

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตาย
ในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*

EFFECT OF THE RESILIENCE ENHANCEMENT PROGRAM ON
SUICIDAL IDEATION IN SUICIDAL ATTEMPTER

กรรณิการ์ ผ่องโต, พย.บ. (Kannikar Phongto, B.N.S.)**

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พย.ด. (Oraphan Lueboonthavatchai, Ph.D.)***

Abstract

Objectives: 1) To compare the suicidal ideation in suicidal attempters before and after receiving the resilience enhancement program, and 2) To compare the suicidal ideation in suicidal attempters who received the resilience enhancement program and those who received regular caring activities.

Methods: The control group pretest-posttest design was used in this study. The subjects were 40 persons with suicidal behavior admitted to a community hospital in Ang Thong province during October 2012 – January 2013. The subjects were matched pairs and then divided into experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the resilience enhancement program using Grotberg's framework to strengthen the mind (Grotberg,

1995). The resilience enhancement program was modified from the program which was developed by Praveit Tantipiwatthanakul that consists of five activities. Data were collected using personal data questionnaire, and Beck's suicidal assessment. Research monitoring instruments was Resilience Quotient [RQ], a strength mental health evaluation of Department of Mental Health. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two questionnaires were .85 and .81 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: 1) The suicidal ideation in suicidal attempter who received the resilience enhancement program was significantly lower than that before, at p .05 level. 2) The suicidal ideation in suicidal attempter who received the

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: ora_lueboon@hotmail.co.th

resilience enhancement program was significantly lower than those who received regular caring activities at .05 level.

Keywords: Suicidal ideation, Resilience, Suicidal attempter

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ 2) เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งและเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทอง ในช่วงเดือน ตุลาคม 2555-มกราคม 2556 จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 ราย โดยการจับคู่ให้คล้ายกันในด้าน เพศ และอายุ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจตามกรอบแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบอร์ก (Grothberg, 1995) โดยดัดแปลงจากแนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจของนายแพทย์ประเวช ดันดิพัฒน์สกุล ประกอบด้วย 5 กิจกรรม รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ของ Beck เครื่องมือกำกับการทดลอง

คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต เครื่องมือทุกชนิดผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ทดสอบค่าความเที่ยงของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคัลฟ่ามีค่าเท่ากับ .85 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา: 1) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ความคิดฆ่าตัวตาย ความเข้มแข็งทางใจ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย

ความสำคัญของปัญหา

การทำร้ายตนเองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีมีคนฆ่าตัวตายสำเร็จ 400,000 คนหรือประมาณวันละ 1,096 คน และคาดการณ์ว่าในปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเป็น 1.5 ล้านคน (WHO, 2004) ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 3 อันดับแรกเนื่องจากประเทศกำลังประสบปัญหาวิกฤตเศรษฐกิจ ความไม่แน่นอน

ทางการเมือง ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทาง ด้านสังคมและวัฒนธรรม จนกลายเป็นภาวะ ความเครียดเกิดขึ้น (จันทิมา องค์ไวยมิตรไกรฤกษ์, 2550) ถึงแม้ว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จใน ประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากปี พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2553 อัตรา การฆ่าตัวตาย เป็น 6.87, 6.34, 5.77, 5.97, 5.98, 5.97 และ 5.90 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ แต่จากรายงานสถิติการให้บริการของกรม สุขภาพจิตพบว่าอัตราการทำร้ายตัวเองหรือ พยายามฆ่าตัวตาย ในปี 2547 – 2553 เท่ากับ 32.33, 38.24, 35.54, 42.59, 38.45, 38.36 และ 37.38 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ ดังนั้นการ ฆ่าตัวตายจึงยังเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจาก ผู้พยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 97.53 จะถูกนำส่ง โรงพยาบาล เพื่อรับบริการ บำบัด รักษา และคิด เป็นต้นทุนต่อระบบบริการประมาณ 41 – 107 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2553)

การมีความคิดฆ่าตัวตายจะเป็นจุดเริ่มต้น ของกระบวนการเกิดพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย ไปถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จได้ แสดงว่ามีผู้ที่มี พฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตายย่อมมีความคิดฆ่าตัวตาย รวมอยู่ด้วย (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553) จากรายงานการศึกษาาระบาดวิทยาผู้ทำร้ายตนเอง พ.ศ. 2547 ของกรมสุขภาพจิตพบว่าผู้ที่ทำร้าย ตัวเองมีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 5.4 และการ ศึกษาของอุมาพร ตรังคสมบัติ และอรรณพ หนูแก้ว (2541) พบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มีความคิดฆ่าตัวตายร้อยละ 24.1 สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลศูนย์จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ร้อยละ

