

ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดต่อความหวังของ

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลมุกดาหาร

กิตติลักษณ์ ตั้งตรงศักดิ์¹, กอบศักดิ์ พิมานแพ่ง^{2*} และธิดา แก้วจันทร์³

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน ถึงวันที่ 15 สิงหาคม 2568 ขนาดตัวอย่างจำนวน 15 คน คำนวณโดยโปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 และคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ ได้แก่ อายุ 13 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (ICD-10 รหัส X69-X84) ซึ่งพ้นระยะวิกฤติ เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย 3. แบบประเมินความหวังตามแนวคิดของเฮิร์ท ฉบับภาษาไทย และ 4. โปรแกรมการบำบัดความคิดต่อความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (ข้อ 2 – 4) เท่ากับ 0.89, 0.89 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ paired t-test และสถิติ repeated measures ANOVA ผลการวิจัย พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังแตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดมีประสิทธิภาพในการเพิ่มและคงไว้ซึ่งระดับความหวัง รวมถึงช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้พยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมและพัฒนาการใช้โปรแกรมนี้ เพื่อให้บริการแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การบำบัดความคิด, ความหวัง, ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมุกดาหาร

³นักจิตวิทยาชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลมุกดาหาร

*Corresponding Author; Kobsak Pimanpang, Email: aoa.mee.mdh@gmail.com

Received: August 19, 2025; Revised September 18, 2025; Accepted September 18, 2025

The Effect of Cognitive Therapy Program on Hope of Suicide Attempters in Mukdahan Hospital.

Kittiluk Tangtongsakda¹, Kobsak Pimanpang^{2}, Tida Kaewjun³*

ABSTRACT

This quasi-experimental study with a single-group pretest–posttest design aimed to compare the mean hope scores of suicide attempters before and after receiving a cognitive therapy program. The participants were 15 suicide attempters who received treatment at the psychiatric outpatient clinic of Mukdahan Hospital, Mukdahan Province, between June 12 and August 15, 2025. The sample size was determined using G*Power Version 3.1.9.7, and participants were purposively selected according to inclusion criteria: aged 13 years or older, diagnosed as suicide attempters (ICD-10 codes X69–X84), and past the acute crisis phase. Research instruments consisted of (1) a personal information questionnaire, (2) the Thai version of the Suicidal Ideation Scale (SSI-Thai Version 2014), (3) the Thai version of the Herth Hope Index, and (4) the cognitive therapy program for enhancing hope among suicide attempters. Content validity indices for instruments (2–4) were 0.89, 0.89, and 0.80, respectively. Data were analyzed using percentages, means, standard deviations, paired t-tests, and repeated measures ANOVA. The results were that after receiving the cognitive therapy program, participants' mean hope scores significantly increased compared with pretest scores ($p < 0.05$). The conclusion of the findings indicates that the cognitive therapy program was effective in enhancing and sustaining hope, as well as reducing suicidal ideation among suicide attempters. It is recommended that relevant healthcare personnel and agencies promote and further develop the program for continuous service provision.

คำสำคัญ: Cognitive Therapy, Hope, Suicide Attempters

¹Register Nurse Of Psychiatric Nursing Department, Mukdahan Hospital, Mukdahan Province, Thailand

²Register Nurse Of Psychiatry and Drug Addiction Department, Mukdahan Hospital, Mukdahan Province, Thailand

³Psychologist Of Psychiatry and Drug Addiction Department, Mukdahan Hospital, Mukdahan Province, Thailand

บทนำ (Introduction)

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก นำมาซึ่งการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร ซึ่งสถานการณ์มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในแต่ละปีจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 720,000 คน หรือมีการฆ่าตัวตายสำเร็จในทุกๆ 40 วินาที และเป็นสาเหตุการตายอันดับสามของคนอายุ 15-29 ปี โดยผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะเสี่ยงฆ่าตัวตายซ้ำสูงกว่าปกติถึง 10 เท่า และร้อยละ 10 จะฆ่าตัวตายสำเร็จในเวลาต่อมา ซึ่งแต่ละปีจะมีการฆ่าตัวตายซ้ำ 400-500 คนต่อแสนประชากร และคนไทยเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น ในปี 2564 – 2566 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.38, 7.97 และ 7.94 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ¹ ซึ่งมีสาเหตุจากความเจ็บป่วยทางจิต ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวหรือคู่สมรส ปัญหาด้านเศรษฐกิจหรือการงาน การใช้สารเสพติดหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งนำไปสู่ภาวะสิ้นหวังในชีวิต และมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้กระทำครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีความวิตกกังวล รู้สึกผิด ละอายใจ สิ้นหวัง สูญเสียความหมายในชีวิต ถูกสมาชิกครอบครัวหรือคนรอบข้างและชุมชนซ้ำเติม กรณียาเสพติดแหล่งสนับสนุนทาง

