

ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาคือพฤติกรรมดื่มสุรา
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

The Effect of Problem Solving Group Therapy on Alcohol Drinking
and Suicide Risk in Psychiatric Patients with Alcohol Drinking
Problem; Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

สโรชา	รัตนานพ
พงษ์ศักดิ์	ธงยศ
สุรียา	ศิริสุข

กลุ่มภารกิจโรงพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2567

**ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา
และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์**

สโรชา รัตนานพ พย.ม.

พงษ์ศักดิ์ ธงยศ พย.ม.

สุริยา ศิริสุข พย.ม.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อ พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยวัดก่อนและหลังทดลอง ติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน และเปรียบเทียบกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพศชาย มีอายุระหว่าง 20-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบการสุ่มอย่างง่าย (กลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 21 คน) โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) 4 ขั้นตอน จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 60-70 นาที ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินก่อน-หลังการทดลองประกอบด้วย 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) 3) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) สถิติที่ใช้การวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ Repeated measures ANOVA

ผลการวิจัย พบว่า

1. กลุ่มทดลอง (PST) มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน
2. กลุ่มทดลอง (PST) มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ภายหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน แต่ในส่วนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัว กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมหลังสิ้นสุดการบำบัดทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษซ้ำหลังการจำหน่ายภายใน 1 เดือน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีการกลับมารักษซ้ำภายใน 1 เดือน 1 ราย คิดเป็น ร้อยละ 4.76

สรุป การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นทางเลือกในบำบัดทางด้านจิตสังคม ที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวช มีความเข้าใจปัญหาและมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ช่วยลดพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวใช้ชีวิตประจำวันได้ อย่างไรก็ตามควรมีการติดตามผลเกี่ยวกับความคงทนของประสิทธิภาพในระยะยาว โดยการติดตามผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน

คำสำคัญ: การบำบัดโดยแก้ปัญหา, ผู้ป่วยจิตเวช, พฤติกรรมการดื่มสุรา, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

**The Effect Psychiatric of Problem-Solving Group Therapy on Alcohol Drinking
and Suicide Risk in Patients with Alcohol Drinking Problem,
Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital**

Sarocha Rattananop, M.N.S.

Pongsok Thongyot, M.N.S.

Suriya Sirisuk, M.N.S

Abstract

Objective: This study aims to investigate the effect of problem-solving therapy group on alcohol consumption behavior and suicide risk among psychiatric inpatients with alcohol-related problems.

Method: This study utilized a quasi-experimental design, which involved conducting pre- and post-tests along with a follow-up after one month to assess the effects of the intervention. The outcomes of the intervention group were compared to those of a control group that received standard care. The sample consisted of male psychiatric patients admitted as inpatients at Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, aged 20-59 years, who were selected by simple random sampling for the experimental and control group, with 21 patients in each group. The experimental group received the problem-solving therapy (PST) program 4 sections 5 times, 60-70 minutes per time for weeks. The control group received regular nursing care. The measurement consisted of 1) A general data collection form, 2) Alcohol Drinking Behavior Assessment (AUDIT), and 3) Suicide Risk Assessment Form. (M.I.N.I.-Suicidality), and 4) Problem-solving skill assessment form (PSI). The statistics used for analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Repeated measures ANOVA.

Results: The study shows: 1) The experimental group (PST) had significantly decreased alcohol drinking behavior and suicide risk ($p < 0.05$) after the end of the treatment immediately and the 1-month follow-up period.; 2) The experimental group (PST) had significantly lower alcohol drinking behavior than the control group ($p < 0.05$) after the end of the treatment immediately and the 1-month follow-up period. However, in terms of suicide risk, the experimental group had significantly lower suicide risk than the control group after the end of the treatment immediately ($p < 0.05$). There was no statistically significant difference during the 1-month follow-up period. No patients in the experimental group were readmitted within 1 month after discharge, while the control group returned for treatment within 1 month, at 4.76 percent.

Conclusion: Problem-solving therapy (PST) is an alternative in psychosocial therapy. Another effective form of therapy that helps psychiatric patients understand their problems and improve their problem-solving skills, reduces alcohol drinking behavior, reduces the risk of suicide, and

helps patients adjust to their daily lives. However, there should be a long-term follow-up on the durability of the effectiveness, with follow-ups over 3 months and 6 months.

Keywords: problem solving therapy, psychiatric patients, alcohol drinking, suicide risk

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ธรณินทร์ กองสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ เอื้ออำนวยสถานที่และเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยตลอดมา จนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตาของท่าน และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณ ดร.สุเมธ แก้วมา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครธวัชบุรี ที่ได้เสียสละอันมีค่ามาเป็นปรึกษาให้การช่วยเหลือด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ระเบียบวิจัย รวมถึงให้ข้อคิดเห็นและแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการนำเสนอผลงานวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน นางสาวดี ศรีวิเศษ อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และนายแพทย์ธวัช ฐราสี นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ช่วยตรวจสอบโปรแกรมการบำบัดช่วยชี้แนะ และเพิ่มเติมความรู้ของการบำบัดการโดยแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

ขอขอบพระคุณ นางปรารถนา คำมีสินนท์ หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน อำนวยความสะดวกระหว่างการศึกษาวิจัย จนการศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตร บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำที่ช่วยเหลือ เอื้ออำนวยความสะดวก และช่วยประเมินผู้ป่วยในเข้ากลุ่มบำบัด และสุดท้ายนี้ขอขอบคุณครอบครัว และญาติมิตรทุกคนที่ช่วยเหลือและคอยเป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ศึกษาวิจัยมุ่งมั่นในการศึกษา จนสำเร็จไปด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่คุณบิดา มารดา ครอบครัว คุณอาจารย์ กัลยาณมิตร ผู้ป่วย และผู้มีพระคุณทุกท่าน

สโรชา รัตนานพ และคณะผู้วิจัย

ตุลาคม 2567

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ง
สารบัญ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ซ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์	6
สมมุติฐานการวิจัย	6
ขอบเขตการศึกษา	6
คำจำกัดความ	6
กรอบแนวคิดในการศึกษา	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
บทที่ 2 วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุรา	11
การฆ่าตัวตาย	21
การบำบัดโดยการแก้ปัญหา	30
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
รูปแบบการทดลอง	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	42
การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	45
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	54
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวัดผลทางการวิจัย	57
การวิเคราะห์ข้อมูล	57
ระยะในการศึกษา	58
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	58
บทที่ 4 ผลการวิจัย	59
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60

สารบัญ (ต่อ)	หน้า
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง ทันที และในระยะ ติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	65
ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)	65
ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)	68
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	72
สรุปผลการวิจัย	72
ผลการวิจัย	73
การอภิปรายผล	75
ข้อจำกัดในการวิจัย	77
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	77
บรรณานุกรม	78
ภาคผนวก	84
ภาคผนวก ก. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	122
ภาคผนวก ข. เอกสารคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย	127
ภาคผนวก ค. ประวัติผู้วิจัย	132
ภาคผนวก ง. เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	137
ภาคผนวก จ. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	139

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไป จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่ admit การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21)	60
ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนปัญหาพฤติกรรม (AUDIT) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21)	65
ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการ ทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) (n=42)	66
ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	67
ตารางที่ 5 ผลการการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) (n=42)	69
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิธีทดสอบ Bonferroni	70

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย	10
ภาพที่ 2 กระบวนการแก้ปัญหาตามตัวแบบ 5 ปัจจัย	34
ภาพที่ 3 รูปแบบการทดลอง	41
ภาพที่ 4 การคัดเลือกตัวกลุ่มตัวอย่าง	44
ภาพที่ 5 กราฟเส้นแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุราของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะ ติดตามผล 1 เดือน	68
ภาพที่ 6 กราฟเส้นแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่ม ทดลองและกลุ่ม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และ ระยะติดตามผล 1 เดือน	71

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นการตายก่อนวัยอันควรถือว่าเป็นเรื่องที่น่าเศร้า การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่ปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกคาดว่าในปีหนึ่งจะมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึง 703,000 รายต่อปี ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประชากรโลก โดยมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 1 ใน 100 รายหรือประมาณร้อยละ 1.30 เป็นผลมาจากการฆ่าตัวตาย ผู้ชายฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงถึง 2 เท่า หรือคิดเป็น 12.6 ต่อแสนประชากร เมื่อเทียบกับผู้หญิงซึ่งมีอัตราการฆ่าตัวตาย 5.4 ต่อแสนประชากร โดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี หรือทุก ๆ 40 วินาที จะมีคนฆ่าตัวตาย 1 คน (World Health Organization, 2020) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยมีความเสี่ยงสูงถึง ร้อยละ 45 (Haton, 2021) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภทโรคบุคลิกภาพผิดปกติ กลุ่มที่ใช้สารเสพติดและกลุ่มที่ใช้แอลกอฮอล์ (WHO, 2017; Berardelli et al., 2018 อ้างใน อรพิน ยอดกลาง และ มธุรส ทิพยมงคล (2563) นอกจากนี้ยังพบว่าการดื่มสุราอย่างหนักและการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับความหุนหันพลันแล่น ความก้าวร้าว การล่วงละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม การไม่ใช้วิจารณญาณ การสัมผัสรู้ที่ผิดปกติ และความเจ็บปวดที่นำไปสู่ความพยายามฆ่าตัวตาย (ธรรณิทร์ กองสุข, 2566) การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว ชุมชน สังคม และมูลค่าทางเศรษฐกิจทั่วโลก การฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยคล้ายกับกลุ่มประชากรทั่วไป ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม จิตใจ วัฒนธรรม ชีววิทยา และสิ่งแวดล้อม (WHO, 2017; ธรรณิทร์ กองสุข, 2567)

ในส่วนของประเทศไทยข้อมูลจากศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี 2562 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมาย ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้กำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร และจากรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 -2566 พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประชากรไทยมีอัตรา 7.37, 7.38, 7.97 และ 7.94 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตายได้ใช้ข้อมูลจาก 2 แหล่งข้อมูล คือ ระบบรายงานการเฝ้าระวังฆ่าตัวตายกรณีฆ่าตัวตายสำเร็จ (รง 506 S) และข้อมูลจากใบมรณบัตร (มบ.1) เพื่อให้เห็นภาพรวมของการฆ่าตัวตายสำเร็จที่เกิดขึ้นในช่วงปีงบประมาณ 2566 พบว่า คนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 5,172 คน หรือเท่ากับ 7.94 ต่อแสนประชากร เฉลี่ยวันละ 14 คน หรือเสียชีวิต 1 คนใน 2 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2566) และพยายามฆ่าตัวตาย 31,110 คน หรือเท่ากับ 47.74 ต่อแสนประชากร (Health Data Center, 2566) และจากการสอบสวนถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ พบภาพรวมของปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง ร้อยละ 31 ป่วยโรคจิตเวช ร้อยละ 27 ใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 21.10 เคยมีประวัติทำร้ายตนเอง ร้อยละ 13.70 และติดสารเสพติด ร้อยละ 10.50 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายมักจะมีภาวะบาง มีปัจจัยเสี่ยงอยู่ก่อน เช่น ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่รุนแรง ป่วยด้วยโรคทางกายเรื้อรัง โรคติดสุราหรือติดสารเสพติด มีบุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น หรือมีประสบการณ์ถูกทารุณในวัยเด็ก (ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2566ก) เป็นต้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไปประมาณ 10 เท่า พบว่า ในจำนวนของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งหมดจะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 60-98 โดยความผิดปกติทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายสำเร็จที่พบบ่อย เช่น ผู้ป่วยซึมเศร้าคิดเป็น ร้อยละ 30 ผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด ร้อยละ 18 ผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 14 แต่อย่างไรก็ตามยังมีความแตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก กล่าวคือการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่รับไว้ในตึกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมอง ร้อยละ 45 การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอกส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยซึมเศร้า และปัญหาการใช้สุราและสารเสพติด ร้อยละ 32 (Kitota, 2023) โดยมีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น อาการทางจิตกำเริบ พิษจากสารเสพติด หรือการดื่มสุรา การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับการเกิดโรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะมีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ ปฏิเสธและหลีกเลี่ยงปัญหา ทำให้มองเห็นปัญหาเป็นภาพรวมที่ไม่สามารถแยกประเด็นปัญหาออกเป็นส่วน ๆ ได้ จึงไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้และพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (Kutcher & Chehil, 2012) ส่วนปัจจัยด้านบุคคลที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุดคือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รองลงมาคือ โรคทางจิตเวช และอัมพาต นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพ เช่น การติดบุหรี่ สุรา สารเสพติด และติดการพนัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ขาดสติ การยับยั้งชั่งใจ ไม่ใช่หลักเหตุผลในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ จึงทำให้เกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (ธานินทร์ สุธีประเสริฐ และคณะ, 2567) และจากการฆ่าตัวตายตามแนวคิดของ TK's Five Factors model of suicide ได้อธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีครบ 5 เงื่อนไข และหนึ่งตัวแปรความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายคือ โรคทางกาย โรคทางจิตเวช การติดสุรา หรือสารเสพติด ตนเองหรือครอบครัวมีประวัติการฆ่าตัวตาย หรือบุคลิกภาพหุนหันพลันแล่น (ธานินทร์ กองสุข, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์ และคณะ (2566) พบว่าปัจจัยด้านบุคคลที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตายมากที่สุดคือ การเจ็บป่วยโรคทางจิตเวช และการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะการใช้สุรา

พฤติกรรมการดื่มสุราเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน และมีผลกระทบในวงกว้างต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และต่อสังคม ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาการประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราที่มีปัญหาได้รับความสนใจอย่างมากในวงการสาธารณสุขและการวิจัยทางการแพทย์ ในระดับประเทศและระดับโลก การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ก่อให้เกิดภาวะโรคและการเสียชีวิต องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตประมาณ 3 ล้านคนทั่วโลกอันเนื่องมาจากการดื่มสุรา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 5.30 ของการเสียชีวิตทั้งหมด (WHO, 2019) นอกจากนั้นการดื่มสุราหรือการเป็นโรคติดสุรายังเป็นได้ทั้งปัจจัยทางตรงและทางอ้อม ที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่าจำนวนของผู้ที่ดื่มสุรา หรือผู้ป่วยโรคติดสุรามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นประมาณ 6 เท่า และพบว่าบุคคลที่ใช้สุรามีความพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่ใช้สุรา โดยพบผู้ชายที่ใช้สุราหรือสารเสพติดมีความพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่าผู้ชายที่ไม่ใช้สุรา 2 ถึง 3 เท่า ผู้หญิงที่ใชยาสุรามีแนวโน้มฆ่าตัวตายมากกว่าผู้หญิงที่ไม่ใช้สุรา 6.5 ถึง 7 เท่า (El Dardiri et al., 2023) นอกจากนี้ ยังพบว่า ปัญหาจากการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะปัญหาจากการดื่มหรือติดสุราเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง และมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายจากการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา พบว่า การดื่มสุรามีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย ส่วนปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายาม

ฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ปัญหาโรคร่วมทางจิตเวช และพฤติกรรมการบริโภคสุรา เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำเร็จ (จุฬามาศ หน่อตุ่น และคณะ, 2559) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย หนึ่งในหลาย ๆ สาเหตุของผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งคือ ปัญหาจากการใช้สารเสพติด และปัญหาที่พบมากที่สุดคือ การดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 31.90 และมีพฤติกรรม ทำร้ายตัวเองขณะมีเมเมา คิดเป็นร้อยละ 24.20 (อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพยมงคล, 2563) ฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ส่งผลมีการแสดงออกทางพฤติกรรมและอารมณ์ต่อผู้ดื่มอย่างมาก โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น มักพบมีรูปแบบการเผชิญปัญหาที่ไม่ถูกต้อง ใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา หรือมีวิธีการแก้ปัญหาแบบใช้อารมณ์ชั่ววูบขาดการไตร่ตรอง จนทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากคิดว่ามีทางออกเพียงเดียวคือการฆ่าตัวตายในการแก้ไขปัญห (McAuliffe et al., 2006) นอกจากนี้ยังพบว่าการใช้แอลกอฮอล์แบบเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมถึงการทำร้ายตนเองโดยไม่คิดฆ่าตัวตาย เนื่องจากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์มีผลต่อสมองส่วนหน้า ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ ขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ การตัดสินใจบกพร่อง การดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักถือเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ (Kitota, 2023)

จากรายงานผลการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปีงบประมาณ 2564-2566 มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและมีความจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 3,359, 2,727 และ 3,433 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคหลัก พบว่า ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคจิตเภทมากที่สุด จำนวน 1,024, 828, 931 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.48, 30.30, 27.11 ตามลำดับ รองลงมา ได้แก่ โรคความผิดปกติพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติดหลายชนิด (F19) จำนวน 798, 690, 867 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.75, 25.38, 25.24 ตามลำดับ อันดับที่สาม คือ ความผิดปกติของจิตใจและพฤติกรรมจากการใช้สุรา (F10) จำนวน 713, 589, 820 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.23, 21.59, 23.87 ตามลำดับ และจากการทบทวนรายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2566 มีจำนวนทั้งหมด 682 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคโรคซึมเศร้า (F32) จำนวน 187 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.42 รองลงมาคือ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติของจิตใจและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติดหลายชนิด (F19) จำนวน 141 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.67 และลำดับที่สามได้แก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของจิตใจและพฤติกรรมจากการดื่มสุรา (F10) จำนวน 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 18.91 ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2566ก)

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สังกัดกรมสุขภาพจิต เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ขนาด 200 เตียง ให้บริการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชรุนแรง มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน วิสัยทัศน์การดำเนินงานของโรงพยาบาลเพื่อมุ่งมั่นที่จะเป็นเลิศในด้านการป้องกันและช่วยเหลือผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับประเทศ การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในปัจจุบัน คือ 1) การรักษาด้วยยา โดยการให้ยาในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อช่วยลดอาการตามปัญหาของผู้ป่วยเช่น ยากลุ่มควบคุมอาการทางจิต ยารักษาอาการซึมเศร้า 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีความเสี่ยงสูงและรักษาด้วยยาไม่ได้ผล และ3) การบำบัดรักษาทางจิตสังคม ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีการจัดบริการการบำบัดทางจิตสังคมบำบัดที่หลากหลายเพื่อตอบสนองตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย เช่น การบำบัดโดยการ

ปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy: CBT) และการบำบัดโดยการแก้ปัญา (Problem Solving Therapy: PST) ในผู้ป่วยซึมเศร้าและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Enhancement Therapy: MET) ในผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา จิตบำบัดประคับประคอง (Supportive Therapy) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทั่วไปเป็นต้น แม้ว่าโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์จะมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ มีการบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลายเพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย แต่จากการทบทวนและวิเคราะห์ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2566 จำนวน 682 ราย พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน มีจำนวน 64 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.38 ซึ่งถือว่าเป็นตัวเลขที่ค่อนข้างสูง เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (ไม่เกินร้อยละ 10) และจากการรวบรวมข้อมูลจากการซักประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยกลุ่มนี้ พบว่าสาเหตุของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยส่วนใหญ่คือ ผู้ป่วยกลับไปดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีจำนวน 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 41.87 รองลงมาคือไม่รับประทานยา 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.37 ส่วนอีก 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 23.44 กลับมาด้วยปัญหาอื่น ๆ เช่น ทะเลาะกับคนในครอบครัว ทะเลาะกับเพื่อนร่วมงาน และมีปัญหาการนอน โดยผู้ป่วย/ญาติให้ข้อมูลว่า เครียดกับปัญหาการใช้ชีวิตประจำวัน ปัญหาสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว ตกงาน วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย คับข้องใจไม่รู้ว่าจะจัดการกับปัญหาอย่างไร จึงกลับไปดื่มสุราเพื่อผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้นอนหลับได้ จนมีอาการทางจิตกำเริบ บางรายมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองขณะมึนเมาสุราจึงต้องกลับมารักษาซ้ำ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการใช้สุรา และผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่สำคัญของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจะได้รับบำบัดรักษาอย่างเป็นระบบ มีมาตรฐาน การบำบัดทางจิตสังคมเป็นการบำบัดที่มีความหลากหลายและถือเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการบำบัดทางจิตสังคมมีประสิทธิภาพในการป้องกันและช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้ เช่น การบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness Based Relapse Prevention: MBCT) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมบำบัด (Cognitive Behavior Therapy/CBT) การบำบัดโดยการแก้ปัญา (Problem solving therapy: PST) เป็นต้น (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2566)

การบำบัดโดยการแก้ปัญา (Problem solving therapy: PST) โดย D'Zurilla, & Nezu (2010) ถือได้ว่าเป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในการนำมาใช้บำบัดทางจิต ทฤษฎีและแนวคิดพัฒนาขึ้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้มาจากการบำบัดเพื่อบำบัดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม จุดเด่นของการบำบัดมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบ (Negative Problem Orientation: NPO) เป็นการมองปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation: PPO) มีการเลือกวิธีการแก้ปัญาแบบมีเหตุผล (Rational Problem Solving) แทนการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) (ดราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2562) จากการทบทวนวรรณกรรมปัญหาและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสถานการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน ทักษะการแก้ปัญาที่ไม่ดี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น การดื่มสุราหรือใช้ สารเสพติด และอาการทางจิต เป็นสาเหตุนำไปสู่การฆ่าตัวตาย การบำบัดทางจิตสังคม มีประสิทธิภาพต่อการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะการบำบัดโดยการแก้ปัญา (problem-solving therapy: PST) จะเป็นวิธีการบำบัดที่ช่วย

บรรเทาความทุกข์และความเศร้าโศกในผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (National Registry of Evidence-Based Programs and Practices [NREPP], 2018) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออาการทางจิตสงบหรืออยู่ในสถานะที่มีการรับรู้และกระบวนการคิดที่ปกติแล้ว ถ้าได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา ช่วยลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แก้ไขพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ และเสริมสร้างความรู้สึกรู้สึกในศักยภาพของตนเองและการพึ่งพาตนเอง โดยการบำบัดมุ่งเน้นที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาให้มากขึ้นแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน และเป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่น่าสนใจในประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้ ไม่ต้องการฝึกอบรมที่ยาวนานจึงมีความเหมาะสมต่อการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, 2562)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีผู้ศึกษาและนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ใน กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหลาย ๆ กลุ่ม เช่น สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ได้ทำการวิจัยแบบกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยได้ทำการทดลองเปรียบเทียบกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหากับการบำบัดแบบประคับประคอง พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนกลุ่มที่ได้รับการบำบัดจิตบำบัดแบบประคับ ประคองกลับมารักษาซ้ำ ร้อยละ 15.80 (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556) การศึกษาเรื่องประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ที่เคยทำร้ายตนเองซึ่งเป็นการวิเคราะห์เมตา (Meta analysis) ในวิจัย 6 เรื่อง พบว่าการบำบัดด้วยการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีค่าคะแนนการแก้ปัญหาคีขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม (Townsend et al., 2001 อ้างในสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556) อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) ได้การศึกษาและพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ป่วย จิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (PST-PPS.JVKK) ทำให้มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้น ผู้ป่วยมีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1, 3 เดือน คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) สูงขึ้น และไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่าผู้รับการบำบัดในกลุ่มทดลองมีทักษะการแก้ปัญหเพิ่มขึ้นมีคะแนนอาการทางจิต และระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีผู้ป่วยกลับมา รักษาซ้ำ และปฏุนยาภา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D’Zurilla & Nezu, 2007) กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคติดสุรา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดโดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหภายหลังสิ้นสุดการบำบัดมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จากผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา สามารถใช้ได้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชหลากหลายกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคจิตเภท และผู้ป่วยโรคติดสุรา เป็นต้น

และจากสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชราชชนรินทร์ มีแนวโน้มสูงขึ้น ผู้ป่วยโรคติดสุราหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาจากใช้สุรา ถือว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยผู้ป่วยมักมีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า มีอารมณ์เศร้าหรือหงุดหงิดได้ง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดื่มสุราในปริมาณสูงจนถึงขั้นเมาสุราจนขาดสติ ขาดการใช้วิจารณญาณ ก่อให้เกิดความหุนหันพลันแล่น ก้าวร้าว มีสัมผัสที่ผิดปกติ มีความเจ็บปวดที่นำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย (Pompili et al., 2007) ผู้ป่วยที่ดื่มสุราหรือผู้ป่วยโรคติดสุรามักมีความรู้สึกลดคุณค่า มองตนเองไม่มีคุณค่า ประกอบกับฤทธิ์ของสุราที่มีผลต่อสมองเมื่อเกิดปัญหาในชีวิต จึงเกิดความเครียด หงุดหงิดง่าย ควบคุมตัวเองไม่ได้ ความสามารถในการตัดสินใจลดลง มีอารมณ์ชั่ววูบ หรือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น นำไปสู่การพฤติกรรมทำร้ายตัวเองหรือตัวตายได้ (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) และอีกปัจจัยเสี่ยงของบุคคลที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จคือ การมีปัจจัยปกป้องอ่อนแอ เช่น การไม่มีทักษะ การแก้ปัญหา และการปรับตัวที่ไม่ดี จึงทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2567)

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง มีความสนใจในการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยได้นำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่มมาใช้ในบำบัด โดยคาดหวังว่ากระบวนการแบบกลุ่มและการมีส่วนร่วมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ การได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้เห็นมุมมอง ความคิดที่หลากหลาย เกิดการส่งเสริม สนับสนุนให้มีความกล้าที่จะซักถามในกลุ่ม จะสามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ เกิดทักษะในการแก้ปัญหา และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี รับรู้ว่าการดื่มสุราเป็นกลไกการแก้ปัญหาด้านลบ (Negative Problem Oriented: NPO) การหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) อาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ การบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพิจารณาปัญหาด้วยความเป็นเหตุเป็นผล และมีการแก้ไขปัญหาลงมือ (Positive Problem Oriented: PPO) ช่วยให้ผู้ป่วยมีมุมมองปัญหาแบบใหม่ ได้ค้นพบศักยภาพ และสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการค้นหาทางออกของปัญหาที่หลากหลาย มีความสามารถในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผลแทนการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง หรือแบบหุนหันพลันแล่น โดยคาดหวังว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น ไม่กลับไปดื่มสุรา ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และไม่การกลับมาซ้ำต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม ที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่รับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ราชชนรินทร์

3. สมมุติฐานการวิจัย

3.1 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (กลุ่มทดลอง) ในระยะก่อน

การบำบัด หลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (กลุ่มทดลอง) กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติ (กลุ่มควบคุม) ในระยะหลังการบำบัด และระยะติดตาม 1 เดือนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แตกต่างกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

4. ขอบเขตการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน ที่หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ซึ่งดำเนินการศึกษาวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2567 และเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2567

5. คำจำกัดความ

5.1 ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท Schizophrenia: F20, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorders: F32), ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and behavioral disorder due to multiple drugs use and use of psychoactive substance use: F10-F19)

5.1 พฤติกรรมการดื่มสุรา หมายถึงผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราจนเป็นปัญหาตามการจำแนกตามประเภท ปริมาณ ความถี่ของการดื่ม และการดื่มมีผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ การงาน และสังคม มีลักษณะพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราตั้งแต่การดื่มสุราแบบเสี่ยง กลุ่มการดื่มสุราแบบอันตราย และกลุ่มการดื่มสุราแบบติด โดยวัดจากการใช้แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test : AUDIT) เป็นเครื่องมือในการประเมิน แผลผล ดังนี้ 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low Risk) 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker) 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker) 20-40 คะแนน หมายถึงกลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)

โดยผู้ป่วยต้องมีระดับความปัญหาของการดื่มสุราในระดับปานกลางขึ้นไป โดยต้องมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จึงจะถูกคัดเลือกเข้าสู่การศึกษาครั้งนี้

5.3 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหมายถึง ผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (suicide plan) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) และทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ (self-harm) ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่ร่วมโครงการ โดยประเมินผลด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et.al., 2006) ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทย

โดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ซึ่งจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ ดังนี้ 1-8 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับน้อย 9-16 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นปานกลาง >17 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายเป็นระดับมาก

โดยผู้ป่วยต้องมีระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นระดับปานกลางขึ้นไป คือ มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จึงจะถูกคัดเลือกเข้าสู่วิธีการบำบัดครั้งนี้

5.4 การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจิตเวชมีโรคร่วมสุรา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินอาการด้านร่างกายและจิตใจ ให้การพยาบาลตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การบำบัดรักษาอาการทางจิต อาการถอนพิษสุรา และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา การบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยการให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา (การดูแลตนเองเรื่องการดื่มสุรา และปัญหาการฆ่าตัวตาย) การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยง รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

5.5 กลุ่มการบำบัดโดยการแก้ปัญหา หมายถึง โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem Solving Group Therapy: PST) แบบรายกลุ่ม ที่พัฒนาขึ้นโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ตามทฤษฎีของเดอซูเรลา และ เนซู (D' Zurilla & Nezu, 2007) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ การบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมรูปแบบหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคลหรือสมาชิกกลุ่มได้ทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) การแก้ปัญหา (Problem Solving) และมีวิธีการแก้ปัญหา (Solution) การบำบัดจะมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบ (Negative Problem Orientation: NPO) ให้เป็นการมองปัญหาทางบวก (Positive Problem Orientation: PPO) มีการเลือกวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (Rational Problem Solving) แทนการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) และการตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่น (Impulsive) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วยการบำบัด 4 ขั้นตอน ทำกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 60-70 นาที ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1 สัปดาห์

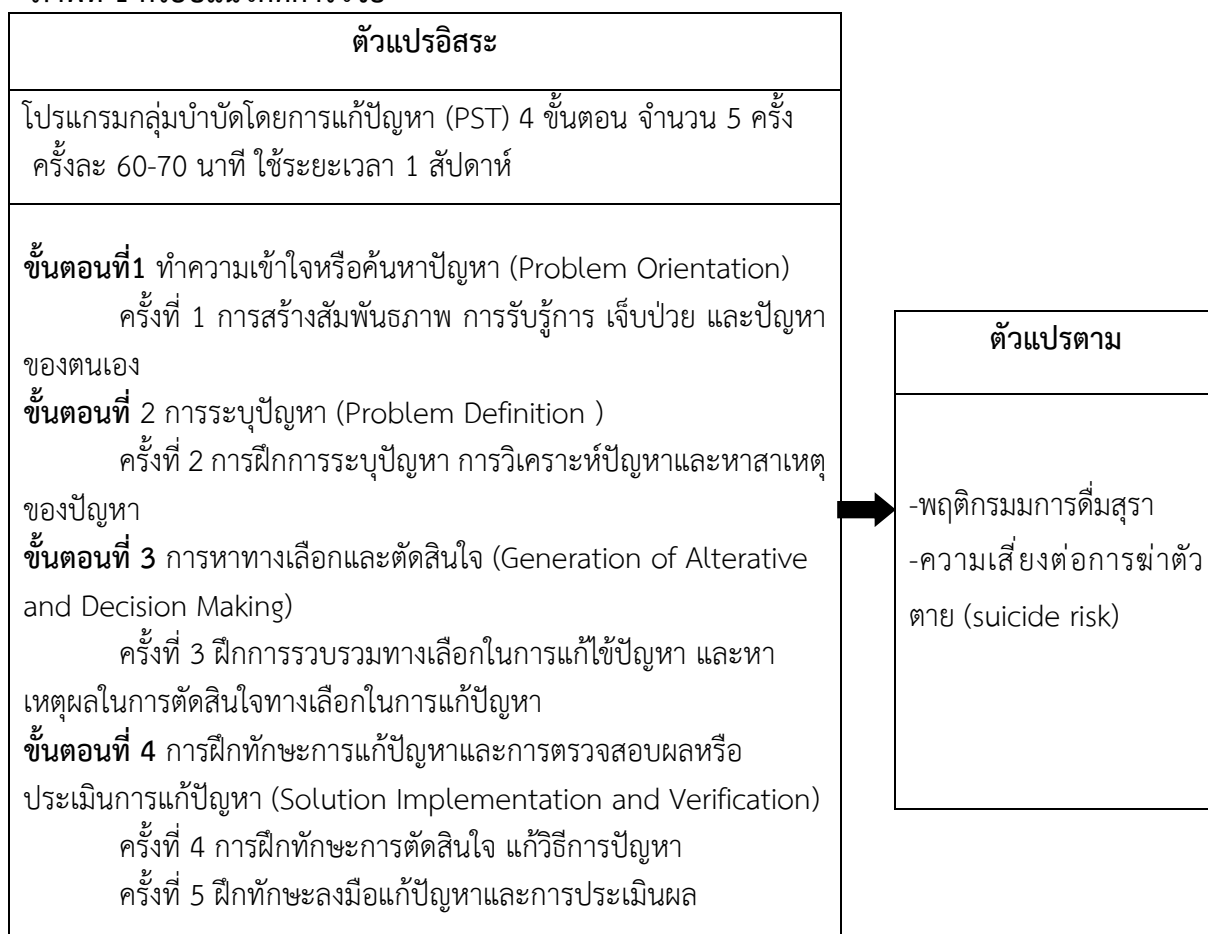
5.6 แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ของสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) พัฒนาขึ้นตามทฤษฎีของ เดอซูริลลา และเนซู (D' Zurilla & Nezu, 2007) ใช้สำหรับประเมินทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี โดยแปลจากคะแนนรวม (D' Zurilla, 2007; อ้างถึงใน สุวดี ศรีวิเศษ, 2556) ค่าคะแนน 35 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก คะแนน 36-58 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย คะแนน 59-81 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง คะแนน 82-92 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

โดยผู้ป่วยต้องมีระดับทักษะการแก้ปัญหา โดยต้องมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 58 คะแนน จึงจะถูกคัดเลือกเข้าสู่วิจัยครั้งนี้ และในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) เป็นตัวกำกับการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ค่าคะแนน (PSI) ของกลุ่มทดลองควรมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น

6. กรอบแนวคิดในการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) ผู้วิจัยได้นำทฤษฎี PST ของ D' Zurilla & Nezu (2007) อ้างถึงในสุวดี ศรีวิเศษ, (2556) โดยใช้โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) มาเป็นกรอบแนวคิดและนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัย ซึ่งผู้วิจัยสนใจศึกษาถึงผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดื่มสุราและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จากการทบทวนวรรณกรรมและจากการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าสถานการณ์ความเครียดและปัญหาในชีวิตประจำวัน ทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี พฤติกรรมหุนหันพลันแล่น และการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด ฤทธิ์ของสุรามีผลต่อสมองเมื่อเกิดปัญหาในชีวิต ทำให้ความสามารถในการตัดสินใจลดลง ควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น นำไปสู่การพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง หรือฆ่าตัวตายได้ (อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ, 2562) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดทางจิตที่มีประสิทธิภาพอีกรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชได้ทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง (Problem) มองเห็นวิธีการแก้ปัญหา (Problem Solving) เกิดมุมมองใหม่ของปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเอง และสามารถกำกับตนเองให้ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาได้ (Solution) การบำบัดจะมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนมุมมองทางลบ (NPO) ให้เป็นการมองปัญหาทางบวก (PPO) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหาช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ มีการเลือกวิธีการแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2556) แทนการการหลีกเลี่ยงปัญหา เช่น การดื่มสุรา หรือการฆ่าตัวตาย การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) แบบรายกลุ่มมาใช้ในการบำบัด ประกอบด้วย การบำบัด 4 ขั้นตอน ทำกลุ่มบำบัดจำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-70 นาที คือ ขั้นตอนที่ 1. ทำความเข้าใจหรือค้นหาปัญหา (Problem Orientation) ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา (Problem Definition) ขั้นตอนที่ 3 การหาทางเลือกและตัดสินใจ (Generation of Alternative and Decision Making) ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหา และการตรวจสอบผลหรือประเมินการแก้ปัญหา (Solution Implementation and Verification) ใช้เวลาในการทำกลุ่มบำบัด 1 สัปดาห์ (ไม่รวมขั้นตอนการเตรียมและประเมินผู้ป่วยก่อนการบำบัด ซึ่งใช้เวลา 1-2 วัน) ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



7. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีทักษะการแก้ปัญหามากขึ้น พฤติกรรมการดื่มสุราลดลง ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชนได้ตามศักยภาพ ไม่กลับมารักษาซ้ำ และทำให้ลดอัตราการมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้
2. มีรูปแบบการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาพฤติกรรมดื่มสุราและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับแผนกผู้ป่วยใน เป็นทางเลือกให้พยาบาลจิตเวชที่สามารถใช้ในการบำบัดทางจิตสังคมที่หลากหลาย มีความเหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยมากขึ้น
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการป้องกัน ดูแล และการบำบัดทางจิตสังคม ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและปัญหาการฆ่าตัวตาย หรือสำหรับผู้สนใจในการศึกษาหรือการวิจัยการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาด้านอื่น ๆ
4. เกิดองค์ความรู้ใหม่ สามารถเผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิต

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้วิจัยได้ทบทวน วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังนี้

1. โรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุรา

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชและปัญหาการดื่มสุรา
- 1.3 ผลกระทบของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวช
- 1.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา
- 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา
- 1.6 พยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

2. การฆ่าตัวตาย

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 แนวคิดทฤษฎี ที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย
- 2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช
- 2.4 ผลกระทบที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย
- 2.5 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- 2.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัว

3. กลุ่มการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

- 3.1 กลุ่มบำบัด
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีการบำบัดโดยการแก้ปัญหา
- 3.3 การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคร่วมจิตเวชและความผิดปกติจากการดื่มสุรา

1.1 ความหมาย โรคติดสุราหรือการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence)

พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493 (2493) ได้กำหนดความหมายของสุราไว้ว่า สุรา หมายความว่ารวมถึงวัตถุทั้งหลายหรือของผสมที่มีแอลกอฮอล์ซึ่งสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุราหรือซึ่งดื่มกินไม่ได้ แต่เมื่อผสมกับน้ำหรือของเหลวอย่างอื่นแล้วสามารถดื่มกินได้เช่นเดียวกับน้ำสุรา

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2563) ได้ให้ความหมายของการติดแอลกอฮอล์ (Alcohol dependence) หมายถึง ภาวะที่ดื่มมานานจนเกิดอาการดื้อสุรา หรือหยุดแล้วมีอาการขาดสุรา เคยพยายามจะเลิกแต่ไม่สำเร็จหรือ คิดหมกมุ่น วนเวียนแต่เรื่องการดื่มหรือ ดื่มจนเกิดผลกระทบต่องานและความสัมพันธ์ หรือ ยังคงดื่มอยู่ ทั้งที่รู้ว่าเกิดผลเสียขึ้นแล้ว

องค์การสุรา กรมสรรพสามิต (2563) ได้ให้ความหมายของแอลกอฮอล์ (alcohol) ว่า หมายถึง เอทิลแอลกอฮอล์ (Ethyl alcohol) หรือ เอทานอล (Ethanol) เป็นกลุ่มสารประกอบอินทรีย์มีสูตรทางเคมี คือ C_2H_5OH ประกอบด้วย คาร์บอน ไฮโดรเจน และออกซิเจน เป็นไฮดรอกซิลติดิริเวทของไฮโดรคาร์บอน โดยปกติแอลกอฮอล์มีหลายชนิด หลายรูปแบบ ตามน้ำหนักของโมเลกุลที่ประกอบขึ้นมา เช่น เอทิลแอลกอฮอล์ เมทิลแอลกอฮอล์ บิวทิลแอลกอฮอล์ โพรพิลแอลกอฮอล์ เป็นต้น

