

ผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและ
พฤติกรรมฆ่าตัวตาย

The effect of problem-solving therapy program on Serious
Mental Illness with high risk to Violence (SMI-V) patients
with suicidal ideations and behaviors

โดย

พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย
เอมหทัย ศรีจันทร์ห้ำ
สุรียา ศิริสุข

กลุ่มภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ.2568

ผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

พิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย เอ็มหทัย ศรีจันทร์หล้า สุรียา สิริสุข

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 23 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม 2568 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลักษณะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนแบ่งเป็น 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง: แบบประเมินอาการทางจิตและแบบทดสอบสภาพสมองของไทย 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินระดับความรุนแรงความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3) เครื่องมือในการทดลอง : โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา 4) เครื่องมือกำกับการทดลอง:แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา วัดผลโดยประเมินคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 ระยะติดตามผล 3 เดือน สถิติที่ใช้ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบที (t-test) โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect) ผลการศึกษา พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 ระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$)

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิผล สำหรับผู้ป่วยผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โปรแกรมจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับมุมมองในการเผชิญกับปัญหา เพิ่มทักษะในการใช้ชีวิต ควรมีการติดตามต่อเนื่องเพื่อประเมินความคงอยู่ของทักษะการแก้ปัญหาของผู้ป่วยในระยะยาว

คำสำคัญ: โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา , ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) , ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย , ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

The effect of problem-solving therapy program on Serious Mental Illness with high risk to Violence (SMI-V) patients with suicidal ideations and behaviors

Pimnida Koolsoontralai Emhathai Srichanla Suriya Sirisuk

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a problem-solving therapy program on Serious Mental Illness with high risk to Violence (SMI-V) patients with suicidal ideations and behaviors. The sample consisted of 40 SMI-V patients aged 20-59 years at the Outpatient Nursing Department, Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital, between January 23 and May 16, 2025. The sample was purposively selected based on inclusion criteria and divided into two groups of 20 patients each: an experimental group and a control group. The experimental group received 6 problem-solving therapy sessions consisting of 6 activities, each lasting 45-90 minutes, 3 times per week over a 2-week period. The control group received standard nursing care. The instruments used included: 1) Sampling selection tools: Brief Psychiatric Rating Scale and Thai Mental State Examination; 2) Data collection tools: a personal information questionnaire and Mini International Neuropsychiatric Interview -Suicidality subscale; 3) The experimental tool: the problem-solving therapy program; and 4) The control tool: Problem Solving Inventory scale. The effectiveness of the study was measured by M.I.N.I.-Suicidality at four stages: immediately before and after the intervention, and at follow-up periods of 1 and 3 months. Statistical methods used included mean, percentage, standard deviation, t-test, and repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect. The results found that

1. There was a statistically significant difference ($p < 0.01$) in the mean suicide risk scores before the intervention, immediately after the intervention, at 1 and 3 month follow-up, with the experimental group having significantly lower scores than the control group.

2. There was no significant difference in the mean suicide risk scores before the intervention between the experimental and control groups. However, immediately after the intervention, at 1 and 3 month follow-up, the mean suicide risk score in the experimental group decreased significantly more than in the control group ($P < 0.01$).

The problem-solving therapy program is an effective treatment for Serious Mental Illness with high risk to Violence (SMI-V) patients with suicidal ideations and behaviors. The program helps patients adjust their perspective in coping with problems and improves life skills. Follow-up should be conducted to assess the long-term retention of patients' problem-solving skills.

Keywords: Problem-solving therapy, Serious Mental Illness with high risk to Violence (SMI-V), suicidal ideations and behaviors, risk of Suicide

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ เกิดขึ้นจากความมุ่งมั่น แรงจูงใจ ประสบการณ์จากการปฏิบัติการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนและมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย จึงมีความมุ่งมั่น ที่จะศึกษาหาความรู้และพัฒนาทักษะการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงพยายามฆ่าตัวตาย โดยได้รับการสนับสนุนให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี จากท่านที่ปรึกษางานวิจัย ดังต่อไปนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่ ให้ความอนุเคราะห์สนับสนุนงบประมาณ เอื้ออำนวยสถานที่และเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินการวิจัยตลอดมา

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา ผู้อำนวยการศูนย์วิชาการสารสนเทศภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์อรพิน ยอดกลาง หัวหน้าศูนย์เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งชาติ อาจารย์ปรารธนา คำมีสินนท์ รองผู้อำนวยการภารกิจโรงพยาบาลและอาจารย์นายแพทย์ณสมพล หาญดี รองผู้อำนวยการภารกิจสนับสนุนพัฒนาเครือข่าย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย งานงานวิจัย สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณกัลยาณมิตร หัวหน้าหอผู้ป่วย ทีมบุคลากรกลุ่มการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย สนับสนุน เป็นแรงใจอย่างดียิ่งในการศึกษาค้นคว้าและให้การช่วยเหลือส่งต่อเก็บข้อมูลงานวิจัย ประสบผลสำเร็จด้วยดีตลอดมา และที่สำคัญที่สุด ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ธรรณินทร์ กองสุข ผู้ทรงคุณวุฒิ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่สนับสนุนงานการดำเนินงาน จนการศึกษาเสร็จสมบูรณ์

คณะผู้วิจัย

พฤษภาคม 2568

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญ	1
2. วัตถุประสงค์	6
3. คำถามการวิจัย	6
4. สมมุติฐานการวิจัย	7
5. ขอบเขตการวิจัย	7
6. นิยามศัพท์เฉพาะ	7
7. กรอบแนวคิด	8
8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	15
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)	13
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	23
3. โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา	40
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	54
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
1. รูปแบบการทดลอง	58
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	58
3. การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง	59
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	60
5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	67
6. วิธีดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล	68
7. การวิเคราะห์ข้อมูล	70
8. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	71

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	73
ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	76
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง	77
ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	78
ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
1.สรุปผลการวิจัย	81
2.อภิปรายผล	83
3.ข้อเสนอแนะ	88
บรรณานุกรม	90
ภาคผนวก	
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง	110
ภาคผนวก ข เครื่องมือการวิจัย	118
ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย	163
ประวัติผู้วิจัย	165

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ด้านความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย	73
2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยง ต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)	76
3. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวน เมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม(Repeated Measure ANOVA: Within-Subjects Main Effect)	77
4. ความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน	77
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติ T test ในการทดสอบ กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน	78
6. เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	79

สารบัญภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)	11
2. ภาพแสดงกระบวนการแก้ปัญหาตามแนวคิด Five factors model	46
3. ภาพแสดงการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	60
4. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	80

