide plan) และพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ซึ่งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชนั้นเกิดได้จากหลายสาเหตุหรือจากหลายปัจจัยหนึ่งในปัจจัยสำคัญ คือ ผู้ป่วยจิตเวชมีการรับรู้หรือมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented: NPO) และมีการใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม เช่น ในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ด้วยผลกระทบของสารเสพติดทำให้สมองส่วนคิดสูญเสียหน้าที่ในการใช้ความคิดที่เป็นเหตุเป็นผล ความนึกคิดใคร่ครวญ ตัดสินใจขาดความอดทนต่อสถานการณ์หรือปัญหาที่เกิดขึ้น (วอลเตอร์ ลิง, 2560) ผู้ที่ใช้สารเสพติดจะมีความบกพร่องในเรื่องของการคิดแบบมีเหตุผล บกพร่องในเรื่องของกระบวนการตัดสินใจ การควบคุมอารมณ์ตนเอง เพิ่มการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และนำไปสู่วิธีการฆ่าตัวตายตามมา และจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เช่น การเสพยาบ้า การดื่มแอลกอฮอล์ (Yuodelis & Ries, 2015) สมองส่วนอยากอยู่เหนือสมองส่วนคิด ทำอะไรตามใจตามอารมณ์ของตนเองมากกว่าการใช้เหตุผล และเมื่อลดปริมาณการเสพ หรือหยุดเสพ ผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกไม่มีความสุข เหนง เบื่อ เซ็ง เกิดอารมณ์ซึมเศร้า หุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว โกรธง่าย อารมณ์แปรปรวนง่าย ตัดสินใจทำร้ายตนเองด้วยอารมณ์แบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง (Peltzer & Pengpid, 2017) อาจด้วยเหตุผลเนื่องจากคิดว่ามีทางออกเพียงทางเดียวคือการฆ่าตัวตายในการแก้ไข้ปัญหา (Peltzer & Pengpid, 2017)

ส่วนผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล เกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ดี เชนปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ บุคลิกภาพแบบหุนหันไวง่าย (D'Zurilla & Nezu, 2010) มองโลก มองตนเอง และมองอนาคตในทางลบ หดหู่และกำลัง และเรียวแรง มองตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไร้ความสามารถ ไม่มีพลังในการต่อสู้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะทำให้เกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม กระบวนการตัดสินใจ ความใส่ใจ การรับรู้ รวมถึงความคิด และการควบคุมอารมณ์ ทำให้การแก้ปัญหาบกพร่อง ส่งผลต่อการวางแผนและ การจัดการปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2563) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเวชดังกล่าวจึงอาจใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหัน พลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive/careless) คิดไม่รอบคอบ คิดว่ามีทางออกแค่ทางเดียว แก้ไขปัญหาแบบ เร็วๆ ด่วนทำให้เสร็จ ด่วนแก้ไขโดยขาดการคิดพิจารณาไม่ไตร่ตรองอย่างถ่วงถี่ หรือมีวิธีการแก้ปัญหา โดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) ไม่ยอมแก้ไขปัญหา ปลดปล่อยปัญหาที่เกิดขึ้นจบลงเอง ปลดปล่อยปัญหานั้นคงอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าปล่อยไว้นานหรือใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมทั้งสองวิธีดังกล่าว

ปัญหาก็จะไม่ได้รับ การแก้ไขความเครียดยังคงอยู่ เมื่อความเครียดและปัญหายังคงอยู่ มุมมองการแก้ไขปัญหายังคงเป็นลบอยู่ ผู้ป่วยมีโอกาสมากที่จะเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย และนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมฆ่าตัว ตาย หรือฆ่าตัวตายสำเร็จได้ (D'Zurilla & Nezu, 2010) นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความบกพร่องเรื่องของการคิด ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี มีความสัมพันธ์กับการเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ในผู้ป่วยจิตเวช (Richard-Devantoy, Berlim & Jollant, 2015) รวมถึงการเกิดเหตุการณ์ทางลบเข้ามาในชีวิตส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความเครียด รวมถึงทักษะ การตัดสินใจและการแก้ไขปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียดนั้น ยังคงอยู่ จึงนำไปสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่การคิด วางแผน พยายามฆ่าตัวตาย และ ฆ่าตัวตายสำเร็จตามมาได้ (Ding et al., 2017) เช่นเดียวกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เรื่อง พฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีความเปราะบางอ่อนแอทางด้านจิตใจ และ ในผู้ป่วยจิตเวช เกิดจากลักษณะหรือบุคลิกภาพส่วนบุคคล อาการหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว มีอารมณ์ทางลบ การบกพร่องด้านการคิดและตัดสินใจ (Turecki et al., 2019)

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดชนิดต่าง ๆ มีประวัติ การพยายามฆ่าตัวตาย ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีอาการทางจิตที่รุนแรง เช่น อาการหูแว่ว

โดยเฉพาะหูแว่วเสียงคนสั่งให้ทำร้ายตนเอง อาการหลงผิดว่ามีคนปองร้าย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มมากขึ้น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา ผลการศึกษาพบว่า การมีปัญหาโรคร่วมทางจิต การมีความคิดและการพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้า การดื่มสุรา การมีปัญหา เหตุการณ์ในชีวิต มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่

การพยายามฆ่าตัวตายก่อนหน้าและปัญหาโรคร่วมทางจิตเวช (จุฬามาต หน่อตุน, ชนาภานต์ เจริญใจ และ ชิดชนก เรือนก้อน, 2559) เช่นเดียวกันกับการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของคนไทยซึ่งเป็นการสำรวจระดับชาติ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากที่สุด โดยเฉพาะผู้ป่วยโรค

ผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการทางจิตร่วม และผู้ป่วยไปโผล่ในระยะแมนเนีย (หวาน ศรีเรือนทอง และคณะ, 2554) นอกจากปัจจัยดังกล่าวแล้วการที่บุคคลเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย เกิดจากการที่บุคคลมีปัจจัยเสี่ยง

เช่น การป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีปัจจัยกระตุ้น เช่น อาการทางจิตกำเริบ พืชจากสารเสพติด ด่านกั้นและ การเฝ้าระวังล้มเหลว เช่น การควบคุมการป้องกันการเข้าถึงสารพิษ วัสดุอุปกรณ์ฆ่าตัวตาย การปิดกั้นหรือ ป้องกันสถานที่ที่ใช้ฆ่าตัวตาย และมีปัจจัยปกป้องอ่อนแอ เช่น มีทักษะการแก้ปัญหาหรือข้อขัดแย้ง ๕ การปรับตัวที่ไม่ดี จึงทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายจนสำเร็จ และส่งผลกระทบในด้านต่าง ๆ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2567)

ส่งผลให้ประเทศชาติมีความเสียหายทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากมายมหาศาลเป็น มูลค่าหลายล้านบาท (Orlewska, & Orlewska, 2018) เกิดดัชนีความสูญเสียทางสุขภาพ (Year of life lost: YLL) เกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Kinchin & Doran, 2018)

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในประเทศไทย เมื่อจำแนกตามเพศพบว่า เพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตาย มากกว่าเพศหญิง โดยเพศชายมีอัตราการฆ่าตัวตายย้อนหลัง 3 ปี คือ ปี 2563-2565 เท่ากับ 10.38, 11.10 และ 12.27 ต่อแสนประชากร ส่วนเพศหญิงมีอัตราการฆ่าตัวตาย 2.42, 2.35 และ 2.68 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, 2564) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราการฆ่าตัวตาย ในภาพรวมมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจากสถิติดังกล่าวไม่บรรลุตามตัวชี้วัดและเป้าหมายวิสัยทัศน์ ของกรมสุขภาพจิต ที่ตั้งเป้าหมายอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ (กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต, 2564) โดยเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์ และร้อยเอ็ด และจากรายงานอัตราการฆ่าตัวตายของศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในภาพรวมของเขตสุขภาพ เท่ากับ 8.76 ต่อแสนประชากร มากเป็น อันดับที่ 3 รองจากเขตสุขภาพที่ 1 และ 2 โดยจังหวัดขอนแก่นมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเป็นอันดับที่ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เท่ากับ 10.69 ต่อแสนประชากร และมีอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด 1 ใน 10 จังหวัดของประเทศ (ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ, 2566)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ขนาด 250 เตียง รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 7 ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ แก่ผู้รับบริการ ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก และซับซ้อน มีวิสัยทัศน์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อ มุ่งมั่นที่จะเป็นเลิศในด้านการป้องกัน และช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ จากทบทวนสถิติผลการดำเนินการประจำปีงบประมาณ 2563-2565 พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามาใช้บริการ จำนวน 97,028, 94,769 และ 94,267 ราย และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 3,545, 3,548 และ 3,359 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ต้องเฝ้าระวัง ตามแนวทาง เวชปฏิบัติกรดูแล และช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline: CPG suicide) จำนวน 963, 917 และ 915 ราย ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564) โดยผู้ป่วยโรคจิตเวชชายที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะถูกรับเข้าการรักษาผู้ป่วยในหอผู้ป่วยคำ จึงพบว่า สถิติผู้ป่วยรับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชายผู้ป่วยคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ปี 2563-2565 จำนวน 397, 659 และ 564 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจำนวน 16, 21 และ 19 ราย ตามลำดับ ซึ่งความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชเกิดได้จากหลายสาเหตุหรือหลายปัจจัย (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันมีทั้งการใช้ยาในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อช่วยลดอาการตามปัญหาของผู้ป่วย เนื่องจากยาจะช่วยปรับความสมดุลของสารสื่อประสาทในสมอง รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและรักษาด้วยยาไม่ได้ผล

และเมื่ออาการทางจิตสงบ ผู้ป่วยก็จะได้รับการบำบัดรักษาทางจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยาเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการกับปัญหาที่ส่งผลต่อการกำเริบทางจิตซ้ำตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) การบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Therapy) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้แก่การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตสังคม รวมทั้งมีการพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Prevention and Management in Psychiatric Patient with Suicide Behaviors) ปัจจุบันเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช เครื่องมือในการประเมินความเสี่ยง การดูแลรักษา การติดตามต่อเนื่อง

ในชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร่วมกับการดูแลตามมาตรฐาน การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2556) เมื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีอาการทางจิตสงบ

จะได้รับการประเมินเพื่อเข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพ

ปัญหาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้าจะได้รับการประเมินเพื่อเข้ารับการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) การปรึกษาคบครัว/ครอบครัวบำบัด (Family therapy) การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาตียร์ (Satir's model) การบำบัดแบบเจริญสติ (Mindfulness Base Therapy Counselling's: MBTC) แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะได้รับการประเมินเพื่อ บำบัดทางจิตสังคมตามสภาพปัญหา แต่จากการวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่าถึงแม้จะมีระบบบริการดังกล่าว ข้างต้น แต่การให้บริการด้วยการใช้โปรแกรมต่าง ๆ ในการบำบัดตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด หลายอย่าง เช่น จำนวนผู้ป่วยมีเพิ่มมากขึ้น โรงพยาบาลคลินิกให้การปรึกษาของโรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการ ได้ครบถ้วนทุกคน เนื่องจากต้องบำบัดกลุ่มผู้ป่วยนอกเป็นหลัก จำนวนผู้บำบัดที่เชี่ยวชาญสามารถให้การบำบัด ได้มีจำนวนไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จำนวนวันที่รับผู้ป่วยไว้รักษาของโรงพยาบาลประมาณ 2 สัปดาห์

ผู้ป่วยบางรายเมื่ออาการทางจิตทุเลาครบกำหนดกลับบ้าน ไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมตามสภาพ

ปัญหา อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในไม่ได้รับการบำบัดทางจิตสังคมที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาครบทุกราย เนื่องจากข้อจำกัดที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงพยายามแก้ไข ปัญหาในการบริการดังกล่าว โดยการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการจัดบริการเพื่อให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระบบบริการหรือกระบวนการดูแลภายในหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการทางด้านจิตสังคมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งการบำบัดทางจิตสังคมแบบหนึ่งที่สามารถนำมาประยุกต์ในการช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชได้ คือ การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) ซึ่งการบำบัดดังกล่าวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้เปลี่ยนจากมุมมองทางลบ เป็นการมองปัญหาทางบวก และเลือกวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล ส่งผลให้ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลง (D'Zurilla, & Nezu, 2010; ดาราวรรณ ตะปินตา, 2558)

จากสถิติพบว่าผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคติดยาเสพติด โรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมหนีหั้นพล้นเล่น และเกิดจากอาการทางจิตเวช คือ อาการหลงผิด

หวาตระแวง และหุแ่ว (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2563-2565) และเมื่อผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีอาการทางจิตสงบ จะได้รับการประเมินเพื่อเข้าร่วมการบำบัดทางจิตสังคมตามปัญหาที่

พบ ซึ่งอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยบำบัดแบบรายบุคคล มี 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้งๆละ 40-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) ทำให้มีทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และในระยะติดตามผล 1, 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) สูงขึ้น และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ ในปี 2565 (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) แต่เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) ดังกล่าว เป็นการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีอาการทางจิตสงบ สำหรับการจัดการบริการจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก (OPD Cases) ที่สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้และคงทนอยู่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (M.I.N.I. Suicide) ตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาไม่เคยนำโปรแกรمدังกล่าวมาใช้ในการบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในแผนกผู้ป่วยใน (IPD Cases) และจากการทบทวนสถานการณ์ถึงแม้จะมีโปรแกรมการบำบัดดังกล่าวที่มีประสิทธิภาพ แต่ก็ยังพบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ต้องเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ด้วยปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอีกจำนวนไม่น้อย อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไม่ครอบคลุมหรือเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และจากการทบทวนข้อเสนอแนะและข้อจำกัดของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการนำโปรแกรมดังกล่าวมาศึกษาประสิทธิผลในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม โดยนำมาศึกษาในบริบทของแผนกผู้ป่วยจิตเวชในชาย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (มีความคิด วางแผน และพยายามฆ่าตัวตาย) คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ระดับน้อย ถึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้ศึกษาได้บรรมองค์ความรู้และการฝึกทักษะพยาบาลผู้บำบัด PST พัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญของผู้บำบัด ในปีงบประมาณ 2564 โดยคัดเลือกผู้ป่วยเข้าบำบัด PST จำนวน 7 ราย บำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ กลุ่มโรคที่บำบัดได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า และโรคผิดปกติทางอารมณ์ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งผลการบำบัดด้วย PST สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตาย ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยลดลง

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปรับมุมมองในการมองปัญหา จากเดิมที่มีมุมมองปัญหาทางลบ (Negative Problem Oriented) มองว่าตนเองขาดศักยภาพ หรือรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ ปัญหาที่เกิดขึ้นไม่มีทางออก ปัญหาหนักหน่วง มีอารมณ์ทางลบ ขาดพลังกำลัง หดแรงแง เหนื่อย ท้อแท้ ไม่มีใครช่วยได้ อับจนหนทางในการแก้ไขปัญหา มองว่าปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิตตน ไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาได้ นำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) ไม่พยายามแก้ปัญหา หลีกเลี่ยงปัญหา ไม่พยายามเผชิญปัญหา แต่มักหลีกเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา รวมทั้งมีความตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหากับผู้อื่น หรือมักจะรอให้ปัญหาลงด้วยตัวของมันเอง

ผลัดวันประกันพรุ่ง รอให้เวลาผ่านไปให้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือการแก้ปัญหาแบบพึ่งพาผู้อื่น รอคอยความช่วยเหลือจากคนอื่น และมักจะมองการแก้ปัญหาในทางร้ายหรือไม่สามารถจัดการหรือแก้ไขได้ (D’Zurilla, & Nezu, 2010)

ส่วนวิธีแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น ขาดความระมัดระวัง (impulsive/careless) เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมโดยไม่มีความพยายามที่จะคิดวิธีการที่หลากหลายมาใช้ในการแก้ปัญหา เป็นการแก้ปัญหาย่างเร่งรีบ แก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รอก็คอบทบทวนหลายๆ ทางเลือกหรือหลายๆ ทางออกของปัญหา โดยคิดว่ามีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่ทาง แก้ปัญหาแบบผ่านการคิดแคบ ๆ หุนหันพลันแล่น ด่วนตัดสินใจไม่ระมัดระวัง รีบร้อน ขาดความสมบูรณ์ รวมทั้งไม่ใคร่ครวญหรือตรวจสอบผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาย่างไม่ระมัดระวังหรือแบบหุนหันพลันแล่นดังกล่าว ดังนั้นผู้บำบัดจึงต้องมีการปรับเปลี่ยนมุมมองการมองปัญหาทางลบ และวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ให้มีการมองปัญหาทางบวก (Positive Problem Oriented: PPO) เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล (Rational Problem Solving: RPS/Planful Problem Solving) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าใจปัญหาแบบใหม่ ทั้งความหมายของปัญหา การปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหา มีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย พิจารณาข้อดีและข้อเสียของวิธีการแก้ปัญหา และมีแผนการแก้ปัญหาที่ชัดเจน สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถนำทักษะการแก้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ ซึ่งเชื่อว่าการฝึกทำความเข้าใจกับปัญหา (problem orientation) การฝึกกำหนดปัญหา (problem definition and formulation) การฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (generation of alternative solutions) การฝึกการตัดสินใจ (decision making) การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (solution implementation and verification) และการคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ไขปัญหา และการขยายผล (maintenance and generalization) จะเป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยจิตเวช (D’Zurilla, & Nezu, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กับหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตาม ผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมบัติ สกลพรรณ, สพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2559) ส่วนในผู้ป่วยจิตเวช พบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพช่วยลดความเสี่ยง ต่อการฆ่า ตัวตาย ดังเช่น การศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการ แก้ปัญหา มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่า กลุ่มที่ได้รับ กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจิตบำบัดแบบประคับประคองกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 15.8 (สวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556)

ดังนั้น เพื่อเป็นการศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรม PST ต่อทักษะการแก้ไขปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพิ่มทางเลือกการบำบัดในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถ คิด และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวชเป็นหนึ่งในทีมสหภาพมีหน้าที่โดยตรงในการช่วยเหลือและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วย และใช้บทบาทในการพัฒนานวัตกรรมและ

กระบวนการดูแลกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายซึ่งเป็นปัญหาที่ยุ่งยาก ซับซ้อน โดยการใช้แนวคิด PST ซึ่งเป็นวิธีการให้การบำบัดแบบรายบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนมุมมองการมองปัญหาทางลบ และวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ให้มีการมองปัญหาทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหามีเหตุผล ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชเข้าใจปัญหาแบบใหม่ มีแผนการแก้ปัญหาที่ชัดเจน สามารถเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง รวมทั้ง สามารถนำทักษะการแก้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นทางเลือกหนึ่งในการช่วยป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยจิตเวช สามารถช่วยลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพและอย่างยั่งยืน

2. คำถามการวิจัย

2.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะหลังการได้รับโปรแกรมสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างไรร

2.2 ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการได้รับโปรแกรม ระยะหลังได้รับโปรแกรมสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างไรร

3. วัตถุประสงค์

3.1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

3.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

3.2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน

3.2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที และในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน

4. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชและคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้รับ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองสิ้นสุดทันที ในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน ดำเนินการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 (F10-19, F20-29, F30-

39) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การคัดเข้าตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยผ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบรายบุคคล ประเมินผลโดยการประเมินก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดเสร็จ

สิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน 2 เดือนและ 3 เดือนหลังการบำบัด ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 3 มกราคม ถึง วันที่ 31 กรกฎาคม 2566

5. สมมติฐานการวิจัย

5.1 ทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในระยะหลังการบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

5.2 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในระยะหลังการบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน ต่ำกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการบำบัด โดยการแก้ปัญหา

6. นิยามศัพท์

6.1 **ผู้ป่วยจิตเวช** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตามเกณฑ์ ICD-10 (F10-19, F20-29, F30-39) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6.2 **โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา** หมายถึง โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พัฒนาโดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ โดยบำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ D. Zurilla & Nezu

6.3 **ทักษะการแก้ปัญหา** หมายถึง ทักษะที่ใช้ในการคิดแก้ปัญหาของบุคคลในการระบุปัญหา นิยามปัญหา รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์หาแนวทางแก้ไขปัญหา ออกแบบวิธีการแก้ปัญหา เลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาและดำเนินการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพถึงต้นเหตุที่แท้จริงของปัญหา การประเมินทักษะการแก้ปัญหา ได้จากแบบวัดการแก้ปัญหา ของสุชาติ ศรีวิเศษ และคณะ การแปลผล คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี คะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี

6.4 **ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย** หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยประเมินจากเครื่องมือ Mini International National Neuropsychiatric Interview มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป

7. ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย

7.1 ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีอาการทางจิตสงบ มีทักษะการแก้ไขปัญหามากขึ้น สามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ไม่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่กลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

7.2 พัฒนาคุณภาพบริการการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ ในบทบาทของพยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

7.3 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการป้องกันและแก้ไขหรือลดปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช สำหรับผู้สนใจในการศึกษาหรือการวิจัยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านอื่น ๆ

7.4 เป็นแนวทางในการบำบัดผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีปัญหาล้ำคลั่งกันต่อไป

8. กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พัฒนาโดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ, 2562 (Problem Solving Therapy: PST-PPS.JVKK) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ D. Zurilla & Nezu, 2006; Nezu et al., 2007 ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานว่าประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า และกลุ่มผู้ป่วยที่ใช้แอลกอฮอล์ เป็นการพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการบำบัดรายบุคคล โดยบำบัดจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ ภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 factor model) (D. Zurilla & Nezu, 2010) ประกอบด้วย 1) การรับรู้ปัญหาทางบวก 2) การรับรู้ปัญหาทางลบ 3) การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง 4) การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น และ 5) การแก้ปัญหาย่างมีเหตุผล สอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมบำบัดของ D. Zurilla and Nezu เป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับการบำบัดรายบุคคล

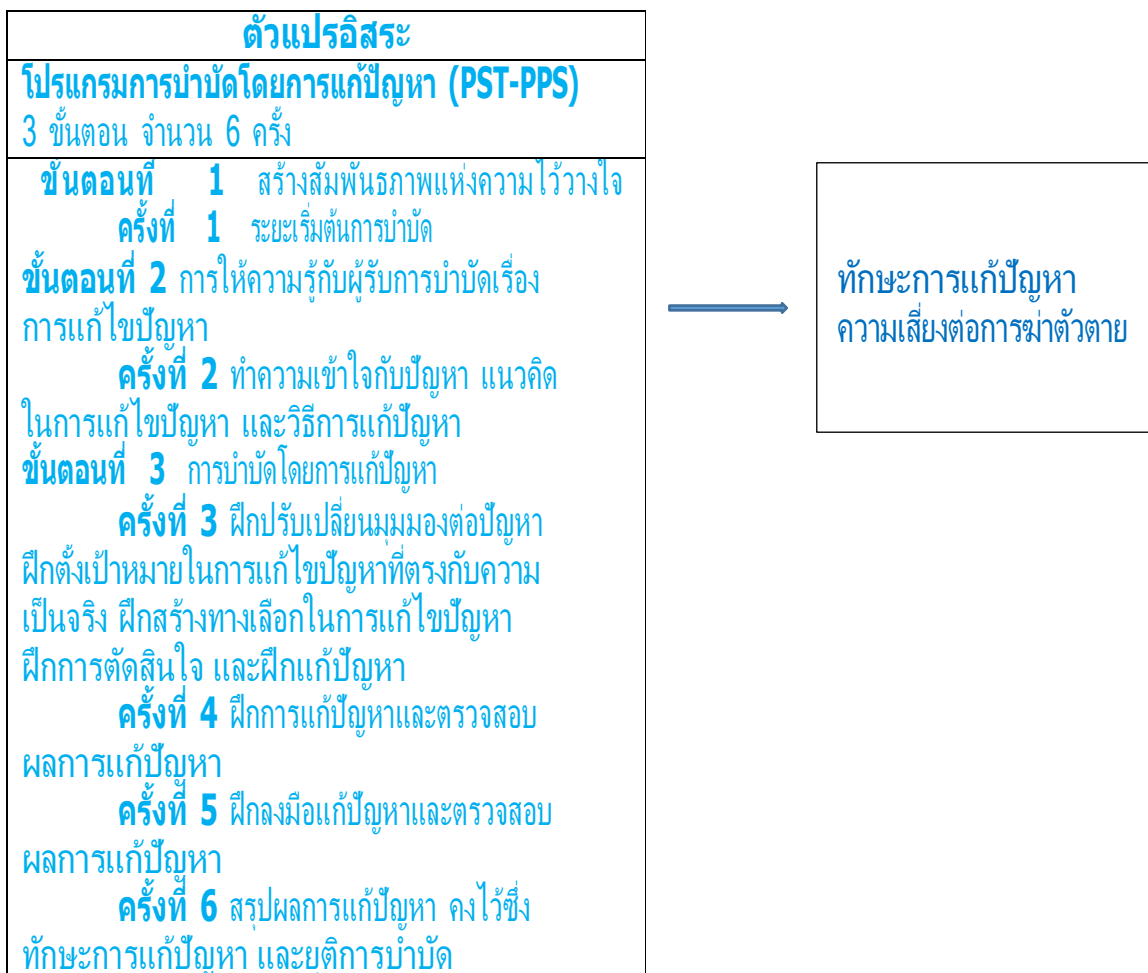
จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการบำบัดด้วย (Problem-Solving-Therapy: PST) เป็นการใช้กลยุทธ์เพื่อการส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลให้ใช้วิธีการทางบวกในการแก้ไขปัญหา คือ เพิ่มการมองโลกในแง่ดีให้มากขึ้น และมีมุมมองในปัญหาว่าเป็นความท้าทายมากกว่าการที่จะไม่สามารถเอาชนะได้ เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความคิดในเชิงบวกกับปัญหา คือการยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหา ใช้อารมณ์เชิงลบเพื่อที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่ต้องแก้ไข และการใช้เทคนิคเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ทำความเข้าใจในปัญหา และแม้กระทั่งใช้การฝึกซ้อมด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา (D. Zurilla & Nezu, 2006; Nezu et al., 2007)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving-Therapy: PST) หมายถึง วิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่จะช่วยให้บุคคลนั้น ได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ไขปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) และจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดย PST จะสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน

ในกระบวนการระบบปัญหาและปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน จุดเด่นของการบำบัดนี้มุ่งที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น

เพื่อมุ่งที่จะลดความเครียดและลดอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง ซึ่งการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้น ที่น่าสนใจในประสิทธิภาพและง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนาน (Gask, 2006) และ มีความพิเศษที่ลดการพึ่งพิงความสามารถในการรู้คิดลง (Simon et al., 2015) และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขของการบำบัด โดยมีเป้าหมายในการบำบัดคือ การลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้โดยโปรแกรมการบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที วันเว้นวัน ใช้เวลา ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลอีก 1, 2 และ 3 เดือนต่อมา ดังแสดงในแผนภาพที่ 1 นี้

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

- 1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย
- 1.2 ระบาดวิทยา
- 1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย
- 1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. การบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. การบำบัดด้วยแนวคิดการแก้ปัญหา

- 3.1 แนวคิด
- 3.2 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย
- 3.3 การประเมินทักษะการแก้ปัญหา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- 4.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
- 4.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

1. แนวคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย

1.1 ความหมายของการฆ่าตัวตาย

นักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการฆ่าตัวตาย ดังนี้
การฆ่าตัวตายหมายถึง ความคิดหรือการกระทำใดๆก็ตามที่หากดำเนินการไปจนสำเร็จทำให้เกิดอันตรายรุนแรงถึงแก่ความตาย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2541)

การฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่เป็นการทำลายชีวิตของตนเองโดยเจตนาด้วยวิธีการต่างๆ เช่น กินยา ใช้อาวุธ ใช้ผ้าหรือเชือก เป็นต้น และการพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide) หมายถึง การพยายามทุกวิถีทางที่จะจบชีวิตตนเองหรือการทำร้ายตนเอง ทำให้ตนเองบาดเจ็บซึ่งอาจไม่จบลงด้วยความตาย (กรมสุขภาพจิต 2546)