สรุปความหมายของสุราหรือแอลกอฮอล์ ได้ว่า สุราหรือแอลกอฮอล์ หมายถึง สารเสพติดชนิดหนึ่ง มีเอทิลแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสมอยู่ในเปอร์เซ็นต์ความเข้มข้น ที่แตกต่างกัน โดยไม่รวมถึงยาหรือวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ซึ่งมีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง หากบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป จะส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น เสียการทรงตัว พุดไม่ชัด สับสน มึนงง หมดสติ และเสียชีวิตได้

1.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับโรคร่วมจิตเวชและปัญหาการดื่มสุรา

บุญศิริ จันทรศิริมงคล และคณะ (2559) ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดื่มสุรา ที่ผิดปกติและโรคร่วมทางจิตเวชว่า การเกิดโรคร่วมทางจิตเวชในผู้มีปัญหาการดื่มสุรา พบว่า มีหลายทฤษฎี อธิบายลำดับการเกิด แต่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยที่ดื่มสุราเพื่อบรรเทาอาการทางจิตของตนเอง หรือ อีกด้านหนึ่งการดื่มสุราก็เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีทฤษฎีที่ อธิบายการติดสุราหลายทฤษฎี ดังนี้

1.2.1 ทฤษฎีชีววิทยา (Biological theory) เชื่อว่าการดื่มสุราเป็นระยะเวลาในปริมาณมาก ๆ สุราจะมีผลออกฤทธิ์ในระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ร่างกายเกิดการเสพติดสุรา โดยการดื่มสุราจะทำให้ สารสื่อประสาทในสมองเปลี่ยนแปลง ได้แก่ สารสื่อประสาทกาบา (Gamma Amino Butyric Acid: GABA) เพิ่มขึ้น จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุรามีอาการเปลี่ยนแปลง ได้แก่ มีอาการง่วง คลายความวิตกกังวล การเคลื่อนไหว ผิดปกติ มีความสบายใจ และเมื่อหยุดดื่มสุราทำให้สารสื่อประสาทกาบา (GABA) ลดลง จึงทำให้ผู้ที่ดื่มสุรา เกิดอาการวิตกกังวล หงุดหงิด กระวนกระวาย กล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง กล้ามเนื้อเกร็งกระตุก ก้าวร้าว และ ในบางรายรุนแรงจนทำให้เกิดอาการชักตามมาได้ ผู้ติดสุราที่ดื่มมานานจึงไม่ยอมเลิกดื่ม และกลับไปดื่มสุรา ซ้ำในที่สุด และเมื่อหยุดดื่มทันทีจึงเกิด Rebound stimulatory effect ส่งผลให้เกิด adrenergic hyperactivity บริเวณสมองส่วนลิมบิก (limbic) และก้านสมอง ทำให้มีอาการแสดงของระบบประสาท อัตโนมัตินำมาทำงานมากกว่าปกติ เช่น ใจสั่น เหงื่อออกมาก หงุดหงิดง่าย กระวนกระวาย ก้าวร้าว และต้องดื่ม สุรา เพื่อให้มีอาการทุเลาได้ ซึ่งเป็นการเรียนรู้แบบมีเงื่อนไข ส่วนปัจจัยทางจิตวิทยาและสิ่งแวดล้อมทาง สังคม (Psychological and Socio-Environment factor) เชื่อว่าการที่บุคคลแต่ละคนจะมีพฤติกรรม การดื่มสุรา และปัญหาหรือความผิดปกติจากการดื่มสุราขึ้นกับปัจจัยหลายด้านประกอบกัน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ เพศ บุคลิกภาพ ปัจจัยชักนำและส่งเสริมการดื่มสุรา เช่น ค่านิยมของสังคม การเชิญ ชวนหรือโน้มน้าวจากโฆษณา การคบเพื่อนที่ดื่มสุรา การเผชิญกับเหตุการณ์เครียดในชีวิต เป็นต้น (สาวิตรี อษณงค์กรชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)

1.2.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological theories) มีปัจจัยหลายอย่างทางจิตวิทยาที่ทำให้คนดื่มแอลกอฮอล์ ได้แก่ ดื่มเพื่อลดความเครียดเพิ่มความรู้สึกฮึกเหิม มีอำนาจ และช่วยลดความเจ็บปวด ผิดหวังทางจิตใจ ช่วยลดความประหม่าตื่นเต้น และช่วยให้เผชิญกับความเครียดในชีวิตใจ บางคนดื่มเป็น ครั้งคราวเพื่อเข้าสังคมหรือดื่มในบางวันที่รู้สึกเครียดจากงาน เหตุที่ดื่มเพื่อให้ชีวิตรื่นเริง สนุกสนาน และ ทำให้ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น กลุ่มคนพวกนี้จะดื่มปริมาณไม่มากไม่ติดแอลกอฮอล์

ส่วนผู้ที่ดื่มแอลกอฮอล์มาก ๆ จะทำให้เกิดอาการประสาทหลอนอยู่ไม่สุขและมีความตึงเครียดของจิตใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังมีทฤษฎีที่มุ่งความสนใจว่าแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระตุ้นให้จิตใจมีความฮึกเหิม และเพิ่มแรงจูงใจทางเพศ จึงเป็นสาเหตุทำให้หลายคนดื่มแอลกอฮอล์เพื่อกระตุ้นความต้องการทางเพศ (สาวิตรี อัจฉนวงศ์รัชชัย และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2557)

1.2.3 ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theories) มีความเชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นการจัดการ วางเงื่อนไขทางสิ่งแวดล้อม จึงสามารถกำหนดพฤติกรรม ดัดแปลงพฤติกรรม และคงพฤติกรรมหรือกำจัดพฤติกรรมทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ได้ เช่น การวางเงื่อนไข การเสริมแรง การลงโทษ ทั้งนี้พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ สามารถกำหนดให้เกิดขึ้น หรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ ด้วยการจัดวางเงื่อนไขต่าง ๆ ร่วมกับการเสริมแรง หรือการลงโทษ การปรับพฤติกรรมตามแนวคิดหลักของทฤษฎี ถูกนำมาใช้ปรับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เรียกว่า พฤติกรรมบำบัด เช่น การเป็นแบบอย่าง (modeling) เป็นการที่ผู้บำบัดหาแบบอย่างของพฤติกรรมที่พึงประสงค์และให้ผู้ป่วยเรียนรู้จากการเลียนแบบพฤติกรรมดังกล่าว อาจเป็นการแสดงพฤติกรรมโดยผู้บำบัดหรือผู้อื่น หรืออาจดูจากสื่อต่าง ๆ ตัวอย่างเช่น การฝึกพฤติกรรมการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมให้ดู หรือให้ดูตัวอย่างวีดิทัศน์ และให้ผู้ป่วยได้ฝึกฝนโดยการแสดงบทบาทสมมติ ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกัน

1.2.4 ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning and Reinforcement theories) แบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า การเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเกิดจากการการสังเกตตัวแบบ ซึ่งแตกต่างจากการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ต้องอาศัยการลองผิดลองถูก ตัวแบบเพียงคนเดียวสามารถที่จะถ่ายทอดทั้งความคิดและการแสดงออกได้พร้อม ๆ กัน พฤติกรรมการดื่มสุรามีผลมาจากประสบการณ์ทางสังคมที่เคยได้รับมาก่อน บิดามารดาของคนดื่มสุราและคนอื่น ๆ จะเป็นรูปแบบที่สอนให้เด็ก ๆ เห็นว่าการดื่มเป็นเรื่องที่ไม่ผิด ส่วนทฤษฎีการเสริมแรง การดื่มสุราว่าเป็นผลมาจากการเสริมแรงทางบวกหรือการได้ประโยชน์จากการดื่มสุราเพื่อนฝูงและสื่อมวลชนเป็นต้นว่า ภาพยนตร์ โฆษณาต่าง ๆ จะช่วยเสริมให้เกิดความคิดว่าการดื่มสุราเป็นสิ่งที่คาดหวังไว้ว่าจะทำโดยอาศัยจังหวะเวลา เช่น ในช่วงของการเกิดวิกฤต ความเบื่อ และการเฉลิมฉลอง การดื่มสุราทำให้พวกเขารู้สึกว่าได้รับการยอมรับมากกว่า อีกทั้งการดื่มสุราพวกเขาจะได้รับการสนใจจากบุคคลอื่นตรงที่ถูกลองว่าคนดื่มสุรา คือ คนที่รู้สึกกล้าลงมือทำอะไรบางอย่างขาวยว ซึ่งชี้ให้เห็นเด็ก ๆ ดื่มแอลกอฮอล์ได้เล็กน้อย โดยบรรยากาศในบ้านและไม่ให้ดื่มจนเมา

1.3 ผลกระทบของปัญหาการดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวช

การดื่มสุราในผู้ป่วยจิตเวช มักจะมีผลกระทบตามมาทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และผลกระทบด้านอาการทางจิต (ปริทรรศ ศิลปกิจ และพันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์, 2553) ดังนี้

1.3.1 ผลของสุราต่อภาวะสุขภาพร่างกาย การดื่มสุรามีผลต่อร่างกาย 2 แบบ คือ แบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง ดังนี้

1) แบบเฉียบพลัน (acute) จะเกิดการเสียการควบคุมระบบกล้ามเนื้อ (Muscular incoordination) ระยะเวลาการตัดสินใจช้าลง สมรรถภาพการมองเห็นลดลง ขาดความยับยั้งชั่งใจ มีความกล้ามากขึ้น ขับรดด้วยความประมาท มึนงง (stuporous) พบระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ การหายใจและการเต้นของหัวใจถูกกด ประสาทสัมผัสต่าง ๆ จะเสียไป ไม่รู้สึกตัว (unconsciousness) การหายใจช้าลง และอาจเสียชีวิตได้ถ้าแก้ไขไม่ทัน และพบว่าผู้ติดสุราจะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ บาดเจ็บเสียชีวิต

รวมถึงการเสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรง โดยพบว่ามีอัตราการเสียชีวิตจากภาวะถอนพิษสุราที่รุนแรงสูงถึงร้อยละ 30

2) แบบเรื้อรัง (chronic) ผู้ที่ดื่มสุราติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการเป็นพิษต่ออวัยวะทุกส่วนของร่างกาย โดยพบว่าการดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคมากกว่า 60 ชนิด ทั้งที่เกิดจากสุราโดยตรงหรือโรคที่ได้รับอิทธิพลจากสุรา การดื่มสุราเรื้อรังส่งผลกระทบต่ออวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ผลต่อสมอง ผลต่อตับ ผลต่อระบบทางเดินอาหาร ผลต่อหัวใจและระบบการไหลเวียนโลหิต เกิดภาวะของโรคกล้ามเนื้อหัวใจ (alcohol heart failure) ผลต่อต่อมไร้ท่อทำให้ฮอร์โมนคอร์ติซอลสูงขึ้นในเพศชาย ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง และผลต่อไต โดยไปลดการผลิตฮอร์โมนแอนตี้ไดยูเรติก (antidiuretic hormone) ของต่อมพิทูอิทารี (pituitary) จะทำให้ร่างกายสูญเสียโซเดียมออกมามาก ร่างกายจะดูดน้ำเข้าสู่ระบบไหลเวียนเลือดทีละมาก ๆ อาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.3.2 ผลของสุราต่อสังคม ทำให้ขาดกำลังคนในการทำงาน ครอบครัวขาดความอบอุ่น ขาดความสุขในบ้าน ครอบครัวเกิดความเครียดจากการดูแลผู้ป่วย มีปัญหาเด็กในครอบครัวได้รับการปฏิบัติจากผู้ปกครองที่ไม่ถูกต้อง จนเป็นสาเหตุมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงในทางที่ไม่ดี กลายเป็นปัญหาสังคม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต้องเสียเงินซื้อสุรา เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ติดสุราหย่อนสมรรถภาพทางการทำงานโดยทำงานไม่เต็มความสามารถ ทำให้เกิดความสูญเสียต่อเศรษฐกิจประเทศชาติ มีปัญหาด้านอุบัติเหตุ และความไม่สงบของสังคม การโจรกรรม ปัญหาด้านอาชญากรรม

1.3.3 ผลต่อสุขภาพจิต ผลของแอลกอฮอล์สามารถก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นโรคจิตจากสุรา และในผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอยู่เดิม แอลกอฮอล์จะไปเพิ่มการทำงานของสารโดปามีน ทำให้ร่างกายไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เกิดผลตามมาทำให้มีอาการทางจิตที่แย่ลง การดำเนินของโรคมักมีลักษณะเป็นเรื้อรังเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องของระดับสติปัญญา คุณภาพของการตัดสินใจ ความคิดและการทำหน้าที่ทางจิตสังคม การพยากรณ์โรคของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางจิต และมีภาวะโรคร่วมความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดจะไม่มีคือ ทำให้มีพัฒนาการของโรคเป็นแบบเรื้อรังและมีความพิการ จึงมีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาบ่อย ๆ

ความผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตที่เกิดจากสุรา (Alcohol Induce Disorders)

หมายถึง กลุ่มอาการผิดปกติทางพฤติกรรมหรือจิตที่เกิดจากการดื่มสุรา กลุ่มอาการที่พบบ่อย (พินัน กิตติรัตน์ไพบูลย์, 2563) ได้แก่

1. ภาวะเมาสุรา (Alcohol intoxication: F10.0) ภายหลังการดื่มสุราแล้วมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ไม่เหมาะสม การตัดสินใจผิดพลาด เกิดความบกพร่องในอาชีพการงานและสังคมหลังการดื่มสุรา และมีอาการแสดงทางร่างกาย เช่น พูดไม่ชัด อ้วอ การทรงตัวเสีย เดินเซ เดินสะเปะสะปะ รำเริง ตื่นเต้น พูดมาก หรือหงุดหงิด ง่วงซึม ถ้าเมามากอาจถึงกับหมดสติ ไม่รู้สึกตัว (Coma) ได้ ซึ่งในแต่ละคนจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อปริมาณแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ เพศ อายุ กรรมพันธุ์ น้ำหนักตัว ประวัติการดื่มสุรามาก่อน มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ 1) มีการดื่มสุรา 2) มีอาการ พฤติกรรม และจิตเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน (เช่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม พฤติกรรมก้าวร้าว หน้าที่การงานและสังคมบกพร่อง) ที่เกิดขึ้นระหว่างดื่มสุราหรือหลังจากดื่มสุราไม่นาน 3) ร่วมกับมีอาการต่อไปนี้ อย่างน้อย 1 ข้อ พูดไม่ชัด, การทรงตัวไม่ดี, เดินทางไม่ตรง, Nystagmus, ความจำและสมาธิเสีย, Stupor หรือ Coma 4) อาการดังกล่าวไม่ได้เป็นผลจากโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชอื่น

2. ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal: F10.3) ในผู้ติดสุราเมื่อหยุดหรือลดปริมาณการดื่มลง มีโอกาสที่จะเกิดอาการขาดสุราขึ้น ในบางรายอาจมีอาการเพียงเล็กน้อย ไม่ต้องได้รับการรักษาใด ๆ ก็สามารถหายไปได้เอง แต่บางรายมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะถอนพิษแบบรุนแรง มีอาการเพ้อคลั่ง (Delirium) หรือชัก (Rum fit) ได้ แต่อย่างไรก็ตามการชักประวัติและการตรวจร่างกายจะสามารถทำนายปัจจัยเสี่ยงว่าผู้ใดมีโอกาสเกิดอาการขาดสุราในระดับรุนแรงมากน้อยเพียงใด และการเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงสามารถป้องกันการเกิดอาการขาดสุรารุนแรงได้ มีเกณฑ์การวินิจฉัยดังนี้ ภายหลังการหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มสุราหลังจากมีการดื่มหนักต่อเนื่องเป็นเวลานานแล้ว มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 ข้อ คือ 1) ความดันโลหิตสูง ชีพจรเต้นเร็ว มีไข้ หายใจเร็ว มีเหงื่อออก 2) มือสั่น 3) นอนไม่หลับ ฝันร้าย 4) คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย 5) กระสับกระส่าย อยู่ไม่ติดที่ 6) ประสาทหลอน-หูแว่ว ภาพหลอน เหมือนมีแมลงไต่ 7) วิตกกังวล กลัว และ 8) ชักทั้งตัว (Grand mal seizure)

3. ภาวะชักจากการถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal seizures หรือ Rum fit) พบได้ประมาณร้อยละ 3-10 ของ alcohol withdrawal พบมากขึ้นในผู้ดื่มสุรามานานหลายปี ประมาณร้อยละ 28 มีอาการชักแบบ tonic-clonic (grand mal) ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 95 พบภายใน 48 ชั่วโมง หลังหยุดดื่ม มีโอกาสเกิดการชักซ้ำมากที่สุดในช่วง 12-24 ชั่วโมงหลังการชักครั้งแรก อาการชักแบบต่อเนื่อง พบได้น้อยกว่าร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่ชักจากการขาดสุรา ต้องพิจารณาหาสาเหตุอื่น ๆ ของการชักร่วมด้วย เช่น Head injuries, CNS infection, CNS neoplasm, Other cerebrovascular diseases และ Metabolic disturbance เช่น Hypoglycemia, Hyponatremia และ Hypomagnesemia

4. ภาวะถอนพิษสุรารุนแรง เพ้อสับสน (Alcohol withdrawal with Delirium: F10.4) เป็นอาการถอนพิษสุรารุนแรง อาการเกิดต่อเนื่องจากภาวะถอนพิษสุราที่ไม่ได้รับการรักษา และมีอาการมากขึ้นเรื่อย ๆ อาการมักเริ่มรุนแรงภายใน 2-3 วันหลังหยุดดื่มสุรา และรุนแรงที่สุดในวันที่ 4-5 ส่วนใหญ่อาการมักดีขึ้นภายใน 10 วัน แต่บางรายอาจมีอาการนานถึง 4-5 สัปดาห์ได้ ภาวะถอนพิษสุรารุนแรงนี้ถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ เนื่องจากมีอันตรายสูงถึงร้อยละ 30 ลักษณะสำคัญในการวินิจฉัย คือ มีอาการขาดสุรา รุนแรงร่วมกับเพ้อสับสน (Delirium) โดยผู้ป่วยที่มีอาการ Delirium มีอาการดังต่อไปนี้ 1) ระดับสติสัมปชัญญะและความรู้สึกตัว (consciousness) เปลี่ยนแปลงไป สับสน (confusion) 2) มีการทำงานของสมองที่เกี่ยวกับความคิด ความจำ การรับรู้ (cognition) เสียไป เช่น สับสนเรื่องเวลา สถานที่ บุคคล (disorientation) พุดจาสับสน มีอาการหูแว่ว (visual, tactile or auditory hallucination) ที่พบบ่อย คือ ประสาทหลอนทางการสัมผัส (tactile hallucination) 3) อาการผู้ป่วยจะแย่ลง ดีขึ้นเป็นพักๆ โดยเฉพาะเวลากลางคืนอาการจะรุนแรงมากขึ้น และสงบลงช่วงเวลากลางวัน

5. โรคจิตจากสุรา (Alcohol induce psychotic disorder หรือ Alcohol induce psychosis: F10.5) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือ หลงผิด พบได้ทั้งหูแว่ว (auditory hallucination) และภาพหลอน (visual hallucination) อาการอาจคงอยู่หลายสัปดาห์ถึงหลายเดือนหลังหยุดดื่มแล้ว แต่ไม่ควรเกิน 6 เดือน มักพบในผู้มีประวัติดื่มอย่างหนักและไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตจากสาเหตุใดๆมาก่อน และไม่ได้เกิดเฉพาะในช่วงภาวะถอนพิษสุราแบบรุนแรงที่มีภาวะเพ้อ (Delirium) การวินิจฉัย (ตามเกณฑ์ ICD-10) เป็นกลุ่มอาการโรคจิตที่เกิดขึ้นหรือทันทีที่หยุดดื่ม โดยมักมีอาการประสาทหลอนที่ชัดเจน (มักจะเป็นทางหูและมักจะเกิดกับระบบสัมผัสมากกว่าหนึ่งชนิด) หลงผิด และ/หรือความคิดหวาดระแวง (เช่น ว่าจะถูกบงการร้าย) การเปลี่ยนแปลงของระบบการเคลื่อนไหว

(มากขึ้นหรือน้อยลง) และอารมณ์ที่ไม่ปกติ ซึ่งเป็นได้ตั้งแต่ความกลัวอย่างรุนแรง จนถึงภาวะเพื่อฝัน
ยังมีความรู้สึกตัวดี แต่มีอาการเบลอบ้าง ซึ่งอาจเป็นลักษณะสับสนที่ไม่รุนแรง ความผิดปกตินี้จะทุเลาลง
บางส่วนภายใน 1 เดือนและหายเป็นปกติภายใน 6 เดือน

6. ภาวะสมองเสื่อมจากสุรา (Alcohol induce persisting dementia: F10.73) ผู้ป่วยมีประวัติ
การดื่มสุราอย่างหนักมานาน โดยมีหลักฐานจากประวัติการตรวจร่างกาย หรือทางห้องปฏิบัติการว่าเป็น
ความผิดปกติจากผลที่ยังคงอยู่ของการดื่มสุราน้อย 3 สัปดาห์ มีอาการของ dementia โดยไม่พบว่า
มีสาเหตุอื่น อาการของ dementia ผู้ป่วยจะมี cognitive impairment (ความบกพร่องของสติปัญญาหลายด้าน
โดยแสดงออกทั้ง memory impairment (ความจำเสื่อม) ร่วมกับ aphasia (ความผิดปกติด้านภาษา) apraxia
(บกพร่องในการประกอบกิจกรรม) ถึงแม้ความสามารถในการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ agnosia (ไม่สามารถ
จำหรือรู้จักสิ่งต่าง ๆ แม้จะมีประสาทรับรู้ผิดปกติ) impairment in executive function (ความผิดปกติในด้าน
การบริหารจัดการ) เช่น การวางแผน การประมวล การวางลำดับ การคิดเชิงให้การตัดสินใจ การใช้เหตุใช้ผลและ
พฤติกรรมทั่วไปแย่ลง บางรายอาจมี psychotic symptoms (delusion, hallucination) ตามมาได้

7. ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอื่น ๆ (Other mental and behavioral disorders) เช่น
mood disorder, anxiety disorder, sexual dysfunction, sleep disorder

1.4 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา

1.4.1 การประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราแบบองค์รวมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการวางแผนการพยาบาล ที่ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย การประเมินแบบองค์รวมที่
ครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) สภาวะทางร่างกาย 2) สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ 3) พฤติกรรมการดื่มสุรา
4) ความพร้อมในการเปลี่ยนแปลง 5) สภาพแวดล้อมทางสังคม และ 6) ความเชื่อและค่านิยมทางวัฒนธรรม
ศาสนา เหล่าเกียรติกุล และคณะ (2564) พัฒนาแนวทางการประเมินแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มี
ปัญหาการดื่มสุราในบริบทไทย โดยเพิ่มการประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และ
ความเชื่อเกี่ยวกับการดื่มสุราในวัฒนธรรมไทย พบว่าแนวทางดังกล่าวช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผน
การดูแลที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและครอบครัวของผู้ป่วยแต่ละรายได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

14.2 เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา หรือเครื่องมือคัดกรองปัญหาการดื่มสุราได้รับ
การพัฒนาและใช้อย่างแพร่หลายในการประเมินเบื้องต้น เพื่อระบุบุคคลที่มีความเสี่ยงหรือมีปัญหาจากการ
ดื่มสุรา เครื่องมือที่ได้รับความนิยมและมีการศึกษาอย่างกว้างขวาง ได้แก่:

1) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (clinical institute withdrawal assessment for alcohol revised version: CIWA-Ar.) พัฒนาครั้งแรกโดยชอร์ว และคณะ
เมื่อปี พ.ศ. 2524 (Shaw et al., 1981) ให้ชื่อว่า CIWA-A และมีการปรับปรุงใหม่โดยซูลิแวน และคณะ
ในปี พ.ศ. 2532 (Sullivan et al., 1989) เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการ
ขาดแอลกอฮอล์ผู้ที่มีปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) อาการคลื่นไส้และ
อาเจียน 2) อาการสั่น 3) อาการเหงื่อออกมาก 4) อาการวิตกกังวล 5) อาการกระสับกระส่าย 6) อาการ
ประสาทหลอนตามผิวหนัง 7) อาการประสาทหลอนทางหู 8) อาการประสาทหลอนทางตา 9) อาการปวด
ศีรษะ และ 10) อาการผิดปกติในการรับรู้บุคคลและสถานที่ หัวข้อประเมินข้อที่ 1-9 มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 7

คะแนน ส่วนหัวข้อประเมินที่ 10 มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 67 คะแนน สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ

2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนัก และดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และ พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยง สามารถจำแนกพฤติกรรมกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการดื่มแบบติด สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) และภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 10 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วงนี้ อาการติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา โดย คำถามที่ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Alcohol Use) คำถามที่ 4-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด (Dependence Symptoms) คำถามที่ 7-10 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful Alcohol Use) รวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ อยู่ในช่วง 0-40 คะแนน จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาด้วยความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความถ่วงจำเพาะ เฉลี่ยประมาณ 0.80 มีช่วงค่าคะแนน

3) แบบประเมิน ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) เป็นเครื่องมือคัดกรองที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลกเช่นกัน แต่ออกแบบมาเพื่อคัดกรองการใช้สารเสพติดหลายชนิด รวมทั้งสุรา ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ ซึ่งประเมินทั้งการใช้สารเสพติดตลอดชีวิต และในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา Humeniuk et al. (2010) ได้ศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติของ ASSIST และพบว่า มีความไวและความจำเพาะที่ดีในการคัดกรองปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดอื่นๆ

4) แบบประเมิน CAGE-AID (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener-Adapted to Include Drugs) เป็นเครื่องมือคัดกรองสั้นๆ ที่มีเพียง 4 ข้อคำถาม ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบประเมิน CAGE ดั้งเดิม เพื่อให้ครอบคลุมทั้งปัญหาการใช้สุราและสารเสพติดอื่น ๆ Basu et al. (2016) พบว่า CAGE-AID มีประโยชน์อย่างมากในการคัดกรองเบื้องต้นในสถานบริการสุขภาพที่มีข้อจำกัดด้านเวลา เนื่องจากสามารถบริหารจัดการได้รวดเร็วและง่าย

5) แบบบันทึกการดื่มสุรา (Time Line Follow Back: TLFB) พัฒนาโดย Sobellet al. (1995) ดัดแปลงและแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2548) เป็นแบบบันทึกพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราของผู้เป็นโรคติดสุรา ได้แก่ ปริมาณการดื่มสุรา และจำนวนวันของการดื่มสุรา โดยปริมาณการดื่มสุราคิดเป็น 1 ดั้มมาตรฐานหรือครึ่งต่อสัปดาห์ ในที่นี้ 1 ดั้มมาตรฐานเท่ากับสุรากลั่น 30 ซีซี เท่ากับเบียร์ 285 ซีซี เท่ากับไวน์ 120 ซีซี ใช้สำหรับผู้เป็นโรคติดสุราบันทึกเหตุการณ์การดื่มสุรา และปริมาณการดื่มสุราย้อนหลังไปภายใน 1 สัปดาห์ขึ้นไป ทั้งนี้การประเมินวันที่ดื่มหนักจะใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก คือ การดื่มในเพศชายเท่ากับหรือมากกว่า 5 ดั้มมาตรฐาน และในเพศหญิงเท่ากับหรือมากกว่า 4 ดั้มมาตรฐาน

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเวช การบำบัดรักษาความผิดปกติของการใช้สารเสพติดหรือสุรา แบ่งเป็น 2 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.5.1 ระยะถอนพิษ (Detoxification) เป็นการให้การรักษาค่าผลที่อาจเกิดจากตัวสารพิษที่มีต่อร่างกายรวมทั้งรักษาอาการถอนยา (withdrawal symptoms) ซึ่งเป็นการบำบัดรักษาด้วยยา ผู้ที่มีปัญหาการดื่มสุราและมีโรคร่วมจิตเวช ต้องจำแนกให้ได้ว่าผู้ป่วยติดสุรารุนแรงระดับใด มีโรคร่วมจิตเวชอะไรบ้าง หากผู้ป่วยมีอาการถอนพิษสุราต้องทำการดูแลบำบัดรักษาภาวะเมาสุราและถอนสุรา (treatment of intoxication and withdrawal) การรักษาภาวะถอนพิษในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ไม่แตกต่างกับการรักษาภาวะเมาสุราในผู้ป่วยสุราทั่วไป ยากลุ่มที่ได้รับการแนะนำให้ใช้รักษาอาการถอนสุรา คือ กลุ่ม benzodiazepines เนื่องจากเกิดปฏิกิริยาต่อยาน้อย และยังมีส่วนช่วยป้องกันอาการเพ้อจากสุรา (alcohol withdrawal delirium) และการชักจากการสุรา (alcohol withdrawal seizure) การบำบัดด้านร่างกายเป็นรักษาด้วยยา ช่วยให้ผู้ติดสุราพ้นจากอาการถอนพิษสุรา สามารถป้องกันและควบคุมได้ โดยการรักษาด้วยยา กลุ่ม benzodiazepine ออกฤทธิ์ระยะยาว (long half-life benzodiazepine) ช่วยควบคุมอาการได้ดี เช่น diazepam หรือ chlordiazepoxide สำหรับการบริบาลยาในผู้ป่วยที่การทำงานของตับบกพร่องหรือเป็นผู้สูงอายุควรใช้ยาที่ออกฤทธิ์ระยะสั้น (short half-life benzodiazepine) เช่น lorazepam หากผู้ป่วยมีโรคร่วมจิตเวชต้องทำการรักษาอาการทางจิตเวชด้วย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ให้ Antidepressant agents เช่น Fluoxetine, Sertraline, Imipramine โรคอารมณ์สองขั้วเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดของผู้ติดสุรา ให้ mood stabilizers เช่น Sodium valproate, Lamotrigine ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตให้ยา Antipsychotics เช่น clozapine, risperidone, Olanzapine ผู้ป่วยวิตกกังวลให้ยา Antianxiety agents นอกจากนี้ควรประเมินระดับแรงจูงใจของผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูทางจิตสังคม ซึ่งในการรักษาผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมนั้น อาจต้องใช้ยา anti-craving agents ได้แก่ disulfiram, Naltrexone, acamprosate มีพฤติกรรมก้าวร้าวควบคุมได้ด้วย กลุ่มยาที่ใช้ในการรักษา เช่น การให้ยากลุ่ม benzodiazepines ร่วมกับกลุ่มยา Antipsychotics ในการรักษาโรคร่วมจิตเวช (บุญศิริ จันทรศิริมงคล และคณะ, 2559)

1.5.2 ระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation) การรักษาในระยะนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้หยุดการใช้สุราหรือสารเสพติดให้ได้ (abstinence) และยังคงต้องป้องกันการกลับไปใช้หรือเสพยาเสพติดซ้ำ (relapse prevention) การบำบัดทางจิตสังคม เป็นรูปแบบที่ช่วยให้ผู้ติดสุราได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจและสังคมมีหลายรูปแบบ ทั้งการบำบัดแบบกลายบุคคลและรายกลุ่ม เช่น Individual psychotherapy, Group psychotherapy, Family intervention, Self-help group, Therapeutic community, Cognitive behavior therapy, Motivational interviewing: MI, Motivational Enhancement Therapy: MET, Social support การดูแลรายกรณี กลุ่มนิรนาม การส่งเสริมให้พัฒนาไปตามหลัก 12 ขั้นตอน และครอบครัวบำบัดที่เน้นคู่สมรส เป็นต้น แม้จะมีรูปแบบการบำบัดจิตสังคมที่หลากหลาย แต่จากการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการบำบัดระหว่างการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy: CBT) การบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (motivational enhance therapy: MET)

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, 2564) แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

1.6.1 การพยาบาลระยะถอนพิษสุราการจัดการอาการถอนพิษสุรา การดูแลผู้ป่วยในระยะถอนพิษสุราเป็นความท้าทายสำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวช เนื่องจากอาการถอนพิษสุราอาจซ้อนทับหรือกระตุ้นอาการทางจิตเวช

- 1) วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง/ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ทุก 1 สัปดาห์จนกว่าอาการภาวะถอนพิษสุราและภาวะโรคร่วมดีขึ้น
- 2) จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าดูแลใกล้ชิดตลอดเวลาสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น สังเกตการหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว
- 3) ประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์เฝ้าระวังการเกิด Electrolyte imbalance
- 4) เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น เลือดออกทางเดินอาหาร การติดเชื้อ หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตสูง ตับวายหรือหัวใจวายหรือ
- 5) ประเมินภาวะขาดสารน้ำและอาหาร เช่น ผิวหนังแห้ง ปากแห้ง มีไข้ ดูแลให้ได้รับน้ำอย่างน้อย 3,000 ซีซี ต่อวัน ยกเว้นกรณีมีพยาธิสภาพทางกายให้พิจารณาตามแผนการรักษาของแพทย์
- 6) ปรีกษาโภชนาการเพื่อจัดอาหารเฉพาะโรคและดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอกับความต้องการการของร่างกาย เช่น อาหาร high calorie, carbohydrate, high vitamins, low fat
- 7) ดูแลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษาของแพทย์ และสังเกตภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ จากการให้สารน้ำและฉีดยาทางหลอดเลือดดำ
- 8) หากผู้ป่วยได้รับยาฉีด PRN ครบ 2 dose ก่อนให้dose ที่ 3 พยาบาลต้องรายงานแพทย์ซ้ำ
- 9) ดูแลเรื่อง intake/output ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อประเมินภาวะสมดุลของสารน้ำในร่างกาย
- 10) เฝ้าระวังอุบัติเหตุหรืออันตราย ไม่ให้เกิดกับผู้ป่วย บุคคลอื่น สิ่งของ โดยตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ทุก 15-30 นาที
- 11) ประเมินสภาพและระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย เช่น อาการมึนงงสับสน ควบคุมตนเองได้น้อย อ่อนเพลีย แขนขาอ่อนแรงในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายที่เสี่ยงต่อชีวิต พิจารณารายงานแพทย์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่เหมาะสม
- 12) ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาและสังเกตอาการข้างเคียงจากยาตามแบบประเมิน ADR หากพบอาการข้างเคียงจากการใช้ยา พยาบาลให้ข้อมูลและช่วยเหลือเบื้องต้น หลังจากนั้น ประสานงานกับเภสัชกรเพื่อประเมินผู้ป่วยและรายงานแพทย์ เพื่อปรับแผนการรักษาที่เหมาะสม
- 13) ดูแลความสุ่มสบาย ถ้าผู้ป่วยมีอาการมึนงง สับสนให้ช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล เช็ดตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลช่วยเหลือตนเอง เช่น แปรงฟัน อาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- 14) ดูแลการนอนพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง และประเมินสังเกตแบบแผนการนอนหลับของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ให้ผู้ปวยนอนหลับในช่วงเวลากลางวัน โดยการส่งเสริมแนะนำให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

1.6.2 การพยาบาลระยะฟื้นฟูสภาพ

1) ประเมินอาการถอนพิษแอลกอฮอล์คะแนน CIWA-Ar อยู่ในระดับ Mild น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ประเมินอาการทางจิตทุกเลาจากแบบประเมิน BPRS มีค่าคะแนน 18-36 คะแนน ประเมินทางจิตใจและสังคม เช่น อาการและการรับรู้ของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและแผนการรักษาความเชื่อ ทักษะคิดต่อการใช้สุรา ระดับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดื่มสุรา ประเมินปัญหาและความต้องการทางสังคมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบบ่อย คือ ขาดแรงจูงใจในการเลิกดื่มสุรา มีโอกาสกลับไปดื่มซ้ำ

2) ประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการ สุขภาพ The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test: ASSIST) เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง มีค่าคะแนนการดื่มแบบเสี่ยงปานกลางและเสี่ยงสูง มีค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนนขึ้นไป และหากพบปัญหาอื่น ๆ ให้ประสานทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องให้การบำบัดตามปัญหา เช่น ปัญหาครอบครัว ปัญหาความขัดแย้งภายในใจ ปัญหาด้านอารมณ์ เป็นต้น

3) ประเมินผลการรักษาซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับภายหลังการบำบัดรักษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการถอนพิษสุรา 2) ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางกาย 3) ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะโรคร่วมทางกาย 4) ผู้ป่วยปลอดภัยจากอาการทางจิต 3) ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

4) ประเมินพฤติกรรม การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้มารับบริการสุขภาพ (ASSIST) เพื่อแบ่งระดับความเสี่ยงในการดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อการวางแผนการบำบัดที่เหมาะสมตามระดับความเสี่ยง 1) ค่าคะแนน ASSIST 0-10 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำต่อการเกิดปัญหาจากการดื่ม แต่ในอนาคตหากดื่มมากกว่านี้มีโอกาสเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาจากการดื่มสุราได้ 2) คะแนน ASSIST 11-26 หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลางต่อการสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ หรืออาจเริ่มมีปัญหามากขึ้นแล้ว การดื่มสุราอย่างต่อเนื่องลักษณะนี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพและปัญหาอื่น ๆ ในอนาคต รวมถึงเสี่ยงต่อการติดสุราได้ โดยเฉพาะคนที่เคยมีปัญหากจากการดื่มสุราหรือเคยติดสุรามาก่อน 3) คะแนน ASSIST ตั้งแต่ 27 ขึ้นไป หมายถึง การดื่มในระดับเสี่ยงสูง บ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดสุราแล้วหรืออยู่ในภาวะติดสุรา หรือกำลังประสบปัญหาสุขภาพ สังคม การเงิน กฎหมายที่สัมพันธ์กับการดื่มสุรา

5) ให้บริการจิตสังคมบำบัดตามปัญหาด้วยรูปแบบบริการ ดังนี้

5.1 การดื่มในระดับเสี่ยงต่ำ (Lower risk) การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice) เป็นการให้คำแนะนำมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างความตระหนักสร้างแรงจูงใจกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มองเห็นปัญหา เกิดแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (การดื่มในระดับเสี่ยงปานกลาง (Moderate risk) การให้ความช่วยเหลือแบบสั้น (Brief intervention) การให้การปรึกษา (Brief counseling) การสนทนาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivation Interviewing)

5.2 การดื่มในระดับเสี่ยงสูง (High risk) การให้คำปรึกษาแบบสั้น (Brief counseling) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy/CBT) การบำบัดด้วยการเจริญสติ (Mindfulness-Based Relapse Prevention: MBCT) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem

Solving Therapy: PST) เป็นการบำบัดโดยเน้นการปรับมุมมองของปัญหาจากมุมมองทางด้านลบให้เป็น มุมมองทางด้านบวก และช่วยให้ผู้ที่ดื่มสุราแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม

1.6.3 ดูแลระยะยาวหลังการรักษา

1) รับการประสานผู้ที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์จาก งานบริการผู้ป่วยนอก (OPD) ผู้ป่วยใน (IPD) หรือต่อผู้ป่วยจากชุมชน พร้อมลงทะเบียน

2) ส่งข้อมูลผู้ป่วยที่มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ให้ผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน

3) กรณีมีปัญหายุ่งยากซับซ้อนตามเกณฑ์ยุ่งยากซับซ้อนของโรงพยาบาล ได้แก่ Readmit ภายใน 90 วัน ผู้ป่วยที่ถูกครอบครัวและชุมชนไม่ยอมรับ ผู้ป่วยซึมเศร้าและหรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ระดับ moderate และ severe) ญาติยินยอมให้ทีมสุขภาพจิตชุมชนติดตามเยี่ยม เป็นต้น ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อร่วมติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชน ร่วมกับผู้รับผิดชอบในพื้นที่ หลังการติดตาม เยี่ยมผู้ป่วยในชุมชน ให้บันทึกผลการติดตามเยี่ยมบ้านในเวชระเบียน

4) ติดตามดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยบุคลากรผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่

2. การฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมาย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย

ความหมาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) มาจากภาษาละตินว่า suicidium โดย Sui หมายถึง ของตนเอง และ Cide หรือ Cidium หมายถึง การฆ่า (Tanney et al, 2000) ส่วนในภาษาไทยใช้คำว่า “อัตวินิบาตกรรม” (ราชบัณฑิตยสถาน, 2542) suicidium เป็น การกระทำการมีชีวิตรของตนเอง)

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำที่ฆ่าตนเองโดยสมัครใจ การฆ่าตัวตายประกอบด้วยลักษณะ ดังนี้ คือ มีผลของการกระทำคือ การเสียชีวิต ลักษณะของการกระทำจะเป็นการกระทำด้วยตนเองและมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต โดยรับรู้หรือทราบถึงผลของการกระทำ (มาโนช หล่อตระกูล, 2553)

การฆ่าตัวตาย (Suicide)ว่าเป็นการกระทำที่มีเจตนาจะปลิดชีวิตตนเองส่วนการทำร้ายตนเอง (Self-harm) หมายถึง การกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษหรือการทำให้ตัวเองบาดเจ็บซึ่งอาจมี ความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้ (ณัฐกร จำปาทอง, 2554)

การฆ่าตัวตาย (suicide) คือ การกระทำที่มีเจตนาทำให้ตัวเองเสียชีวิต การทำร้ายตัวเอง (Self-harm) เป็นคำที่กว้าง หมายถึงการตั้งใจทำร้าย ตัวเองด้วยสารพิษหรือทำให้บาดเจ็บ ที่อาจจะหรืออาจจะไม่ตั้งใจ หรือต้องการให้เกิดการเสียชีวิต บุคคลที่อายุมากกว่า 10 ปีที่มีอาการข้อใด ข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือกลุ่มโรคจิตเวช โรคทางระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรม ดื่มสุราและใช้สารเสพติด มีอาการปวดเรื้อรังและปัญหาทางอารมณ์เฉียบพลัน (emotional distress) ควรได้รับการถามเกี่ยวกับความคิดหรือการวางแผน ทำร้ายตัวเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและถามถึงการกระทำกับตัวเองในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา (WHO, 2016 อ้างถึงใน พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ ศุภเสก วิโรจนภา, 2563)

การฆ่าตัวตาย (suicide) หมายถึง การกระทำของบุคคลที่ส่งผลให้ตนเองเสียชีวิตด้วยฝีมือตนเอง ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) หมายถึง ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจมีความคิดและมีการวางแผนการกระทำ ร่วมด้วย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ (สำนักบริหารระบบบริการกรมสุขภาพจิต, 2563)

พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย (Suicidal Behavior) หมายถึง การกระทำใด ๆ ก็ตามที่จะทำให้เกิดอันตรายรุนแรงแก่ตนเองจนถึงแก่ความตายได้โดยพฤติกรรม การฆ่าตัวตายนั้น มักจะมีองค์ประกอบต่าง ๆ เช่น ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) พฤติกรรมขู่ฆ่าตัวตาย (suicide threats) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) ไปจนถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicide) (สำนักบริหารระบบบริการกรมสุขภาพจิต, 2563)

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempts) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตแต่ไม่สำเร็จ การทำร้ายตนเอง (self-harm) หมายถึง การตั้งใจทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ให้ เสียชีวิต (สำนักบริหารระบบบริการกรมสุขภาพจิต, 2563)

แสร์งกระทำการฆ่าตัวตาย (suicide gestures) หมายถึงการพยายามฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองที่ไม่รุนแรง ไม่ตั้งใจจะทำให้เสียชีวิตอาจไม่ได้รับบาดเจ็บหรือบาดเจ็บเล็กน้อย พฤติกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้กระต่ายยังอยาก มีชีวิตอยู่ต่อและต้องการความช่วยเหลือ การฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed or committed suicide) หมายถึง ผู้กระทำมีความคิดตั้งใจที่จะจบชีวิต (สำนักบริหารระบบบริการกรมสุขภาพจิต, 2563)

การฆ่าตัวตาย (Suicide) หมายถึง การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ส่วนการพยายามฆ่าตัวตายเป็น พฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตด้วยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น และผลของพฤติกรรมการฆ่าตัวตายอาจจะบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ (ธณินทร กองสุข, 2567)

กล่าวโดยสรุป ความหมายของการฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลลงมือทำร้ายตนเองโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้ตนเองเสียชีวิตหรือการทำร้ายตนเองโดยไม่มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต การกระทำนั้นมาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น โรคทางจิตเวช การเจ็บป่วย หรือมีสิ่งกระตุ้นต่าง ความรู้สึกไม่มีคุณค่า เกิดความกดดันในชีวิตที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้

2.2 แนวคิด ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นชุดของความซับซ้อนความทุกข์ของแต่ละคนและตามสภาพแวดล้อมของสังคม ปัจจัยเสี่ยงหลายอย่างเกิดขึ้นในเวลาเดียวกัน เป็นตัวชี้วัดความเสี่ยงสูงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Barker, 2003 อ้างถึงใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรม มีทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีทางสังคม (Social theories) มีสาเหตุหลายประการที่กระตุ้นการเพิ่มการฆ่าตัวตายในกลุ่มเฉพาะของประชากร บุคคลผู้ที่มีประสบการณ์ได้รับความช่วยเหลือไม่ดีพอ มักจะกระทำการฆ่าตัวตาย อติวินาบาตกรรม เช่น การหย่าร้าง การเป็นโสด หรือคนที่อยู่คนเดียว ผู้ชายจะฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิง โดยเฉพาะบุคคลอายุ 65 ปีขึ้นไป บุคคลซึ่งมีการสูญเสียอย่างกะทันหัน เครียด อยู่ในภาวะวิกฤตหรือมีการเปลี่ยนสถานะทางด้านจิตใจเลวลงอย่างไม่คาดฝัน อยู่ในภาวะเสี่ยงทั้งสิ้น

2.2.3 ทฤษฎีชีวภาพ (Biological theories) มีคำแนะนำว่า บุคคลอาจจะมีพื้นที่มีความโน้มเอียงทำให้สารเคมีแปรปรวน เช่น ภาวะเศร้าหรือเป็นโรคจิต ซึ่งทำให้พวกเขาเปราะบางต่อการฆ่าตัวตาย การศึกษาได้ชี้แนะว่า บุคคลที่มีระดับของ เซโรโทนิน (serotonin) ในสมองต่ำมีแนวโน้มที่จะมีความเศร้าและฆ่าตัวตาย นอกจากนั้นสารเคมี เช่น แอลกอฮอล์หรือโคเคน (cocaine) ทำให้การรับรู้บิดเบือน เกิดความรู้สึก (sense) ของความหมดหวังหรือการหลั่งเซโรโทนินที่จุดประสานประสาท (synapse)

2.2.4 ทฤษฎีกลไกทางจิตหรือสิ่งภายในตัวบุคคล (Psychodynamic or internal personal theories) การสูญเสียความสัมพันธ์ที่สำคัญหรือความรู้สึกผูกพันเป็นความคิดที่เป็นต้นเหตุอย่างใหญ่หลวงของความรู้สึกเจ็บปวดทางจิตใจ พบได้บ่อยในเด็กที่ถูกทอดทิ้งเกิดความรู้สึกสูญเสีย บางคนอาจจะมี ความเสียใจ (distress) และหมดความหวัง (despair) ชีวิตดูเหมือนหมดหวังและการฆ่าตัวตายเท่านั้นที่เป็นทางเลือก

2.2.5 ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories) การฆ่าตัวตายดูเหมือนเป็นกลไก ซึ่งใช้เป็น การเผชิญปัญหา (cope) ของชีวิต เช่น พฤติกรรมของผู้ฆ่าตัวตาย สามารถกลายเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงของทักษะ การเผชิญปัญหา

2.2.6 แนวคิดการฆ่าตัวตายตามแนวคิดของ TK's Five Factors model of suicide ได้เสนอว่า อุปนิสัยการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายในคนไทย สามารถจำแนกได้ 5 ปัจจัยประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้องการเฝ้าระวัง และด้านกั้น หากมีเพียงปัจจัยใด ปัจจัยหนึ่ง หรือไม่ครบทั้ง 5 เงื่อนไขปัจจัย อุปนิสัยการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายจะไม่เกิดขึ้น ซึ่งนิยาม ความหมายและคำอธิบายของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องมีดังนี้ (ธรรณิษฐ์ กองสุข, 2567)

1) ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง สิ่งที่เพิ่มขึ้น หรือตัวแปรความเสี่ยงที่ทำให้เกิดปัญหา การฆ่าตัวตาย เช่น โรคทางจิตเวช การติดสุราหรือสารเสพติด โรคทางกาย ตนเองหรือครอบครัวมีประวัติ การฆ่าตัวตาย หรือบุคลิกภาพพหุนหันพลันแล่น เป็นต้น

2) ปัจจัยกระตุ้น คือ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการตอบสนองต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น การกำเริบของโรคที่ตนเองเจ็บป่วย การประสบภาวะวิกฤติในชีวิต

3) ปัจจัยปกป้อง หมายถึง ปัจจัยที่ลดโอกาสในการเกิดโรคหรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล เช่น ทักษะในการแก้ไขปัญหา ทักษะคิดเชิงบวกและการปรับตัวที่เหมาะสม มีพลังฮึด ฮึดสู้ สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งได้ดี ปัจจัยทางด้านครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ช่วยสนับสนุนส่งเสริมให้สามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็น แหล่งสนับสนุนทางสังคมขั้นพื้นฐาน และยังเป็นแหล่งที่บ่มเพาะปลูกฝังบุคลิกภาพผ่านการเลี้ยงดู ครอบครัว จึงเป็นปัจจัยปกป้องที่สำคัญ นอกจากนี้ ปัจจัยทางด้านสังคมวัฒนธรรมและระบบสุขภาพยังเป็นอีกปัจจัย หนึ่งที่ปกป้องและป้องกันการฆ่าตัวตายได้

4) การเฝ้าระวังอ่อนแอ ปัญหาการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเกิดจากการเฝ้าระวังที่อ่อนแอ หากเราสามารถเฝ้าระวังไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะลดอัตราการฆ่าตัวตายลง ได้ ซึ่งจะต้องมีแนวทางในการเฝ้าระวัง เช่น การสังเกตอาการเตือน การพูดคุยและช่วยเหลือ

5) ด้านกั้นล้มเหลว ด้านกั้นเป็นปราการด่านสุดท้ายก่อนเกิดการฆ่าตัวตาย อาจจะต้องมีมาตรการการเข้าถึงวัสดุหรืออุปกรณ์ที่สามารถนำมาใช้ในการฆ่าตัวตายได้

2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช

นันทวิช สิริธิรักษ์ และคณะ (2559) กล่าวว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีความซับซ้อน และมีปัจจัยเสี่ยง หลายประการ ได้แก่

1. เพศ เพศชายฆ่าตัวตายสำเร็จบ่อยกว่าเพศหญิงมากกว่าสี่เท่า แต่เพศหญิงพยายาม ฆ่าตัวตาย (แต่ไม่สำเร็จ) บ่อยกว่าเพศชายสี่เท่า เพศชายมักใช้วิธีรุนแรง เช่น ยิงตัวตาย แขว่นคอ กระโดด จากที่สูง ในขณะที่เพศหญิงมักใช้วิธีกินยาเกินขนาดหรือใช้สารพิษ

2. อายุ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มตามอายุ ผู้สูงอายุพยายามฆ่าตัวตายไม่บ่อยเท่าคนอายุน้อยกว่าแต่จะทำได้สำเร็จบ่อยกว่า

3. สถานภาพสมรส การสมรสลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะกรณีมีบุตรอยู่ที่บ้านด้วย คนโสด ไม่เคยสมรส ผู้ที่หย่าร้าง และผู้ที่เป็นหม้าย จะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และพบการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าปกติในคนที่แยกตัวจากสังคม หรือมีประวัติคนในครอบครัวฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

4. อาชีพ อัตราการฆ่าตัวตายในผู้ว่างงานสูงกว่าผู้มีงานทำ อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในช่วงเศรษฐกิจหดตัวหรือตกต่ำ แต่จะลดลงในช่วงที่มีการว่างงานสูงและในช่วงสงคราม

5. สุขภาพร่างกาย ปัจจัยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีส่วนต่อการพยายามฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนที่ โดยเฉพาะเกี่ยวกับการทำกิจกรรมที่สำคัญต่ออาชีพหรือการพักผ่อนหย่อนใจ การเสียโฉมโดยเฉพาะในผู้หญิง และความเจ็บปวดที่เรื้อรังรักษายาก ยาบางชนิดอาจทำให้เกิดมีภาวะซึมเศร้าซึ่งนำไปสู่การฆ่าตัวตาย ได้แก่ reserpine, corticosteroid ยาลดความดันโลหิต และยารักษาเมเร็งบางชนิด รวมถึงความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ เช่น ตับแข็ง จะสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้น

6. ผู้ที่เคยมีประวัติพฤติกรรมรุนแรง หุนหันพลันแล่นหรือก้าวร้าวรุนแรง หรือเคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

7. ความเจ็บป่วยทางจิตเวช เกือบร้อยละ 95 ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ในจำนวนนี้ ร้อยละ 80 ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10 เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม (major neurocognitive disorder) หรือภาวะเพ้อ (delirium) ในผู้ที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช มีร้อยละ 25 ที่ติดสุรา และมีโรคทางจิตเวช 2 โรคร่วมกัน

ธรณินทร์ กองสุข (2567) ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามคำนิยาม ปัจจัยเสี่ยง หมายถึง คุณลักษณะหรือการสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับความน่าจะเป็นที่เพิ่มขึ้นของผลลัพธ์ที่ระบุไว้ เช่น การเกิดโรค ปัจจัยเสี่ยงเป็นตัวแปรในการทำนายการเกิดโรค ดังนั้น ปัจจัยเสี่ยงของการฆ่าตัวตายจึงหมายถึงตัวแปรหรือสิ่งที่เพิ่มโอกาสหรือความน่าจะเป็นที่จะเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (การคิด วางแผน และการกระทำ) ปัจจัยเสี่ยงของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Favril, 2022; Turecki, 2019; Ullman, 2021 อ้างใน ธรณินทร์ กองสุข, 2567) แบ่งเป็น 6 หมวดดังนี้

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชได้แก่ โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder) โรคไบโพลาร์ (bipolar disorders) โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคบุคลิกภาพผิดปกติ (Personality disorders) โรควิตกกังวล (anxiety disorders) โรคติดเกม (gaming disorder) และโรคติดการพนัน (gambling disorder)

2. การติดสุราหรือสารเสพติด ได้แก่ สุรา (Alcohol use disorders), กัญชา (cannabis use disorders) ยานอนหลับ (sedative or hypnotic use disorders) สารเสพติดผิดกฎหมายอื่น ๆ (Illicit Substances use disorders)

3. การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกายรุนแรงเรื้อรัง ได้แก่ อัมพาต/โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็งใน ทุกอวัยวะ โรคตับเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง พิกการ โรคปวดศีรษะเรื้อรัง โรคปวดเรื้อรัง และหากมีการป่วยทางกาย ร่วมกับกาเจ็บป่วยทางจิตเวชจะยิ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

4.บุคลิกภาพ ทุนหันพลันแล่น (aggressive impulsive trait) และนิยมความสมบูรณ์แบบ (perfectionism)

5. เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือบุคคลในครอบครัวเคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

6.ประสบเหตุการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก (Childhood trauma or early life adversity) ทั้งการถูกทอดทิ้ง (Neglect) และถูกล่วงละเมิดหรือทำรุนแรงกรรม (Abuse) ทางร่างกาย จิตใจ และทางเพศ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายในชีวิตต่อมาภายหลัง

2.4 ผลกระทบที่เกิดจากการฆ่าตัวตาย ผลกระทบที่เกิดขึ้น มีดังนี้

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะได้รับผลกระทบที่เกิดหลาย ๆ ด้าน ดังนี้ (เฉลิมพรรณ เมฆลอย, 2563)

2.4.1 ด้านร่างกาย การที่ผู้ป่วยมีการกระทำฆ่าตัวตายซ้ำ ๆ จะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่ออวัยวะของร่างกาย ทั้งแขน ขา ร่างกาย และอวัยวะอื่น ๆ

2.4.2 ด้านครอบครัว การฆ่าตัวตายทำให้เกิดตราบาปแก่คนในครอบครัว ญาติและบุคคลใกล้ชิด ครอบครัวมักจะรู้สึกผิด อับอาย ปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง ผลกระทบต่อครอบครัว เช่น

1) ด้านความคิดและการรับรู้ เมื่อมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ญาติหรือผู้ใกล้ชิดมีปฏิกิริยาช็อก งงง มึนชา อาการนี้เกิดขึ้นภายในเวลาเป็นชั่วโมงหรือหลายวัน หลังจากนั้นเกิดการปฏิเสธไม่ยอมรับความจริง มีความคิดหมกมุ่นถึงสาเหตุการตายหรือหาเหตุผลที่จะอธิบายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกผิดกล่าวโทษหรือตำหนิตนเอง พยายามค้นหาเหตุผลมาอธิบายเพื่อให้ตนเองหลุดพ้นจากความรู้สึกดังกล่าว หากเป็นผู้มีความคิดด้านลบต่อการฆ่าตัวตายจะส่งผลให้เกิดความรู้สึกผิด เป็นตราบาปของชีวิต และรู้สึกอับอายมากยิ่งขึ้น

2) ด้านอารมณ์และความรู้สึก ภายหลังการสูญเสียบุคคลในครอบครัวจากการฆ่าตัวตาย สมาชิกในครอบครัวบางรายที่ไม่สามารถปรับตัวต่อการตายที่เกิดขึ้น โดยรู้สึกทุกข์ โศกเศร้าเสียใจหงุดหงิด หวาดกลัว อ้างว้าง โหยหาอาวรณ์ต่อผู้ที่ตาย ซึ่งถึงแม้อารมณ์เหล่านี้ค่อยๆ ลดลงในสองถึงสามเดือนแรก แต่มีบางรายที่ยังคงมีปัญหาด้านอารมณ์อย่างต่อเนื่อง เรื้อรังและรุนแรงเพิ่มขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระยะของความผิดปกติทางด้านอารมณ์ หรือป่วยเป็นโรคจิต เนื่องจากคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของเหตุการณ์ รับรู้ว่าตนเองได้สูญเสียความหวัง ชีวิตไม่มีความหมาย นำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้

3) ด้านสุขภาพร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่ส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มผู้สูญเสีย ที่พบได้บ่อย คือ อาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หลงลืมง่าย เบื่ออาหารน้ำหนักลด ตื่นตกใจง่าย หัวใจเต้นแรง นอนไม่หลับ ผื่นร้ายหรือถึงคนตาย ปวดศีรษะ ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อและภูมิคุ้มกันของร่างกายเริ่มบกพร่อง หรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะกลับมามีอาการรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เช่น โรคระบบทางเดินอาหาร โรคไขข้ออักเสบ โรคหืด โรคหัวใจและมะเร็ง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการสูบบุหรี่และดื่มเหล้าในกลุ่มผู้สูญเสียเหล่านี้เพิ่มจำนวนมากขึ้น

4) ด้านการสื่อสารและการแสดงบทบาทหน้าที่ในสังคม ครอบครัวที่มีการฆ่าตัวตาย มักจะถูกตัดสิน และถูกพิพากษาจากสังคมไปในทางลบมากกว่าการตายด้วยสาเหตุอื่น ๆ ได้รับการกล่าวโทษตำหนิ

จากสังคม ผลกระทบดังกล่าว สร้างความกดดันและอาจรุนแรงจนทำให้ บุคคลผู้สูญเสียเหล่านี้ มีพฤติกรรม เก็บกด แยกตัว ไม่มีสมาธิ มีปัญหาในการทำงานหรือแม้กระทั่งการทําทบหาหน้าที่ในครอบครัว มีปัญหา สัมพันธ์ภายในครอบครัว หลีกเลี้ยงที่จะมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น คิดหมกมุ่นกับสิ่งที่สูญเสียไปรู้สึกถึง เครียด ที่ต้องปกปิดข้อมูลที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย หรือหลีกเลี้ยงที่จะเห็นสิ่งของที่เตือนให้คิดถึงผู้ตาย กลายเป็นผู้มีปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่ในสังคมบางราย หันมาใช้สุรา หรือสารเสพติดในการแก้ไขปัญา เกิดความปรวนแปรทางอารมณ์ และเป็นผู้มีแนวโน้มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2.4.3 สังคม พบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำจะส่งผลกระทบต่อตนเอง บุคคลใกล้ชิด ชุมชนและ สังคม ซึ่งปัญหาการฆ่าตัวตายที่พบมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องเชื่อมโยงทุกมิติของบุคคลในสังคม โดยเฉพาะ การดำเนินชีวิตของบุคคล หากสังคมไม่ตระหนัก ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ได้รับการช่วยเหลือ ยิ่งทำให้เกิด ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำมากยิ่งขึ้น และยังเกิดผลกระทบสะท้อนกลับไประหว่างบุคคลและสังคม มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำด้วยวิธีการจุ่มไฟเผาบ้านเพื่อฆ่าตัวตาย จะส่งผล กระทบต่อสังคมและชุมชนโดยรอบ สร้างความหวาดกลัว เกิดทัศนคติด้านลบจากคนในสังคมต่อ ผู้ที่ฆ่าตัวตายและครอบครัว เศรษฐกิจ พบว่าการฆ่าตัวตายมีผลต่อระบบเศรษฐกิจอย่างมากซึ่งการฆ่า มีการคำนวณค่าความเสียหายทางเศรษฐศาสตร์ ในผู้ที่ฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำอีกครั้ง พบว่า มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายถึงปีละกว่า 100,000 ล้านบาท เนื่องจากการประมาณการว่าจำนวน ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสูงประมาณ 20 เท่าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายสำเร็จ ผลกระทบจากการฆ่าตัวตายซ้ำ ส่งผลให้เกิดความสูญเสียในวงกว้างและมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกถึง 2 เท่า ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจและประเทศชาติ การลดปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำจะเป็นการช่วย ลดผลกระทบการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นได้

2.5 การประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Assessment of patients with suicidal Risk) (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

2.5.1 การประเมินทางจิตเวช เป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการประเมินการฆ่าตัวตาย ผ่านการตั้งคำถามและการสังเกตเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมอยากตาย โดยมีแนวทางการประเมินทาง จิตเวชในผู้ป่วยซึ่งมีพฤติกรรมอยากตาย ดังนี้

1. ความคิดอยากตายในปัจจุบัน ประกอบด้วย ความคิด แผนการ พฤติกรรม และ ความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย หรือทำอันตรายต่อตนเอง

1.1 วิธีการฆ่าตัวตายรวมทั้งอันตรายต่อชีวิต และความคาดหวังของผู้ป่วย เกี่ยวกับอันตรายต่อชีวิต รวมทั้งการเข้าถึงอาวุธปืน

1.2 มีอาการดังต่อไปนี้ คือความรู้สึกสิ้นหวัง ขาดการควบคุมอารมณ์ ภาวะไร้ความสุขอย่างมาก อาการแพนิค หรือวิตกกังวล เหตุผลของการมีชีวิตอยู่และแผนสำหรับอนาคต

1.3 การใช้แอลกอฮอล์หรือสารเสพติด

1.4 ความคิด แผนการหรือความตั้งใจที่จะทำร้ายผู้อื่น

2. โรคทางจิตเวช

2.1 อาการของโรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท โรคอารมณ์ ปรวนแปร ตีตสารเสพติด และบุคลิกภาพผิดปกติโดยเฉพาะบุคลิกภาพแบบ borderline และต่อต้านสังคม

2.2 ประวัติโรคทางจิตเวชและการรักษาในอดีต ประกอบด้วย onset และการดำเนินโรค และการอยู่โรงพยาบาลจิตเวช รวมทั้งการรักษาโรคเนื่องจากสารเสพติด

3. ประวัติการฆ่าตัวตาย

3.1 ประวัติที่ผ่านมาเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมทำร้ายตนเองอย่างอื่น

3.2 ประวัติครอบครัวเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย หรือประวัติโรคทางจิตเวชและการติดสารเสพติด

4. สถานการณ์จิตสังคม

4.1 ความเครียดทางจิตสังคมเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งรวมทั้งการสูญเสียสัมพันธภาพ ปัญหาทางการเงินหรือการเปลี่ยนแปลง

4.2 ภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ ความแตกแยกทางครอบครัว ความรุนแรงในบ้าน การประทุษร้ายร่างกาย หรือทางเพศ หรือการทอดทิ้ง

4.3 อาชีพการงาน ภาวะความเป็นอยู่ รวมทั้งมีเด็กอยู่ในบ้านด้วยหรือไม่ และการสนับสนุนจากภายนอก

4.4 การรวมตัวของครอบครัวและลักษณะของสัมพันธภาพ ความเชื่อถือทางวัฒนธรรม หรือศาสนาเกี่ยวกับความตายหรือการฆ่าตัวตาย

5 ความเข้มแข็งและความอ่อนแอของผู้ป่วย

5.1 ทักษะการแก้ไขปัญหา

5.2 อุปนิสัย

5.3 การตอบสนองต่อความเครียดในอดีต

5.5 ความสามารถที่จะทดสอบความจริง

5.5 ความสามารถที่จะอดทนความเจ็บปวดทางจิตใจ และความพึงพอใจต่อความต้องการทางจิตใจ

2.5.2 การใช้แบบประเมินในการคัดกรองหาผู้มีความเสี่ยง หรือการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1) 1) แบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายโดยพยาบาล (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) มีสถานการณ์ความเครียดหรือมีการสูญเสียในชีวิตเมื่อเร็ว ๆ นี้ 2) มีการเจ็บป่วยทางจิต 3) มีภาวะซึมเศร้า 4) มีความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง 5) มีสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งที่ทำให้เกิดปัญหาในการดำรงชีวิต 6) แยกตัวจากสังคมและไม่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม 7) มีการสื่อสารถึงความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตาย 8) มีการวางแผนในการฆ่าตัวตายไว้ก่อน 9) มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตในครอบครัวหรือมีประวัติฆ่าตัวตายในครอบครัว 10) มีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต 11) มีสถานภาพเป็นหม้ายหรือสูญเสียคู่ชีวิต 12) มีประวัติการฆ่าตัวตายมาก่อน 13) มีการสูญเสีย

สถานะทางเศรษฐกิจและสังคม 14) มีการใช้แอลกอฮอล์หรือการใช้สารเสพติด 15) มีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยระยะสุดท้าย (Cutcliffe & Barker, 2004)

2) แบบประเมินแนวโน้มการฆ่าตัวตาย 8Q เป็นแบบประเมินที่กรมสุขภาพจิตใช้อยู่ในปัจจุบัน มุ่งประเมิน suicidal intention ในขณะปัจจุบัน ช่วยจำแนกความรุนแรงของการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ประเมินด้วย 9Q ที่มีค่าคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป เพื่อให้การดูแลตามระบบการเฝ้าระวังของโรคซึมเศร้า บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยอื่นได้ เป็นภาษาที่ตรงกับคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกและพฤติกรรมของคนไทย 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 แปลว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9-16 คะแนน แปลว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป แปลว่า มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง (กุศลภรณ์ ชัยอุดมสม, 2560)

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et.al., 2006) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, (2548) และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือ ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.86 ในส่วนของ module current suicide risk ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.91 โดยหัวข้อสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ทั้งนี้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถามเกี่ยวข้องความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา และอีก 1 ข้อ เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่างกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนที่ได้จะนำมารวมกัน ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ ดังนี้ การให้คะแนน 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย 9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548)

4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital: PISRA 12) สำหรับประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่รับรักษาในโรงพยาบาล เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลตามระดับความรุนแรงและการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องมีความไว ร้อยละ 90.4 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 87.5 ความถูกต้องของการทดสอบร้อยละ 89.7 และมีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมิน $\alpha = 0.81$ (ชนิษฐา สนเทห์ และคณะ, 2560)

2.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย (มานิช หล่อตระกูล, 2553; สมภพ เรืองตระกูล, 2553)

2.6.1 การรักษาทางชีวภาพหรือทางยา การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยยาในปัจจุบัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าในผู้ป่วย schizophrenia และ schizoaffective disorder ยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นยาในกลุ่มใหม่ (Second generation) ได้แก่ ยา clozapine มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ และการให้ยารักษาอาการทางจิตในระยะยาว (long acting depot antipsychotic) จะสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ 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

2.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง และยารักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้ารุนแรง โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท จะช่วยได้ดีในกรณีผู้ป่วยที่ใชยารักษาไม่ได้ผล ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยในการรักษาที่ให้ผลที่เร็วขึ้น แต่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งถ้าหากพิจารณาให้การรักษาที่ล่าช้าอาจทำให้เกิดการเสียชีวิต

2.6.3 การรักษาทางจิตสังคม จากการศึกษพบว่าการรักษาด้วยยาสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การใช้ยาร่วมกับการรักษาทางจิตบำบัดจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น การรักษาทางจิตสังคมในระยะแรก ๆ จะเน้นที่การสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและร่วมมือในการรักษา ผู้บำบัดเน้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้คำแนะนำ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคที่เป็น ตลอดจนเสริมเจตคติในทางบวกต่อโรคและการรักษา เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มักปฏิเสธการเจ็บป่วย ทางจิตเวชในช่วงแรกของการป่วย การทำจิตบำบัดมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น จิตบำบัดแบบ Interpersonal therapy, Cognitive behavioral therapy, Psycho education, Problem-solving therapy เป็นต้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ตามแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แบบรายกลุ่ม Problem-solving group therapy (PST) การบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่จะช่วยให้บุคคลนั้น ได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ไขปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมาก ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) และจะช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น จุดเด่นของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาจะมุ่งเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และเป็นไปในทิศทางบวก ซึ่งการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นที่น่าสนใจมีประสิทธิภาพ และง่ายต่อการเรียนรู้

ไม่ต้องการฝึกอบรมที่ยาวนาน และมีความพิเศษที่ลดการพึ่งพิงความสามารถในการรู้คิดลง (Simon et al., 2015) และมีความยืดหยุ่นในเงื่อนไขของการบำบัด โดยมีเป้าหมายในการบำบัดในครั้งนี้คือ เพื่อให้ผู้ป่วยที่เข้าร่วมวิจัย มีพฤติกรรมลดลง เลิกการดื่มสุรา ไม่มีความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST)

3.1 ความหมายของกลุ่มบำบัด

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2552) รูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง โดยมีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มที่ผ่านการอบรม/ฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว ซึ่งมีเป้าหมาย ให้สมาชิกกลุ่มมีทักษะในการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับสู่ ครอบครัว ชุมชนได้อย่างปกติ และกลุ่มบำบัดทำให้สมาชิกกล้าแสดงออก มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และเกิดการช่วยเหลือกันในกลุ่มเพื่อให้กลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิม ในชุมชน เกิดการเรียนรู้ปรับความคิด ความรู้สึก พฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศที่ให้เกียรติ ยอมรับ รู้สึกปลอดภัย ไว้วางใจ และให้กำลังใจกัน

จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2557) ได้อธิบายเกี่ยวกับกลุ่มบำบัดว่าเป็นวิธีการบำบัดอย่างหนึ่งที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชทั้งสำหรับผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกเริ่มมีใช้ประมาณปีค.ศ. 1905 โดยโจเซฟเฮชเพรตต์ (Josef H. Pratt) จัดกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยวัณโรคที่อ่อนเพลีย สิ้นหวังถูกเนรเทศออกจากสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคการรักษาและสนับสนุนประคับประคองให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นมีกำลังใจที่ดีขึ้นแม้ว่าจะมีหลากหลายวิชาชีพใช้กลุ่มบำบัดในการให้การดูแลผู้ป่วยแต่วิชาชีพที่จัดกลุ่มบำบัดให้กับผู้ป่วยนั้นส่วนใหญ่จะเป็นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น ทักษะที่สำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลจิตเวชก็คือทักษะการดำเนินกลุ่มบำบัดในบทบาทของผู้นำกลุ่ม

3.1.1 รูปแบบของกลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดในผู้ป่วยจิตเวชมีหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่นำมาใช้โครงสร้างของการจัดกลุ่มลักษณะผู้ป่วยและลักษณะของผู้ที่จะทำกลุ่มบำบัด (เพียร์ตี เปี่ยมมงคล, 2553) ได้แก่

1) กลุ่มกิจกรรม (activity groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเน้นให้ผู้ป่วยได้มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ช่วยให้มีการสื่อสารส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ในความเป็นจริง เพิ่มทักษะทางสังคมป้องกันการถดถอยของผู้ป่วย เป็นกิจกรรมอย่างง่ายเมื่อผู้ป่วยทำได้สำเร็จ จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เช่น กลุ่มประกอบอาหาร กลุ่มศิลปะ กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น

2) กลุ่มให้ความรู้ (educational groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายเน้นเกี่ยวกับการให้ข้อมูลความรู้ต่าง ๆ ส่งเสริมให้เกิดทักษะในการดูแลตนเอง เช่น กลุ่มให้ความรู้เรื่องยาการผ่อนคลาย ความเครียดกลุ่มทักษะทางสังคมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา เป็นต้น

3) กลุ่มบำบัดเพื่อการรักษา (therapeutic groups) เป็นกลุ่มที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและพัฒนาความตระหนักรู้ อารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหาในตัวเองเช่นกลุ่มจิตบำบัดกลุ่มจิตละครบำบัด เป็นต้นซึ่งตามวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่ทำให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในระดับภาวะหยั่งรู้ในตนเอง เข้าใจการเจ็บป่วยของตนเองและสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงแบ่งกลุ่มจิตบำบัดได้เป็น 2 ประเภทย่อยคือกลุ่มจิตบำบัดเพื่อเกิดภาวะหยั่งรู้ (insight group psychotherapy) และกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive group psychotherapy) ที่จะช่วยให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ในปัญหาที่เป็น

ปัจจุบันของตนเอง โดยเฉพาะเรื่องสัมพันธภาพและการดำเนินชีวิต ช่วยส่งเสริมส่วนที่เข้มแข็งของผู้ป่วย เพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (self-help groups) มีเป้าหมายในการให้ผู้ป่วยที่มีปัญหา คล้ายกันมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ทักษะในการแก้ไขปัญหาเกิดความเห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มนี้พยาบาลอาจเป็นเพียงแค่ผู้ประคับประคองให้กลุ่มยังคงดำเนินอยู่ต่อไป ซึ่งพยาบาลอาจไม่ใช่เป็นผู้นำกลุ่มเองก็ได้ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อรา กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เป็นต้น

3.1.2 ประโยชน์ของกลุ่ม กลุ่มบำบัดช่วยผู้ป่วยจิตเวชให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และจากข้อเสนอแนะของสมาชิกในกลุ่มทำให้ได้รับการประคับประคองจิตใจ ซึ่งเกิดจากบรรยากาศของกลุ่มที่ผ่อนคลาย มีความรู้สึกที่คล้ายกันกับสมาชิกในกลุ่มมีโอกาสได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและเกิดความรู้สึกเห็นอกเห็นใจกัน ได้เรียนรู้ทักษะทางสังคม เพราะกลุ่มเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้สังเกตบุคคลอื่นในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และสามารถนำมาเป็นแบบอย่างของตนเองได้ กลุ่มยังเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ สมาชิกกลุ่มจะเกิดการพัฒนาความรู้สึกความเป็นเจ้าของ ทำให้เกิดความรับผิดชอบต่อส่วนรวม เกิดความมั่นใจในตนเอง เกิดผลดีต่อด้านร่างกาย ส่งเสริมการเคลื่อนไหวลดความวิตกกังวลได้ ระบายความคิดความรู้สึก เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย (เพียร์รี เปี่ยมมงคล, 2553)

3.1.3 องค์ประกอบของกลุ่ม การทำกลุ่มให้เกิดประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย 2 ส่วนสำคัญ คือ เนื้อหา (content) และกระบวนการ (process) ซึ่งเนื้อหาได้แก่คำพูดต่าง ๆ ประเด็นในการอภิปรายที่จะพูดคุยกันในกลุ่ม ส่วนกระบวนการ ได้แก่ ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มจะเป็นผู้ที่เอื้ออำนวยให้เกิดขึ้น ผู้ป่วยที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดจะเกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวผู้ป่วย โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ซึ่งยาโลมได้เรียกว่าปัจจัยบำบัด (therapeutic factors) มีทั้งหมด 12 ปัจจัย (Yalom, 1995 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2552) ได้แก่

1) การมีความหวัง (Instillation of hope) เป็นการสร้างความหวังให้กับผู้ป่วย โดยการเห็นสมาชิกในกลุ่มดีขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาเดียวกันกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยตระหนักได้ว่า สามารถเอาชนะปัญหาได้ทำให้เกิดความหวังมากยิ่งขึ้น

2) ความรู้สึกอันเป็นสากล (Universality) เกิดความรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้ที่มีปัญหาอยู่คนเดียว การเข้าร่วมกลุ่มจะทำให้ผู้ป่วยได้เห็นสมาชิกคนอื่นว่ามีปัญหามากมายเช่นเดียวกับตนเอง เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทอาจพบว่าไม่ใช่มีเพียงตนเองเท่านั้นที่เกิดอาการหูแว่ว สามารถที่จะบอกกับผู้อื่นได้ไม่ใช่เรื่องน่าอับอาย เป็นต้น

3) การยอมรับ ความรู้สึกว่าเป็นที่ยอมรับของสมาชิกอื่น ๆ ในกลุ่ม สามารถทนต่อความคิดเห็นที่ขัดแย้งกันได้ ทำให้มั่นใจในตนเองมากขึ้น

4) การได้รับข้อมูล (imparting information) สมาชิกในกลุ่มจะได้รับข้อมูลต่าง ๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อมผู้ป่วยซึ่งเป็นสมาชิกในกลุ่มจะแลกเปลี่ยนข้อมูลประสบการณ์ข้อเสนอแนะซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหา และได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จากตัวผู้นำกลุ่ม

5) การรู้สึกได้ทำประโยชน์ (Altruism) การที่สมาชิกรู้สึกว่าได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น เช่น การให้คำแนะนำแก่เพื่อนสมาชิกในการแก้ปัญหาที่ตนเองเคยประสบมาก่อน และเพื่อนสมาชิกในกลุ่มรับฟังอย่างตั้งใจ ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง เป็นต้น

6) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (Corrective recapitulation of the family group) กลุ่มบำบัดจะช่วยให้สมาชิกได้มีโอกาสสำรวจตนเองและเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแบบแผนสัมพันธภาพในครอบครัว การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีหรือมีปมขัดแย้งมาก่อนในครอบครัว กลุ่มจะเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปรับเปลี่ยนความคิดพฤติกรรมในแง่ลบเหล่านั้นให้ดีขึ้น ไม่ว่าจะเป็นกับพ่อแม่หรือพี่น้อง