บทที่ 1

บทนำ

1.ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญของประชากรทั่วโลก ในปี 2562 องค์การอนามัยโลกระบุว่า 1 ใน 8 ของคนทั่วโลกมีปัญหาด้านสุขภาพจิต หรือคิดเป็นจำนวนกว่า 970 ล้านคนทั่วโลก(World Health Organization [WHO], 2022)ในประเทศไทย จากการประเมินสุขภาพจิตตนเอง (Mental Health Check In) ของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ซึ่งมีผู้เข้ารับการประเมินกว่า 8.5 แสนคน พบว่า สัดส่วนผู้มีความเครียดสูงอยู่ที่ร้อยละ 4.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 5.8 เสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 3.2 ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวแย่ลงในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 ที่มีผู้เข้ารับการประเมิน 7.5 แสนคน และพบผู้มีความเครียดสูงถึงร้อยละ 15.5 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 17.2 และเสี่ยงฆ่าตัวตายร้อยละ 10.6 (กองพัฒนาข้อมูลและตัวชี้วัดสังคม,2567) การฆ่าตัวตายนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ ในแต่ละปี มีผู้ฆ่าตัวตายมากกว่า 720,000 คน การฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงชีวิตและในทุกภูมิภาคของโลก ในปี 2564 องค์การอนามัยโลก รายงานว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสามในกลุ่มอายุ 15–29 ปีทั่วโลก และร้อยละ 73 ของการฆ่าตัวตายทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2023)

สำหรับประเทศไทย ภายหลังจากแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ปี พ.ศ.2563 พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในอัตรา 7.38 , 7.97 และ 8.00 ต่อประชากรแสนคน และกลุ่มสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นกลุ่มที่มีอัตราการฆ่าตัวตายตามกลุ่มอายุ (Age Specific suicide mortality rate) สูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ข้อมูลจากรายงานการเสียชีวิตจากทีมสอบสวนการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ.2566 พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเวช 25 % รองลงมาคือ โรคติดเชื้อ 16.15 % และติดเชื้อเสียดัด ส่วนปัจจัยกระตุ้นในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ การสูญเสียความสัมพันธ์ 25.7 % รองลงมา คือ มีความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต 25.7% และ ร้อยละ 25.7 มีปัญหาสุขภาพที่รู้สึกอับอายหรือล้มเหลว จากสถิติของการพยายามทำร้ายตนเอง จากฐานข้อมูลคลังสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2567 มีผู้พยายามฆ่าตัวตายมารับบริการมากถึง 33,820 ราย คิดเป็นอัตรา 51.96 ต่อประชากรแสนคน คณะผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากรายงานการทำร้ายตนเองจากทีมสอบสวนการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2567 โดยใช้ข้อมูลจากระบบรายงาน 506S (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์,2567) พบว่า มีผู้พยายามฆ่าตัวตายมีปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การป่วยด้วยโรคจิตเวช 45.66 % รองลงมา คือ มีปัญหาบุคลิกภาพ 11.19 % และมีประวัติทำร้ายตนเอง 9.94 % ส่วนปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ ความขัดแย้งรุนแรงกับคนสำคัญในชีวิต 42.14 % รองลงมา คือ การสูญเสียความสัมพันธ์ 20.45 % และ 11.15% มีปัญหาเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ (2562)กล่าวได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นประชากร กลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการฆ่าตัวตายทุกครั้งเป็นโศกนาฏกรรมที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชนและประเทศ และส่งผลกระทบต่อผู้คนที่หลงเหลืออยู่เป็นเวลานาน การแก้ไขปัญหาความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) หรือเรียกว่าผู้ป่วย(SMI-V)กรมสุขภาพจิต เห็นความสำคัญของปัญหา ได้กำหนด

นโยบายการแก้ไขปัญหาคาความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเวชโดยให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง(SMI-V มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ให้หน่วยบริการจิตเวชทุกแห่งมีระบบดูแลรักษาผู้ป่วย กลุ่มที่มีพฤติกรรมรุนแรง ให้ได้รับการดูแลรักษาอย่างความเข้มข้น และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรงหรือภาวะอันตรายจากผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มนี้ซึ่งเรียกว่า “ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V)” กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต ได้รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ของสถาบัน/โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต ระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2563 มีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการคัดกรองและลงทะเบียนเป็นผู้ป่วย SMI-V (ตามคำนิยามและเกณฑ์ผู้ป่วย SMI-V ปี 2563) จำนวนสะสม 13,194 คน โดยพบว่า ผู้ป่วยมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิตมากที่สุด จำนวน 7,397 คน (ร้อยละ 56.80) โดยในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีผู้ป่วย SMI-V จำนวน 24,479 คน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 ซึ่งมีจำนวน 7,494 คน เป็นกลุ่มที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 9,638 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ช่มชู้ วางเพลิง) จำนวน 5,237 ราย มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัส สะเทือนขวัญในชุมชน จำนวน 4,975 ราย และมีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย 4,589 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรค พบว่า 3 อันดับโรคแรกเป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ อันเนื่องมาจากการได้สารกระตุ้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท จำพวกยาเสพติดต่างๆ (F10-F19 : Mental and Behavioral disorder due to psychoactive substance) จำนวน 7,379 ราย รองลงมาเป็นกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์เป็นหลัก อาการเด่น คือ อารมณ์แปรปรวนควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เศร้าหรือคร่ำครึ้นมากเกินปกติ ตัวอย่างโรคในหมวดนี้ ได้แก่ โรคซึมเศร้า (Depressive) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar) โรคอารมณ์ครึกครื้น (Mania) (F30-F39 :Mood disorder) จำนวน 6,557 ราย และกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ (F20-F29 : Psychotic disorder) จำนวน 6,449 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2563)

ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการค้นหาคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในเขตสุขภาพที่ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ได้ดำเนินการทบทวนเวชระเบียนเชิงคุณภาพในผู้ป่วยที่มารับบริการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 พบว่า มีผู้ป่วย SMI-V ตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิตจำนวนทั้งสิ้น 1,908 คน และเป็นผู้ที่มีการกระทำรุนแรงต่อตนเอง 814 คน (42.66%) และจากรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายสำเร็จ เขตสุขภาพที่ 7 จำแนกตามกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นกลุ่มที่มีจำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ เป็นอันดับสอง (ร้อยละ 25.7) รองจากกลุ่มผู้ป่วยยาเสพติด นอกจากนี้จากข้อมูลรายงานใน ส่วนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยโรคจิตเวชเป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราของผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงเป็นอันดับหนึ่ง (ร้อยละ 30.9 จำแนกเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 23.0 และโรคจิตเภทร้อยละ 5.3) ปัจจัยกระตุ้นส่วนใหญ่เกิดจากวิกฤติในชีวิต (stressful life events) ทั้งในส่วนของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จและผู้พยายามฆ่าตัวตาย โดยวิกฤติในชีวิต ที่พบเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียความสัมพันธ์กับคนในชีวิต หรือ การเกิดความขัดแย้งรุนแรงกับคนในสำคัญในชีวิต(คณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชยุ่งยากซับซ้อนที่เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V), 2566)

