

ผลของรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิดฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า¹

วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ วพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)^{2,3}

สาวตรี สุริยะฉาย วพย. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)²

เวนิช บุราชรินทร์ พย.ม (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต)²

บทคัดย่อขยาย

บทนำ โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในความท้าทายที่สำคัญด้านสุขภาพจิตทั่วโลก มีลักษณะสำคัญ คือ ความทุกข์ทางอารมณ์เรื้อรังที่อาจรุนแรงถึงขั้นนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย แม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับยาต้านเศร้า แต่ความคิดฆ่าตัวตายอาจยังคงอยู่จนนำไปสู่การฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มุ่งเน้นปรับการรับรู้ความคิดอัตโนมัติและมุมมองการแก้ปัญหาที่มองว่าตนเองรู้สึกพ่ายแพ้ และถูกกักขังจากสถานการณ์ปัญหาที่เผชิญอยู่ เป็นแนวทางหนึ่งในการบำบัดเพื่อป้องกันความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายรวมกับการดูแลตามปกติ กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการดูแลตามปกติ ในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

การออกแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงทดลองชนิดสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ โดยประยุกต์แบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา พัฒนาเป็นรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายเพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรายบุคคล ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยมีการบำบัด 3 ครั้ง ในแต่ละสัปดาห์ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย 2) การสำรวจความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การพัฒนาความคิดใหม่ 5) การเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหา และ 6) การเลือกแก้ปัญหาใหม่

การดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ภายใน 72 ชั่วโมง 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีความคิดฆ่าตัวตาย ตามแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทยตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 40 คน จากนั้นได้รับการสุ่มเข้าเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

¹ทุนอุดหนุนการวิจัยจากมูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มภารกิจการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

³ผู้ประพันธ์บรรณกิจ, E-mail: somdet_chaopraya@somdet.go.th

กลุ่มทดลองได้รับการดูแลด้วยรูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งเป็นการดูแลตามระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย เครื่องมือวิจัย ได้แก่ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .89 และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยง .81 ติดตามผลค่าเฉลี่ยของความคิดฆ่าตัวตาย 4 ช่วงเวลา ได้แก่ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความคิดฆ่าตัวตายภายในและระหว่างกลุ่มด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni

ผลการวิจัย กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) มีอายุเฉลี่ย 25.05 ปี (SD = 5.34) สถานภาพโสด (ร้อยละ 80) วิธีการฆ่าตัวตายคือ การกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 55) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.7 ปี (SD = 1.55) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.70 ครั้ง (SD = 0.73) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) อายุเฉลี่ย 26.75 ปี (SD = 4.68) สถานภาพโสด (ร้อยละ 90) วิธีการฆ่าตัวตายคือการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 30) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.85 ปี (SD = 1.49) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษเฉลี่ย 1.45 ครั้ง (SD = 0.68) เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 398.160, p < .001$) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและรูปแบบยับยั้งแรงงูใจ มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.115, p < .001$) เมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 24.945, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบเป็นรายคู่ พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลอง แตกต่างจากหลังทดลองทันที ($MD = 18.50, p < .001$) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ($MD = 17.175, p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = 14.450, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังทดลองทันที มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ ($MD = -1.325, p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = -4.050, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ($MD = -2.725, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายหลังจำหน่าย 2-4 สัปดาห์ พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ รูปแบบยับยั้งแรงงูใจ การฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

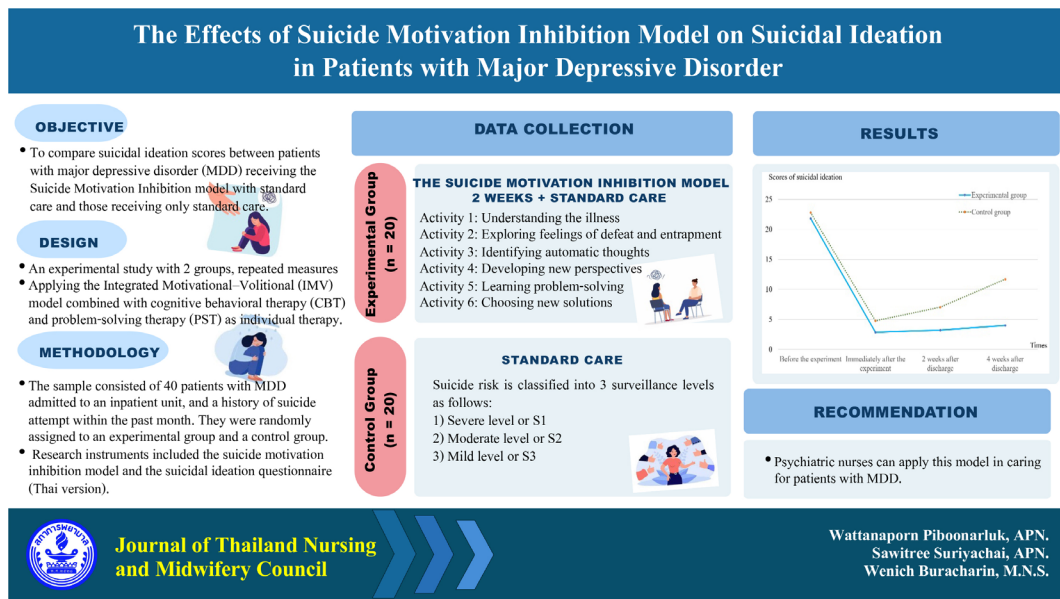
วันที่ได้รับ 12 พ.ค. 68 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 ส.ค. 68 วันที่รับตีพิมพ์ 3 ต.ค. 68

The Effects of Suicide Motivation Inhibition Model on Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder

Wattanaporn Piboonarluk, APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)^{2,3}

Sawitree Suriyachai, APN. (Psychiatric and Mental Health Nursing)²

Wenich Buracharin, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing)³



Extended Abstract

Introduction Major depressive disorder (MDD) is one of the most significant global challenges in mental health. It is characterized by persistent emotional distress that may escalate suicidal behavior. Although patients with MDD often receive antidepressant medication, suicidal ideation may persist and, in some cases, result in suicide, particularly during the critical period immediately following hospital discharge. The suicide motivation inhibition model for patients with MDD emphasizes modifying automatic thoughts and problem-solving perspectives, especially those shaped by feelings of defeat and entrapment by their circumstances. This therapeutic approach represents a promising strategy to mitigate suicidal ideation and reduce the risk of suicide.