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรมคือการที่บุคคลมีความคิดหรือลงมือกระทำให้ตนเองได้รับความเจ็บป่วยหรือเป็นอันตรายถือเป็นพฤติกรรมทำร้ายตนเองโดยตรงเพื่อให้เกิดการสิ้นสุดชีวิตของตน (กรมสุขภาพจิต 2549)

การฆ่าตัวตายหมายถึงการกระทำซึ่งส่งผลให้ถึงแก่ชีวิตโดยที่ผู้กระทำทราบหรือคาดให้เกิดผลถึงแก่ความตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การฆ่าตัวตาย เป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเอง ส่วนการทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึงการกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษ หรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ ผู้ป่วยทุกรายที่มาด้วยภาวะดังกล่าว และมีอายุมากกว่า 10 ปี ควรถูกถามเกี่ยวกับความคิดและการวางแผนที่จะทำร้ายตนเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และถามเกี่ยวกับพฤติกรรมทำร้ายตนเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (ณัฐกร จำปาทอง, 2554)

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรมหมายถึงการที่บุคคลทำให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลงด้วยตนเอง (เพียรดี เปี่ยมมงคล, 2556)

การฆ่าตัวตายหรืออัตวินิบาตกรรม(Suicide) หมายถึง การมีความคิดอยากทำร้ายตนเองเนื่องจากมีความรู้สึกหมดหวังในชีวิตหรือจากสาเหตุอื่นๆ ความคิดอยากตายเป็นอารมณ์ชั่ววูบหนึ่งซึ่งอาจเกิดขึ้นในคนปกติ ถ้าคิดซ้ำซากเป็นพยาธิสภาพ การฆ่าตัวตายเป็นพฤติกรรมผิดปกติ คนที่ฆ่าตัวตายทุกคนมีความรู้สึกถึงเล่ห์ ทั้งอยากอยู่และอยากตายในขณะเดียวกัน เพียงแต่มีความรู้สึกทางฝ่ายใดมากกว่า (Schultz viderbeck, cite in shives, L.R. 2005 อ้างถึงใน จวีวรรณ สัตยธรรมและคณะ, 2556)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองเสียชีวิตโดยตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิต โดยไม่มีเจตนาจะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะได้ข้อมูลว่าการกระทำนั้นๆ เป็นไปเพื่อจบชีวิตของตนเอง (สายฝน เอกวารงกูร, 2558)

การฆ่าตัวตายหมายถึง การกระทำที่รุนแรงถึงชีวิต ซึ่งแสดงถึงความตั้งใจที่จะให้ตนเองตาย (นันท์วัช สิริรักษ์, 2559)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self directed violence) โดยพิจารณา 2 ประเด็น คือ 1. ความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Suicidal intent) มีเกณฑ์บ่งชี้ 3 ข้อ 1) ปรารถนาที่จะตาย (wish to die) 2) เจตนาฆ่าตนเองให้ตาย (means to kill him/herself) 3) เข้าใจถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำ (understand the probable consequence of his/her action) เช่น บาดเจ็บหรือตาย (ธรรณิทร์ กองสุข, 2567)

การฆ่าตัวตายเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวตายอย่างไตร่ตรองมาแล้ว ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำร้ายตนเอง (Self harm) หมายถึงการกระทำที่มุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บ ซึ่งอาจรุนแรงถึงแก่ชีวิตหรือไม่ก็ได้ (WHO, 2014)

พฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นเหตุการณ์ซับซ้อนได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัยซึ่งมีปฏิกริยาร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม จิตใจ วัฒนธรรม ชีววิทยาและสิ่งแวดล้อม (WHO, 2014)

โดยสรุปการฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นการทำลายชีวิตตนเอง (อัตวินิบาตกรรม) เนื่องจากไม่ปรารถนาจะมีชีวิตอยู่ต่อไปผู้ที่ฆ่าตัวตายมีความกลัวพอที่จะลงมือปฏิบัติการให้ตนเองเผชิญความตายได้

สำเร็จ (committed suicide) พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ (attempted suicide) หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายตลอดเวลา (suicide idea)

1.2 ระบาดวิทยา

ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็น 1 ใน 20 สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในทุกภูมิภาคทั่วโลก (Fleischmann, et al., 2019) จากรายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตาย พบว่าในแต่ละปีจะมีประชากรทั่วโลกที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จำนวน 703,000-800,000 ราย และมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ย 10.63-11.4 ต่อแสนประชากรต่อปี ส่วนใหญ่เป็นวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ 15-35 ปี โดยพบการฆ่าตัวตายสำเร็จในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และมีแนวโน้มว่าทุก 40 วินาที จะมีคนฆ่าตัวตาย สำเร็จ 1 ราย (World Health Organization, 2018) โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะมีความเสี่ยงสูงสุดเป็น อันดับหนึ่ง (Sharifi et al., 2015) รองลงมาเป็นกลุ่มที่ใช้สุราและสารเสพติด (WHO, 2018) การดื่มสุราอย่างหนักสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะการดื่มสุราในปริมาณสูง (Borges, 2017) ผู้มีปัญหการดื่มสุรามีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย สูงถึงร้อยละ 7.06 และหากผู้ป่วยสุราที่มีโรคซึมเศร้าร่วมด้วย จะยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคซึมเศร้า (วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกกุลพรรณ และहरषा चरषुषुष, 2561)

การฆ่าตัวตายพบว่ามีความสัมพันธ์กับการผิดปกติทางจิต ได้แก่ โรคซึมเศร้า การใช้สารเสพติด และโรคจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย และยังพบโรควิตกกังวล และโรคที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ รวมทั้งบุคคลที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจรุนแรง จะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป (Bachmann, 2018) เมื่อศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 24 ชม กับผู้ที่เคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในอดีต พบว่าก่อนที่ผู้ป่วยจิตเวชพยายามฆ่าตัวตายมักจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วย (Calegaro et al., 2019) โดยร้อยละ 78 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง และการฆ่าตัวตายยังเป็นสาเหตุการการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ถึงร้อยละ 1.4 ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ประมาณอัตราการฆ่าตัวตายในปี 2563 อยู่ที่ 10.4 ต่อ 100,000 คนของประชากรโลก และการฆ่าตัวตายสำเร็จจะสูงเป็น 1.53 ล้านคน (Bachmann, 2018) พฤติกรรมการฆ่าตัวตายของบุคคลมีความซับซ้อน ทั้งลักษณะรูปแบบและความรุนแรงของพฤติกรรมมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล นอกจากที่กล่าวมาแล้วข้างต้นแล้ว ยังขึ้นอยู่ปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

อายุ

การศึกษาของ Bachmann (2018) พบว่าประชากรที่มีอายุ 15-29 ปี มีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเมื่อเทียบกับช่วงอายุอื่น รองลงมาคืออายุ 34 ปีขึ้นไป และอันดับสามพบในผู้ที่มีอายุช่วง 10-14 ปี โดยรวมแล้วการฆ่าตัวตายมักพบในเด็กและวัยรุ่นมากกว่าผู้ใหญ่

เพศ

การศึกษาของ Bachmann (2018) พบว่า เพศชายมีอัตราส่วนต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน 1.7 เท่า จะเห็นได้ว่าผู้ชายมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิงเกือบ 2 เท่า

และยังพบว่าเพศชายที่อายุ 15-29 ปี มีความถี่ของการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง ซึ่งอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงที่สุดพบในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ในขณะที่ในยุโรปและแปซิฟิกตะวันตกพบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จเกิดขึ้นในกลุ่มอายุ 45-59 ปีและรองลงมาคือผู้ที่ 60 ขึ้นไปตามลำดับ

สถานะสังคมและเศรษฐกิจ

สังคมและเศรษฐกิจมีอิทธิพลอย่างมากในการฆ่าตัวตาย สถานะทางสังคม การมีรายได้ต่ำ และความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเปลี่ยนแปลงทางการเมือง หรือบุคคลที่มีอยู่อาศัยไม่เพียงพอ มีการแออัดอย่างรุนแรง การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอากาศ ภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือสงครามประชากรที่มีรายได้ต่ำหรือว่างงาน ความยากจนในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น (Bachmann, 2018)

อัตราความเสี่ยง

L.S. Too et al. (2019) ทำศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางจิตเวชและการฆ่าตัวตาย โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าความผิดปกติทางจิตเวชทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิต (psychotic disorders) มีอัตราการฆ่าตัวตาย $RR=13.2$ (95% CI 8.6-20.3) โรคอารมณ์ (mood disorders) $RR= 12.3$ (95% CI 8.9-17.1) และโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorders) $RR=8.1$ (95% CI 4.6-14.2) โรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติด (substance use disorders) $RR= 4.4$ (95% CI 2.9-6.8) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) $RR = 4.1$ (95% CI 2.4-6.9)

กลุ่มเสี่ยง

การศึกษาของ Yi& Hong,2015 พบว่า ผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ได้แก่ โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว โรคซึมเศร้า โรคบุคลิกภาพผิดปกติ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าโรคจิตเวชอื่น

การศึกษาของ L.S.To et al. (2019) ได้ระบุกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบได้ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมากที่สุดร้อยละ 21 รองลงมาได้แก่โรควิตกกังวลร้อยละ 18 โรคจิตร้อยละ 7 โรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ร้อยละ 6 และโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดร้อยละ 4 ตามลำดับ โดยสัดส่วนการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเวชกับผู้ป่วยทั่วไป พบว่า สัดส่วนการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเท่ากับร้อยละ 11.3 ต่อ 6.8 โรควิตกกังวลเท่ากับ ร้อยละ 31 ต่อ 10.1 โรคจิตร้อยละ 6.0 ต่อ 0.3 โรคความผิดปกติของบุคลิกภาพ ร้อยละ 8.6 ต่อ 0.6 และโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 7.2 ต่อ 1.3

Gournellis et al. (2018) ได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่มีอาการทางจิต (psychotic major depression) โดยศึกษาเปรียบเทียบกับผู้มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงที่ไม่มีอาการทางจิตร่วม พบว่าผู้ที่ภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรงที่มีอาการจิตร่วมจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสำเร็จ OR 1.21 (95% CI 1.04-1.40) และยังพบว่าผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

จะมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับรุนแรง (Severely depressed) รวมด้วย กล่าวได้ว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า

การศึกษาของ Bachmann (2018) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชาชนทั่วไป 10 เท่า จากการศึกษาพบการพยายามฆ่าตัวในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ามากที่สุด ร้อยละ 30 รองลงมาคือผู้ป่วยโรคความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 18 โรคจิตเภท ร้อยละ 14 และโรคบุคลิกภาพผิดปกติ ร้อยละ 13

Dong et al. (2020) ศึกษาความชุกการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorders) พบความชุกในการพยายามฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิต เท่ากับ ร้อยละ 33.9 (95% CI 31.3-36.6%; $I^2 = 96.4\%$) ความชุกในช่วง 1 ปี เท่ากับ ร้อยละ 15.0 (95% CI 8.2-21.8%; $I^2 = 85.5\%$) และความชุกในปัจจุบัน เท่ากับ ร้อยละ 32.5 (95% CI 20.1-44.8%; $I^2 = 94.6\%$)

โรคจิตเภทและการฆ่าตัวตาย (มานิช หล่อตระกูล, 2553)

ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น (Fleischhacker et al., 2014) พบปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายอย่างน้อยหนึ่งครั้งในช่วงของการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ที่อาจจะมีเฉพาะในกลุ่มประชากรนี้ คือ อาการของโรคจิตที่หลากหลาย เช่น สงสัย หลงผิดหวาดระแวง กลัวความแตกสลายทางจิต (mental disintegration) มีความปั่นป่วน และประสาทหลอน มีอาการเชิงลบ ภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง และไม่ร่วมมือในการรักษา รวมทั้งขาดการสนับสนุนทางสังคมและความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคง มีความกดดันทางสังคมหลังจากป่วยในระยะแรกและควมมีคุณค่าทางสังคมลดลง (Ventriglio et al., 2016) ซึ่งในความเป็นจริงความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทจะสูงขึ้นในช่วงเริ่มต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย (Fleischhacker et al., 2014) และอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะเริ่มแรกที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะสูงเป็นสองเท่าของการเจ็บป่วยในระยะหลัง (Nordentoft, Madsen & Fedyszyn, 2015)

สรุป ระบาดวิทยาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท โดยประมาณร้อยละ 4-10 เมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป มีความสัมพันธ์กับการเริ่มการเจ็บป่วย และการมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน เช่น ความคิด และความพยายามฆ่าตัวตาย จากการทบทวนพบว่าปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตายนั้นประกอบด้วยลักษณะอาการทางคลินิกของโรคจิตเภท เช่นการมีหูแว่ว ภาพหลอนเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทฆ่าตัวตาย ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายควรระบุปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยให้ชัดเจนเมื่อวางแผนดูแล และป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สารเสพติดและการฆ่าตัวตาย (Substance abuse and suicide) (สมภพ เรืองตระกูล, 2551)

แอลกอฮอล์และสารเสพติดอาจทำให้ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น

จากการวิเคราะห์

พบว่า การเสพสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีค่า SMR (standardized mortality ratio) สำหรับการฆ่าตัวตาย 14.0 ในผู้ป่วยซึ่งเสพฝิ่น 20.3 ในผู้ใช้นอนหลับหรือยาคลายกังวล และ 19.0 สำหรับผู้เสพสารหลายชนิด ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างการเสพติดกับการฆ่าตัวตายมีดังต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ป่วยเสพสารเสพติด การฆ่าตัวตายมีความเป็นไปได้สูงถ้าเป็นโรคทางจิตเวชชนิดอื่นด้วย เช่น โรคอารมณ์แปรปรวน จากการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างวัยรุ่น 67 ราย ซึ่งเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุม 67 ราย พบว่า การเสพสารเสพติดจะเพิ่มความเสี่ยงอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย

2. มีการศึกษาเปรียบเทียบผู้ชายที่มีอายุ 18-35 ปี ซึ่งเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตายกับกลุ่มควบคุม 75 คน พบว่า กลุ่มที่ฆ่าตัวตายมีอัตราการติดสารเสพติดสูงร้อยละ 22.7 เทียบกับกลุ่มควบคุม ร้อยละ 2 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่ฆ่าตัวตายมีอาการของโรคซึมเศร้าหรือบุคลิกภาพชนิด Borderline personality ร่วมด้วย

3. การตรวจสอบภาวะจิตใจของผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าอายุ 30 ปี ซึ่งเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติดมีมากขึ้น ผู้ป่วยในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักมีโรคร่วมทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิต และ adjustment disorder และผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านสัมพันธ์ภาพหรือการสูญเสียร่วม ด้วย

4. ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยติดสารเสพติดที่ฆ่าตัวตายเป็นผู้ชาย แต่มีข้อแตกต่างกันทางลักษณะเฉพาะและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างผู้ชายกับผู้หญิง จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยชาย/หญิงที่ติดสารเสพติดและการฆ่าตัวตายในประเทศฟินแลนด์ พบว่าผู้หญิงมักเสพหรือติดยาที่ได้รับจากการแพทย์ และยังมีโรคทางจิตเวชอย่างอื่นก่อนเสพสารเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ชาย ร้อยละ 45 และร้อยละ 18 ตามลำดับ

5. การติดสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งของการพยายามฆ่าตัวตาย จากการสำรวจเกี่ยวกับการเป็นโรคแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาในผู้ป่วยอายุ 15-54 ปี จำนวน 8,098 คน เพื่อตรวจสอบว่าการเสพสารเป็นข้อบ่งชี้ของพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือไม่ พบลักษณะที่สำคัญต่อไปนี้

- 1) การพยายามฆ่าตัวตายในเวลาต่อมาพบได้ในผู้ซึ่งเสพแอลกอฮอล์เฮโรอีนหรือสารระเหย
- 2) การเสพสารในปัจจุบันเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมอยากตาย
- 3) จำนวนสารเสพมีความสำคัญกับชนิดของสาร

4) กลุ่มของผู้ที่มีความคิดอยากตาย การเสพสารในปัจจุบันและการติดสารเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่ได้วางแผน

5) สาเหตุสำคัญซึ่งทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ซึ่งเสพสารคือการสูญเสียบุคคลที่ผู้ป่วยรัก และความรู้สึกโดดเดี่ยว

6) การใช้โคเคนร่วมกับสาร เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาผู้ป่วยติดสุราและมีอาการซึมเศร้า 41 ราย และรักษาไว้ในโรงพยาบาลพบว่า 16 ราย พยายามฆ่าตัวตาย และ 10 ราย เสพโคเคนในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ก่อนเข้าโรงพยาบาล และอัตราส่วนผู้ป่วยซึ่งพยายามฆ่าตัวตาย 1 สัปดาห์ก่อนเข้า โรงพยาบาล พบได้มากในผู้ซึ่งเสพโคเคนมากกว่าผู้ที่ไม่ได้เสพ ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 32 ตามลำดับความคิดอยากตายยังพบได้บ่อยในผู้ป่วยติดสุรา ร่วมกับมีอาการซึมเศร้าและเสพโคเคนอีกด้วย

การเสพสารเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการพยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อายุน้อยทำให้นักวิจัยตั้งข้อสันนิษฐานว่า การเพิ่มขึ้นของอัตราการฆ่าตัวตาย ในเด็กอาจมีความสัมพันธ์กับการเสพสารเสพติดเพิ่มขึ้นผู้ป่วยที่เสพสารเรื้อรัง ซึ่งเคยรับประทานยาเกินขนาดและเสพสารเสพติดหลายอย่างรวมทั้งแอลกอฮอล์อาจมีความเสี่ยงมากกว่า ยิ่งกว่านั้นการเสพสารเสพติดอาจทำให้อาการของโรคอารมณ์

แปรปรวนมีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น เพิ่มแนวโน้มที่โรคจะต้านต่อการรักษาและมีความบกพร่องทางด้านจิตใจ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยเหตุนี้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะต้อง ประเมินผู้ป่วยซึ่งมีความคิดอยากตาย เกี่ยวกับการเสพติดและตรวจว่ามีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนหรือ โรคทางจิตเวชชนิดอื่นด้วยหรือไม่ รวมทั้งค้นหารูปแบบการเสพสารและปัจจัยทางด้านจิตสังคม เช่น การ สูญเสียการมีปฏิสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดหรือประวัติการได้รับอันตรายในวัยเด็ก

โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

1. ระบาดวิทยาของการฆ่าตัวตายในโรคซึมเศร้า

Guze และ Robins ระบุว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงชั่วชีวิต (lifetime risk) ต่อการเสียชีวิต จากการฆ่าตัวตายร้อยละ 15 สอดคล้องกับการทบทวนงานวิจัยจำนวน 30 รายงาน ของ Goodwin และ Jamison ในระยะต่อมาที่สนับสนุนความเสี่ยงชั่วชีวิตต่อการฆ่าตัวตายในโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยใน งานวิจัยข้างต้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งมีอาการรุนแรง จึงไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าทั้งหมดได้ Bost wick และ pankratz ได้วิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัยโดยจำแนกความเสี่ยงชั่วชีวิตต่อ การฆ่าตัวตายตามลักษณะของผู้ป่วย ร่วมกับการใช้วิธีการใหม่ทางสถิติในการประเมินความเสี่ยง พบว่าความ เสี่ยงชั่วชีวิตต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 4.0 ผู้ป่วยนอกร้อยละ 2.2 และ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เป็นผู้ป่วยในซึ่งเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาพยายามฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 8.6 มีการศึกษาแบบ psychological autopsy ซึ่งสัมภาษณ์ญาติหรือคนใกล้ชิดของผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายพบว่าร้อยละ 60 ของ ผู้เสียชีวิตมีอาการของโรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์แปรปรวนอื่นๆ ขณะฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ พบว่าผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีอาการเข้ากับภาวะซึมเศร้า (depression) ตามระบบการจำแนกโรค ICD-10 สูงถึงร้อยละ 42.7

2. ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ มีรายงานส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าหญิง โดยอัตราส่วนชายต่อหญิงประมาณ 2 ต่อ 1 และไม่พบความสัมพันธ์ที่ ชัดเจนระหว่างอายุกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและรายงานส่วนใหญ่พบผู้ป่วยโรค ซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น แยกทาง หย่าร้าง หรืออยู่คนเดียว

2) ลักษณะพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประวัติพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย มาก่อนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และเพิ่มโอกาสเกิดการพยายาม ฆ่าตัวตายในครั้งต่อไป ยังมีการพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้งความเสี่ยงในครั้งต่อไปยังเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ โรคซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายจะมีปัญหาจากการเจ็บป่วยรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติมากทั้งในแง่ของ การที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่อายุน้อย ป่วยบ่อย และยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ ทั้งนี้อาจเป็นจากตัวโรคซึมเศร้า ที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายบ่อยขึ้น หรือเป็นจากผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ได้ Coryell และyoung ศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 785 คน แบบติดตามไประยะยาวและดูสถิติการเสียชีวิตจากการฆ่าตัว ตายในช่วงเวลา 20 ปีต่อมา พบว่าปัจจัยพยากรณ์ถึงการฆ่าตัวตาย คือระดับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายในช่วงที่ แยกที่สุดของผู้ป่วย

3) ลักษณะอาการโรคซึมเศร้า

Fawcett และคณะ ได้แบ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นความเสี่ยงระยะต้น (ระยะ 1 ปี) กับความเสี่ยงระยะยาว (ระยะหลัง 1 ปี) โดยศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 954 คน พบว่ามีอยู่ 6 ปัจจัยที่

สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในระยะต้น ได้แก่ การมีอาการแพนิค การมีอาการวิตกกังวลรุนแรง สมาธิแย่ง การนอนหลับไม่ดี การเสพยาแบบมีปัญหา และภาวะ anhedonia และ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในระยะยาว ได้แก่ ความรู้สึกสิ้นหวังอย่างรุนแรง ความคิดฆ่าตัวตายและ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และ การศึกษา psychological autopsy โดย McGirr และคณะ พบว่าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายนั้นมีปัจจัยเสี่ยงระยะต้นคือ การนอนไม่หลับ และการกลับมีอาการ (recurrence) หรือการไม่มีระยะโรคสงบ (remission) ทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

4) อาการหรือโรคที่พบร่วม

- บุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม B มีการศึกษาผลของบุคลิกภาพผิดปกติต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพบว่าบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม B โดยเฉพาะชนิด borderline มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ McGlashan พบว่า ผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้า ร่วมกับกับบุคลิกภาพผิดปกติชนิด borderline มีแนวโน้มของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าอย่างเดียว

- การเสพยาและสารเสพติด การเสพยาแบบมีปัญหาและการใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การเสพยาแบบมีปัญหาหรือใช้สารเสพติดอาจเพิ่มความเสี่ยงเนื่องจากทำให้ความยับยั้งชั่งใจน้อยลง หรือจากการที่สุราหรือสารเสพติดทำให้บุคลิกแบบก้าวร้าวรุนแรงที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

- ภาวะวิตกกังวลหรือภาวะกายไม่สงบ การมีภาวะวิตกกังวลหรือภาวะกายไม่สงบ (agitation) ร่วมด้วยทำให้ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงขึ้น ขณะที่บางการศึกษา เช่น placidi และคณะศึกษาผู้ป่วยใน 272 คน ที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าอย่างน้อย 1 ครั้ง พบว่า โรคแพนิคไม่ได้ทำให้ความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายนั้นเพิ่มขึ้นยิ่งไปกว่านั้นการที่ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลสูง กระวนกระวายหรือหมกหมุ่นทางกายกลับเป็นปัจจัยปกป้องต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงนั้นพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญคือ การแยกตัวหรือมีภาวะถดถอยทางสังคม อารมณ์เหวี่ยงหงุดหงิด มีพฤติกรรมก้าวร้าว ใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Carbello et al., 2014) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดโรคซึมเศร้าและเมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถแยกประเด็นปัญหาออกเป็นส่วนๆ ได้ จึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (Sharifi et al., 2015) ส่วนผู้ป่วยในกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด พบว่าการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายจะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด (Darvishi, Farhadi, Haghtalab, & Poorolaja, 2015; Borges et al., 2017) และในทุก ๆ 5 คนที่ฆ่าตัวตายจะมีปัญหาความผิดปกติจากการใช้สุรา (Kolves, Draper, Snowden, & De Leo, 2017)

สรุป ความเสี่ยงชีวิตต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่ได้สูงถึงร้อยละ 15 เชื่อกันโดยพบประมาณร้อยละ 6 เท่านั้น ผู้ป่วยเพศชายเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง โดยพบบ่อยใน 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย ปัจจัยเสี่ยงสำคัญ คือ การมีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน มีความตั้งใจฆ่าตัวตายอย่างจริงจังในช่วงที่แย่ที่สุดในชีวิต และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มีระยะโรคสงบ หรือการกลับมามีอาการบ่อย ๆ การมีปัญหานอนไม่หลับ การมีภาวะวิตกกังวลหรือโรคในกลุ่มวิตกกังวล การมีภาวะกายไม่สงบ การดื่มสุราแบบมีปัญหาและการใช้สารเสพติด การมีบุคลิกภาพผิดปกติในกลุ่ม B และการมีภาวะก้าวร้าวหรือเหวี่ยงหงุดหงิด

1.3 ประเภทของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายมีลักษณะเป็นกระบวนการ บุคคลมักเริ่มต้นด้วยการคิดฆ่าตัวตายและมีระดับความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนถึงขั้นฆ่าตัวตายสำเร็จ ประเภทของการฆ่าตัวตายสามารถแบ่งได้ดังนี้ (สายฝน เอกวรังกูร, 2558)

1. การคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal ideation) เป็นความคิดที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมาหรือความคิดอ้อมค้อมเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือทำลายตนเอง อาจแสดงออกทางคำพูด การเขียนผ่านงานศิลปะ แต่ไม่มีความตั้งใจหรือการกระทำ

2. การขู่ฆ่าตัวตาย (Suicide threats) คือการพูดหรือเขียนตรงไปตรงมาเกี่ยวกับความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่มีการกระทำ

3. การมีท่าทีจะฆ่าตัวตาย (Suicide gesture) คือการทำร้ายตนเองแต่ไม่ได้รับบาดเจ็บหรืออาจมีบาดเจ็บเพียงเล็กน้อย ผู้กระทำไม่ได้ตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองและไม่ได้คาดหวังว่าตนเองจะเสียชีวิต แต่กระทำเพื่อให้ผู้อื่นคิดว่าตนเองต้องการจะจบชีวิต เช่น ทำให้เกิดแผลถลอกที่บริเวณข้อมือ การรับประทานยาบางอย่างที่มั่นใจว่าไม่เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต เป็นต้น

4. การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicidal attempts) คือการทำร้ายตนเองด้วยวิธีการที่รุนแรง อาจได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือมาก ผู้กระทำมีความตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเองหรือต้องการให้ตนเองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง การแสลงกระทำการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายที่ไม่ประสบผลสำเร็จและความรุนแรงในการกระทำต่ำกว่าเรียกว่า para-suicide behavior

5. การฆ่าตัวตายสำเร็จ (Completed or Successful or Committed suicides) ผู้กระทำตั้งใจที่จะจบชีวิตของตนเอง และมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ขณะลงมือกระทำ

6. การฆ่าตัวตายลักษณะอื่น ๆ ประกอบด้วย การวางแผนการฆ่าตัวตายที่วางแผนไว้ล่วงหน้า (premeditated suicide) การฆ่าตัวตายแบบสองจิตสองใจ (ambivalent suicide) การฆ่าตัวตายเมื่อทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง (coercive suicide) การฆ่าตัวตายแบบไม่ตั้งใจ (false suicide) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidal risk)