แม้คนส่วนใหญ่ที่มีอาการป่วยทางจิตเวชไม่ได้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย การมีอาการป่วยทางจิตเวชไม่ใช่สาเหตุเพียงพอที่จะอธิบายพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย แต่กลับเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อกระบวนการฆ่าตัวตาย (Wasserman & Sokolowski, 2016) เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างอาการป่วยทางจิตเวชกับการฆ่าตัวตาย Mishara และ Chagnon (2016) เสนอแบบจำลองที่ผสมผสานกลไกต่างๆ เข้ากับปัจจัยสำคัญหลายประการ ได้แก่ 1) การมีอยู่ของสถานการณ์วิกฤต ความพร้อมของวิธีการที่เหมาะสม การขาดความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคม และทักษะการรับมือที่ไม่ดี กลไกแรกชี้ให้เห็นว่าการฆ่าตัวตายและอาการป่วยทางจิตเวชอาจมีสาเหตุร่วมกัน เช่น แนวโน้มทางพันธุกรรมที่จะเกิดภาวะซึมเศร้าและความหุนหันพลันแล่น หรือประสบการณ์เหตุการณ์เชิงลบในช่วงเริ่มต้นของชีวิต 2) การมียืนที่มีแนวโน้มจะฆ่าตัวตาย 106 ยืน โดยมีหลักฐานจำนวนมาก โดย 40 ยืนในจำนวนนี้ถือว่าเฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและไม่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมของโรคทางจิตและประสาทอื่นๆ 3) การฆ่าตัวตายอาจเป็นผลจากการบิดเบือนทางปัญญาที่เป็นลักษณะของโรคทางจิต เช่น ความหลงผิดทางซึมเศร้า ภาพหลอนจากการสั่งการทางจิต หรือความสิ้นหวังอย่างสุดขีด นอกจากนี้การใช้ชีวิตกับโรคทางจิตอาจทำให้เกิดประสบการณ์เชิงลบ เช่น การถูกกีดกันทางสังคม การว่างงาน ปัญหาความสัมพันธ์ การตีตรา และการเลือกปฏิบัติซึ่งในทางกลับกันก็มีส่วนทำให้เกิดการฆ่าตัวตายในที่สุด การฆ่าตัวตายอาจถือเป็นผลที่เกิดจากการรักษาความผิดปกติทางจิตที่ไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมหรือไม่สมบูรณ์ (Sokolowski & Wasserman, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบโดยใช้การวิเคราะห์เชิงปริมาณอัตราการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงจากการฆ่าตัวตาย (Fu et al, 2023) พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายรวมในกลุ่มคนที่ป่วยทางจิตเวชรุนแรงอยู่ที่ 312.8 ต่อ 100,000 คน-ปี (95% CI 230.3–406.8) เมื่อจำแนกรายโรค พบว่า อัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด คือ โรคจิตเภทคิดเป็น 260.6 ต่อ 100,000 คน-ปี (95% CI 71.0–665.8) รองลงมา คือ โรคซึมเศร้ารุนแรงคิดเป็น 180.3 ต่อ 100,000 คน-ปี (95% CI 116.2–256.2) และโรคอารมณ์สองขั้วคิดเป็น 125.0 ต่อ 100,000 คน-ปี (95% CI 34.1–319.7) ตามลำดับและผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงมีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายสูง มีสาเหตุจากการขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความขัดแย้งกับคู่รักโดยปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำสอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายครั้งแรกของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ตามที่ธรมินทร์ กองสุข (2567) อธิบายถึงสมมุติฐานการฆ่าตัวตายในคนไทยว่า เกิดจาก 5 ปัจจัยที่สำคัญ (TK's 5 factor model of suicide) อันได้แก่ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยกระตุ้น การเฝ้าระวัง ด้านกันและปัจจัยปกป้อง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และการติดสุราหรือสารเสพติด การเกิดวิกฤตในชีวิต (stressful life events) เป็นปัจจัยกระตุ้นสำคัญซึ่งสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากการ ฆ่าตัวตาย OR 2.18 95% CI (1.63,2.93) หากวิกฤตในชีวิตนั้น ทำให้เกิดความรู้สึกพ่ายแพ้และอับอายร่วมกับบุคคลนั้นขาดมีทักษะในการเผชิญและแก้ไขปัญหา ก็จะทำให้รู้สึกอับจนหนทางและมีโอกาสสูงที่จะเกิดความคิดฆ่าตัวตาย จะเห็นได้ว่าความบกพร่องของทักษะในการแก้ปัญหา การมีมุมมองและการรับรู้ปัญหาเชิงลบ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด สิ้นหวัง อับจนหนทาง รู้สึกถูกกักขัง (Entrapment) พัฒนาไปสู่ความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในที่สุด การที่บุคคลมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม จึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยปกป้องประการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมทักษะในการแก้ปัญหาจึงเป็นการสนับสนุนบุคคลให้เกิดการรับรู้ปัญหาเชิงบวกทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหา จนผ่านพ้นสภาวะวิกฤตไปได้ เป็นการตัดวงจรของการฆ่าตัวตาย ตั้งแต่ความคิด การวางแผนไปจนถึงการพยายามลงมือทำโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัย ป้องกัน.บำบัด รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนและมีระบบการให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แก่ประชากรเขตสุขภาพที่ 7 ผลการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ 2565-2567 พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีจำนวน 33,443 30,307 และ 30,823 ราย 2) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 5,031 4,647 และ 5,094 ราย 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าชนิดรุนแรงจำนวน 11,399 10,432 และ 11,080 ราย 4) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดยาเสพติดจำนวน 14,004 11,833 และ 13,812 ราย ตามลำดับ เมื่อจำแนกพฤติกรรมเสี่ยงต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย ในปีงบประมาณ 2565-2567 จำนวน 398 345 และ 379 ราย พบว่ากลุ่มโรค 3 ลำดับแรกได้แก่ โรคจิตเภท(ร้อยละ 26.3) รองลงมา คือ โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 23.7) และ ติดยาเสพติด (ร้อยละ 21.4) ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ , 2567)

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการสืบค้นรายงานอุบัติการณ์และทบทวนสถิติ 3 ปีย้อนหลัง (ปีงบประมาณ 2565 - 2567) ของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่า ไม่มีจำนวนผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล ในขณะที่ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน คิดเป็น ร้อยละ 3.90 , 3.19 และ 4.68 ตามลำดับ ผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำด้วยการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 90 วัน ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและติดสารเสพติด ในขณะที่ปัจจัยกระตุ้นเกิดจากการรักษาไม่ต่อเนื่องและมีความขัดแย้งกับคนใกล้ชิด ขาดทักษะการแก้ปัญหา ประกอบกับการที่ญาติขาดความรู้ความเข้าใจการสังเกตสัญญาณเตือนและการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นจากการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) พบว่า ร้อยละ 66.59 มีความคิดอยากตายแต่ไม่ได้มีการวางแผน ร้อยละ 20.15 มีแผนอยากฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตแต่ไม่ได้ลงมือทำ ร้อยละ 13.26 กินยาเกินขนาดโดยการใช้ยาที่หาได้ง่ายใกล้มือ เช่น ยาต้านเศร้า ยาแก้แพ้ และยาพาราเซตามอล แต่ไม่เสียชีวิต ในการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มีหลากหลายโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม Cognitive Behavioral Therapy (CBT) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลในการลดอาการทางจิต เพิ่มความสามารถในการหน้าที่ และลดพฤติกรรมรุนแรง โดยมีค่า Effect Size อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (0.31-0.70) การลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ 23-28% และการลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงได้ถึง 15 เท่าเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาและการดูแลแบบองค์รวมจากการศึกษาแบบ Unified Meta-Analysis ของ Cuijpers (2025) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงทดลอง 37 รายการ การศึกษาเปรียบเทียบ 423 รายการในผู้ป่วย 32,968 ราย พบว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดอาการโรคจิตและความผิดปกติทางจิตเภท โดยค่า Effect Size อยู่ที่ 0.31-0.48 เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ (Care as Usual) อัตราการหยุดการรักษา (Dropout Rate) ในกลุ่มที่ได้รับ CBT อยู่ระหว่าง 8-24% ขึ้นกับประเภทของความผิดปกติ ส่วนผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า CBT สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีค่า Effect Size อยู่ที่ 0.31 เมื่อเทียบกับการรักษาตามปกติ โดยเฉพาะในการลดความรุนแรงของอาการทางจิตและป้องกันการกำเริบ การศึกษาล่าสุดของ (Parker et al.,2025) เกี่ยวกับ การใช้ CBT ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar At Risk) พบว่า CBT สามารถช่วยลดภาวะอารมณ์แปรปรวนและการเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (Severe Mental Illness with Violence risk: SMI-V) เช่น ผู้ป่วยจิตเภท (Schizophrenia) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหรือโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) ที่มีประวัติก้าวร้าว

