วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2568
Journal of Health Sciences and Pedagogy Vol. 5 No.2 May – August 2025
e273150

Journal of Health and Pedagogy

การสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

The Development of a Therapeutic Program for Psychiatric Patients with Negative Automatic Thoughts and Suicide Risk

ณัฏฐพร ฟุ้งสมุทร
Nattaporn Fungsamut
โรงพยาบาลฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์
Faktha Hospital, Uttaradit Province

(Received: January 14, 2025, Revised: March 3, 2025, Accepted: March 6, 2025)

บทคัดย่อ

งานวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) พัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 3) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัด และระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมบำบัด โดยมีระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2565 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ Paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยการประเมินทักษะการแก้ไขปัญหา (PSI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.67 (SD= 4.05) หลังเข้าร่วมเท่ากับ 73.50 (SD= 5.44) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนเข้าร่วม เท่ากับ 23.73 (SD= 2.10) หลังเข้าร่วม เท่ากับ 4.57 (SD= 1.43) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนเข้าร่วม เท่ากับ 40.23 (SD= 6.59) หลังเข้าร่วม เท่ากับ 3.20 (SD= 1.62) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังคะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

โปรแกรมบำบัดนี้ เป็นการบำบัดรายบุคคลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัด, ผู้ป่วยจิตเวช, ความคิดอัตโนมัติด้านลบ, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail :mamed1107@gmail.com)

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine the current situation and related factors in the treatment of psychiatric patients with negative automatic thoughts and suicide risk; 2) develop a therapeutic program for these patients; and 3) evaluate the outcomes of the program's implementation. The study was conducted in three phases: Phase 1 involved data analysis, Phase 2 focused on program development, and Phase 3 involved implementation and evaluation. The research took place from April 2022 to February 2024. A purposive sample of

30 psychiatric patients with negative automatic thoughts and suicide risk was selected. The research instruments included a therapeutic program and a set of questionnaires, comprising a personal information form, a problem-solving skill assessment, the 9-item Depression Assessment Scale (PHQ-9), and the 8-item Suicide Risk Assessment Scale. Data were analyzed using mean, frequency, percentage, Paired t-test, and Wilcoxon signed-rank test.

The results revealed that the mean score for problem-solving skills assessment (PSI) before participating in the program was 34.67 (SD= 4.05), which increased significantly to 73.50 (SD= 5.44) after the program ($p < 0.05$). The mean score for depression assessment before participation was 23.73 (SD= 2.10), which significantly decreased to 4.57 (SD= 1.43) after participation ($p < 0.05$). Similarly, the mean score for suicide risk assessment decreased significantly from 40.23 (SD= 6.59) before the program to 3.20 (SD= 1.62) after the program ($p < 0.05$).

This therapeutic program is an individual-based intervention that emphasizes the involvement of close persons who serve as key sources of social support. It aims to enhance problem-solving skills and reduce suicidal thoughts and behaviors. The program offers an alternative approach for providing suicide prevention services among psychiatric patients in community hospitals and sub-district health promoting hospitals.

Keywords: Therapeutic Program, Psychiatric Patients, Negative Automatic Thoughts, Suicide Risk

บทนำ

การฆ่าตัวตาย (Suicide) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อการสูญเสียทรัพยากรบุคคลที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในสถานการณ์ของโลกปัจจุบัน จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2019) พบว่า ทั่วโลกมีการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายกว่า 8 แสนคนต่อปีหรือ 11.69 ต่อแสนประชากร และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นปีละ 1.5 ล้านคน (World Health Organization, 2018) การกำหนดปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นเป้าหมายระดับโลกและเป็นตัวบ่งชี้ในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของสหประชาชาติ (SDGs) ปี ค.ศ. 2019 – 2023 และมุ่งเน้นให้แผนปฏิบัติการสุขภาพจิตขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2556 - 2573 สามารถตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหาอย่างครอบคลุมโดยในปี ค.ศ.2020 การฆ่าตัวตายในประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกจะลดลงร้อยละ 10

สำหรับประเทศไทยแต่ละปี มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายประมาณ 4,500 – 5,200 คน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของประเทศไทยสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินกว่าค่าเป้าหมายซึ่งกำหนดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน 6.30 ต่อแสนประชากร ปี พ.ศ 2564 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ยังเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.38 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 79.50 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.50 วิธีการที่ใช้เป็นการผูกคอ ร้อยละ 82.60 รองลงมาคือ ใช้อาวุธปืน ร้อยละ 6.20 และใช้ยากำจัดวัชพืช ร้อยละ 3.30 โดยก่อนเสียชีวิตพบสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตายเพียง ร้อยละ 25.80 ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 24.20 และเคยมีประวัติทำร้ายตนเองร้อยละ 12 (National Suicide Prevention Center, 2022)