1.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ (2559) กล่าวว่า การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยทุกรายที่มีปัจจัยเสี่ยง โดยถามตรงๆถึงความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การถามถึงความคิดฆ่าตัวตายไม่ได้เป็นการชี้แนะให้ผู้ป่วยเกิดความคิดฆ่าตัวตาย แต่ทำให้ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายอยู่แล้วมีโอกาสพูดถึงความคิดฆ่าตัวตายที่มี ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยได้ผ่อนคลายขึ้นหรือได้มองหาทางออกของปัญหาด้วยวิธีอื่นๆ หากไม่แน่ใจในข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยต้องถามข้อมูลจากญาติและบุคคลใกล้ชิด ซึ่งการประเมินสภาพบุคคลที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถประเมินได้จากหลายปัจจัย รวมทั้งการใช้แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตายร่วมด้วย ดังนี้

1.4.1 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะสั้น พิจารณาจากหลายปัจจัยเสี่ยงซึ่งแต่ละข้อมีน้ำหนักไม่เท่ากัน ปัจจัยเสี่ยงที่มีน้ำหนักสูง ได้แก่ สภาพจิตใจของผู้ป่วยขณะประเมินการมีความคิด

ฆ่าตัวตาย การมีแผนการที่ชัดเจน การมีความกดดันทางด้านจิตใจ ความเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(ดัดแปลงจาก Adam K. Attempted suicide. Psychiatric Clin North Am 1985;8:183. อ้างถึงใน นันทวัช สิริรักษ์ และคณะ ,2559)

ตัวแปรที่ใช้การประเมิน	ความเสี่ยงสูง (high risk)	ความเสี่ยงต่ำ (low risk)
1. ข้อมูลสถิติประชากร อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล พื้นฐานครอบครัว	เกิน 45 ปี ชาย หย่าร้างหรือเป็นหม้าย ว่างงาน มีความขัดแย้ง รุนแรงหรือมีความขัดแย้ง	ต่ำกว่า 45 ปี หญิง สมรส มีงานทำ มั่นคง มั่นคง
2. สุขภาพ 1) ทางกาย	ป่วยเรื้อรัง อุปาทานว่าตนเองป่วย เสพสารเสพติดมากเกินไป	สุขภาพดี รู้สึกตัวแข็งแรงดี ใช้สารเสพติดน้อย
2) ทางจิตใจ	มีภาวะซึมเศร้าอย่างรุนแรง มีภาวะโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง มีโรค substance abuse หมดหวัง	มีภาวะซึมเศร้าเพียงเล็กน้อย มีภาวะโรคประสาท บุคลิกภาพปกติ ดื่มเฉพาะเมื่อเข้าสังคม มองโลกในแง่ดี
3. พฤติกรรมทำร้ายตนเอง 1) ความคิดฆ่าตัวตาย 2) การพยายามฆ่าตัวตาย	คิดบ่อย ตั้งใจอย่างแรงกล้า คิดมานาน พยายามทำหลายครั้ง วางแผนล่วงหน้า ผู้อื่นเข้าช่วยเหลือได้ยากมาก ไม่ลังเลที่จะตาย คิดโทษตัวเอง ใช้วิธีรุนแรงและสามารถทำได้ ไม่ยาก	คิดไม่บ่อย ไม่ตั้งใจมาก คิดชั่วคราว เพิ่งทำเป็นครั้งแรก ทำด้วยความหุนหันพลันแล่น ผู้อื่นเข้าช่วยเหลือได้ง่าย เลิกๆแล้วปรารถนาให้มีการเปลี่ยนแปลง โกรธหรือคิดโทษผู้อื่น ใช้วิธีการที่ไม่รุนแรงหรือไม่สามารถทำได้ทันที

1.4.2 แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย

ในประเทศไทยมีแบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย (suicidal tendency) ได้แก่แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Risk : NGASR) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. : 5.00 ฉบับภาษาไทย เป็นต้น

(1) แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (The Nurse's Global Assessment of Suicide Risk : NGASR) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ แบบประเมินนี้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้ 4 ระดับ คือ ระดับน้อย ปานกลาง สูง และสูงมาก มีลักษณะคำตอบว่า ใช่หรือไม่ใช่ มีค่าความเชื่อมั่น 0.9 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ เกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อมีความแตกต่างกันไปตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น การพัฒนาเครื่องมือนี้ได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยทำนายที่ทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีดังต่อไปนี้ 1) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 2) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต 3) มีสถานการณ์ความเครียดในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 3) มีการเจ็บป่วยทางจิต 4) มีภาวะซึมเศร้า 5) มีภาวะที่แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 6) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 7) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 8) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว 9) มีการสูญเสียสัมพันธภาพหรือมีความเศร้าโศก เมื่อเร็ว ๆ นี้ 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสียสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Cutcliffe & Barker, 2004)

(2) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q เป็นแบบประเมินที่กรมสุขภาพจิตใช้อยู่ในปัจจุบัน มุ่งประเมิน suicidal intention ในขณะปัจจุบัน ช่วยจำแนกความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประเมินด้วย 9Q ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป เพื่อให้การดูแลตามระบบการเฝ้าระวังของโรคซึมเศร้าบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยอื่นได้เป็นภาษาที่ตรงกับคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของคนไทย มีความไว (Sensitivity) สามารถระบุได้ว่า มีหรือไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย และความจำเพาะ (Specificity) ที่สามารถวินิจฉัยแยกคนที่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายได้ถูกต้องเมื่อเปรียบเทียบกับคนที่ไม่ฆ่าตัวตายทั้งหมดจากความเป็นจริง ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการฆ่าตัวตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึง ซึ่งคำตอบจะมี “มี” และ “ไม่มี” และข้อคำถาม 1 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการฆ่าตัวตายในชีวิตทั้งหมดที่ผ่านมา ซึ่งคำตอบจะมี “มี” และ “ไม่มี” และได้มีการแปลผลคะแนนดังนี้ 0 คะแนน แปลว่า ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1-8 คะแนน แปลว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน แปลว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ตั้งแต่ 17 คะแนน

ขึ้นไป แปลว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, 2560)

(3) แบบประเมิน Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. : 5.00 ฉบับภาษาไทย ได้มีการศึกษาความตรงของเครื่องมือสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง เพื่อวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview : M.I.N.I. : 5.00 ฉบับภาษาไทย โดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ ไพบุลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) ได้นำเครื่องมือของ Sheehan&Leerubier ชื่อ Mini International Neuropsychiatric Interview English Version 5.00 (2002) มาแปลเป็นภาษาไทย ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาหรือตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ ศึกษาในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 117 คน โดยเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยโดยพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมมาใช้ M.I.N.I. ฉบับภาษาไทยกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ตามกรอบการวินิจฉัยของเครื่องมือ M.I.N.I. ที่ถือเป็นมาตรฐาน และทำการทดสอบทางสถิติเพื่อหาความตรงตามเกณฑ์ โดย Cohen's Kappa ค่าความไว ค่าความจำเพาะ ค่าการ คาดหมายที่เป็นบวก ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ และประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกัน ผลการศึกษามีค่า ความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมินการฆ่าตัวตายประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการฆ่าตัว ตาย ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งคำตอบจะมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” และได้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งคำตอบจะมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” และได้แบ่งระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง

ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

(4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital ; PISRA 12) สำหรับประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษาในโรงพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล ตามระดับความรุนแรงและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง มีค่าความไว ร้อยละ 90.4 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 87.5 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.7 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมิน $\alpha = 0.81$ (ชนิษฐา สนเทห์, 2560)

สรุปในการศึกษาครั้งนี้ ได้เลือกใช้แบบประเมิน M.I.N.I.-Suicidality เพื่อประเมินผู้ป่วยจิต เวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมีการแบ่งระดับความเสี่ยงที่ชัดเจน ผ่านกระบวนการวิจัยในคน ไทย อีกทั้งเป็นแบบประเมินที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ใช้เป็นประจำในการประเมินผู้ป่วย และให้กรพยาบาลตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. การบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.1 การบำบัดรักษา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553; มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น สัมพันธภาพในการรักษามีส่วน สำคัญมากการทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและรู้สึกว่ามีผู้ช่วยเหลือตน การช่วยเหลือที่สำคัญในระยะเวลาที่มีความเสี่ยง

เฉพาะหน้าคือ การป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นกะทันหันควรสังเกตใกล้ๆ ระยะเวลาหนึ่งจนแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงจึงลดมาตรการในการป้องกันลง การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย

2.1.1 การรักษาทางยาหรือชีวภาพ

(1) การรักษาด้วยยา การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยยาในผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องพบว่า ในผู้ป่วย schizophrenia และ schizoaffective disorder ยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นยากลุ่มใหม่ (Second generation) ได้แก่ ยา clozapine มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้และการให้ยารักษา อาการทางจิตในระยะยาว (long acting depot antipsychotic) จะสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายใน ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) การได้รับยา antidepressants ตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ดี ยากลุ่ม antidepressants

หลายตัวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและยังช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น fluoxetine, citalopram, sertraline, paroxetine และ amitriptyline

(2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้ารุนแรง ทั้งที่มีอาการทางจิตและไม่มี โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภทจะช่วยให้กรณีผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาไม่ได้ผล ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยในการรักษาที่ให้ผลที่เร็วขึ้นแต่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งถ้าหากพิจารณาให้การรักษาที่ล่าช้า อาจทำให้เกิดการเสียชีวิต

(3) การป้องกันด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการป้องกันอุปกรณ์ เครื่องมือ เก็บวัตถุมีคมและสิ่งของที่เป็นอันตราย โดยสิ่งของดังกล่าวต้องไม่อยู่ในความครอบครองของผู้ป่วยไม่จัดให้อยู่ในห้องแยกแต่ควรอยู่ใกล้กับเจ้าหน้าที่พยาบาลและอยู่ในสายตาของเจ้าหน้าที่ ไม่ควรอยู่ใกล้ระเบียงหรือทางออก ปิดหน้าต่างให้แน่นหนาและปลอดภัย

2.1.2 การรักษาทางจิตสังคมอย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วย

จิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้ยาร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดจะช่วยให้มีประสิทธิผลอย่างเต็มที่ การรักษาทางจิตสังคมในระยะแรกจะเน้นที่การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยจิตเวชในครั้งแรก ผู้บำบัดเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็น ตลอดจนเสริมเจตคติในทางบวกต่อโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยมักปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิตเวชในช่วงแรกของการป่วย การทำจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น จิตบำบัดแบบ Interpersonal therapy, Cognitive behavioral therapy, Dialectical behavioral therapy, Problem-solving therapy,

Telephone contact เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้การบำบัดตามแนวคิด Problem-solving therapy (PST) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่จะช่วยให้บุคคลนั้น ได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ไขปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหันหน้าพหลันเล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) และจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดย PST จะสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ในกระบวนการระบุปัญหา และปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน จุดเด่นของการบำบัดนี้มุ่งที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งที่จะลดความเครียดและลดอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง ซึ่งการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้น ที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนาน และมีความพิเศษที่ลดการพึ่งพิงความสามารถในการรู้คิดลง (Simon et al., 2015) และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขของการบำบัด โดยมีเป้าหมายในการบำบัดคือ การลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย

3. แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem – Solving Therapy : PST)

3.1 แนวคิดทฤษฎีพื้นฐานของการบำบัดด้วย PST

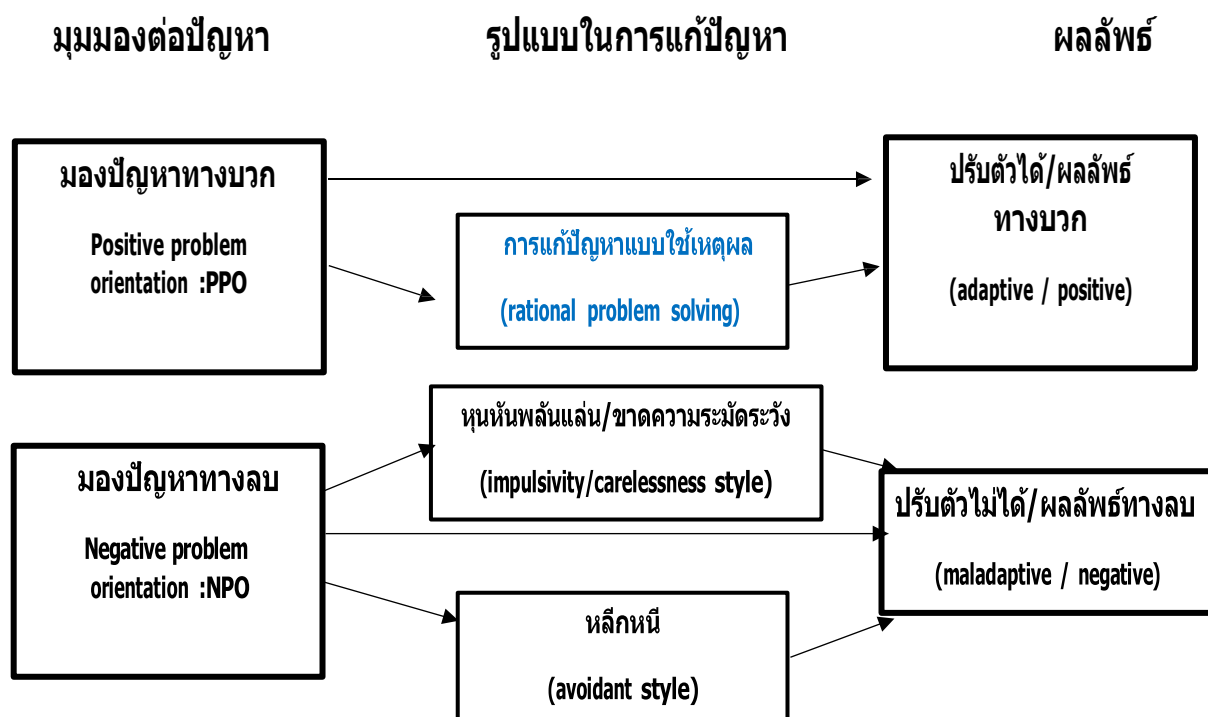
การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy : PST) หมายถึงวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่จะช่วยให้บุคคลนั้น ได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ไขปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหันหน้าพหลันเล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) และจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เพิ่มการแก้ปัญหา โดยใช้ เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดย PST จะสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอน ในกระบวนการระบุปัญหา และปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน จุดเด่นของการบำบัดนี้มุ่งที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งที่จะลดความเครียดและลดอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง ซึ่งการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้น ที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องมีการฝึกอบรมที่ยาวนาน และมีความพิเศษที่ลดการพึ่งพิงความสามารถในการรู้คิดลง (Simon et al., 2015) และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขของการบำบัด โดยมีเป้าหมายในการบำบัดคือ การลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วย ซึ่งสามารถพัฒนาเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

การบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) จะเป็นการใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลให้ใช้วิธีการทางบวกในการแก้ปัญหา คือ เพิ่มการมองโลกในแง่ดีมากขึ้น และมีมุมมองในปัญหาว่าเป็นความท้าทายมากกว่าการที่ไม่สามารถเอาชนะได้ เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความคิดในเชิงบวกกับปัญหาคือการยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหา ใช้อารมณ์เชิงลบเพื่อที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหาที่มีให้ต้องแก้ และการใช้เทคนิคเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ทำความเข้าใจในปัญหา และแม้กระทั่งใช้การฝึกซ้อมด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ผู้ป่วยจะมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่อไปนี้ ในระหว่างการบำบัดด้วย PST ได้แก่ 1) กำหนดปัญหาและเป้าหมาย 2) การพิจารณาวิธีแก้ปัญหาอย่างเข้มข้น 3) ประเมินวิธีการแก้ปัญหาทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละวิธี 4) การตัดสินใจเพื่อใช้ดำเนินการแก้ปัญหาและทำตามแผนนั้น 5) ดำเนินการแก้ปัญหาและ 6) ประเมินความพึงพอใจกับผลลัพธ์ที่ได้ จะเห็นว่าองค์ประกอบหลักของ PST จะเน้นไปที่การระบุปัญหาและขั้นตอนของการแก้ปัญหาในปัญหาใหม่ๆ ของในแต่ละช่วง ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เหมาะสมกับการบำบัดรายบุคคล (D. Zurilla & Nezu, 2010; Kiosses & Alexopoulos, 2014)

3.2 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย

การบำบัดโดยแก้้ปัญหา (PST) มุ่งเน้นไปที่วิธีการแก้้ปัญหาในหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การแก้้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (avoidant) แก้้ปัญหาแบบมีเหตุผล (rational) และปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) ซึ่งเป็นการแก้้ปัญหาแบบรื้อรอนที่เป็นปฏิกิริยาโดยไม่ยั้งคิด ไม่มีการวางแผนอย่างระมัดระวังในวิธีการเข้าหาปัญหา การแก้้ปัญหาลักษณะนี้จึงมักจะเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีในการแก้้ปัญหา ส่วนลักษณะของการแก้้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงจะเป็นวิธีการแบบผัดวันประกันพรุ่ง เมื่อบุคคลพบกับปัญหาที่ครอบงำพวกเขาจะพยายามหลีกเลี่ยงการแก้้ปัญหาทั้งหมด ผลลัพธ์ที่ได้จะไม่ดี ปัญหาจะแย่ลง รูปแบบที่เหมาะสมสำหรับการแก้้ปัญหาคือการมีเหตุผล โดยวิธีการคิดเชิงบวกควบคู่ไปกับการแก้้ปัญหาอย่างมีเหตุผล เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยปรารถนาต้องการจะบรรลุ ด้วยการรับรู้ในรูปแบบและมีทิศทางที่แตกต่างกัน ในสถานการณ์ต่างๆ ในคนๆเดียวกัน สถานการณ์ที่มีความตึงเครียดสูงจะมีแนวโน้มต่อการปรับตัวและรูปแบบการแสดงออกมากกว่าคนที่มีความเครียดน้อยลง ดังนั้นสิ่งที่ผู้บำบัดจะต้องทำให้มากที่สุด คือ การประเมินความสามารถในการแก้้ปัญหาของผู้ป่วยในช่วงเริ่มต้นการรักษาเพื่อตรวจสอบความสามารถที่เฉพาะ โดยสรุปเป็นแผนภาพได้ดังภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 factors model) D. Zurilla and Nezu (2010)



การรับรู้ปัญหาในทางบวก หมายถึง การมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ที่ช่วยทำให้เกิดอารมณ์ในทางบวกทำให้มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดี และเป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และมองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม ทำให้มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเอง

การรับรู้ปัญหาในทางลบ หมายถึง การรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อคุณภาพชีวิต จะทำให้มีการรับรู้ในศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหา ความกังวลเพิ่มมากขึ้น ไม่อดทนและแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น

การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง หมายถึง การแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา มองการแก้ปัญหาไปในทางร้าย ไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา และตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาลงด้วยตัวมันเอง

การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น หมายถึง การแก้ปัญหาแบบวู่วาม คิดแคบๆ เร่งรีบที่จะแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็ว โดยไม่รอคิดทบทวนหลายๆทางก่อน คิดว่าทางออกของปัญหามีเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล หมายถึง รูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีความรอบคอบ และเป็นระบบค้นหาทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

3.3 การประเมินทักษะการแก้ปัญหา

การประเมินทักษะการแก้ปัญหาในปัจจุบัน มีแบบวัดหลายประเภท เช่น MEPS, SPSI, PSI และแบบประเมินทักษะแก้ปัญหา 23 ข้อ ของสวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) มีรายละเอียดดังนี้

Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS) ใช้ประเมินทักษะการแก้ปัญหาในด้านความสามารถในการคิดวิธีการแก้ปัญหาจนถึงการดำเนินการแก้ปัญหาได้สำเร็จ โดยใช้สถานการณ์ 5 สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การให้คะแนนโดยประเมินจากประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาและความจำเพาะในการแก้ปัญหาแต่ละปัญหา ในแต่ละข้อมีค่าคะแนน ระหว่าง 1-7 คะแนน แบบวัดนี้มีความเที่ยง (reliability) การทดสอบแบบ inter-rater reliability มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง .84-.94 (Bray, Barrowclough, & Lobban, 2007)

1) Social Problem Solving Inventory (SPSI) เป็นแบบวัดแบบลิเคิร์ต มีจำนวน 70 ข้อ ของ D-zurilla&Goldfried (1971) และพัฒนาต่อมาโดย D-zurilla&Nezu, (1990) โดยเป็นแบบวัดที่รายงานผลด้วยตนเองและเป็นการประเมินใน 2 ส่วน คือ 1) การรับรู้ปัญหา (Problem Solving Scale: POS) 30 ข้อ 2) การแก้ปัญหาที่เหมาะสมหรือการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill Scale: PSSS) ประกอบด้วยภาระงานการรู้จัก อารมณ์ และพฤติกรรม 40 ข้อ ในการแปลผลแยกออกเป็นส่วนๆ แบบวัดนี้มีความเที่ยง (reliability) โดยการวัดซ้ำ (test-retest) แยกส่วน POS และ PSSS พบว่ามีค่าเท่ากับ 83 และ .88 (D-zurilla&Sheedy, 1991)

2) แบบสำรวจการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory (PSI) Paul Hepper (1998) ได้พัฒนามาจากการวัด 5 รูปแบบ ตาม Problem Solving Model ของ D-zurilla&Goldfried (1971) โดย D-zurilla&Goldfried ได้นำมาใช้เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะการแก้ปัญหาทางคลินิกในระยะแรก แบบประเมินมีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า จำนวน 35 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบ มี 6 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วยบางส่วน ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยได้กำหนดค่าคะแนนกลุ่มคำถามในเชิงบวกเป็น 1, 2, 3, 4, 5 และ 6 ในกลุ่มคำถามเชิงลบให้คะแนนแบบตรงกันข้าม การแปลผล คะแนนรวมที่ต่ำลงหมายถึงมีการแก้ไขปัญหาคือดี นอกจากนี้ในการแปลผลได้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ 1) ความมั่นใจในการแก้ปัญหา (problems solving confidence) 2) ลักษณะการเผชิญ/หลบเลี่ยงปัญหา (approach avoidance style) 3) ความเชื่อว่าที่มาของ ปัญหาเกิดจากตนเองหรือจากปัจจัยภายนอก (personal control) โดยคะแนนที่ต่ำบ่งชี้ถึงความสามารถในส่วนนั้นมากกว่าคะแนนที่สูง แบบประเมินนี้ เรียร์ชัย งามทิพย์วัฒนาและคณะ (2543) นำมาแปล โดยมีค่า ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) แบบแอลฟา (alpha reliability coefficient) ระหว่าง .72-.85 เป็นเครื่องมือที่มีความเที่ยงตรงและง่ายต่อการใช้

4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) ของสวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) เป็นแบบประเมิน 23 ข้อ โดยปรับปรุงมาจากแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) ของ Paul Hepper (1998) ที่แปลโดย เรียรชัย งามทิพย์วัฒนาและคณะ (2543) PSI เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจากการวัด 5 ในขั้นต้นตาม Problem-Solving Model ของ Dzurilla & Goldfried (1971) แบบประเมิน PSI นี้เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่ามี 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบ่งเป็นคำถามเชิงบวก 13 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ การแปลผลถ้าค่าคะแนนยิ่งสูง จะแสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาจะดีขึ้น ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ Cronbach's alpha coefficient = 0.86 โดยแปลจากคะแนนรวม ดังนี้ คะแนน ≤ 35 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก คะแนน 36-58 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย คะแนน 59-81 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก และคะแนน ≥ 82 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งในและต่างประเทศ

สวดี ศรีวิเศษและคณะ (2556) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง โดยผลจากการบำบัดพบว่ากลุ่มที่ได้รับ PST มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจิตบำบัดแบบประคับประคองกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 15.8 และสรุปว่าการบำบัดด้วยกลุ่ม PST เป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สมบัติ สกลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ อำเภอหนึ่งในจังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน ทั้งเพศหญิงและเพศชาย เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ชนิด 1 กลุ่ม โปรแกรมมีทั้งหมด 7 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมทั้งหมด 3 สัปดาห์ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนการได้รับโปรแกรมฯ กับหลังได้รับโปรแกรมฯ ทันที และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ชาลินี หนูสุข, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา และสมบัติ สกลพรรณ (2560) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่ม ก่อนและหลังระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 คน โปรแกรมจำนวน 7 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 60-90 นาทีต่อครั้ง) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล

1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้ามลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร กาญจน์กนก สุรินทร์ขจร และบุปผา รุ่งเรือง (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบในกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลงและระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) พัฒนาภายใต้ตัวแบบ 5 ปีของ D. Zurilla & Nezu (2010) ใช้บำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 40-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ผลของ PST-PPS.JVKK ทำให้มีทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น

มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะ ติดตามผล 1, 3 เดือน คะแนนเฉลี่ย PSI สูงขึ้นและไม่พบการกลับมาฆ่าตัวตายซ้ำ

สายฝน เอกวรังกูร (2563) ศึกษาพบว่าเพศมีอิทธิพลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวทางด้านจิตสังคมของบุคคล เพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหา โดยใช้ความรุนแรงมากกว่าเพศหญิง การศึกษาพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อัตราการฆ่าตัวตายพบมากในบุคคลที่เป็นโสด พบว่าผู้ที่ทำงานว่างงาน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีการทำงาน บุคคลที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการมีรายได้ไม่เพียงพอจากรายจ่าย ในสิ่งจำเป็นพื้นฐาน เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความท้อแท้ นอกจากนี้ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในรอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไปประมาณร้อยละ 20 ของการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก และโรคทางจิตเวชมีความสัมพันธ์สูงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

Choi, Marti, and Conwell (2016) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีรายได้ต่ำต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและสิ้นหวัง จำนวน 158 คน ในสถานกักกัน โดยทำการบำบัดด้วย PST ในรายบุคคลทางโทรศัพท์ พบว่ามีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและไร้ความสามารถความคิดฆ่าตัวตายและความสิ้นหวังในระยะติดตามผล 3 เดือนลดลง

Gustavson et al. (2016) ได้ทำการทดสอบสมมติฐานว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Therapy: ST) ในการลดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความผิดปกติของการทำหน้าที่ ในผู้ป่วยจำนวน 221 คน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทำการบำบัดด้วย PST และ ST จำนวน 12 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ PST ลดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ST อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Barnes et al. (2017) ได้ทำการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (PST-SP) โดยการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มทหารผ่านศึกที่มีการบาดเจ็บของสมองที่มีคะแนนความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 16 คน พบว่า หลังการบำบัดกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูงกับ PST-SP และอธิบายได้ว่า PST-SP เป็นการบำบัดที่มีคุณค่าเป็นประโยชน์ เป็นที่ยอมรับและเป็นไปได้

Owens et al. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ในผู้ใหญ่ที่มีเคยทำร้าย ตนเอง จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน ที่ได้รับการดูแล ตามปกติ พบว่า โปรแกรมการแก้ปัญหา (PST) สามารถลดความพยายามทำร้ายตนเองในผู้ใหญ่ลงได้

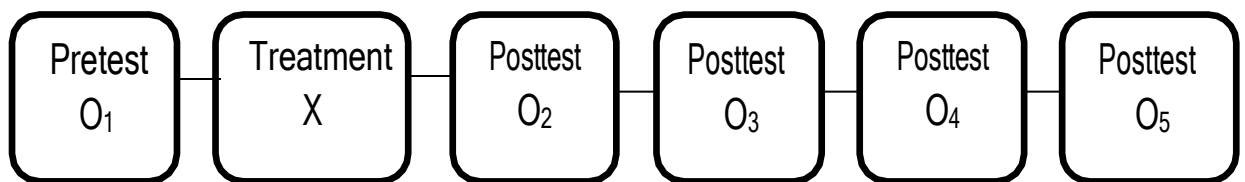
Lutz et al. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการศึกษา รายกรณี (Problem Solving Therapy for Case Study) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามแนวคิด ของเดซู และ เนซูเรลา (D'Zurilla & Nezu) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกลุ่มโรควิตก กังวล จำนวน 2 ราย ประเมินผลลัพธ์โดยวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide risk) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. 5.0) แบบวัดอาการวิตกกังวลของเบค (Beck Anxiety Inventory: BAI) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) วัดผลก่อนและหลังการบำบัด (Pretest-Posttest) ผลการศึกษารายกรณี ทั้งสองราย พบว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหสามารถลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการวิตก กังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ได้ ส่วนเชิงคุณภาพพบว่า กรณีศึกษามีความพึงพอใจ และเป็นประโยชน์ ในการช่วยกับการจัดการอารมณ์ของตนเอง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มเดียว (one group pretest-posttest design) มีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองทันทีระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน โดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย



ภาพที่ 3 รูปแบบการวิจัย

โดยกำหนดให้

O₁ หมายถึง การประเมินทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

X หมายถึง โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

O₂ หมายถึง การประเมินทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาหลังเสร็จสิ้นทันที

O₃ หมายถึง การประเมินทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะติดตามผล 1 เดือน

O₄ หมายถึง การประเมินทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะติดตามผล 2 เดือน

O₅ หมายถึง การประเมินทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาหลังเสร็จสิ้นการบำบัดในระยะติดตามผล 3 เดือน

2. ตัวอย่างหรือประชากรที่ทำการศึกษา

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10.XX-F19.XX) ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (F20.XX-F29.XX) และผู้ป่วยความผิดปกติทางอารมณ์ (F30.XX-F39.XX) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision: ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา เป็นผู้ป่วยใน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยมีลักษณะตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ในการคัดเข้าสู่โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตั้งแต่ 1 คะแนนขึ้นไป (ระดับน้อย) วัดด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Mini International National Neuropsychiatric Interview (MINI-Suicidality) พัฒนาโดย พันธุนา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548)
2. อาการทางจิตสงบ ประเมินคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการบำบัดด้วยแบบประเมิน คะแนนอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36
3. ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง โดยการประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน
4. มีระดับทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี จากการวัดด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 58 คะแนน
5. อายุระหว่าง 18-59 ปีสามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยินและการมองเห็น เช่น เป็นใบ้ หูหนวก หรือตาบอด

6. ให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกรวมทั้งการคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายรุนแรง
2. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด
3. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม

4. ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงของการรักษาด้วยไฟฟ้า

เกณฑ์การยุติการวิจัย

ผู้ป่วยที่บำบัดไม่ครบ ผู้ป่วยขอถอนตัวจากการศึกษา

2.3 ขนาดตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบในกลุ่มเดียวกัน ไม่เป็นอิสระต่อกัน กลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม วัดผลก่อน-หลังการให้การรักษาทันที และในระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่างและขนาดอิทธิพลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.10 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้ (อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญ .05 กำหนดขนาดอิทธิพลสำหรับการทดสอบ โดยนำค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน-และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ที่ศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหามือในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 40 คน เป็นกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ซึ่งการศึกษานี้มีการศึกษาตัวแปรและประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียง กัน ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 59.65 ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลองเสร็จสิ้น มีค่าเท่ากับ 73.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4.49

คำนวณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย โดยสูตรการประเมินกลุ่มตัวอย่าง (รัตนศิริ ทาโต, 2561) ดังนี้

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma}$$

กำหนดค่า Power เท่ากับ 0.70 ระดับนัยสำคัญที่ 0.05

$\mu_1 - \mu_2$ = Mean difference หรือค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุดเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มากพอจะครอบคลุมการหาคำตอบ

μ_1 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 59.65

μ_2 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลองเสร็จสิ้น มีค่าเท่ากับ 73.60

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4.49

แทนค่าในสูตร

$$d = \frac{73.60 - 59.65}{4.49}$$

$$= \frac{13.95}{4.49} = 3.107$$

ค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองเท่ากับ 3.107 เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวในโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power version 3.1.10 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 19 คน แต่ในระหว่างดำเนินการวิจัย เนื่องจากมีการติดตามผลหลังจำหน่ายนาน 3 เดือน อาจมีการสูญหาย (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 30 (Grove, Gray & Burn, 2013) คิดเป็น 5.7 คน รวมเป็นจำนวน 24.7 หรือ 25 คน

3. วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งการทดลองเป็น 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการทดลอง 2) ระยะดำเนินการทดลอง และ 3) ระยะหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) ระยะเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของคณะผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยในการติดตามประเมินผล ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีประสบการณ์ในการดูแลและบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยจิตเวช การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผ่านการศึกษาอบรม เรื่องโปรแกรมบำบัดรายบุคคลโดยการแก้ปัญหา (PST-PPS) และผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเป็นผู้บำบัดและเก็บข้อมูลในกระบวนการบำบัด ทีมผู้ช่วยวิจัย 3 คนเป็นผู้เก็บข้อมูลตั้งแต่ระยะก่อนทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 1, 2 และ 3 เดือน เพื่อป้องกันการเกิดอคติจากผู้วิจัย

2. ส่งโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัยตามแผนเมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนดำเนินการวิจัย

4. ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลและทบทวนความรู้ในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ให้กับ คณะผู้วิจัยโดยทีมผู้วิจัยจำนวน 3 คน จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนข้อมูลทักษะการ แก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะมีผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 คน ในการรวบรวมผลการประเมิน ทั้งใน ระยะก่อนการทดลอง และระยะติดตามผลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน

พยาบาลทีมติดตามประเมินผล 3 คน ได้แก่ นางสาวสุจิตรา หล้าคำ นางสาวสายชล ยูลพันธ์ นางจินตนา วิวัฒน์เกษมสุข พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด เพื่อลดการเกิดอคติจากผู้วิจัย

5. ประชุมชี้แจงหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย ถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินงาน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

6. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยผู้วิจัย ประสานความร่วมมือกับหัวหน้าตึกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำ และเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยทุกคนเพื่อ รับทราบโครงการวิจัยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

7. ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้พร้อม ใช้ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เป็นส่วนตัว ในหอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำ โดยผู้วิจัยจะใช้ช่วงเวลาที่กลุ่มตัวอย่างว่างจากการทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ให้มีผลกระทบต่อการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยประสานเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยให้แจ้งผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างทราบ หากมีแพทย์ประจำตัวเข้ามาตรวจเยี่ยมอาการ

8. ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่ผู้ป่วยแล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยการแนะนำตัวผู้เก็บข้อมูลวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลภายหลังดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยและประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้สอบถามและอธิบายโครงการจนเข้าใจ จึงให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยทุกคนได้รับการอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามในแต่ละชุดจนเข้าใจ จากนั้นเปิดโอกาสให้ตอบแบบสอบถาม

9. กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลอย่างเดียวก่อนการทดลอง 1 วัน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพในครอบครัว การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด

10. ผู้วิจัยนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

2) ระยะดำเนินการทดลอง ในขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเก็บข้อมูลก่อนเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST-PPS) ผู้ศึกษาได้นัดผู้ป่วยเข้ารับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) โดยบำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์

โดยใช้สถานที่คือห้องให้การปรึกษา หอผู้ป่วยฝ้ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นสถานที่ที่เป็นสัดส่วน สงบ เหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอกขณะดำเนินการ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการ แก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไขปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายใน การแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 5 ฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด

2. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ถึงแม้ว่าการบำบัดจะสิ้นสุดลง แต่ถ้าผู้ป่วยคนใดยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ก็สามารถติดต่อกลับมาได้ และท้ายสุดให้ผู้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจจากการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ

3. ผู้วิจัยจะนัดหมายผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษาอีกครั้ง ใน 1, 2 และ 3 เดือน และการยุติการให้บริการ

3) ระยะเวลาหลังการทดลอง

1. การเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลหลังสิ้นสุดทันทีการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน หลังการบำบัด โดยผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยซึ่งไม่ใช่ทีมผู้บำบัด เก็บข้อมูลโดยตอบแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังการทดลอง 1, 2 และ 3 เดือน ด้วยการนัดหมายผู้ป่วยจิตเวชและญาติให้มาตามนัดหมาย โดยผู้วิจัยจะมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจน การนัดวันนัดหมายจากวันที่สิ้นสุดการบำบัดไปอีก 1, 2 และ 3 เดือน อาจมาก่อนหรือหลังวันนัดหมายไม่เกิน 3 วันทำการ กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ตามกำหนด ทั้งนี้จะนัดวันที่มาติดตามผลเป็นวันเดียวกับวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมารับยาหลังจำหน่าย เมื่อใกล้ถึงวันนัดหมาย 1-2 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปย้ำเตือนวันนัดหมายและสอบถามเวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะมีผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัย (เมื่อถึงวันนัดหมาย ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้วิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์อีกครั้งเพื่อให้มาติดต่อ กับโรงพยาบาลในวันทำการถัดไป)

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หากตรวจพบความไม่สมบูรณ์จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง

4. เครื่องมือที่ใช้วัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง และส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง แต่ละส่วนมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) ดังนี้

1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วย ช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษา แบบประเมินนี้พัฒนาโดยโอเวอร์อลล์ และ โกซาม (Overall & Gorham, 1992)

นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2545) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อ ในแต่ละข้อ มีคะแนน 1 ถึง 7 คะแนน ได้แก่

1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ (Not Present)

2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุดหรือสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Very mild)

3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (Mild)

4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง (Moderate)

5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (Moderate Severe)

6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง (Severe)

7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (Extremely Severe)

แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 คะแนนรวมทั้งหมด 126 คะแนน โดยกำหนดความหมายของคะแนนรวม ดังนี้

คะแนนเท่ากับ 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ

คะแนนเท่ากับ 19 - 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิต

คะแนนเท่ากับ 37-126 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2536) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยวัดการรับรู้ทางเชาวน์ปัญญาทั้ง 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ความจำ (registration) ความตั้งใจ (attention) การคำนวณ (calculation) ภาษา (language) และการระลึกได้ (recall) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ ร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ ร้อยละ 87 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .92

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) และ 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษามาแล้ว ผู้ป่วยใน การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ บุคคลในครอบครัว และประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติเคยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในอดีตที่ผ่านมา

2) แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ของสวดี ศรีวิเศษ และคณะพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ของเดอซูริลลา และเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2007) ใช้สำหรับประเมินทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน ผู้วิจัยได้ศึกษาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี และ

คะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี โดยแปลจากคะแนนรวม (สวดี ศรีวิเศษ, วัชนิ หัตถพนม, สายชล ยุลพันธ์, สโรชา บางแสน, และอิงกญา โคตนารา, 2556) ดังนี้

คะแนน ≤ 35 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก

คะแนน 36-58 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย

คะแนน 59-81 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหปานกลาง

คะแนน ≥ 82 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et.al., 2006) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ณา กิตติรัตน์-ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น

และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือและได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือได้ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.86 ในส่วนของ module current suicide risk ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.91 ในการวิจัยครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจฉัยโรค (modules) ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผน ฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ทั้งนี้แบบประเมินความเสี่ยง ต่อ การฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถามเกี่ยวข้องความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และและอีก 1 ข้อ เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่างกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนที่ได้จะนำมารวมกัน ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน แปลผลคะแนน ดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัว ตาย 3 ระดับ (พันธุ์ณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) ดังนี้

1-8 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย

9-16 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

>17 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นเครื่องมือที่ได้ดำเนินการพัฒนาและทำการปรับปรุงแก้ไขตามกระบวนการวิจัยและพัฒนา เป็นโปรแกรมบำบัดภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย (five factor model) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดการแก้ปัญหาของเดอซูริลลา และเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2007) เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทำการตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผล ได้ค่าดัชนีความ สอดคล้องเท่ากับ 0.67-1.00 ทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาทั้งหมด 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง ระยะเวลาในการบำบัดแต่ละครั้ง 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ โปรแกรม ประกอบด้วยขั้นตอนและกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ
ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด
- ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไขปัญห
ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไขปัญห และวิธีการ
แก้ปัญห
- ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญห
ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรง
กับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญห ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญห
- ครั้งที่ 4 ฝึกการแก้ปัญหและตรวจสอบ ผลการแก้ปัญห
- ครั้งที่ 5 ฝึกลงมือแก้ปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญห
- ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญห คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญห และยุติการบำบัด

2) การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ทำหน้าที่บำบัด

ผู้วิจัยคนที่ 1 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จำนวน 30 ปี (นับถึง พ.ศ. 2566) ปี 2550 จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในวันที่ 14-15 มีนาคม 2562 ได้เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ
เรื่องการบำบัดโดยการแก้ปัญหเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย จากคณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
โดยศาสตราจารย์ดอกเตอร์ดาราวรรณ ตะปินตาและคณะ ที่จ.เชียงใหม่ วันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ 2563
ฝึกประสบการณ์การบำบัดเพื่อเพิ่มพูนทักษะในการให้การบำบัดด้วยการแก้ปัญห และวันที่ 10-12 มีนาคม
2564 เป็นวิทยากรร่วมในการอบรมเชิงปฏิบัติการ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหผู้มีพฤติกรรม
ฆ่าตัวตายสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ณ โรงแรมดิเอ็มเพรส จ.เชียงใหม่ นอกนี้ยังได้ศึกษาดำรงและให้การ
บำบัดผู้ป่วยด้วย PST ที่รักษาเป็นผู้ป่วยในที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ณ หอผู้ป่วยฝ่ายคำ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563
ภายใต้การปรึกษาแนะนำของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านนี้โดยเฉพาะ

ผู้วิจัยคนที่ 2 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
จำนวน 30 ปี (นับถึง พ.ศ. 2566) ปี 2551 จบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในปี 2549 อบรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยโรค
ซึมเศร้า จากมหาวิทยาลัยขอนแก่นจำนวน 3 วัน และปีพ.ศ. 2550 ผ่านการเรียนภาคปฏิบัติการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการบำบัดด้วย CBT ในผู้ป่วยจิตเวช ต่อมาในปี 2554 ผู้วิจัยได้พัฒนาตนเองใน
การฝึกความเชี่ยวชาญ ศึกษาแบบรายกรณีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน บำบัดด้วยโปรแกรม CBT
ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (APN) ของสภาการพยาบาล
ในปี 2556 และ ปี 2563 อบรมโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
โดยอาจารย์ดาราวรรณ ตะปินตา

ผู้วิจัยคนที่ 3 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์เป็น
เวลา 11 ปี (นับถึงพ.ศ. 2566) ปี พ.ศ. 2562 จบพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับการอบรมและมีความเชี่ยวชาญในเรื่อง PST โดยใน

ปี 2564 ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ฝึกฝนความเชี่ยวชาญการบำบัดโดยการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่เข้ารับรักษา ณ. หอผู้ป่วยฝ่ายคำ

5. การรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน ซึ่งไม่มีส่วน เกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด ทั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอคติ (bias) ทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจะได้รับการเตรียมความพร้อมเพื่อเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยจะชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลทราบ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งในระยะก่อนการทดลอง และหลังการ ทดลองในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือนรวมถึงชี้แจงรายละเอียดของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ ฝึกอบรมการใช้เครื่องมือในการวิจัย คือแบบประเมิน ทักษะการแก้ปัญหา และแบบประเมินความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตาย เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพทั้ง 3 คน มีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการใช้เครื่องมือ โดยมีรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

5.1) ระยะก่อนการทดลองผู้วิจัยจะให้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน จะทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE)

5.2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน จะทำการรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ด้วยเครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัด การแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) และ 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใน เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)

5.3) ระยะทดลอง ผู้วิจัยจำนวน 3 คน จะดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดแบบรายบุคคล (individual therapy) จำนวน 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม แต่ละกิจกรรม ใช้เวลา ครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ แต่เนื่องจากโปรแกรมการบำบัดใช้เวลาประมาณ 2 สัปดาห์ อาจมีผลกระทบต่ออาสาสมัคร ทำให้ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้วิจัยจะทำการแก้ไขโดย การอธิบายให้ญาติและกลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าใจ รวมถึงอธิบายขั้นตอนและระยะเวลาการเก็บรวบรวม ข้อมูลและจะประสานเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้เพื่อทราบรายละเอียดดังกล่าว

5.4) การเก็บรวบรวมข้อมูลมี 4 ระยะคือ ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยโดยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 3 คน โดยข้อมูลที่จะให้พยาบาล วิชาชีพทั้ง 3 คน จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 เครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) โดยระยะเวลาการติดตามผลในระยะ 1, 2 และ 3 เดือน ผู้วิจัยจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออกใบนัด ทุก 1 เดือน กรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ขอรับยาใกล้บ้านหรือรับยาทางไปรษณีย์ แต่ยังไม่อยู่ในช่วง ระยะเวลาการติดตามผล ผู้วิจัยจะแจ้งให้ญาติและอาสาสมัครทราบ

ว่าจะมีพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่

รวบรวมข้อมูล จะทำการรวบรวมข้อมูลทางโทรศัพท์แทน เพื่อความยืดหยุ่นและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก

6. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ทีมผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ส่งให้คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์พิจารณา ได้รับเอกสารรับรองโครงการ รหัสโครงการเลขที่เลขที่ 005/2566 และได้รับอนุมัติการดำเนินโครงการจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ คณะกรรมการได้อนุญาตให้ศึกษาวิจัยเรียบร้อยแล้ว และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

6.1 กลุ่มตัวอย่างและญาติจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ขั้นตอนในการศึกษา กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัด ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย และระยะเวลาในการติดตามผล รวมทั้งชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิทธิที่จะตัดสินใจยินยอมปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ยกเลิกหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

6.2 ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ โดยในแบบสอบถามจะไม่ระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะใส่หมายเลขที่แบบสอบถามแทนเพื่อนับจำนวนแบบสอบถาม และแยกเก็บหนังสือยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามไว้คนละแห่ง เพื่อไม่ให้สามารถระบุได้ว่าแบบสอบถามเป็นของบุคคลใด และผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมทั้งหมดมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ผลของการศึกษาจะถูกวิเคราะห์และรายงานผลในลักษณะของกลุ่มข้อมูล และจะนำเสนอเป็นภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง

6.3 ผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้อาจมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างเพียงเล็กน้อย ซึ่งขณะเข้าร่วมกิจกรรมการบำบัดกลุ่มตัวอย่างจะอยู่ในความดูแลของผู้วิจัยซึ่งจะคอยสังเกตอาการหากพบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจหรือมีอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัยจนไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่อไปได้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างหยุดกิจกรรมและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหาและแผนการรักษาของแพทย์หรือทีมสหวิชาชีพอย่างทันที่

6.4 ในระหว่างการทำบำบัดด้วยโปรแกรม หลังการบำบัดในระยะติดตามผล หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมถึงมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ผู้วิจัยจะทำการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแจ้งเจ้าหน้าที่ และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยรวมถึงแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อให้การช่วยเหลือ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความช่วยเหลือตามปัญหาและเกิดความปลอดภัย

6.5 การเผยแพร่ข้อมูล ผลการศึกษาต่างๆที่ได้จากการวิจัย จะมีการเผยแพร่ข้อมูล หรือมีการตีพิมพ์ในหนังสือวารสารทางการแพทย์และพยาบาล การเผยแพร่ดังกล่าวเป็นไปเพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และจะเผยแพร่ในภาพรวมไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่ม ตัวอย่างได้รับความเสียหายใดๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูลจะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

7. การวิเคราะห์ผล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย ดังนี้

7.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.2 ข้อมูลคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของ ข้อมูล โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

7.3 นำข้อมูลทั้งสองชุด คือ คะแนนทักษะการแก้ปัญหา และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไปทดสอบการกระจายของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ สมิโนฟ (One sample Kolmogorov-Sminov test) พบว่าข้อมูลทั้งสองชุดมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ ผู้วิจัยใช้สถิติ Paired-Sample T Test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลก่อนการได้รับโปรแกรมและหลังการได้รับโปรแกรม คือ เปรียบเทียบคะแนนทักษะการแก้ปัญหา และคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หลังการทดลองในระยะ 1 เดือน และใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ ภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และคะแนนทักษะการแก้ปัญหา ในระยะก่อนการทดลอง (ครั้งที่ 1) ระยะติดตามผล 2 เดือน (ครั้งที่ 2) และระยะติดตามผล 3 เดือน (ครั้งที่ 3)

7.4 สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับผลการบำบัดทั้งในด้านกระบวนการบำบัด เนื้อหาในการเข้าโปรแกรม ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอในรูปแบบการบรรยาย

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียวมีการวัดซ้ำ (one group repeated measure design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มกราคม-กรกฎาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มี จำนวน 25 คน กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินทักษะการแก้ไข้ปัญหาและระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5 ครั้ง ได้แก่ ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน โดยใช้ เครื่องมือวัดชุดเดียวกัน คือ แบบประเมินทักษะการแก้ไข้ปัญหา และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย และอธิบายรายละเอียดการบำบัด ด้วย PST ดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ไข้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะเวลาก่อนการทดลอง ระยะเวลาหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะเวลาติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน ของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 4 ผลการบำบัดด้วยการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	100
อายุ		
21-30 ปี	9	36.0
31-40 ปี	7	28.0
41-50 ปี	4	16.0
51-59 ปี	5	20.0
อายุเฉลี่ย 37.48 ปี SD= 24.75 ต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 56 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	13	52.0
อยู่ด้วยกัน	5	20.0
อยู่แยกกันอยู่	3	12.0
หย่า	4	16.0

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	40.0
มัธยมศึกษา	8	32.0
ปวช./ปวส./อนุปริญญา	6	24.0
ปริญญาตรี	1	4.0
อาชีพ		
ว่างงาน	13	52.0
รับจ้าง	5	20.0
เกษตรกร	3	12.0
ค้าขาย	4	16.0
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย		
ไม่มีรายได้	7	28.0
1-5,000 บาท	14	56.0
5,000 บาทขึ้นไป	4	16.0
รายได้เฉลี่ย 2,640 บาท (SD= 1414.24) ต่ำสุด 1,500 บาท สูงสุด 7,000 บาท		
ความเพียงพอของรายได้		
ไม่เพียงพอ	22	88.0
เพียงพอ	3	12.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน		
ครั้งแรก	11	44.0
ครั้งที่ 2	8	32.0
ครั้งที่ 3 ขึ้นไป	6	24.0
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 2.32 ครั้ง (SD= 1.41) ต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 8 ครั้ง		
การวินิจฉัยโรค		
F10.XX-F 19.XX	9	36.0
F20.XX-F29.XX	14	56.0
F30.XX-F39.XX	2	8.0
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช		
1-5 ปี	19	76.0
6-10 ปี	6	24.0
ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 4.52 ปี (SD= 5.67) ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 6 ปี		

ตารางที่ 2 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว		
ไม่มีประวัติ	25	100
ประวัติเคยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ไม่มี	5	20.0
มีความคิดฆ่าตัวตาย	11	44.0
วางแผนฆ่าตัวตาย	6	24.0
พยายามฆ่าตัวตาย	3	12.0

จากตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 25 คน ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 100 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี ร้อยละ 36.0 (อายุเฉลี่ย 37.48 ปี SD= 7.48) สถานภาพสมรสโสด ร้อยละ 52.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40.0 ว่างาน ร้อยละ 52.0 มีรายได้ในช่วง 1-5,000 บาท ร้อยละ 56.0 (รายได้เฉลี่ย 2,640 บาท SD= 1414.24) ด้านความพึงพอใจของรายได้ตอบว่าไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.0 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ร้อยละ 44.0 (เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในเฉลี่ย 2.32 ครั้ง SD= 1.41) การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (F20.XX-F29.XX) ร้อยละ 56.0 ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช 1-5 ปี ร้อยละ 76.0 (ระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ย 4.52 ปี SD= 5.67) ไม่มีประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 44.0

ตอนที่ 2 ค่าสถิติพื้นฐาน จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 25)

ระดับ	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	ติดตาม	ติดตาม	ติดตาม
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
ทักษะการแก้ปัญหา					
น้อยมาก	9(36.0)	-	-	-	-
น้อย	16(64.0)	-	1(4.0)	5(20.0)	12(48.0)
ปานกลาง	-	25(100)	24(96.0)	20(80.0)	13(52.0)
มาก	-	-	-	-	-
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย					
ไม่มี	-	-	2(8.0)	1(4.0)	-
น้อย	-	15(60.0)	23(92.0)	24(96.0)	11(44.0)
ปานกลาง	5(20.0)	10(40.0)	-	-	14(56.0)
มาก	20(80.0)	-	-	-	-

จากตารางที่ 3 พบว่าส่วนใหญ่ทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลอง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 64.0 ระดับน้อยมาก ร้อยละ 36.0 หลังการทดลองเสร็จสิ้นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 100 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.0 ระยะติดตามผล 2 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.0 และระยะติดตามผล 3 เดือนอยู่ในระดับปานกลางลดลงเหลือร้อยละ 52.0

พบว่าส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง ในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.0 หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.0 ระยะติดตามผล 1 เดือน อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 92.0 ระยะติดตามผล 2 เดือนอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 96.0 และระยะติดตามผล 3 เดือน ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.0

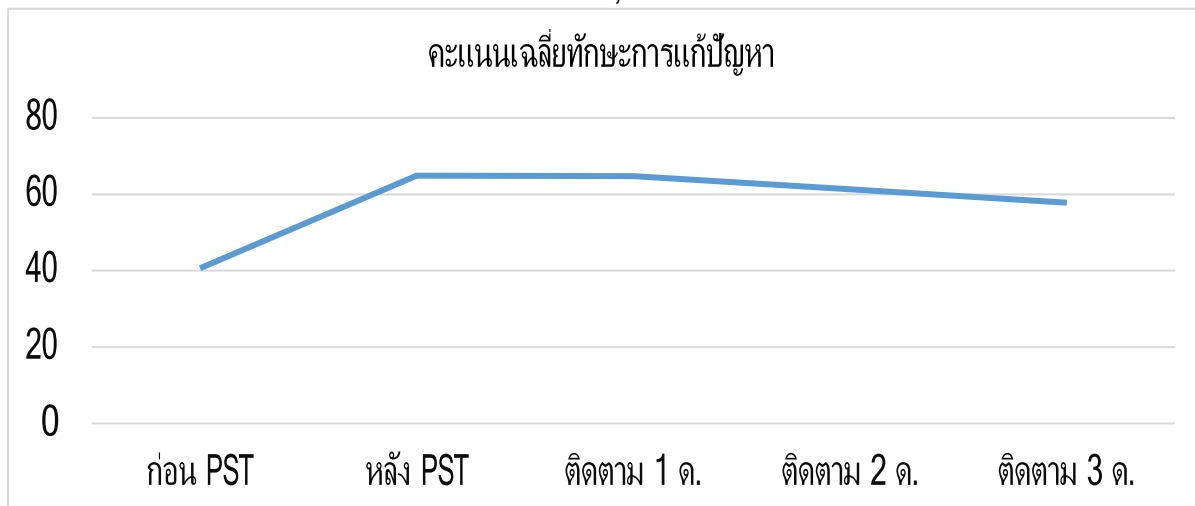
ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n=25 คน)

ระยะเวลาการทดลอง	$\bar{X}$	SD
ทักษะการแก้ปัญหา		
ระยะก่อนการทดลอง	40.64	13.43
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	64.88	7.07
ระยะติดตามผล 1 เดือน	64.76	9.90
ระยะติดตามผล 2 เดือน	61.28	7.78
ระยะติดตามผล 3 เดือน	57.76	7.78
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย		
ระยะก่อนการทดลอง	31.52	9.89
ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้น	6.04	1.41
ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.68	0.71
ระยะติดตามผล 2 เดือน	3.28	1.41
ระยะติดตามผล 3 เดือน	7.12	2.89

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างประเมินโดยใช้แบบประเมิน PSI ในระยะก่อนการทดลองต่ำกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน คือ 40.64, 64.88, 64.76, 61.28 และ 57.76 ตามลำดับ