Objectives To compare suicidal ideation scores between patients with MDD who received standard care incorporating care through the suicide motivation inhibition model, and those who received standard care alone, assessed at baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge.

Design This study employed a two-group experimental design with repeated measures. It applied the Integrated Motivational Volitional (IMV) model of suicidal behavior, combined with principles of cognitive behavioral therapy (CBT) and problem-solving therapy (PST), to develop an intervention framework aimed at inhibiting suicidal motivation among patients with MDD. The intervention

¹Funding support from Somdet Chaopraya Hospital Foundation

²Registered Nurse with Professional Level, Nursing Service Organization, Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok, Thailand.

³Corresponding author, E-mail: somdet_chaopraya@somdet.go.th

was delivered individually over a two-week period, consisting of three sessions per week. Each session incorporated six structured activities: 1) understanding the illness, 2) exploring feelings of defeat and entrapment, 3) identifying automatic thoughts, 4) developing new perspectives, 5) learning problem-solving strategies, and 6) choosing new solutions to address problems.

Methodology The participants comprised patients diagnosed with MDD who met the following inclusion criteria: 1) admission to inpatient psychiatric care within 72 hours, 2) aged between 18 and 60 years, 3) a history of suicide attempt within the past month, 4) a suicidal ideation score of 19 or higher on the Thai version of the Suicidal Ideation Questionnaire, and 5) the ability to listen, speak, read, and write in Thai. A total of 40 participants were recruited through simple random sampling and subsequently assigned to either the experimental group ($n = 20$) or the control group ($n = 20$). The experimental group received the suicide motivation inhibition model in conjunction with standard care for a duration of two weeks, while the control group received standard care based on the level of suicide risk. Research instruments included the Suicide Motivation Inhibition Model, which demonstrated a content validity index of .89, and the Thai version of the Suicidal Ideation Questionnaire, which showed a reliability coefficient of .81. Suicidal ideation scores were assessed at four time points: baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge. Data were collected between January and June 2025. Descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics, while suicidal ideation scores were compared within and between groups using repeated measures two-way analysis of variance (ANOVA). Pairwise comparisons were further examined using Bonferroni post hoc tests.

Results In the experimental group, the majority of participants were female (60%), with a mean age of 25.05 years ($SD = 5.34$), and most were single (80%). The predominant method of suicide attempt was drug overdose (55%). The average duration of illness was 2.7 years ($SD = 1.55$), with a mean of 1.70 prior hospitalizations ($SD = 0.73$). In the control group, the majority were also female (55%), with a mean age of 26.75 years ($SD = 4.68$), and most were single (90%). The most common method of suicide attempt was drug overdose (30%). The average duration of illness was 2.85 years ($SD = 1.49$), with a mean of 1.45 prior hospitalizations ($SD = 0.68$). Comparative analysis of baseline demographic and clinical characteristics revealed no statistically significant differences between the two groups. Repeated measures two-way ANOVA demonstrated that suicidal ideation scores in the experimental group differed significantly across the four assessment points: baseline, immediately after intervention, two weeks after discharge, and four weeks after discharge ($F = 398.160, p < .001$). A significant interaction effect was observed between time and the intervention model ($F = 12.115, p < .001$). Between-group analysis further indicated that suicidal ideation scores differed significantly between the experimental and control groups ($F = 24.945, p < .001$). Pairwise comparisons revealed that suicidal ideation scores at baseline were significantly higher than those immediately after intervention ($MD = 18.50, p < .001$), two weeks after discharge ($MD = 17.175, p < .001$), and four weeks after discharge ($MD = 14.450, p < .001$). Additionally, scores immediately after intervention differed significantly from those at two weeks after discharge ($MD = -1.325, p < .001$) and four weeks after discharge ($MD = -4.050, p < .001$). Finally, suicidal ideation scores at two weeks after discharge were significantly different from those at four weeks after discharge ($MD = -2.725, p < .001$).

Recommendation The suicide motivation inhibition model demonstrated effectiveness in preventing suicidal ideation during the 2–4 week period following hospital discharge. Psychiatric nurses can apply this intervention in the treatment of inpatients with MDD in psychiatric hospitals to enhance patient safety and reduce the risk of suicide.

Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2026; 41(1) 14–30

Keywords Suicide motivation inhibition model/ suicide/ suicidal ideation/ patients with major depressive disorder

Received 12 May 2025, Revised 13 August 2025, Accepted 3 October 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในแต่ละปีทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน คิดเป็นอัตรา 9.0 ต่อประชากรแสนคน¹ ในประเทศไทยพบข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ 2562-2566 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 7.26 เป็น 7.94 ต่อประชากรแสนคน โดยอัตราการตายในกลุ่มวัยทำงานซึ่งเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ มีจำนวนฆ่าตัวตายมากที่สุด² จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต ปี พ.ศ. 2563³ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงโดยมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด เป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า ร้อยละ 92.39 และจากข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชที่ฆ่าตัวตายซ้ำสำเร็จหลังจำหน่ายจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ภายใน 2 สัปดาห์ พบร้อยละ 2.05⁴ แม้ว่าการรักษาโรคซึมเศร้าด้วยยาจะช่วยลดอาการซึมเศร้าได้ แต่พบว่าความคิดฆ่าตัวตายอาจยังคงอยู่แม้อาการซึมเศร้าจะดีขึ้นแล้วก็ตาม⁵ สะท้อนให้เห็นว่า แม้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจะได้รับการบำบัดรักษาจนเข้าสู่ภาวะปกติ ก็ยังมีโอกาสที่จะกลับไปฆ่าตัวตายได้