จากข้อมูลย้อนหลังของจังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า มีผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2562 - 2564 พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จมีอัตรา 10.38, 12.47 และ10.48 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จะเห็นว่าเกินเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตทุกปี ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกาย และโรคทางจิตเวช โดยสาเหตุกระตุ้น ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ ความน้อยใจ หึงหวง ทะเลาะกับคนใกล้ชิด สำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า มีอัตรา 18.38, 20.13, และ 26.47 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ กลุ่มเสี่ยงที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุน้อยกว่า 20 ปี อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา แม่บ้าน โดยการกินยาเกินขนาด กินสารเคมี ซึ่งจะมีทุกห้วงเวลาและมีทุกเดือน (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2021)

สำหรับอำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ มีข้อมูลการฆ่าตัวตายสำเร็จ และพยายามฆ่าตัวตายในปี พ.ศ. 2562 - 2564 ของผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลฟากท่า พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จอัตรา 20.53, 20.68 และ 13.79 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และพบผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอัตรา 20.68, 20.68 และ 28.26 ต่อแสนประชากร จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อายุระหว่าง 15 - 20 ปี วิธีที่ใช้มากที่สุด คือการกินยาเกินขนาด รองลงมา คือ

การกินยากำจัดวัชพืช คนที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า เป็นโรคซึมเศร้าถึงร้อยละ 73.68 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Winaith, Ropkhop, Sakulphorn, & Saranabuppha (2018) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้สิ้นหวัง จึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงขึ้น จากข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของอำเภอฟากท่าในช่วง ปี พ.ศ. 2562 – 2564 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวน 82, 97 และ 164 ราย ตามลำดับ (Fak Tha Hospital, 2021) จากข้อมูลการศึกษาของ Huaysai, Surinchomphu, & Pongthippat (2021) ยังพบว่า ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต จนนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชได้แก่ผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดภาวะซึมเศร้าจนนำไปสู่การฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มักมีความคิดอัตโนมัติด้านลบ ดังนั้น การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการโดยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการจัดการความคิดในด้านลบ การเรียนรู้แนวทางการจัดการปัญหาที่เหมาะสม การส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งปัจจุบันในการให้บริการยังไม่มีแนวทางในการบำบัดดังกล่าว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายถึงแม้จะได้รับบริการด้วยยา นอกจากนี้ยังพบว่า ในระดับครอบครัวและชุมชนยังขาดการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายอื่น ๆ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชที่มีการฆ่าตัวตายสำเร็จสูง ได้แก่ ผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่า ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ครอบครัว ชุมชน ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มองว่าผู้ป่วยเรียกร้องความสนใจ อ่อนแอ ผู้ป่วยกลุ่มนี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม จะส่งผลให้มีความคิดที่จะทำร้ายตนเอง ดังนั้น การบูรณาการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนจึงเป็นกระบวนการสำคัญที่ควรดำเนินไปควบคู่กับการบำบัดรักษาในสถานบริการ โดยเฉพาะโปรแกรมที่มุ่งเน้นไปที่การจัดการกับความคิดอัตโนมัติด้านลบซึ่งเป็นต้นตอสำคัญของปัญหาร่วมกับการบำบัดทางจิตเชิงรุกในชุมชนเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้การป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบความสำเร็จ จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาและสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพโดยการบูรณาการการดำเนินงานร่วมกันทั้งการบำบัดรักษาเชิงรับในสถานบริการ และการบำบัดรักษาเชิงรุกในชุมชน และเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของอำเภอฟากท่า
3. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมุติฐาน

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ฯ
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม

นิยามศัพท์

โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง กิจกรรมบำบัดที่พัฒนาขึ้นมาโดยใช้แนวคิดจากตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model) ของ D'Zurilla & Nezu (2010) และทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt & Weinert (1985) และ House (1981)

ผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลฟากท่าและได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทตามบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรค และปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ฉบับทบทวน ครั้งที่ 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem: ICD-10)(World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีอายุตั้งแต่ 15 - 59 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอฟากท่า ระหว่างเดือนเมษายน พ.ศ. 2565 – ตุลาคม พ.ศ. 2566