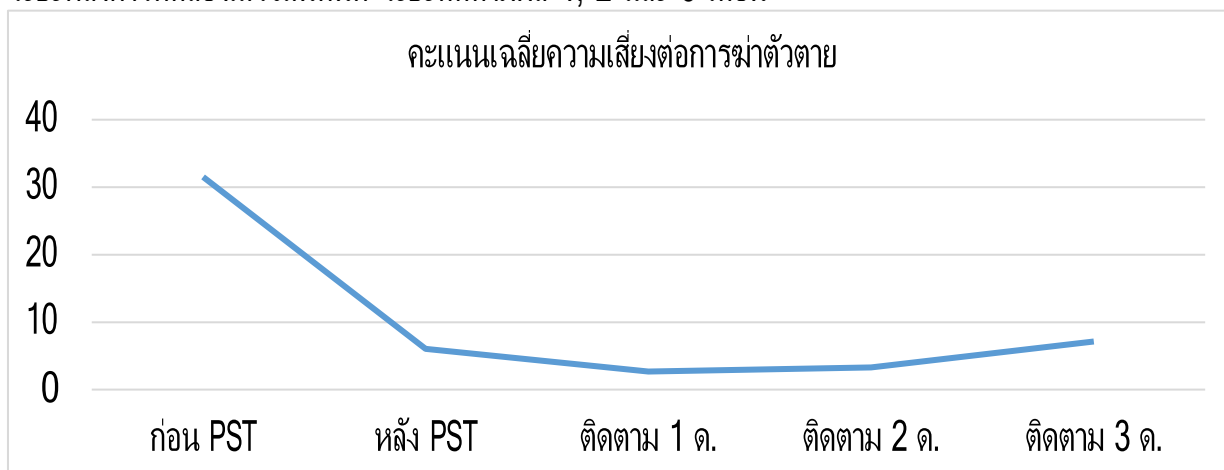
คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างประเมินโดยใช้แบบประเมิน M.I.N.I.- Suicidality ในระยะก่อนการทดลองสูงกว่าระยะหลังการทดลอง ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน คือ 31.52, 6.04, 2.68, 3.28 และ 7.12 ตามลำดับ

แผนภาพที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน



จากแผนภาพที่ 4 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีเพิ่มขึ้นอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง แต่ในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีแนวโน้มลดลง แต่ยังสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

แผนภาพที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน



จากแผนภาพที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นลดลงอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนการทดลอง แต่ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่ยังต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=25)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F
ทักษะการแก้ปัญหา				
ภายในกลุ่ม	3,208.58	1	3,208.58	30.99
ความคลาดเคลื่อน	3,139.96	28	113.60	
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
ภายในกลุ่ม	5,897.27	1	5,897.27	80.12
ความคลาดเคลื่อน	2031.40	28	73.69	

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ ด้วยวิธี Turkey ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน ในกลุ่มตัวอย่าง

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	P-value
ทักษะการแก้ปัญหา				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	24.24	6.36	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	24.12	3.53	<0.001
	ติดตามผล 2 เดือน	20.64	5.65	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	17.12	5.65	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน			
	ติดตามผล 2 เดือน	3.60	0.71	0.02
	ติดตามผล 3 เดือน			
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 2 เดือน	3.48	2.12	0.02
	ติดตามผล 3 เดือน			
ติดตามผล 2 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน	3.32	0.00	0.02

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองเสร็จสิ้น	25.48	8.48	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	28.84	9.18	<0.001
	ติดตามผล 2 เดือน	28.24	8.48	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	24.40	2.12	<0.001
หลังการทดลองเสร็จสิ้น	ติดตามผล 1 เดือน	2.68	0.70	0.02
	ติดตามผล 2 เดือน	2.76	0.00	0.02
	ติดตามผล 3 เดือน			
ติดตามผล 1 เดือน	ติดตามผล 2 เดือน			
	ติดตามผล 3 เดือน			
ติดตามผล 2 เดือน	ติดตามผล 3 เดือน			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน 7 คู่ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะ

หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีและระยะติดตามผล 2 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามผล 2 เดือน

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 2 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามผล 2 เดือน

คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 2 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 2 เดือน มีคะแนนสูงกว่าระยะติดตามผล 3 เดือน

สำหรับคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน ระยะติดตามผล 1 เดือนกับระยะติดตามผล 3 เดือน และระยะติดตามผล 2 กับระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน 6 คู่ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยระยะติดตามผล 1 และ 2 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที

สำหรับคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีกับระยะติดตามผล 3 เดือน ระยะติดตามผล 1 เดือนกับระยะติดตามผล 2 และ 3 เดือน และระยะติดตามผล 2 กับระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตอนที่ 4 ผลการบำบัดด้วยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

จากการให้การบำบัดรายบุคคลโดยใช้แนวคิด PST ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการดำเนินการบำบัด ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ไขปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นระยะสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้บำบัดจะทำให้เกิดความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ ให้การยอมรับนับถือซึ่งกันและกัน เพื่อนำไปสู่การประเมินปัญหา และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ไขปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา โดยผู้บำบัดได้แนะนำตนเองแล้วให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง ใช้การสอบถามเกี่ยวกับเรื่องทั่วไป (small talk) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย หลังจากนั้นผู้บำบัดได้อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนการบำบัด วัตถุประสงค์ และที่มาของความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิด Five dimensional model ของ D. Zurilla & Nezu (2010) เพื่ออธิบายรูปแบบของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และให้ผู้ป่วยสำรวจปัญหาของตนเอง การบำบัดในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยทุกคนเกิดความไว้วางใจ และมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด โดยสังเกตจากสีหน้าท่าทาง ความสนใจของผู้ป่วย และความสามารถในการเล่าเรื่องราวทั่วไปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดง ที่มาของความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายของตนเองตามแนวคิด Five dimensional model ได้ และยินดีที่จะร่วมมือในกิจกรรมตามโปรแกรมการบำบัด

การบำบัดครั้งที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจวิธีการแก้ปัญหา การใช้เทคนิคต่าง ๆ ที่สามารถลดอารมณ์ทางลบได้ การฝึกการมีสติ เชื่อมโยงลักษณะปัญหาของผู้ป่วย มุมมองและรูปแบบการแก้ปัญหา ฝึกให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ปัญหาโดยปรับมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวก และลดรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive/careless) และช่วยให้ผู้ป่วยเพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทบทวน ทำความเข้าใจปัญหา และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง มอบหมายการบ้านและนำมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจ กับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยร่วมมือนำการบ้านมาส่ง บอกเล่ากิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้ทำเป็นการบ้านให้ผู้บำบัดฟังได้ ในทุกครั้งผู้บำบัดจะสรุปเกี่ยวกับการให้ความรู้ สุขภาพจิต ศึกษา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย และที่มาของความคิดและพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

พบว่าผู้ป่วยใช้การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา มองการแก้ปัญหา ในทางร้าย ไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา และตั้งใจที่จะไม่รับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาลงด้วยตัวมันเอง การแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่น การแก้ปัญหาแบบวุ่นวาย คิดแคบ ๆ เร่งรีบที่จะแก้ปัญหาแบบลวก ๆ ตัดสินใจเร็ว โดยไม่รอดิบทบทวนหลาย ๆ

ทางก่อน คิดว่าทางออกของปัญหา มีเพียงไม่กี่แนวทาง ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ตัวอย่างปัญหา ได้แก่

“ทำงานโรงงาน ถูกให้ออกจากงาน เนื่องจากสถานการณ์โควิด ขาดรายได้ เป็นภาระของครอบครัว ไร้ค่า ค่อมเหล้า คิดเรื่องการตายบ่อยครั้ง วางแผนอยากใช้เชือกผูกคอตนเอง” “ประสบอุบัติเหตุรถชน ขาข้างซ้ายพิการใส่ขาเทียม ออกจากงานที่ต้องใช้รูปลักษณ์ หมดคุณค่าในตนเอง วิตกกังวล เครียด ท้อแท้ อ่อนเพลีย เหม่อลอย คิดทำร้ายตนเอง คิดว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีที่สุด” “ นาน้ำท่วม ข้าวเสียหาย ปลาในสระน้ำหนีออกหมด ขาดทุน คิดว่าเป็นกรรมเวร ชีวิตเจอแต่โชคร้าย คิดเรื่องการตาย พยายามฆ่าตัวตาย ญาติช่วยทัน” “เคยเป็นหัวหน้างาน ถูกลดตำแหน่งลง หลังจากการประเมินประจำปี ผิดหวังรุนแรง เครียด อับอาย ไม่อยากมีชีวิตต่อไป เครียด คิดเรื่องความตาย”

ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการแก้ปัญหา

การบำบัดครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง และฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา

การบำบัดครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

การบำบัดครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา ในการบำบัดครั้งที่ 3, 4 และ 5 นี้ หลังจากมีการทบทวนความเข้าใจในปัญหาของตนเองและวิธีการลดอารมณ์ทางลบ และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง จะเป็นการฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา ที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาโดยเน้นที่การกำกับตนเอง การเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองให้ตรงประเด็น และการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา พบว่าผู้ป่วยที่มีอารมณ์ทางลบ ผู้บำบัดช่วยลดอารมณ์ดังกล่าวโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่นการเล่าระบายออก การผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึก ผู้บำบัดใช้เทคนิคให้ผู้ป่วยเลือกบัตรคำ/คำขวัญ/คำพูดประจำใจ/คติพจน์ประจำใจ จากรายการคำขวัญที่กำหนด เพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและให้เขียนบันทึกบัตรคำ พบว่าผู้ป่วยทุกคนร่วมมือและสามารถทำได้ รวมทั้งให้ข้อคิดเห็นในกิจกรรมนี้ว่าทำให้จดจำง่าย เป็นข้อคิดในการฝึกการมีสติ เห็นประโยชน์ของเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบที่ใช้ และ นำไปใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้ ผู้บำบัดเชื่อมโยงลักษณะของปัญหาของผู้ป่วย มุมมองและรูปแบบของการแก้ปัญหาที่ผ่านมา การฝึกการปรับเปลี่ยนมุมมองที่ต้องตรวจสอบความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับบุคคลที่ใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนสนิทว่าจะก่อให้เกิดความขัดแย้งสูงหรือมีการใช้ความรุนแรงในครอบครัวหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาถึงการมีปัญหาด้านความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นหลักการของการสร้างทางเลือก และการตัดสินใจแก้ปัญหาที่ต้องพิจารณาถึงผลกระทบ รวมทั้งเหตุผลที่สนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง การใช้สิ่งที่กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายจะเป็นปัจจัยปกป้อง

ที่สำคัญ เช่น บุตร บิดา มารดา ผู้มีพระคุณ หรือบุคคลที่เคารพนับถือ สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่เคารพบูชา

ขึ้น เป้าหมายสำคัญของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ 3-5 จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการแก้ปัญหา อย่างมีเหตุผล ค้นหาทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็น ประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้ได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบ

หุ่นหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) และช่วยให้แก้ปัญหา โดยการใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดยผู้ บำบัดใช้ทักษะ PST สอนให้บุคคลเป็นผู้ แก้ปัญหา ได้อย่างมี

ประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนใน

กระบวนการระบุปัญหา

และปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน

ซึ่งมีประสิทธิภาพต่อการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรม

ฆ่าตัวตายและช่วยทำให้มีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างสร้างสรรค์มากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการแก้ปัญหา

การบำบัดครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด เนื้อหา เป็นการสรุปผลการแก้ปัญหา การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา การยุติการบริการ และทบทวนรูปแบบ การบำบัด ให้ผู้ป่วยเล่าประสบการณ์ในการนำไปใช้จริง ชื่นชมให้กำลังใจ และแสดงความยินดีในการเรียนรู้ ของผู้ป่วย ที่สามารถแก้ปัญหาได้ และสิ่งที่สำคัญที่สุดของการบำบัดในครั้งนี้คือการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่ง สนับสนุนทางสังคมทั้งที่เป็นตัวบุคคลหรือหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งการหลีกเลี่ยง สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งกระตุ้น ให้มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ในการบำบัดครั้งที่ 1-6 ผู้บำบัดได้ สอดแทรกให้ความรู้เรื่องความเสี่ยง เช่น การเข้าถึงวิธีการหรือ อุปกรณ์ที่ใช้ในการฆ่าตัวตายได้ง่าย การเก็บสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสามารถใช้เป็นอาวุธไว้ในที่ปลอดภัยเพื่อ ไม่ให้ กระตุ้นอารมณ์และความคิด งดการติดตามการนำเสนอข่าวการฆ่าตัวตายจากสื่อในทุกรูปแบบ ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งที่เป็นการกระตุ้นหรือชี้นำหรือการนำเสนอรายละเอียดวิธีการฆ่าตัวตาย แนะนำหรือ ชี้ช่องทางเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดครบ 6 ครั้ง ผู้ศึกษาทำการประเมิน

ความคิดเห็นของผู้ป่วยและจากการสัมภาษณ์เพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดครั้งนี้ สรุปความ คิดเห็นของผู้ป่วยจากการเข้ารับการให้การบำบัด พบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกพึงพอใจมากต่อการเข้ารับ การบำบัด บอกว่าการบำบัดตรงกับความต้องการของตนเองทำให้รู้และเข้าใจปัญหาตัวเองมากขึ้น รู้ว่าต้อง ทำอย่างไรต่อไปเพื่อแก้ไขความทุกข์ใจ ตอนแรกคิดว่าคงไม่มีทางออก แต่เมื่อได้พูดคุย รู้จักการคิดให้มีเหตุผล รู้สึกว่าตนเองเข้มแข็งขึ้นกว่าเดิม มีความเชื่อมั่นมากขึ้น คิดในแง่บวกมากขึ้น รู้วิธีหากมีความคิดทำร้าย ตนเองอีก จะนำวิธีการแก้ไขไปใช้เมื่อเกิดปัญหา มีการมองเห็นความจริงของชีวิตและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความหวัง เกิดการเรียนรู้ มีแนวทางออกของปัญหาที่ดี ส่วนการนำประโยชน์ที่ได้รับไปปรับ ในชีวิตประจำวัน พบว่า สามารถนำไปใช้ได้ตลอดเวลา เวลามีปัญหาต้องตั้งสติ สำรวจตัวเองมากขึ้น สามารถ ดูแลตนเองได้ ส่วนความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติม อยากให้การรักษแบบนี้กับผู้ป่วยทุกคน อยากให้มีการแลกเปลี่ยนกับคนอื่น ให้ผู้ป่วยอื่น รู้เหมือนตนเอง รู้สึกตนเองเป็นประโยชน์มากขึ้น

ผลการบำบัดแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีในการแก้ไขปัญหที่เหมาะสม

การบำบัดมุ่งที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมอง ปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) รวมทั้งใช้กลยุทธ์เพื่อส่งเสริมความสามารถของ แต่ละบุคคลให้ใช้วิธีการทางบวกในการแก้ปัญหา คือ เพิ่มการมองโลกในแง่ดีให้มากขึ้น และมีมุมมองในปัญหา ว่าเป็น ความท้าทายมากกว่าการที่จะไม่สามารถเอาชนะได้ เทคนิคที่ช่วยส่งเสริมความคิดในเชิงบวกกับปัญหา คือการยอมรับและรับรู้ในอารมณ์เมื่อมีปัญหา ใช้อารมณ์เชิงลบเพื่อที่จะเตือนตัวเองถึงความเป็นจริงในปัญหา ที่มีให้ต้องแก้และการใช้เทคนิคเพื่อเพิ่มแรงจูงใจ ทำความเข้าใจในปัญหา และแม้กระทั่งใช้การฝึกซ้อมด้วยวิธี หนึ่งใดวิธีหนึ่งที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหา และเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อ มุ่งที่จะลดความเครียดและลดอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง ลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลง โดยมีเป้าหมายใน

การบำบัด คือ การลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และการศึกษาครั้งนี้พบว่าจากการดำเนินการบำบัดครบทั้ง 6 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนมุมมองและทักษะการแก้ปัญหาใหม่ ค่าคะแนนทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น และระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดมีค่าคะแนนลดลง ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงหรือไม่มีความคิด พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวมีการวัดซ้ำ (Repeated measures designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ในระยะก่อนการทดลอง หลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (F10.XX-F19.XX) ผู้ป่วยโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ (F20.XX-F29.XX) และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30.XX-F39.XX) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์การคัดเข้าเพื่อให้การดูแลตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (suicide plan) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) และทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ (self-harm) ที่รับไว้รักษาในแผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 3 มกราคม- 31 กรกฎาคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วย เพื่อคัดเลือกรวมตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) พัฒนาโดยโอเวอร์ฮอล และ โกซาม (Overall & Gorham, 1992) นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบลีย์ และคณะ (2545) 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2536) ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย 2) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Suicidality) พัฒนาโดย พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบลีย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) 3) แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ของสวดี ศรีวิเศษ และคณะ พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ของเดอซูริลลา และเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2007) ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองคือ โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562)

วิธีการดำเนินการวิจัย ดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยฝ่ายคำที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 25 คน เพื่อให้การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) ของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) โดยบำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลอีก 1, 2 และ 3 เดือนต่อมา

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยพยาบาลวิชาชีพจำนวน 3 คน (ไม่ใช่ผู้วิจัย) ที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการจัดประชุมเพื่อทำความเข้าใจแบบประเมินที่ใช้ในการดำเนินโครงการ และ

ฝึกปฏิบัติการใช้เครื่องมือ ดำเนินการเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง 1 ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการบำบัดทันที ระยะติดตาม 1, 2 และ 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และประเมินทักษะการแก้ปัญหา รวมถึงการซักถามถึงผลการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย เมื่อเสร็จสิ้นการทดลองผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับมาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล แล้วแปลงข้อมูลเป็นรหัสบันทึกลงในโปรแกรม R 3.5.2 for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและสถิติพื้นฐานทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) และการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey กลุ่มตัวอย่างทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ และสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ถ้าไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัยก็ไม่มีผลกระทบใดๆต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วย และผู้ป่วยได้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 005/2566

ผลการศึกษาด้านข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย อายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด วางงาน รายได้ไม่เพียงพอ เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้ง แรก ร้อยละ 44.0 การวินิจฉัยโรคเป็นโรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ ร้อยละ 56.0 ไม่มีประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว เคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 44.0

ระดับทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีอยู่ในระดับปานกลาง และในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยแต่ก็ยังมากกว่าก่อนการทดลอง

ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างในระยะก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีลดลงอยู่ในระดับปานกลาง และระยะติดตามผล 1, 2 เดือนอยู่ในระดับน้อย และระยะติดตามผล 3 เดือน ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของทักษะการแก้ปัญหาระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1,2 และ 3 เดือน ด้วยสถิติทดสอบการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated measures ANOVA) พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน 7 คู่

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตวยาระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน พบว่า มีอย่างน้อย 1 คู่ ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตวยของกลุ่มตัวอย่างแตกต่างกัน 6 คู่

2. อภิปรายผล

2.1 ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อทักษะการแก้ปัญหา

ผลการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ย PSI สูงขึ้น ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช มีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นในทุกระยะ การบำบัด PST ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ปรับมุมมองในการมองปัญหา จากเดิมที่มีมุมมองปัญหาทางลบ (Negative Problem Oriented) ซึ่งความคิดเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการซึมเศร้า ทุกข์ใจ ความไม่สบายใจ หรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนำไปสู่วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) ขาดความระมัดระวัง (impulsive/careless) ให้มีการมองปัญหาทางบวก (Positive Problem Oriented: PPO) เพิ่มทักษะการแก้ไขปัญหามีเหตุผล (Rational Problem Solving: RPS/Planful Problem Solving) ผู้นำบอดิธิบายและฝึกให้ผู้ป่วยทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ปัญหา โดยการปรับมุมมองทางลบให้เป็น มุมมองทางบวกและลดรูปแบบการ แก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบ หนีหน้าพละเล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive Careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ไข ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้น เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจกับลักษณะของ ปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมุมมองใหม่และวิธีการ ใหม่ในการแก้ปัญหา (Solution) ช่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากขึ้น ช่วยให้เห็น ปัญหาความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเรื่องเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต และเป็นมนุษยธรรมคนหนึ่ง ถ้า แก้ปัญหาไม่ได้ก็ต้องเรียนรู้เพิ่มทำให้รู้สึก ว่า ความคิดฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้นได้กับทุกคนที่มีปัญหาคุกคามเข้ามา ในชีวิต และผลจากการบำบัด พบว่าเกิดการเรียนรู้ แนวทางการแก้ปัญหของตนเอง ทำให้เกิดแนวทางในการ แก้ไขปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ฤกษ์ระชะจร กาญจน์กนก สุรินทร์ ชมภู และบุปผา รุ่งเรือง (2561)

ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบในกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และ ระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มี คะแนนอาการทางจิตลดลงและระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง

และการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) พัฒนาภายใต้ตัวแบบ 5 ปัจจัย ของ D·Zurilla & Nezu (2010) ใช้บำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 40-90 นาที ห่างกัน 1- 3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ผลของ PST-PPS.JVKK ทำให้มีทักษะการแก้ไขปัญหามากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและ ในระยะติดตามผล 1, 2 และ 3 เดือน คะแนนเฉลี่ย PSI สูงขึ้น และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำ

การบำบัดด้วย PST ได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผลและมีการฝึกการรับรู้ปัญหาร่วมด้วย ซึ่ง จะช่วยให้ผู้ป่วยนำตัวเองเข้าไปแก้ปัญหา ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาหรือแก้ปัญหาแบบหนีหน้าพละเล่น กระบวนการนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการแก้ปัญหามีเหตุผล เช่น มีการฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง และปัญหาจริงของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยปรับมุมมองปัญหาจากทางลบ เป็นรับรู้ปัญหาทางบวก ดังนั้นการบำบัดนี้

จึงช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น หลังการให้การบำบัด 6 ครั้ง พบว่าลักษณะความคิดเปลี่ยนไปเป็นด้านบวกมีความยืดหยุ่น มีความสมเหตุสมผล มีทักษะในการแก้ไขปัญหาและดูแลตนเองเมื่อเผชิญปัญหาที่เหมาะสมขึ้นผู้ป่วยทุกคนมีความพอใจมากในภาพรวมการทำกิจกรรม ทั้งระยะเวลาและสถานที่เหมาะสมดี มองเห็นประโยชน์ว่าช่วยให้ตนเองสบายใจขึ้น มีความเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ตลอดจนแนวทางแก้ไขปัญหา ส่งผลให้เกิดความหวังกำลังใจ มีแรงจูงใจในการดำเนินชีวิตต่อไป เนื่องจากการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีการอบความคิดและมุมมองเกี่ยวกับปัญหา รูปแบบการแก้ปัญหาและผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการแก้ปัญหาแต่ละรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อให้สามารถเข้าใจการบำบัดโดยการแก้ปัญหาได้อย่างละเอียดมากขึ้นและสามารถนำไปใช้ในการชีวิตประจำวันได้ อย่างไรก็ตาม ผู้ที่จะให้การบำบัดต้องได้รับการอบรมและฝึกฝนการบำบัดเพื่อให้มีความรู้และประสบการณ์ในการบำบัด และที่สำคัญนั้นผู้บำบัดต้องมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยปัญหาการฆ่าตัวตาย หรืออย่างน้อยต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตหรือป่วยทางจิตเวช เพื่อที่จะได้เข้าใจในธรรมชาติของปัญหาในผู้รับการบำบัดดังกล่าว (สมบัติ สกลพันธ์, 2564) ดังนั้นการบำบัดด้วย PST นี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลง

2.2 ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงหลังการบำบัด ร้อยละ 100 เนื่องจากการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และมองปัญหาตามความเป็นจริง มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีแนวโน้มในการแก้ปัญหอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยมีเป้าหมายในการลด และหรือป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และเพิ่มประสิทธิภาพในการรับมือกับปัญหาความตึงเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน (สมบัติ สกลพันธ์, 2564) ผลของการบำบัดสามารถช่วยลดความคิดการฆ่าตัวตายได้เนื่องจาก ผู้ป่วยที่บำบัดด้วย PST ได้มองปัญหาความเป็นจริง คิดว่าปัญหาเป็นเรื่องเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต และเป็นมนุษย์ธรรมดาคนหนึ่ง ถ้าแก้ปัญหาไม่ได้ก็ต้องเรียนรู้เพิ่มทำให้รู้สึกว่า ความคิดฆ่าตัวตายอาจเกิดขึ้น ได้กับทุกคนที่มีปัญหาคุกคามเข้ามาในชีวิต เกิดการเรียนรู้ แนวทางการแก้ปัญหาของตนเอง เกิด แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายมากขึ้น เพศชายมีแนวโน้มที่จะใช้วิธีการเผชิญปัญหาโดยใช้ความ รุนแรงมากกว่าเพศหญิง พฤติกรรมการฆ่าตัวตายพบว่าเพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าเพศหญิง อัตราการฆ่า ตัวตายพบมาก ในบุคคลที่เป็นโสด พบว่าผู้ที่แต่งงานว่างาน มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีการงานทำ บุคคลที่มีรายได้ต่ำมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงเนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในสิ่งจำเป็นพื้นฐานเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความท้อแท้ นอกจากนี้ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการ ทำนายการพยายามฆ่าตัวตายในอนาคตทั้งในผู้ป่วยจิตเวชและบุคคลทั่วไปประมาณร้อยละ 20 ของการ พยายามฆ่าตัวตายในครั้งที่ 2 เกิดขึ้นภายใน 12 เดือน หลังจากการพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรก และโรคทาง จิตเวชมีความสัมพันธ์สูงต่อการฆ่าตัวตาย ทั้งในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายและผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (สมน เอกวรรณ, 2563) สรุปได้ว่าการให้การบำบัดแบบรายบุคคลโดยใช้แนวคิด PST สามารถลดระดับความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษและคณะ (2556) ศึกษา

ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยการคัดเลือกตัวอย่างแบบสุ่มเปรียบเทียบกับกลุ่มบำบัดแบบกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยผลจากการบำบัดพบว่ากลุ่มที่ได้รับ PST มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ซาลินี หนูสุข, ดาราวรรณ ตะปิ่นตา และสมบัติ สกลพรรณ (2560) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่ม ก่อนและหลังระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 คน โปรแกรมจำนวน 7 ครั้ง (สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 60-90 นาทีต่อครั้ง) ผลการศึกษา พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลัง การทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยของอาการ ซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ย ของอาการซึมเศร้าลดลงกว่ากลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร กาญจน์กนก สุรินทร์ขมภู และบปผา รุ่งเรือง (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบ ในกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลงและระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) พัฒนารายได้ตัวแบบ 5 ปัจจัย ของD. Zurilla&Nezu (2010) ใช้บำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 40-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลา 1-3 สัปดาห์ ผลของ PST-PPS.JVKK ทำให้มีทักษะการแก้ไข้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การบำบัดด้วย PST เป็นจิตบำบัดแบบหนึ่งที่น่าสนใจในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังเช่นการศึกษาของ Choi, Marti, and Conwell (2016) ที่ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้าที่มีรายได้ต่ำต่อความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและสิ้นหวัง จำนวน 158 คน ในสถานกักกัน โดยทำการบำบัดด้วย PST ในรายบุคคลทางโทรศัพท์ พบว่า

มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและไร้ความสามารถ ความคิดฆ่าตัวตายและความสิ้นหวังในระยะ ติดตามผล 3 เดือนลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Gustavson et al. (2016) ได้ทำการทดสอบสมมติฐาน ว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีประสิทธิภาพมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive Therapy: ST) ในการลดการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้าและมีความผิดปกติของการทำ หน้าที่ ในผู้ป่วยจำนวน 221 คน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ทำการบำบัดด้วย PST และ ST จำนวน 12 สัปดาห์ ในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ PST ลดความคิดฆ่าตัวตายได้มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ ST อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ Barnes et al. (2017)

ได้ทำการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อ ป้องกันการฆ่าตัวตาย (PST-ST) โดยการปรับปรุงแก้ไขและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มทหารผ่านศึกที่มีการ บาดเจ็บของสมองที่มีคะแนนความสิ้นหวังอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง จำนวน 16 คน พบว่า หลังการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูงกับ PST-ST และอธิบายได้ว่า PST-ST