สังคมจะมีปัญหาด้านจิตใจเรื้อรัง มีโอกาสฆ่าตัวตายซ้ำได้อีก และบุคคลในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกทางลบ รู้สึกผิด เสียใจ อับอาย และยังพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ 1 คน จะส่งผลกระทบต่อคนใกล้ชิดอย่างน้อย 6 คน และมีผลนานถึง 4 ปี² ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ โดยเฉพาะผู้ที่มีความเสี่ยงเข้าร่วมด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาและมีภาวะซึมเศร้าอยู่ ซึ่งหากไม่เตรียมความพร้อมเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในชีวิต จะส่งผลให้มีความเครียดสูงมากขึ้นและเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการบำบัดความคิดมีความสำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งการบำบัดความคิดเป็นการบำบัดทางจิตที่เน้นการปรับเปลี่ยนความคิดที่บิดเบือนที่เชื่อว่าเป็นต้นเหตุทำให้เกิดอารมณ์ลบ พฤติกรรมที่เป็นปัญหา และความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า วิตกกังวล หรือความคิดฆ่าตัวตาย โดยมีขั้นตอนสำคัญของการบำบัดความคิด ประกอบด้วย

- 1) การเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด
- 2) การค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ
- 3) การปรับแนวคิด และฝึกทักษะการแก้ไข
- 4) การเสริมทักษะจัดการอารมณ์และปัญหา

การเผชิญปัญหา และ 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ³ เป็นการบำบัดที่มีความยืดหยุ่น และใช้เวลาไม่นาน ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตอบสนองเพื่อรับมือกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ปัญหาสุขภาพจิตลดลง เกิดการเยียวยาหรือบรรเทาอาการลง และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น และพบว่า ความหวังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นภาวะแรงจูงใจในด้านบวกที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่สะท้อนให้เห็นถึงมุมมองต่อสถานการณ์ในภายภาคหน้า ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นชั่วคราวและในอนาคต 2) ด้านความพร้อมภายในทางบวกและการคาดหวัง และ 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างตนและผู้อื่น⁴

โรงพยาบาลมุกดาหาร พบว่า ปีงบประมาณ 2565 – 2567 มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ 11.76, 7.46 และ 10.33 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ อัตราพยายามฆ่าตัวตาย 23.32, 23.61 และ 31.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สะท้อนถึงแนวโน้มการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มมากขึ้นทุกปี และพบว่าปี 2567 อำเภอเมืองมุกดาหาร มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 66.92 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ คิดเป็น ร้อยละ 27.6

โดยมีจำนวนครั้ง มากที่สุด 4 ครั้ง จำนวน 2 คน และพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.1 จะมีการฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน 1 เดือน ซึ่งผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ เพศหญิง ร้อยละ 59.7 และช่วงอายุที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 20-59 ปี ร้อยละ 46.6 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 15-19 ปี ร้อยละ 38.6 และพบว่าวิธีการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ การรับประทานยาเกินขนาด ร้อยละ 42.0 รองลงมา คือ แหวนคอ ร้อยละ 18.0 ซึ่งสาเหตุของการพยายามฆ่าตัวตายมากที่สุด คือ การประสบกับปัญหาในชีวิต ร้อยละ 58.0 โดยผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้จะมีภาวะซึมเศร้า ซึ่งนำมาสู่ความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิตที่ส่งผลให้เกิดความคิดอยากตาย และในที่สุดจึงเกิดความพยายามหรือพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย⁵ จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น สะท้อนถึงความสำคัญของปัญหา ความรุนแรง และความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการฆ่าตัวตาย ทำร้ายตนเองซ้ำ การศึกษาในครั้งนี้จึงมีความสำคัญในการบำบัดความคิดและความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาของตน ไม่คิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคม และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฆ่าตัวตายหรือทำ

ร้ายตนเองให้มีประสิทธิภาพ สามารถป้องกันการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองซ้ำ รวมถึงลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