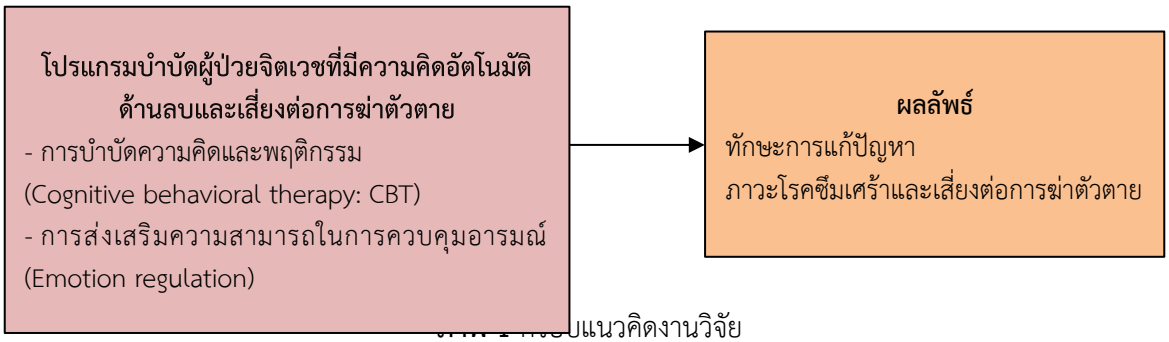
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยที่รับบริการที่โรงพยาบาลฟากท่า และได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนที่จะฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย หรือมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ที่มีอายุตั้งแต่อายุ 15 ปีขึ้นไป

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ หมายถึง ความคิดเชิงลบต่อตนเองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยซึมเศร้า ผู้ป่วยจิตเภทที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เช่น คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่ดีพอ ไม่มีคนต้องการ เป็นคนไม่มีประโยชน์ เป็นภาระต่อคนอื่น ๆ คิดว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับจากคนอื่น คิดว่าปัญหาไม่มีทางแก้ไขได้

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน การสนับสนุนให้การยอมรับ ให้กำลังใจ การดูแลเพื่อให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องของคนใกล้ชิด ครอบครัว ญาติ และเครือข่ายในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดในการสร้างโปรแกรมบำบัด โดยประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Negative automatic thoughts) และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมักเผชิญกับภาวะซึมเศร้าและความสิ้นหวัง การบำบัดที่มีประสิทธิภาพจึงต้องมีแนวทางที่เป็นระบบและมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน โปรแกรมบำบัดที่ออกแบบนี้มีการบูรณาการแนวคิดทางจิตวิทยา เช่น การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) และการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ (Emotion regulation) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and development)

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะซึมเศร้า

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ บุคลากรเครือข่าย ทีมทำงานสุขภาพจิตและจิตเวชอำเภอฟากท่า ในปี พ.ศ. 2565 ทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลฟากท่า จำนวน 5 คน นักวิชาการ จำนวน 1 คน และนักจิตวิทยา จำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานที่แผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลฟากท่า แพทย์ผู้รับผิดชอบงานคลินิกแผนกจิตเวชและยาเสพติด

โรงพยาบาลฟากท่าจำนวน 1 คน อาสาสมัครสาธารณสุขสาขาสุขภาพจิตจำนวน 4 คน ญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ จำนวน 3 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างน้อย 1 ปี 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขสาขาสุขภาพจิต อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอฟากท่าหรือปฏิบัติงานในอำเภอฟากท่า อย่างน้อย 1 ปี 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) กลุ่มตัวอย่างย้ายสถานที่ปฏิบัติงานไปอยู่ที่อื่นที่ไม่ใช่อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างการทำวิจัย และ 2) ผู้วิจัยเป็นส่วนหนึ่งของคณะทำงานสุขภาพจิต อำเภอฟากท่า เพื่อป้องกันการเกิดอคติในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยไม่มีส่วนในการการเสนอความคิดเห็นหรือให้ข้อมูลใด ๆ ในการดำเนินการเก็บข้อมูลตลอดระยะเวลาในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเชิงคุณภาพ คำถามปลายเปิด จำนวน 2 ข้อ คือ 1) แนวปฏิบัติในการป้องกันกระบวนการแก้ไขปัญหา และดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ 2) ปัญหาที่พบเจอจากการทำงาน และภาพฝันรวมทั้งข้อเสนอแนะของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในพื้นที่

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนำไปตรวจสอบคุณภาพ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 1 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม และการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้รับผิดชอบงานจิตเวช 2 ท่าน และญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัยได้ข้อมูลจากการจัดเวทีเพื่อระดมความคิดและสร้างการมีส่วนร่วมโดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Focus group) การสังเกต การสอบถามในประเด็นที่กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูล และตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราวและข้อสรุป โดยตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้กับผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อโต้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

ระยะที่ 2 การพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับงานสุขภาพจิต และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พื้นที่ตำบลสองห้อง อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 10 คน ตามแนวทางของ Nielsen (2000) ประกอบด้วย นักจิตวิทยาจำนวน 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน ปฏิบัติงานแผนกจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลฟากท่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 4 คน และประชากรอีกกลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป มีคะแนนแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต

(BPRS) เท่ากับ 36 คะแนนขึ้นไป 3) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสองห้อง อำเภอฟากท่า อย่างน้อย 1 ปี 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 5) อายุระหว่าง 15 - 59 ปี และ 6) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ในระหว่างการทำวิจัย 2) มีโรคร่วม (Comorbidity) ทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) เป็นผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย/ไม่ตอบแบบ และ 4) เป็นใบ้หรือพิการทางหู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัยโรค เคยพยายามฆ่าตัวตาย ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

2. แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ซึ่งเป็นมาตรวัดอาการทางจิตที่มีทั้งหมด 18 รายการ โดยแต่ละรายการให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการตั้งแต่ 1 ถึง 7 คะแนน ได้แก่ ไม่มีอาการ (1 คะแนน) สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ (2 คะแนน) มีอาการเล็กน้อย (3 คะแนน) มีอาการปานกลาง (4 คะแนน) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (5 คะแนน) มีอาการรุนแรง (6 คะแนน) มีอาการรุนแรงมาก (7 คะแนน) โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18–126 คะแนน น้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ 18–36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อยหรืออยู่ในระยะทุเลา มากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) เป็นแบบวัดทักษะในการแก้ไขปัญหา แบบประเมินมี 23 ข้อ คะแนนคำถามแต่ละข้อมี 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยมีข้อคำถามทางบวกจำนวน 13 ข้อ (1,2,3,4,5,6,11,12, 13,14,15,16 และ17) และข้อคำถามทางลบจำนวน 10 ข้อ (7,8,9,10,18,19,20,21,22 และ 23) ซึ่งข้อคำถามทางลบนี้จะให้ คะแนนกลับกันกับข้อคำาถามทางบวก โดยมีการแปลผล คือ คะแนนยิ่งมากแสดงถึงทักษะการแก้ไขปัญหาที่ดีขึ้น

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เป็นข้อคำถามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าจำนวน 9 ข้อ เป็น คำถามแบบเลือกตอบจำนวน 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) 1 เป็นบางวัน 1 – 7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และเป็นทุกวัน (3 คะแนน) โดยมีการแปลผล ดังนี้ 0 - 6 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 7 - 12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ในกรณีที่มีคะแนน ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปดำเนินการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เป็นคำถามที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 8 ข้อ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยให้เลือกตอบ มี และไม่มีดังนี้

ข้อ 1	มี	ให้คะแนน	1	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 2	มี	ให้คะแนน	2	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 3	มี	ให้คะแนน	6	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 4	มี	ให้คะแนน	8	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 5	มี	ให้คะแนน	9	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 6	มี	ให้คะแนน	4	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 7	มี	ให้คะแนน	10	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน
ข้อ 8	มี	ให้คะแนน	4	คะแนน	ไม่มี	ให้คะแนน	0	คะแนน

โดยมีการแปลผลดังนี้ 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน, 1 - 8 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับน้อย, 9 - 16 คะแนน หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับปานกลาง และ 17 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตายในปัจจุบันในระดับรุนแรง

6. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัด ฯ เพื่อตรวจสอบยืนยันความเป็นไปได้ความเป็นประโยชน์ ความเหมาะสม และความถูกต้องครอบคลุมของเนื้อหา จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน), เห็นด้วยมาก (4 คะแนน), ปานกลาง (3 คะแนน), เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน)

โดยการแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20–100 คะแนน แปลผลดังนี้ 81 – 100 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด (เหมาะสมและมีศักยภาพสูงในการใช้งานจริง), 61 – 80 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมาก, 41 – 60 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง, 21 – 40 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อย และต่ำกว่า 20 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อยมาก (อาจต้องปรับปรุงหรือทบทวนโปรแกรม)

7. แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับคู่มือการใช้โปรแกรมบำบัด ฯ เพื่อตรวจสอบยืนยันด้านเนื้อหาสาระ ด้านภาษา ด้านรูปเล่ม และการนำไปใช้ จำนวน 20 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยมาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยเลย (1 คะแนน)

การแปลผล คะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 20 – 100 คะแนน โดย 81 – 100 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด (คู่มือมีคุณภาพดีมาก เหมาะแก่การใช้งาน), 61 – 80 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับมาก, 41 – 60 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง, 21 – 40 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อย, ต่ำกว่า 20 คะแนน มีความคิดเห็นในระดับน้อยมาก (ควรต้องปรับปรุง)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ร่างต้นแบบโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการ และการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (Kittirattanapaiboon, 2003) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) (Sriwises, Yubolpan, Ingkhadanar, Hattapanom, & Bangsaeng, 2013) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 86.15 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 83.12 และค่าความถูกต้อง (Accuracy) 83.29 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 (Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและญาติผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบโปรแกรมด้วยการสนทนากลุ่ม และให้ข้อเสนอแนะจากโปรแกรมการทดลองที่ผู้วิจัยร่างไว้โดยใช้กรอบแนวคิดทางทฤษฎี หลังจากนั้นผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการและการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95 และเริ่มก่อน