เป็นการบำบัดที่มี

คุณค่าเป็นประโยชน์ เป็นที่ยอมรับและเป็นไปได้ Owens et al. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ในผู้ใหญ่ที่มีเคยทำร้ายตนเอง จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า โปรแกรมการแก้ปัญหา (PST) สามารถลดความพยายามทำร้ายตนเองในผู้ใหญ่ได้ และ Lutz et al. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการศึกษารายกรณี (Problem Solving Therapy for Case Study) โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามแนวคิดของเดซู และ เนซูเรลา (D'Zurilla & Nezu) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และกลุ่มโรควิตกกังวล จำนวน 2 ราย ประเมินผลลัพธ์โดยวัดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Suicide risk) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) โดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. 5.0) แบบวัดอาการวิตกกังวลของเบค (Beck Anxiety Inventory: BAI) และแบบวัดภาวะซึมเศร้าของเบค (Beck Depression Inventory: BDI) วัดผลก่อนและหลังการบำบัด (Pretest-Posttest) ผลการศึกษารายกรณีทั้งสองราย พบว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าในผู้ใหญ่ได้ ส่วนเชิงคุณภาพพบว่า กรณีศึกษามีความพึงพอใจ และเป็นประโยชน์ในการช่วยกับการจัดการอารมณ์ของตนเอง มีการมองเห็นความจริงของชีวิต และยอมรับปัญหา ที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความหวัง เกิดการเรียนรู้ มีแนวทางออกของปัญหาที่ดี

สรุปการศึกษาค้นคว้าพบว่า การบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าคะแนนทักษะการแก้ปัญหาสูงขึ้น ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดมีค่าคะแนนลดลง ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนมุมมองและวิธีในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม แนวคิด PST มีผลทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนมุมมองและทักษะการแก้ปัญหาใหม่ ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงหรือไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

3. ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะประชากรเพศชาย เนื่องจากสถิติเพศชายมีอัตราส่วนต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ มีความถี่ของการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง ประกอบกับในช่วงเวลาที่จำกัดในการศึกษา 7 เดือน กลุ่มประชากรที่ศึกษามีจำนวนผู้ป่วยเพศชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง ดังนั้นผลการศึกษาจึงไม่สามารถอ้างอิงในเพศหญิงได้

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหามีผลลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) ต่อทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในด้านต่าง ๆ ดังนี้

4.1.1 ด้านปฏิบัติการพยาบาล

4.1.1.1 พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวช ที่มีหน้าที่โดยตรงในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ให้สามารถกลับไปอยู่ที่บ้านกับ

ครอบครัวยังได้ระยะเวลายาวนานขึ้น โดยไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ ฆ่าตัวตายสำเร็จ หรือกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาการฆ่าตัวตาย

4.1.1.2 พยาบาลที่จะนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาไปใช้ ควรได้รับการพัฒนาตนเองให้มีความรู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัด โดยผ่านการศึกษาอบรม PST จากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ และทำความเข้าใจโปรแกรมบำบัดทั้ง 6 ครั้งก่อน จะทำให้เชื่อมโยงขั้นตอนแต่ละครั้งได้ดีขึ้น เกิดประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วย และสามารถเป็นผู้บำบัดที่มีประสิทธิภาพ

4.1.1.3 จากผลการศึกษาจะพบว่าในระยะติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาลดลง และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงควรให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการบำบัดกระตุ้น (Booster) โดย PST เป็นระยะ โดยอาจดำเนินการในรูปแบบการบำบัดผู้ป่วยนอก ณ ศูนย์ให้การปรึกษาของโรงพยาบาล

4.1.1.4 ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเปิดเผยความคิด ความเชื่อของตนเองให้มากที่สุด ไม่ควรรีบด่วนสรุปหรือใช้วิธีการแนะนำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับมุมมองต่อปัญหาได้จริง

4.1.2 ด้านบริหารการพยาบาล

4.1.2.1 เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน หน่วยงานควรมีการจัดรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคมและเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชนตามรูปแบบการบำบัดนี้

4.1.2.2 ควรจัดให้มีแผนพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล และส่งเสริมให้พยาบาลได้รับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และสามารถให้การบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างครอบคลุม

4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

4.2.1 การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดด้วย PST กับการบำบัดทางจิตสังคมอื่นๆ

4.2.2 การจัดให้มีการให้การปรึกษาด้วย PST เป็นบริการของผู้ป่วยนอกในผู้ป่วยที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และค้นหารูปแบบการบำบัด การนัดหมาย เพื่อเกิดการบำบัดที่ต่อเนื่อง และศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ

4.2.3 ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินความคงทนของโปรแกรมที่มีต่อการนำทักษะการแก้ปัญหาไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อสามารถนำไปวางแผนเพื่อเสริมทักษะการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้มีทักษะการแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง

4.2.4 การบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบรายบุคคลมีจำนวนหลายกิจกรรม และต้องใช้เวลามาก จึงควรมีการศึกษากการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มผู้ป่วยจำนวนมาก

4.2.5 ควรศึกษาทั้งเพศชายและเพศหญิง เพื่อศึกษาความแตกต่างผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาต่อเพศ

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560.
- _____. (2561). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561.
- _____. (2563). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563.
- _____. (2564). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2564.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
ในสังกัดกรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564.
- กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. (2536). แบบทดสอบสภาพสมองของไทย. สารศิริรา, 45(6).
- กตุลาภรณ์ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันท์ วัฒนวิทย์กิจ, และศิริภา อภิสิทธิ์ภิญโญ. (2560).
จิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- ชนิษฐา สนเทห์, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมซ้าย และจิตกัณันท์ โชครัตน์หิรัญ. (2563). การพัฒนาแบบประเมิน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตาย
แห่งประเทศไทย, 1(1), 9-24.
- จุฬามาต หน่อต้น, ชนากานต์ เจนใจ และชิดชนก เรือนก้อน. (2559). ความชุกและปัจจัยที่พ้องกับพฤติกรรม
การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 10(2),
137-151.
- ฉวีวรรณ สัตยารธรรม และคณะ. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง)
เล่มที่ 2. ธนาเพรส.
- ชาลินี หนูสุข, ดาราวรรณ ตะปิ่นตา และสมบัติ สกลพรรณ. (2560). ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
แบบกลุ่มต่อการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี, 33(3),
124-137.
- ดาราวรรณ ตะปิ่นตา. (2558). การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พยาบาลสาร, 42
(ฉบับพิเศษ), 205-213.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2567). การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่. มติ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทรทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาวห,
และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ของแบบประเมิน
อาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาคกลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 63(4),
321-334.
- นันท์วัช สิริรักษ์ (บรรณาธิการ). (2559). จิตเวช ศิริราช DSM-5. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิพนธ์ พงษ์วรินทร์. (2536). การสูญเสีย cognition ในผู้สูงอายุ. สารศิริราช, 46, 139-149.
- ปณณภพ สิทธิพรอนันต์. (2550). ฆ่าตัวตายเพราะโรคซึมเศร้า. ไกลหมอ.
- พันธ์ุภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini
International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3), 125-135.

- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). โรงพิมพ์ธรรมสารการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). การฆ่าตัวตาย : การศึกษาและการป้องกัน. โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และ มาโนช สุนิตย์. (2555). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 3). คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ (พิมพ์ครั้งที่ 3). โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542. นานมีบุ๊คส์บลีเคชั่นส์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดูแล รักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากผลกระทบการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19).
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แนวทางยกระดับ มาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.. (2561). รายงานผลการ ปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.. (2565). รายงานผลการ ปฏิบัติงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- วอลเตอร์ ลิง. (2560). สังคมมองไปเล็กเสพะ: ด้วยสติและชีวิตที่มีคุณค่า. (ม.ล.สมชาย จักรพันธ์, บรรณาธิการ, ศิลปกิจ และพันธมิตร กิตติรัตน์ ไพบูลย์, ผู้แปล). วนดาการพิมพ์.
- วินัย รอบคอบ, สมบัติ สกลพรรณ และหรรษา เศรษฐบุปผา. (2561). ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุราและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น, พยาบาลสาร. 45(4), 144-158.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ขม และบุปผา รุ่งเรือง (2561). ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตายระดับชาติ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). รายงานสถานการณ์ การฆ่าตัวตายในประเทศไทยปี 2565. <https://suicide.dmh.go.th/news/view.asp?id=91>
- สมบัติ สกลพรรณ, สุพิศ กุลชัย และดารารารณ ต๊ะปิ่นตา. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการ แก้ปัญหาแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ รับบริการที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการ ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 30(3), 109-120.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). ตำราจิตเวชศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). เรือนแก้วการพิมพ์.
- สายฝน เอกวารการ และสมสุข สมมะลวน. (2558). การฆ่าตัวตายกับการบำบัดทางการพยาบาล. ใน สายฝน เอกวารการ (บ.ก.), การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ เล่ม 1 (น. 279 - 300). โรงพิมพ์ ไทม์ พรินติ้ง.
- สายฝน เอกวารการ.(2563). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 2. มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สุดาพร สกิตยธรการ. (2561). อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท : ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 30(3), 1-13.

- สุพัตรา สุขawah, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 62(4), 359-378.
- สุวดี ศรีวิเศษ, วัชนิ หัตถพนม, สายชล ยบลพันธ์, สโรชา บางแสง และอิงคภา โคตนารา. (2556). กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 21(2), 98-109.
- หวาน ศรีเรือนทอง, ธรณินทร์ กองสุข, วชิระ เพ็งจันทร์, พันธูภา กิตติรัตนไพบูลย์, เกษราภรณ์ เคนบปผา, รุ่งมณี ยิ่งยืน, สุพัตรา สุขawah, และจินตนา ลีจ๊ะเพิ่มพูน. (2554). ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายของคนไทย: การสำรวจระดับชาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 56(4), 413-424.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู และสาคร บุปผาเฝ้า. (2562). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(1), 86-98.
- อนุพงศ์ คำมา. (2556). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ :กรณีศึกษาจังหวัดสุโขทัย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 3-16.
- อุมพร ตรังคสมบัติ.(2541). จิตบำบัดและการบำบัดปัญหาครอบครัว (พิมพ์ครั้งที่ 2). เพื่อฟ้า
พรินติง. อำนาจ รัตนวิชัย. (2554). การฆ่าตัวตาย (SUICIDE). เวชสารแพทย์ไอบรบก, 64(3), 165-169.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of Suicide and Psychiatric Perspective. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), 1425.
- Barnes, S. M., Monteith, L. L., Gerard, G. R., Hoffberg, A. S., Homaifar, B. Y., & Brenner, L. A. (2017). Problem-solving therapy for suicide prevention in veterans with moderate-to-severe traumatic brain injury. *Rehabilitation psychology*, 62(4), 600.
- Berardelli, I., Bloise, M.C., Bologna, M., Conte, A., Pompili, M., Lamis, D.A., Pasquini, M., & Fabbrini, G.(2018) . Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's disease. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 14, 399-405.
- Borges, G. , Benjet, C. , Orozco, R. , Medina- Mora, M. E. , & Menendez, D. (2017) . Alcohol, cannabis and other drugs and subsequent suicide ideation and attempt among young Mexicans. *Journal of Psychiatric Research*, 91, 74-82.
- Bottino, S. M. B. , Bottino, C. M. C. , Regina, C. G. , Correia, A. V. L. , & Ribeiro, W. S. (2015) . Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic Review. **Cadernos de Saúde Pública**, 31(3), 463-475.
- Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E., & Pijnenborg, M. (2014). The Effects of Lifestyle Interventions on (Long- Term) Weight Management, Cardiometabolic Risk and Depressive Symptoms in People with Psychotic Disorders: A Meta- Analysis. **PloS one**, 9(12), e112276.

- Calegaro, V. C., Zatti, C., Bastos, A. G., & Freitas, L. H. M. (2019). Suicidal patients in a psychiatric emergency unit: Clinical characteristics and aggression profile. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 9-17
- Carballo, J. J. , García- Nieto, R. , Harkavy- Friedman, J. , de Leon- Martinez, V. , & Baca- García, E. (2014). Aggressiveness across development and suicidal behavior in depressed patients. **Archives of Suicide Research**, 18(1), 39-49.
- Choi, N. G., Marti, C. N., & Conwell, Y. (2016). Effect of problem-solving therapy on depressed low-income homebound older adults' death/suicidal ideation and hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(3), 323-336.
- Cutcliffe & Barker.(2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice September 2004. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(4), 393-400
- Conner, K.R.**, Bridge, J.A., Davidson, D.J., Pilcher, C., & Brent,D.A. (2019). Metaanalysis of Mood and Substance Use Disorders in Proximal Risk for Suicide Deaths. **Suicide Life Threat Behav**, 49(1), 278-292.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab,T., & Poorolaja, J., (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. **PLoS ONE** 10: e0126870.
- Ding, Y., Pereira, F., Hoehne, A., Beaulieu, M. M., Lepage, M., Turecki, G., & Jollant, F. (2017). Altered brain processing of decision-making in healthy first-degree biological relatives of suicide completers. *Molecular psychiatry*, 22(8), 1149-1154.
- Dong et al .(2020). Prevalence of suicide attempts in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis of observational studies *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Volume 29 , 2020, e63
- D'zurilla, & Nezu, A. M. (2006). Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. (3rd ed.). New York: Springer.
- D'zurilla, & Nezu, A. M. (2007). Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention. New York: Springer.
- D'zurilla, & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognition- behavioral therapies* (3rd ed.). London: Guilford Press.
- Fleischmann A, Paul E, Kestel D, Cao B, Ho J, Mahanani WR. (2019). Suicide worldwide in 2019. Gournellis, R., Tournikioti, K., Touloumi, G., Thomadakis, C., Michalopoulou, P. G., Michopoulos, I., Christodoulou, C., Papadopoulou, A., & Douzenis, A. (2018). Psychotic (delusional) depression and completed suicide: A systematic review and meta-analysis. *Annals of General Psychiatry*, 17(1),1-13.

- Gray, J. R., Grove, S. K., & Burns, N. (2013). *The practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. Elsevier Health Sciences.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research*. Missouri: Elsevier.
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. R. (2013). *The practice of nursing research: appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis.
- Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Areán, P. A. (2016). Problem-solving therapy reduces suicidal ideation in depressed older adults with executive dysfunction. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11-17.
- Khan, A., Hamdan, A. R., Ahmad, R., Mustaffa, M. S., & Mahalle, S. (2016). Problem-solving coping and social support as mediators of academic stress and suicidal ideation among Malaysian and Indian adolescents. *Community mental health journal*, 52(2), 245-250.
- Kinchin, I., & Doran, C. M. (2018). The cost of youth suicide in Australia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 672. doi: 10.3390/ijerph15040672.
- Kiosses, D. N., & Alexopoulos, G. (2014). Problem-solving therapy in the elderly. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 1(1), 15-26.
- Kolves, K., Draper, B. M., Snowden, J., & De Leo, D. (2017). Alcohol-use disorders and suicide: Results from a psychological autopsy study in Australia. **Journal Alcohol**, 64, 29-35.
- Lutz, J., Mashal, N., Kramer, A., Suresh, M., Gould, C., Jordan, J. T., & Beaudreau, S. A. (2020). A case report of problem solving therapy for reducing suicide risk in older adults with anxiety disorders. *Clinical gerontologist*, 43(1), 110-117.
- Orlewska, K., & Orlewska, E. (2018). Burden of suicide in Poland in 2012: how could it be measured and how big is it?. *The European Journal of Health Economics*, 19(3), 409-417. doi: 10.1007/s10198-017-0892-8.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacol Bull*, 24(1), 97-99.
- Owens, D., Wright-Hughes, A., Graham, L., Blenkiron, P., Burton, K., Collinson, M., & House, A. (2020). Problem-solving therapy rather than treatment as usual for adults after self-harm: a pragmatic, feasibility, randomised controlled trial (the MIDSHIPS trial). *Pilot and feasibility studies*, 6(1), 1-14.
- Peltzer, K., Yi, S., & Pengpid, S. (2017). Suicidal behaviors and associated factors among university students in six countries in the Association of Southeast Asian Nations (ASEAN). *Asian journal of psychiatry*, 26, 32-38.

- Richard-Devantoy, S., Berlim, M. T., & Jollant, F. (2015). Suicidal behaviour and memory: A systematic review and meta-analysis. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 16(8), 544-566.
- Sharifi V, Eaton WW, Wu LT, Roth KB, Burchett BM, Mojtabai R. (2015). Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 years follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *Br J Psychiatry*.207:30-6. doi:10.1192/bjp.bp.113.143198
- Too,L.S., Spittal, M.J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis J. (2019). The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of Affect Disorders*, 259 (1), 302-313.
- Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D., O'Connor, R. C., Oquendo, M. A., Pirkis, J., & Stanley, B. H. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 1-22.
- Ventriglio, A. , Ayonrinde, O. , & Bhugra, D. (2016). Relevance of culture- bound syndromes in the 21st century. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 70(1), 3-6.
- World Health Organization. Suicide data. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Oct 15]. Available from: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.
- World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A global imperative. Retrieved May 19, 2018 from <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779>
- World Health Organization. (2017). **Mental health: suicide data [Internet]**. Geneva: World Health Organization; 2017 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicide_prevent/en
- World Health Organization. (2018). Suicide data [internet]. Retrived from: http://www.who.int/mentl_health/prevention/suicide/suicideprevention/en[2020 Oct 20].
- Yi, S.W, & Hong. J.S. (2015). Depressive symptoms and other risk factors predicting suicide in middle-aged men: a prospective cohort study among Korean Vietnam War veterans. *Journal peer*, 1-15.
- Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: a review. *The American Journal on Addictions*, 24(2), 98-104. doi: 10.1111/ajad.12185.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแสดงข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัคร

ชื่อโครงการวิจัย: ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาด้านทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในผู้ป่วยจิตเวช

ผู้สนับสนุนการวิจัย: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยหลัก

ชื่อ นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63531 (มือถือ) 087-2219975

ผู้วิจัยร่วม 1

ชื่อ นางสาวจันทน์กนก สุรินทร์ชมภู

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยจิตเวชชายราชพฤกษ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63018 (มือถือ) 089-6220017

ผู้วิจัยร่วม 2

ชื่อ นายสรिया ศิริสข

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

หมายเลขโทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63530 (มือถือ) 098-8317909

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

คุณได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ เนื่องจากคุณเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัย ก่อนที่คุณจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยดังกล่าว ขอให้คุณอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้คุณได้ทราบถึงเหตุผล และรายละเอียดของภารกิจวิจัยในครั้งนี หากคุณมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยซึ่งจะเป็น ผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่คุณได้

คุณสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของคุณได้
คุณมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าคุณตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ขอให้คุณลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

หากคุณตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ คุณจะได้รับการประเมินภาวะสมองเสื่อมและอาการทางจิตใจ และการพูดคุยแบบตัวต่อตัวระหว่างผู้วิจัยและคุณ จำนวน 6 ครั้ง แต่ละครั้งที่พูดคุยใช้เวลา 45-90 นาที สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 3 สัปดาห์ หรืออาจไม่ถึง 3 สัปดาห์ และจะมีการพูดคุยเพื่อติดตามทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรม และหลังจากที่คุณออกจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน 1, 2 และ 3 เดือน โดยการประเมินจะดำเนินการเมื่อคุณมาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก กรณีที่คุณไม่สะดวกมาพบแพทย์และรับยาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และต้องการรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน ผู้วิจัยจะขออนุญาตสอบถามข้อมูลทางโทรศัพท์



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

เลขสารบัญ version.....4..... หน้า 9 of 65

111 KA LF 90 KAL

p1 version4 8 Dec 2022

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ด้านจิตใจ ขณะเข้าโปรแกรมการบำบัด การพูดคุยอาจมีการพูดถึงความทุกข์ใจที่ทำให้ฆ่าตัวตาย หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพยายามทำร้ายตนเอง ซึ่งทำให้ท่านไม่สบายใจ ผู้วิจัยจะจัดการความเสี่ยงที่อาจได้รับทางด้านจิตใจ หลังการพูดคุยทุกครั้ง ถ้ายังมีความไม่สบายใจคงอยู่ ให้ขอความช่วยเหลือได้จาก หัวหน้าหอผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย รวมถึงแพทย์เจ้าของไข้ ในระยะหลังการบำบัดทันที และระยะติดตามผล หากกลุ่มตัวอย่างยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง ผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือด้วยการปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น การพูดคุย ระบายความรู้สึก การให้คำปรึกษา และแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้ทราบเพื่อให้การช่วยเหลือ และป้องกันการเกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่อไป,

ประโยชน์ที่อาจได้รับ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมนี้นั้น ขณะที่ผู้วิจัยและคุณได้พูดคุยกัน คุณอาจได้รับประโยชน์ เช่น เกิดความพึงพอใจเกี่ยวกับการพูดคุย ความทุกข์ใจลดลง คุณอาจมีความรู้เรื่องการจัดการกับปัญหามากขึ้น เข้าใจสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้น และอาจมีทักษะการแก้ปัญหาที่เข้ามาในชีวิต และสามารถรับมือกับปัญหานั้นได้ มีทางออกในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้หลากหลายวิธี สามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง และอาจทำให้ความทุกข์ใจลดลง สามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ และลงมือแก้ไขปัญหาด้วยตนเองส่งผลให้อาจไม่เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายทำร้ายตนเองซ้ำ ลดการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และหลังจากที่พยาบาลพูดคุยกับคุณ คุณอาจนำความรู้ไปเป็นประโยชน์ต่อสังคมโดยการช่วยเหลือคนอื่นได้

ผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้นี้ไปประยุกต์ใช้และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช หรือบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายคลึงกับคุณ มีคู่มือในการดูแลและเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจเพื่อนำไปประยุกต์ใช้ หรือช่วยเหลือผู้ป่วยรายอื่นๆ

คุณไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่คุณเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบ สำหรับรักษาโรคของคุณได้ ดังนั้น จึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษา คุณก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ขอให้คุณปฏิบัติตามนี้

- ขอให้คุณให้ข้อมูลทางการแพทย์ของคุณทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้คุณแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่คุณร่วมในโครงการวิจัย
- หากคุณรู้สึกไม่สบายใจ ลำบากใจ หรือมีความรู้สึกอื่นๆ ที่ทำให้คุณอึดอัดใจ ขอให้คุณได้แจ้งให้ผู้วิจัยทราบ เพื่อให้ผู้วิจัยได้ให้การช่วยเหลือ

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย คุณจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของคุณ และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าเราได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่คุณพึงมี

หมายเหตุ หากพบอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย คุณสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ นางณัฏฐาภรณ์ เน้าเรือง (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63403 (มือถือ) 087-2219975 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	
	เอกสารจากผู้วิจัย version.....4.....	วันที่รับ.....9.8.65.....
	พิจารณาวันที่.....14.8.65.....	รับคืนวันที่.....20.8.65.....

หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสิทธิของคุณ คุณสามารถติดต่อสอบถามได้ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย ดิโกฮังสนา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63538 เพื่อให้มั่นใจว่า สิทธิ ความเป็นส่วนตัว และความเป็นอยู่ที่ดีของคุณ ได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในคนระดับสากล

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย คุณไม่มีค่าใช้จ่ายใด ๆ ที่จะต้องรับผิดชอบ

-การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หาก你不สมัครใจจะเข้าร่วมการวิจัย คุณสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่ผลต่อการดูแลรักษาโรคของคุณแต่อย่างใด

-ผู้วิจัยอาจถอนคุณออกจากการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของคุณ หรือเมื่อผู้วิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือในกรณีที่คุณไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย

-ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวคุณจะได้รับ การปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของคุณจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของคุณ

-จากการลงนามยินยอมของคุณ ผู้วิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของคุณได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากคุณต้องการยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว คุณสามารถแจ้งขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยแจ้งไปที่ นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง (สถานที่ทำงาน) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

-หากคุณขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่คุณได้เข้าร่วมโครงการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของคุณจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของคุณอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และคุณจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของคุณที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

-จากการลงนามยินยอมของคุณผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดของคุณที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาคุณได้

หาก你不ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือ你不ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย คุณสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย ดิโกฮังสนา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63538 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช	
	เอกสารจากผู้วิจัย version.....4.....	วันที่รับ.....9 ธ.ค. 65.....
	พิจารณาวันที่.....14 ธ.ค. 65.....	รับคืนวันที่.....20 ธ.ค. 65.....

 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	AF 07.2
	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (consent form)	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการแก้ปัญห และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในผู้ป่วยจิตเวช

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน

รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้า
ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่
พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า
ได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย/ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรือ
อาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่าง
ละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบ
คำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จาก
การวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัยโดยได้รับ
การดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จนอาการเป็นปกติ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้า มีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัย
เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือ
สิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น หรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบ
และประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้ต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
เท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทาง
การแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย
และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ
การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคต
หรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
	เอกสารฉบับที่..... version..... 4..... วันที่..... 9 ๕๙-๖๕.....
	พิจารณาวันที่..... 14 ๕๙ ๖๕..... วันที่..... 30 ๕๙ ๖๕.....

 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AF 07.2
	เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย (consent form)	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ
จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ☐ ยินยอม
☐ ไม่ยินยอม

ให้เก็บตัวอย่างชีวภาพที่เหลือไว้เพื่อการวิจัยในอนาคต

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม
 (.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความ
 เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วม
 โครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วย
 ความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

..... ลงนามพยาน
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง
 วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
	เลขที่..... 4 วันที่รับ..... 9 ธ.ค. 65 พิจารณาวินิจฉัยวันที่..... 14 ธ.ค. 65 รับคืนวันที่..... 16 ธ.ค. 65



บันทึกข้อความ

งานสารบรรณ
รับที่ 146
วันที่ 6 ม.ค. 66

ส่วนราชการ หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่ รพจ 29.2 / 005

วันที่ 5 มกราคม 2566

เรื่อง ขออนุมัติเก็บข้อมูลในหอผู้ป่วยใน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (ผ่านหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล)

ด้วยข้าพเจ้านางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ปฏิบัติงานตำแหน่ง ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยในชาย ได้รับอนุมัติในการพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review) ลงวันที่ 22 ธันวาคม 2565 เลขที่หนังสือรับรอง เลขที่ 005/2566 ชื่อโครงการ ประสิทธิผลของการบำบัด โดยการแก้ปัญหาคือการแก้ปัญหาละเลยและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช รหัสโครงการ KKP.H.RECO11/2565Bs_Ful โดยมีทีมผู้วิจัยดังนี้ 1. นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง 2. นางกาญจน์กนก สุรินทร์ขมภู 3. นายสุริยา ศิริสุข โดยผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการจริยธรรมอย่างเคร่งครัด

(นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชผู้ป่วยในชาย

เรียน ผู้อำนวยการ

เพื่อโปรด ☐ พิจารณา
☒ อนุมัติ
☐ ทราบ

(นางสาวจิราธิปไตย พิมพ์ดีด)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
6 ม.ค. 66

(นายอรรถนิษฐ์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

6 ม.ค. 2566

ภาคผนวก ข.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicidality)
3. แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
4. แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI)

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / หน้าช่อง [] ที่ตรงกับตัวท่านและเติมข้อมูลในช่องว่าง

1. เพศ

[] ชาย [] หญิง

2. อายุ.....ปี

[] 21-30 ปี

[] 31-40 ปี

[] 41-50 ปี

[] 51 ปี ขึ้นไป

3. สถานภาพสมรส

[] โสด

[] คู่ อยู่ด้วยกัน

[] คู่ แยกกันอยู่

[] หย่า

[] หม้าย

4. ระดับการศึกษา

[] ประถมศึกษา

[] มัธยมศึกษา

[] ปวช./ปวส./อนุปริญญา

[] ปริญญาตรี

[] ปริญญาโทหรือสูงกว่า

[] อื่นๆ ระบุ.....