มักเผชิญกับภาวะ "Dual Risk" คือ ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น กลไกทางจิตวิทยาที่สำคัญ คือ ความบกพร่องในการแก้ปัญหาทางสังคม (Social Problem-Solving Deficits) และความบกพร่องของฟังก์ชันการบริหารจัดการสมอง (Executive Function) ซึ่งนำไปสู่ความหุนหันพลันแล่น (Impulsivity) และความรู้สึกจนแต้ม (Entrapment) การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) จึงถูกนำมาใช้ในฐานะการปรับพฤติกรรมทางปัญญา (CBT-based) (Hosahally et al, 2024) เพื่อเพิ่มทักษะการปรับตัวและลดภาวะวิกฤตดังกล่าว

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) เป็นวิธีการบำบัดทางจิตสังคมที่มุ่งเน้นการปรับกระบวนการคิด (cognitive process) อีกรูปแบบหนึ่ง ที่ส่งเสริมให้บุคคลนั้นได้ทำความเข้าใจมุมมองในการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้เพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้น โดยดำเนินการอย่างเป็นขั้นตอนในกระบวนการระบุปัญหาและปรับวิธีการแก้ปัญหาในแต่ละวัน จุดเด่นของการบำบัดนี้มุ่งที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็นมุมมองปัญหาในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งที่จะลดความเครียดและลดอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง เป็นการบำบัดทางจิตสังคมที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์รองรับว่าสามารถการป้องกันพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ เป็นการบำบัดทางจิตสังคมระยะสั้นที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหายังเป็นระบบ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย การระดมทางเลือก การประเมินทางเลือก การตัดสินใจ การนำไปปฏิบัติ และการประเมินผล (Nezu et al., 2013) ในบริบทของการป้องกันการฆ่าตัวตาย PST ช่วยลดความรู้สึกสิ้นหวังและเพิ่มความสามารถในการรับมือกับปัญหาชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เชื่อมโยงกับความคิดฆ่าตัวตายมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่า PST มีผลในการลดความคิดฆ่าตัวตาย (Suicidal Ideation) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ร่วมด้วย และลดพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและความรุนแรงอันจะนำไปสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดย PST ช่วยปรับมุมมองต่อปัญหา (Problem Orientation) ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นทางเลือกอื่นนอกเหนือจากการใช้ความรุนแรง (Cuijpers et al., 2018)

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และทำหน้าที่ให้บริการงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จึงนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาพัฒนาโดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะ (2562) ซึ่งมีผลการวิจัยว่าโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมได้ และมีความคงทนในประสิทธิผลของการบำบัด สามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชเพื่อเพิ่มทางเลือกและเติมเต็มในประสิทธิภาพของการบำบัดเพื่อแก้ปัญหาลดการฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยจึงนำมาประยุกต์ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ภายใต้กรอบแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (problem-solving therapy: PST) ของเดอซูริลลา (D'Zurilla) และเนซุ (Nezu) ที่เชื่อว่าพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคลเกิดจากความบกพร่องในการแก้ปัญหา จากการมีมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative Problem Oriented [NPO]) และการมีวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (D'Zurilla, 1988) คือ วิธีการแก้ไขปัญหาลักษณะหุนหันพลันแล่น (Impulsive/Careless) ที่เป็นการแก้ไขปัญหาลักษณะไม่มีความระมัดระวัง เร่งรีบด่วนตัดสินใจ ขาดการคิดพิจารณาอย่างถี่ถ้วน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินผลจากการแก้ปัญหา แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบหรือใช้วิธีการที่ไม่เหมาะสมและวิธีการแก้ปัญหา

แบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) ไม่เผชิญปัญหา หลีกเลียงหรือ ปล่อยให้ปัญหานั้นคงอยู่ มองว่าไม่สามารถแก้ไข หรือทำอะไรได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา (D’Zurilla et al., 2002; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2557) การบำบัดโดยการแก้ปัญหานี้ จึงให้ความสำคัญของการปรับมุมมองปัญหาในทางลบ (negative problem orientation: NPO) มาเป็น มุมมองในทางบวก (positive problem orientation: PPO) และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของสมองในการจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011) ทำให้ผู้ป่วยสามารถกำกับตนเองได้ มองปัญหาในทางบวกเลือกทางออกในการแก้ปัญหาด้วยเหตุผล เปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาคด้วยการฆ่าตัวตายมาเป็นการแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เพื่อให้มีการปรับตัวให้มากขึ้น (Wenzel et al., 2009) ส่งผลให้ ผู้รับการบำบัด มีวิธีการแก้ไขปัญหาลงหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหาหรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง เพิ่มการแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุผลมากขึ้น มุ่งลดความเครียดและอาการทางจิตที่เกี่ยวข้อง ลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขรวมทั้งเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงประสิทธิผลของการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่จะสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการจัดบริการและขยายผลเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวในวงกว้างต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาคณะแนว ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหและการพยาบาลตามปกติ ที่มีต่อคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

3. คำถามการวิจัย

1. คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหากลุ่มทดลองต่ำกว่าก่อนทดลองหรือไม่

2. คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่เข้ารับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหากลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

4. สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาจะมีคะแนนความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

2. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาจะมีคะแนนความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม (The Two Groups Repeated Measures Design) วัดผลในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ระหว่างวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

6. นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวช ดังกล่าวส่งผลต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นและตนเองที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 4) การติดยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V-V1)

2. ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ร่วมกับมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V-V1) และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality ในระดับปานกลางขึ้นไป (≥ 9 คะแนนขึ้นไป) และจากการสัมภาษณ์พบสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากการมีมุมมองในการแก้ไขปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) และเลือกใช้วิธีการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) แบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) มากกว่าการใช้เหตุผล (Rational problem solving)

3. โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา หมายถึง การบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายทำความเข้าใจมุมมอง การแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหา

แบบหลีกเลี่ยงปัญหา (avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (impulsive careless) ช่วยให้ ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (rational problem solving) ให้มากขึ้นตามตัวแบบ 5 ปัจจัย (5 Factors Model) (Nezu & Nezu, 2008) โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาประกอบด้วย ขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ประกอบด้วย

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมเริ่มต้นการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัด มุ่งเน้นให้ ผู้รับการบำบัดเข้าใจและบอกที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ปัญหามา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหามา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือกตัดสินใจ และแก้ปัญหามา

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหามา (ปัญหาที่ 1)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหามา (ปัญหาที่ 2)

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหามา

4.การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลปฏิบัติให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินด้านร่างกาย สังคม และจิตวิญญาณ การประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การประเมินความรุนแรง ต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้การพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยการประเมินความคิด พฤติกรรม การพยายามฆ่าตัวตาย การดูแลให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ รับประทานยารักษา และอาการข้างเคียงจากการใช้ยา การให้สุขศึกษา รวมทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคล ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

7.กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ โดยใช้กรอบแนวคิดของ D'Zurilla and Nezu; Nezu, Nezu and Clark (D'Zurilla & Nezu, 2007; Nezu, Nezu & Clark 2008) ที่ ตั้งสมมติฐานไว้ว่าบุคคลที่ประสบกับความยุ่งยาก ในการแก้ปัญหาชีวิต หรือต้องเผชิญกับความเครียดและการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน จะมีอาการทางจิตเวช มากกว่าบุคคลที่ถือว่าเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี และการบำบัดทางจิตสังคมในรูปแบบ PST นี้ จะสอนให้บุคคล เป็นผู้ที่แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริง D'Zurilla & Nezu (2010) ได้อธิบาย เกี่ยวกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายไว้ว่า ผู้มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ เป็นผู้ที่ มีมุมมองในการแก้ปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) และเลือกวิธีการ

หลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) มากกว่าการใช้เหตุผล (Rational problem solving) ผู้ที่มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตายมักจะคิดว่าปัญหาของตนเอง ไม่มีทางออก ตนเองไม่มีศักยภาพที่จะรับมือกับปัญหาได้ อยากให้ปัญหาจบลงโดยเร็ว ซึ่งเป็นมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative problem orientation) คิดว่าการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่มีอยู่ในขณะนั้นและมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เผชิญอยู่ (Impulsive/careless problem solving) ความรู้สึกถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้รับการตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่ไม่ต้องการ (Avoidance) ในการให้ความช่วยเหลือผู้คิดฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการบำบัดโดยการแก้ปัญห (PST) เป็นการช่วยปรับมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก ทำให้มองเห็นศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ เข้าใจว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการปรับแก้ (Positive problem orientation) และพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบด้านมากขึ้น (Rational problem solving) เพื่อให้มีความหวัง และความเป็นไปได้ในการที่จะแก้ปัญหของตนเองได้ เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้นจึงลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ นับเป็นการบำบัดที่มีความเหมาะสมต่อผู้ป่วยและมีประสิทธิภาพต่อการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สามารถใช้บำบัดได้ (Darvishi et al., 2023) ทั้งในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Gustavson et al., 2016 ;Turgut & Eskin , 2025) ซึ่งสามารถนำมาพัฒนาเป็นการบำบัดโดยการแก้ปัญหสำหรับผู้ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายเพื่อใช้ในการบำบัดผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตได้ อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ(2562) ได้ โดยพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem -solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS) ภายใต้ 5 Factors Model (Nezu & Nezu, 2008) ตามโปรแกรมที่ได้ดัดแปลงมาจากโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญห เพื่อลดภาวะซึมเศร้าที่พัฒนาขึ้นโดย ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, สมบัติ สุกุลพรรณ, และสุวิท อินทอง (2557) โดยได้ปรับปรุงให้เป็นการบำบัดแบบรายบุคคลใน 3 ขั้นตอน จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 45-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาบำบัดทั้งหมด 2 สัปดาห์ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดมีทักษะการแก้ปัญหที่ดีขึ้น ส่งผลให้ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ

คณะผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมห้กล่าวประยุกต์ใช้ในการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติมเพื่อที่จะเพิ่มรายละเอียดในเนื้อหาของใบงานและใบกิจกรรมให้มีความจำเพาะโรครวมยิ่งขึ้น โดยยังคงของแนวทางการดำเนินขั้นตอนและกิจกรรมตามกรอบ D'Zurilla & Nezu (2008) โดยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ ครั้งที่ 1 กิจกรรมเริ่มต้นการบำบัด เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดกับผู้รับการบำบัดมุ่งเน้นให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจและบอกที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยใช้ Five dimensional model เกิดความเข้าใจรูปแบบการบำบัดยอมรับและร่วมมือในการบำบัด ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ปัญห ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหและวิธีการแก้ปัญหผู้รับการบำบัดจะได้รับความรู้และการทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ปัญหโดยการปรับมุมมอง ทางลบให้เป็นมุมมองทางบวก รวมถึงการเข้าใจถึงรูปแบบการแก้ปัญหแบบ

หลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) แบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) และการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) และขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหาครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหา ผู้รับการบำบัดจะสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง มีความเข้าใจในหลักการของการสร้างทางเลือก และสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจแก้ปัญหา และสามารถนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปปฏิบัติได้ รวมทั้งการที่ผู้รับการบำบัด มีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ครั้งที่ 4 กิจกรรมการฝึกการแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1) ผู้รับการบำบัดจะได้ฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้ผู้รับการเรียนรู้ทำความเข้าใจปัญหาทบทวนแนวทางการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก และยังคงมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตายในกรณีที่แก้ไขปัญหาล้มเหลว ให้เลือกปัญหาใหม่มาหาทางทางเลือกในการแก้ปัญหาและเข้าสู่กระบวนการเดิม ครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2) ผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ผลของการนำทางเลือกไปปฏิบัติจริงและทบทวนการเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหตามทางเลือกที่ใช้และอาจมีอารมณ์ทางลบให้ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดจัดการอารมณ์ทางลบ จากนั้นร่วมกันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริงทบทวนทำความเข้าใจในหลักการของการสร้างทางเลือก ร่วมกันพิจารณาหาทางเลือกใหม่และการตัดสินใจในการแก้ปัญหาสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา ยุติการบำบัด ผู้จะเป็นการทบทวนรูปแบบการบำบัด จากการที่ผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติจริงชื่นชมให้กำลังใจ และแสดงความยินดีในการเรียนรู้ของผู้รับการบำบัด ที่สามารถแก้ปัญหาได้ และเพิ่มเติมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนแก่ผู้รับการบำบัดและยุติการบำบัด ดังแสดงกรอบแนวคิดการวิจัยในแผนภาพที่ 1