ทดลองในกลุ่มขนาดเล็กในพื้นที่ตำบลสองห้องตามเกณฑ์การคัดเข้าซึ่งโปรแกรมนี้ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้งโดยแต่ละครั้งห่างกัน 1 อาทิตย์ มีการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้ง ติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 การทดลองใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 (World Health Organization, 2016) ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 85 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวนโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดให้มีค่าวิเคราะห์แบบ One tail effect size α เท่ากับ .05 และ (1- β) เท่ากับ 0.8 ค่า Effect size เท่ากับ 0.5 การศึกษานี้กำหนดค่า Effect size ตามแนวทางของ Cohen (1988) โดยอ้างอิงจาก Akkadech, Orapin, Wiphatda, Sakhon, & Buppaheaw (2020) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยการหยิบฉลากอย่างง่ายตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลในอำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ตามคุณสมบัติ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเวชตาม ICD-10 ด้วยรหัส F32.2 และ F20.9 ที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 2) มีคะแนนแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม เท่ากับ 7 คะแนนขึ้นไป 3) มีคะแนนแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม เท่ากับ 1 คะแนนขึ้นไป 4) มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) = 36 คะแนนขึ้นไป 5) อาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลสองคอน, ตำบลบ้านเสี้ยว และตำบลฟากท่าอำเภอฟากท่า อย่างน้อย 1 ปี 6) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์ อ่านออก เขียนได้ สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ 7) อายุระหว่าง 15 - 59 ปี และ 8) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) ไม่อยู่ในพื้นที่อำเภอฟากท่า จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างการทำวิจัย 2) มีโรคร่วม (Comorbidity) ทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการบำบัด 3) ผู้ที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย/ไม่ตอบแบบ และ 4) เป็นใบ้หรือพิการทางหู

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้น 2) แบบเก็บข้อมูลส่วนบุคคล 3) แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา 5) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และ 6) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. โปรแกรมต้นแบบการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นครั้งนี้ มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีการดำเนินการและการประเมินผลซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง (CVI) เท่ากับ 0.95

2. แบบประเมินแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) (Kittirattanapaiboon, 2003) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

3. แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) (Sriwises, Yubolpan, Ingkhadanar, Hattapanom, & Bangsaeng, 2013) ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาหาค่าทดสอบค่าความเชื่อมั่นทางสถิติ (reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

4. แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) มีค่าความไว (Sensitivity) เท่ากับร้อยละ 86.15 และค่าความจำเพาะ (Specificity) เท่ากับร้อยละ 83.12 และค่าความถูกต้อง (Accuracy) 83.29 แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

5. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 (Kongsuk, Arunpongpaisal, Janthong, Prukkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) แบบประเมินนี้ได้รับการยอมรับ และมีการนำไปใช้ในงานประจำอย่างแพร่หลาย ในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปตรวจหาความเชื่อมั่น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะนี้ เป็นการทดลองใช้โปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นในพื้นที่ ตำบลตำบลสองคอน ตำบลบ้านเสี้ยว และตำบลฟากท่า อำเภอฟากท่า จำนวน 30 คน โดยดำเนินการดังนี้

1. ให้บริการบำบัดรายบุคคล จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งผู้รับบริการการต้องมีบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว มาด้วยทุกครั้งเพราะการบำบัดนี้เป็นการบำบัดแบบทำควบคู่กันไประหว่างตัวผู้รับการบำบัดบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

2. ก่อนบำบัดจะมีการประเมินด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (PSI) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม และแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

3. การบำบัดครั้งที่ 1 เป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้รับการบำบัด คนใกล้ชิด/ครอบครัวผู้รับการบำบัดและผู้บำบัด ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ ลดความหุนหันพลันแล่น และส่งเสริมการใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคม

4. การบำบัดครั้งที่ 2 ฝึกทักษะการมองปัญหาเชิงบวกทั้งผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว โดยสร้างทัศนคติเชิงบวกและลดทัศนคติเชิงลบต่อปัญหาที่เกิดขึ้น

5. การบำบัดครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมกับบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

6. การครั้งที่ 4 นำแนวทางการแก้ปัญหาไปใช้โดยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัว

7. ครั้งที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) และธำรงไว้ซึ่งทักษะแก้ปัญหาโดยผู้รับการบำบัด บุคลใกล้ชิด/ครอบครัวและร่วมกันทบทวนรูปแบบการบำบัด

โดยครั้งที่ 1 – 5 ใช้ระยะเวลาในการบำบัดครั้งละ 30 - 60 นาที ระยะเวลาในการนัดหมายแต่ละครั้งห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ และติดตามหลังการบำบัด 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และร้อยละ