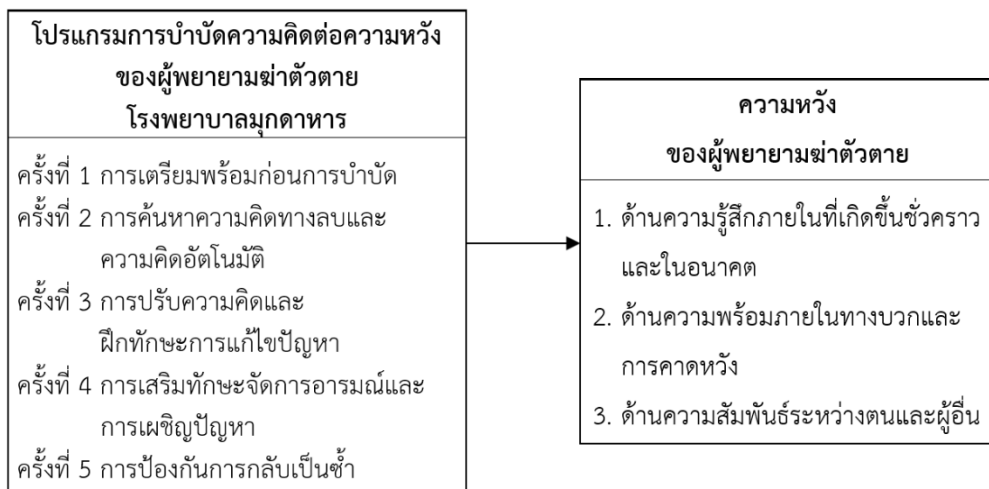
วัตถุประสงค์ (Objective)

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด มีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียว วัดก่อน-หลังการทดลอง โดยให้การบำบัดตามโปรแกรมบำบัดความคิดแก่ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษา จำนวน 5 ครั้ง ซึ่งมีการวัดก่อนทดลอง

ก่อนเริ่มการบำบัดครั้งที่ 1 และหลังทดลองเมื่อสิ้นสุดการบำบัดครั้งที่ 5

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ซึ่ง

ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (ICD-10 รหัส X69-X84) ที่เข้ารับการรักษา ณ ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลมุกดาหาร จังหวัดมุกดาหาร ระหว่างวันที่ 12 มิถุนายน ถึงวันที่

15 สิงหาคม 2568 อายุ 13 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งผ่านการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จนพ้นระยะวิกฤติ เข้าสู่ระยะปลอดภัย และอาการสงบ ซึ่งผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power Version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ เท่ากับ ร้อยละ 80 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพลของประชากร เท่ากับ 0.8 โดยอ้างอิงจากการวิจัยที่มีความคล้ายคลึงกันเรื่อง ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย⁶ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 12 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการวิจัย จึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 20⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทั้งหมด 15 คน และคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 13 ปีขึ้นไป
- 2) เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่าพยายามฆ่าตัวตาย (ICD-10 รหัส X69-X84) หรือ
- 3) ผ่านการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จนพ้นระยะวิกฤติ เข้าสู่ระยะปลอดภัย
- 4) มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการพูด การได้ยินและการมองเห็น

5) ไม่เป็นผู้ที่มีปัญหาด้านความผิดปกติทางจิตอย่างรุนแรง เช่น หูแว่วประสาทหลอน

6) สมัครใจเข้ารับการบำบัด โดยผู้ที่อายุน้อยกว่า 18 ปี บริบูรณ์ ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบตามกฎหมาย

2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีอาการแสดงทางจิตรุนแรง ที่ไม่สามารถควบคุมได้

2) มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร่วมกับการแสดงพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

3. เกณฑ์การนำออกจากการทดลอง (Withdrawal of participant criteria)

1) มีอาการทางกายเปลี่ยนไป เข้าสู่ภาวะวิกฤติ จำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วน

2) ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัย ได้ครบ 5 ครั้ง ตามโปรแกรมบำบัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การเจ็บป่วยปัจจุบัน ด้วยโรคทางกาย อาการหูแว่ว และประวัติการทำร้ายตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

2. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) แปลโดย ปรียศ กิตติธีรศักดิ์ และเกสร มุ้ยจีน ซึ่ง

พัฒนาจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย (Scale for Suicide Ideation: SSI) ฉบับแปลภาษาไทย จำนวน 19 ข้อคำถาม

3. แบบประเมินความหวัง ตามแนวคิดของเฮิร์ท ฉบับภาษาไทย โดยสุนทรีย์ วัฒนเบญจโสภณ จำนวน 12 ข้อคำถาม ครอบคลุมลักษณะของความหวัง 3 ด้าน