7) การพัฒนาเทคนิคเพื่อการเข้าสังคม (Development of social techniques) การที่สมาชิกได้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เป็นการฝึกทักษะทางสังคม นอกจากนี้การได้สังเกตเห็นบุคคลอื่นมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันสามารถนำมาเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับตนเองได้ และได้ลองมีปฏิสัมพันธ์ใหม่กับบุคคลอื่นภายใต้บรรยากาศของกลุ่มที่มีการยอมรับสนับสนุน การได้รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น

8) การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative behavior) สมาชิกกลุ่มเกิดการเลียนแบบบุคลิกภาพจากสมาชิกด้วยกัน หรือจากผู้นำกลุ่มที่ตนเองพึงพอใจ โดยผ่านการสังเกตการมีปฏิสัมพันธ์ของคนอื่นว่าได้รับการตอบสนองอย่างไร

9) การระบายอารมณ์ (Catharsis) ได้ระบายความคิดความรู้สึกการปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ทำให้เกิดความรู้สึกโล่งสบาย และทำให้เกิดการเรียนรู้วิธีการแสดงอารมณ์ที่เหมาะสม

10) การเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential factors) ผู้ป่วยจิตเวชอาจมีความคาดหวังกับชีวิตต้องสวยงามสมหวัง ซึ่งไม่ได้เป็นจริงเสมอไป ทำให้สมาชิกได้เกิดการเรียนรู้ และเข้าใจความเป็นจริงของชีวิตจากการฟังประสบการณ์ของสมาชิกในกลุ่ม

11) ความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Cohesiveness) การเข้าร่วมกลุ่มทำให้สมาชิกได้รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม เกิดความผูกพันกับเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม รับรู้ว่าเป็นพวกเดียวกันมีเป้าหมายอันเดียวกัน ซึ่งปัจจัยนี้เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

12) การเรียนรู้วิธีที่จะติดต่อสื่อสารหรือการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal learning) โดยกลุ่มถือว่าเป็นสังคมจำลองให้สมาชิกได้มีโอกาสฝึกฝน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่เหมาะสมมากขึ้น

3.2 แนวคิด ทฤษฎี การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST)

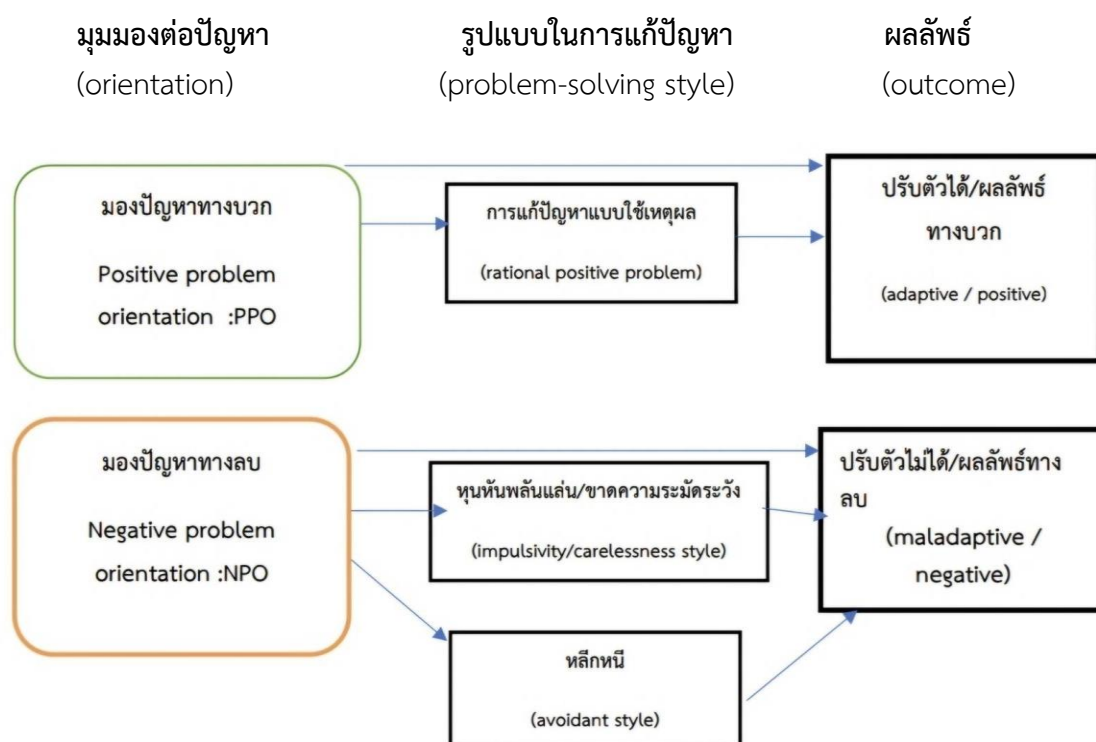
ทฤษฎีการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy: PST) หมายถึง รูปแบบการบำบัดทางด้านจิตสังคมชนิดหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้น ๆ ได้มีแนวคิดและได้ทำความเข้าใจมุมมองการแก้ปัญหา ซึ่งมีองค์ประกอบหลักคือ ปัญหา (Problem) มุมมองการแก้ปัญหา (Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) การรับรู้ปัญหามี 2 แบบ คือ มุมมองการมองปัญหาในทางบวก (Positive Problem Oriented, PPO) และมุมมองการมองปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented, NPO) (D' Zurilla & Nezu, 2007) ซึ่งเป็นปัจจัยสองตัวแรกของแนวคิดการแก้ปัญหาโดยพิจารณาจากห้าปัจจัย ดังนี้ 1) มุมมองการมองปัญหาในทางลบ บุคคลจะมองว่าปัญหา คือ สิ่งที่คุณคามคุณภาพชีวิต ไม่ปรารถนาที่จะพบ ไม่ต้องการเผชิญ เป็นความโชคร้ายของชีวิต ไม่มีคนช่วย ขาดแหล่งสนับสนุนในการแก้ปัญหา และคิดว่าปัญหาเป็นสิ่งที่แก้ไม่ได้ จึงทำให้บุคคลรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ และไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา 2) มุมมองการมองปัญหาในทางบวก บุคคลจะรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มีการรับรู้ศักยภาพของตนไปในทางที่ดี และสามารถจะเพิ่มศักยภาพของตนได้เมื่อจำเป็น เข้าใจว่าการแก้ปัญหา ต้องการเวลาและความพยายามมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่า

หนีปัญหา จึงทำให้รับรู้ศักยภาพของตนเองในการเผชิญปัญหาในทางที่ดีขึ้น และพร้อมที่จะแก้ปัญหาที่อื่น ๆ ส่วนในเรื่องวิธีการแก้ปัญหา หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยการใช้การคิดหรือพฤติกรรม จากประสิทธิภาพของการแก้ปัญหา จะทำให้สถานการณ์ปัญหาลดลง บุคคลลดความรู้สึกกดดันลง สามารถเพิ่มผลกระททางบวก และลดผลกระทบทางลบลง รวมทั้งสามารถลดปัญหาได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

เนื่องจากสถานการณ์ปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม มาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคล การแก้ปัญหาจึงขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่า จะตั้งเป้าหมายอย่างไร ในระดับใด วิธีการแก้ปัญหามี 3 แบบ (D' Zurilla & Nezu, 2010) ดังนี้ แบบที่ 1 การแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นและขาดความระมัดระวัง (impulsive/careless) เป็นการแก้ปัญหาอย่างเร่งรีบ แก้ปัญหาแบบลวก ๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รื้อคิดทบทวนหลายๆ ทางก่อน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ หรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แบบที่ 2 การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (avoidance) การแก้ปัญหาแบบนี้เป็นการหลีกเลี่ยงปัญหา ไม่พยายามเผชิญกับปัญหา พยายามจะหลีกเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา มีความตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหากับผู้อื่น รอให้ปัญหาลบลงด้วยตัวของมันเอง หรือแก้ปัญหาโดยการพึ่งพาผู้อื่นและมองการแก้ปัญหาในทางร้าย แบบที่ 3 การแก้ปัญหาแบบมีเหตุผล (rational problem solving) เป็นการแก้ปัญหาโดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหา และค้นหาปัญหาที่แท้จริง พยายามคิดหาทางออกจากปัญหาหลายๆ ทาง มีการตัดสินใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ ลงมือแก้ปัญหาตามที่ได้มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลลบ โดยการแก้ปัญหาทั้งหมดอยู่กับความเป็นจริง และพยายามลดอารมณ์ทางลบ เพราะคิดว่าเป็นประโยชน์ในการแก้ปัญหา ในการแก้ปัญหาคควรเริ่มต้นจากการค้นหาปัญหาที่แท้จริงแล้วหาทางออกที่หลากหลาย หยุดความคิดที่เชื่อว่าในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีกแล้ว ระดมสมองเพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา หรือลองจินตนาการว่าในปัญหานี้ ถ้าเป็นผู้ที่เก่งที่สุดเขาจะแก้ปัญหานี้อย่างไรบ้าง ในการประเมินทางเลือกของการแก้ปัญหาคควรวิเคราะห์จากผลดีผลเสียของทางเลือก ประเมินผลที่จะได้จากการแก้ปัญหาต่อตนเอง ครอบครัวหรือสังคมในระยะสั้นและระยะยาว ว่าเป็นทางบวกหรือทางลบ ประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหของตนเองที่จะต้องแก้ปัญหายังต่อเนื่อง หากยังขาดทักษะในการแก้ปัญหบางประการ ก็จะต้องฝึกหรือเพิ่มทักษะดังกล่าว ซึ่งเป็นการแก้ปัญหตามขั้นตอนที่มีแนวโน้มจะนำไปสู่การแก้ปัญหา

ในการแก้ปัญหาคต้องทำความเข้าใจว่า ถ้าหากไม่แก้ปัญหาคจะเกิดผลทางลบมากกว่าผลทางบวก และควรคิดถึงระบบในการกำกับติดตามผลการแก้ปัญหา ในกรณีที่ยังแก้ปัญหาคไม่สำเร็จ ควรเริ่มต้นในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหาคอีกครั้งหนึ่ง ทั้งสามวิธีในการแก้ปัญหานี้ จึงเป็นอีกสามปัจจัยที่เพิ่มขึ้นมาจากมุมมอง สองมุมมองในการแก้ปัญหาค รวมเป็นห้าปัจจัยในแนวคิดการแก้ปัญหาค โดยพิจารณาจาก 5 ปัจจัย (ดาราวรรณ ตะปิ่นตา, 2558) ดังภาพที่ 2

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



การรับรู้ปัญหาในทางบวก (Positive problem orientation: PPO) หมายถึง การมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ที่ช่วยทำให้เกิดอารมณ์ในทางบวกทำให้มีแนวโน้มที่จะเผชิญกับปัญหาได้ดี และเป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ และมองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายามทำให้มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าจะหลีกเลี่ยงปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเอง

การรับรู้ปัญหาในทางลบ (Negative problem orientation: NPO) หมายถึง การรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อคุณภาพชีวิตจะทำให้มีการรับรู้ในศักยภาพของตนเองต่ำมีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหา ความกังวลเพิ่มมากขึ้น ไม่อดทนและแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น

การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง (avoidant style) หมายถึง การแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา มองการแก้ปัญหาไปในทางร้าย ไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา และตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาลบลงด้วยตัวมันเอง

การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น (impulsivity/carelessness style) หมายถึง การแก้ปัญหาแบบวู่วาม คิดแคบ ๆ เร่งรีบที่จะแก้ปัญหาแบบลวกๆ ต่วนตัดสินใจอย่างรวดเร็วโดยไม่รื้อคิดทบทวนหลายๆ ทางก่อน คิดว่าทางออกของปัญหามีเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล (rational positive problem) หมายถึง รูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีความรอบคอบและเป็นระบบ ค้นหาทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ อยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

3.3 การพัฒนาการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem solving therapy: PST)

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีประวัติการใช้มายาวนาน ในปัจจุบันนี้พบว่าใช้ทั้งในทางคลินิกและไม่ใช้ทางคลินิก ในทุกกลุ่มประชากร และในบุคคลทุกเพศทุกวัย การพัฒนาโปรแกรม PST แรกสุดเรียกว่า "โปรแกรมการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์" (D'Zurilla & Nezu, 2007; Nezu et al. 1989) โดยมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญ 3 ประการคือ 1) สนใจในความคิดสร้างสรรค์ 2) ใช้วิธีการบำบัดในเชิงบวก (positive approach) 3) สนใจในกระบวนการคิด (cognitive process) และการควบคุมตนเอง (self-control) ซึ่งจะใช้เทคนิคการระดมสมองเพื่อกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ในประสิทธิภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง หลังปี 1970 ได้มีการนำโปรแกรมการฝึกทักษะการแก้ปัญหามาใช้ทางคลินิก และการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยา ที่เน้นการช่วยเหลือเด็กและผู้ใหญ่ในหลากหลายรูปแบบ และที่นิยมกันแพร่หลายคือรูปแบบการแก้ปัญหามาของ D'Zurilla & Goldfried (1971) ต่อมาการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาโดย D'Zurilla & Nezu (2007) พัฒนาขึ้นจากการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จากแนวคิดการบำบัด เพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาใช้เพื่อสนับสนุนกรอบแนวคิดความเครียดและต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยมีแนวคิดว่าการที่บุคคลนั้นได้ตอบโต้กับความเครียดในชีวิตประจำวันแล้วมีแนวโน้มที่จะนำไปสู่ความผิดปกติทางจิต การบำบัดแบบ PST ได้ตั้งสมมติฐานไว้ว่าบุคคลประสบความยุ่งยากในการแก้ปัญหาชีวิต หรือต้องเผชิญกับความเครียดจากการต่อสู้กับชีวิตประจำวัน จะมีอาการทางจิตเวชมากกว่าบุคคลที่เป็นนักแก้ปัญหาที่ดี กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหามา กระบวนการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาตามแนวคิดของเดอซูเรลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 2007) และเนซุและเนซุ (Nezu & Nezu, 1989) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ฝึกการทำความเข้าใจในปัญหา (Training in Problem Orientation) ทักษะของผู้รับการบำบัดสามารถเข้าใจในการแก้ปัญหาแตกต่างจากทักษะการแก้ปัญหามาที่แท้จริง การเข้าใจในปัญหาถูกสร้างขึ้นจากความคิดและความรู้สึกของผู้รับการบำบัดเกี่ยวกับปัญหาทั่วไปและความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการแก้ปัญหามาทั้งสององค์ประกอบร่วมกัน เพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้รับการบำบัดจะตอบสนองเมื่อเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษาด้วยการบำบัด โดยการแก้ปัญหามา การทำความเข้าใจในปัญหาเชิงบวก เป็นการเชื่อมโยงรูปแบบในการแก้ปัญหามาที่มีเหตุผลและมีประสิทธิภาพ และในทางกลับกันการทำความเข้าใจในปัญหาเชิงลบ เป็นการเชื่อมโยงรูปแบบในการแก้ปัญหามาที่หุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive) หรือรูปแบบการแก้ปัญหามาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) รูปแบบในการแก้ปัญหามาที่หุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง คือการที่ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจอย่างฉับพลันโดยไม่ได้ออกมาคิดให้ถี่ถ้วน และอาจไม่เกี่ยวข้องกับปัญหามาอย่างแท้จริง ส่วนรูปแบบการแก้ปัญหามาแบบหลีกเลี่ยงปัญหามา คือ การที่ผู้รับการบำบัดมีแนวโน้มที่จะละเลยปัญหามา โดยมีความหวังว่าปัญหามาอาจหายไปหรือความหวังว่าคนอื่นอาจช่วยแก้ปัญหามาได้ การทำความเข้าใจในปัญหามาจะเกิดขึ้นตลอดทั้งการบำบัด

2. ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา (Training in Problem Definition) จุดมุ่งหมายของขั้นตอนนี้ คือ การสอนให้ผู้รับการบำบัดรับรู้เมื่อเกิดปัญหา และการช่วยเหลือผู้รับการบำบัดในการเลือกหนึ่ง

ปัญหาที่ชัดเจนจากที่ได้กำหนดไว้ เพื่อให้เขาสามารถระบุปัญหาได้อย่างถูกต้องและเริ่มที่จะแก้ปัญหาได้ อาจดูชัดเจนแต่ไม่เสมอไปที่จะทำได้ เมื่อมีการใช้วิธีการหลีกเลี่ยงปัญหาหรือการตอบสนองอย่างหุ่นยนต์ เล่น ความสามารถในการรับรู้ปัญหาก่อนที่มีอยู่แล้ว การระบุถึงปัญหาอย่างถูกต้องอาจไม่ได้รับการพัฒนา ขึ้นตอนนี้มีอยู่ 3 ส่วนคือ 1) ให้ผู้รับการบำบัดเขียนปัญหาที่เกิดขึ้น โดยให้ผู้รับการบำบัดเขียนถึงปัญหาที่กำลังประสบอยู่ เพื่อให้ผู้รับการบำบัดร่วมกับผู้ให้การบำบัดเริ่มต้นในการคิดวิธีการแก้ปัญหาเหล่านี้ 2) เรียนรู้ปัญหาตามแนวทางที่วางไว้ โดยการบันทึกความคิด ความรู้สึก พฤติกรรม และอาการทางกายที่เกิดขึ้น 3) ใช้รายการตรวจสอบปัญหา เช่น ความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่าง เด็ก ๆ ความสัมพันธ์กับคู่ครองหรือคู่สมรส การหย่าร้าง การสูญเสีย การแยกตัว/ความเหงา ปัญหาเรื่องงาน หรือเรื่องเรียน ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย การถูกคุกคาม ปัญหาการดื่มสุรา ปัญหา ยาเสพติด ปัญหาทางเพศ ปัญหาทางด้านสุขภาพทางร่างกาย และปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เป็นต้น กำหนด ปัญหาที่ชัดเจนเป็นสิ่งสำคัญเพราะการได้ปัญหาที่ชัดเจน จะทำให้การหาแนวทางในการแก้ปัญหาทำได้ง่ายขึ้น ปัญหาที่ไม่ชัดเจนมีแนวโน้มที่จะส่งผลให้การแก้ปัญหาคลุมเครือ มีการรวบรวมข้อเท็จจริงทั้งหมดที่มีอยู่และ การเขียนไว้อย่างชัดเจน ซึ่งมีขั้นตอนคือกำหนดปัญหาที่ชัดเจน กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข รวบรวมข้อมูล ว่าอะไรเป็นปัญหา ปัญหาเกิดขึ้นเมื่อใด ปัญหาเกิดขึ้นที่ไหน ใครมีส่วนเกี่ยวข้องในปัญหานี้ วิธีการใดที่คุณ ใช้เพื่อแก้ปัญหาในอดีตที่ผ่านมา คุณสามารถควบคุมปัญหานี้ได้หรือไม่ ปัญหาที่ชัดเจนที่ได้จากการ บำบัดรักษาในขั้นตอนนี้ ผู้รับการบำบัดจะได้รายการของปัญหาเพื่อทำงานร่วมกับผู้บำบัด สิ่งสำคัญไป กว่านั้นจะทำให้ผู้รับการบำบัดมีทักษะที่จำเป็นสำหรับใช้ในชีวิตจริงอย่างต่อเนื่องในการค้นหาและระบุปัญหา

3. ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกในการแก้ปัญหา (Training in Generation of Alternative) เป็นการระบุแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ การระดมความคิดที่สามารถบรรลุได้ และเลือกแนวทางใน การแก้ปัญหาที่เป็นอยู่จริง โดยมีการประเมินศักยภาพของตนเองและประโยชน์ที่ได้ด้วยเหตุและผล เพื่อเป็น การเพิ่มโอกาสการสร้างทางเลือกที่มีประสิทธิภาพ และเกี่ยวข้องกับการทำให้ผู้รับการบำบัดรวบรวม ความคิดทั้งหมดที่พวกเขาสามารถคิดได้ที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเพิ่มโอกาสในการแก้ปัญหา โดย การระดมความคิดเขียนปัญหาและศักยภาพของตนเองเอาไว้

4. ฝึกการตัดสินใจ (Training in Decision Making) เมื่อผู้รับการบำบัดมีการสร้างและ หาทางเลือกที่มีศักยภาพแล้ว ผู้รับการบำบัดจะมองแนวทางในการแก้ไขปัญหาในเชิงลึกระหว่างการระดม ความคิด มองถึงผลดีและผลเสียของแต่ละแนวทางการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดย การหาวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด พบว่าผู้รับการบำบัดบางรายมีการตัดสินใจในขั้นตอนนี้ได้ยาก คิดทบทวน ซ้ำแล้วซ้ำอีก บทบาทของผู้ให้การบำบัดคือ การสอนผู้รับการบำบัดคิดอย่างเป็นระบบโดยใช้แนวปฏิบัติใน การตัดสินใจ พิจารณาวามิทางเลือกใดที่สามารถตัดออกได้ทันที (การเลือกเริ่มต้น) ทางเลือกใดที่คล้ายคลึง กันแล้วจัดเป็นกลุ่ม (การจัดกลุ่มทางเลือก) สุดท้ายผู้รับการบำบัดจะเลือกสองหรือสามทางเลือกที่ต้องการที่ จะลองปฏิบัติและประเมินในเชิงลึกมากขึ้น (มองถึงผลดีและผลเสีย)

5. ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (Training in Solution Implementation and Verification) ผู้รับการบำบัดดำเนินการตามแผนการแก้ปัญหาที่วางไว้ ซึ่งแผนการ ควรร่างขึ้นตอนเป็นกระบวนการที่จะให้ผู้รับการบำบัดปฏิบัติตาม เพื่อเลือกทางเลือกไปสู่การปฏิบัติที่เป็น รูปธรรม โดยผู้รับการบำบัดมีการลงรายละเอียดไว้ในทุกขั้นตอน รายละเอียดนี้เป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะอย่าง ยิงในช่วงแรกของการใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหา หรือเมื่อทางเลือกมีความซับซ้อนหรือเป็นไปได้ยาก

6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (Maintenance and Generalization) ทบทวนความก้าวหน้าของผู้รับการบำบัดในการปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ เป็นการช่วยให้ เกิดการแก้ปัญหาตามทักษะที่ได้ฝึกแล้วอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวน พบว่ามีผู้ศึกษาเกี่ยวกับ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา ผู้ป่วยจิตเวชที่ปัญหาฆ่าตัวตาย และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ดังนี้

บุญยามา คำบุญเรือง และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (2552) ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตตสุรา ได้พัฒนา โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า (D'Zurilla, 1988) และ เนซุ และเนซุ (Nezu & Nezu, 1989) กับกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตตสุรา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ภายหลังสิ้นสุดการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัด และภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัด โดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยเชิงทดลอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ใช้รูปแบบวัดก่อนและหลังทดลอง ใช้แนวคิดของ ตามแนวคิดของเดอซูเรลล่า และ เนซุ (D' Zurilla & Nezu, 2010) มีแนวคิดต่อการแก้ปัญหามากกว่าบุคคลการแก้ปัญหาได้ผลเนื่องจาก การรับรู้ปัญหาตามความจริง คิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนแก้ปัญหาและยอมรับว่าถ้าแก้ปัญหาไม่สำเร็จก็ต้องยอมรับว่ายังขาดประสบการณ์ ต้องเรียนรู้เพิ่มเติมหาสิ่งสนับสนุนก็ทำให้แก้ปัญหาได้สำเร็จ ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดโปรแกรม PST จำนวน 5 ครั้ง ผลพบว่าผู้ป่วย มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น และมีระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าลดลง มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ST) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีผู้ป่วยกลับมาปรึกษาซ้ำหลังจำหน่าย 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยกลุ่ม SP กลับมาปรึกษาซ้ำ ร้อยละ 15.80

ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ และคณะ (2559) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การเสพยาและอาการทางจิต ในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมทางจิตเวช ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสุราหรือสารเสพติดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 30 คน เข้าโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ จำนวน 12 ครั้ง ใน 2 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบประเมินปัญหาการดื่มสุราหรือสารเสพติด แบบประเมินอาการทางจิต แบบวัดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงและความต้องการการรักษา ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชาลินี หนูชูสุข และคณะ (2560) ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยอายุโรคเรื้อรัง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เปรียบเทียบสองกลุ่ม ก่อนและหลังระยะติดตามผล 1 เดือน ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังที่มีอาการซึมเศร้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 44 คน โปรแกรมจำนวน 7 ครั้ง

(สัปดาห์ละ 2 ครั้ง 60-90 นาทีต่อครั้ง) ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มทดลองและควบคุม ในระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร่าลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กฤติยา แสงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล (2562) ศึกษา ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา จำนวน 46 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ได้รับการจับคู่กลุ่มด้วยปัญหาการดื่มสุรา แล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 23 คน เข้ากลุ่มควบคุม 23 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุรา ผลการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุราหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุพัตรา สุขขาว และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2560) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ประกอบด้วย ภาวะซึมเศร้า โรคจิตเภทวิตกกังวล มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน ความผิดปกติของบุคลิกภาพ การใช้สารเสพติด และใช้สุรา อยู่ในครอบครัวที่ขาดความผูกพัน พ่อแม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย ความรู้สึกด้อยค่า เหตุการณ์สำคัญในชีวิตที่ นำมาสู่ความเครียดอย่างมาก ใช้การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งแตกต่างกันไปตามเพศภาวะ ทฤษฎีที่นำมา อธิบายการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น ได้แก่ ทฤษฎีอีริกสัน (Erikson's theory) ทฤษฎีเหตุและผลในการฆ่าตัวตาย (rational-suicide theory) ทฤษฎีมุมมองเชิงนิเวศวิทยาต่อการฆ่าตัวตาย (ecological perspective)

ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร และคณะ (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบในกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการบำบัดพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลงและระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยกลับมาปรึกษาซ้ำ

หทัยทิพย์ เจริญศรี และ จิราพร เขียวอยู่ (2560) ศึกษา ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก พบว่า ความชุกของ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 3.40 (95% CI=1.62-5.09) แบ่งตามระดับความเสี่ยงได้ดังนี้ ความเสี่ยง ระดับน้อย ร้อยละ 2.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 0.30 และระดับรุนแรง ร้อยละ 0.70 ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์และภาวะซึมเศร้า โดยการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 22.2 เท่า

(95% CI=4.57–107.93) ของการไม่มี ความเครียด การดื่มแอลกอฮอล์เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 12.7 เท่า (95% CI=2.26–70.99) ของการไม่ดื่ม 52 แอลกอฮอล์และการมีภาวะซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 5.2 เท่า (95% CI=1.08–24.69) ของการไม่มี ภาวะซึมเศร้า

อัครเตช 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 ผลของโปรแกรม PST-PPS.JVKK ทำให้มีทักษะการแก้ไขปัญหาเพิ่มมากขึ้น มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังสิ้นสุดการบำบัดทันทีและในระยะติดตามผล 1, 3 เดือน คะแนนเฉลี่ย PSI สูงขึ้น และไม่พบการกลับมาซ้ำ และสรุปได้ว่าโปรแกรม PST-PPS.JVKK มีความเหมาะสมต่อการนำมาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

รัชดา อังชนากุล (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 32 ราย ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และจากการสัมภาษณ์ข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรม การดื่มสุราลดลง ดังนั้นพยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่ติดสุรา

Stewart et al., (2009) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการปรับความคิด และพฤติกรรมกับการบำบัด การแก้ปัญหา และการบำบัดตามปกติในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง เช่น เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายบกพร่องในการ แก้ปัญหาโดยมีกระบวนการทั้งหมด 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การระบุปัญหา 2) การพิจารณาทางเลือกในการ แก้ปัญหา 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) ปฏิบัติการแก้ปัญหา ผลพบว่าในกลุ่มปรับความคิดและ พฤติกรรม พบว่า พึงพอใจมากขึ้น คะแนนความสิ้นหวังลดลง ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ไม่มีความแตกต่าง ของทักษะการแก้ปัญหา ส่วนในกลุ่ม PST พบว่า คะแนนความสิ้นหวังลดลง พึงพอใจคะแนนทักษะการ แก้ปัญหาดีขึ้น ความคิดฆ่าตัวตายลดลงสอดคล้องกับ การศึกษาของ Bell AC, D' Zurilla TJ. (2009) ได้ ศึกษาวิจัยแบบการวิเคราะห์ห่อหุ้ม หรือ Meta analysis จำนวน 21 เรื่อง เกี่ยวกับประสิทธิผลของ PST เพื่อลดภาวะซึมเศร้า พบว่า โปรแกรมการบำบัดได้ฝึกทักษะการรับรู้ปัญหาทางบวกและฝึกการแก้ปัญหา อย่างมีเหตุผล สามารถลดภาวะซึมเศร้าได้และพบว่าความคิดฆ่าตัวตายลดลงด้วย

Veltro et al., (2011) พบว่า กลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา (PST) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่พ้นระยะเฉียบพลัน (Acute) ไปแล้ว มีการประเมินก่อนทำกลุ่ม PST และ คัดเข้ากลุ่มบำบัด พบว่า ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตดีขึ้น มีการหยั่งรู้ดีขึ้น สามารถลดความวิตกกังวล สามารถฟื้นฟูสภาพการรับรู้ในความคิด ความเข้าใจดีขึ้น เห็นศักยภาพในการวางแผนและความจำดีขึ้น สามารถตอบสนองโดยลดอาการทางจิตทุเลาและเพิ่มเติมกับการรักษาด้วยยาและสามารถอยู่ร่วมกับ ครอบครัวหรือชุมชนได้

Ventura J et al., (2013) ได้ศึกษา Memory Functioning and Negative Symptoms as differential Predictors of Social Problem Solving Skills in Schizophrenia ผู้ป่วยจิตเภทกับโปรแกรมการแก้ปัญหา (PST) โดยศึกษา กลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่มีอายุระหว่าง 21-65 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคจิตเภท และมีการทดสอบอาการทางจิต ทั้งแบบอาการทางบวก และอาการทางลบ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Multiple Regression Analysis การศึกษานี้สามารถทำนาย กระบวนการความจำ การรับรู้ และทักษะความสามารถในการแก้ปัญหา ผลพบว่า ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาและอาการทางจิตดีขึ้น โดยมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า PST ทำให้มีอาการทางจิตลดลง ทำให้อาการทางบวกลดลง และอาการทางลบของผู้ป่วยดีขึ้น มีทักษะการแก้ปัญหาของตนเองในชุมชนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Barner et al., (2017) ได้ทำการพัฒนา และทดสอบการยอมรับและความเป็นไปได้ของโปรแกรมบำบัดโดยแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย (PST-ST) โดยการปรับปรุงการแก้ปัญหาและป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มทหารผ่านศึกที่ได้รับบาดเจ็บของสมอง ที่ศูนย์การแพทย์ทหารผ่านศึก ผลพบว่าความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง (CSQ-8 M=27.8 out of 32; SD=4.78; range 14-32) อธิบายได้ว่า PST-SP เป็นการบำบัดที่ได้รับและมีความเป็นไปได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มควบคุม (Control group) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 และเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2567

1. รูปแบบการทดลอง (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แบบรายกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีการวัดผลในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยทำการเก็บข้อมูลในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยจิตเวชในชายฝั่งคำ) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือน มีนาคม-พฤษภาคม 2567 มีรูปแบบการทดลองดังภาพที่ 3

ภาพที่ 3 รูปแบบการทดลอง

	Pretest	Treatment	Posttest	Follow up เดือน 1
R1	O ₁	X	O ₂	O ₃
R2	O ₄	Y	O ₅	O ₆

โดยกำหนดให้

R1=การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง

R2=การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม

X=โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา

Y=การพยาบาลตามปกติ

O₁=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช ก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง

O₂=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช หลังทดลองของกลุ่มทดลอง

O₃=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มทดลอง

O₄=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชก่อนทดลองของกลุ่มควบคุม

O₅=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชหลังทดลองของกลุ่มควบคุม

O₆=พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในระยะติดตามหลังจำหน่าย 1 เดือนของกลุ่มควบคุม

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมตาม (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชได้แก่ ผู้ป่วยโรคจิตเภท (schizophrenia: F20.xx), ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major depressive disorders: F32), ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท (Mental and behavioral disorder due to multiple drugs use and use of psychoactive substance: F10-19) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย คือ มีความคิดฆ่าตัวตาย (suicide ideation) วางแผนฆ่าตัวตาย (suicide plan) พยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) และทำร้ายตนเองให้บาดเจ็บ (self-harm) ได้รับการประเมินด้วย M.I.N.I. Suicide ใน OPD card หรือ Doctor order sheet ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2567

2.2 กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคร่วมตาม (ICD-10) ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวช และได้รับการวินิจฉัยโรคร่วมการดื่มสุราแบบมีปัญหา หรือโรคติดสุรา (F10.1-F10.5) หรือมีค่าคะแนนจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในเกณฑ์เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงขึ้นไป มีค่าคะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์ โดยมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง มีค่าคะแนนตามแบบประเมิน M.I.N.I-Suicidality มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน (หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝั่งคำ) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม 2567

มีเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เพศชาย อายุระหว่าง 20-59 ปี
2. ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีอาการทางจิตสงบ โดยมีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน (คะแนน 18-36 คะแนน หมายถึงมีอาการทางจิตน้อย)
3. มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีคะแนนแบบประเมินสภาพจิตแบบสั้น (Thai Mental Status Examination: TMSE) มากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน (ค่าคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน มีภาวะสมองเสื่อม)
4. ไม่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง โดยมีคะแนนตามแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน

5. สามารถเขียนอ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

โดยเกณฑ์การคัดเลือกรวมตัวอย่างออกจากโครงการ (Exclusion criteria) มีดังนี้

1. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคทางกายรุนแรง
2. ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความผิดปกติของสมอง เช่น ปัญญาอ่อน สมองเสื่อม
3. กลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตกำเริบอย่างรุนแรง เสี่ยงต่อการได้รับอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม
4. กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด ร้อยละ 100 (เข้ากลุ่มไม่ครบทั้ง 5 ครั้ง)

5. ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงของการรักษาด้วยไฟฟ้า

6. ขอถอนตัวออกจากการวิจัย

3. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

3.1 ขนาดของตัวอย่าง ขนาดของกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (sample size) และขนาดอิทธิพล (effect size) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power of the test) เท่ากับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่มอิสระต่อกัน โดยมีการคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย โดยสูตร ดังนี้

สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

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

(อ้างอิงจาก: Polit, D.F. and Hungler, B.P. 1987)

$\mu_1 - \mu_2$ = Mean difference หรือค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุดเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มากพอจะครอบคลุมการหาคำตอบ

การคำนวณขนาดตัวอย่างครั้งนี้อ้างอิงจากการศึกษาเรื่องกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการแก้ปัญหาก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น

μ_1 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลอง มีค่าเท่ากับ 59.65

μ_2 หมายถึง ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะก่อนทดลองเสร็จสิ้น มีค่าเท่ากับ 73.60

δ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานที่มีค่ามากที่สุด มีค่าเท่ากับ 4.49

แทนค่าในสูตร

$$d = \frac{73.60 - 59.65}{4.49} = 3.10$$

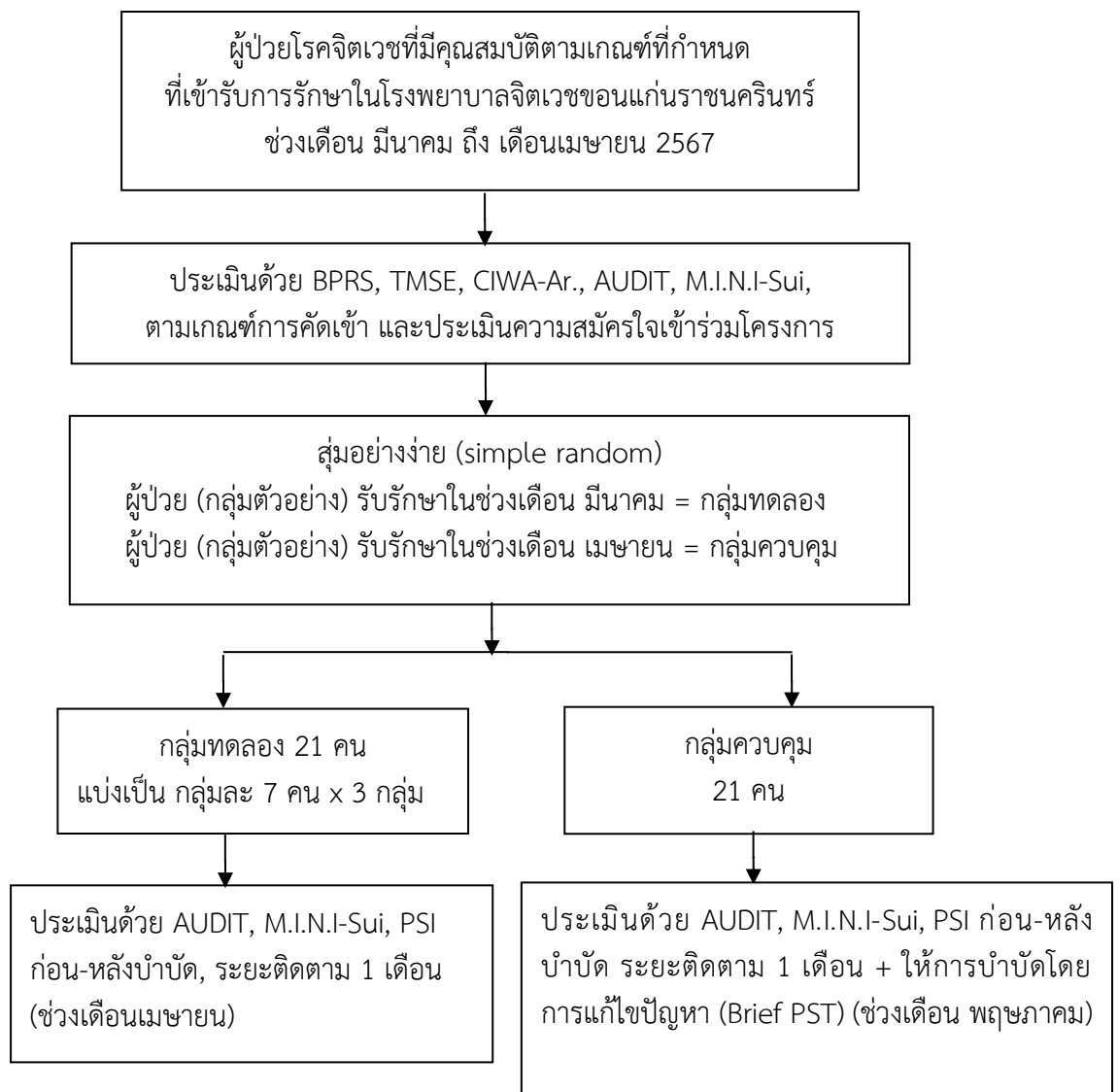
4.49

เมื่อนำค่า d (3.10) หรือค่า Effect size ไปแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G* power ได้ Estimated Effect=19 และได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 19 คน แต่ในระหว่างดำเนินการวิจัยได้มีการติดตามผลหลังจำหน่าย 1 เดือน อาจมีการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 (Grove, Gray & Burn, 2013) คิดเป็น 1.9 คน รวมเป็นจำนวน 20.9 หรือคิดเป็น 21 คน (กลุ่มละ 21 คน)

3.2 การสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ. หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝั่งคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2567 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด การสุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้การสุ่มเป็นรายเดือนเพื่อป้องกันการปนเปื้อนการบำบัด (contamination) จากการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และจำนวนของผู้ป่วยอาจไม่เพียงพอ การสุ่มแบบง่ายเพื่อเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงระยะเวลาใกล้เคียงกัน