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อ
ความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Nezu & Nezu, 2008)
ขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 -90 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมระยะเริ่มต้นการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและ
ผู้รับบำบัด ที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัด
ความร่วมมือในการบำบัด และสำรวจปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไข้ปัญหา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้้ปัญหาและ วิธีการ
แก้้ปัญหา โดยใช้มุมมองที่มีผลต่อการแก้้ปัญหาที่ผ่านมา ลักษณะของปัญหา ทบทวน
และพิจารณาวิธีการแก้้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง และทำความเข้าใจหลักการบำบัด
โดยการแก้้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้้ปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือก
ตัดสินใจและแก้้ปัญหา เรียนรู้ถึงวิธีการตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือก
ในการแก้้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุน เหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้้ปัญหา
และตัดสินใจ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)
เป็นการฝึกลงมือแก้้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการมือแก้้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)
เป็นการฝึกลงมือแก้้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)
ตามประสบการณ์จริง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้้ปัญหา และยุติการบำบัด ทบทวนรูปแบบ
การบำบัดชื่นชมให้กำลังใจและเพิ่มเติมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนแก่ผู้รับ
การบำบัด

ความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตาย

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

ประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

1. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้รับการบำบัดที่ตรงตามประเด็นปัญหาและสาเหตุการฆ่าตัวตาย
2. เพิ่มทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
3. ผู้ป่วยจิตเวชผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีความปลอดภัย หายทุเลาและพึงพอใจในกระบวนการบำบัดรักษา

ประโยชน์ต่อองค์กร

1. สหวิชาชีพได้รู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิผลต่อการลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในการเป็นศูนย์ความเป็นเลิศด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายของไทย
2. ขยายการพัฒนาาระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เพื่อให้ผู้รับบริการมีความปลอดภัย หายทุเลาและพึงพอใจ
3. ขยายผลวิธีการบำบัดลงสู่การบริการบำบัดทางจิตสังคมในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิให้กับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้นำไปบำบัดรักษาผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่

ประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล

1. ได้รู้รูปแบบการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา (PST) ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ดำเนินการบำบัดโดยพยาบาลวิชาชีพ
2. มีแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายและมีความเป็นเลิศในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
3. พัฒนาความสามารถของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซ้ำซ้อน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความปลอดภัย หายทุเลาและพึงพอใจ

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.4 ผลกระทบของการเกิดโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
2. ความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายตามแนวคิดและทฤษฎี
 - 1.3 ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.4 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)
 - 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
 - 1.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
3. โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา
 - 3.2 ความสำคัญของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา
 - 3.3 องค์ประกอบของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา
 - 3.4 โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
 - 3.5 ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

1.1 ความหมายของโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

จากการศึกษาพบว่า มีผู้ศึกษาและให้ความหมายของโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงไว้หลายประการ ดังต่อไปนี้

กรมสุขภาพจิต (2566) ได้อธิบายความหมายของผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) ไว้ว่าหมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวสดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ประกอบด้วย 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 4) การติดยาเสพติด ตามคำนิยามของ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) ระบุว่า SMI เป็นโรคทางจิตเวชที่วินิจฉัยได้ตามเกณฑ์ DSM-V ซึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องทางการทำงานอย่างรุนแรง รบกวนหรือจำกัดกิจกรรมสำคัญในชีวิตอย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป (National Institute of Mental Health [NIMH], 2023) โรคจิตเวชหลักที่จัดอยู่ในกลุ่ม SMI ประกอบด้วย: (1) โรคจิตเภท (Schizophrenia) และโรคในกลุ่ม Psychotic Disorders อื่นๆ เช่น Schizoaffective Disorder และ Delusional Disorder (2) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) โดยเฉพาะ Type I ที่มีอาการรุนแรง (3) โรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (Major Depressive Disorder) ที่มีอาการรุนแรงหรือมีลักษณะ psychotic features และ (4) โรคบุคลิกภาพแบบหวาดระแวง (Paranoid Personality Disorder) และโรคบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) ในบางกรณี (American Psychiatric Association, 2022)

แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมรุนแรง แต่การศึกษาทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงที่สูงที่จะก่อพฤติกรรมรุนแรงขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป การศึกษาของ Whiting et al.(2022) ที่ติดตามผู้ป่วย SMI จำนวน 47,158 ราย ในสวีเดนเป็นเวลา 13 ปี พบว่าร้อยละ 8.5 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทและร้อยละ 6.3 ของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว มีประวัติการก่อความรุนแรงที่ร้ายแรง โดยปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ การใช้สารเสพติดร่วม (Odds Ratio [OR] = 4.2) ประวัติการก่อความรุนแรงในอดีต (OR = 5.8) การไม่ปฏิบัติตามการรักษา (OR = 3.1) และมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอน (OR = 2.7) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาของ Chesney et al. (2014) ที่รวบรวมข้อมูลจาก 29 ประเทศพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จสูงกว่าประชากรทั่วไป 12.9 เท่า (95% CI: 10.6-15.8) โดยมีอัตราตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 4.9 ซึ่งหมายความว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 ใน 20 รายจะเสียชีวิตด้วยการฆ่าตัวตาย สำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว การศึกษาติดตามระยะยาวของ Olfson et al. (2021) วิเคราะห์ข้อมูลผู้ป่วย SMI จำนวน 1.3 ล้านราย ในสหรัฐอเมริกาพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 141 ต่อประชากร 100,000 คน-ปี เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปที่มีอัตรา 13.5 ต่อ 100,000 คน-ปี ช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูงที่สุดคือ 3 เดือนแรกหลังจาก

ออกจากโรงพยาบาล มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 484 ต่อ 100,000 คน/ปี ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้ป่วย SMI ถึง 3-4 เท่า ข้อมูลนี้เน้นย้ำความสำคัญของการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในช่วง transitional period

กรมสุขภาพจิต (2566) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ไว้ว่าหมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรมความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่นและตนเองที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยโรคใดโรคหนึ่งใน 4 โรคหลัก ได้แก่ 1) โรคจิตเภท 2) โรคอารมณ์สองขั้ว 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง 4) การติดยาเสพติด ที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตในชุมชน
- 3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย
- 4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

โดยวิจัยครั้งนี้เลือกผู้ที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V-V1) และมีผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป (≥ 9 คะแนนขึ้นไป) และจากการสัมภาษณ์พบสาเหตุการฆ่าตัวตายมาจากการมีมุมมองในการแก้ปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) และเลือกใช้วิธีการแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) แบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) มากกว่าการใช้เหตุผล (Rational problem solving)

1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

Swanson (2021) กล่าวถึงความสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างโรคจิตเวชร้ายแรง (Serious Mental Illness: SMI) ซึ่งครอบคลุมกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ Schizophrenia, Bipolar Disorder และ Major Depressive Disorder Substance-induced psychotic disorder และโรคอารมณ์แปรปรวนรุนแรงกับพฤติกรรมรุนแรง โดยระบุว่าแม้บุคคลที่เป็นโรคเหล่านี้จะมีความเสี่ยงต่อการใช้ความรุนแรงสูงกว่า แต่การกระทำรุนแรงส่วนใหญ่ไม่ได้เกิดจากโรคทางจิตเวช สาเหตุเกิดจากพหุปัจจัยที่อธิบายได้ผ่านกรอบ biopsychosocial model ซึ่งมีปัจจัยหลายระดับที่ส่งเสริมกัน ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยทางชีววิทยา

โรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีพื้นฐานทางชีววิทยาที่ซับซ้อน จากการศึกษาทางพันธุศาสตร์แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีค่า heritability ประมาณร้อยละ 80 ขณะที่โรคอารมณ์สองขั้วมีค่าประมาณร้อยละ 70-80 (Sullivan et al., 2023) การศึกษา genome-wide association studies (GWAS) ล่าสุดระบุ genetic loci มากกว่า 270 ตำแหน่งที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท โดยเฉพาะยีนที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของ dopamine, glutamate และ GABA neurotransmitter systems Whiting et al (2021) กล่าวถึงความสำคัญของการบูรณาการหลักฐานจากการวิจัยทางพันธุกรรม โดยระบุว่าพฤติกรรมต่อต้านสังคมนั้นถ่ายทอดทางพันธุกรรม นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของโครงสร้างและการทำงานของสมองเป็นลักษณะสำคัญจากการศึกษาด้วยเทคนิค neuroimaging พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการลดลงของปริมาตร gray matter ใน prefrontal cortex, temporal lobe และ hippocampus ร่วมกับความผิดปกติ

ของการเชื่อมต่อระหว่างบริเวณต่างๆ ของสมอง (McCutcheon et al., 2020) ความผิดปกติเหล่านี้ส่งผลต่อการควบคุมอารมณ์ การประเมินสถานการณ์ และการตัดสินใจ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง ปัจจัยทางชีววิทยาประสาทอธิบายว่าระบบโดปามีนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและการแสดงออกถึงความก้าวร้าวในรูปแบบต่างๆ อย่างไรก็ตาม โดยชี้ให้เห็นถึงพื้นฐานทางด้านสาเหตุที่เป็นไปได้ของความรุนแรง ซึ่งอาจทับซ้อนหรือมีส่วนทำให้เกิดความรุนแรงในโรคจิตเภท (Swanson, 2021)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยา

ลักษณะอาการทางจิตเวชบางประการมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะอาการหลงผิด (delusion) ประเภท persecutory delusion หรืออาการหลงว่าถูกคุกคาม ซึ่งพบในร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในช่วงเฉียบพลัน การศึกษาของ Ullrich et al.(2021) พบว่าผู้ป่วยที่มี threat/control override symptoms คืออาการรู้สึกว่าจะถูกคุกคามหรือถูกควบคุม มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการเหล่านี้ถึง 6-8 เท่า การขาดความเห็นอกเห็นใจ (lack of empathy) และความบกพร่องในการรับรู้อารมณ์ของผู้อื่น (emotion recognition deficit) ซึ่งพบในผู้ป่วยโรคจิตเภทและบางกรณีของโรคบุคลิกภาพ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจผลกระทบของพฤติกรรมรุนแรงที่มีต่อผู้อื่น นอกจากนี้ การขาดทักษะในการจัดการกับความเครียด และการแก้ปัญหาความขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ยังเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

ปัจจัยทางสังคมมีบทบาทสำคัญทั้งในการเกิดโรคและการก่อพฤติกรรมรุนแรง ความยากจน การตกงาน การขาดการศึกษา และการถูกตีตรา (stigmatization) เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด SMI และการก่อความรุนแรง ในสังคมไทย การขาดระบบสวัสดิการสังคมที่เหมาะสมและการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่จำกัดในพื้นที่ห่างไกล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง Swanson (2021) ระบุปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงในบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเวช เช่น การใช้สารเสพติดร่วมด้วยการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการใช้ยาและประวัติการใช้ความรุนแรงและการตกเป็นเหยื่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของความรุนแรงในครอบครัว การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย SMI การศึกษาของ Witt et al (2020) พบว่าผู้ป่วย SMI ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารถึง 8-10 เท่า ในประเทศไทย การศึกษาของมานพและคณะ (2564) พบว่าร้อยละ 69.8 เคยมีประสบการณ์ใช้ความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีประวัติการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะเมทแอมเฟตามีน นอกจากนี้ประสบการณ์การถูกทารุณกรรมในวัยเด็ก (childhood trauma) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญทั้งต่อการเกิด SMI และพฤติกรรมรุนแรงในภายหลัง การวิจัยระยะยาวพบว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจิตเภทสูงขึ้น 2-3 เท่า และมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมรุนแรงในวัยผู้ใหญ่มากกว่า (Trotta et al., 2020)

1.2.4 ปัจจัยด้านการรักษาและการดูแล

การขาดความต่อเนื่องในการรักษา (treatment discontinuity) เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการกำเริบของอาการและพฤติกรรมรุนแรง ผู้ป่วย SMI มักจะหยุดยาด้วยตนเองภายใน 1 ปีแรกของการรักษา ส่วนหนึ่งเนื่องจากผลข้างเคียงของยา ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรค และการขาดระบบสนับสนุนทางสังคม ในประเทศไทย ความท้าทายสำคัญ คือ สัดส่วนจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชที่ไม่เพียงพอ โดยมีจิตแพทย์เพียง 1 คนต่อประชากร 10,000-15,000 คน ซึ่งต่ำกว่ามาตรฐานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) ส่งผลให้การเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเป็นไปได้อย่างจำกัด

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (v1-V4)

กรมสุขภาพจิต (2563) ได้กำหนดลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมความรุนแรงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- 1). มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต
- 2). มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ก่อเหตุรุนแรงทำให้หวาดกลัวสะเทือนขวัญในชุมชน
- 3). มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง/ผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบ

เฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย

- 4). เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน วางเพลิง)

1.4 ผลกระทบของการเกิดโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1.4.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง

ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง (SMI) ที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองจะประสบกับผลกระทบที่รุนแรงทั้งทางกายภาพและจิตใจ การศึกษาของ Correll et al.(2022) พบว่าผู้ป่วย SMI มีอายุขัยสั้นกว่าประชากรทั่วไปเฉลี่ย 10-25 ปี โดยสาเหตุสำคัญ คือ การฆ่าตัวตาย โรคร่วมทางกาย และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด ผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมีอัตราการบาดเจ็บร้ายแรงที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 40 ตามข้อมูลของ Doupnik et al.(2020) โดยการบาดเจ็บเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความพิการถาวร เช่น ความเสียหายของระบบประสาท การสูญเสียการทำงานของอวัยวะ และแผลเป็นที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตและการทำงานทางสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง (SMI) ที่มีพฤติกรรมรุนแรงมีอัตราการว่างงานสูงถึงร้อยละ 70-80 การพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ส่งผลกระทบต่อรุนแรงและครอบคลุมหลายด้านต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยสามารถจำแนกผลกระทบสำคัญได้ดังนี้:

- 1) ผลกระทบต่อสุขภาพกายและการเสื่อมสภาพของร่างกาย ผู้ที่รอดชีวิตจากการพยายามฆ่าตัวตายมักประสบปัญหาอวัยวะบางอย่างล้มเหลว หรือบาดเจ็บที่กระดูกจนส่งผลต่อสุขภาพในระยะยาว และในบางรายอาจต้องอยู่กับความพิการไปตลอดชีวิต (ศิวาพร มหาทานุโชค, 2562) งานวิจัยระบุว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) สูงกว่าคนทั่วไปถึง 2 เท่า และมีระดับการอักเสบทั่วร่างกายที่สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ มีสัญญาณบ่งชี้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีกระบวนการแก่ชราที่เร็วขึ้น โดยมีค่า "Heart Age" (อายุของหัวใจ) สูงกว่าอายุจริงประมาณ 4 ปี และมีลักษณะภายนอกที่ดูแก่กว่าวัยเมื่อเทียบกับคนในวัยเดียวกัน(Goldman-Mellor et al., 2014)