5. อาชีพ

[] เกษตรกร

[] รับจ้าง

[] ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

[] รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

[] พนักงานบริษัท

[] ว่างาน

[] อื่นๆ ระบุ.....

6. รายได้ต่อเดือน

[] ไม่มีรายได้

[] ๑ - ๕,๐๐๐ บาท

[] ๕,๐๐๐ บาทขึ้นไป

7. ความเพียงพอของรายได้

[] เพียงพอ

[] ไม่เพียงพอ

8. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน

9. การวินิจฉัยโรค

[] F 10.XX-F 19.XX

[] F 20.XX-F 29.XX

[] F 30.XX-F 39.XX

[] อื่นๆ ระบุ.....

10. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช

[] 1-5 ปี

[] 6-10 ปี

[] 11-15 ปี

[] 16-20 ปี

[] 21 ปีขึ้นไป

11. ประวัติความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของบุคคลในครอบครัว

[] ความคิดฆ่าตัวตาย

[] วางแผนฆ่าตัวตาย

[] พยายามฆ่าตัวตาย

12. ประวัติเคยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

[] ความคิดฆ่าตัวตาย

[] วางแผนฆ่าตัวตาย

[] พยายามฆ่าตัวตาย

M.I.N.I-Suicide

2/2

: ให้ลงคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนนและใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ☐ ที่ตรงกับกรับรู้ของผู้ป่วย

ข้อ	ประเด็นคำถาม	เกณฑ์ให้คะแนน		วคป.	วคป.	วคป.	วคป.								
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		ไม่ใช่	ใช่	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน								
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าโดยทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ถ้าตอบ "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0												
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1												
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2												
C4	คุณมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	6												
ขณะกำลังสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะไม่กระทำการฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึง ความรุนแรงและความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย การรับรู้ของผู้ป่วย <table border="1"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>ความรุนแรง</td> </tr> <tr> <td>บางครั้ง ☐</td> <td>เล็กน้อย ☐</td> </tr> <tr> <td>บ่อย ☐</td> <td>ปานกลาง ☐</td> </tr> <tr> <td>บ่อยมาก ☐</td> <td>รุนแรง ☐</td> </tr> </table>		ความถี่	ความรุนแรง	บางครั้ง ☐	เล็กน้อย ☐	บ่อย ☐	ปานกลาง ☐	บ่อยมาก ☐	รุนแรง ☐	8	0	ความถี่ รุนแรง ☐	ความถี่ รุนแรง ☐	ความถี่ รุนแรง ☐	ความถี่ รุนแรง ☐
ความถี่	ความรุนแรง														
บางครั้ง ☐	เล็กน้อย ☐														
บ่อย ☐	ปานกลาง ☐														
บ่อยมาก ☐	รุนแรง ☐														
C5	คุณมีแผนการฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	8												
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวเอง โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9												
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4												
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	10												
ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น คุณหวังว่ามีคนมาช่วย หรือ จะรอดตาย หรือไม่ ☐		ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย ✓		☐	☐	☐	☐								
คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐		ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0		☐	☐	☐	☐								
ผลคะแนนที่ผ่านมา:															
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4												
ข้อ C2 - C9 ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ให้ถือว่า ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ รวมคะแนน ข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C2 - C9 และ ระบุระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามระดับคะแนนในกรอบการวินิจฉัย :															
คะแนนรวม															
ผู้ที่ประเมิน															
(1 - 8- ต่ำ*, 9 - 16- ปานกลาง, > 17- มาก) ระดับ															
1	โรคทางจิตเวช ที่มีอาการแสดงของโรคที่กำเริบ/รุนแรง Schizophrenia, MDD, Bipolar disorder, ผู้ป่วยตามเกณฑ์ SM-V	☐	มี	☐	มี	☐	มี								
		☐	ไม่มี	☐	ไม่มี	☐	ไม่มี								
2	โรคทางจิตเวชอื่น ๆ...เช่น มีการซึมเศร้ารุนแรง มีการฉีกจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้อาวุธผิด ก้าวร้าวรุนแรง ป่วยทางกายเรื้อรัง (ถ้ามีให้เพิ่มความเสี่ยงอีก 1 ระดับ)	☐	มี	☐	มี	☐	มี								
		☐	ไม่มี	☐	ไม่มี	☐	ไม่มี								
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย															
Low risk Moderate risk High risk															
เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะให้หรือในอนาคตอันใกล้															
				คะแนน MINI ระดับ MID	สิ้นสุดการติดตาม ☐										
				คะแนน MINI ระดับ ปานกลาง ขึ้นไป หรือ ตามค่าเสี่ยงแพทย์	ติดตามต่อ* ☐										

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ชื่อผู้ป่วย..... H.N.

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
1	Somatic Concern (G) คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่			
2	Anxiety (G) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้าง ใหม่/ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม/รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก/ อาการที่บอกมีผลต่อการทำงานของของคุณไหม			
3	Emotional Withdrawal (N) มีลักษณะแยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกริยา โต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย			
4	Conceptual Disorganization (P) พูดไม่เป็นเรื่องราวขาดการ เชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม ไม่ค่อยต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)			
5	Guilt Feeling (G) รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่ง ที่ทำในอดีตหรือไม่			
6	Tension(G) มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น			
7	Mannerism and Posturing (G) มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็น ธรรมชาติ เก้งก้าง แข็ง ดูปะหลกๆ			
8	Grandiosity (P) คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ ผ่านมาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่			
9	Depressive mood (G) คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุขหรือความเศร้าไหม/ รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหนสามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้ ความรู้สึกได้ใหม่/ความรู้สึกรบกวนการทำงานของคุณไหม			
10	Hostility (P) ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย บ่อยๆ เคยมีปัญหาคัดต่อหรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ภาพกับคน อื่น คนในครอบครัว เพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร			
11	Suspiciousness (P) คุณรู้สึกเหมือนกับมีคนคอยจับผิด มีคนคิดร้าย บ้างไหม/โดยวิธีใด/รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคนไหม			

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (ต่อ)

หัวข้อ	อาการและอาการแสดง	วันที่	วันที่	วันที่
12	Hallucinatory Behavior (P) คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยหรือไม่ เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกรู้สึกระหว่างนี้ มีผลกระทบต่องานประจำวันไหม			
13	Motor Retardation (G) การพูด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (สังเกตพฤติกรรม)			
14	Uncooperativeness (G) มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ			
15	Unusual Thought Content (G) ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ หากพบในข้อ Somatic Grandiosity Delusion จะพบในหัวข้อนี้ด้วย			
16	Blunted Affect (N) สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์			
17	Excitement (P) มีท่าทีลุกโลกโลก มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข			
18	Disorientation (G) ถาม วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล			
	คะแนนรวม			
	ผู้บันทึก..... ตำแหน่ง			

Rating Key

1 = ไม่มีอาการ 2 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = อาการปานกลาง
5 = อาการค่อนข้างรุนแรง 6 = อาการรุนแรง 7 = อาการรุนแรงมาก

แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา

คำถามต่อไปนี้คือวิธีการแก้ปัญหาที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อ และตอบว่าที่ท่านผ่านมาท่านแก้ปัญหาอย่างไรแล้วกาเครื่องหมายลงในช่องคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี				
2. ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหา แม้ว่าช่วงต้นฉันจะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาก็คตาม				
3. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันมีเวลา				
4. ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันใช้ความพยายามมากพอ				
5. เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำลายความสามารถของฉัน				
6. ปัญหาทำให้ฉันได้พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง				
7. ฉันรู้สึกท้อแท้ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา				
8. ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ไม่เหมือนคนอื่นๆ				
9. ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากฉันเอง				
10. คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้เหมือนฉัน จะสามารถช่วยฉันได้				
11. เมื่อมีปัญหาฉันพยายามหาทางออกหลาย ๆ ทาง				
12. ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหา				
13. ฉันตรวจสอบผลการแก้ไขปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบ				
14. ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ				
15. เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดโดยการฝึกหายใจ				

แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (ต่อ)

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
16. เมื่อมีความเครียด ในการแก้ปัญหาฉันใช้วิธีการ คลายเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ฯลฯ				
17. เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มีผลต่ออารมณ์ด้านความพึง พอใจ และผลต่อสุขภาพของฉัน				
18. เมื่อเผชิญปัญหาฉันจะเลื่อนการแก้ปัญหาออกไป ให้นานเท่าที่เป็นไปได้				
19. ฉันรอให้ปัญหาลงตามกาลเวลาด้วยตัวของฉันเอง				
20. ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา				
21. เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหา วิธีแรกที่ฉันคิดถึง				
22. ฉันทำอะไรแบบรีบร้อนรวดเร็วและมักนึกเสียใจ ภายหลัง				
23. เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหาฉันไม่เคยเสียเวลากับการ ทบทวนหาทางออกแบบอื่น ๆ				

การแปลผล คะแนน ≤ 35 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก
 คะแนน 36-58 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย
 คะแนน 59-81 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหปานกลาง
 คะแนน ≥ 82 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

ภาคผนวก ค.

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy Program)

ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy Program)

ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เป้าหมายการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. ผู้รับการบำบัดปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) มาเป็นมุมมองทางบวกตามความเป็นจริงต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Positive Problem Orientation)
2. ผู้รับการบำบัดเข้าใจวิธีการแก้ปัญหา 3 แบบ รวมทั้งข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธีการแก้ปัญหา
3. ผู้รับการบำบัดใช้ทักษะแก้ปัญหาที่ถูกต้อง
4. ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการบำบัด

การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) โดยบำบัดรายบุคคลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที วันเว้นวัน ต่อเนื่องกัน 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลอีก 1, 2 และ 3 เดือนต่อมา เป็นการบำบัดภายใต้แนวคิด 5 Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010) ได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST- PPS.JVKK) (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) มีขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ
 - ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด
- ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไข้ปัญหา
 - ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ไข้ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา
- ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไข้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจ และฝึกแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 4 ฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบ ผลการแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 5 ฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา
 - ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด

ขั้นตอนการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด			
ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	- แนะนำตัวกับผู้รับการบำบัดให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตนเองและให้เล่าเรื่องราวทั่วไปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย		- ผู้รับการบำบัดพูดคุยกับผู้บำบัดและสามารถบอกเล่าอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. เพื่ออธิบายเรื่องความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	- อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยใช้ Five dimensional Model	1. ใบความรู้ที่ 1 ที่มาความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและลักษณะการบำบัดโดยการแก้ปัญหา 2. ใบความรู้ที่ 2 ภาพแสดงการเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จาก Five dimensional Model	- ผู้รับการบำบัดบอกที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเองได้
3. เพื่อทำความเข้าใจรูปแบบการบำบัด ยอมรับและร่วมมือในการบำบัด	- อธิบายรูปแบบของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาและนัดหมายการเข้าบำบัดในแต่ละครั้งกับผู้รับการบำบัด	1. ใบความรู้ที่ 3 (รูปแบบการบำบัด)	- ผู้รับการบำบัดอธิบายรูปแบบการบำบัดได้และให้ความร่วมมือในการบำบัด

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ			
ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดสำรวจปัญหาของตนเอง	- มอบหมายการบ้านโดยผู้รับการบำบัดเขียนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามใบกิจกรรมที่ 1 - ผู้บำบัดสรุปสาระที่ได้จากการบำบัดในครั้งนี้ - นัดหมายครั้งต่อไป	1. ใบกิจกรรมที่ 1 (ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉัน)	- ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจฟังหรือซักถามและยินดีที่จะไปทำการบ้านตามใบกิจกรรมที่ได้รับมอบหมาย
ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไข้ปัญหา			
ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ไข้ปัญหา			
1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนและเรียนรู้ปัญหาของตนเองจากการบ้าน	- นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา - ถ้าลืมทำการบ้าน หรือไม่ได้เขียนมาส่งให้เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้บำบัดช่วยจดบันทึก)	1. ใบกิจกรรมที่ 1	- ผู้รับการบำบัดนำการบ้านมาส่งหรือบอกเล่ากิจกรรมที่มอบหมายให้ทำการบ้านให้ผู้บำบัดฟังได้
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดอารมณ์ทางลบได้	- กรณีผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ทางลบ ให้ผู้บำบัดช่วยลดอารมณ์ดังกล่าวโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่นการเล่าระบายออก การผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึก การฝึกการมีสติ - ชี้ให้เห็นประโยชน์ของเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบที่ใช้และนำไปใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้		- ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบด้วยวิธีที่เลือกได้

ขั้นตอนการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไข้ปัญหา			
ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ไข้ปัญหา			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจกับลักษณะของปัญหา	-ผู้บำบัดเชื่อมโยงลักษณะของปัญหาของผู้รับการบำบัดมุมมองและรูปแบบของการแก้ปัญหา ตามใบความรู้ที่ 1 และใบความรู้ที่ 3		-ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงลักษณะของปัญหาได้
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในการแก้ปัญหา	-ผู้บำบัดอธิบายและฝึกให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ปัญหา โดยการปรับมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวกและลดรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive Careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ไข้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้นโดยใช้ใบความรู้ที่ 3 แบบ)	1. ใบความรู้ที่ 3	-ผู้รับการบำบัดสามารถบอกแนวคิดในการแก้ปัญหาได้- -ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงมุมมองทางบวก และทางลบต่อปัญหาได้
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่าน มาของตนเอง	- มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดไปทำตามใบกิจกรรมที่ 2 โดยให้ผู้รับการบำบัดเลือกปัญหาของตนเอง ตามรายการปัญหาโดยสามารถเพิ่มเติมปัญหาของตนเองเข้าไปได้ -ผู้บำบัดสรุปสาระที่ได้จากการบำบัดในครั้งนี้ -นัดหมายครั้งต่อไป	1. ใบกิจกรรมที่ 2 แบบประเมิน Problem-Solving Inventory :PSI	-ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจฟัง ชักถามและผู้รับการบำบัดยอมรับ ยินดี ทำการบ้านและสามารถบอกวิธีการบันทึกในใบกิจกรรมที่ 2 ได้ถูกต้อง

ขั้นตอนการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อทบทวนและเรียนรู้จากการบ้าน	-ผู้รับการบำบัดลองคิดวิธีแก้ปัญหตามความเป็นจริง จากกรณีตัวอย่างที่ได้จากการบ้าน เพื่อจะนำเข้าสู่การอธิบายการแก้ปัญหาย่างเหมาะสมและการแก้ปัญหที่ไม่เหมาะสม หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ทำการบ้านหรือไม่ได้เขียนมาส่งผู้บำบัด ให้ผู้รับการบำบัด เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้บำบัดช่วยจดบันทึกไว้ให้ผู้รับการบำบัด)	-ปัญหาจากการบ้านที่ผู้รับการบำบัดนำมาส่งหรือจำมาแล้วให้ผู้บำบัดฟัง -ใบกิจกรรมที่ 2	-ผู้รับการบำบัดสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหที่ตรงกับความเป็นจริงและสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหตัดสินใจและสามารถนำทางเลือกในการแก้ปัญหไปปฏิบัติ
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา	-นำเสนอวีดิทัศน์ ตัวอย่างการปรับมุมมองต่อปัญหา เรื่อง “โลกไม่ได้หนักถ้ามองให้เบา”จาก http://www.youtube.com/watch?v=xMpbpP QW_ly -ผู้บำบัดชวนคิด ชวนมองเกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการดู วีดิทัศน์		-ผู้รับการบำบัดสามารถบอกแนวคิดในการแก้ปัญหได้ -ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงมุมมองทางบวก และทางลบต่อปัญหาได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง	- นำปัญหาของผู้รับการบำบัดจากรายการปัญหามา 1 ปัญหา เพื่อตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหที่ตรงกับความเป็นจริงโดยเน้นที่การกำกับตนเองและการเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหของตนเองให้ตรงประเด็น	-ใบกิจกรรมที่ 3 (การตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญห)	-ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหตามความเป็นจริงและเป็นไปได้

ขั้นตอนการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
4.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงการหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจแก้ปัญหา และสิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา	-อธิบายเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจสำหรับการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัด ชักถามข้อสงสัย -อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกของสถานการณ์ ตัวอย่างตามใบกิจกรรมที่ 5 -อธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมกับให้ผู้รับการบำบัดชักถามข้อสงสัย	-ใบความรู้ที่ 4 -ใบกิจกรรมที่ 4 (การสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา) -ใบกิจกรรมที่ 5 - ตัวอย่างสถานการณ์การหาทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหา	-ผู้รับการบำบัดสามารถบอกรายละเอียดทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทาง -ผู้รับการบำบัดบอกถึงสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาได้
5.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	-ให้ผู้รับการบำบัดเลือกบัตรคำ/คำขวัญ/คำพูดประจำใจ/คติพจน์ประจำใจ จากรายการคำขวัญที่กำหนด เพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายและให้เขียนบันทึกบัตรคำ		-ผู้รับการบำบัดสามารถบอกแนวคิดในการแก้ปัญหาได้ -ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงมุมมองทางบวกและทางลบต่อปัญหาได้

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไขปัญหที่ตรงกับความเป็นจริง ฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึกแก้ปัญหา			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
	--ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง หมายเหตุ การนัดหมายครั้งต่อไป ควรนัดผู้รับการบำบัดมาทำกิจกรรมห่างกันอย่างน้อย 2 วัน เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มีโอกาสนำไปปฏิบัติจริงและผู้บำบัดได้ประเมินผล	-ปัญหาจากการบ้านที่ผู้รับการบำบัดนำมาส่งหรือจามาเล่าให้ผู้บำบัดฟัง -ใบกิจกรรมที่ 2	-ผู้รับการบำบัดสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหที่ตรงกับความเป็นจริงและสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาตัดสินใจและสามารถนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปปฏิบัติได้
ครั้งที่ 4 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)			
1.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2.เพื่อทบทวนและเรียนรู้จากการบ้าน 3.เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา	-ให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงประสบการณ์ การนำทางเลือกไปปฏิบัติจริงและทบทวนการเปลี่ยนมุมมองโดยอ้างถึง -ในกรณีที่แก้ไขปัญหาล้มเหลว ให้เลือกปัญหาใหม่มาหาทางเลือกในการแก้ปัญหาและเข้าสู่กระบวนการเดิม -ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาและเข้าสู่กระบวนการเดิม	-ใบกิจกรรมที่ 6 คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ ประจำใจ (จากการบ้านครั้งที่ 3) -วีดิทัศน์ "แกะกระโดด" http://www.youtube.com/watch?v=50ReXIS8trw -ใบกิจกรรมที่ 7 การประเมินผลการแก้ปัญหา	-ผู้รับการบำบัดเลือก คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ ประจำใจ ที่ตนเองใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 4 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง 5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก 6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือ มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	- ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหตามทางเลือกที่ใช้และอาจมีอารมณ์ทางลบ ให้ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดจัดการอารมณ์ทางลบและร่วมกันพิจารณานำปัญหาเดิมมาหาทางเลือกใหม่ หรือปัญหาใหม่มาสร้างทางเลือก - อธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจสำหรับการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัย - อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างของสถานการณ์ปัญหาของผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าว		

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 4 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
	- อธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา - ให้อธิบายให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัย - ให้อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเลือกคำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจ จากรายการบัตรคำที่กำหนด เพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเอง เมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และให้เขียนบันทึกในบัตรคำ - ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง - นัดหมายครั้งต่อไป หมายเหตุ การนัดหมายครั้งต่อไป ควรนัดผู้รับการบำบัดมาทำกิจกรรมข้างกันอย่างน้อย 2 วันเพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้มีเวลาเพียงพอในการนำไปปฏิบัติจริง และประเมินผลได้		

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหาลงและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น 2. เพื่อทบทวนและเรียนรู้จากการบ้าน 3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา 4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง 5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก 6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึก	-ให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงประสบการณ์ การนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง และ -ให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ประสบการณ์ การนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง และ ทบทวนการเปลี่ยนมุมมองโดยอ้างอิงวิทัศน์ "เราจะสลายความคิดลบๆไปได้อย่างไร" https://www.facebook.com/watch/?v=841954695944870 ในกรณีที่แก้ไขปัญหาลงประสบผลสำเร็จ ให้เลือกปัญหาใหม่มาหาทางเลือกในการแก้ปัญหาและเข้าสู่กระบวนการเดิม -ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาลงตามทางเลือกที่	-ใบกิจกรรมที่ 6 คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจ (จากการบ้านครั้งที่ 3)	-ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงคำขวัญที่ตนเองใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเอง เกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
ไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย	ใช่และอาจมีอารมณ์ .ทางลบ ให้ผู้บำบัดร่วมกับอารมณ์ทางลบ และผู้รับการบำบัดจัดการเดิมมาหาทางเลือกใหม่ ร่วมกันพิจารณานำปัญหาหรือปัญหาใหม่มาสร้างทางเลือก -อธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจสำหรับการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดซักถามข้อสงสัย -อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือก โดยยกตัวอย่างของสถานการณ์ปัญหาของผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัดแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ ต่อสถานการณ์ดังกล่าว -อธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และสิ่งสนับสนุน รวมทั้งเหตุผล		

ขั้นตอนการบำบัด			
โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย			
ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา			
ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ไขปัญหและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
	ของแต่ละทางเลือ กในการ แก้ปัญหา พร้อมกับให้ผู้รับการ บำบัดซักถามข้อสงสัย -ให้ผู้รับการบำบัดเลือก คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ ประจำใจ จากรายการบัตร คำที่ กำหนด เพื่อเป็ นการใช้ กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเอง เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมี ความคิดอยากฆ่าตัวตาย และให้ เขียนบันทึกในบัตรคำผู้บำบัดสรุป และเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำ ทางเลือกไปปฏิบัติจริง -นัดหมายครั้งต่อไป		
ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา-ยุติการบำบัด			
วัตถุประสงค์	กิจกรรม	อุปกรณ์	เกณฑ์การประเมิน
1.ผู้บำบัดทบทวน รูปแบบการแก้ปัญหา จากการที่ผู้รับการ บำบัดนำไปปฏิบัติ จริง 2.ผู้รับการบำบัดคงไว้ ซึ่งการแก้ปัญหา และ สามารถนำไปใช้ อย่างต่อเนื่อง	-ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการ บำบัดทบทวนรูปแบบการ บำบัด -ผู้รับการบำบัดเล่าประสบการณ์ ในการนำไปใช้จริง -ผู้บำบัดสรุปผลการบำบัดอีกครั้ง	ใบความรู้ที่ 1 (Five dimensional model) ใบกิจกรรมที่ 7 การประเมินผลการ แก้ปัญหาVDO ให้กำลังใจ	-ผู้รับการบำบัด สามารถทบทวน รูปแบบการแก้ปัญหา -ผู้รับการบำบัดคงไว้ ซึ่งการแก้ปัญหาและ สามารถนำไปใช้ได้ อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผลการบำบัด

1. ค่าคะแนนความเสี่ยงและแนวโน้มในการฆ่าตัวตายลดลง โดยประเมินจาก แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

2. ผู้ป่วยเปลี่ยนมุมมองปัญหาเป็นแบบ Positive Problem Oriented: PPO มากขึ้น

3. ผู้ป่วยมีแนวทางในการแก้ปัญหามากขึ้น

4. ผู้ป่วยเลือกวิธีแก้ปัญหาได้เหมาะสม (แบบประเมิน Problem-Solving Inventory: PSI)

เอกสารและอุปกรณ์ประกอบโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายเนื้อหาใน VDO อธิบายความหมาย ของการฆ่าตัวตายสาเหตุของการฆ่าตัวตายรวมทั้งแนวทางในการลดความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้

บุคคลโดยทั่วไปจะมีความคิดและมุมมองต่อปัญหา 2 แบบ ซึ่งสามารถนำมาใช้อธิบายการเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้คือ

1. มุมมองต่อปัญหาในทางลบ คือ การมีมุมมองต่อปัญหาว่ายิ่งใหญ่เหลือเกิน มันหนักหนาสาหัสเหลือเกิน เราไม่มีพลังที่จะต่อสู้ เราหมดหนทางที่จะแก้ไขปัญหา สิ่งเหล่านี้จะส่งผลถึงวิธีการแก้ไขปัญหา 2 รูปแบบ คือ 1) วิธีการแก้ไขปัญหแบบทวนหันพลงเล่น แก้ไขปัญหาแบบเร็วๆ ด่วนทำให้เสร็จ ด่วนแก้ไขโดยขาดการคิดพิจารณาไตร่ตรองอย่างถ่วงถ้ ขาดความระมัดระวัง หรือ 2) วิธีการแก้ไขปัญหแบบหลีกเลี่ยง ไม่แก้ไขเลยปล่อยให้อปัญหานั้นยังคงอยู่ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ถ้าปล่อยไว้นานหรือใช้วิธีแก้ไขปัญหแบบนี้นานๆ ปัญหา ไม่ได้รับการแก้ไข ความเครียดก็ยังคงอยู่ เมื่อความเครียดและปัญหายังคงอยู่ มุมมองการแก้ไขปัญหายังคงเป็น ลบอยู่ มีโอกาสมากที่จะเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายหรือเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้

2. มุมมองต่อปัญหาในทางบวก คือ การมีมุมมองต่อปัญหาว่าเป็นสิ่งท้าทาย หากเราใช้ความพยายามในการแก้ปัญหา ใช้เวลาในการแก้ไข รับรู้ว่าศักยภาพของเราหรือความสามารถของเราว่าพลังที่มีอยู่ในตัวเราสามารถที่จะแก้ไขหรือว่าต่อสู้กับปัญหานั้นได้ และขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือในกรณีที่เราจำเป็นจะทำให้ปัญหานั้นได้รับการปรับแก้ มีโอกาสที่ปัญหาลดลงจึงมีโอกาที่จะปรับตัวได้ดีขึ้นและไม่นำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย

เมื่อเราทราบว่าการเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากการที่เราไม่มีมุมมองทางลบ และมีวิธีการแก้ปัญหแบบทวนหันพลงเล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหาหรือขาดความระมัดระวัง ดังนั้นจึงมีแนวทางการแก้ไขปัญห โดยการแก้ไขที่มุมมองต่อปัญหา คือ 1) ปรับจากมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และ 2) ปรับลดวิธีการแก้ไขปัญหแบบทวนหันพลงเล่นไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยงมาเป็นการเพิ่มการแก้ไขปัญหแบบใช้เหตุผล มีทางเลือกมากขึ้นที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถทำได้จริง ลงมือแก้ไขปัญหตามที่ ได้วางแผนไว้อย่างชัดเจน โดยสามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่มีอยู่ โอกาสที่จะแก้ปัญหได้ ปัญหาหมดไป หรือลดลง ปิดโอกาสที่จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายได้

คนเรามักจะคิดว่าการเปลี่ยนความรู้สึกทุกข์เป็นสุขทำไม่ได้ แต่ความรู้สึกสุขและทุกข์นั้นปรากฏขึ้นอยู่ในสองอย่างคือร่างกายและจิตใจเราเท่านั้น เรารับรู้ผ่านตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ เราไม่สามารถสั่งให้หัวใจเต้นแรงโดยตรงได้ แต่เราสามารถคิดภาพบางอย่างหรือพูดกับตัวเองในขณะที่หัวใจเต้นแรงได้ ความทุกข์ก็เช่นเดียวกัน ความรู้สึกทุกข์ไม่สบายใจมาเตือนให้เราปล่อยและเปลี่ยนความคิดที่ผิดไม่ช่วยแก้ปัญหาแต่เป็นการสร้างปัญหา การคิดในสิ่งที่ดีงามเป็นประโยชน์จะทำให้พบทางออกของชีวิตได้ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหามากกว่าการคิดเกี่ยวกับปัญหา