โดยให้กลุ่มทดลอง เท่ากลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในช่วงเดือนมีนาคม 2567 และกลุ่มควบคุม เท่ากับกลุ่มผู้ป่วยที่รักษาในช่วงเดือนเมษายน 2567 และเพื่อปกป้องสิทธิ์ของกลุ่มควบคุมหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยจะทำการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Brief PST) ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแบบรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม โดยทำการบำบัดในวันนัดติดตามระยะ 1 เดือนหลังกลับไปอยู่บ้าน ดังภาพที่ 4

ภาพที่ 4 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย ได้แก่

1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วย ช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษา แบบประเมินนี้พัฒนาโดยโอเวอร์อลล์ และ โกฮาม (Overall & Gorham, 1992) นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และคณะ (2548) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อในแต่ละข้อ 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 ทั้ง 18 ข้อ มีค่าช่วงคะแนน 18-126 คะแนน แปลค่าคะแนนได้ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง อาการปกติ

คะแนน 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อย

คะแนน 37-136 คะแนน หมายถึง อาการทางจิตรุนแรง

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จึงสามารถเข้ารับการศึกษาคั้งนี้ได้

2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) พัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (2536) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยวัดการรับรู้ของเชาว์ปัญญา 6 ด้าน คือ 1) ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) 2) ด้านความจำ (registration) 3) ด้านความตั้งใจ (attention) 4) ด้านการคำนวณ (calculation) 5) ด้านภาษา (language) และ 6) ด้านการระลึกได้ (recall) โดยเครื่องมือมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 87 ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผล ค่าคะแนนน้อยกว่า 23 คะแนน มีภาวะสมองเสื่อม

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินภาวะสมองเสื่อมของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน จึงสามารถเข้ารับการศึกษาคั้งนี้ได้

3) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) แบบประเมินภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (clinical institute withdrawal assessment for alcohol revised version: CIWA-Ar.) พัฒนาคั้งแรกโดยชอร์ว และคณะ (Shaw et al., 1981) เมื่อปี พ.ศ. 2524 ให้ชื่อว่า CIWA-A และมีการปรับปรุงใหม่โดยชูลิแวน และคณะ ในปี พ.ศ. 2532

(Sullivan et al., 1989) เป็นแบบประเมินที่ใช้เพื่อช่วยเฝ้าระวังติดตามอาการขาดแอลกอฮอล์ผู้ที่ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ประกอบด้วย 10 หัวข้อ ได้แก่ 1) อาการคลื่นไส้และอาเจียน 2) อาการสั่น 3) อาการเหงื่อออกมาก 4) อาการวิตกกังวล 5) อาการกระสับกระส่าย 6) อาการประสาทหลอนตามผิวหนัง 7) อาการประสาทหลอนทางหู 8) อาการประสาทหลอนทางตา 9) อาการปวดศีรษะ และ 10) อาการผิดปกติในการรับรู้บุคคลและสถานที่ หัวข้อประเมินข้อที่ 1-9 มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 7 คะแนน ส่วนหัวข้อประเมินที่ 10 มีคะแนน 0-4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมด 67 คะแนน สามารถแบ่งระดับออกเป็น 4 ระดับ และแปลผลของอาการถอนพิษสุราได้ดังนี้

1-7 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับเล็กน้อย (mild withdrawal)

8-14 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับปานกลาง (moderate withdrawal)

15-19 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรง (severe withdrawal)

>20 คะแนน หมายถึง มีภาวะถอนพิษสุราในระดับรุนแรงมาก (very severe withdrawal)

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินภาวะถอนพิษสุราของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่วิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน จึงสามารถเข้าสู่วิจัยครั้งนี้ได้

4) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนัก และดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2553) เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยง สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการดื่มแบบติด สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) และภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 10 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วงนี้ อาการติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา โดย คำถามที่ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Alcohol Use) คำถามที่ 4-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด (Dependence Symptoms) คำถามที่ 7-10 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful Alcohol Use) รวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ อยู่ในช่วง 0-40 คะแนน จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาด้วยความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความถ่วงจำเพาะเฉลี่ยประมาณ 0.80 มีช่วงค่าคะแนน แปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ (Low Risk)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินระดับความเสี่ยงของการดื่มสุราของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่วิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จึงสามารถเข้าสู่วิจัยครั้งนี้ได้

5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et.al., 2006) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุภา กิตติรัตน-

ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือ ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.86 ในส่วนของ module current suicide risk ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.91 ในการวิจัย ครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจัยโรค (modules) ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ทั้งนี้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถามเกี่ยวข้อง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา และอีก 1 ข้อ เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตาย ตลอดชีวิต ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่างกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนที่ได้จะนำมารวมกัน ซึ่งมีค่าคะแนน ระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ (พันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) ดังนี้

1-8 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย

9-16 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

≥17 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย โดยผู้ป่วยต้องมีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 9 คะแนน จึงสามารถเข้าสู่การศึกษาครั้งนี้ได้

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเอง และวิธีการ ฆ่าตัวตาย) วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน

2) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) เป็นแบบประเมินขององค์การอนามัยโลกที่พัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ในการค้นหาปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ และค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงของการดื่ม ผู้ที่ดื่มหนัก และดื่มแบบติด (WHO, 2001) แปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย บริหารศ ศิลปะกิจ และ พันธัญญา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2553) เป็นเครื่องมือที่มีความแม่นยำในการประเมินความเสี่ยง สามารถจำแนกพฤติกรรมการดื่มเป็นการดื่มแบบเสี่ยง การดื่มแบบอันตราย และการดื่มแบบติด สอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence) และภาวะดื่มแบบอันตราย (Harmful use) ประกอบด้วยหัวข้อในการประเมิน 10 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดื่มสุราในช่วงนี้ อาการ ติดสุรา และปัญหาที่เกี่ยวกับการดื่มสุรา โดย คำถามที่ 1-3 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบดื่ม แบบเสี่ยง (Hazardous Alcohol Use) คำถามที่ 4-6 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบติด (Dependence Symptoms) คำถามที่ 7-10 เป็นคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดื่มสุราแบบอันตราย (Harmful Alcohol Use) รวมคะแนนทั้ง 10 ข้อ อยู่ในช่วง 0-40 คะแนน จุดตัดคะแนน AUDIT ที่ 8 คะแนนบ่งชี้ว่าเป็นการดื่มแบบมีปัญหาด้วยความไวที่ประมาณ 0.95 และค่าความถ่วงจำเพาะ เฉลี่ยประมาณ 0.80 มีช่วงค่าคะแนน แปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ(Low Risk)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง(Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย(Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึงกลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา (Alcohol Dependence)

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินผลเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงพฤติกรรมการดื่มสุราก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I) พัฒนาขึ้นโดยชีฮาน และคณะ (Sheehan et.al., 2006) ซึ่งมีทั้งหมด 16 ชุดวินิจฉัยโรค (modules) ได้ถูกแปลและเรียบเรียงเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น และได้ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือ ทดสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ค่า Kappa เท่ากับ 0.86 ในส่วนของ module current suicide risk ค่าความไว (sensitivity) เท่ากับ 0.96 ค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับ 0.91 ในการวิจัย ครั้งนี้ใช้เฉพาะส่วนวินิจฉัยโรค (modules) ของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicidality) โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย ความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) การวางแผนฆ่าตัวตาย (suicidal plan) และการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ทั้งนี้แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ คำถามเกี่ยวข้องความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมา และอีก 1 ข้อ เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ที่ผ่านมา ลักษณะคำถามแบบ Dichotomous Question มีคำตอบ 2 ตัวเลือก คือ “ใช่” และ “ไม่ใช่” ค่าคะแนนแต่ละข้อมีค่าต่างกัน ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน คะแนนที่ได้จะนำมารวมกัน ซึ่งมีค่าคะแนนระหว่าง 0 ถึง 52 คะแนน แปลผลคะแนนดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งจำแนกความรุนแรงของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 3 ระดับ (พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น, 2548) ดังนี้

1-8 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับน้อย

9-16 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

≥17 คะแนน หมายถึง มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายระดับมาก

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้สำหรับประเมินผลเกี่ยวกับระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลอง และระยะติดตาม 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (Problem Solving Therapy: PST) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ตามทฤษฎีของเดอซูเรลา และ เนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2007) โดยโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหานั้นใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ และหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index :CVI) มีค่า CVI เท่ากับ 0.93 มี 4 ขั้นตอน ทำกลุ่มจำนวน 5 ครั้ง แต่ครั้งละครั้งใช้เวลา 60-70 นาที ใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1 สัปดาห์ (ทุกวันจันทร์ ถึง วันศุกร์) มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจหรือค้นหาปัญหา (Problem Orientation)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การหยุดความคิด และอารมณ์ทางลบ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจโปรแกรมการแก้ปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา โรคจิตเวช ปัญหาจากการใช้สุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

สาระสำคัญ คือ ให้สมาชิกได้เข้าใจถึงโปรแกรมการบำบัด และฝึกสมาชิกทำความเข้าใจปัญหา คือ การนำตนเอง กำกับตนเอง ค้นหาปัญหาหรือระบุปัญหาจากการฝึกเขียนสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า

ผลลัพธ์การเรียนรู้: สมาชิกกลุ่ม เข้าใจโปรแกรมการบำบัด และสามารถทำความเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 1
3. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา (Problem Definition)

ครั้งที่ 2. การฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา การรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเชื่อมโยง เนื้อหาและกิจกรรมในครั้งที่ 1
2. เพื่อให้สมาชิกฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกฝึกทำความเข้าใจ รับรู้ปัญหาทางบวก และลดการรับรู้ปัญหาทางลบ
4. เพื่อให้สมาชิกฝึกให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา
5. เพื่อให้สมาชิกฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ

สาระสำคัญ ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน เพื่อฝึกวิเคราะห์ต่อปัญหาทั้งทางบวกและทางลบ ประเด็นปัญหาจากสถานการณ์ต่อไปนี้ (กรณีตัวอย่าง) และจากสถานการณ์ดังกล่าว ให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ปัญหา ดังนี้ 1) ปัญหา คืออะไร (ระบุปัญหา) 2) สาเหตุของปัญหา 3) เป้าหมายในการแก้ปัญหา 4) การรับรู้ปัญหาทางลบ 5) การรับรู้ปัญหาทางบวก 6) การให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับปัญหา

ผลลัพธ์การเรียนรู้: สมาชิกกลุ่ม สามารถค้นหา และระบุปัญหาของตนเองได้

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 1
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 2
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 การหาทางเลือกในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ (Generation of Alternative and Decision Making)

ครั้งที่ 3 การพิจารณาทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเชื่อมโยงเนื้อหา และกิจกรรมในครั้งที่ 2

2. เพื่อให้สมาชิกได้พิจารณาทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหา โดยการระดมสมอง

3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการสร้างทางเลือกที่หลากหลาย สำหรับการแก้ปัญหา

สาระสำคัญ ผลการรวบรวมทางเลือกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ (กรณีตัวอย่าง) 1) ระบุปัญหา

2) ค้นหาปัญหาที่แท้จริง 3) กำหนดเป้าหมายในการแก้ปัญหา 4) ทางเลือกและความเป็นไปได้

ผลลัพธ์การเรียนรู้: สมาชิกกลุ่ม สามารถรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้ ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม

2. จากการบ้านครั้งที่ 2

3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 3

4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลหรือประเมินการแก้ปัญหา (Solution Implementation and Verification)

ครั้งที่ 4 ฝึกการตัดสินใจ เลือกวิธีแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

2. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาถึงสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและตัดสินใจแก้ปัญหา

สาระสำคัญ ให้สมาชิกคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและการตัดสินใจถึงความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาของตนเอง ตามประเด็น 1) ปัญหาคือ 2) สาเหตุของปัญหาคือ 3) เป้าหมายในการแก้ปัญหา 4) ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา

ผลลัพธ์การเรียนรู้: สมาชิกกลุ่ม สามารถพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม

2. จากการบ้านครั้งที่ 3

3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 4

4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ครั้งที่ 5 ฝึกลงมือการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกประเมินผลการแก้ปัญหา

3. เพื่อให้สมาชิกคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง และสามารถจัดการกับปัญหานั้น ๆ ได้ และรู้จักให้กำลังใจหรือรางวัลกับตนเอง

สาระสำคัญ ฝึกการลงมือแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา ให้สมาชิกแต่ละคนคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองตามที่ได้ตัดสินใจในครั้งที่ 4 ตามประเด็นคำถามต่อไปนี้ 1) ปัญหา คืออะไร 2) ทางเลือกที่ดีที่สุดของปัญหา คืออะไร 3) ลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่เหมาะสมโดยพิจารณาจาก ทำกับใคร ทำอย่างไร ทำเมื่อไร 4) มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง มีปัญหาอุปสรรคอะไร 5) การให้กำลังใจตนเอง

ผลลัพธ์การเรียนรู้: สมาชิกกลุ่ม สามารถวางแผนในการแก้ปัญหาของตนเองและนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 4
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 5
4. สามารถฝึกการแก้ปัญหาและสามารถบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้
5. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวน

แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ของสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ ของเดอซูริลลา และเนซุ (D’Zurilla & Nezu, 2007) ใช้สำหรับประเมินทักษะการแก้ปัญหา จำนวน 23 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 13 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 23-92 คะแนน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ไม่ดี และคะแนนรวมสูง หมายถึง มีทักษะการแก้ปัญหาที่ดี โดยแปลจากคะแนนรวม (D’Zurilla, 2007 อ้างถึงในสุวดี ศรีวิเศษ, 2556) ดังนี้

- 35 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก
- 36-58 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย
- 59-81 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหปานกลาง
- 82-92 คะแนน หมายถึง มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

โดยผู้ป่วยต้องมีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยถึงน้อยมาก โดยต้องมีคะแนนมีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 58 คะแนน จึงจะถูกคัดเลือกเข้าสู่วิชาการครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 42 คน มีค่าคะแนนการประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) อยู่ในช่วง 40-58 คะแนน และในการวิจัยครั้งนี้ ใช้การประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) เป็นตัวกำกับการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการทดลอง ค่าคะแนน (PSI) ของกลุ่มทดลองต้องมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. โปรแกรมในการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายกลุ่มในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และโปรแกรมการบำบัดได้ผ่านการตรวจสอบและได้รับคำชี้แนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน คือ 1) นางสาวดี ศรีวิเศษ อดีตพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ 2) นางศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และจิตแพทย์ 1 ท่าน คือ น.พ. ธนวัฒน์ ชูราษี นายแพทย์ชำนาญการ จากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และภาษาที่ใช้ในโปรแกรม โดยในการตรวจสอบจะมีระดับของการให้คะแนนความสอดคล้องเป็น 4 ระดับได้แก่ ระดับคะแนน 4 หมายถึง มีความสอดคล้องมาก ระดับคะแนน 3 หมายถึง ค่อนข้างมีความสอดคล้อง ระดับคะแนน 2 หมายถึง มีความสอดคล้องน้อย และระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีความสอดคล้อง จากนั้นผู้วิจัยได้รวบรวมค่าคะแนนที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ในระดับ คะแนน 3 และ 4 มาใช้ในการประกอบการคำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ามีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.93 ซึ่งถือว่าผ่านที่กำหนด การคำนวณ ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

$$(CVI) = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับใช้ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ เรื่องเนื้อหาในการสอนผู้ป่วยไม่ควรจะเป็นวิชาการมากเกินไป ภาษาที่ใช้ควรฟังง่าย เข้าใจง่าย ไม่ควรอธิบายทับศัพท์ภาษาอังกฤษในการทำกลุ่ม ในส่วนของใบกิจกรรมที่ให้กลุ่มตัวอย่างทำ แนะนำเรื่องการปรับคำถามไม่ให้ซ้ำซ้อนในแต่ละกิจกรรม เพราะผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มบำบัดบางคนสติปัญญาไหวพริบช้าหรือเร็วแตกต่างกัน ข้อคำถามที่เยิ่นเย้อเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายไม่อยากเขียนตอบ ในผู้ป่วยบางคนควรใช้การพูดแทนการเขียนหากพบว่าผู้ป่วยไม่สะดวกในการเขียน ผู้วิจัยได้ทบทวน แก้ไขและปรับปรุงเครื่องมือตามจากผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาไปทดลองใช้กับผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาการดื่มสุราที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน เพื่อดูความเป็นไปได้ของการนำโปรแกรมไปใช้ ตรวจสอบความชัดเจนทางภาษารวมทั้งรูปแบบและเนื้อหากิจกรรมให้เหมาะสม พบว่าโปรแกรมสามารถใช้ได้ในกลุ่มตัวอย่าง ไม่พบปัญหาใด ๆ

2. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ของสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ 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 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และทดลองใช้กับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) เท่ากับ 0.86 (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2565)

การพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ทำหน้าที่บำบัด

ผู้วิจัยคนที่ 1 (ผู้วิจัยหลัก) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มีประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมา 29 ปี ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีความรู้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) โดยผ่าน 1) การอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) วันที่ 20-21 ธันวาคม 2561 โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 2) อบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย วันที่ 14-15 มีนาคม 2562 โดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ 3) ผ่านการฟื้นฟูและประเมินผลความเชี่ยวชาญการบำบัดโดยการแก้ปัญหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา เป็นผู้ร่วมวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของนางสาวสุดี ศรีวิเศษและคณะ (2556) และได้นำแนวคิดและการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชอย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่ในการทำบำบัดแบบกลุ่มตามโปรแกรมการบำบัด และรวบรวมข้อมูล สรุปผลการวิจัย จัดทำรูปเล่ม และเผยแพร่ผลงานวิจัย

ผู้วิจัยคนที่ 2 (ผู้ร่วมวิจัย) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลครอบครัว การที่มีประสบการณ์การทำงาน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 24 ปี ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้เตรียมตนเองด้านความรู้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ ในวันที่ 8-9 กุมภาพันธ์ และ 31 พฤษภาคม 2565 โดยกรมสุขภาพจิต ทำหน้าที่ในการวิจัยคือ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และอำนวยความสะดวกช่วยเหลือผู้วิจัยในการดำเนินการกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการบำบัด รวมถึงการสังเกตพฤติกรรม จดบันทึกสาระสำคัญขณะดำเนินการกลุ่มบำบัด รวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้อง และวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยคนที่ 3 (ผู้ร่วมวิจัย) เป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มีประสบการณ์การทำงาน และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 10 ปี ผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ได้เตรียมตนเองด้านความรู้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) โดยผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ปัญหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในวันที่ 21-23 ธันวาคม 2563 และผ่านการฟื้นฟูและประเมินผลความเชี่ยวชาญการบำบัดโดยการแก้ปัญหาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยได้รับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ คือ ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา และนำแนวการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เป็นผู้ช่วยเหลือผู้วิจัยในการดำเนินการกลุ่มบำบัดตามโปรแกรมการบำบัด รวมถึงการสังเกตพฤติกรรม จดบันทึกสาระสำคัญขณะดำเนินการกลุ่มบำบัด

5. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

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

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยในการติดตามประเมินผล ผู้วิจัยเป็นพยาบาล

วิชาชีพชำนาญการที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มภารกิจการพยาบาล และคณะผู้วิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และผู้ช่วยวิจัย 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานประจำในหอผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เช่นเดียวกัน ซึ่งไม่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้เก็บข้อมูลการประเมินระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน โดยมีการเตรียมความพร้อมของทีมผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดังนี้

1) ผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยได้เตรียมตนเองในเรื่องของความรู้ ทักษะและความเชี่ยวชาญเรื่อง การบำบัดโดยการแก้ปัญหา ทำความเข้าใจโปรแกรมการบำบัดแบบรายกลุ่ม โดยมีการฝึกปฏิบัติในการบำบัด ก่อนเก็บข้อมูลจริง พร้อมทั้งมีการปรึกษาผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหา เพื่อให้ เกิดความเข้าใจและแก้ไขปรับปรุงในส่วนที่ไม่เป็นไปตามขั้นตอนของโปรแกรมการบำบัด

2) การเตรียมผู้วิจัย ซึ่งมีหน้าที่ในการผู้เก็บข้อมูลระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และ ระยะติดตามประเมินผล 1 เดือน เป็นผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้เพื่อป้องกันการเกิดอคติจากผู้วิจัย โดย ผู้วิจัยหลักจะเป็นผู้ให้รายละเอียดของเครื่องมือ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยไม่แจ้งว่าผู้ป่วยที่ให้เก็บ ข้อมูลนั้นเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

2. ส่งโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัยตามแผน ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือเพื่อเก็บ รวบรวมข้อมูลตามแผนดำเนินการวิจัย

4. ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูลและทบทวนความรู้ในการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการ แก้ปัญหาให้กับคณะผู้วิจัย และชี้แจงการข้อมูลด้วยแบบประเมินต่าง ๆ แก่ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ซึ่งเป็น ผู้รวบรวมผลการประเมิน ทั้งในระยะก่อนการทดลอง หลังเสร็จสิ้นการบำบัดทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

5. ประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ ถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการ ดำเนินงาน เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

6. ผู้วิจัยจัดเตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้พร้อม ใช้ห้องกิจกรรมกลุ่มบำบัดที่เป็นห้อง ทำกลุ่มกิจกรรมโดยเฉพาะในหอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ โดยผู้วิจัยจะใช้ช่วงเวลาในการทำกลุ่มปกติ ไม่ให้ เกิดผลกระทบต่อแผนการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง ขณะดำเนินกลุ่มบำบัดหากมีแพทย์ประจำตัวของกลุ่ม ตัวอย่างเข้ามาตรวจเยี่ยมอาการ เจ้าหน้าที่ก็สามารถแจ้งทีมผู้วิจัย และสามารถพิจารณาให้ผู้ป่วยออกมาพบ แพทย์ได้

7. ผู้วิจัยจะนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้ กลุ่มตัวอย่างทราบ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2567 (หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ในเดือน กุมภาพันธ์ 2567)

1. เก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าร่วม โครงการวิจัย ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบ

สั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) 3) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) 4) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 5) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) และ 6) แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) เพื่อคัดกรองอาการทางจิตผู้ป่วยก่อนเข้ารับการรักษาตามโปรแกรม 7) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และสำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) และแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) เก็บเฉพาะระยะก่อนการทดลองเท่านั้น

2. อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง (ผู้ป่วย) แล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจผู้ป่วยทุกคนได้รับการชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ โดยการแนะนำตัวผู้เก็บข้อมูลวิจัย วัตถุประสงค์ และวิธีการศึกษา ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลผลภายหลังดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยและประโยชน์ที่จะได้รับ สอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามและอธิบายโครงการจนเข้าใจ จึงให้ผู้ป่วยลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ สำหรับแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปเก็บเฉพาะระยะก่อนการทดลองเท่านั้น โดยสอบถามกับผู้ป่วยประกอบการศึกษาในแฟ้มประวัติผู้ป่วยในด้วย

3. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง (42 คน) ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มควบคุม (21 คน) ได้รับการพยาบาลตามปกติ ได้รับยาตามแผนการรักษา การบำบัดรักษาทางจิตสังคมด้วยการให้คำปรึกษา การให้สุขภาพจิตศึกษา การเฝ้าระวังและจัดการความเสี่ยงทั้งทางด้านปัญหาจากการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รวมถึงการให้คำแนะนำครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องก่อนจำหน่าย

กลุ่มทดลอง (21 คน) ได้รับยาตามแผนการรักษา และได้การบำบัดด้วยโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยจะแบ่งสมาชิกในกลุ่มทดลองจำนวน 21 คน ออกเป็น 3 กลุ่มย่อย ได้สมาชิกกลุ่มละ 7 คน แต่ละกลุ่มให้การบำบัด จำนวน 5 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60-70 นาที ทุกวันจันทร์ ถึงวันศุกร์ เวลา 9.30-10.30 น. แต่ละกลุ่มใช้ระยะเวลาในการบำบัด 1 สัปดาห์ ใช้สถานที่ในการทำกลุ่มบำบัด คือ ห้องกลุ่มกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ สถานที่นี้เป็นสัดส่วนเหมาะสม ไม่มีสิ่งรบกวนจากภายนอกขณะดำเนินการบำบัด โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจหรือค้นหาปัญหา (Problem Orientation)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้การเจ็บป่วย และปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา (Problem Definition)

ครั้งที่ 2 การฝึกการระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การหาทางเลือกและตัดสินใจ (Generation of Alternative and Decision Making)

ครั้งที่ 3 ฝึกการรวบรวมทางเลือกในการแก้ไขปัญหา และหาเหตุผลในการตัดสินใจ
ทางเลือกในการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลหรือประเมินการแก้ปัญหา (Solution Implementation and Verification)

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการตัดสินใจ แก่วิธีการปัญหา

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะลงมือแก้ปัญหาและการประเมินผล

4. เก็บข้อมูลหลังการเข้ารับโปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาเสร็จสิ้นทันที โดยผู้ช่วยวิจัย จะทำการประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมิน คือ 1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 2) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) และ 3) แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) หากพบว่าผู้ป่วยคนใดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น จะทำการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

5. ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า ถึงแม้ว่าการบำบัดจะสิ้นสุดลง แต่ถ้าผู้ป่วยคนใดยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ก็สามารถติดต่อกลับมาได้ และท้ายสุดให้ผู้ป่วยประเมินความพึงพอใจจากการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ

6. ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยเพื่อประเมินผลการรักษาอีกครั้ง ภายหลัง 1 เดือน หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยทีมผู้ช่วยวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 การติดตามผลการบำบัด

1. การติดตามผลหลังการบำบัดทันที และในระยะติดตามผลหลังบำบัด 1 เดือน คือ ช่วงเดือน เมษายน 2567 (ติดตามกลุ่มทดลอง) และช่วงเดือนพฤษภาคม 2567(ติดตามกลุ่มควบคุม) โดยทีมผู้ช่วยวิจัย ทั้ง 2 คน เป็นผู้เก็บข้อมูล โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) หลังการบำบัดทันที และหลังการบำบัด 1 เดือน ซึ่งการนัดหมายผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมโครงการและญาติให้มาตามนัดหมาย ผู้ช่วยวิจัยจะมีที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ผู้ป่วย และญาติอย่างชัดเจน โดยจะนัดหมายหลังจากผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน อาจมาก่อนหรือหลังวัน นัดหมายไม่เกิน 7 วันทำการ โดยการนัดหมายมาติดตามผลจะเป็นวันเดียวกับวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมารับยาหลังจำหน่าย เมื่อใกล้ถึงวันนัดหมาย 1-2 วัน ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ไปย้ำเตือนวันนัดหมายและสอบถามเวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลที่ชัดเจน เมื่อผู้ป่วยมาถึงจะมีผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูล กรณีผู้ป่วยไม่สามารถมาได้ตามกำหนด (เมื่อถึงวันนัดหมาย ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้วิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์อีกครั้ง เพื่อให้มาติดต่อกับโรงพยาบาลในวันทำการถัดไป)

2. ทีมผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลของผู้ป่วย ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ หากตรวจพบความไม่สมบูรณ์จากการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

6. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวัดผลทางการวิจัย

6.1 ระยะก่อนการทดลอง ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในกระบวนการบำบัด เพื่อเป็นการลดการเกิดอคติจากผู้วิจัย ใช้เครื่องมือในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่

การวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) 3) แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) 4) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)

6.2 ระยะเวลาการทดลอง

1) ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน จะทำการรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการทดลองทันที ด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง (วัดก่อน-หลัง) ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) 3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 4) การประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI)

6.3 ระยะติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล โดยทำการติดตามเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลอง ในช่วงเดือนเมษายน 2567 และติดตามเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุม ช่วงเดือนพฤษภาคม 2567 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คน (ซึ่งพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ และผู้วัดผลไม่ทราบว่าเป็นอาสาสมัครที่ประเมินอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองเพื่อลดการ Bias) ด้วยเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT) 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) 3) การประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) โดยระยะเวลาการติดตามผลในระยะ 1 เดือน ผู้วิจัยจะแจ้งให้เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยออกใบนัดทุก 1 เดือน กรณีที่ผู้ป่วยและญาติมีความประสงค์ขอรับยาใกล้บ้านหรือรับยาทางไปรษณีย์ แต่ยังคงอยู่ในช่วงระยะเวลาการติดตามผล ผู้วิจัยจะแจ้งให้ญาติและอาสาสมัครทราบว่าหากมีพยาบาลวิชาชีพที่ทำหน้าที่รวบรวมข้อมูล จะทำการเก็บข้อมูลทางโทรศัพท์แทน เพื่อความยืดหยุ่นและความสะดวกของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก (ในส่วนของการประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory: PSI) ผู้วิจัยประเมินเพื่อเป็นเครื่องมือกำกับการทดลอง)

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนก่อนไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

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

2. การวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือนของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุรา(AUDIT) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

4. วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

8. ระยะเวลาในการศึกษา ดำเนินการศึกษาวิจัย เดือน กันยายน พ.ศ. 2566 ถึง เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2567 และเก็บข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม 2567

9. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยในมนุษย์ ดังนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หลังผ่านการอนุมัติแล้วจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยดังนี้

1. ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดในการเข้าร่วมโครงการทั้งด้านวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ด้วยคำพูดสุภาพ ชัดเจนและเข้าใจง่าย และไม่แสดงถึงการบีบบังคับหรือกดดัน คำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผลกระทบหรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ถามข้อสงสัย และให้สิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลด้านอื่น ๆ

2. กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระหว่างการบำบัดด้วยโปรแกรม หลังการบำบัดในระยะติดตามผล หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย เกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม รวมถึงมีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลจะประเมินอาการและส่งต่อให้แพทย์ทำการรักษาต่อไป

3. การรักษาความลับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทุกอย่างบุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ มีเพียงผู้วิจัยและคณะผู้วิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วย ยกเว้นข้อมูลนั้นจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษา ผู้ป่วยการเผยแพร่ข้อมูล ผลการศึกษาต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัย จะมีการเผยแพร่ข้อมูล หรือมีการตีพิมพ์ในหนังสือวารสารทางการแพทย์และพยาบาล เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และจะเผยแพร่ในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อที่อยู่ หรือแหล่งที่มาของข้อมูล จะไม่ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความเสียหายใด ๆ โดยผู้ที่รับทราบข้อมูลจะไม่สามารถโยงไปถึงกลุ่มตัวอย่างได้

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยในชายฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ 2567 นำเสนอข้อมูลประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุรา(AUDIT) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเอง และวิธีการฆ่าตัวตาย) วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n=21		กลุ่มควบคุม n=21	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	21	100	21	100
อายุ				
20-40 ปี	12	57.10	15	71.40
41-59 ปี	9	42.90	6	28.60
กลุ่มทดลองมีอายุต่ำสุด 26 ปี สูงสุด 53 ปี อายุเฉลี่ย 38.76 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 8.56				
กลุ่มควบคุมมีอายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 56 ปี อายุเฉลี่ย 35.16 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 11.22				
สถานะ				
โสด	13	61.90	16	76.20
สมรส/คู่	3	14.30	2	9.50
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	5	23.80	3	14.30
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	5	23.80	3	14.30
มัธยมศึกษา	12	57.10	15	71.40
ปวช/ปวส	3	14.30	3	14.30
ปริญญาตรี	1	4.80	0	0.00
อาชีพ				
ค้าขาย	3	14.29	1	4.76
รับจ้าง	6	28.57	13	61.91
เกษตรกร	1	4.76	2	9.52
รับราชการ	3	14.29	0	0.00
สมณะเพศ	1	4.76	0	0.00
ว่างงาน	7	33.33	5	23.81

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเอง และวิธีการฆ่าตัวตาย) วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n=21		กลุ่มควบคุม n=21	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
800-5,000 บาท	8	38.10	7	33.30
5,001-10,000 บาท	7	33.30	8	38.10
10,001-15,000 บาท	1	4.80	5	23.80
มากกว่า 15,000 บาท	5	23.80	1	4.80
กลุ่มทดลองมีรายได้ต่ำสุด 800 บาท รายได้สูงสุด 25,000 บาท รายได้เฉลี่ย 8,857 บาท ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 8397.41				
กลุ่มควบคุมมีรายได้ต่ำสุด 800 บาท สูงสุด 18,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,304 บาท ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 4541.74				
จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล				
1-5 ครั้ง	17	80.95	17	80.95
6-10 ครั้ง	1	4.76	3	14.29
มากกว่า 10 ครั้ง	3	14.29	1	4.76
กลุ่มทดลองนอนโรงพยาบาลต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 31 ครั้ง นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.71 ครั้ง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 7.06				
กลุ่มควบคุมนอนโรงพยาบาลต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.47 ครั้ง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 3.24				
การวินิจฉัยโรค				
F 10.X	2	9.52	3	14.30
F 15.X	7	33.33	6	28.60
F 19.X	3	14.30	8	38.10
F 20.X	7	33.33	4	19.20
F 32.X	2	9.52	0	0.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเอง และวิธีการฆ่าตัวตาย) วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n=21		กลุ่มควบคุม n=21	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดื่มสุรา				
1-5 ปี	3	14.29	3	14.29
6-10 ปี	5	23.80	10	47.61
11-15 ปี	6	28.58	4	19.05
มากกว่า 15 ปี	7	33.33	4	19.05
กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการดื่มสุราต่ำสุด 4 ปี ระยะเวลาในการดื่มสุราสูงสุด 22 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดื่มสุรา 13.19 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 5.36				
กลุ่มควบคุมมีระยะเวลาการดื่มสุราต่ำสุด 4 ปี ระยะเวลาในการดื่มสุราสูงสุด 22 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดื่มสุรา 10.95 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 5.28				
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
ความคิดฆ่าตัวตาย	18	34.60	14	33.30
วางแผนฆ่าตัวตาย	16	30.80	11	26.20
ทำร้ายตนเอง	5	9.60	8	19.00
พยายามฆ่าตัวตาย	13	25.00	9	21.40
วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย				
กรีดแขน/ขกหน้าตัวเอง	5	20.00	9	42.90
ผูกคอ	6	24.00	6	28.60
แทงตัวเอง/กระโดดลงน้ำ/วิ่งให้รถชน	7	28.00	1	4.80
รับประทานยาเกินขนาด	7	28.00	5	23.80
คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนทดลอง				
น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาต่ำ)	0	0.00	0	0.00
36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาต่ำ)	21	100	21	100
59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง)	0	0.00	0	0.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานะ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความคิดฆ่าตัวตาย การวางแผนฆ่าตัวตาย วิธีการทำร้ายตนเอง และวิธีการฆ่าตัวตาย) วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง n=21		กลุ่มควบคุม n=21	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนทดลอง (ต่อ)				
82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาดีมาก)	0	0.00	0	0.00
คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองทันที				
น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาต่ำ)	0	0.00	0	0.00
36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง)	2	9.50	16	76.20
59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง)	18	85.70	5	23.80
82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาดีมาก)	1	4.80	0	0.00
คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน				
น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาต่ำ)	0	0.00	0	0
36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง)	1	4.80	16	76.20
59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาปานกลาง)	18	85.70	5	23.80
82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาดีมาก)	2	9.50	0	0.00

จากตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 20-40 ปี ร้อยละ 57.10 อายุต่ำสุด 26 ปี อายุสูงสุด 53 ปี อายุเฉลี่ย 38.76 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 8.56 มีสถานะโสด ร้อยละ 61.90 รองลงมา คือ มีสถานะหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 23.80 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 57.10 รองลงมาคือการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 23.80 ในด้านอาชีพพบว่า ว่างาน ร้อยละ 33.33 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 28.57 มีรายได้ระหว่าง 800-5,000 บาท ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ รายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 33.30 รายได้ต่ำสุด 800 บาท รายได้สูงสุด 25,000 บาท รายได้เฉลี่ย 8,857 บาท ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 8397.41 มีจำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 80.95 รองลงมาคือ นอนโรงพยาบาลมากกว่า 10 ครั้ง ร้อยละ 14.29 นอนโรงพยาบาลต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 31 ครั้ง นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.71 ครั้ง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 7.06 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค F15.X และ F20.X มากที่สุด ร้อยละ 33.33 และมีระยะเวลาในการดื่มสุรามากกว่า 15 ปี มากที่สุดร้อยละ 33.33 รองลงมาคือ ดื่มสุราในระยะเวลา 11-15 ปี ร้อยละ 28.58 ระยะเวลาการดื่มสุราต่ำสุด 4 ปี ระยะเวลาในการดื่มสุราสูงสุด 22 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดื่มสุรา 13.19 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 5.36

ด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวิธีการทำร้ายตนเองและและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย ใช้การวิเคราะห์สถิติแบบสามารถเลือกได้หลายคำตอบ (multiple response) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงต่อ

การฆ่าตัวตาย โดยมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 34.60 รองลงมาคือมีแผนการฆ่าตัวตายร้อยละ 30.80 และมีวิธีการทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีแทงตัวเอง/กระโดดลงน้ำ/วิ่งให้รถชน และรับประทานยาเกินขนาด มากที่สุดร้อยละ 28.00 รองลงมาคือใช้วิธีผูกคอร้อยละ 24.00

ส่วนในกลุ่มควบคุมเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลองแล้ว พบว่า เป็นเพศชายทั้งหมด ร้อยละ 100 ส่วนใหญ่อายุ 20-40 ปี ร้อยละ 71.40 อายุต่ำสุด 21 ปี สูงสุด 56 ปี อายุเฉลี่ย 35.16 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 11.22 มีสถานะโสดร้อยละ 76.20 รองลงมาคือมีสถานะหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 14.30 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 71.40 ในด้านอาชีพพบว่ามีอาชีพรับจ้างร้อยละ 61.91 รองลงมาคือว่างงานร้อยละ 23.81 มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 38.10 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 800-5,000 บาท ร้อยละ 33.30 มีรายได้ต่ำสุด 800 บาท สูงสุด 18,000 บาท รายได้เฉลี่ย 7,304 บาท ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 4541.74 มีจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 80.95 รองลงมาคือ นอนโรงพยาบาล 6-10 ครั้ง ร้อยละ 14.29 นอนโรงพยาบาลต่ำสุด 1 ครั้ง สูงสุด 15 ครั้ง นอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 3.47 ครั้ง ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค F19.X มากที่สุดร้อยละ 38.10 รองลงมาคือ F15.X ร้อยละ 28.60 และมีระยะเวลาในการดื่มสุรา 6-10 ปี ร้อยละ 47.61 ระยะเวลาการดื่มสุราต่ำสุด 4 ปี ระยะเวลาในการดื่มสุราสูงสุด 22 ปี ระยะเวลาเฉลี่ยในการดื่มสุรา 10.95 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) เท่ากับ 5.28

ด้านความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและวิธีการทำร้ายตนเองและและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย โดยใช้การวิเคราะห์สถิติแบบสามารถเลือกได้หลายคำตอบ (multiple response) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยมีความคิดฆ่าตัวตายมากที่สุด ร้อยละ 33.30 รองลงมาคือมีแผนฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.20 และพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 21.40 ตามลำดับ ด้านวิธีการทำร้ายตนเองและพยายามฆ่าตัวตายพบว่ากรีดแขน/ขกหน้าตัวเองมากที่สุด รองลงมาคือผูกคอ และรับประทานยาเกินขนาด คิดเป็นร้อยละ 42.90, 28.60 และ 23.80 ตามลำดับ