7.41 ที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยสาเหตุการพยายาม ฆ่าตัวตายและได้รับการให้คำปรึกษายังมีความ คิดฆ่าตัวตายซ้ำ (ครุณี เลิศปรีชา, 2545) จากการ ทบทวนวรรณกรรม ปัจจัยในการทำร้ายตนเอง ของวัยรุ่นในต่างประเทศเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้อง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเป็นอุปสรรคใน การพัฒนา การเจริญเติบโต คือ บุคลิกภาพ นิสัย ความเครียดและความเปราะบางในชีวิต (Beautrais, 2003) ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองทาง อารมณ์ การขาดทักษะการเผชิญปัญหา ส่วน ปัจจัยปกป้องเป็นกันชนปกป้องผลกระทบจาก ปัจจัยเสี่ยง ป้องกันการทำร้ายตนเอง ส่งผลให้ เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นคืน เมื่อเผชิญ ความทุกข์ยาก ประกอบไปด้วย ความเชื่อมั่นใน การแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาที่ดี ความเข้มแข็ง ทางใจ การมองคุณค่าตัวเอง การมองมุมบวกใน สถานการณ์ที่ท้าทาย การมีจุดมุ่งหมายที่ดีในชีวิต การควบคุมความหุนหันพลันแล่นของตน ความ สามารถทนทานต่อความคับข้องใจ การมองโลก ในเชิงบวก มีอารมณ์ขัน มีทักษะชีวิตและ สามารถจัดการกับปัญหาได้ดี (Grotberg, 1995; Correa- Velez & Jones, 2006) การเสริมสร้าง ทักษะต่างๆ ที่จำเป็นในการเพิ่มปัจจัยปกป้อง และเพิ่มปัจจัยส่วนบุคคลที่เป็นแหล่งประโยชน์ ในด้านความเชื่อ จะช่วยให้ประเมิน ตัดสิน สถานการณ์ ความกดดันที่เผชิญอยู่ได้ด้วยดี และ ยังเป็นการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ การสำรวจ ภายในตนเอง สิ่งที่ตนทำได้ และสิ่งที่ตนมีเป็น หัวใจหลักของความเข้มแข็งทางใจ เป็นการค้น พบแหล่งประโยชน์ภายในตัวเองที่นำมาใช้ในการ เผชิญความกดดันของชีวิต (Grotberg, 1995)

ความเข้มแข็งทางใจเป็นความสามารถ

ของแต่ละบุคคลที่พัฒนาได้และฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งทางใจที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดคือ การเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในตัวบุคคลโดยการปรับวิธีคิดและวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ เรียนรู้ที่จะอยู่ภายใต้สภาวะยากลำบากด้วยความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง (ศุภรา เชาว์ปรีชา, 2551) ให้สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรค มีกำลังใจในเวลาที่ชีวิตพบกับเรื่องยุ่งยาก (ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล, 2550) การนำแนวคิดเรื่องความเข้มแข็งทางใจมาใช้ในการป้องกันการทำร้ายตนเองในวัยรุ่นทำได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยง การส่งเสริมปัจจัยปกป้อง ภายใต้กระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจพบว่า มีผลเด่นชัดในการลดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองในวัยรุ่น (Borowsky, Ireland & Resnick, 2001) และการศึกษารูปแบบการดูแลช่วยเหลือผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ของพัชรี คำธिता, อัมพวรรณ ธาภาส และชนากานต์ แสงสิงห์ชัย (2550) โดยกระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจ พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ สามารถปรับเปลี่ยนตัวเอง ปรับกระบวนการความคิดของตนเอง มีทักษะในการเผชิญปัญหา และที่สำคัญมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่มีการฆ่าตัวตายซ้ำหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสร้างความเข้มแข็งทางใจให้แก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ให้มีความสามารถในการเผชิญปัญหาและความกดดันของชีวิต สามารถจัดการกับอารมณ์ ความเครียด ความโกรธ มองโลกในแง่ดี สามารถพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง และตระหนักรู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น เกิดความมั่นใจและมี

กำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาในอนาคตเพื่อลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดความเข้มแข็งทางใจของ กรอทเบอร์ก (Grothberg, 1995) และใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล (2550) ที่นำแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความสามารถของพวกเราในการต่อสู้กับปัญหาชีวิตนำมาดัดแปลงใช้โดยการทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และการพัฒนาขีดความสามารถในการปรับตัวมาใช้ให้เหมาะสม เพื่อให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ตามสภาวะของตน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ
2. เพื่อเปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรม
2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายอายุ 15-59 ปี ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในจังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดอ่างทองในช่วงเดือน ตุลาคม 2555 – มกราคม 2556 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ มีอายุ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย 2 คะแนนขึ้นไป มีภูมิลำเนาในจังหวัดอ่างทอง และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความสมัครใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองควรมีจำนวนอย่างน้อย 30 คน (Polit & Beck, 2004) และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยทำการจับคู่ (matched pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อให้มีความเท่าเทียมกันในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และอายุ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยก่อนเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกรายจะได้รับการบอกถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา วิธีการ ประโยชน์ที่จะได้รับ และสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่มี

ผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา จากนั้นสอบถามความสมัครใจ และให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเข้มแข็งทางใจของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) และใช้แนวทางการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ของนายแพทย์ประเวช ดันดีพิพัฒน์สกุล (2550) ประกอบไปด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมละ 40 – 60 นาที ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและทดลองใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาจำนวน 10 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว ประวัติการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัว วิธีที่ใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย

2.2 แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค (Beck, Steer & Ranieri, 1988) ซึ่งแปล

โดย ปรีศ กิตติธีระศักดิ์ (2547) มีจำนวน 19 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน นำไปปรับข้อความบางข้อตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดลองใช้กับผู้ที่ย้ายมาตัวตายที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และไปทดลองใช้กับผู้ที่ย้ายมาตัวตายที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81

ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยในด้านของความรู้ แนวความคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจโดยการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และดัดแปลงโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อขออนุญาตจากคณะกรรมการวิจัยจริยธรรมในมนุษย์ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอ่างทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การศึกษา การทดสอบเครื่องมือและการรวบรวม

ข้อมูล ขอใช้สถานที่การศึกษา แบ่งระยะเวลาในการจัดกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จนกระทั่งเสร็จสิ้นการศึกษา

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของเบค (Beck, 1988) และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศ และอายุโดยเลือกผู้ที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลวิเศษชัยชาญ จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่มารับบริการที่ โรงพยาบาลป่าโมก โรงพยาบาลสามโก้ และโรงพยาบาลแสวงหา จำนวน 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม

2.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในกลุ่มทดลองเป็นรายบุคคล ทั้งหมด 5 กิจกรรม ตั้งแต่วันแรกที่รับไว้ในโรงพยาบาล กิจกรรมที่ 1 – 3 ดำเนินกิจกรรมที่ตึกผู้ป่วยในติดต่อกัน 3 วัน กิจกรรมที่ 4 และ 5 ดำเนินกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ กิจกรรมที่ 4 และ 5 ห่างกัน 3 วัน ส่วนในกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่การประเมินอาการทั้งร่างกายและจิตใจ การสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วย การให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต และนัดติดตามหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์และ 1 เดือน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง

กลุ่มทดลองประเมินผล ด้วยแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายของ Beck (1988) และแบบ

ประเมินพลังสุขภาพจิต หลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ รวมระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม จนถึงประเมินผลทั้งหมด 3 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมประเมินหลังจากผู้ป่วยจำหน่าย 4 สัปดาห์ ในวันที่มา follow up

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ คำนวณเฉลี่ย ค่าร้อยละ 2) เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Paired t-test) 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 85 เป็นเพศชายร้อยละ 15 มีอายุอยู่ระหว่าง 15 - 29 ปี และ 30 - 39 ปี ร้อยละ 95 และร้อยละ 5 ตามลำดับ สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสดในกลุ่มทดลองร้อยละ 75 และกลุ่ม