การเปลี่ยนมุมมองที่มีต่อความทุกข์ในทางบวกเพื่อการใช้ชีวิตอย่างมีความสุข เนื่องจากชีวิตแต่ละคนมีความยากง่ายแตกต่างกันไปบางคนมีต้นทุนชีวิตที่ดี บางคนมีโจทย์ชีวิตที่ยากจึงจำเป็นต้องมีมุมมองชีวิตที่ดีจะไม่ไขว่ไขว่ได้ง่าย ชีวิตทุกคนเหมือนจิ๊กซอว์ หรือภาพต่อภาพใหญ่ แม้จิ๊กซอว์แต่ละตัวจะไม่สมบูรณ์แบบ แต่ก็ต้องยอมรับว่าแต่ละตัวมีความสำคัญในการสร้างชีวิต ดังนั้นจุดสำคัญของการใช้ชีวิตคือมุมมองต่อการใช้ชีวิตโดยอาศัยหลัก 5 ข้อในการมองชีวิตมุมมองทางด้านบวก ดังนี้

1. ทุกสิ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ทุกคนเคยทำผิดพลาด แต่ความผิดพลาดนั้นอาจจะพาคุณไปสู่อะไรที่ดีกว่าได้ เช่น ออกหักพลาดหวั่นจากคนนี้ อาจไปเจอคนที่ดีกว่า จำไว้ว่าความผิดพลาดนำไปสู่บทเรียนที่สำคัญจะทำให้ไม่ผิดพลาดซ้ำ

2. ชีวิตเริ่มต้นใหม่ได้เสมอ ไม่ว่าคุณจะเจอเรื่องยากลำบากหรือล้มไม่เป็นท่ามาก็ครั้ง หนึ่งย่อมนจะขาดใจ สิ่งที่ยากกว่าการล้มเลิกก็คือการพักพ่อนั่นเอง แ่กลับบ้านนอน ใช้ชีวิตอยู่กับคนรักแค่นี้คุณก็สามารถเริ่มใหม่ได้ไม่รู้กี่ครั้งต่อกี่ครั้ง ถ้าท้อก็ขอให้รู้ว่าคุณมีสิทธิ์พยายามได้เรื่อยๆจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

3. คุณมีสิทธิ์เลือกความสุขของตัวเอง อะไรก็ตามที่ทำให้คุณมีความสุขในยามเช้า "จงทำ" เป็นธรรมดาที่คนเราจะมีเรื่องมาทำร้ายความรู้สึก แต่ถ้าปล่อยให้มาทำร้าย เท่ากับเราทำร้ายตัวเอง เราเป็นคนเลือกที่จะมีความสุข หรือมีความทุกข์

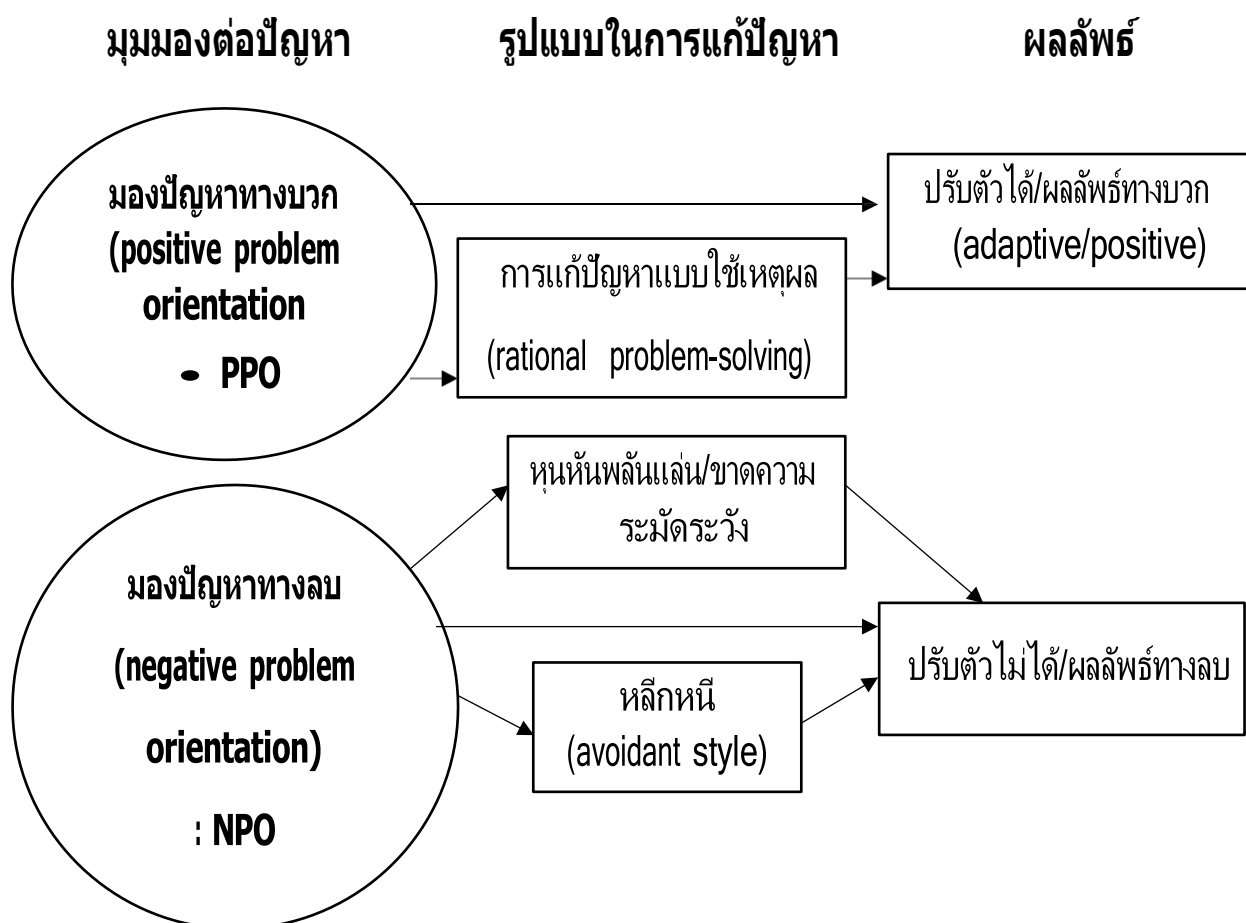
4. ไม่มีอะไรจริงยั่งยืน ในทุกวันล้วนมีการเปลี่ยนแปลง จุดสำคัญคือคุณควรตักตวงความสุข ณ เวลานั้นไว้ อย่าปล่อยให้ความทุกข์มาทำร้ายคุณ เมื่อเวลาเปลี่ยน คนเปลี่ยน บางทีคุณก็เปลี่ยน ในช่วงแรกคุณอาจจะมองปัญหาข้างใหญ่เหลือเกิน แต่เมื่อเวลาผ่านไปคุณอาจจะมองว่าปัญหานั้นข้างเล็กน้อย จำไว้ว่าไม่มีอะไรแน่นอน

5. สิทธิ์การตัดสินใจอยู่ที่คุณ เพราะชีวิตเป็นของคุณ คุณมีสิทธิ์ที่จะให้ชีวิตเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะเป็นหน้าที่การงาน เพื่อน แฟน หรือคนอื่นๆที่คุณอยากอยู่ด้วย เราอาจไม่สามารถควบคุมอะไรได้หมด แต่เกือบทั้งหมดเป็นเราทั้งนั้นที่เลือกเอง ห้ามบอกว่า"โชคร้ายจึงสวรรค์กลั่นแกล้ง" ถ้าคุณไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำก็แค่เปลี่ยน แล้วทุกอย่างก็จะเข้าที่เข้าทาง

แหล่งข้อมูลดัดแปลงมาจาก : Women Mthai Team <http://www.women.mthai.com>

ใบความรู้ที่ 1

ภาพแสดงการเกิดภาวะการกระทำร้ายตนเอง



ใบความรู้ที่ 2

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS) ลักษณะทั่วไป

ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละประมาณ 45 -60 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่	ครั้งที่/กิจกรรม
1 สร้างสัมพันธภาพ แห่งความไว้วางใจ	ครั้งที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด -สร้างสัมพันธภาพ ให้เล่าเรื่องราวทั่วไปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่แสดงถึง ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย -อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วย Five factor model -อธิบายรูปแบบของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา และนัดหมายการเข้าบำบัด -การสำรวจปัญหาของตนเอง
2 การให้ความรู้กับ ผู้รับการบำบัดเรื่อง การแก้ไข้ปัญหา	ครั้งที่ 2 ทำความเข้าใจปัญหา แนวคิดการแก้ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา -ทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา -เข้าใจแนวคิดในการแก้ ปัญหาโดยการปรับมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวก -การลดอารมณ์ทางลบด้วยเทคนิคต่าง ๆ เช่น การเล่าระบายออก การผ่อนคลาย โดยการหายใจแบบลึกการฝึกการมีสติ -ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง
3 การบำบัดโดย การแก้ปัญหา	ครั้งที่ 3 ฝึกปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ฝึกตั้งเป้าหมายในการแก้ไข้ปัญหาที่ตรง กับความเป็นจริงและฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจและฝึก แก้ปัญหา -คิดวิธีแก้ปัญหตามความเป็นจริง จากกรณีตัวอย่างที่ได้จากการบ้าน -ให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาและตั้งเป้าหมายในการแก้ไข้ปัญหา ที่ตรงกับความเป็นจริง -ให้ได้ทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือก และการตัดสินใจแก้้ปัญหา และสิ่งที่ สนับสนุน รวมทั้ง เหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ไข้ปัญหา -การใช้สิ่งที่กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่า ตัวตาย

ขั้นตอนที่	ครั้งที่/กิจกรรม
	ครั้งที่ 4 การฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทบทวนปัญหา/ค้นหาปัญหาใหม่ -การเล่าประสบการณ์ การนำทางเลือกไปปฏิบัติจริงและทบทวนการเปลี่ยนมุมมอง การหาทางเลือกใน การแก้ปัญหา การจัดการอารมณ์ทางลบและร่วมกันพิจารณานำปัญหาเดิมมาหาทางเลือกใหม่และ ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความป็นจริง -การใช้สิ่งที่กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
	ครั้งที่ 5 การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา -ฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายใน การแก้ปัญหาที่ตรงกับความป็นจริง และการจัดการอารมณ์ทางลบ และร่วมกันพิจารณานำปัญหาเดิม มาหาทางเลือกใหม่ หรือปัญหาใหม่มาสร้างทางเลือก -การใช้สิ่งที่กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย
	ครั้งที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหา คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา ยุติการบริการ -ทบทวนรูปแบบการบำบัด/เล่าประสบการณ์ในการนำไปใช้จริง ชื่นชมให้กำลังใจ และแสดงความยินดี ในการเรียนรู้ของผู้รับการบำบัดที่สามารถแก้ปัญหาได้ -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนและยุติการบำบัด

ใบความรู้ที่ 3

รูปแบบการแก้ปัญหา 3 แบบ

(สำหรับผู้บำบัด)

การแก้ปัญหา (Problem solving) ตามแนวคิดของเดอร์ซูเลาและเนซู (D'Zulera & Nezu, 2007) ได้เสนอแนวคิดในการแก้ปัญหาโดยการแก้ปัญหานั้นจะต้องทำความเข้าใจกับประเด็น 3 ประเด็น คือ การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา การแก้ปัญหานั้นหมายถึงการนำตนเอง กำกับตนเองในการที่จะพยายามค้นหาหรือระบุปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดศักยภาพที่หลากหลายและมีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งเพิ่มความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆ ทางเลือก ดังนั้น การแก้ปัญหานั้นจึงจำเป็นต้องมีความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity) เป้าหมายของการแก้ปัญหานั้นเป็นการปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ปัญหาให้ดีขึ้นตามความเป็นจริง ปรับลดอารมณ์ที่กดดันลง เรียนรู้การปรับศักยภาพจากการแก้ปัญหาต่างๆ ไป และวิธีการควบคุมตนเอง สถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละคน มุมมองต่อปัญหามี 2 แบบ คือ มุมมองปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented, PPO) และมุมมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented, NPO)

มุมมองปัญหา ในทางบวกบุคคลจะรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มีการรับรู้ศักยภาพของตนไปในทางที่ดีและสามารถจะเพิ่มศักยภาพของตนได้เมื่อจำเป็น เข้าใจว่าการแก้ปัญหานั้นต้องการเวลาและความพยายามมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหา มุมมองในทางลบเป็นการรับรู้ปัญหาเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิด ไม่อดทน ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา

ปัญหา หมายถึง สถานการณ์ปัญหา (problematic situation) เป็นสถานการณ์หรือคาดหวังไว้ในปัจจุบัน ซึ่งทำให้บุคคลรับรู้ว่าจะตนเองต้องการศักยภาพ พลังหรือวิธีการจากทั้งภายนอกและภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดมาก่อน ไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะ มีความยุ่งยากซับซ้อนมีความไม่แน่นอน มีความยุ่งยากทางอารมณ์ มีความขัดแย้งในเป้าหมาย และรู้สึกล้มเหลวในการพยายามแก้ปัญหา บุคคลจะเกิดความรู้สึกว่า ตนเองกำลังเผชิญปัญหา การแก้ปัญหานั้นไม่ใช่การปรับที่สถานการณ์ปัญหาหรือปรับที่บุคคลเท่านั้น แต่เป็นการแก้ไขที่ต่อเนื่องกัน เพื่อให้การรับรู้ถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการ กับพลังในการแก้ปัญหาลดลง การรับรู้ปัญหาและการพยายามแก้ปัญหาเกี่ยวข้องโดยตรงกับการรับรู้จึงเป็นสิ่งที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล ปัญหาจากการรับรู้ของบุคคลหนึ่งจึงอาจไม่ใช่ปัญหาของคนอื่นๆ

วิธีการแก้ปัญหา หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม ในปัญหาระบุอย่างเฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหา จะทำให้สถานการณ์ปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดันลง สามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก และลดผลกรรมทางลบลง รวมทั้งสามารถลดปัญหาได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยมมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล การแก้ปัญหาจึงขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไร ในระดับใด วิธีการแก้ปัญหามี 3 แบบ แบบที่ 1 เรียกว่า การแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational problem solving) เป็นการแก้ปัญหาโดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา (Formulation) และค้นหาปัญหาที่แท้จริง (Identified problem) พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ ลงมือแก้ปัญหาตามที่ได้มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลลบ โดยการแก้ปัญหาทั้งหมดอยู่ด้วยความเป็นจริงและพยายามลดอารมณ์ทางลบเพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา การแก้ปัญหาแบบที่ 2 เป็นการแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (Avoidance) การแก้ปัญหาแบบนี้เป็นการหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่พยายามเผชิญกับปัญหา พยายามจะหลีกเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา มีความตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหากับผู้อื่น รอให้ปัญหาลงด้วยตัวของมันเอง หรือแก้ปัญหาโดยการพึ่งพาผู้อื่นและมองการแก้ปัญหาในทางร้าย การแก้ปัญหาแบบที่ 3 เป็นการแก้ปัญหาแบบทุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (Impulsive/careless) เป็นการแก้ปัญหาย่างเร่งรีบ แก้ปัญหาแบบหลายๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รื้อคิดทบทวนหลายๆ ทางก่อน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทางแก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ หรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ

ในการแก้ปัญหาคควรเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงแล้วหาทางออกที่หลากหลาย หยุดความคิดที่เชื่อว่าในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้วระดมสมองเพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหาหรือลองจินตนาการว่าในปัญหานี้ ถ้าเป็นผู้ที่เก่งที่สุดเขาจะแก้ปัญหานี้อย่างไรบ้าง ในการประเมินทางเลือกของการแก้ปัญหา ควรวิเคราะห์จากผลดีผลเสียของทางเลือก ประเมินผลที่จะได้จากการแก้ปัญหาต่อตนเอง ครอบครัว หรือสังคม ในระยะสั้นและ ระยะยาว ว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ ประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหของตนเองที่จะต้องแก้ปัญหาย่างต่อเนื่อง หากยังขาดทักษะในการแก้ปัญหบางประการ ก็จะต้องฝึกหรือเพิ่มทักษะดังกล่าว ซึ่งเป็นการแก้ปัญหตามขั้นตอนที่มีแนวโน้มจะนำสู่การแก้ปัญหา ในการแก้ปัญหจะต้องทำความเข้าใจว่าถ้าหากไม่แก้ปัญหาก็เกิดผลทางลบมากกว่าผลทางบวกและควรคิดถึงระบบในการกำกับติดตามผลการแก้ปัญหา ในกรณีที่ยังแก้ปัญหาไม่สำเร็จ ควรเริ่มต้นในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหอีกครั้งหนึ่ง

ใบกิจกรรมที่ 1 ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉัน

ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉันทันนี้

[illegible]

ปัญหาของฉัน

ปัญหาด้านความสัมพันธ์

- ☐ น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ
- ☐ ถูกคนนินทาว่าร้ายจนอับอายมาก
- ☐ มีปัญหาผิดหวังความรัก/เหิงหวง
- ☐ ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด
- ☐ ต้องการการเอาใจใส่/ขอแล้วไม่ได้
- ☐ ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัวและคนรัก
- ☐ ปัญหาสุขภาพ ไม่มีคนดูแล
- ☐ ปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงาน

การใช้สุรา

ปริมาณการดื่มต่อวัน.....ความถี่ในการดื่มต่อสัปดาห์.....

- ☐ มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง

ปัญหาการใช้สารเสพติด

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ

คะแนนการคัด $V2 \geq 27$ คะแนน

- ☐ มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง

ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายหรือทางจิตเวช

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ
- ☐ ไม่มีคนดูแล
- ☐ ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

ปัญหาเศรษฐกิจ

- ☐ ใช่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ไม่ทราบ
- ☐ ยากจนถ้าขายขาดทุน
- ☐ ตกงาน

ปัญหาอื่นๆ

ใบกิจกรรมที่ 3

การตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญหา

ปัญหาคืออะไร ให้ท่านบอกข้อเท็จจริงนั้น (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม ที่ทำให้เกิดปัญหา)

ฉันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาดังนี้

- 1.....
2.
3.

ฉันมองว่าปัญหาของฉันว่าเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต หรือทำลายอย่างไร

.....

.....

วิธีแก้ปัญหาเรื่องนี้ของฉัน

.....

.....

อุปสรรคที่อาจมีต่อการไปถึงเป้าหมายของท่านมีอะไรบ้าง

.....

ฉันจะเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหของฉันในเรื่อง

.....

ใบกิจกรรมที่ 4
การสร้างทางเลือกสำหรับแก้ปัญหา

ทางเลือกที่ 1

ใคร.....

ทำอะไร.....

ที่ไหน.....

เวลาใด.....

ต้องมีอุปกรณ์ใด.....

ข้อดีของทางเลือกนี้

1.....

2.....

3.....

ข้อเสียของทางเลือกนี้

1.....

2.....

3.....

การตัดสินใจ (เก็บเอาไว้/ขจัดทิ้งไป)

.....

.....

ทางเลือกที่ 2

ใคร.....

ทำอะไร.....

ที่ไหน.....

เวลาใด.....

ต้องมีอุปกรณ์ใด.....

ข้อดีของทางเลือกนี้

1.....

2.....

3.....

ใบกิจกรรมที่ 4
การสร้างทางเลือกสำหรับแก้ปัญหา (ต่อ)

ข้อเสียของทางเลือกนี้

- 1.....
- 2.....
- 3.....

การตัดสินใจ (เก็บเอาไว้/ขจัดทิ้งไป)

.....

.....

การสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา

ทางเลือก	แนวทางเลือก	ข้อดี	ข้อเสีย	แหล่ง สนับสนุน	การ ตัดสินใจ
1	ใคร..... ทำอะไร..... ที่ไหน..... เวลาใด.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		เก็บ เอาไว้/ ขจัดทิ้ง
2	ใคร..... ทำอะไร..... ที่ไหน..... เวลาใด.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		
3	ใคร..... ทำอะไร..... ที่ไหน..... เวลาใด.....	1..... 2..... 3.....	1..... 2..... 3.....		

ใบกิจกรรมที่ 5

ตัวอย่างสถานการณ์การหาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา

ชายไทยอายุ 32 ปี เคยมีแฟนแต่ไม่ได้แต่งงานมีบุตรด้วยกัน 1 คน อายุ 2 ปี ต่อมาแยกทางกัน ด้วยสาเหตุที่ตนเองเป็นคนเจ้าชู้ ดิตสุรา จนต้องเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเข้าใจว่าต้องรับประทานยาตลอดชีวิต ต่อมา พบแฟนคนปัจจุบัน ซึ่งมีฐานะและการศึกษาที่ดีกว่า พ่อแม่ของแฟนก็ไม่สนับสนุน และกำลังหาคู่ให้แฟนตนเองใหม่ ตอนนี้ กำลังตัดสินใจจะขอแฟนสาวแต่งงาน และคิดว่าหากแฟนทราบเรื่องการเจ็บป่วยของเขา อาจไม่ยอมแต่งงานด้วยผู้ป่วยมีอารมณ์ หดหู่ เศร้า หากท่านเป็นผู้ชายคนนี้ ท่านจะแก้ปัญหานี้อย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ใบกิจกรรมที่ 6
คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจ

ตัวอย่าง

"พักสักนิด แล้วค่อยคิดลงมือทำ"

"หยุดคิดสักนิด ดิตเบรกสักหน่อย แล้วค่อยลงมือทำ"

"หยุดคิดสักนิด แล้วค่อยคิดแก้ปัญหา"

คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจของฉัน คือ

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

คติประจำใจ

ใบกิจกรรมที่ 7

การประเมินผลการแก้ปัญหา

ให้ออกผลที่เกิดจากการนำแผนการปฏิบัติของท่านไปใช้เป็นข้อความสั้นๆ

.....

.....

.....

บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่ได้จากแผนการแก้ปัญหา ให้ตอบคำถามต่อไปนี้โดยใช้ระดับการวัดข้างล่างนี้

1 2 3 4 5

[1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด, 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย, 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง, 4 หมายถึง พึงพอใจมาก, 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด]

1. ความพึงพอใจต่อผลที่เกิดจากแผนการแก้ไขปัญหแต่ละแผนของท่านเป็นอย่างไร.....

2. ความพึงพอใจต่อแผนการแก้ไขปัญหที่ทำให้ท่านไปถึงเป้าหมายเป็นอย่างไร.....

3. ความพึงพอใจของผลการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อตัวท่านเป็นอย่างไร.....

4. ความพึงพอใจของความสอดคล้องระหว่างการคาดการณ์และผลของการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อตัวท่านเป็นอย่างไร.....

5. ความพึงพอใจของผลการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อผู้อื่นเป็นอย่างไร.....

6. ความพึงพอใจของความสอดคล้องระหว่างการคาดการณ์และผลของการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นต่อผู้อื่นเป็นอย่างไร.....

7. ความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยรวมเป็นอย่างไร.....

8. ท่านพึงพอใจต่อปัญหาที่ได้รับการแก้ไขแล้วหรือไม่.....

8.1 ถ้าไม่ ขอให้ท่านให้กำลังใจตนเองที่จะกลับไปเริ่มต้นใหม่ในแต่ละขั้นตอน

8.2 ถ้าใช่ ขอให้ท่านให้รางวัลตัวเอง

VDO ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัด

VDO กำลังใจคนที่ท้อ

https://www.youtube.com/watch?v=Yvd9_FtVp_M

หนึ่งกำลังใจดีๆสำหรับคนที่กำลังท้อ (A Story of Friendship and Hope)

<https://www.youtube.com/watch?v=0Dwn0mykLw8>

ให้กำลังใจตัวเองบ้าง โดยท่าน ว.วชิรเมธี (พระมหาสุชาติ)

<https://www.youtube.com/watch?v=2w63r5hTDn8&t=72s>

กลับมารักตนเองให้กำลังใจตัวเองบ้าง โดยท่าน ว.วชิรเมธี (พระมหาสุชาติ)

https://www.youtube.com/watch?v=QjY3_CKdxEIA

ภาคผนวก ง.

เอกสารรับรองโครงการวิจัยและเอกสารเผยแพร่

 กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่ 005/2566	
ชื่อโครงการ	: ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือทักษะการแก้ปัญหา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช : The Effectiveness of Problem-Solving Therapy to problem solving skill and Suicide risk in Psychiatric Patients	
รหัสโครงการวิจัย	: KKPH.REC011/2565Bs_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	: นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง	
สังกัดหน่วยงาน	: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review)	
เอกสารที่รับรอง	:	
1. โครงการวิจัย	แก้ไขครั้งที่ 3 ฉบับวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565	
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	แก้ไขครั้งที่ 4 ฉบับวันที่ 9 ธันวาคม 2565	
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	แก้ไขครั้งที่ 4 ฉบับวันที่ 9 ธันวาคม 2565	
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	แก้ไขครั้งที่ 3 ฉบับวันที่ 15 พฤศจิกายน 2565	
5. ประวัติผู้วิจัย	แก้ไขครั้งที่ 2 ฉบับวันที่ 28 ตุลาคม 2565	
วัน 22 เดือน ธันวาคม ปี พ.ศ. 2565 ที่รับรอง	วัน 21 เดือน ธันวาคม ปี พ.ศ. 2566 ที่หมดอายุการรับรอง	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก.....12.....เดือน		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการ ให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม.....  (นายณสมพล หาญดี) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ โทรสาร. ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ. ๐๘๓๕.๙/ ๒๑๖

วันที่ ๗๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามที่ นางณัฐภรณ์ เบ้าเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมิน เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ เรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือการแก้ปัญหาคือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ๑ เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายธรรณิษฐ์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ. ๐๘๓๕.๙/๕๑๔

วันที่ 10 เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตามที่ นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมิน เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการเรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ๑ เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายธณินท์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๔๔๔๔ โทรสาร. ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ สธ. ๐๘๓๕.๔/๒๑๗

วันที่ ๗๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก

ตามที่ นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมิน เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ เรื่อง ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ จำนวน ๑ เล่ม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(นายธรรณิษฐ์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ที่ สธ ๐๘๓๕.๙/๒๑๕



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๗๐ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น

สิ่งที่ส่งมาด้วย ผลงานทางวิชาการ

จำนวน ๑ เล่ม

ตามที่ นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ข้าราชการพลเรือนสามัญ สังกัดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้จัดทำผลงานทางวิชาการเพื่อประกอบการประเมิน เพื่อเลื่อนระดับสูงขึ้น นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ขอเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ เรื่องประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อทักษะการแก้ปัญหาและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายธรรณิษฐ์ กองสุข)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล

โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๒๐๘

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ภาคผนวก จ.

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย
ประวัติผู้วิจัยคนที่ 1

ชื่อ-นามสกุล นางณัฏฐาภรณ์ เบ้าเรือง

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงานบริหารการพยาบาล

สถานที่ทำงาน กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 27 ธันวาคม 2513

ที่อยู่ 9/179 ม.15 ต.พระลับ อ.เมือง จังหวัดขอนแก่น

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ.2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ.2540 ประกาศนียบัตรเฉพาะเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
- พ.ศ.2550 ปริญญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2536 รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3
- พ.ศ.2546 รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7
- พ.ศ.2550-ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจพยาบาล
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประวัติผู้วิจัยคนที่ 2

ชื่อ-นามสกุล นางกาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยในชาย

สถานที่ทำงาน กลุ่มภารกิจพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 24 สิงหาคม 2513

ที่อยู่ 124/8 หมู่ที่ 16 ตำบล ในเมือง อำเภอ เมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 40000

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- พ.ศ. 2540 ประกาศนียบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- พ.ศ. 2551 โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
 ปรินญาบัตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
 และจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 พ.ศ. 2554 วุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทาง(APN)
 สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสภาการพยาบาลแห่งประเทศไทย

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ.2536 รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3
 พ.ศ.2564-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาล
 จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ประวัติผู้วิจัยคนที่ 3

ชื่อ-นามสกุล นายสุริยา ศิริสุข

ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ทำงาน หอผู้ป่วยฝ้ายคำ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วัน เดือน ปี เกิด วันที่ 20 พฤษภาคม 2529

ที่อยู่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 169 หมู่ 4 ถนนชาตะนรงค์ ตำบลในเมือง
 อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

ประวัติการศึกษา

- พ.ศ. 2552 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพ
 พ.ศ. 2562 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

- พ.ศ. 2552 พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มภารกิจการพยาบาล
 โรงพยาบาลสตึก อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์
 พ.ศ. 2555 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาล
 จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
 พ.ศ. 2562-ปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาล
 จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์