4. โปรแกรมการบำบัดความคิดต่อความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลมุกดาหาร ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการประยุกต์ใช้โปรแกรมการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดสำหรับผู้พยายามฆ่าตัวตาย ของ Henriques และคณะ³ ประกอบด้วย การลดพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ การระบุและแก้ไขความคิด/ภาพ/ความเชื่อเชิงลบที่นำไปสู่เหตุการณ์วิกฤตในชีวิต การเสริมทักษะการเผชิญปัญหา และการเพิ่มความหวังในชีวิต ซึ่งมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีทางปัญญา โดยดัดแปลงโครงสร้างเนื้อหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทผู้ป่วยและโรงพยาบาล จำนวน 5 ครั้ง โดยการบำบัดสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ต่อเนื่องกัน และติดตามผลหลังการบำบัด 1 เดือน ดังนี้

ครั้งที่ 1 การเตรียมพร้อมก่อนการบำบัด ประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ สร้างรู้สึกปลอดภัย ให้ข้อมูลและกระบวนการบำบัด

2) การรับฟังเรื่องราวการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยอย่างตั้งใจและไม่ตัดสิน

3) ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค้นหาปัญหา และเป้าหมายการบำบัด

4) สร้างแรงจูงใจและความหวังในการบำบัดให้กับผู้ป่วย

ครั้งที่ 2 การค้นหาความคิดทางลบและความคิดอัตโนมัติ ประกอบด้วย

1) การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาความคิดอัตโนมัติ และวิเคราะห์ความคิดบิดเบือน

2) การส่งเสริมให้เข้าใจความสัมพันธ์ของเหตุการณ์ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

ครั้งที่ 3 การปรับแนวคิด และฝึกทักษะการแก้ไขปัญหา ประกอบด้วย

1) การส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยปรับความคิด วิเคราะห์ความสัมพันธ์และการเปลี่ยนแปลงของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

2) การประเมินทัศนคติ มุมมองต่อปัญหา และความสามารถในการจัดการปัญหา

ครั้งที่ 4 การเสริมทักษะจัดการอารมณ์และการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย

1) การใช้การ์ดการจัดรูปแบบความคิดใหม่ การสร้างกล่องแห่งความหวัง

2) การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเพื่อผ่อนคลายและฝึกกำหนดลมหายใจ

3) การเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม เสริมความร่วมมือในการรับบริการสุขภาพ

ครั้งที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ประกอบด้วย

1) ทบทวนความรู้ ความเข้าใจ กิจกรรมการบำบัดที่ผ่านมา

2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ประเมินตนเองถึงความก้าวหน้าจากการบำบัด

3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อใหม่ให้ดำรงอยู่ในชีวิตประจำวัน

4) การแนะนำแหล่งสนับสนุนบริการทางสุขภาพและการช่วยเหลือทางสังคม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผ่านการศึกษาคูณสมบัติทางจิต ซึ่งแปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ผ่านการพิจารณาความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา จำนวน 2 ท่าน มีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80^8 ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงเครื่องมือ

2. แบบประเมินความหวัง ตามแนวคิดของเฮิร์ท (Herth Hope Index) ฉบับภาษาไทย ผ่านการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วย จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87^9 ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้โดยไม่มีการดัดแปลงเครื่องมือ

3. โปรแกรมการบำบัดความคิดต่อความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลมุกดาหาร ผ่านการพิจารณาความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิก 1 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.80 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ผ่านเกณฑ์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือในการวิจัย ดังนี้

1. คัดเลือก ผู้ช่วยวิจัย คือ นักจิตวิทยาที่ผ่านการอบรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม

2. เตรียมกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติอธิบายสิทธิ และขอยินยอมเข้าร่วมโดยสมัครใจจากกลุ่มตัวอย่าง

และผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย จึงเก็บรวบรวมก่อนการบำบัด

3. ดำเนินการบำบัดรายบุคคลตามโปรแกรมการบำบัดที่กำหนดไว้ สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ต่อเนื่องกัน จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ และมีการมอบหมายการบ้านให้ผู้ป่วยไปฝึกปฏิบัติต่อบ้านระหว่างการบำบัดรักษา