ด้านคะแนนทักษะการแก้ปัญหา พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลองที่ระดับคะแนน 36-58 คะแนน มากที่สุดร้อยละ 100 เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ในระยะหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาที่ระดับคะแนน 59-81 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 85.70 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังการทดลองทันทีที่ระดับคะแนน 36-58 คะแนน มากที่สุดร้อยละ 76.20

ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระดับที่ระดับคะแนน 59-81 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 85.70 ส่วนในกลุ่มควบคุม พบว่า มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาที่ระดับคะแนน 36-58 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 76.20

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนน ปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ก่อนทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง (n=21) และกลุ่มควบคุม (n=21)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=21)	
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.
ปัญหาการดื่มสุรา				
ระยะก่อนการทดลอง	22.28	7.27	21.33	7.51
ระยะหลังการทดลองทันที	11.42	2.97	11.23	2.86
ระยะติดตามผล 1 เดือน	13.00	5.42	17.90	5.51
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
ระยะก่อนการทดลอง	20.0	11.55	17.28	8.75
ระยะหลังการทดลองทันที	4.61	2.10	4.61	2.10
ระยะติดตามผล 1 เดือน	3.66	4.37	5.14	8.61

จากตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.28 (S.D.=7.27) และ 21.33 (S.D.=7.51) และในระยะหลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.42 (S.D.=2.97) และ 11.23 (S.D.=2.86) ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 (S.D.=2.86) และ 17.90 (S.D.=5.51) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.0 (S.D.=11.55) และ 17.28 (S.D.=8.75) ในระยะหลังการทดลองทันทีทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 (S.D.=2.10) ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 (S.D.=4.73) และ 5.14 (S.D.=8.61) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา

(AUDIT) ในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลอง และการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม โดยการอ่านค่าตาราง Box's test of equality of variance ผลการทดสอบพบว่าค่า Box's เท่ากับ 1.998 ค่า sig เท่ากับ .934 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สรุปได้ว่าข้อมูลแต่ละกลุ่มมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน และทดสอบว่าชุดข้อมูลของค่าที่เบี่ยงเบนในแต่ละระยะมีความแปรปรวนเท่ากันหรือไม่โดยการอ่านค่าตาราง Mauchly's Test of Sphericity พบว่าค่า Mauchly's W เท่ากับ 0.665 ค่า sig เท่ากับ .000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สรุปได้ว่าค่าเบี่ยงเบนในแต่ละระยะมีความแปรปรวนแตกต่างกัน ซึ่งถือว่าการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA ดังนั้น จึงพิจารณาค่า Epsilon ที่ค่า Greenhouse-geisser ถ้าค่าที่ได้มากกว่า 0.75 ให้เลือกอ่าน Huynh-Feldt ค่าที่ได้คือ .749 ซึ่งน้อยกว่า 0.75 จึงเลือกอ่านค่า Greenhouse-geisser เพื่อลด Type I Error

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) (n=42)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม (within) กลุ่มทดลอง					
เวลา	1446.000	1.373	1053.189	28.690	.000
ความคลาดเคลื่อน	1008.000	27.459	36.709		
ภายในกลุ่ม (within) กลุ่มควบคุม					
เวลา	1106.794	2	553.397	27.243	.000
ความคลาดเคลื่อน	812.540	40	20.313		
ระหว่างกลุ่ม (Between) ทดลอง-ควบคุม					
เวลา	2339.825	2	1562.092	51.409	.000
เวลา X วิธีการทดลอง	212.968	1.498	142.180	4.679	0.021
ความคลาดเคลื่อน	1820.540	59.915	30.385		

*p-value <.05

จากตารางที่ 3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,373, 24.459}=28.690$, $p=<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{2, 40}=27.243$, $p=<0.001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีอิทธิพลทางตรงของระยะเวลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{2, 59.915}=51.409$, $p=<0.001$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกัน อย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างระยะเวลาและวิธีการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาและวิธีการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

0.05 ($F_{1,498}, 59.915=4.679, p=.021$) แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาแต่ละวิธีการทดลองได้ผลไม่เท่ากัน แสดงว่าการเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาแต่ละวิธีการทดลองได้ผลไม่เท่ากัน ดังนั้นจึงเปรียบเทียบการมีปฏิสัมพันธ์ และทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไป

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะวัดผล (I)	ระยะวัดผล (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	หลังทดลองทันที	10.476*	.961	.000	8.074	12.878
	ติดตาม 1 เดือน	6.357*	1.300	.000	3.110	9.605
หลังทดลองทันที	ก่อนทดลอง	-10.476*	.961	.000	-12.878	-8.074
	ติดตาม 1 เดือน	-4.119*	.799	.000	-6.115	-2.123
ติดตาม 1 เดือน	ก่อนทดลอง	-6.357*	1.300	.000	-9.605	-3.110
	หลังทดลองทันที	4.119*	.799	.000	2.123	6.115

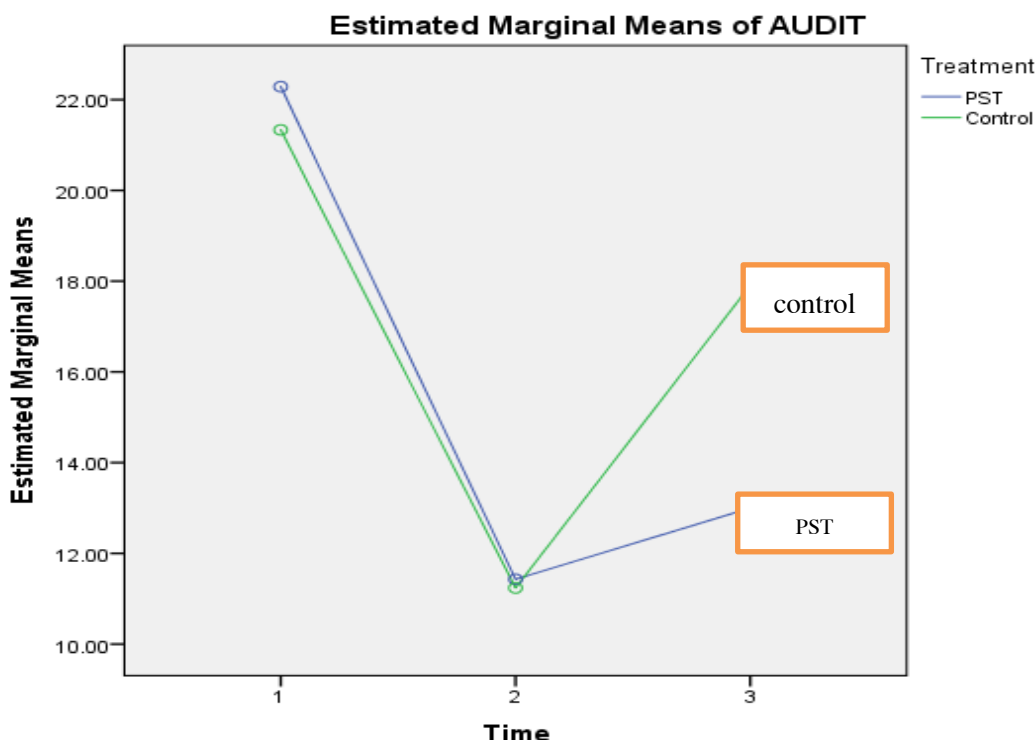
*p-value < .05

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 ช่วงเวลา (Sig.<.05) จึงสรุปได้ว่า การทดลองในครั้งนี้ ข้อมูลคะแนนปัญหาการดื่มสุราที่เก็บรวบรวมมาทั้ง 3 ช่วงเวลา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกช่วงเวลา คือ

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระยะวัดผลก่อนการทดลอง และระยะวัดผลหลังทดลองทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระยะวัดผลก่อนการทดลอง และระยะวัดผลติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระยะวัดผลหลังทดลองทันที และ ระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



หมายเหตุ Time 1 ระยะก่อนการทดลอง, Time 2 ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที, Time 3 ระยะติดตามผล 1 เดือน

ภาพที่ 5 กราฟเส้นแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

จากภาพที่ 5 พบว่าในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย โดยในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุรา เท่ากับ 22.28 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุรา เท่ากับ 21.33 ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ลดลงใกล้เคียงกัน คือ 11.42 และ 11.23 ตามลำดับ ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา เพิ่มขึ้นจากระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา เท่ากับ 17.90 เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มทดลองที่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา เท่ากับ 13.00

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA)

ก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นว่าด้วยเมทริกซ์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. Suicide) ในการเข้าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลอง และการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม โดยการอ่านค่าตาราง Box's test of equality of variance ผลการทดสอบพบว่าค่า Box's เท่ากับ 11.049 ค่า Sig เท่ากับ .119 ซึ่งมีค่ามากกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สรุปได้ว่าข้อมูลแต่ละกลุ่มมีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน และทดสอบว่าชุดข้อมูลของค่าที่เบี่ยงเบนใน

แต่ละระยะมีความแปรปรวนเท่ากันหรือไม่โดยการอ่านค่าตาราง Mauchly's Test of Sphericity พบว่าค่า Mauchly's W เท่ากับ 0.539 ค่า sig เท่ากับ .000 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 สรุปได้ว่าค่า เบี่ยงเบนในแต่ละระยะมีความแปรปรวนแตกต่างกัน ซึ่งถือว่าการละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ Repeated Measure ANOVA จึงพิจารณาค่า Epsilon ที่ค่า Greenhouse-geisser ถ้าค่าที่ได้มากกว่า 0.75 ให้เลือกอ่าน Huynh-Feldt ค่าที่ได้คือ .684 ซึ่งน้อยกว่า 0.75 จึงเลือกอ่านค่า Greenhouse-geisser เพื่อลด Type I Error

ตารางที่ 5 ผลการการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กับระยะเวลาการทดลอง ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำสองทาง (Two-way Repeated Measurement ANOVA) (n=42)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม (within) กลุ่มทดลอง					
เวลา	3529.810	1.218	2897.100	35.283	.000
ความคลาดเคลื่อน	2000.857	24.368	82.110		
ภายในกลุ่ม (within) กลุ่มควบคุม					
เวลา	2157.175	1.403	1537.829	21.051	.000
ความคลาดเคลื่อน	2049.492	28.055	25.062		
ระหว่างกลุ่ม (Between) ทดลอง-ควบคุม					
เวลา	5592.111	1.369	4086.116	55.226	.000
เวลา X วิธีการทดลอง	94.873	1.369	69.323	.937	.366
ความคลาดเคลื่อน	4050.349	54.743	70.508		

*p-value <.05

จากตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,218, 24.368}=35.283, p<.0001$) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มควบคุมระหว่างก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,403, 28.055}=21.051, p<.0001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีอิทธิพลทางตรงของระยะเวลาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($F_{1,369, 54.734}=55.226, p<.0001$) แสดงว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม มีการเปลี่ยนแปลงใน 3 ช่วงเวลาที่มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงเปรียบเทียบการมีปฏิสัมพันธ์ และทำการทดสอบเป็นรายคู่ต่อไป แต่อย่างไรก็ตามจากตาราง พบว่า ไม่มีปฏิสัมพันธ์ร่วมระหว่างระยะเวลากับวิธีการทดลอง ($F_{1,436, 57.445}=.937, p>0.366$)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายคู่ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน โดยวิธีทดสอบ Bonferroni

ระยะวัดผล (I)	ระยะวัดผล (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference	
					Lower Bound	Upper Bound
ก่อนทดลอง	หลังทดลองทันที	14.024*	1.440	.000	10.425	17.622
	ติดตาม 1 เดือน	14.238*	1.992	.000	9.261	19.215
หลังทดลองทันที	ก่อนทดลอง	-14.024*	1.440	.000	-17.622	-10.425
	ติดตาม 1 เดือน	.214	1.092	1.000	-2.514	2.942
ติดตาม 1 เดือน	ก่อนทดลอง	-14.238*	1.992	.000	-19.215	-9.261
	หลังทดลองทันที	-.214*	1.092	1.000	-2.942	2.514

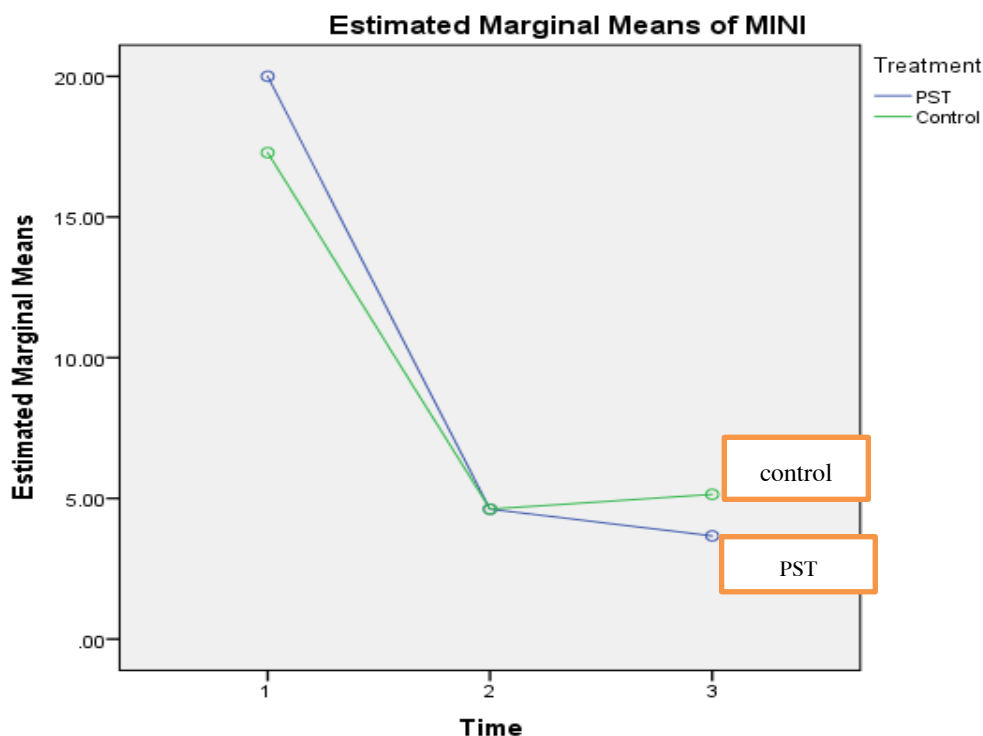
*p-value <.05

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมระยะวัดผลก่อนการทดลองกับระยะวัดผลหลังทดลองทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 2 คู่ คือ

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะวัดผลก่อนการทดลอง กับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะวัดผลหลังทดลองทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะวัดผลก่อนการทดลอง กับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะติดตาม 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะวัดผลหลังทดลองทันทีกับระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



หมายเหตุ Time 1 ระยะก่อนการทดลอง, Time 2 ระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที Time, 3 ระยะติดตามผล 1 เดือน

ภาพที่ 6 กราฟเส้นแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน

จากภาพที่ 6 พบว่าในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองเท่ากับ 20.00 สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 17.28 ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงใกล้เคียงกัน คือ 4.61 ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากับ 5.14 เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มทดลอง และในส่วนของกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลง เท่ากับ 3.66

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลของกลุ่มการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช และมีโรคร่วมเกี่ยวกับการดื่มสุรา (Alcohol disorders) หรือโรคติดสุรา (Alcohol dependence) หรือมีค่าคะแนนจากแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Identification Test: AUDIT) อยู่ในเกณฑ์เป็นผู้ดื่มสุราแบบเสี่ยงขึ้น และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ที่รับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ผู้ป่วยเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี และมีเกณฑ์ในการคัดเข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการทางจิตสงบ คะแนนแบบประเมินอาการทางจิตชนิดสั้น (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน 2) มีการรับรู้อยู่ในเกณฑ์ปกติโดยมีคะแนนแบบประเมินสภาพจิตแบบสั้น (TMSE) มากกว่าหรือเท่ากับ 24 คะแนน 3) ไม่มีภาวะถอนพิษสุรารุนแรง โดยมีคะแนนตามแบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (CIWA-Ar.) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน 4) สามารถเขียนอ่าน และสื่อสารเป็นภาษาไทยได้ และ 5) มีความยินดีและสมัครใจเข้าร่วมในโครงการ

รูปแบบการทดลอง (Research design)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ชนิด 2 กลุ่ม แบบมีการวัดซ้ำ (Two group repeated measure design) กลุ่มทดลอง (Experimental group) ได้รับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ส่วนกลุ่มควบคุม (Control group) ได้รับการพยาบาลแบบปกติ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุราที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ่ายคำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ในระยะก่อนทดลอง หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล มีระยะดำเนินการระหว่างเดือน กันยายน 2566 ถึงเดือน มิถุนายน 2567 และทำการเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2567

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเปรียบเทียบสองกลุ่มอิสระต่อกัน (independence t-test) วัดก่อน-หลังการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ .05 โดยคำนวณจากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างประมาณค่าจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย เมื่อนำค่า d (3.10) หรือค่า Effect size ไปแทนค่าในโปรแกรมสำเร็จรูป G^* power ได้ Estimated Effect=19 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 19 คน แต่ในระหว่างดำเนินการวิจัย และการศึกษานี้ได้มีการติดตามผลหลังจำหน่ายนาน 1 เดือน อาจมีการสูญหาย (drop out) จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 10 (Grove, Gray & Burn, 2013) คิดเป็น 1.9 คน รวมเป็นจำนวน 20.9 หรือคิดเป็น 21 คน (กลุ่มละ 21 คน)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย ดังนี้ 1) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS 2) แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE) 3) แบบแบบบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar) 4) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT) 5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตัวตาย โดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.)

ส่วนที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตัวตายโดยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.) 3) แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

ส่วนที่ 3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy Program: PST)

ส่วนที่ 4. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินการแก้้ปัญหา (Problem Solving Inventory)

โปรแกรมการบำบัด โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้้ปัญหา(PST) แบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย การบำบัด 4 ขั้นตอน จำนวน 5 ครั้ง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจหรือค้นหาปัญหา (Problem Orientation)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การรับรู้การเจ็บป่วย และปัญหาของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การระบุปัญหา (Problem Definition)

ครั้งที่ 2 การฝึกการระบุปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การหาทางเลือกและตัดสินใจ (Generation of Alternative and Decision Making)

ครั้งที่ 3 ฝึกการรวบรวมทางเลือกในการแก้้ปัญหา และหาเหตุผลในการตัดสินใจ

ทางเลือกในการแก้้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 4 การฝึกทักษะการแก้้ปัญหาและการตรวจสอบผลหรือประเมินการแก้้ปัญหา (Solution Implementation and Verification)

ครั้งที่ 4 การฝึกทักษะการตัดสินใจ แก้วีธีการปัญหา

ครั้งที่ 5 ฝึกทักษะลงมือแก้้ปัญหาและการประเมินผล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิต-เวชขอนแก่นราชนครินทร์ เลขที่ 006/2567

2. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1) ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 คน ($n=42$) โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน กลุ่มควบคุม จำนวน 21 คน ในภาพรวมลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ไม่แตกต่างกันหรือข้อมูลทั่วไปมีความคล้ายคลึงกัน

2) ด้านคะแนนทักษะการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยใช้เพื่อกำกับการทดลอง พบว่าในระยะก่อนการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อยู่ในระดับต่ำ (ระดับคะแนน 36-58 คะแนน) เช่นเดียวกัน ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันที กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลอง มีระดับคะแนน 59-81 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 85.70 กลุ่มควบคุม มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระยะหลังการทดลองทันทีที่ระดับคะแนน 36-58 คะแนน มากที่สุดร้อยละ 76.20 และในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระดับที่ระดับคะแนน 59-81 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 85.70 ส่วนในกลุ่มควบคุม มีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาระดับที่ระดับคะแนน 36-58 คะแนน มากที่สุด ร้อยละ 76.20

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา (AUDIT) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา มากกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 22.28 ($S.D.=7.27$) และ 21.33 ($S.D.=7.51$) และในระยะหลังการทดลองทันที พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา สูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.42 ($S.D.=2.97$) และ 11.23 ($S.D.=2.86$) ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดื่มสุรา น้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.00 ($S.D.=2.86$) และ 17.90 ($S.D.=5.51$) ตามลำดับ

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ระยะก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.0 ($S.D.=11.55$) และ 17.28 ($S.D.=8.75$) ในระยะหลังการทดลองทันทีทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน คือ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.61 ($S.D.=2.10$) ส่วนในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.66 ($S.D.=4.73$) และ 5.14 ($S.D.=8.61$) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุรา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05)

ส่วนที่ 4 คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การอภิปรายผล

1. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา

จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนค่าเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุรา ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราลดลงใกล้เคียงกัน อธิบายได้ว่า ระยะหลังเสร็จสิ้นการทดลองทันที ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสุราเหมือน ๆ กัน (ไม่สามารถหาสุราได้ในขณะอยู่ในโรงพยาบาล) และในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราเพิ่มขึ้นจากระยะหลังการทดลองทันที โดยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดื่มสุราน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งอธิบายได้ว่าในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมุมมองใหม่และวิธีการใหม่ในกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหาร่วมกัน (Solution) ช่วยทำให้เกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากมายมากขึ้น มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก มองปัญหาตามความเป็นจริง มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ทำลาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีการแก้ปัญหอย่างเป็นเหตุเป็นผล มีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมแทนการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น หรือการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (D’Zurilla & Nezu, 2010) สอดคล้องกับการวิจัยของปทุมยา คำบุญเรือง และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2552) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคติดสุราหลังได้รับการบำบัดมีค่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะซึมเศร้าต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการติดตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ รัชดา อังชนากุล (2563) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุรา โรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่ ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้า ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน ของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และจากการสัมภาษณ์ข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดื่มสุราลดลง และมีข้อเสนอแนะให้พยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดสุรา

2. ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

จากผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง และหลังการทดลองเสร็จสิ้น และระยะติดตามผลหลังการทดลอง 1 เดือน พบว่าที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าในระยะก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย ในระยะหลังทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงใกล้เคียงกัน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา กระบวนการบำบัดช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมุมมองใหม่และวิธีการใหม่ในกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหาร่วมกัน (Solution) ช่วยทำให้เกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากขึ้น มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก มองปัญหาตามความเป็นจริง มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ทำลาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีการแก้ปัญหาย่างเป็นเหตุเป็นผล มีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมแทนการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น หรือการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (D’Zurilla & Nezu, 2010) สอดคล้องกับ Owens et al. (2020) ได้ศึกษาผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ในผู้ใหญ่ที่เคยทำร้ายตนเอง จำนวน 62 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คนและกลุ่มควบคุม จำนวน 32 คน ที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่าโปรแกรมการแก้ปัญหา (PST) สามารถลดความพยายามทำร้ายตนเองลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Stewart et al (2009) พบว่ากลุ่ม PST หลังการทดลองความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาให้ผลดีกว่ากลุ่มบำบัดตามมาตรฐานปกติ และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ(2562) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (PST-PPS-JVKK) ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดระดับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I) หลังการบำบัดทันที และในระยะติดตามผล 1 เดือน 3 เดือน ลดลงก่อนการบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การติดตามผลการกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน

หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะติดตามผล 1 เดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยปัญหาการดื่มสุราลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงกว่ากลุ่มควบคุม แต่พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา มีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง กระบวนการบำบัดช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) มีแนวคิดและมุมมองใหม่ในการแก้ปัญหา (Problem solving) โดยมุมมองใหม่และวิธีการใหม่ในกลุ่มช่วยกันแก้ปัญหาร่วมกัน (Solution) ช่วยทำให้เกิดวิธีการแก้ไขปัญหามากขึ้น มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวก มองปัญหาตามความเป็นจริง มองว่าปัญหาเป็นสิ่งที่ทำลาย ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา และมีการแก้ปัญหาย่างเป็นเหตุเป็นผล มีกระบวนการคิดแก้ปัญหาอย่างเป็นขั้นตอน ช่วยให้เกิดการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสมแทนการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น หรือการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (D’Zurilla & Nezu, 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2009) พบว่ากลุ่ม PST

หลังการทดลองความคิดฆ่าตัวตายลดลงกว่าก่อนทดลอง และเมื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มบำบัดด้วย PST ให้ผลดีกว่ากลุ่มบำบัดตามมาตรฐานปกติ แต่ด้วยระยะเวลาของการติดตามประเมินผล 1 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างสั้น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังสามารถจัดดูแลตนเองได้ดีประกอบฤทธิ์ของยารักษาอาการทางจิตเวชและผลของการรักษาด้านจิตบำบัดอื่นๆ ทำให้อาการและค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบว่า กราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่ในส่วนของกราฟเส้นแสดงคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มควบคุมมีแนวโน้มสูงขึ้น และจากผลการติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองไม่มีผู้กลับมารักษาซ้ำภายใน 1 เดือน คิดเป็น ร้อยละ 0 ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม มีผู้กลับมารักษาซ้ำ 1 ราย คิดเป็น 4.76 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ที่ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ST) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและไม่มีผู้กลับมารักษาซ้ำ และศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร และคณะ (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นวิจัยกึ่งทดลองเปรียบเทียบในกลุ่มเดียว ใช้รูปแบบวัดก่อนดำเนินการบำบัด หลังเสร็จสิ้นการบำบัด และระยะติดตามผล 1 เดือน ผลการบำบัดพบว่ากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน มีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลงและระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

4. ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการปรับความคิดและพฤติกรรม ต้องรอให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะถอนพิษสุรา และพ้นจากระยะอาการทางจิตรุนแรง (Acute) และต้องมีอาการทางจิตสงบ จึงเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมได้ ทำให้เพิ่มระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลนานขึ้น
2. พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่บำบัด ต้องมีประสบการณ์และผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) และมีองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎี PST จึงจะสามารถเป็นผู้บำบัดที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดได้
3. กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ยังคงได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น การรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งอาจเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการทดลองได้

5. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการบำบัดให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อเฝ้าระวังและการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ผู้ที่นำผลการวิจัยไปใช้ควรมีพื้นฐาน และได้รับการฝึกฝนในการทำกลุ่มกิจกรรมและกระบวนการกลุ่มบำบัด จะทำให้การทำกลุ่ม PST มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เพื่อให้เกิดการคงทนและต่อเนื่อง โปรแกรมการควรรอบแบบการบำบัดเพื่อกระตุ้นในระหว่างการติดตามต่อเนื่องหลังที่ผู้รับการบำบัดจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การฆ่าตัวตายในกลุ่มคนใช้จิตเวชหรือในกลุ่มประชากรทั่วไป มีความหลากหลายในด้านปัจจัยของการฆ่าตัวตายสำเร็จ เพื่อให้การศึกษาวิจัยประสิทธิผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหากับการบำบัดหรือการรักษาอื่น ๆ และรูปแบบของวิจัยที่มีความเชื่อมั่นในระดับสูงขึ้น
2. ควรมีการติดตามประเมินผลที่ต่อเนื่องมากกว่า 1 เดือน เช่น มีการติดตาม 3, 6, เดือน
3. ประเมินความคงทนของโปรแกรมที่มีต่อการนำไปใช้ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และมีการเสริมทักษะการแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้มีทักษะการแก้ปัญหายอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2566). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2566*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.
- กฤตยา แสงทรัพย์, เพ็ญพักตร์ อุทิศ และ สุนิศา สุขตระกูล. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดื่มสุราของผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการดื่มสุรา. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 33(2), 122-136.
- กุศลารณ ชัยอุดมสม, ภัทรี พหลภาคย์, ภาพันธ์ วัฒนวิทย์กิจ, และศรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ. (2560). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังน่านวิทยา.
- ชนิษฐา สนเทห์, วัชนี หัตถพนม, ไพรวลัย ร่มซ้าย และจิตภินันท์ โชครศรีมีหิรัญ. (2560). การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. *วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย*, 1(1), 9-24.
- จุฑาทิพย์ กิ่งแก้ว (2557). กลุ่มบำบัดกับการพยาบาลจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(1), 1-15.
- จุฑามาศ หน่อตุ่น, ชนากานต์ เจนใจ และชิตชนก เรือนก้อน. (2559). ความชุกและปัจจัยที่พ้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับสุรา. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 10(2), 137-151.
- ฉวีวรรณ สัตยาธรรม และคณะ. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2*. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- เฉลิมพรรณ เมฆลอย. (2563). トラパของสมาชิกครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จกับการประยุกต์ใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 18-32.
- ชาลินี หนูชูสุข, ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา และสมบัติ สกกุลพรรณ. (2560). ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(3), 124-137.
- ณัฐกร จำปาทอง. (2554). *mhGAP intervention guide สำหรับโรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช โรคทางระบบประสาทและโรคที่เกิดจากการใช้สารเสพติดในหน่วยบริการสาธารณสุขที่ไม่ใช่หน่วยเฉพาะทาง ฉบับที่ 1*. นนทบุรี: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2558). การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. *พยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 42(0), 205-213.
- ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2562, 14-15 มีนาคม). *การบำบัดโดยการแก้ปัญหา(Problem Soling Therapy)*. เอกสารประกอบการอบรมโครงการการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเพื่อลดปัญหาการฆ่าตัวตาย, โรงแรมโมราท่าแพ จังหวัดเชียงใหม่.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2566). *การสอบสวนอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายแนวใหม่ (Suicide and suicide attempt incident investigation, new approach)*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น.
- ธรณินทร์ กองสุข. (2567). TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติการณ์ฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตาย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 39(2), 209-218.

- ธานินทร์ สุธีประเสริฐ, โสภา ตั้งทิฆกุล, สุภาพร บุญศิริลักษณ์, พยงค์ ศรีเจริญ, และธนิฐา ทองนาค. (2567). อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารครีนิครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 16(31), 1-12.
- นันทวิช สิทธีภิรักษ, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปนต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน. (2559). *จิตเวช ศิริราช DSM-5*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิมิต แก้วอาจ, สุริยา ศิริสุข, นุจรินทร์ บัวละคร และภานุรัตน์ ศรีมุงคณ (2563). *ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจร่วมกับโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราที่มีโรคร่วมจิตเภท*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: บุญศิริ จันศิริมงคล. (2559). *หลักสูตรการให้การดูแลผู้ป่วยสุราและแอมเฟตามีนที่มีปัญหาด้านจิตเวชสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเตอร์ไพรซ์.
- ประเสริฐ กิจสุวรรณรัตน์, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ, รุจิรา ธรรมใจกุล, และกาญจนา แก่นราช. (2566). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย และปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอแม่เมะ จังหวัดลำปาง. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น* 5(2).
- ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (2553). *AUDIT แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: ทานตะวันเปเปอร์.
- ปญยาภา คำบุญเรือง. (2552). *ผลของการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พระราชบัญญัติสุรา พ.ศ. 2493. (2493, 21 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 67 ตอนที่ 16.
- พันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และศุภเสก วิโรจนาภา. (2563). *คู่มือการดูแลรักษา mhGAP สำหรับโรคจิตเวชโรคระบบประสาท และความผิดปกติพฤติกรรมดื่มสุราและใช้สารเสพติดในสถานบริการสุขภาพทั่วไป ฉบับที่ 2.0*. สถาบันฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชนสำนักวิชาการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข: ปิยอนด์พับลิชชิง.
- พันธุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ธรรมสารการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย:การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ:ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. (2558). *จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์พิมพ์.
- รัชดา อังชนากุล. (2563). *ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคู่ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่ติดสุราโรงพยาบาลสวนปรุงจังหวัดเชียงใหม่*. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2542). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์บลีเคชั่นส์.

- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2564). *แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาผู้มีปัญหาการดื่มแอลกอฮอล์ (Clinical Practice Guideline For Alcohol)*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2566ก). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2566*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2566ข). *สถิติการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline: CPG Suicide)*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ขมภู และบุปผา รุ่งเรือง (2561). *ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ศุภรัตน์ เวชสุวรรณ, นิमित แก้วอาจ, ผอูนรัตน์ นิลพันธุ์ และนิภา ยอดสง่า. (2559). *ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบบูรณาการต่อพฤติกรรม การดื่มสุราและอาการทางจิตในผู้ป่วยสุราและสารเสพติดที่มีโรคร่วมจิตเวช*. ขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2565). *ปัญหาการฆ่าตัวตายในคนไทย ปี 2565*. <https://suicide.dmh.go.th/news/files/สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาการฆ่าตัวตายv2.1.pdf>.
- ศูนย์เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2566). *รายงานสถานการณ์การฆ่าตัวตายประจำปี 2566*. <https://suicide.dmh.go.th/news/files/>.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2552). *การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สมภาพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สาวิตรี อัมณวงศ์กรชัย และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2557). *ปัญหาและความผิดปกติจากการดื่มสุรา: ความสำคัญและการดูแลรักษาในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563, 24 ธันวาคม). *ภัยดื่มสุรา สร้างภาระสุขภาพ*. <https://www.thaihealth.or.th/?p=264482>
- สำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน (Acute Care) สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ พับลิชชิง.
- สุพัตรา สุขาว และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2560). *ปัจจัยเสี่ยงและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายในวัยรุ่น: การทบทวนวรรณกรรมเชิงลึก*. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 62(4), 359–378.
- สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ. (2556). *กลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่ภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

- สุวลักษณ์ ภูอาษา และเพ็ญพักตร์ อุทิศ.(2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 31(1), 51–60.
- หทัยทิพย์ เจริญศรี และจิราพร เขียวอยู่. (2560). ความชุกของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของประชากร อำเภอบ้านตาก จังหวัดตาก. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา)*, 17(3), 77-93.
- องค์การสุรา กรมสรรพสามิต. (2563). แอลกอฮอล์-คืออะไร. <https://www.liquor.or.th/aic/detail/E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%952560>
- อรพิน ยอดกลาง และมธุรส ทิพยมงคล. (2563). *โครงการป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตายในประเทศไทย ภายใต้แผนงานวิจัยท้าทายไทย: เรื่อง สังคมไทยไร้ความรุนแรง*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ. (2562). การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- Baner, 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), 600-608.
- Basu, D., Ghosh, A., Hazari, N., & Parakh, P. (2016). Use of Family CAGE-AID questionnaire to screen the family members for diagnosis of substance dependence. *The Indian journal of medical research*, 143(6), 722–730. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.191931>
- Cutcliffe, J.R., & Barker, P. (2004). The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *Journal of psychiatric and mental health*, 11(4) 393-400.
- D’Zurilla, T.J., & Goldfried, M. (1971). Problem-Solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- D’Zurilla, T.J. (2007). Problem-Solving: A positive approach to clinical intervention. 3rded. New York: Springer.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy: A positive approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In Dobson K. S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. (pp. 197–225). New York, US: Guilford Press.
- El Dardiri, M., El-Tantawy, A., Abd Elmoez, K., Sayed, H. H., Elbadry, H., & Ibrahim, O. (2023). Suicide Risk among Patients with Substance Use Disorders, A Cross Sectional Study In Suez Canal Area Hospitals.

- Hawton K., Casey D., Bale E. et al. (2021). Self-harm during the early period of the COVID-19 pandemic in England: comparative trend analysis of hospital presentations. *J Affect Disorder* 282, 991–995.
- Haton, J. P. (2021). Les machines «pensantes» Un panorama de l'intelligence artificielle. *Les signatures neurobiologiques de la conscience*, 209-232.
- Humeniuk, R., Henry-Edwards, S., Ali, R., Poznyak, V., & Monteiro, M. (2010). *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Manual for use in primary care*. (2nd ed.). <https://www.who.int/publications/i/item/978924159938-2>.
- Kitota, A. M. (2023). A Systematic Review of Biomedical and Psychosocial Factors for Suicide: An Islamic Perspective. *Journal of Quranic Sciences and Research*, 4(1), 21-28.
- Kutcher, S. & Chehil, S. (2012). *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. (2nd ed.). West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- McAuliffe, C., Corcoran, P., Keeley, H. S., Arensman, E., Bille-Brahe, U., de Leo, D., et al. (2006). Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychological Medicine*, 36(1), 45-55.
- Moreira, C. A., Marinho, M., Oliveira, J., Sobreira, G., & Aleixo, A. (2015). Suicide Attempts and Alcohol Use Disorder. *European Psychiatry*, 30, 521.
- National Registry of Evidence-Based Programs and Practices: NREPP. (2018). *Problem Solving Therapy (PST)*. Massachusetts: Suicide Prevention Resource Center <http://impactuw.org/training/>
- NEZU, I. & NEZU, H. (1989). *Self forming mechanism of longitudinal sand ridges and troughs in fluvial open-channel flows*. In Proceedings of the 23rd Congress, pp. B65–B72. IAHR
- Pompili, M., Amador, X.F., Girardi, P., et al. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6(10), 1-22.
- Pompili, M., Serafini, G., Innamorati, M., Möller-Leimkühler, A.M., Giupponi, G., Girardi, P., Tatarelli, R. et al. (2010). The hypothalamic–pituitary–adrenal axis and serotonin abnormalities: a selective overview for the implications of suicide prevention. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 260(8), 583–600.
- Rahimi, M. (2023). Suicide and Repeated Suicide Attempt in Intoxicated Patients: An Epidemiological Survey in a Tertiary Center. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine*, 12(3), 37627-37627.
- Stewart CD., Emmerson B., Quinn A., & Plevier S. (2009). Comparing cognitive behavior therapy, problem solving therapy and treatment as usual in a high risk population. *Suicide Life Threat Behav*, 39(5), 538-47.

- Veltro F., Mazza M., Vendittelli N., Alberti M., Casacchia M., Roncone R.(2011). A Comparison of the Effectiveness of Problem Solving Training and of Cognitive- Emotional Rehabilitation on Neurocognition, Social Cognition and Social Functioning in People with Schizophrenia. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 7, 123–132.
- Ventura J., Tom S.R., Jetton C., Kern R.S., (2013.) Memory functioning and negative symptoms as differential predictors of social problem solving skills in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 307–311.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Suicide Data*. [http:// www.who.int/mental_health/suicide-prevention](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention).
- World Health Organization. (2020). *Suicide in the word: global health estimates ;2020*. <https://www.sdgmovement.com/2021/06/23/suicide-worldwide-in-2019-2020-who-estimates/>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย

1. แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS
2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE)
3. แบบฉบับบันทึกติดตามอาการถอนพิษสุรา (CIWA-Ar)
4. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)
5. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric Interview:

M.I.N.I.)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)
3. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric

Interview: M.I.N.I.)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (Problem Solving Therapy Program: PST)

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory) (กำกับการทดลอง)

ส่วนที่1 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกเข้าสู่การวิจัย

1.แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS

หัวข้อ	เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์ ในช่วง 1 สัปดาห์	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
G	1. ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
G	2. อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
G	3. ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)							
P	4. ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)							
G	5. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)							
P	6. ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
P	7. ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)							
P	8. อาการประสาทหลอน (Hallucination)							
G	9. เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)							
G	10. อาการไม่รู้ว่าเวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)							
P	11. ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)							
N	12. การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)							
G	13. ความตึงเครียด (Tension)							
G	14. ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)							
G	15. การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)							
G	16. การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)							
N	17. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)							
P	18. อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)							
	คะแนนรวม							
	ผู้ประเมิน							

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คำชี้แจง : การให้คะแนน

1 = ไม่มีอาการ 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ 3 = มีอาการเล็กน้อย

4 = มีอาการปานกลาง 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก

ความหมายของคะแนน ระดับคะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับคะแนน 18-36 คะแนนหมายถึง มีอาการทางจิตเล็กน้อย แต่สามารถเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ ระดับคะแนน มากกว่า 36คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรงต้องได้รับการดูแลใกล้ชิด

2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental Status Examination: TMSE)

ชื่อ-สกุล เพศ อายุ.....HN.....