โรคซึมเศร้า (Major depressive disorder, MDD) เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคซึมเศร้า (depressive disorders) ที่มีอาการสำคัญ คือ อาการซึมเศร้าที่ทำให้เกิดความทุกข์ทางจิตใจอย่างมากจนนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย⁶ ซึ่งพบความชุกของผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายมากถึงร้อยละ 53.10⁷ ตามแนวคิดของแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย (Integrated Motivational-Volitional model of suicidal behavior: IMV) ของโอคอร์เนอร์และคณะ⁸ พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 2 ตัวแปรหลัก คือ

ความคิดว่าพ่ายแพ้ (defeat) ที่บุคคลนั้นถูกปฏิเสธสูญเสียจากสังคม และความคิดว่าถูกกักขัง (entrapment) ที่บุคคลนั้นเกิดความคิดว่า ไม่สามารถหลุดพ้น ต้องจำยอมจำนนต่อภาวะที่เผชิญโดยไม่มีทางแก้ไข ความคิดว่าถูกกักขังนับเป็นตัวแปรกลางที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตายในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย⁹ และการศึกษาของหวังและคณะ¹⁰ พบว่าความรู้สึกถูกกักขังในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย คงมีอยู่ในระดับสูงในกลุ่มวัยทำงานที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ การยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ด้วยการเข้าใจการเกิดความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังที่เกิดขึ้นในจิตใจให้ได้ก่อนที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จึงเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตาย

แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioral therapy: CBT) ของเบค¹¹ เป็นระบบของการบำบัดทางจิตที่พยายามลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่มีมาก และพฤติกรรมที่สร้างทุกข์ให้กับตัวเอง โดยปรับเปลี่ยนความคิดที่มีความคลาดเคลื่อนบิดเบือนจากความจริง รวมทั้งความเชื่อที่ทำให้การปรับตัวไม่เหมาะสมและเป็นสาเหตุของการแสดงออกของการฆ่าตัวตาย มีการศึกษาที่เป็นการศึกษาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 9 เรื่อง ของวูและคณะ¹² พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก ที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 10-12 ครั้ง ภายใน 10 - 12 สัปดาห์ มีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (SMD = -0.28, 95% CI: -0.36, -0.21)

แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญา (problem-solving therapy: PST) ของเดอซูริลลา และเนซ¹³ เป็นกระบวนการทางปัญญาที่ต้องใช้การวิเคราะห์

กำหนดปัญหา การค้นหาวิธีการแก้ปัญหาตามองค์ประกอบของการแก้ปัญหา มีการศึกษาที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยจำนวน 29 เรื่องของดาวิชีและคณะ¹⁴ พบว่า ผู้ป่วยทางจิตและประชาชนทั่วไปที่ยังคงมีความคิดฆ่าตัวตาย และเข้ารับการรักษาสถานพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก พบว่าทักษะการแก้ปัญหา มีความสัมพันธ์แบบผกผันกับความคิดฆ่าตัวตาย (OR = 0.64, 95% CI: 0.50, - 0.82) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหาสามารถลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายได้ (OR = 0.51, 95% CI: 0.29, - 0.87)

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าการป้องกันการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยนอก ใช้เวลาการบำบัดยาวนานกว่า 10 สัปดาห์ขึ้นไป จึงจะเกิดประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่การบำบัดแบบผู้ป่วยใน มีข้อจำกัดของระยะเวลาการรักษาสั้นกว่า การดำเนินกิจกรรมการดูแลรักษาที่มีโครงสร้างการบำบัดตามหลักฐานเชิงประจักษ์แบบเร่งรัดบำบัดขณะผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย อาจช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะการจัดการกับความเครียดฆ่าตัวตายตั้งแต่เข้ารับการรักษานกระทั่งจำหน่ายสู่ครอบครัวและชุมชน

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทุกกลุ่มโรคที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ให้ความสำคัญกับรักษาด้วยยาจิตเวช ร่วมกับการประเมินจำแนกและเฝ้าระวังตามระดับความเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย ด้วยการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การตรวจเยี่ยมประเมินอาการ การจำกัดพื้นที่ การจำกัดพฤติกรรม การกำหนดมาตรการป้องกันอุปกรณ์เครื่องใช้ การให้คำปรึกษาตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และการส่งเสริมการร่วมกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ ทั้งนี้ การดูแลทางการแพทย์จะลดความเข้มข้นลงตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจนผู้ป่วยไม่มีความคิด

ฆ่าตัวตายก่อนจำหน่าย สำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีระยะเวลาการเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในประมาณ 2-3 สัปดาห์ ซึ่งนับว่ามีจำนวนวันนอนน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเวชอื่น ๆ การดูแลรักษาจึงเป็นลักษณะเร่งรัดบำบัดเพื่อให้ภาวะซึมเศร้าลดลง เพื่อจะไม่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายในช่วงที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน การบำบัดทางจิตสังคมจึงไม่ได้ครอบคลุมถึงการปรับเปลี่ยนความคิด และปรับมุมมองต่อการแก้ไขปัญหามาจากแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายที่จะไปช่วยป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายภายหลังจำหน่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ในการพัฒนารูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย โดยบูรณาการปัจจัยระหว่างแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย ทั้งความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังมาเป็นประเด็นหลักในการทำความเข้าใจกระบวนการเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักการบำบัดความคิดและพฤติกรรมในการปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติทางลบจากปัจจัยแรงจูงใจที่เกิดขึ้น และที่มาจากความเชื่อตามประสบการณ์เดิมที่ผ่านมา และใช้การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการฝึกวิเคราะห์การแก้ปัญหาเชิงบวก เพื่อให้เกิดประสิทธิผลมากที่สุดในการลดความคิดฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าภายในกลุ่มทดลอง ในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาก่อนทดลอง ช่วงเวลาหลังทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3. เพื่อศึกษาปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังได้รับรูปแบบการยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลอง น้อยกว่าหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

2. หลังได้รับรูปแบบการยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย คะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ในช่วงเวลาหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเวลากับรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Integrated Motivational Volitional, IMV) ของโอคอร์เนอร์และคณะ⁸ โดยอธิบายว่าความคิดฆ่าตัวตายเกิดจากแรงจูงใจที่ประกอบด้วย 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ 1) ความรู้สึกพ่ายแพ้ และ 2) ความรู้สึกถูกกักขัง ซึ่งทั้งสองปัจจัยเป็นตัวแปรที่จะเปลี่ยนผ่านไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลได้รับการปกป้องจากทั้งสองปัจจัยในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย จะส่งผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งความคิดฆ่าตัวตายเป็นผลจากความคิด