4. เมื่อสิ้นสุดการบำบัด ผู้วิจัยประเมินเนื้อหาแบบแผนความคิดที่เปลี่ยนแปลง เทคนิค และวิธีการเผชิญปัญหา การสนับสนุนของครอบครัว การเรียนรู้ที่ได้รับความสามารถในการนำไปใช้ และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป เมื่อประเมินผลพบว่ามีความรู้ ความเข้าใจตามวัตถุประสงค์ในแต่ละครั้ง หรือทบทวนซ้ำเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องการเพิ่มเติม

5. ประเมินผลหลังการบำบัดครบ 5 ครั้ง ก่อนยุติบริการ เน้นย้ำความสำคัญการติดตามผล และมาพบแพทย์โดยนัดหมาย 1 เดือน หลังผ่านการบำบัด พร้อมแนะนำกรณีไม่สามารถควบคุมความต้องการฆ่าตัวตายได้ สามารถกลับมาพบผู้วิจัยได้อีก จากนั้นบอกยุติการให้บริการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 26 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และนำข้อมูลเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลส่วนบุคคล ในกรณีที่ตัวแปร มีลักษณะเป็นข้อมูลแจกแจง ซึ่งมีระดับการวัดเป็นนามสเกลและอันดับสเกล ใช้การแจกแจงความถี่ และร้อยละ และกรณีที่ตัวแปร มีลักษณะเป็นข้อมูลต่อเนื่อง ซึ่งมีมาตราวัดเป็นอัตราส่วนสเกล ใช้สถิติในการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติ paired t-test เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดความคิด

3. สถิติ repeated measures ANOVA เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยึดหลักความเคารพในบุคคล คำนึงและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ มีอิสระในการตัดสินใจและให้ยินยอม ให้ความเป็นส่วนตัว และรักษาความลับ หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร เมื่อ

วันที่ 11 มิถุนายน 2568 หมายเลขการวิจัย
MEC 49/68

ผลการวิจัย (Result)

1. ข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมด 15 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ย 19.5
ปี (S.D.=8.28) อายุต่ำสุด 13 ปี อายุสูงสุด
40 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส โสด ร้อยละ
80.0 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น
เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.7 อาชีพนักเรียน
นักศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังและความคิดฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและ
หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด (n=15)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ระยะติดตาม	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.
1. ความหวัง	23.20	0.99	38.00	0.76	38.27	1.02
2. ความคิดฆ่าตัวตาย	23.20	6.17	6.67	3.44	6.47	3.54

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย
คะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัด
ความคิด โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่า ที่
ระดับนัยสำคัญ 0.05 ค่าเฉลี่ยคะแนน
ความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่าง
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัด

ระยะเวลาเฉลี่ยการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า
1.8 ปี (S.D.=1.15) มีค่ามัธยฐาน 1 ปี จำนวน
ปีต่ำสุด 1 ปี จำนวนปีสูงสุด 4 ปี ส่วนใหญ่มี
ประวัติเคยทำร้ายตนเอง ร้อยละ 93.3 จำนวน
ครั้งต่ำสุด 1 ครั้ง และจำนวนครั้งสูงสุด 2 ครั้ง

2. ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังและ
ความคิดฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตาย
ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า หลัง
ได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง
เพิ่มสูงขึ้น และค่าเฉลี่ยคะแนนความคิดฆ่า
ตัวตายลดลง (ตารางที่ 1)

ความคิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติ โดยผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง
เท่ากับ 14.80 คะแนน และด้วยความเชื่อมั่น
ร้อยละ 95 ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง
อยู่ระหว่าง 12.86 ถึง 16.74 คะแนน (ตาราง
ที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด (n=15)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean	95% Confidence		t	df	p-value
				Difference	Lower	Upper		
ก่อนทดลอง	23.20	0.99						
			14.80		12.86	16.74	16.33	<0.001
หลังทดลอง	38.00	0.76						

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน โดยใช้สถิติ repeated measures ANOVA พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความหวัง ระหว่างก่อนกับหลังได้รับโปรแกรม แตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และระหว่างหลังได้รับโปรแกรมกับระยะติดตาม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนได้รับโปรแกรม หลังได้รับโปรแกรม และระยะติดตาม 1 เดือน (n=15)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean Difference	95% Confidence		p-value
							Lower	Upper	
ก่อนทดลอง	23.20	0.99	หลังทดลอง	38.00	0.76	-14.80	-17.26	-12.24	<0.001
ก่อนทดลอง	23.20	0.99	ระยะติดตาม	38.27	1.02	-15.07	-17.62	-12.52	<0.001
หลังทดลอง	38.00	0.76	ระยะติดตาม	38.27	1.02	-0.27	-1.68	1.15	1.000