2. สถิติออนุมาน ผู้วิจัยเลือกใช้ Paired t-test เปรียบเทียบทักษะการแก้ปัญหาเนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, p-value < .001) สำหรับภาวะซึมเศร้า และการฆ่าตัวตา โดยเลือกใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เนื่องจากข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov-smirnov, p-value > 0.05)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เอกสารรับรองเลขที่ SCPHPL 2/2565.1.11 ลงวันที่ 28 มีนาคม 2565 การดำเนินการวิจัยเป็นไปตามหลักจริยธรรมที่เคร่งครัด อีกทั้งในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ดำเนินการโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อคุ้มครองสิทธิ์ ความปลอดภัย และสวัสดิภาพของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องของการให้ข้อมูลและการยินยอมโดยสมัครใจ การรักษาความลับและข้อมูลส่วนบุคคล การจัดเก็บข้อมูลตามมาตรฐานความปลอดภัยของข้อมูลวิจัย โดยเฉพาะในเรื่องของการลดความเสี่ยงและปกป้องกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ได้รับการออกแบบให้ไม่มีผลกระทบด้านลบต่อร่างกาย จิตใจ หรือสถานะทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าการเข้าร่วมอาจส่งผลกระทบ กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการเข้าร่วมได้ทันที และนักวิจัยจะให้คำแนะนำหรือความช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไปทั้งนี้ผู้ร่วมวิจัยลงลายมือชื่อให้คำยินยอมในแบบฟอร์มการให้คำยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย (Consent form)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช (n=30)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	7	23.33
	หญิง	23	76.67
อายุ	15 - 25 ปี	16	53.33
	26 - 36 ปี	2	6.67
	37 - 47 ปี	2	6.67
	48 - 59 ปี	10	33.33
สถานภาพ	โสด	17	56.67
	สมรส	7	23.33
	หม้าย หย่า ร้าง	6	20.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	13	43.33
	มัธยมศึกษาตอนต้น	3	10.00
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/ปวส/อนุปริญญา	12	40.00

ตาราง 1 (ต่อ)

	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	ปริญญาตรีขึ้นไป	2	6.67
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	15	50.00
	เกษตรกร	6	20.00
	รับจ้าง	4	13.33
	ว่างงาน	5	16.67
การวินิจฉัยโรค	โรคซึมเศร้ารุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต (F32.2)	18	60.00
	โรคจิตเภทแบบไม่ระบุรายละเอียด (F20.9)	12	40.00
เคยพยายามฆ่าตัวตาย	มี	19	63.33
	ไม่มี	11	36.67
ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตาย	1 เดือน	21	70.00
	มากกว่า 1 เดือน	9	30.00

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 76.67) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงโดยไม่มีอาการโรคจิต (F32.2) (ร้อยละ 60.00) มากกว่าครึ่งมีสถานภาพโสด (ร้อยละ 56.67) ประมาณ 2 ใน 5 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.33) ครึ่งหนึ่งเป็นนักเรียน/นักศึกษา (ร้อยละ 50.00) เกือบ 2 ใน 3 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 63.33) และเกือบ 3 ใน 4 ระยะเวลาที่มีความคิดฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในระยะเวลา 1 เดือน (ร้อยละ 70.00)

2. คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม และคะแนนเฉลี่ยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ ดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา (PSI) คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม คะแนนเฉลี่ยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถามของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ

ตัวแปร	n	M	SD	IQR	*t/Z*	*p-value (1- tailed)*

ทักษะการแก้ปัญหา						
ก่อนการทดลอง	30	34.67	4.05	-	-36.651	< .001*
หลังการทดลอง	30	73.50	5.44			
ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม						
ก่อนทดลอง	30	23.73	2.10	18	-4.799	< .001*
หลังทดลอง	30	4.57	1.43			
การฆ่าตัวตาย 8 คำถาม						
ก่อนทดลอง	30	40.23	6.59	40	-4.992	< .001*
หลังทดลอง	30	3.20	1.62			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 34.67 (S.D.= 4.05) และหลังเข้าร่วมคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหา เท่ากับ 73.50 (S.D.= 5.44) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Paired samples t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรม เท่ากับ 23.73 (S.D.= 2.10) และหลังเข้าร่วมคะแนนภาวะซึมเศร้า เท่ากับ 4.57 (S.D.= 1.43) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 40.23 (S.D.= 6.59) และหลังเข้าร่วมคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เท่ากับ 3.20 (S.D.= 1.62) เมื่อนำมาทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากการศึกษาสภาพการณ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติ ด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทีมสหวิชาชีพมีความต้องการที่สำคัญ คือ ควรมีโปรแกรมบำบัดที่ใช้ง่ายและใช้เป็นหลักสัก 1 โปรแกรม ซึ่งทั้งนักจิตวิทยา นักวิชาการ พยาบาลที่อยู่โรงพยาบาลหรือพยายาบาลที่อยู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็สามารถใช้ได้เช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์ข้อมูลทำให้ต้องมีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อให้สามารถใช้ได้ทั้งพยาบาล นักจิตวิทยาและนักวิชาการที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต สืบเนื่องมาจากว่าโปรแกรมการบำบัดส่วนใหญ่ที่มีอยู่ในปัจจุบันมักมีความซับซ้อนต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือใช้เวลานานในการฝึกอบรม จึงไม่เอื้อต่อการนำไปใช้ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิได้อย่างทั่วถึง โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นจึงควรมีลักษณะเรียบง่าย ใช้งานได้จริง และมีประสิทธิผลในการลดความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิตระดับชุมชน และแตกต่างจากแนวทางการบำบัดแบบเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิเป็นหลัก

2. การพัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก โปรแกรมนี้แตกต่างจากโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชอื่น คือ เป็นการประยุกต์การใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมโดยเน้นบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวที่คอยเป็นเหมือนเป็นพี่เลี้ยงหรือผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไปพร้อมกับผู้ป่วย อาจจะเป็นเพราะว่าการที่มีบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัว เข้าใจ คอยให้กำลังใจ และเป็นพี่เลี้ยงให้ความช่วยเหลือคำแนะนำอย่างใกล้ชิดตั้งแต่กระบวนการระบุปัญหา การปรับใช้วิธีการแก้ปัญหาแต่ละวัน การฝึกคิดทางบวก เพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผลให้มากขึ้น โดยบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวก็ผ่านกระบวนการบำบัดเช่นเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งโปรแกรมนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและบุคคลที่ใกล้ชิดหรือครอบครัวร่วมกันฝึกแก้ปัญหาแบบซ้ำ ๆ จากข้อมูล

ดั่งกล่าวแสดงให้เห็นว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดหรือครอบครัวและชุมชนจะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการทุเลา และมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Polmeesak, Pansila, & Pakanon (2015) ในเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน จังหวัดจันทบุรี พบว่าครอบครัวมีส่วนเสริมสร้างมนุษยสัมพันธ์ให้เกิดขึ้นกับบุคคล สมาชิกในครอบครัวมีความรักความเข้าใจซึ่งกันละกัน จะส่งผลให้ครอบครัวมีความสุข แต่ถ้าสมาชิกในครอบครัวทะเลาะวิวาท มีความขัดแย้ง ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีภาวะซึมเศร้าและคิดฆ่าตัวตาย

3. ผลการใช้โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย รายละเอียดดังนี้

3.1 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการแก้ปัญหาสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มักมีการรับรู้ปัญหาที่บิดเบือน บกพร่องการรับรู้และการประเมินปัญหา มีกลไกการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีอารมณ์ที่รุนแรงทำให้บดบังความคิดที่มีเหตุผล มีทักษะการตัดสินใจและเลือกทางออกที่ต่ำ ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมแต่เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ทำให้คะแนนทักษะในการแก้ปัญหาเพิ่มมาก แสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Ballegooijen, Rawee, Palantza, Miguel, Harrer,Cristea, et al. (2024) ในเรื่อง การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากการวิจัยพบว่า โปรแกรมทักษะการแก้ปัญหา(Problem-Solving Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และสอดคล้องกับ Akkadech, Orapin, Wiphatda, Sakhon, & Buppaheaw (2020) ที่พบว่าโปรแกรม PST- PSS เหมาะสมในการใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการส่งเสริมความสามารถในการควบคุมอารมณ์ สามาถลดภาวะซึมเศร้าได้ อาจจะเป็นเพราะว่าการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการระบุและปรับเปลี่ยนความคิดที่เป็นลบ รวมถึงการฝึกทักษะในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอารมณ์เชิงลบและสถานการณ์ที่กระทบต่อภาวะอารมณ์ได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kosanlavat, Tapinta, Ratpatipatpakdee, & Leejongphoempun (2018) ว่าโปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3 หลังเข้าร่วมโปรแกรม ฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงฆ่าตัวตายน้อยกว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าการบำบัดทางจิตช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย อาจจะเป็นเพราะว่า การบำบัดทางจิตช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการจัดการกับความเครียดและความรู้สึกเชิงลบ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นอันตรายและทักษะการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์มากขึ้นและสามารถลดความคิดที่จะทำร้ายตัวเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Ballegooijen, Rawee, Palantza, Miguel, Harrer, Cristea, et al (2024) ในเรื่อง การบำบัดทางจิตวิทยาช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายจากการวิจัย พบว่า โปรแกรมทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy) เป็นวิธีการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นการบำบัดรายบุคคลเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะการแก้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิด/ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ สามารถจัดกิจกรรมการบำบัดร่วมกับการรักษาด้วยยาจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพได้ดียิ่งขึ้น