คำชี้แจง แบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ ซึ่งใช้กันอย่างแพร่หลายในการคัดกรองคนไข้สมองเสื่อม ในการจำแนกความบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองด้านความรู้ความเข้าใจและอาการสมองเสื่อม

คะแนน

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

- (1) วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์, อังคาร, พุธ, พฤหัสบดี, ฯลฯ)
- (1) วันนี้ วันที่เท่าไร
- (1) ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า, เที่ยง, บ่าย, เย็น)
- (1) ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)

2. REGISTRATION (3 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่าง โดยพูดห่างกัน ครั้งละ 1 วินาที (ต้นไม้ รถยนต์ มือ) เพียงครั้งเดียวแล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบบอกให้ครบ ตามที่ผู้ถูกทดสอบบอกในครั้งแรกให้ 1 คะแนน ในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก
- *หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบดีว่าสักครู่นี้จะกลับมาถามใหม่

3. ATTENTION (5 คะแนน) ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลังให้ครบสัปดาห์ (ให้ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)

คะแนน

- (1) ศุกร์
- (1) พฤหัสบดี
- (1) พุธ
- (1) อังคาร
- (1) จันทร์

4. CALCULATION (3 คะแนน) ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนน) ในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบ ไม่เกิน 1 นาที (หลังจบคำถาม) ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข 93-7 ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไปและ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ

คะแนน

- (1) 100-7
- (2) 93-7

(3) 86-7

5. LANGUAGE (10 คะแนน)

- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
- (1) ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร”
- (1) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วจำไว้ จากนั้น ให้พูดตาม
“ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”

จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบ พูดต่อกันไปให้ครบ 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน

- (1) หยิบกระดาษด้วยมือขวา
- (1) พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น
- (1) แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ
- (1) ให้ผู้ถูกทดสอบอ่านแล้วทำตาม “หลับตา” (ข้อความอยู่ด้านหลัง)
- (2) จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะสามารถทำได้ (ภาพอยู่ด้านหลัง)
และให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด
1. กล้วยกับส้มเหมือนกันคือ เป็นผลไม้
2. แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์, เป็นสิ่งมีชีวิต)

6. RECALL (3 คะแนน) สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่มีอะไรบ้าง

- (1) ต้นไม้
- (1) รถยนต์
- (1) มือ

รวมคะแนนที่ได้

การแปลผล

น้อยกว่า 23 คะแนน มีภาวะสมองเสื่อม

3. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol- Revised Version: CIWA-Ar.)

ข้อที่	อาการ
1	คลื่นไส้อาเจียน ถาม "คุณรู้สึกคลื่นไส้ พะอืดพะอม หรืออาเจียนบ้างไหม" สังเกต 0 ไม่คลื่นไส้ ไม่อาเจียน 1 คลื่นไส้เล็กน้อย ไม่อาเจียน 4 คลื่นไส้เป็นพักๆ อาเจียนแต่ไม่มีอะไร 7 คลื่นไส้อยู่เรื่อยๆ อาเจียนบ่อย
2	การรับสัมผัสผิดปกติ ถาม "คุณรู้สึกคันยุบยิบ ปวดแสบ/ร้อน/แปลบๆ/ รู้สึกมีแมลงไต่/ไขว้ผิงหนัง บ้างไหม" สังเกต 0 ไม่มี 1 คันยุบยิบเห็บซาปวดแปลบๆเป็นน้อยมาก 2 คันยุบยิบเห็บซาปวดแปลบๆเป็นน้อย 3 คันยุบยิบเห็บซาปวดแปลบๆเป็นปานกลาง 4 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างมาก 5 มีประสาทหลอนทางสัมผัสมาก 6 มีประสาทหลอนทางสัมผัสค่อนข้างรุนแรง 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา
3	อาการสั่น ให้เหยียดแขนตรง กางมือออก สังเกต 0 ไม่มีอาการสั่น 1 ไม่เห็นแต่รู้สึกว่ปลายนิ้วแต่ละนิ้วมีอาการสั่น 4 ปานกลาง พบสั่นขณะผู้ป่วยเหยียดแขนตรง 7 รุนแรง เห็นแม้ขณะไม่เหยียดแขน
4	การรับรู้ทางเสียงผิดปกติ ถาม "รู้สึกพะวงเสียงรอบตัวฟังระคายหูไม่มีตัวจริงๆหรือไม่" 0 ไม่มีเสียง 1. เสียงระคายหูหรือทำให้กั้วน้อยมาก 2 เสียงระคายหูหรือทำให้กั้วน้อย 3. เสียงระคายหูหรือทำให้กั้วปานกลาง 4 มีอาการหูแว่วค่อนข้างรุนแรง 4. มีอาการหูแว่วรุนแรงมาก 6 มีอาการหูแว่วรุนแรงมากชัดเจน 7 มีอาการหูแว่วอยู่ตลอดเวลา
5	อาการเหงื่อออกเป็นพักๆ สังเกต 0 ไม่เห็นเหงื่อ 1 ไม่ค่อยเห็นว่าเหงื่อออกฝ่ามือขึ้น 4 เห็นเหงื่อเป็นเม็ดๆชัดบริเวณหน้าผาก 7 เหงื่อแตกทั่วตัว
6	การรับรู้ทางตาผิดปกติ ถาม "รู้สึกว่แสงไฟที่เห็นสว่างจ้าเกินปกติหรือไม่ สีเปลี่ยนหรือไม่ รู้สึก เคืองตาหรือไม่ เห็นอะไรแปลกหรือไม่เห็นอะไรที่ไม่ได้อยู่จริงหรือไม่สังเกตุ" 0 ไม่มี 1 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 2 ไวต่อแสงกว่าปกติเล็กน้อย 3 ไวต่อแสงกว่าปกติปานกลาง 4 อาการประสาทหลอนค่อนข้างรุนแรง 5 อาการประสาทหลอนรุนแรง 6 อาการประสาทหลอนรุนแรงมาก 7 มีประสาทหลอนอยู่ตลอดเวลา

4. แบบประเมินภาวะถอนพิษสุรา (Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol-Revised Version: CIWA-Ar.) (ต่อ)

ข้อที่	อาการ
7	อาการวิตกกังวล ถาม "คุณรู้สึกวิตกกังวลไหม" สังเกต 0 ไม่กังวล ผ่อนคลาย 1 กังวลเล็กน้อย 4 กังวลปานกลางหรือปิดบังทำให้สงสัยเจ็บตระหนกกลัวรุนแรงมาก
8	ปวดหัวมีนตื้อ ถาม "ปวดหัวรู้สึกเหมือนมีอะไรมารัดรอบหัว ไม่รวมอาการวิงเวียน งงๆ ดูตาม ความรุนแรงของอาการ" 0 ไม่มี 1 มีน้อยมาก 2 มีน้อย 3 ปานกลาง 4 ค่อนข้างทนแรง 5 รุนแรง 6 รุนแรงมากเจ็บเป็นแดงที่สุด
9	อาการกระวนกระวาย สังเกต 0 พฤติกรรมปกติ 1 กระวนกระวายกว่าปกติเล็กน้อย 4 ดูกระวนกระวายอยู่ไม่นิ่ง 7 เดินไปมาขณะตอบคำถามหรืออยู่กับที่ ไม่ได้เลย
10	การรับรู้เรื่องเวลาสถานที่ ถาม "วันนี้วันอะไรขณะนี้คุณอยู่ที่ไหนคิดว่าผู้ตรวจเป็นใคร" 0 ตอบได้ตรง 1 ไม่แน่ใจเรื่องวัน 2 ตอบผิดเรื่องวันแต่ผิดพลาดไม่เกิน 2 วัน 3 ตอบวันผิดมากกว่า 2 วัน 4 ตอบผิดด้านสถานที่และหรือบุคคล

การรักษาตาม Symptom-Triggered Regimen ตามคะแนนประเมิน CIWA-Ar

คะแนน	Severity	ความถี่ในการประเมิน	Lorazepam Dose	Diazepam Dose
1-7	Mild	ทุก 4 ชั่วโมงใน 24 ชั่วโมง และทุก 8 ชั่วโมง 5 วัน	ไม่ให้ยา	ไม่ให้ยา
8-14	Moderate	ทุก 2 ชั่วโมง	1-2 มิลลิกรัม	5-10 มิลลิกรัม
15-19	Severe	ทุก 1 ชั่วโมง	2-4 มิลลิกรัม	10-20 มิลลิกรัม
≥20	Extremely severe	ทุก 30 นาที	4 มิลลิกรัม	20 มิลลิกรัม oral หรือ 10 มิลลิกรัม IV

5. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโทกระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น
คำตอบของคุณจะเป็นความลับ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง

ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่คุณดื่มสุราโดยทั่วไปแล้วคุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดั้ม มาตรฐาน	3-4 ดั้มมาตรฐาน	5-6 ดั้มมาตรฐาน	7-9 ดั้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้ม มาตรฐานขึ้นไป
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียร์ ไทเกอร์ ช้าง ดื่มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แม่โขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดื่มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป็ก ขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือน ละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณพบว่าคุณไม่สามารถ หยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่ คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำ ตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุรา เสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไร ที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอน เช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิต ตามปกติ หรือลดอาการเมาค้าง จากการ ดื่มหนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไร ที่คุณรู้สึก ไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่าง ลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยเพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้นในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าคุณได้ดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือนละครึ่ง	เดือนละครึ่ง	สัปดาห์ละครึ่ง	ทุกวัน หรือเกือบทุกวัน
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่ง เป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความห่วงใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
คะแนนรวม					

แปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ(Low Risk)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึงกลุ่มดื่มแบบติดหรือสงสัยภาวะติดสุรา(Alcohol Dependence)

6. แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini International Neuropsychiatric structure Interview: M.I.N.I.)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย ให้ผู้รับบริการฟังและเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้รับบริการที่สุด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ชื่อ.....เบอร์โทร.....

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ ข้อ C1 : ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อข้อ C1a:	0	0	
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้ตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ข้ามไปข้อ C2; ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อข้อ C1b:	0	0	
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0	
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรืออยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1	
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2	
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าข้อ C4 ตอบว่า “ใช่” ให้ถามถึงความรุนแรง และความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย	0	6	
C4a	บางครั้ง ☐ เล็กน้อย ☐ บ่อย ☐ ปานกลาง ☐ → ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณ สามารถควบคุมตัวเองหรือ บอกได้ว่าคุณจะไม่กระทำ การฆ่าตัวตายหรือไม่ ถ้า ตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ 8 คะแนน	8	0	
C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่	0	8	
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9	
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4	
C8	คุณเคยฆ่าตัวตายหรือไม่	0	10	
ในขณะพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น				

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
	คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วยหรือจะรอดตาย หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ “ใช่” ให้คำ เครื่องหมาย √ คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ให้คำ เครื่องหมาย 0			
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4	
	ข้อ C1a-C9 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	
	ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ข้อ C1a-C9 และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกลุ่ม วินิจฉัยโรค: เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้ จากผล การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือ ในอนาคตอันใกล้	SUICIDE RISK CURRENT 0 คะแนน ไม่เสี่ยง ☐ 1-8 คะแนน น้อย ☐ 9-16 คะแนน ปานกลาง ☐ ≥ 17 คะแนน มาก ☐		

การแปลผล 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนานกลาง

17 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลลัพธ์จากการทดลอง

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ป่วย)

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้เป็นแบบประเมินข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินและสัมภาษณ์ ท่านมีสิทธิจะไม่ตอบคำถามข้อใดก็ได้ หรือยุติการตอบคำถามเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิประโยชน์ที่ท่านจะได้รับ

1. เพศ
 - () ชาย
2. อายุ
 - () 20-40 ปี
 - () 41-59 ปี
3. สถานะ
 - () โสด
 - () สมรส
 - () หย่าร้าง/แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษา
 - () ปวช/ปวส
 - () ปริญญาตรี
5. อาชีพ
 - () ค้าขาย
 - () รับจ้าง
 - () เกษตรกร
 - () รับราชการ
 - () สมณะเพศ
 - () ว่างาน
6. รายได้
 - () 800-5,000 บาท
 - () 5,001-10,000 บาท
 - () 10,001-15,000 บาท
 - () มากกว่า 15,000 บาท
7. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล
 - () 1-5 ครั้ง
 - () 6-10 ครั้ง
 - () มากกว่า 10 ครั้ง
8. การวินิจฉัยโรค
 - () F10.X
 - () F15.X
 - () F19.X
 - () F20.X
 - () F32.X
9. ระยะเวลาในการดื่มสุรา
 - () 1-5 ปี
 - () 6-10 ปี
 - () 11-15 ปี
 - () มากกว่า 15 ปี
10. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - () ความคิดฆ่าตัวตาย
 - () วางแผนฆ่าตัวตาย
 - () ทำร้ายตนเอง
 - () พยายามฆ่าตัวตาย
11. วิธีการทำร้ายตนเองและวิธีพยายามฆ่าตัวตาย
 - () กรีดแขน/ชกหน้าตัวเอง
 - () ผูกคอ

() เหยงตัวเอง/กระโดดน้ำ/วิ่งให้รถชน () รับประทานยาเกินขนาด

12. คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะก่อนการทดลอง

- () น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก)
- () 36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย)
- () 59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหাপานกลาง)
- () 82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก)

13. คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะหลังทดลองทันที

- () น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก)
- () 36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย)
- () 59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหাপานกลาง)
- () 82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก)

14. คะแนนทักษะการแก้ปัญหาในระยะติดตามผล 1 เดือน

- () น้อยกว่า 35 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก)
- () 36-58 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย)
- () 59-81 คะแนน (มีระดับทักษะการแก้ปัญหাপานกลาง)
- () 82 คะแนนขึ้นไป (มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก)

2. แบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (Alcohol Use Disorder Identification Test: AUDIT)

สุรา หมายถึง เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ทุกชนิด ได้แก่ เบียร์ เหล้า สาโทกระแช่ วิสกี้ สเปย์ไวน์ เป็นต้น
คำตอบของคุณจะเป็นความลับ กรุณาตอบคำถามตามความเป็นจริง

ให้ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องคำตอบที่ตรงความเป็นจริงมากที่สุดในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
1. คุณดื่มสุร่าบ่อยเพียงไร	ไม่เคยเลย	เดือนละครั้ง หรือน้อยกว่า	2-4 ครั้ง ต่อเดือน	2-3 ครั้ง ต่อสัปดาห์	4 ครั้งขึ้นไป ต่อสัปดาห์
2. เลือกตอบเพียงข้อเดียว เวลาที่ดื่มสุราโดยทั่วไปแล้วคุณดื่ม ประมาณเท่าไรต่อวัน หรือ	1-2 ดั้ม มาตรฐาน	3-4 ดั้มมาตรฐาน	5-6 ดั้มมาตรฐาน	7-9 ดั้มมาตรฐาน	ตั้งแต่ 10 ดั้ม มาตรฐานขึ้นไป
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเบียร์ เช่น สิงห์ ไฮเนเกน ลีโอ เชียวร โทเกอร์ ช้าง ดั้มประมาณเท่าไร ต่อวัน หรือ	1-1.5 กระป๋อง/ 1/2-3/4 ขวด	2-3 กระป๋อง/ 1-1.5 ขวด	3.5-4 กระป๋อง/ 2 ขวด	4.5-7 กระป๋อง/ 3-4 ขวด	7 กระป๋อง/ 4 ขวดขึ้นไป
ถ้าโดยทั่วไปดื่มเหล้า เช่น แมโขง หงส์ทอง หงส์ทิพย์ เหล้าขาว 40 ดีกรี ดั้มประมาณเท่าไรต่อวัน	2-3 ฝา	1/4 แบน	1/2 แบน	3/4 แบน	1 แบนขึ้นไป
3. บ่อยครั้งเพียงไรที่คุณดื่มเบียร์ 4 กระป๋องขึ้นไป หรือเหล้าวิสกี้ 3 เป็ก ขึ้นไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่าเดือน ละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
4. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณพบว่าไม่สามารถ หยุดดื่มได้ หากคุณสามารถเริ่มดื่มไปแล้ว	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
5. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณไม่ได้ทำสิ่งที่คุณควรจะทำ ตามปกติ เพราะคุณมัวแต่ไปดื่มสุรา เสีย	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
6. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณต้องรีบดื่มสุราทันทีในตอน เช้า เพื่อจะได้ดำเนินชีวิต ตามปกติ หรือถอนอาการเมาค้าง จากการ ดั้ม หนักในคืนที่ผ่านมา	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
7. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณรู้สึก ไม่ดี โกรธหรือเสียใจ เนื่องจากคุณได้ทำบางสิ่งบางอย่าง ลงไปขณะที่คุณดื่มสุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน
8. ในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา มีบ่อยครั้ง เพียงไรที่คุณไม่สามารถจำได้ว่าเกิดอะไรขึ้น ในคืนที่ผ่านมาเพราะว่าคุณได้ดื่ม สุราเข้าไป	ไม่เคยเลย	น้อยกว่า เดือนละครั้ง	เดือนละครั้ง	สัปดาห์ละครั้ง	ทุกวัน หรือ เกือบทุกวัน

ข้อคำถาม	0	1	2	3	4
9. ตัวคุณเองหรือคนอื่น เคยได้รับบาดเจ็บซึ่ง เป็นผลจากการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
10. เคยมีแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องแสดงความเป็นห่วงเป็นใยต่อการดื่มสุราของคุณหรือไม่	ไม่เคยเลย		เคย แต่ไม่ได้เกิดขึ้นในปีที่แล้ว		เคยเกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่แล้ว
คะแนนรวม					

แปลผล ดังนี้

ช่วงคะแนน 0-7 คะแนน หมายถึง กลุ่มไม่ดื่มหรือดื่มแบบเสี่ยงต่ำ(Low Risk)

ช่วงคะแนน 8-15 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบเสี่ยง (Hazardous Drinker)

ช่วงคะแนน 16-19 คะแนน หมายถึง กลุ่มดื่มแบบอันตราย (Harmful Drinker)

ช่วงคะแนน 20-40 คะแนน หมายถึงกลุ่มดื่มแบบติดหรือส่งสัยภาวะติดสุรา(Alcohol Dependence)

3. แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric structure Interview: M.I.N.I.)

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้แบบประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (Mini international neuropsychiatric structure interview; M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย ให้ผู้รับบริการฟังและเลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้รับบริการที่สุด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ชื่อ.....เบอร์โทร.....

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุหรือไม่ ข้อ C1 : ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ข้ามไปข้อ C2 ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อข้อ C1a:	0	0	
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้ตั้งใจหรือวางแผนที่จะให้ตัวเองบาดเจ็บ ไม่ว่าด้วยตัวเองหรือยอมให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ ข้อ C1a: ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ให้ข้ามไปข้อ C2 ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้ถามต่อข้อ C1b:	0	0	
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0	
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงจะดีกว่า หรืออยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1	
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเอง หรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2	
C4	คุณคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าข้อ C4 ตอบว่า “ใช่” ให้ถามถึงความรุนแรง และความถี่ของความคิดฆ่าตัวตาย	0	6	
C4a	บางครั้ง ☐ เล็กน้อย ☐ บ่อย ☐ ปานกลาง ☐ → ขณะสัมภาษณ์นี้ คุณ สามารถควบคุมตัวเองหรือ บอกได้ว่า คุณจะ <u>ไม่</u> กระทำ การฆ่าตัวตายหรือไม่ ถ้า ตอบว่า “<u>ไม่ใช่</u>” ให้ 8 คะแนน	8	0	
C5	คุณได้วางแผนฆ่าตัวตายหรือไม่	0	8	
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือเพื่อจะฆ่าตัวตาย โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9	
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4	
C8	คุณเคยฆ่าตัวตายหรือไม่	0	10	
ในขณะพยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น				

ข้อ	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ไม่ใช่	ใช่	คะแนน
	คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วยหรือจะรอดตาย หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ “ใช่” ให้คำ เครื่องหมาย √ คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ ☐ ถ้าตอบ “ไม่ใช่” ให้คำ เครื่องหมาย 0			
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4	
	ข้อ C1a-C9 ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่	ไม่ใช่	ใช่	
	ถ้าตอบว่า “ใช่” ให้รวมคะแนนข้อที่ตอบว่า “ใช่” ตั้งแต่ข้อ C1a-C9 และระดับความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย ตามคะแนนในกลุ่ม วินิจฉัยโรค : เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้ จากผล การประเมินความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือ ในอนาคตอันใกล้	SUICIDE RISK CURRENT 0 คะแนน ไม่เสี่ยง ☐ 1-8 คะแนน น้อย ☐ 9-16 คะแนน ปานกลาง ☐ ≥ 17 คะแนน มาก ☐		

การแปลผล 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง

17 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญห (Problem Solving Therapy Program: PST)

ขั้นตอนที่ 1 ทำความเข้าใจหรือค้นหาปัญหา (Problem Orientation)

ครั้งที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับปัญหา การเจ็บป่วย

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิก
 2. เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจโปรแกรมการแก้ปัญหา
 3. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา โรคจิตเวช ปัญหาจากการใช้สุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

เวลา 60-70 นาที

ขั้นตอนการทำกลุ่ม

1. ขั้นตอนพื้นฐาน กล่าวสวัสดีแนะนำผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม ผู้บันทึกกลุ่มและให้สมาชิกแนะนำตัวเอง ตกลงกติกา หรือระเบียบในการเข้ากลุ่ม (5 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มอธิบายลักษณะโปรแกรมในแต่ละครั้ง จากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มซักถามข้อมูลในส่วนที่ไม่เข้าใจ (ความรู้ที่ 1.1) (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกถึงความสามารถพิเศษ สิ่งที่เขาภูมิใจ จุดดีหรือจุดเด่นของตัวเอง เช่น เล่นดนตรี กีฬา ความสามารถทางศิลปะ เพื่อค้นหาศักยภาพและให้กำลังใจสมาชิก ซึ่งจะช่วยให้มีแรง จูงใจในการแก้ปัญหา (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิก 2-3 คน ว่า “มีใครเคยมีปัญหาทั้งในการใช้ชีวิตในครอบครัว หรือจากการทำงานหรือไม่ แก้ไขอย่างไร” (10 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มโยนเข้าสู่เนื้อหาการบรรยายความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา (ความรู้ที่ 1.2) (5 นาที)
6. เปิดโอกาสให้สมาชิกอภิปราย ซักถาม จากนั้นสรุปเข้าสู่เนื้อหาต่อไป (5 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกนึกถึงปัญหาหรือสถานการณ์ประจำวันที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตนเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้ไม่สบายใจ มีความทุกข์ใจ หรือสถานการณ์ที่ส่งผลให้สมาชิกมีความคิดอยากทำร้ายตัวเอง รวมทั้งฝึกให้สมาชิกฝึกการหยุดความคิด (กิจกรรมที่ 1) (10 นาที)
8. ผู้นำกลุ่มโยนเข้าสู่เนื้อหาการบรรยายให้สมาชิกทราบ เรื่อง โรคจิตเวช ปัญหาจากการดื่มสุรา และ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (ความรู้ที่ 1.3) (10 นาที)
9. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกช่วยสรุปเนื้อหาและเพิ่มเติมเนื้อหาสาระที่ยังไม่ครอบคลุม มอบหมายการบ้านโดยให้สมาชิก ทบทวนปัญหาตามกิจกรรมที่ 1 เพื่อฝึกการคิด (5 นาที)
10. ผู้นำกลุ่มถามสมาชิกว่ามีความคิดเห็นอย่างไรต่อการเข้ากลุ่มในวันนี้ (สรุปภาพรวมการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่ม และการบ้าน) (5 นาที)

การประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ซักถามภายในกลุ่ม
2. สามารถตอบคำถามได้ตามใบกิจกรรมครั้งที่ 1
3. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 1.1

รูปแบบของโปรแกรมการแก้ปัญหา

โปรแกรม ประกอบด้วย การบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง เป็นกลุ่มปิด ทำการบำบัดทุกวัน ติดต่อกัน วันจันทร์-วันศุกร์ ใช้เวลาครั้งละ 60-70 นาที โดยมีวัตถุประสงค์ของการบำบัด คือ ให้สมาชิกรู้จักหยุดความคิดและอารมณ์ทางลบ มีการรับรู้ปัญหาทางบวก ลดการรับรู้ปัญหาทางลบ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ลดการเร่งรีบในการแก้ปัญหาให้น้อยลง และลดแนวโน้มในการเลี่ยงปัญหา การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้สมาชิกเข้าใจความหมายใหม่ของปัญหา ปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อปัญหาใหม่ มีวิธีแก้ปัญหาที่หลากหลาย และมีแผนการแก้ปัญหาที่ชัดเจน เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า หรือพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง สามารถนำการฝึกทักษะการบำบัด โดยการแก้ปัญหา มาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ เป็นการฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มีโปรแกรม 5 ครั้ง ดังนี้

1. โปรแกรมการบำบัด ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการแก้ปัญหา พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. การฝึกระบุปัญหาและทำความเข้าใจปัญหา การรับรู้ปัญหาทางบวก ฝึกการให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาและฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด
3. การฝึกรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา
4. ฝึกการตัดสินใจ เลือกวิธีแก้ปัญหา
5. การดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ปัญหาทางบวกในการแก้ปัญหา รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มีทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหา ทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหา สามารถควบคุมอารมณ์ขณะแก้ปัญหา และเข้าใจธรรมชาติของปัญหา ทำให้สามารถแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ลด ละพฤติกรรมการดื่มสุรา และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วย

ความรู้ที่ 1.2

ความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา

ความรู้เกี่ยวกับการแก้ปัญหา กำหนดเป็น 3 ส่วน คือ ความหมายของการแก้ปัญหา การรับรู้ปัญหา และรูปแบบการแก้ปัญหา เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นหลังจากการคิด ซึ่งสะท้อนถึงการตระหนักรู้โดยทั่วไปของบุคคล และการรับรู้ต่อปัญหาในชีวิต เช่นเดียวกับการรับรู้ถึงความสามารถในการแก้ปัญหของตนเอง กระบวนการนี้ส่วนใหญ่ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการแก้ปัญหา

1. การแก้ปัญหา หมายถึง การนำตนเอง กำกับตนเอง ที่จะค้นหาปัญหาหรือระบุวิธีเผชิญหรือปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน มีเป้าหมายที่จะทำให้การแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ เกิดศักยภาพ โดยมีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย

2. การรับรู้ต่อปัญหา

2.1 การรับรู้ปัญหาทางบวก เป็นการมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดอารมณ์ทางบวก มีแนวโน้มที่จะเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหา มากกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา

2.2 การรับรู้ปัญหาทางลบ เป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหา ความกังวลเพิ่มขึ้น ไม่อดทนและแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น

3. รูปแบบการแก้ปัญหา

3.1 การแก้ปัญหามีเหตุผล เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีความรอบคอบ และเป็นระบบ ค้นหาทางแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ อยู่กับความเป็นจริง และลดอารมณ์ทางลบ เพราะไม่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา

3.2 การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง มีการแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา มองการแก้ปัญหาในทางร้าย ไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาลบลงด้วยตัวมันเอง

3.3 การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น หรือวู่วาม คิดแคบ ๆ เร่งรีบแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รื้อคิดทบทวนหลายๆ ทางก่อน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

ความรู้ที่ 1.3

โรคติดสุรา (แอลกอฮอล์) มีภาวะผิดปกติทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและความคิดที่เกิดจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ที่มากกว่าบุคคลปกติทั่วไปอย่างต่อเนื่อง เป็นเวลานาน จนมีผลให้เกิดอาการทนต่อฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ โดยผู้เสพยาจะต้องเพิ่มปริมาณการดื่มมากขึ้นเพื่อให้ได้ฤทธิ์เท่าเดิม ถ้าหยุดดื่มหรือลดปริมาณการดื่มให้น้อยลงจะเกิดอาการถอนพิษสุรา ซึ่งจะมีอาการ มือสั่น เหงื่อออก นอนไม่หลับ คลื่นไส้ อาเจียน กระสับกระส่าย และชักเกร็งได้ ที่สำคัญคือไม่สามารถควบคุมการดื่มหรือเลิกดื่มได้ และยังคงดื่มต่อไปทั้ง ๆ ที่เกิดอันตรายต่อสุขภาพทางกายและจิตใจ รวมถึงเกิดผลเสียทางด้านการทำหน้าที่ทางสังคม การงานหรือการพักผ่อนหย่อนใจ

ผู้ป่วยโรคติดสุรา หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามการอ้างอิงรหัสโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก เป็นผู้ป่วยโรคติดสุรา

ผลกระทบจากการดื่มสุรา การดื่มสุรา เกิดผลกระทบในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งต่อตัวผู้ดื่ม ครอบครัว สังคม เศรษฐกิจ ดังนี้

1. ผู้ดื่ม เกิดผลกระทบด้านสุขภาพ ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การดื่มสุราเป็นสาเหตุของโรคกว่า 60 โรค ได้แก่ กลุ่มโรคที่เกิดจากแอลกอฮอล์โดยตรง เช่น โรคจิตจากสุรา โรคติดสุรา สมองเสื่อมจากสุรา โรคกล้ามเนื้อหัวใจเสื่อม โรคกระเพาะอักเสบ โรคตับแข็ง อาการระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูง และอาการแอลกอฮอล์เป็นพิษ กลุ่มโรคความผิดปกติด้านจิตใจ โรคซึมเศร้า โรคจิต ผลกระทบด้านอุบัติเหตุ การฆ่าตัวตาย ความรุนแรงในครอบครัว ด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

2. ครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี ทะเลาะวิวาท สมาชิกครอบครัวขาดความอบอุ่น

3. สังคม ขาดโอกาส ขาดความน่าเชื่อถือ สังคมไม่ไว้วางใจ รังเกียจ กลัว ตำหนิ

4. เศรษฐกิจ ขาดรายได้ จนถึงปัญหาระดับประเทศ รัฐต้องสูญเสียงบประมาณไปกับต้นทุนค่ารักษาพยาบาลเนื่องมาจากปัญหาการดื่มสุรา ทรัพย์สินเสียหายที่เกิดจากอุบัติเหตุจราจร

ความรู้ที่ 1.4

พฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สามารถเกิดได้กับคนทุกคน ซึ่งพฤติกรรมฆ่าตัวตายไม่ใช่โรค แต่ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เช่น เมื่อบุคคลใดเผชิญสถานการณ์ที่เลวร้ายและรุนแรง อาจเลือกวิธีหลีกเลี่ยงปัญหาหรือตัดสินใจแบบหุนหันพลันแล่นโดยการฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้มีภาวะซึมเศร้าถือเป็นปัจจัยเสี่ยงหลักๆนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือ

สาเหตุ

1. ปัจจัยทางด้านร่างกาย เกิดจากสารสื่อประสาทในสมองที่ลดลง และมีความผิดปกติของต่อมไร้ท่อและฮอร์โมน ปัญหาการนอนหลับที่ผิดปกติ มีภาวะซึมเศร้า โรคทางกายหรือโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตายได้

2. ปัจจัยทางจิตสังคม เกิดจากการสูญเสีย เช่น สูญเสียบิดามารดา หรือบุคคลที่เป็นที่รักผูกพัน สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง ของมีค่า ตำแหน่งหน้าที่การงาน ตลอดจนการเลี้ยงดูในวัยเด็กไม่เหมาะสม ขาดความรัก ความอบอุ่น ความล้มเหลว ผิดหวังในชีวิต ความพิการทางกาย ขาดทักษะในการแก้ปัญหา มีความคิดทางลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต เป็นต้น

อาการและอาการแสดง

1. ด้านอารมณ์ มีอาการเศร้าเป็นอาการสำคัญ มีความรู้สึกต่อตนเองในทางลบ รู้สึกว่าตนเอง ผิดบาป ทุกข์ใจ เหนงา โดดเดี่ยว อ้างว้าง หรือบางครั้งมีอาการหงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

2. ด้านความคิด คิดมาก ประเมินตนเองต่ำ คิดว่าตนล้มเหลว ทำอะไรก็ไม่สำเร็จ ไร้ค่ามองโลกในแง่ร้าย คิดว่าอนาคตคงสิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง โทษตัวเอง มีความลำบากในการตัดสินใจ ขาดที่พึ่ง

3. ด้านแรงจูงใจ ขาดแรงจูงใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ท้อแท้ สิ้นหวัง หหมดกำลังใจ ไม่มีความคิดริเริ่ม ขาดพลังใจ ขาดความมั่นใจ ต้องการที่จะหลบเลี่ยงหนี และแยกตัวจากสังคม หรือต้องการที่จะตาย

4. ด้านร่างกายและการทำกิจกรรมต่างๆ ความอยากรับประทานอาหารลดลง มีความยากลำบากในการนอนหลับ เช่นนอนไม่หลับหรือหลับยาก อ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง หรือเหนื่อยตลอดเวลา น้ำหนักลด การบำบัดรักษา

1. การรักษาด้วยยา (ยารับประทาน และยาฉีด)

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า กรณีที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างรุนแรง

3. การรักษาด้วยจิตสังคมบำบัด เช่นปรับความคิดและพฤติกรรม การบำบัดโดยการแก้ปัญหา การบำบัดทางจิตแบบประคับประคอง เป็นต้น

กิจกรรมที่ 1

ให้สมาชิกเขียนสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า โดยเลือกมา 1 ปัญหาและวิธีการแก้ไขที่เคยใช้แก้ปัญหา เพื่อพิจารณาถึงปัญหา เป็นการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา และสำรวจความคิดและอารมณ์เมื่อมีปัญหา

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งหมด

.....

.....

2. เลือกมา 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกวิธีการที่เคยใช้แก้ไขปัญหานั้นที่ได้ผลดีและไม่ได้ผล

ปัญหา	อารมณ์	วิธีการแก้ปัญหา ที่ได้ผลดีและไม่ได้ผลดี	ผลลัพธ์

3. ให้สมาชิกทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา

.....

.....

4. การหยุดอารมณ์และความคิดลบ

.....

.....

5.การบ้าน ฝึกการหยุดความคิดลบจากปัญหาประจำวัน

.....

.....

.....