ควบคุมร้อยละ 65 การศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษาในกลุ่มทดลองร้อยละ 50 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 55 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ในกลุ่มทดลองร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 50 รองลงมาคือ กำลังเรียนในกลุ่มทดลองร้อยละ 25 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 30 รายได้ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ในกลุ่มทดลองร้อยละ 55 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 60 รองลงมาคือไม่มีรายได้ร้อยละ 25 เท่ากันทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่มีการเจ็บป่วยปัจจุบันด้วยโรคทางกาย ไม่มีประวัติการทำร้ายตนเอง และไม่เคยมีประวัติการทำร้ายตนเองของบุคคลในครอบครัว ไม่มีอาการหูแว่ว ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการทำร้ายตนเองโดยกินยาเกินขนาดและกินสารเคมี/ยากำจัดวัชพืช ในกลุ่มทดลองร้อยละ 75 และร้อยละ 25 ตามลำดับ ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 85 และร้อยละ 15 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ความคิดฆ่าตัวตายหลัง ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจลดลง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	13.45	6.11706	สูง	19	9.17	0.00
หลังการทดลอง	6.85	3.29713	ต่ำ			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	13.70	4.28092	สูง	19	11.000	0.00
หลังการทดลอง	12.60	4.04449	ปานกลาง			

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองจากระดับความรุนแรงสูงเป็นระดับต่ำ สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 เช่นกันแต่ระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับปานกลาง

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 40)

คะแนนความคิดฆ่าตัวตาย	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	13.45	6.11706	สูง	38	0.15	.882
กลุ่มควบคุม	13.70	4.28092	สูง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	6.85	3.29713	ต่ำ	38	4.928	0.000
กลุ่มควบคุม	12.60	4.04449	ปานกลาง			

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจและก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ภายหลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 สามารถอภิปรายผลได้ว่าโปรแกรมช่วยให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความมั่นใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญและพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต เป็นการเพิ่มปัจจัยปกป้องและเพิ่มปัจจัยส่วนบุคคล ที่จะช่วยให้ประเมิน ตัดสินสถานการณ์ ความกดดันที่เผชิญอยู่ได้ด้วยดี การสำรวจภายในตนเอง สิ่งที่ทำได้ และสิ่งที่ตนมีเป็นหัวใจหลักของความเข้มแข็งทางใจ เป็นการค้นพบแหล่งประโยชน์ภายใน

ตัวเองที่นำมาใช้ในการเผชิญความกดดันของชีวิต (Grotberg, 1995) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมสามารถอธิบายขั้นตอนต่างๆ ได้ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและทำความเข้าใจกับความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาให้สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมีความสนใจในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี คำธิดา และภูริวรรธน์ โชคเกิด (2550) ที่ศึกษากระบวนการสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ อำเภอมะนัง จังหวัดลำพูน พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ มีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ใช้ศักยภาพของตนเองมองโลกในแง่ดีและมีความเชื่อมั่น และมองเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลให้ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ

กิจกรรมที่ 2 การสร้างความรู้สึที่ดีต่อตนเอง เป็นการฝึกฝนตนเองให้รู้จักมองโลกแง่ดี ค้นหาทำความเข้าใจตัวเอง และพัฒนาความถนัดที่มีอยู่จนกลายเป็นความสำเร็จที่ตนภาคภูมิใจ จนเกิดเป็นความรู้สึที่ดีที่มีคุณค่าในตนเอง และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข การตระหนักถึงคุณค่าของตนเองส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีความรู้สึที่ดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลใกล้ชิด ทำงานสำเร็จตามความตั้งใจและได้ชื่นชมบุคคลที่ทำดี ตามลำดับ

กิจกรรมที่ 3 การจัดการชีวิต เป็นการเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้องและมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์

เรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์และความเครียดของตนเองอย่างถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้ผู้มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ทำร้ายตัวเองเนื่องจากเป็นอารมณ์ชั่ววูบไม่ใช่การแก้ปัญหา รองลงมาคือ ประชดบุคคลใกล้ชิด

กิจกรรมที่ 4 การสร้างสายสัมพันธ์ที่เกื้อหนุน ทำให้ผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดมีความเข้าใจกัน พูดยกกันโดยตรงไปตรงมา ทำให้บุคคลในครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น ช่วยลดปัญหาหรือช่องว่างของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวที่ให้ความรักความห่วงใยส่งผลให้ผู้ที่ยกยอฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551) ในการศึกษาครั้งนี้บุคคลแรกที่ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่นึกถึง คือ มารดา รองลงมาคือ เพื่อน

กิจกรรมที่ 5 การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต เป็นการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองถึงอนาคต จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวังและวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้น (อภิชัย มงคลและคณะ, 2550) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายคือ เรียนให้จบ มีครอบครัวที่อบอุ่น และมีงานทำตามลำดับ

2. ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลังใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ ($\bar{X} = 6.85$, $SD = 3.29$) ต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{X} = 12.60$, $SD=4.04$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้ ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้าง

ความเข้มแข็งทางใจ ช่วยให้มี ความมั่นใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญและพัฒนาเป็นบทเรียนไปสู่สิ่งที่ดีกว่า มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤติของชีวิต รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายในชีวิต เป็นการเสริมปัจจัยปกป้องในตัวบุคคล ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งทางใจในการฟื้นคืน (bound back) เมื่อเผชิญความทุกข์ยากอีกทั้งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงไปได้ (Grotberg, 1995) ทำให้คะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากระดับสูงเป็นระดับต่ำ ส่วนในกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากครอบครัวทำให้ มีระดับคะแนนความคิดฆ่าตัวตายลดลงเช่นกันแต่ลดลงน้อยกว่ากลุ่มทดลองนั่นคือ ลดลงจากระดับสูงลงมาอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายระหว่างก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม จึงพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจมีค่าเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายลดลง และมีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งคะแนนความคิดฆ่าตัวตายที่ลดลงค่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันการทำร้ายตัวเองซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ และผลของคะแนนพลังสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองมีคะแนนพลังสุขภาพ

จิตเพิ่มขึ้นทุกคนแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจสามารถเพิ่มคะแนนพลังสุขภาพจิตได้

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะแก่ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถดูแลตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤติของชีวิต ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อช่วยเหลือและให้การสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ

1.2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือเปิดเผยเรื่องส่วนตัวของตนเองให้คนอื่นฟังหากไม่เกิดความไว้วางใจ ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้พยาบาลต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความไว้วางใจ ก่อนการดำเนินกิจกรรม

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ กับผู้ป่วยอื่นที่มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษา เนื่องจากโปรแกรมสามารถช่วยปรับวิธีคิด และวิธีการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจ ในตนเอง

2.2 ควรมีการศึกษาความถี่ฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องในกลุ่มวัยรุ่นและผู้ใหญ่ตอนต้นที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยมีระยะเวลาในการติดตามทุก 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ 1 ปี เพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ หรือฆ่าตัวตายสำเร็จ และควรมีการเฝ้าระวังติดตามสมาชิกครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจ คอยชี้แนะแนวทางในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

รายการอ้างอิง

- จันทิมา องค์โฆษิตไกรฤกษ์. (2550). *คนไทยน่าเป็นห่วง เป็นโรคซึมเศร้าปีละหมื่นคน*. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2554, จาก news.hunsa.com/detail.php?id=873.
- ครุณี เลิศปรีชา. (2545). *การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2553). *คู่มือการใช้ DVD สื่อการเรียนรู้เรื่อง เติมเต็มความเข้มแข็งทางใจชุดที่ 1*. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: รุ่งศิลป์การพิมพ์.
- ปริญญ์ กิตติธีระศักดิ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศุภรัตน์ เอกอัศวิน. (2547). การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(1), 40-49.
- ศุภรา เชาวน์ปรีชา. (2551). Resilience ในเด็กที่ถูกทารุณกรรม. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(3), 309.
- กรมสุขภาพจิต. (2553). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- อนงค์ อรุณรุ่ง. (2551). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษารอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโรงพยาบาลลาดบัวหลวง*. โครงการศึกษาอิสระสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อภิชัย มงคลและคณะ. (2550). *รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2547* (พิมพ์ครั้งที่ 1). ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมขันธ์.
- อุมาพร ตรังสมบัติ และอรวรรณ หนูแก้ว. (2541). จิตพยาธิสภาพของวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 43(1), 22-38.
- อุมาพร ตรังสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: ชันดีการพิมพ์.
- Beck, A. T., Steer R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychosometric properties of self-report version. *Journal of Clinical Psychology*, 44(4), 499-505.
- Borowsky, I. W., Ireland, M., & Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempt: Risk and protectors. *Pediatrics*, 107(3), 485-493.
- Frisch, C. N., & Frisch, E. L. (2002). *Psychiatric mental nursing health nursing: understanding the client as well as the condition* (2nd ed.). Kansas: Delma.
- Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Addy, C. L., Makeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). Suicidal behaviors in young adolescences. *American Journal of Epidemiology*, 133(10), 1005-1014.
- Grotberg, H. E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Netherlands: Bernard van Leer Foundation.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research : Principles and Methods* (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Williams and Wilkins.