ของบุคคล โดยประยุกต์ใช้ IMV ร่วมกับแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ของเบค¹⁵ และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ของเดอซูริลา และเนชู¹³ ซึ่ง CBT ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) สถานการณ์ จากที่พบเจอหรือสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความคิด 2) ความคิด มาจากการรับรู้ที่เกิดอัตโนมัติต่อสิ่งที่พบเจอ หรือมาจากความเชื่อตามประสบการณ์เดิมที่นำไปสู่การแปลความหมายจนเกิดอารมณ์ หรือพฤติกรรม 3) อารมณ์ เป็นภาวะความรู้สึกทางจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามความคิด 4) พฤติกรรม เป็นการแสดงออกหรือการกระทำที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าจากภายในและภายนอก และ 5) สภาวะทางร่างกาย เป็นการแสดงออกถึงการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งทั้ง 5 ส่วนนี้มีความเชื่อมโยงกัน หากบุคคลได้รับการส่งเสริมการทำความเข้าใจความคิดที่บิดเบือนจากสภาวะความจริง ว่าตนเองไม่ได้เป็นผู้พ่ายแพ้ต่อปัญหา และตนเองไม่ได้ถูกกักขังกับปัญหา แต่ตนเองสามารถที่จะแก้ไขปัญหาก็ได้ ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) มุมมองต่อปัญหา การรับรู้ถึงสิ่งเร้าในเชิงบวกหรือเชิงลบ 2) รูปแบบการแก้ปัญหา วิธีการแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล แบบหุนหันพลันแล่น หรือแบบหลีกเลี่ยง และ 3) ผลลัพธ์ เป็นการปรับตัวได้ในเชิงบวก หรือการปรับตัวไม่ได้ในเชิงลบ

เมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมให้สามารถคิดวิเคราะห์การแก้ปัญหายังเป็นระบบ จะส่งผลให้มีแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เป็นสิ่งเร้าในชีวิต ร่วมกับเมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดต่อปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม จึงส่งผลในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

(IMV) แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (The suicide motivation inhibition model) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย (Understanding the illness) เป็นกระบวนการทบทวนจิตพลวัตร กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง (Exploring feelings of defeat and entrapment) เป็นการประเมินการรับรู้ตามประสบการณ์ทางอารมณ์ที่เผชิญอยู่ และประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิด

อัตโนมัติ (Identifying automatic thoughts) เป็นการถามอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงถึงความคิดอัตโนมัติจากความเชื่อตามประสบการณ์ของผู้ป่วย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ (Developing new perspectives) เป็นการถามให้เกิดวิธีการคิดปรับความคิดตามสถานะเป็นจริง กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบกระบวนการแก้ปัญหา (Learning problem-solving) เป็นการวิเคราะห์เพื่อให้เข้าใจปัญหาอย่างรอบคอบ และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ (Choosing new solutions) เป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการลงมือปฏิบัติ (Figure 1)

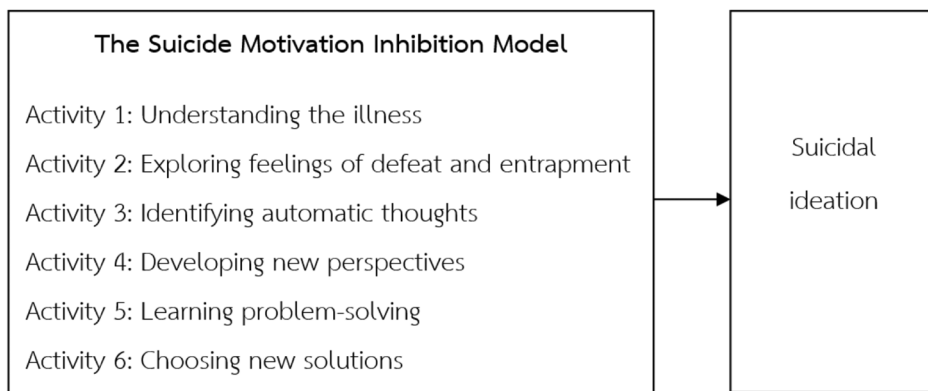


Figure 1 Conceptual framework

วิธีดำเนินการวิจัย

แบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบทดลอง (experimental design) แบบสองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดผลใน 4 ช่วงเวลา คือ ก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2568 คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power และใช้การอ้างอิงค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) จากงานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงกันของพิรดา เพิ่มความสุข และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาสาภรณ์¹⁶ ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 1.11248

ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายระหว่างการเก็บข้อมูล จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างร้อยละ 5¹⁷ ได้กลุ่มตัวอย่าง 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ในทุกสองสัปดาห์ผู้ช่วยวิจัยนำหมายเลขผู้ป่วยใน (admission number: AN) ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า มาจับฉลากเพื่อสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 4 คน จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้ป่วยเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างจับฉลากในกล่องที่มีฉลากระบุหมายเลข 01, 02, 03 และ 04 เมื่อกลุ่มตัวอย่างจับได้หมายเลขใด ผู้ช่วยวิจัยจะทำการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ โดยที่ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบว่าผู้วิจัยกำหนดให้หมายเลขใดเป็นกลุ่มทดลองและหมายเลขใดเป็นกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยขั้นตอนข้างต้นซ้ำทุก ๆ สองสัปดาห์ จนกระทั่งได้กลุ่มตัวอย่างครบ 40 คน จากนั้นจึงจัดเข้ากลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คนโดยการสุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในไม่เกิน 72 ชั่วโมง 2) อายุระหว่าง 18-60 ปี 3) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา 4) มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายตามแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)¹⁸ ตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ 1) มีโรคร่วมทางจิตเวชอื่นๆ เช่น กลุ่มโรคออทิซึม กลุ่มสติปัญญาบกพร่อง กลุ่มอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติด 2) อยู่ระหว่างการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy, ECT) หรือการกระตุ้นสมองด้วยสนามแม่เหล็ก (transcranial

magnetic stimulation, TMS) หรือจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยา

เครื่องมือวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบยั้งแรงใจของการฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลสำหรับกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วยเป็นการสัมภาษณ์กลุ่มทดลองเกี่ยวกับปัจจัยการดำเนินโรคซึมเศร้า กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกฟ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง เป็นการประเมินตนเองร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับระดับความรู้สึกฟ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขัง กิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ เป็นการพูดคุยถึงการรับรู้และการให้ความหมายต่อสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าของการคิดฆ่าตัวตาย กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ เป็นการพูดคุยถึงการปรับเปลี่ยนความคิดที่แตกต่างจากเดิม การสังเกตถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงจากเดิม กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบกระบวนการแก้ปัญหา เป็นการทบทวนและวิเคราะห์ถึงผลกระทบของวิธีการแก้ปัญหาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ เป็นการระบุวิธีการแก้ปัญหาใหม่และวิเคราะห์ถึงผลกระทบที่จะเปลี่ยนแปลงจากเดิม โดยสัปดาห์ที่ 1 ดำเนินการกิจกรรมที่ 1-3 และสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินการกิจกรรมที่ 4-6

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมได้แก่เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา วิธีการฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด ประวัติพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ลักษณะแบบบันทึกเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบ

2) แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicide ideation-Thai version 2014 หรือ SSI-Thai version 2014) ของปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยจิ้น¹⁸ เป็นแบบประเมินที่ให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนในข้อความทางบวก คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) ปานกลางถึงมาก (2 คะแนน) เกณฑ์การให้คะแนนในข้อความทางลบ คือ ปานกลางถึงมาก (0 คะแนน) เล็กน้อย (1 คะแนน) และไม่มีเลย (2 คะแนน) คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-38 คะแนน การแปลผล ค่าคะแนนรวมที่สูงขึ้น หมายถึง การมีความคิดฆ่าตัวตายที่เพิ่มมากขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบยังแข็งแรงจิตใจของการฆ่าตัวตาย ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse, APN) สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ประเมินความสอดคล้อง ความเหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา แล้วจึงนำไปปรับปรุงและทดลองกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 5 คน ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เนื้อหาในกิจกรรมเข้าใจได้ง่าย และมีความเป็นไปได้ในการนำไปทดลองกับกลุ่มทดลองได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) นำมาใช้ตามเนื้อหาต้นฉบับที่ตีพิมพ์เผยแพร่ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index; CVI) .89 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .81^{17,18}

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (SD.IRB.APPROVAL 029/2567) รับรองตั้งแต่วันที่ 6 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 6 ธันวาคม 2568 ได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาให้ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างโดยได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดกิจกรรม และการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ในระหว่างการวิจัย สามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องระบุเหตุผล การนำเสนอข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และดำเนินการทำลายข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการตีพิมพ์ผลการวิจัย 1 ปี ทั้งนี้ จากการวิจัยครั้งนี้อาจเกิดความเสี่ยงระหว่างการวิจัย เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น เมื่อหลังสิ้นสุดการวิจัยไม่พบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับผลกระทบดังกล่าวเกิดขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเตรียมทดลอง ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ร่วมวิจัย 1 คน และผู้ช่วยวิจัย 1 คน ที่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยจิตเวชอย่างน้อย 5 ปี และปฏิบัติงานที่

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต และผู้ช่วยวิจัย เป็นพยาบาลจิตเวชที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำความเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยแก่ ผู้ร่วมวิจัย และผู้ช่วยวิจัย ซึ่งประกอบด้วยสาระสำคัญ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มตัวอย่าง และการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยประสานความร่วมมือระหว่างทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อดำเนินการทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เป็นผู้ดำเนินการจัดกิจกรรมบำบัดให้แก่กลุ่มทดลอง และผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนทดลอง หลังทดลองลงทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ช่วงก่อนทดลอง เมื่อผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014)¹⁸ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เริ่มดำเนินการกิจกรรมการทดลองโดยใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ณ หอผู้ป่วยจิตเวช ที่กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษา โดยใช้พื้นที่ที่หอผู้ป่วยกำหนดเป็นพื้นที่เฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ห้องสังเกตอาการ และห้องกิจกรรมบำบัด รายละเอียดกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ได้รับ “การดูแลตามปกติ” จากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยแบบรายบุคคล ดำเนินการทุกวัน ระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อค้นหาความเสี่ยง SVEF รหัสเอกสาร NS-FR-09 ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

เฉพาะหัวข้อเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้อักษรย่อตัว “S” แทนคำว่า “Suicide” จำแนกความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ คือ ระดับรุนแรง (S1) ผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตาย มีการวางแผนทำร้ายตนเอง มีพฤติกรรมหาอุปกรณ์ หรือมีเหตุแว่วสั่งทำร้ายตนเอง การดูแลเป็นการเฝ้าระวังใกล้ชิดแบบ 1:1 อยู่ในพื้นที่จำกัดดูแล ตรวจเยี่ยมทุก 15 นาที จัดเก็บอุปกรณ์ที่จะเป็นอันตราย และอยู่ในพื้นที่จำกัด ระดับปานกลาง (S2) ผู้ป่วยมีความคิดอยากตาย อยากทำร้ายตนเอง เศร้า ท้อแท้ การดูแลเป็นการตรวจเยี่ยมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ เวน ระมัดระวังของใช้ที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คำปรึกษาตามปัญหา และระดับเล็กน้อย (S3) ผู้ป่วยไม่มีญาติมาเยี่ยมหรือญาติปฏิเสธการรับกลับบ้าน การดูแลตรวจเยี่ยมอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และส่งเสริมการร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆ

กลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลตามปกติ ร่วมกับการดูแลแบบรายบุคคลด้วย “รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย” โดยผู้วิจัยหรือผู้ร่วมวิจัย ดำเนินกิจกรรมแบบวันเว้นวัน ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที คือ สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 - 3 ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย กิจกรรมที่ 2 การสำรวจความรู้สึกป่วยและความรู้สึกถูกกักขัง และกิจกรรมที่ 3 การค้นหาความคิดอัตโนมัติ สำหรับสัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 - 6 ได้แก่ กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความคิดใหม่ กิจกรรมที่ 5 การเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหา และกิจกรรมที่ 6 การเลือกแก้ปัญหาใหม่ เป็นการเสริมสร้างการคิดหาแบบการแก้ปัญหาใหม่ที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นบวก สามารถปรับตัวกับปัญหาที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้แยกกันให้การบำบัดรายบุคคลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง

จำนวน 2 คน ภายในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งให้การบำบัด แก่กลุ่มตัวอย่างได้ 4 คนต่อเดือน และดำเนินกิจกรรม ต่อเนื่องจนได้กลุ่มทดลองครบตามจำนวนที่กำหนด 20 คน

หลังสิ้นสุดกิจกรรม ผู้วิจัยแจ้งผู้ช่วยวิจัยเพื่อ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) หลังทดลอง ทันทันทิ์ที่หือผู้ป่วย เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่เข้าเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกระดับ และแพทย์พิจารณาให้จำหน่ายได้ ผู้ช่วยวิจัยจะทำการ โทรศัพท์นัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามรวบรวม ข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับ ภาษาไทย (SSI-Thai version 2014) ที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ ตามระบบการนัดหมายปกติสำหรับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ด้วยสาเหตุการฆ่าตัวตายของสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ และส่งข้อมูลให้ผู้วิจัยเพื่อดำเนินการ วิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ทำการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองกับ กลุ่มควบคุม ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ วิธีการฆ่าตัวตายครั้งล่าสุด ด้วยการทดสอบ ของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) ประวัติพยายาม ฆ่าตัวตาย และผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทดสอบด้วย สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) อายุ ระยะเวลา การเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ทดสอบด้วย สถิติการทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) สำหรับการ เปรียบเทียบความแตกต่างความแปรปรวนของ คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมในช่วงเวลาก่อนทดลอง หลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์

ทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง แบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measures ANOVA) ผ่านการตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้นโดยข้อมูลมีการ แจกแจงเป็นแบบปกติ และการทดสอบ Mauchly's test of sphericity พบว่า ความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) และทดสอบเปรียบเทียบรายคู่ด้วยสถิติ บอนเฟอรอนนี (Bonferroni) กำหนดนัยสำคัญทาง สถิติที่ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ย 25.05 ปี ($SD = 5.34$) สถานภาพโสด ร้อยละ 80 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40) อาชีพพนักงานประจำ (ร้อยละ 35) วิธีการฆ่าตัวตายเป็นการกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 55) มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 60) ระยะเวลา การเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.7 ปี ($SD = 1.55$) จำนวนครั้งที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.70 ครั้ง ($SD = 0.73$) และผู้ดูแลหลักในครอบครัวเป็นพ่อ/ แม่ (ร้อยละ 50) ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) อายุเฉลี่ย 26.75 ปี ($SD = 4.68$) สถานภาพโสด (ร้อยละ 90) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 60 อาชีพพนักงานประจำ และรับจ้างรายวัน เท่ากันร้อยละ 35 วิธีการฆ่าตัวตายเป็นการกินยาเกิน ขนาด ร้อยละ 30 มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน (ร้อยละ 80) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 2.85 ปี ($SD = 1.49$) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.45 ครั้ง ($SD = 0.68$) และผู้ดูแลหลักในครอบครัวส่วนใหญ่ เป็นพ่อ/แม่ร้อยละ 65 ทั้งนี้ เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบ ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุม พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ

ความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ย 21.80 (SD = 2.58) หลังทดลองทันที มีคะแนนเฉลี่ย 2.85 (SD = 2.03) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 3.20 (SD = 2.01) และ หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 4.00 (SD = 3.43) ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง

มีคะแนนเฉลี่ย 22.80 (SD = 2.608) หลังทดลองทันที มีคะแนนเฉลี่ย 4.75 (SD = 2.552) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 7.05 (SD = 3.663) และ หลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ย 11.70 (SD = 5.676) ตามลำดับ (Figure 2)

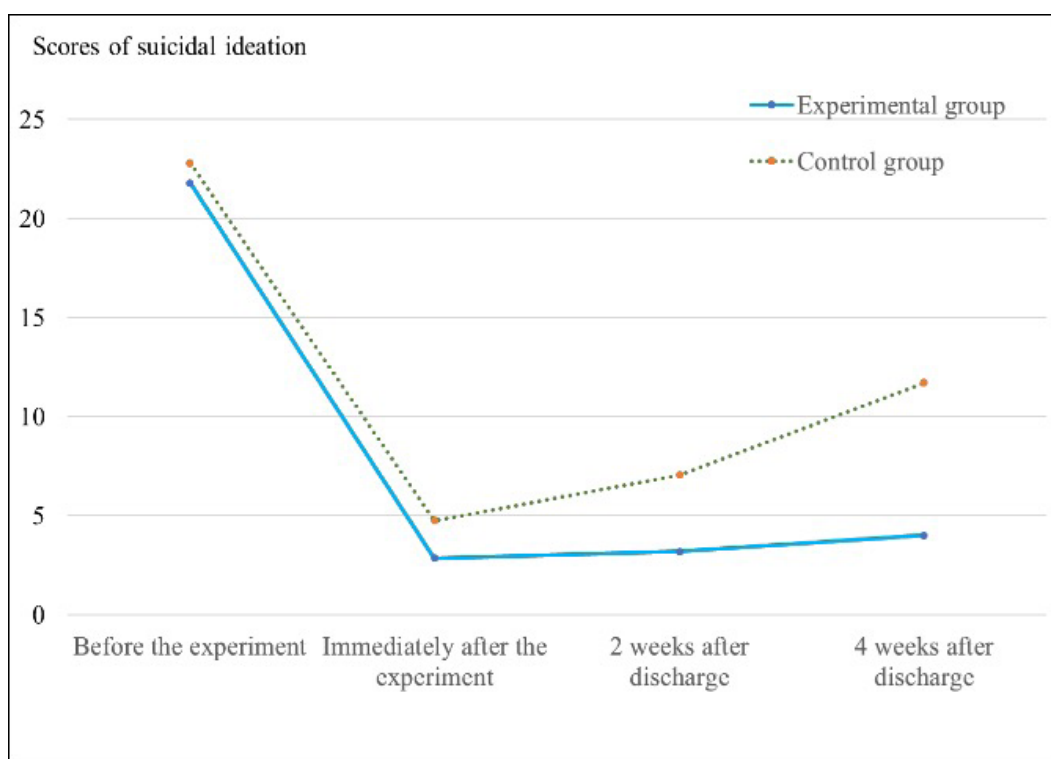


Figure 2 Changes in suicidal ideation between the experimental and control groups

ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบ วัดซ้ำ (Two-way ANOVA with repeated measures) พบว่า คะแนนความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลอง ทั้ง 4 ช่วงเวลา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 398.160, p < .001$) ขนาดอิทธิพล (Partial η^2) .913 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างช่วงเวลาและ รูปแบบการยับยั้งแรงงูใจ มีผลต่อคะแนนความคิด

ฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 12.115, p = .001$) ขนาดอิทธิพล .242 และเมื่อวิเคราะห์ผลระหว่างกลุ่ม พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ($F = 24.945, p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพล เท่ากับ .396 (Table 1)

Table 1 Two-way repeated measures ANOVA of suicidal ideation scores at baseline, immediately after the experiment, 2 weeks after discharge and 4 weeks after discharge (n=40)

Source of Variance	SS	df	MS	F ^a	p	Partial η^2
Within Group						
Time	8,716.169	1.654	5,268.259	398.160	< .001	.913
Time * Group	265.219	1.654	160.304	12.115	.001	.242
Error	831.862	62.870	13.232			
Between groups						
Groups	522.006	1	522.006	24.945	< .001	.396
Error	795.187	38	20.926			

ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายรายคู่ด้วยสถิติ Bonferroni พบว่า ความคิดฆ่าตัวตายก่อนทดลองแตกต่างจากหลังทดลองทันที (MD = 18.50, $p < .001$) หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (MD = 17.175, $p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = 14.450, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับความคิดฆ่าตัวตาย

ในช่วงเวลาหลังทดลองทันที มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ (MD = -1.325, $p < .001$) และหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = -4.050, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ความคิดฆ่าตัวตายในช่วงเวลาหลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ มีความแตกต่างจากหลังจำหน่าย 4 สัปดาห์ (MD = -2.725, $p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Table 2)

Table 2 Multiple comparisons of suicidal ideation using Bonferroni

Time (I)	Time (J)	Mean difference (I-J)	SE	p
Before the experiment	Immediately after the experiment	18.500	.556	<.001
	2 weeks after discharge	17.175	.642	<.001
	4 weeks after discharge	14.450	.895	<.001
Immediately after the experiment	2 weeks after discharge	-1.325	.341	<.001
	4 weeks after discharge	-4.050	.589	<.001
2 weeks after discharge	4 weeks after discharge	-2.725	.451	<.001

การอภิปรายผล

ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่าก่อนทดลอง และมีความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้จากแนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมการณ์ฆ่าตัวตาย (IMV) ที่ระบุว่าในระยะแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลเกิด

ความรู้สึกฟ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังขึ้น จะส่งผลให้เปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า สอดคล้องกับข้อสนับสนุนของแบรนลีย์-เบล และคณะ⁹ ที่พบว่าความรู้สึกถูกกักขัง เป็นตัวกลางระหว่างความรู้สึกฟ่ายแพ้กับความคิดฆ่าตัวตาย การทำความเข้าใจและจัดการกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงจะยับยั้งการเปลี่ยนผ่านไปสู่การเกิดความคิดฆ่าตัวตาย และสอดคล้องกับการศึกษาของซูซาและคณะ¹⁹ ที่พบว่า

การทำความเข้าใจและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยจัดการกับตัวแปรสำคัญที่เป็นความรู้สึกพ่ายแพ้และความรู้สึกถูกกักขังเป็นประโยชน์ในการวางแผนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย และจากผลการวิจัยที่พบว่าปฏิกริยาระหว่างเวลาและรูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายมีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน สะท้อนให้เห็นว่ารูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายสอดคล้องกับผลการศึกษาของพีรดา เพิ่มความสุข และพัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์¹⁶ ที่บูรณาการการพยาบาลร่วมกับการยับยั้งแรงงูใจและความตั้งใจของการฆ่าตัวตาย พบว่า โอกาสในการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายเป็นรายคู่ พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังทดลองทันที หลังจำหน่าย 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์น้อยกว่าก่อนทดลอง อธิบายได้ว่ารูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการบำบัดแบบเข้มข้นสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีผลต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เนื่องด้วยการประยุกต์การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ร่วมกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) มีลักษณะการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปรับการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นจริงแทนการรับรู้จากความคิดอัตโนมัติเชิงลบ เป็นการค้นหาความคิด ที่ส่งผลต่อความรู้สึกพ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขังจากสถานการณ์ที่กำลังเผชิญในชีวิต การทดสอบความคิดที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริงจะช่วยลดการแปลความหมายที่บิดเบือนจนนำไปสู่ความคิดฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของเบอร์เนล และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) แบบรายบุคคลเกิดประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับ

การศึกษาของราชูล และฮาเหม็ด²⁰ ที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อบุคคลได้รับการส่งเสริมให้สามารถคิดวิเคราะห์การแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบส่งผลให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีแนวทางจัดการกับปัญหาที่เป็นสิ่งเร้า เมื่อบุคคลสามารถปรับความคิดต่อปัจจัยที่เป็นแรงงูใจของการฆ่าตัวตาย และมีวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของอัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ²¹ ที่แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) ด้วยการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของดารวิชี และคณะ¹⁴ ที่พบว่าการมีทักษะการแก้ปัญหาระดับสูงสามารถลดความเสี่ยงของความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้น รูปแบบยับยั้งแรงงูใจของการฆ่าตัวตายซึ่งเป็นการบำบัดที่มีโครงสร้างจากการประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงงูใจกับความตั้งใจของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (IMV) การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) และการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) จึงมีประสิทธิผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ถือเป็นกลยุทธ์ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเกิดการเรียนรู้ที่จะป้องกันการเกิดความคิดฆ่าตัวตายที่อาจจะเปลี่ยนผ่านไปสู่การฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช จึงอาจส่งผลต่อการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในวงกว้างที่เป็นสถานพยาบาลทั่วไป