ครั้งที่ 2

การระบุปัญหา (Problem Definition)

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเชื่อมโยง เนื้อหาและกิจกรรมในครั้งที่ 1
 2. เพื่อให้สมาชิกมีกระบวนการและทำความเข้าใจปัญหา
 3. เพื่อให้สมาชิกฝึกทำความเข้าใจ รับรู้ปัญหาทางบวก และลดการรับรู้ปัญหาทางลบ
 4. เพื่อให้สมาชิกฝึกให้ความหมายใหม่ต่อปัญหา
 5. เพื่อให้สมาชิกฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ

เวลา 60-70 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่ม กล่าวสวัสดิ์สมาชิกกลุ่ม กระตุ้นให้สมาชิกทบทวนถึงกิจกรรมครั้งที่ 1 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 2 (5 นาที)
 2. พูดคุยถึงการบ้านเรื่อง การหยุดความคิดทางลบจากปัญหาประจำวัน และวิธีการแก้ปัญหาเพื่อพิจารณาปัญหาและสำรวจตัวเอง ซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (5 นาที)
 3. แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่า ๆ กัน และมอบหมายงานให้ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์จำลอง(กิจกรรมที่ 2) และนำเสนอในกลุ่มใหญ่ อภิปราย ซักถาม (10 นาที)
 4. สรุปผลของการวิเคราะห์ปัญหาและเชื่อมโยงเนื้อหาที่ได้จากการนำเสนอ นำสู่หัวข้อการรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ ผู้นำอธิบายเรื่อง การรับรู้ปัญหาทางบวกโดยการคิดทางบวก และการรับรู้ปัญหาทางลบ โดยมีความคิดทางลบ (ความรู้ที่ 2.1) (10 นาที)
 5. ซักถามสมาชิก 2-3 คน “ใครเคยมีประสบการณ์ในการคิดบวก และเกิดผลอย่างไร” “ในการคิดลบเกิดผลอย่างไร” (10 นาที)
 6. สรุปและกระตุ้นให้สมาชิกสรุปเนื้อหาและเชื่อมโยงสู่การพูดกับตนเองด้านบวก เปิดโอกาสให้สมาชิกพูดถึงคำพูดบวกที่ตนเองเคยใช้ในชีวิตจริง และผู้นำกลุ่มสรุปคำพูดที่ดีและเหมาะสมให้กลุ่มฟัง (ความรู้ที่ 2.2) (10 นาที)
 7. ผู้นำกลุ่มเชื่อมโยงความคิดทางลบทำให้มีความทุกข์ เกิดอารมณ์ทางลบ เช่น ความกังวลใจ ไม่สบายใจ ทำให้เกิดความเครียด สมาชิกควรมีวิธีการจัดการความเครียด อธิบายเรื่องเทคนิคการคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจและฝึกปฏิบัติวิธีการหายใจ (ความรู้ที่ 2.3) (10 นาที)
 8. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันสรุปเนื้อหา และเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครบ และถามความคิดเห็นของสมาชิกต่อการเข้ากลุ่ม (5 นาที)
 9. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้านให้สมาชิกกลับไปฝึก 1) การคิดทางบวก และการพูดกับตัวเองด้านบวก 3) ฝึกเทคนิคการคลายเครียด โดยการฝึกการหายใจ (การบ้านที่ 2) กล่าวปิดกลุ่ม (5 นาที)
- ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และซักถามภายในกลุ่มจากการบ้านครั้งที่ 1
2. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 2
3. การฝึกการคลายเครียดโดยการฝึกหายใจ
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 2.1

การรับรู้ปัญหาทางบวกและทางลบ

1. การรับรู้ปัญหาทางบวก เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ ทำนาย เชื่อในความสามารถของบุคคลที่จะแก้ปัญหาได้สำเร็จ การที่จะรับรู้ปัญหาทางบวกบุคคลจะต้องมีความคิดทางบวก โดยมองผ่านข้อเสีย แล้วหาข้อดีให้ได้ และนำข้อดีที่พบมาขยายและใช้ต่อ เป็นการที่นำความสุขมาสู่ตนเองโดยการตั้งเป้าหมายชีวิตที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของชีวิตตน มีสติอยู่กับปัจจุบัน รู้ว่าตนเองกำลังทำอะไรเพื่ออะไร มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง โดย

1.1 มองปัญหาว่ามีทางแก้ไข เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นให้มองว่า “เกิดความผิดพลาดที่ใดมากกว่า “ใครเป็นคนผิด”

1.2 หาสิ่งตอบแทนจากการสูญเสีย ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นเปรียบเสมือนครูที่จะสอนแนวทางให้แก่ตนเองหรือมองว่าอุปสรรค/ปัญหาเป็นบทเรียนที่ทำให้เราเข้มแข็งพัฒนาตนเองได้มากขึ้น

1.3 มีอารมณ์ขัน การเผชิญสถานการณ์ แม้ว่าลำบากก็ยังยิ้มและสนุกกับการเผชิญสถานการณ์ได้

1.4 รู้จักนำหลักพุทธศาสนามาใช้ เช่นการรู้จักปล่อยวาง ไม่ยึดติด การฝึกหัดเมตตาให้อภัย จะทำให้จิตใจเรามีความสุขมากขึ้น ไม่ยึดติดกับสถานการณ์ในอดีต และตั้งความหวังกับอนาคต ไม่นำอดีตและอนาคตมาคิดปรุงแต่งให้ฟุ้งซ่านไปต่างๆ นานา ให้อยู่กับปัจจุบันมากที่สุด

2. การรับรู้ปัญหาทางลบ เป็นรูปแบบการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม และเป็นอุปสรรค คุณค่าความสุขมองตนเองมีความสามารถในการแก้ปัญหาต่ำ กลายเป็นความรู้สึกลับข้อใจและว่าวุ่นใจโดยง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา บุคคลจะมีความคิดทางลบ เป็นความคิดที่นำความทุกข์มาสู่ตน เช่น การตั้งความหวังที่สูงเกินไปต่อตนเอง ต่อคนอื่น ต่อโลกภายนอก การตำหนิตนเองต่อสิ่งที่ทำผิดพลาดไป การไม่อยู่กับปัจจุบัน คนที่คิดในทางลบ มักคิดอยู่กับอดีต หมกมุ่นกับความทุกข์ของตนเอง คิดถึงแต่สิ่งที่ตนเองจะได้รับ การรับรู้โลกภายนอกแคบ ขณะเดียวกันก็มีวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง การให้ความหมายใหม่ต่อปัญหาเมื่อเราพบปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ให้คิดว่าเป็นโอกาสดีที่จะฝึกฝนให้ตัวเรามีความเข้มแข็งทางด้านจิตใจช่วยให้เข้าใจชีวิตมากขึ้นเช่น ปัญหาการเจ็บป่วยต้องมานอนที่โรงพยาบาลการให้ความหมายใหม่ คือ เป็นโอกาสดีที่ได้มารักษาตัวได้มาอยู่ใกล้หมอใกล้พยาบาลดีกว่าคนอื่นที่ไม่ได้รับการรักษาอาจต้องป่วยหนักและรักษาไม่ได้ ได้มีเพื่อนใหม่ หรือปัญหาไม่มีงานทำ ตกงาน การให้ความหมายใหม่ คือทำให้เราได้หาทางพัฒนาตนเองเพิ่มขึ้น อาจทำให้เราได้งานดีกว่าเดิม มีอาชีพที่เหมาะสมกับเรามากขึ้น ถ้าสามารถทำงานด้วยตนเองก็ไม่ต้องเป็นลูกน้องใคร เป็นนายตัวเองและมีอาชีพอิสระ เช่นทำการเกษตร ค้าขาย เป็นต้น

ความรู้ที่ 2.2

การพูดกับตนเองทางบวก

การพูดกับตนเองทางบวก คือลักษณะคำพูดที่ใช้กับตนเอง ซึ่งเกิดจากความเชื่อ ความรู้สึกและประสบการณ์ อาจเป็นการพูดกับตนเองในใจอย่างเงียบๆ หรือพูดออกเสียงกับตนเอง โดยลักษณะคำพูดนั้นมีเหตุผลอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง เป็นไปได้ในปัจจุบัน ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีความหวังต่ออนาคต โลก และสิ่งแวดล้อม เมื่อใจเราคิดอย่างไร เรื่องก็จะเป็นอย่างนั้น

ขั้นตอนการฝึกพูดกับตนเองทางบวก

1. เขียนประโยคที่จะพูดกับตนเองในกระดาษ โดยใช้คำขึ้นต้นว่า “ฉัน” ในการพูดกับตนเอง
2. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้น
3. ฟังเสียงตนเองจากการอ่านประโยคนั้น
4. ทำความเข้าใจกับประโยคดังกล่าวและปรับความคิดของตนเอง เพื่อให้ประโยคเหล่านั้นเข้าไปอยู่ในความคิด

ไปอยู่ในความคิด

5. อ่านออกเสียงประโยคเหล่านั้นอย่างจริงจังหน้ากระจก ให้เป็นเหมือนกับว่ากำลังฟังใครสักคนพูดกับตัวเอง เพราะการอ่านออกเสียงหน้ากระจก จะเป็นวิธีการจูงใจที่ช่วยให้เรารู้สึกเหมือนได้พูดกับตัวเองจริงๆ

ตัวอย่างคำพูดกับตัวเองทางบวก

- ฉันทำได้
- ฉันจะไม่ยอมแพ้ต่อชีวิต
- ฉันสามารถทำให้ชีวิตของฉันดีกว่าเดิมได้
- ฉันสามารถแก้ปัญหานี้ได้
- ฉันแก้ปัญหานี้ได้ ฉันจะเป็นคนเข้มแข็ง
- ฉันภูมิใจในตนเอง
- ความรู้สึกเศร้าเป็นเรื่องปกติ ธรรมชาติของคนที่ยอกหัก เวลาจะทำให้ฉันดีขึ้น
- ฉันพร้อมแล้วที่จะลุกขึ้นยืนอีกครั้ง

ความรู้ที่ 2.3

เทคนิคคลายเครียดโดยการฝึกการหายใจ (Breathing Exercise)

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณช่องท้อง จะช่วยให้ได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือด และยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย

การฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใส เพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณหน้าท้อง ค่อยๆ หายใจเข้า พร้อมๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4 ให้มือรู้สึกว่าท้องพองออก กลั้นหายใจไว้ชั่วครู่ ค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8 พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง ทำซ้ำอีก โดยการหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออก ให้นานกว่าหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4-5 ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่มีนึกได้ ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมดเหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น ในแต่ละวันควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ 45 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันในคราวเดียวกัน

ผลดีของการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

- อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
- อัตราการหายใจลดลง
- ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง
- อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
- ความดันโลหิตลดลง

หลังการฝึก

- ใจเย็นขึ้น
- สมาธิดีขึ้น ความจำดีขึ้น
- สมองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีขึ้นกว่าเดิม
- ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น
- ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น

กิจกรรมที่ 2

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละเท่าๆ กัน เพื่อฝึกวิเคราะห์ต่อปัญหาทั้งทางบวกและทางลบ ประเด็นปัญหาจากสถานการณ์ต่อไปนี้

คุณชาย มีอาชีพขับรถรับจ้าง มีภรรยาและบุตร 2 คน คุณชายเป็นชายหนุ่มหน้าตาดี และมีนิสัยเจ้าชู้ วันหนึ่งคุณชายถูกภรรยาจับได้ว่าแอบมีภรรยาน้อยไว้ ภรรยาของคุณชายโกรธมาก และทะเลาะกันอย่างรุนแรง ภรรยาของคุณชายจึงพาลูกๆหนีจากไป คุณชายรู้สึกเครียดและเสียใจมากต่อการกระทำของตัวเอง เริ่มหันไปดื่มสุราทุกวัน ไม่สนใจทำงาน บางครั้งพูดบ่นว่าไม่มีอะไรเหลือแล้วในชีวิต “ผมอยากตาย” ญาติจึงพาคุณชายมารักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช

จากสถานการณ์ดังกล่าว ให้สมาชิกช่วยกันวิเคราะห์ปัญหาของคุณชาย ดังนี้

1. ปัญหาของคุณชาย คืออะไร (ระบุปัญหา)

.....

.....

2. สาเหตุของปัญหา คืออะไรบ้าง

.....

.....

3. เป้าหมายในการแก้ปัญหา

.....

.....

4. การรับรู้ปัญหาทางลบกับปัญหาคุณชาย คือ

.....

.....

5. การรับรู้ปัญหาทางบวกกับปัญหาคุณชาย คือ.....

.....

.....

6. การให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับปัญหาของคุณชาย.....

.....

.....

การบ้านครั้งที่ 2

2.1 การคิดทางบวก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2 การพูดกับตัวเองทางบวก

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.3 ฝึกการหายใจเพื่อคลายเครียด มีผลอย่างไร

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 3

การรวบรวมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อเชื่อมโยงเนื้อหา และกิจกรรมในครั้งที่ 2
 2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกรวบรวมทางเลือกที่หลากหลายในการแก้ปัญหา โดยการระดมสมอง
 3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการสร้างทางเลือกที่หลากหลาย สำหรับการแก้ปัญหา

เวลา 60-70 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกล่าวทักทายสมาชิก และทบทวนกิจกรรมครั้งที่ 2 พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของกิจกรรมครั้งที่ 3 และให้สมาชิกฝึกการหายใจ (10 นาที)
2. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกพูดคุยถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้ปัญหาอุปสรรคที่พบขณะฝึกการบ้าน (5 นาที)
3. แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน มอบหมายงานให้สมาชิกได้ฝึกระดมสมองหาทางเลือกในการแก้ปัญหาจากสถานการณ์จำลองตามประเด็นที่กำหนด (กิจกรรมที่ 3.1) และนำเสนอในกลุ่มใหญ่ อภิปราย ซักถาม (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายถึงทางออกของปัญหามีหลากหลายทาง ซึ่งปัญหาแต่ละปัญหาย่อมมีทางออก มีทางเลือกในการแก้ปัญหาเสมอ แต่อาจต้องใช้เวลา การระดมสมองจะช่วยให้คิดทางออกของปัญหาได้มากขึ้น (ความรู้ที่ 3.1) (10 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิก 1-2 คน สรุปเนื้อหาสาระของการรวบรวมทางเลือก และพิจารณาทางเลือก และเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ครบ (5 นาที)
6. เมื่อมีความทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ ให้มีสติเตือนใจ เพื่อให้เกิดกำลังใจในการแก้ปัญหา และให้สมาชิกยกตัวอย่าง และให้เขียนไว้ในใบบันทึกประจำวัน (ความรู้ที่ 3.2) (10 นาที)
7. กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มสรุปเนื้อหา และนัดหมายครั้งต่อไป (10 นาที)
8. ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้าน 1) ให้สมาชิกกลับไปคิดสติเตือนใจตัวเองเวลา ไม่สบายใจ หรือรู้สึกทุกข์ใจ เพื่อเตือนสติตัวเองให้หยุดและคิด คิดไว้ตามที่เห็นได้ง่ายหรือติดตัวไว้ 2) ให้ฝึกการรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในปัญหาของตนเอง (การบ้านที่ 3) 3) ให้ฝึกการหายใจ 4) เขียนบันทึกประจำวัน (10 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ซักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 2
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 3
4. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 3.1

การฝึกอบรมทางเลือกในการแก้ปัญหาและพิจารณาทางเลือก

การฝึกสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา เป็นการฝึกหาทางออกที่ซึ่งจะเป็นผลดีต่อการแก้ปัญหา หลากหลาย การระดมสมอง เพื่อพัฒนาการคิดถึงทางออกของปัญหา หยุดความคิดที่เชื่อว่า ในปัญหานี้ไม่สามารถทำอะไรได้อีก โดยใช้จินตนาการในการแก้ปัญหา ปลดปล่อยความคิดต่างๆ เป็นไปตามสบาย พยายามสร้างความคิดแปลกใหม่และสร้างสรรค์ให้มีจำนวนมาก โดยไม่มีการประเมิน หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ หรือตัดสินว่าความคิดนั้นเป็นอย่างไร ยิ่งตัวเลือกมากเท่าไร เรายิ่งมีโอกาสได้วิธีแก้ปัญหาสุดท้ายได้ดีมากขึ้น การมีคนช่วยคิดจะช่วยให้เราสบายใจขึ้น ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และอาจได้ข้อคิดจากมุมมองที่แตกต่าง ช่วยให้เข้าใจปัญหาได้ดีขึ้น มองเห็นทางออกได้มากขึ้น ประเด็นสำคัญของวิธีนี้คือ ต้องรู้จักเลือกคนที่เราจะไปปรึกษาให้เหมาะสม เช่น ควรเป็นคนที่รับฟังอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสินใจ ไม่ตำหนิซ้ำเติม เก็บความลับได้ ไม่นำไปเปิดเผย มีความสงบนิ่ง มีใจเป็นกลาง ไม่มีอคติหรือเข้าข้างฝ่ายใด ให้ข้อคิดดีๆ ได้ โดยไม่พยายามมาควบคุมยังคิดความคิดของเรา โดยเราควรเป็นผู้ตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยตนเอง

การหาทางเลือกในการแก้ปัญหา

เป็นวิธีการคิดหาทางแก้ปัญหา เพื่อเป็นทางเลือกในการแก้ปัญหา มีวัตถุประสงค์เพื่อคิดและเสนอทางเลือกต่างๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ยังมีตัวเลือกมากเท่าไร เรายิ่งมีโอกาสได้วิธีสุดท้ายที่ดีมากขึ้นตามมา โดยทางเลือกนั้น มีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา และเป็นทางเลือกที่มีความเฉพาะเจาะจง ตลอดจนมีความเป็นรูปธรรม มีหลัก 3 ประการ คือ

1. ปริมาณ ได้แก่ สอนให้คิดและเสนอทางเลือกต่างๆ ให้มีจำนวนมาก
2. การตัดสินใจ ได้แก่ การที่บุคคลปล่อยให้เกิดความคิดต่างๆ ขึ้น และพยายามสร้างความคิดที่แปลกใหม่ สร้างสรรค์ให้มีจำนวนมาก โดยไม่มีการประเมิน หรือตัดสินว่าความคิดนั้นๆ เป็นอย่างไร
3. วิธีการและกลยุทธ์ ได้แก่ การที่บุคคลพิจารณาทางเลือกต่างๆ มีกลวิธีอะไรบ้าง กลวิธีนั้นแตกต่างกันอย่างไร

การพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา

ควรมีการกำหนดเป้าหมายของการแก้ปัญหา หมายถึง การวิเคราะห์ปัญหา ทำความเข้าใจกับปัญหาของตนเอง รวบรวมข้อมูลต่างๆ พร้อมกับกำหนดจุดประสงค์ในการแก้ปัญหา ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนตัวของบุคคลที่มีต่อสถานการณ์ซึ่งเป็นปัญหานั้นๆ มีสิ่งสำคัญ 2 ประการ คือ

1. ควรตั้งเป้าหมายที่เป็นรูปธรรม และเป้าหมายที่มีความเฉพาะเจาะจง เป็นเป้าหมายเชิงบวก
2. หลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายที่ไม่เป็นความจริง หรือเป้าหมายที่ไม่สามารถทำให้สำเร็จได้

ความรู้ที่ 3.2

ตัวอย่างคติเตือนใจ

- คนไม่ผิดพลาด คือคนที่ไม่เคยทำอะไร
- ปัญหาก็คือปัญญา ปัญหาคู่มากับปัญหา
- ปัญหามีไว้ให้แก้ ไม่ได้มีไว้ให้กลุ้ม
- ความท้อแท้ ทำให้แพ้เอาง่ายๆ
- คิดไม่ตก อย่าเก็บเอาไว้ในใจ มีอะไรค่อยๆ ปรึกษากัน
- คนท้อไม่แพ้ คนแพ้ไม่ท้อ
- ให้น้ำใจใ้หน้าตา ให้เวลาปัญหาคลีคลาย
- คนไม่ใช่เครื่องจักร ต้องการความรักและความเข้าใจ
- จงปีนข้ามกำแพงอุปสรรคที่ขวางอยู่ตรงหน้า
- คิดก่อนทำ ย้ำก่อนตัดสินใจ
- หากไม่รู้จักคิด ชีวิตจะหม่นหมอง
- ทุกความเห็นย่อมมีความหมาย หากได้พิจารณาให้ถี่ถ้วน
- ทำวันนี้ให้ดีที่สุด
- ค่าของคนอยู่ที่ผลของงาน
- อึด อึด สู้
- สู้ไว้

กิจกรรมที่ 3

การฝึกรวบรวมทางเลือก

ให้สมาชิกแบ่งกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่ม เท่าๆ กัน ฝึกการรวบรวมทางเลือกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์ต่อไปนี้

คุณชาย มีอาชีพขับรถรับจ้าง มีภรรยา และบุตร 2 คน คุณชายเป็นชายหนุ่มหน้าตาดี และมีนิสัยเจ้าชู้ วันหนึ่งชายไทยถูกภรรยาจับได้ว่าแอบมีภรรยาน้อยไว้ภรรยาของชายไทยโกรธมากและทะเลาะกันอย่างรุนแรง ภรรยาของชายไทยจึงพาลูกๆ หนีจากไป ชายไทยรู้สึกเครียดและเสียใจมากต่อการกระทำของตัวเอง เริ่มหันไปดื่มสุราทุกวัน ไม่สนใจทำงาน บางครั้งพูดบ่นว่าไม่มีอะไรเหลือแล้วในชีวิต “ผมอยากตาย ผมไม่เหลืออะไรแล้ว” ญาติจึงพาชายไทยมารักษาตัวที่โรงพยาบาลจิตเวช

ระบุปัญหา (ปัญหาคืออะไร ใครทำ อะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม)	ค้นหาปัญหาที่แท้จริง	เป้าหมายในการ แก้ปัญหา	ทางเลือกและความเป็นไปได้	
			ทางเลือกของปัญหา (มีหลายทาง)	ความเป็นไปได้ ในแต่ละทางเลือก (ให้คะแนน 0-10)

เมื่อแก้ปัญหาไม่ได้บุคคลที่เราควรปรึกษา คือ (ตอบได้มากกว่า 1 คน).

.....

.....

.....

การบ้านครั้งที่ 3

1. คิดคติเตือนใจ เวลาไม่สบายใจหรือรู้สึกทุกข์ใจ หรือหาข้อความเตือนสติตัวเองให้หยุด และคิด คิดไว้ตามที่ได้เห็นได้ง่าย หรือติดตัวไว้

1.1 คติเตือนใจ

.....

.....

.....

.....

1.2 คติเตือนใจติดไว้ที่ไหนบ้าง.....

.....

.....

.....

3. บันทึกประจำวันในแบบบันทึกประจำวัน.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 4

การตัดสินใจเลือกและวิธีแก้ปัญหา

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหา
 2. เพื่อให้สมาชิกพิจารณาถึงสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา สามารถเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้
 3. เพื่อให้สมาชิกสามารถวิเคราะห์ปัญหาของตนเองและตัดสินใจแก้ปัญหา

เวลา 60-70 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกล่าวทักทายสมาชิกและดำเนินกลุ่มตามขั้นตอนพื้นฐานและกระตุ้นให้สมาชิกทบทวน กิจกรรมครั้งที่ 3 ผู้นำกลุ่มช่วยเพิ่มเติมกรณีเนื้อหาไม่ครบถ้วน พร้อมชี้แจง วัตถุประสงค์ กิจกรรมครั้งที่ 4 และให้สมาชิกฝึกการหายใจ (10 นาที)
2. ทบทวนการบ้าน โดยให้สมาชิกนำคติเตือนใจของตนเองมาพูดคุยและแลกเปลี่ยนกับสมาชิกกลุ่ม สุ่มถามสมาชิกถึงการรวบรวมทางเลือกและพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มให้แนวคิดเกี่ยวกับการหาทางเลือกของปัญหาและเชื่อมโยง วิธีการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาร่วมกับเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัย (ความรู้ที่ 4) (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานให้สมาชิกแต่ละคนคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองที่ต้องการแก้ปัญหา (กิจกรรมที่ 4) (15 นาที)
5. เปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนได้พูดอธิบายถึงปัญหาของตัวเอง โดยเริ่มจากสมาชิกที่มีความพร้อมในการนำเสนอก่อน (10 นาที)
6. สรุปเนื้อหาสาระของการทำกลุ่มในครั้งนี้โดยกระตุ้นให้สมาชิก 1-2 คน ช่วยสรุป (5 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มนัดหมายครั้งต่อไป พร้อมชี้แจงให้สมาชิกทราบว่าครั้งหน้าจะเป็นครั้งสุดท้าย ซึ่งจะเป็นการฝึกการดำเนินการแก้ปัญหาและประเมินผลที่เกิดขึ้น ผู้นำกลุ่มมอบหมายการบ้าน 1) ให้สมาชิกทบทวนขั้นตอนในการแก้ปัญหาที่ได้เรียนรู้มา 2) ให้สมาชิกคิดถึงปัญหาหลังจากออกจากโรงพยาบาล พร้อมเขียนวิธีการแก้ปัญหา 3) ให้สมาชิกฝึกการหายใจ เพื่อให้เกิดความชำนาญมากยิ่งขึ้น 4) เขียนบันทึกประจำวัน (การบ้านที่ 4) (10 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ซักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 3
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 4
4. วิเคราะห์ปัญหาของตนเองได้
5. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 4

การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา

การตัดสินใจ หมายถึง กระบวนการเลือกทางเลือกใดทางเลือกหนึ่งจากหลายๆ ทางเลือกที่ได้พิจารณา หรือประเมินอย่างดีแล้วว่าเป็นทางให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของตนเอง เป็นเทคนิคในการที่จะพิจารณาทางเลือกต่างๆ ให้เหลือทางเดียว

การตัดสินใจเลือกทางเลือก

มีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการประเมินการเลือกที่เสนอไว้ในขั้นตอนการเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆทางว่าทางเลือกใดสามารถจะนำมาปฏิบัติได้ และเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหาโดยทางเลือกที่ดีที่สุดนี้พิจารณาจากการคาดหวังว่าจะเป็นทางเลือกที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือได้ประโยชน์มากที่สุด ใช้ต้นทุนน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยนำไปสู่เป้าหมายของการแก้ปัญหาให้สัมฤทธิ์ผลได้ โดยที่ส่งผลกระทบมากที่สุด ในขณะที่ได้รับผลทางลบน้อยที่สุด

ผลลัพธ์ของทางเลือก

1. ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งมีผลทั้งทางบวกเช่น ทำให้ตนเองคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า และผลทางลบ เช่น ทำให้การใช้ชีวิตประจำวันของตนเองแย่ไปกว่าเดิม
2. ผลที่เกิดขึ้นต่อสังคม หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นต่อสังคม เช่น ครอบครัวมีความสุข ได้รับการยอมรับจากสังคม
3. ผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว หมายถึง ผลของการเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว เช่น มีแนวทางในการแก้ปัญหาของตนเองได้ และไม่เกิดความไม่สบายใจที่ส่งผลทำให้รู้สึกซึมเศร้า
4. ผลที่เกิดขึ้นในระยะสั้น หมายถึง ผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้น เช่น นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน
5. ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ หมายถึง ความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา
6. ความเป็นไปได้ที่จะกระทำ หมายถึง ความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการเลือกใช้ทางเลือกในการแก้ปัญหา

สรุป

ผลลัพธ์ของทางเลือก ได้แก่ ผลที่เกิดขึ้นต่อตนเอง ผลเกิดขึ้นต่อสังคม ผลระยะยาว ผลระยะสั้น ซึ่งมีทั้งผลบวกและผลทางลบ ความเป็นไปได้ที่จะประสบความสำเร็จ

การบ้านครั้งที่ 4

1. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คิดว่าปัญหาที่จะพบคือปัญหาอะไร และมีวิธีแก้ปัญหายังไร

1.1 ปัญหา

.....

.....

.....

1.2 วิธีแก้ปัญหาหรือทางเลือกในการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

1.3 ทบทวนขั้นตอนในการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

1.4 บันทึกประจำวันในแบบบันทึกประจำวัน

.....

.....

.....

.....

ครั้งที่ 5

การแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้สมาชิกได้ฝึกประเมินผลการแก้ปัญหา
3. เพื่อให้สมาชิกคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง และสามารถจัดการกับปัญหานั้นๆ ได้ และรู้จักให้กำลังใจหรือรางวัลกับตนเอง
4. เพื่อให้สมาชิกประเมินการเข้าร่วมกิจกรรม

เวลา 60-70 นาที

ขั้นตอนการดำเนินกลุ่ม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิก ทบทวนกิจกรรมและการบ้านครั้งที่ 4 ให้สมาชิกบอกเล่าถึงวิธีการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาของตนเอง (5 นาที)
2. ผู้นำชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายถึงการดำเนินแก้ปัญหา และประเมินผลที่เกิดขึ้น พร้อมให้สมาชิกซักถาม (ความรู้ที่ 5) (5 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มมอบหมายงานเพื่อให้สมาชิกได้ฝึกการลงมือแก้ไขปัญหาและการประเมินผลการแก้ปัญหาของตนเอง (กิจกรรมที่ 5) (10 นาที)
4. ผู้นำกลุ่มอธิบายการแก้ปัญหาที่มีอุปสรรคให้รู้จักให้กำลังใจตัวเอง เมื่อรู้สึกเครียดให้ฝึกการผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ ตามที่เคยฝึกมาแล้ว ในกรณีที่แก้ปัญหาสำเร็จ ให้รางวัลตนเอง/เป็นคำพูดด้านบวก เช่น ขอแสดงความยินดี ฉันแก้ปัญหาได้ดีและสำเร็จ และให้สมาชิกกลุ่มเสนอคำพูดด้านบวกของตัวเอง (10 นาที)
5. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกช่วยกันคาดการณ์ว่าอนาคตอาจเกิดปัญหาใดได้บ้าง และวางแผนจัดการกับปัญหานั้นๆ อย่างไร (10 นาที)
6. ผู้นำกลุ่มให้สมาชิกสรุปเนื้อหาสาระของการทำกลุ่มครั้งนี้ เปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่ม (10 นาที)
7. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกสรุปการฝึกทักษะการแก้ปัญหาและประเด็นสำคัญ คือ เมื่อเกิดปัญหาจะต้องรับรู้ว่าจะต้องลงมือหรือกำกับตัวเองในการแก้ปัญหา มีการรับรู้ปัญหาทางบวก และแก้ปัญหายังมีเหตุผล 4 ทักษะ คือ 1) ระบุปัญหา และทำความเข้าใจปัญหา 2) การรวบรวมทางเลือก สามารถมีทางเลือกที่หลากหลายและจะพบทางเลือกที่ดีที่สุด 3) การตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา 4) การดำเนินการแก้ปัญหาและประเมินผลตามที่วางแผนไว้ ส่วนการรับรู้ปัญหาทางลบ มีการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงและแบบหมุนหัวพันลั่นแล่น หรืออู่วาม โดยขาดการยั้งคิด ทำให้บุคคลมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ (10 นาที)
8. เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม พูดถึงสิ่งที่เรียนรู้จากการเข้ากลุ่มทั้ง 5 ครั้ง ผู้นำกลุ่มชมเชย และให้กำลังใจสมาชิก กล่าวปิดกลุ่มบ๊ายบาย (10 นาที)

ประเมินผล

1. การมีส่วนร่วม ความสนใจของสมาชิก และการอภิปราย ชักถามภายในกลุ่ม
2. จากการบ้านครั้งที่ 4
3. ผลการฝึกทักษะตามใบกิจกรรมที่ 5
4. สามารถฝึกการแก้ปัญหาและสามารถบอกถึงวิธีการแก้ปัญหาของตนเองได้
5. การป้อนกลับ (feedback) ก่อนยุติกลุ่ม

ความรู้ที่ 5

การดำเนินการแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

การดำเนินการแก้ปัญหา เป็นการดำเนินการตามทางเลือกที่ตัดสินใจและมีการประเมินผลการแก้ปัญหาประเมินผลลัพธ์ที่ได้จากทางเลือกและตรวจสอบความมีประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกที่ได้เลือกไว้ในขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหา มีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องคือ ทำกับใคร ทำอะไร ทำเพื่อใคร ทำที่ไหน มีค่าใช้จ่ายอะไรบ้าง ซึ่งในขั้นตอนนี้มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การกระทำทางเลือกให้เป็นผลสำเร็จ หมายถึง การกระทำกิจกรรมหรือขั้นตอนต่างๆ ตามแผนที่ได้วางไว้ ซึ่งอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การขาดทักษะหรือความสามารถ การระงับอารมณ์ และการขาดแรงจูงใจที่จะช่วยแก้ปัญหาให้สำเร็จ ได้แก่

1.1 ใช้แผนทางเลือกเดิม และพยายามเอาชนะปัญหาเหล่านั้นโดยการฝึกเพิ่มเติม

1.2 หลีกเลี่ยงประเมินและลงมือกระทำแล้วไม่ได้ผล จึงเลือกแผนทางเลือกอื่นใหม่เพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาแทนแผนทางเลือกเดิม

2. การควบคุมตนเองให้ปฏิบัติตามแผน เป็นกระบวนการที่สังเกตและบันทึกพฤติกรรมที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง การสังเกตพฤติกรรมตนเองจะช่วยให้บุคคลสามารถพิจารณาได้ว่าพฤติกรรมเป้าหมายได้เกิดขึ้นหรือไม่ ส่วนการบันทึกพฤติกรรมตนเอง จะช่วยให้บุคคลทราบทิศทางของพฤติกรรม และเป็นข้อมูลสำหรับการประเมินตนเองว่าพฤติกรรมเป้าหมายที่เกิดขึ้นตรงตามเกณฑ์ที่จะได้รับการเสริมแรงหรือไม่

3. การประเมินตนเอง หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจพฤติกรรมของตนโดยการเปรียบเทียบพฤติกรรมที่ได้จากการสังเกต และบันทึกด้วยตนเองกับเกณฑ์พฤติกรรมที่ตั้งไว้ อาจมีการให้การเสริมแรงตนเอง เมื่อพบว่าตนเองกำลังกระทำพฤติกรรมได้ดีกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ตัวเสริมแรงมี 2 ลักษณะ คือ เป็นผู้เสริมแรงด้วยตนเอง เช่น คำพูดชมเชยตนเอง ความรู้สึกภาคภูมิใจ หรือให้บุคคลอื่นเป็นผู้เสริมแรง เช่น คำพูดชมเชยจากบุคคลอื่น สิ่งของต่างๆ ที่บุคคลอื่นมอบให้หรืออาจเป็นของขวัญให้กับตนเองก็ได้

กิจกรรมที่ 5

ฝึกการลงมือแก้ปัญหา และประเมินผลการแก้ปัญหา

ให้สมาชิกแต่ละคนคิดวิเคราะห์ปัญหาของตนเองตามที่ได้ตัดสินใจในครั้งที่ 4 ตามประเด็นคำถามต่อไปนี้

1. ปัญหา คือ

.....

.....

2. ทางเลือกที่ดีที่สุดของปัญหา

คือ.....

.....

3. ลงมือปฏิบัติตามทางเลือกที่เหมาะสมโดยพิจารณา

3.1 ทำกับใคร

.....

.....

3.2 ทำอย่างไร

.....

.....

3.3 ทำเมื่อไร

.....

.....

3.4 มีค่าใช้จ่ายในการแก้ปัญหาอะไรบ้าง

.....

.....

4. ประเมินผลเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไร

.....

.....

5. การให้กำลังใจตนเอง

5.1 ด้านคำพูด

.....

.....

5.2 ด้านสิ่งของ.....

.....

ส่วนที่ 4 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

แบบประเมินการแก้ปัญหา(Problem Solving Inventory)

คำถามต่อไปนี้เป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวันโปรดอ่านคำถามแต่ละข้อแล้วตอบว่าที่ผ่านมามีปัญหาอย่างไรแล้วกาเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ถูกต้องกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ		เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหาโดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ ที่เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี				
2.	ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหาแม้ว่าช่วงต้นฉันจะมองไม่เห็นทางออกในการแก้ปัญหาก็ตาม				
3.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันมีเวลา				
4.	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ไขปัญหาคือได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันใช้ความพยายามมากพอ				
5.	เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อนยุ่งยากฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถของฉัน				
6.	ปัญหาทำให้ฉันพัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง				
7.	ฉันรู้สึกท้อใจเมื่ออารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา				
8.	ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อน ไม่เหมือนคนอื่น ๆ				
9.	ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากฉันเอง				
10.	คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้เหมือนฉัน จึงจะสามารถช่วยฉันได้				
11.	เมื่อมีปัญหาฉันพยายามหาทางออกหลาย ๆ ทาง				
12.	ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา				
13.	ฉันตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบ				
14.	ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ				
15.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลายความเครียด โดยการฝึกการหายใจ				
16.	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหาฉันใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง ปลุกต้นไม้ ฯลฯ				

	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
17	เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มีผลต่ออารมณ์ด้านความพึงพอใจและผลต่อสุขภาพของฉัน				
18	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันจะเลื่อนการแก้ปัญหาออกไปให้นานเท่าที่เป็นไปได้				
19	ฉันรอให้ปัญหาลงตามกาลเวลาด้วยตัวของมันเอง				
20	ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา				
21	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกที่ฉันคิดออก				
22	ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน รวดเร็ว และมักนึกเสียใจภายหลัง				
23	เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เคยเสียเวลากับการทบทวนหาทางออกแบบอื่น				

คำชี้แจงแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory)

ข้อคำถามที่เป็นบวก คือ ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 15, 16 และ 17 ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนน = 4

เห็นด้วย ค่าคะแนน = 3

ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนน = 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนน = 1

ข้อคำถามที่เป็นลบ คือ ข้อ 7, 8, 9, 10, 18, 19, 20, 21, 22, และ 23 ให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนน = 1

เห็นด้วย ค่าคะแนน = 2

ไม่เห็นด้วย ค่าคะแนน = 3

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าคะแนน = 4

การแปลผลค่าคะแนน คะแนนยิ่งสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาคือดีขึ้น

ค่าคะแนน น้อยกว่าหรือเท่ากับ 35 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อยมาก

ค่าคะแนน 36-58 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหาน้อย

ค่าคะแนน 59-81 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหปานกลาง

ค่าคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 82 คะแนน มีระดับทักษะการแก้ปัญหามาก

ภาคผนวก ข
เอกสารคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

เอกสารคำชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย: ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้วิจัยหลัก นางสาวโรชา รัตนานพ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63210-11 (มือถือ) 081-5444-234
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เหตุผลความเป็นมา

จากข้อมูลของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุรา และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองเพิ่มมากขึ้น การดื่มสุราส่งผลให้อาการของโรคจิตเวชรุนแรงขึ้น จำเป็นต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล และภายหลังได้รับการบำบัดรักษาจนมีอาการทางจิตสงบมักพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากที่มีการกลับไปดื่มสุราซ้ำจนทำให้อาการทางจิตกำเริบ การรักษาโรคทางจิตเวชนอกจากการใช้ยารักษาแล้ว ยังมีเรื่องการบำบัดทางจิตที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีเข้าใจตัวเอง มองเห็นปัญหาของตนเอง และสามารถแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ช่วยลดความรุนแรงของปัญหา ลดการกลับไปดื่มสุรา ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาจากการดื่มสุราและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากคุณตกลงและให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยนี้ คุณจะได้รับการประเมินด้วยแบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมินภาวะสมองเสื่อม แบบประเมินอาการทางจิต แบบประเมินพฤติกรรมการดื่มสุราและแบบประเมินความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเอง เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะเข้าร่วมในการวิจัย และหากคุณมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า คุณจะได้รับเชิญตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย ให้เข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดแบบกลุ่ม จำนวน 5 ครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์ในขณะที่คุณกำลังรับการรักษาอยู่ภายในโรงพยาบาล และการติดตามผลหลังจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

การศึกษาครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆต่อร่างกายของคุณ แต่คุณอาจได้รับความไม่สุขสบายทางกาย เช่น อาการเหนื่อยล้า หรือง่วงนอน หรือในกรณีที่คุณได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย คุณสามารถติดต่อผู้ทำวิจัยคือ นางสาวโรชา รัตนานพ (หัวหน้าโครงการวิจัย) เบอร์โทร 043-209999 ต่อ 63210-11 (มือถือ) 081-5444234

ประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ที่อาจได้รับขณะที่คุณได้เข้าร่วมกลุ่มกิจกรรม คุณอาจได้รับประโยชน์ เช่น เกิดความพึงพอใจเกี่ยวกับการพูดคุย ได้ระบายปัญหา ได้และเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม ได้แบ่งปันความทุกข์ใจ ไม่สับสนใจ มีความเข้าใจและมีมุมมองต่อปัญหามากขึ้น มีทางออกในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลายวิธี และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง จนกระทั่งสามารถปรับตัวอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ลดเลิกการดื่มสุรา ไม่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ลดการเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย คุณไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ที่จะต้องรับผิดชอบ

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากคุณไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว คุณสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขออนุญาตออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของคุณแต่อย่างใด ผู้ทำวิจัยอาจถอนคุณออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของคุณ หรือในกรณีที่คุณไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ข้อมูลที่น่านำไปสู่การเปิดเผยตัวคุณ จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของคุณจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของคุณ หากคุณขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่คุณขอได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของคุณจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม

สิทธิของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คุณจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. คุณจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ วิธีการของการวิจัยในครั้งนี้
2. คุณจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการจากการวิจัย
3. คุณจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่คุณอาจจะได้รับการจากการวิจัย
4. คุณจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อคุณ รวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่คุณอาจได้รับ
5. คุณจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบภาวะแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
6. คุณจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
7. คุณจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คุณสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไหร่ก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
8. คุณจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
9. คุณมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากคุณไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือคุณไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย คุณสามารถติดต่อสอบถามได้ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัย โรงพยาบาลจิตจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 043-209999 ต่อ 63538 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบแสดงการยินยอมเข้าร่วมโครงการการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่มีต่อพฤติกรรมกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมา และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใดๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น หรือคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูล การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

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

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

ภาคผนวก ค

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล นางสาวโรชา รัตนานพ

Mrs. Sarocha Rattananop

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 63210-11 (มือถือ) 0815444234

E-mail kunsarocha677@gmail.Com หรือ jang6499@hotmail.com

2. ประวัติการศึกษา

ระดับ	ชื่อปริญญา (สาขาวิชา)	ชื่อสถาบัน, ประเทศ	ปี พ.ศ. ที่จบ
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, ไทย	2538
ปริญญาโท	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น	2553
	การพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช	ประเทศไทย	

3. ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น

Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

2. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล นายพงษ์ศักดิ์ ธงยศ

Mr. Pongsok Thongyot

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 630404 (มือถือ) 088-572-9045

E-mail hs4rcb@gmail.com

2. ประวัติการศึกษา

ระดับ	ชื่อปริญญา (สาขาวิชา)	ชื่อสถาบัน, ประเทศ	ปี พ.ศ. ที่จบ
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีขอนแก่น, ประเทศไทย	2546
ปริญญาโท	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลครอบครัว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ประเทศไทย	2551

3. ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น

Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

3. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-สกุล นายสุริยา ศิริสุข

Mr. Suriya Sirisuk

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 043-209999 ต่อ 6304 (มือถือ) 098-8317909

E-mail suriyasirisuk@gmail.com

2. ประวัติการศึกษา

ระดับ	ชื่อปริญญา (สาขาวิชา)	ชื่อสถาบัน, ประเทศ	ปี พ.ศ. ที่จบ
ปริญญาตรี	พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร, ไทย	2552
ปริญญาโท	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ประเทศไทย	2562

3. ประวัติการทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมืองขอนแก่น จ.ขอนแก่น

Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

23. ลงชื่อหัวหน้าโครงการวิจัยและวันที่

ลงชื่อ.....

(นางสาวโรชา รัตนานพ)

วันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ. 2567

ภาคผนวก ง

เอกสารรับรองโครงการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

 กรมสุขภาพจิต Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่ 006/2567
ชื่อโครงการ	: ผลของกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาการดื่มสุรา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ : The Effect of Problem Solving Group Therapy on Alcohol Drinking and Suicide Risk in Psychiatric Patients with Alcohol Drinking Problem; Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital
รหัสโครงการวิจัย	: KKPH.REC009/2566BRs_Ful
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวโรชา รัตนานพ และคณะ
สังกัดหน่วยงาน	: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	: -
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review)
เอกสารที่รับรอง	:
1. โครงร่างการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567
2. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567
3. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2567
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 20 ธันวาคม 2566
5. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 20 ธันวาคม 2566
วัน 29 เดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2567 ที่รับรอง	วัน 28 เดือน กุมภาพันธ์ ปี พ.ศ. 2568 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)	

ภาคผนวก จ
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางสาวดี ศรีวิเศษ ตำแหน่ง อธิบดีข้าราชการบำนาญ (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
2. นางศิริวรรณ ฤกษ์ธนะขจร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. นายธนวัฒน์ ชูราษี ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์