2. โปรแกรมการบำบัดนี้ออกแบบมาเพื่อให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีบุคลากรไม่เพียงพอ สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้เนื่องจากโปรแกรมมีความไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน ใช้โดยบุคลากรวิชาชีพอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยร่วมสมัยที่เหมาะกับยุคเทคโนโลยีดิจิตอล โดยพัฒนาโปรแกรมบำบัดในรูปแบบแอพพลิเคชั่น หรือการติดตามผู้ป่วยหลังการบำบัดผ่านระบบวีดีโอคอล (Video call)

2. ควรมีการศึกษาทำวิจัยและพัฒนาโปรแกรม กับกลุ่มเสี่ยงอื่นๆเช่นกลุ่มที่ติดสารเสพติดที่มีภาวะซึมเศร้า

References

Akkadech, K., Orapin, Y., Wiphatda, K., Sakhon, B., & Buppaheaw, S. (2020). Development of a problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Mental Health of Thailand*, 2020(1), 86–89. (in Thai)

Beck, A. T. (1976). *Depression: clinical, experimental, and theoretical aspects* (p. 264). New York, NY: Harper & Row.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1985). *PRQ: psychometric* update [Unpublished manuscript]. University of Washington, School of Nursing, Washington, DC.

Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). Problem-solving therapy. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197–225). New York, NY: Guilford Press.

Fak Tha Hospital. (2021). *Summary of psychiatric and substance abuse operations*. Fak Tha Hospital. (in Thai)

House, J. S. (1981). *Work stress and social support* (Addison-Wesley series on occupational stress. Boston, MA: Addison-Wesley Educational Publishers Inc.

Huaysai, T., Surinchomphu, K., & Pongthippat, V. (2021). Negative automatic thoughts and suicide isk in psychiatric patients. *Sakonnakhon Hospital Journal, 24*(2), 49–57. (in Thai)

Kittirattanapaiboon, P. (2003). Training program on interviewing and scoring BPRS in the format of T-PANSS. In Lecture materials on psychiatric patient symptom assessment, Suan Prung Psychiatric Hospital. Chiang Mai: Suan Prung Psychiatric Hospital. (in Thai)

Kongsuk, T., Arunpongpaisal, S., Janthong, S., Prukkanone, B., Sukhawaha, S., & Leejongpermpoon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9-question depression rating scale revised for Thai central dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 63*(4), 321–333. (in Thai)

Kosanlavat, P., Tapinta, D., Ratpatipatpakdee, H., & Leejongphoempun, J. (2018). Development and effects of a problem-solving program to reduce depressive symptoms in patients with major depressive disorder at Prasrimahabhodi Hospital. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 32(1), 49-65. (in Thai)

National Suicide Prevention Center. (2022). Suicide report. Retrieved April 1, 2025 from https://suicide.dmh.go.th/report/.

Nielsen, J. (2000). Why You Only Need to Test with 5 Users. Retrieved April 1, 2025 from https://www.nngroup.com/articles/why-you-only-need-to-test-with-5-users/.

Polmeesak, J., Pansila, W., & Pakanon, P. (2015). Development of a participatory model for monitoring and caring for individuals with depression and suicide risk: A case study of Ban Tub Tao, Nam Kham Yai Subdistrict, Mueang District, Yasothon Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 60*(1), 12–25.

Sriwises, S., Yubolpan, S., Ingkhadanar, K., Hattapanom, W., & Bangsaeng, S. (2013). Problem-solving group therapy in patients with depression and suicide risk. *Journal of Mental Health of Thailand, 21*(2), 98–109. (in Thai)

Uttaradit Provincial Public Health Office. (2021). *Summary of public health performance, Uttaradit Province, 2021*. Uttaradit Provincial Public Health Office. (in Thai)

Van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C., Miguel, C.,Harrer, M., Cristea, L., et al., (2024). Suicidal ideation and suicide attempts after direct or indirect psychotherapy: A systematic review and meta-analysis. JAMA

Psychiatry. Advance online publication. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2854

Winaith, W., Ropkhop, S., Sakulphorn, S., & Saranabuppha, H. (2018). Depression, alcohol drinking behavior, and suicide risk among adolescents. Nursing Journal, 45(4), 144-158.

World Health Organization. (2016). *International statistical classification of diseases and related* health problems. – 10th revision, Fifth edition,3 v. *health problems: 10th revision* (5th ed., Vols. 1–3). Geneva, Switzerland:

World Health Organization. (2018). World health statistics 2018: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Retrieved April 1, 2025 from https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585.

World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization. Retrieved April 1, 2025 from https://www.who.int/.