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

การนำผลวิจัยไปใช้ พยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย สามารถนำรูปแบบที่ยังแข็งแรงใจของการฆ่าตัวตายไปประยุกต์ใช้เป็นกิจกรรมการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

การวิจัยครั้งต่อไป ควรพิจารณาการขยายกิจกรรมการบำบัดเพิ่มขึ้นในระยะฟื้นฟูของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และการติดตามผลลัพธ์ที่เป็นพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะหลังจำหน่าย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ พว. สกาวรัตน์ เทพประสงค์ พว.กนกวรรณ บุญเสริม และ นาวาอากาศโทหญิง อุดมลักษณ์ ศรีเพ็ง ที่ตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกท่านที่เสียสละเวลาเข้าร่วมโครงการฯ และให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ซึ่งเป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

Declaration Statements

Conflict of Interest: No

Contribution: Wattanaporn Piboonarluk: conceptualization, methodology, software, validation, formal analysis, investigation, resources, data curation, writing original draft, writing review & editing, visualization, supervision, project administration. Sawitree Suriyachai: software, validation, investigation, resources and data curation. Wenich Buracharin: methodology, formal analysis, funding acquisition.

AI Use Disclosure: The authors declare that Chat GPT was used for converting Thai to English.

References

1. World Health Organization. Suicide 2025 [Internet]. [cited 2025 Aug 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
2. Department of Mental Health, Thailand. In 2023, 25,000 Thais attempted suicide, mostly teenagers – MoPH promotes “Mor Prom AI” assistance [Internet]. The Coverage; 2024. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/6082> (in Thai)
3. Department of Mental Health, Thailand. Suicide behavior problems [Internet]. 2020. Available from: <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2287>
4. Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry. Follow-up statistics of psychiatric patients at high risk of violence, fiscal year 2024. Community Psychiatric Nursing Division; 2024. (in Thai)
5. de Beurs DP, van Borkulo CD, O'Connor RC. Association between suicidal symptoms and repeat suicidal behaviour within a sample of hospital-treated suicide attempters. *Bj Psych Open*. 2017;3(3):120–6. <https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.116.004275> PMID: 28507771
6. Arunpongpaisal S, Chaiudomsom K, & Virasiri S. Depressive disorders. In: Chaiudomsom K, Paholpak P, Vadhanavikkit P & Aphisitphinyo S, editors. *Psychiatry*. Khon Kaen: Klang nana Whittaya. 2017; p. 185–198 (in Thai)
7. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. *Front Psychiatry*. 2021;12:690130. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.690130> PMID: 34603096
8. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2018;373(1754). <https://doi.org/10.1098/rstb.2017.0268> PMID: 30012735

9. Branley-Bell D, O'Connor DB, Green JA, Ferguson E, O'Carroll RE, O'Connor RC. Distinguishing suicide ideation from suicide attempts: further test of the Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour. *J Psychiatr Res.* 2019; 117:100-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.07.007>
10. Wang C, Keilp JG, Galfalvy H, Bridge JA, Sheftall AH, Szanto K. Entrapment and social problem-solving in suicidal behavior across the adult lifespan. *J Affect Disord.* 2023; 332:303-11. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.099> PMID: 36842650
11. Beck AT. The past and future of cognitive therapy. *J Psychother Pract Res.* 1997;6(4): 276-84. PMID: 9292441
12. Wu H, Lu L, Qian Y, Jin XH, Yu HR, Du L, et al. The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: an umbrella review. *J Affect Disord.* 2022; 317:142-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.067> PMID: 36041581
13. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy. In Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*, 3rd ed. New York: The Guilford; 2010. p. 197-225.
13. Darvishi N, Farhadi M, Azmi-Naei B, Poorolajal J. The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2023; 18(10):1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293620> PMID: 37906576
14. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behav Res Ther.* 1997; 35:1039-46. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00073-9](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00073-9) PMID: 9431735
15. Pheumkhamsuk P, Piboonarluk W. Development of integrated suicide therapy for patients with depression. *Journal of Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry.* 2024;18(1):31-44. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/journalsomdetchaopraya/article/view/268673/182249> (in Thai)
16. Hewitt CE, Kumaravel B, Dumville JC, Torgerson DJ. Assessing the impact of attrition in randomized controlled trials. *J Clin Epidemiol.* 2010;63(11): 1264-70. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.01.010> PMID: 20573482
17. Kittiteerasak P, Muijeen K. Psychometric properties of the Thai version of the Scale for Suicide Ideation (SSI-Thai Version 2014). *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health.* 2015;29(1):93-102. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JPNMH/article/view/38411/31820> (in Thai)
18. Souza K, Sosu EM, Thomson S, Rasmussen S. A systematic review of the studies testing the integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Health Psychol Rev.* 2024;18(4):698-722. <https://doi.org/10.1080/17437199.2024.2336013> PMID: 38626312
19. Bernal G, Rivera-Medina CL, Cumba-Aviles E, Reyes-Rodriguez ML, Saez-Santiago E, Duarte-Velez Y, et al. Can cognitive-behavioral therapy be optimized with parent psychoeducation? A randomized effectiveness trial of adolescents with major depression in Puerto Rico. *Fam Process.* 2019;58(4): 832-54. <https://doi.org/10.1111/famp.12455> PMID: 31077610
21. Rasool AA, Hmad AH. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for suicidal attempt. *J Med Chem Sci.* 2023;6(12):3210-20. <https://doi.org/10.26655/JMCHEMSCI.2023.12.34>
22. Klinpiboon A, Yodklang O, Khanachai V, Khamchomphu, C, Bupahouse S. The development of problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors (PST-PPS). *Journal of Mental Health of Thailand.* 2020;28(1):86-98. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/download/225805/163198> (in Thai)