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย

(Discussion and Conclusion)

จากสมมติฐานการวิจัยในครั้งนี้ คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดมีความแตกต่างกัน พบว่า ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การบำบัดความคิดเป็นการบำบัดที่เหมาะสมกับการรักษาผู้ที่มีความสิ้นหวังและคิดฆ่าตัวตาย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยให้เกิดการตรวจสอบ แก่ไข และพัฒนาแนวคิดของตนเอง เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงความคิดลบหรือความคิดที่บิดเบือนจากความเป็นจริงออกไปในทิศทางความคิดบวก มีเหตุผล และสอดคล้องกับความเป็นจริงได้ โดยโปรแกรมการบำบัดความคิดนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการบำบัดแบบปรับความคิด³ ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่มีแนวความคิดพื้นฐานเชื่อว่า อารมณ์ที่ผิดปกติของบุคคลเป็นผลมาจากการบิดเบือนของความคิดหรือการประเมินสิ่งเร้า โดยการใช้ความคิดที่ไม่ตรงกับความจริง จึงส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง เกิดการมุ่งสนใจเฉพาะด้านลบต่อเหตุการณ์นั้น และมีการคาดเดาเหตุการณ์ที่ไม่จริง ไม่ถูกต้อง ดังนั้นผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีความคิดอัตโนมัติทางลบต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก และต่ออนาคต ซึ่งการบำบัด

ความคิดจะช่วยให้บุคคลค้นหาความคิดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผล และฝึกได้แย้งกับความคิดความเชื่อที่ไม่มีเหตุผลนั้น และการสร้างจินตภาพเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดแบบเป็นขั้นตอน จากความคิดด้านลบที่มีต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อมหรือโลก และต่ออนาคต ไปสู่ความคิดด้านบวกบนพื้นฐานความจริง¹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการบำบัดความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสามารถลดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้แก่ผู้รับการบำบัดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเป็นการบำบัดรายบุคคลที่เน้นการมีส่วนร่วมจากบุคคลใกล้ชิดของผู้เข้ารับการบำบัด ซึ่งถือเป็นทรัพยากรและแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ จึงเหมาะสมสำหรับเป็นทางเลือกในการจัดบริการป้องกันการฆ่าตัวตายได้¹¹ หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิด ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดมีประสิทธิผลในการเพิ่มความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้ ซึ่งความหวังเป็นพลังทางจิตใจที่มีลักษณะเป็นพลังบวก ช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบาก และยังคงมี

ความรู้สึกถึงความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายที่มีความหมายต่อชีวิต⁴ การบำบัดเพื่อให้เกิดความหวังเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยขาดความหวังในการดำเนินชีวิต¹² เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างเป้าหมายในปัจจุบันให้ชัดเจนและสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้ด้วยตนเอง โดยผู้บำบัดมีหน้าที่เสริมสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยมีความหวังต่อเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง¹³ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าการระลึกความหลังเป็นกระบวนการคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ในด้านต่างๆ ที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความสุขในชีวิต ซึ่งผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการระลึกความหลังมีคะแนนความหวังเพิ่มสูงขึ้นค่าเฉลี่ย 37.33 (SD=1.15) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมสามารถเพิ่มความหวังได้¹⁴ และพบว่า ความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความผาสุกด้านจิตใจ อยู่ในระดับสูง ($r = 0.716$, $p < 0.01$) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีคาดหวังต่อการรักษาและมีความเชื่อมั่นว่าจะบรรลุสิ่งที่ดีในอนาคตได้¹⁵ และยังพบว่าความหวังมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.600$, $p < 0.001$) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและมั่นใจในกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

และสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น มีความพึงพอใจในการมีชีวิตอยู่ต่อและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นได้⁶ และค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างหลังได้รับโปรแกรมและระยะติดตาม 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัดความคิดนอกจากจะเพิ่มคะแนนความหวังของผู้พยายามฆ่าตัวตายแล้ว ผลของโปรแกรมสามารถคงระดับคะแนนความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้อย่างต่อเนื่อง ไม่น้อยกว่า 1 เดือน หลังสิ้นสุดการบำบัด สะท้อนว่าโปรแกรมบำบัดความคิดมีประสิทธิภาพและเหมาะสมในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมความหวังและลดความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเองซ้ำได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า โปรแกรมป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำส่งผลต่อระดับความคิดฆ่าตัวตาย ความเจ็บปวดทางจิตใจ อารมณ์ซึมเศร้า และความสิ้นหวังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการประเมินจากการติดตามผล 6 เดือน โปรแกรมมีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำได้¹⁷

สรุปผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความ

หวังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดความคิดมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความหวังเพิ่มสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดความคิดสามารถเพิ่มความหวังในการมีชีวิตรอยู่และลดความคิดฆ่าตัวตายของผู้พยายามฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องด้านการบำบัดผู้พยายามฆ่าตัวตาย ควรได้รับการพัฒนาทักษะตามโปรแกรมการบำบัดความคิด
2. โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการบำบัดความคิดเพื่อให้บริการดูแลผู้พยายามฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่องสืบต่อไป
3. โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรนัดติดตามอาการผู้ป่วยต่อเนื่อง ทุก 1 เดือน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. ควรศึกษาผลการบำบัดความคิดต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานอัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทย. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/main.asp?ndead=1>.
2. อนุกุล นุ่นงาม, สมบัติ สกกุลพรรณ. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2565; 16(3): 1-14.
3. Henriques G, Beck AT, Brown GK. Cognitive Therapy for Adolescent and Young Adult Suicide Attempters. American Behavioral Scientist, (2003); 46(9 May), 1258-1268.
4. Herth KA. Abbreviated instrument to measure hope: Development and psychometric Evaluation. Journal of Advanced Nursing. 1992; 17(2): 1251-1259.
5. โรงพยาบาลมุกดาหาร. รายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัว

- ตายในการตรวจราชการ รอบที่ 1/2568. ผลการดำเนินงานกลุ่มงานจิตเวช และยาเสพติด. [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 1 มีนาคม 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://mukhos.moph.go.th/report/psychiatry>.
6. สุวลักษณ์ ภูอาษา, เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. ผลของโปรแกรมการบำบัดแบบสั้นต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2563; 31(1): 51-60.
 7. อรุณ จีรวัด ณ์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์; 2558.
 8. ปรียศ กิตติธีระศักดิ์, เกสร มัยจีน. คุณสมบัติทางจิตมิติของแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (SSI-Thai Version 2014). วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2558; 29(1): 93-102.
 9. ศิรเมศร์ โกโค, ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความหวังต่อดัชนีชี้วัดความหวังในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562; 29(3): 80-93.
 10. อัครเดช กลิ่นพิบูลย์. การประยุกต์ใช้โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย. 2567; 11(2): 151-164.
 11. ญัฏฐพร พึ่งสมุทร. การสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. สารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2568; 5(2): 1-15.
 12. ปัทพร แจ่มสันเพียะ, ชนัดดา แนนเกษร. ผลของโปรแกรมวาดภาพเสริมสร้างความหวังต่อความหวังในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(พิเศษ): 343-353.
 13. อรณลิน สิงขรณ์, ภาวดี เหมทานนท์. การบำบัดด้วยความหวังในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: แนวคิดและแนวทางการประยุกต์ใช้. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 31(1): 146-156.
 14. เกษศิรินทร์ ภูเพชร, อรวรรณ หนูแก้ว, ศรีสุดา วนาลีสัน. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า: การศึกษาเบื้องต้น. วารสารเครือข่ายวิทยาลัย

- พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.
2560; 4(2): 1-14.
15. วรรณฤดี เชาว์อัยชัย, ลินจง ไปธิบาล, ไรจณี จินตนาวัฒน์. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกด้านจิตใจในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด.** พยาบาลสาร. 2562; 46(พิเศษ): 13-22.
 16. นวพรรษ สีมาร์ภักษ์, ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล, ณัฐฐนันท์พร สงวนกลีน. **ความสัมพันธ์ระหว่างความหวัง การสนับสนุนทางสังคม ความทุกข์ทรมานจากอาการและคุณภาพชีวิต**
ของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2561; 10(1): 61-70.
 17. Bahlmann L, Lubbert M, Sobanski T, Kastner U, Walter M, Smesny S, et al. **Relapse Prevention Intervention after Suicidal Event (RISE): Feasibility study of a psychotherapeutic short-term program for inpatients after a recent suicide attempt.** Psychiatry. 2022; 13:937527. doi:10.3389/fpsyt.2022.937527