- 2) ผลกระทบต่อสุขภาพจิตและพฤติกรรมในอนาคต ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำการศึกษา พบว่า การพยายามฆ่าตัวตายครั้งแรกเป็นปัจจัยทำนายที่แข็งแกร่งที่สุดของการพยายามครั้งต่อไปและการฆ่าตัวตายสำเร็จในอนาคต โดยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จจะเพิ่มขึ้นถึง 100 เท่าในปีแรกหลังจากการพยายามครั้งแรก (จิราพร มณีปกรณ์, 2566) รวมถึงการที่ผู้ป่วยทำร้ายตัวเองโดยไม่หวังผลถึงชีวิต (NSSI) ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีโอกาสสูงกว่าคนทั่วไปเกือบ 3 เท่าที่จะมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเองในรูปแบบอื่น ๆ ตามมา และยังส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทางจิตเวชเรื้อรัง ผู้ป่วยมักมีอาการซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง การติดสารเสพติดและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทางจิตเวชบ่อยครั้งกว่าคนทั่วไป (Goldman-Mellor et al., 2014; ศิวาพร มหาทานุโชค, 2562) ในมิติสุขภาพจิตผู้รอดชีวิต มีความเสี่ยงต่อภาวะ PTSD ร้อยละ 25-45 ภาวะซึมเศร้าเรื้อรังร้อยละ 60 และความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 16-30% ภายใน 1 ปี (Perez-Rodriguez et al., 2014)

3) ผลกระทบด้านสังคมและคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจะมีการแยกตัวและตราบาป ผู้ป่วยมักเกิดความรู้สึกต่ำต้อย ไร้ค่า แยกตัวออกจากสังคม และความรู้สึกอับอายส่งผลให้ผู้ป่วยถอนตัวจากความสัมพันธ์ เกิดการแตกแยกในครอบครัว และสูญเสียการทำงาน Ferrey et al. (2016) รายงานว่าร้อยละ 45 ของผู้ดูแลผู้ป่วยประสพภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลหลังเหตุการณ์ส่งผลกระทบเป็นลูกโซ่สู่ระบบครอบครัว นอกจากนี้ Chung et al. (2023) พบว่าผู้รอดชีวิต ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เผชิญกับอุปสรรคทางวัฒนธรรม โดยเฉพาะการปิดบังและไม่ยอมรับการรักษา อันเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มโอกาสการพยายามฆ่า นอกจากนี้ การพยายามฆ่าตัวตายยังส่งผลเกิดภาวะทางเศรษฐกิจ การพยายามฆ่าตัวตายส่งผลให้เกิดความสูญเสียจากการไม่ได้ทำงาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลในระยะยาว โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะว่างงานยาวนานกว่าปกติ และต้องพึ่งพาสวัสดิการจากรัฐมากกว่าคนทั่วไป (Goldman-Mellor et al., 2014; ศิวาพร มหาทานุโชค, 2562)

1.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล

ภาระของผู้ดูแลครอบครัว (caregiver burden) เป็นผลกระทบที่สำคัญและผลกระทบนี้มักถูกมองข้ามซึ่งภาระที่เกิดขึ้นเหล่านี้รุนแรงขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรงหรือพยายามฆ่าตัวตายที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความกลัว ความวิตกกังวลตลอดเวลา และความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถป้องกันเหตุการณ์เหล่านี้ได้ ผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อครอบครัวก็เป็นอีกประเด็นที่มีความสำคัญ การศึกษาของ Sado et al. (2023) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วย SMI ใช้จ่ายสำหรับค่ารักษาพยาบาล ค่ายาและค่าบริการสุขภาพจิตเฉลี่ย 15,000-25,000 เหยียดสหรัฐต่อปี นอกจากนี้ยังมีต้นทุนทางอ้อมจากการสูญเสียรายได้เนื่องจากผู้ดูแลต้องลาออกจากงานหรือลดชั่วโมงการทำงาน โดยเฉลี่ยร้อยละ 48 ของผู้ดูแลหลักต้องปรับเปลี่ยนสถานะการทำงาน ส่งผลให้รายได้ครอบครัวลดลงเฉลี่ยร้อยละ 35-40 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็เป็นประเด็นสำคัญที่ได้รับผลกระทบอย่างมากเช่นกัน

1.4.3 ผลกระทบต่อระบบสุขภาพและการแพทย์

ภาระต่อระบบสุขภาพจากผู้ป่วย SMI-V เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง Tully et al. (2024) พบว่า โดยรวมในประเทศต่างๆ เช่น สหรัฐอเมริกา จำนวนมากในการดูแล ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรงและมีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรง Gentil et al. (2021) รายงานว่า ผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ความผิดปกติทางวิตกกังวล ความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์/ยาเสพติด และพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือความรุนแรงมากกว่าในระดับสูงใช้บริการห้องฉุกเฉินในระดับสูงติดต่อกันสามปี และมีการรักษาต่อเนื่องลดลง Caballer-Tarazona et al. (2022) วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในแผนกจิตเวช โดยเน้นผลกระทบของกลุ่มวินิจฉัยทางจิตเวชต่างๆ และภาวะร่วมอื่นๆพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภท ซึ่งรวมถึงภาวะต่าง ๆ ที่มักเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง มีค่าใช้จ่ายในโรงพยาบาลและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยสูงที่สุด ปัจจัยที่มีผลต่อค่าใช้จ่าย คือ ประวัติการใช้สารเสพติด และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ การศึกษาของ Correll et al. (2022) พบว่าผู้ป่วย SMI ใช้บริการห้องฉุกเฉินมากกว่าประชากรทั่วไป 5.3 เท่า และมีอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วันสูงถึง 23.4% เมื่อเปรียบเทียบกับ 8.7% ในผู้ป่วยโรคกายทั่วไป นอกจากนี้ ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยของผู้ป่วย SMI ที่มีพฤติกรรมรุนแรงยาวนานกว่าผู้ป่วยทั่วไปถึง 2.8 เท่า (เฉลี่ย 28-35 วัน เทียบกับ 10-12 วัน) ปัจจุบันผู้ป่วย SMI ที่มีพฤติกรรมรุนแรงต่อตนเองมีอัตราการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินสูงขึ้น ผลกระทบต่อบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตเป็นประเด็นที่สำคัญ การศึกษาของ Khannger et al. (2022) พบว่าร้อยละ 41.3 ของบุคลากรด้านสุขภาพจิตมีภาวะ burnout ในระดับสูง

โดยเฉพาะเมื่อทำงานกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงซ้ำ ๆ จากการสำรวจของกรมสุขภาพจิตในปี 2565 พบว่าประเทศไทยมีจิตแพทย์ทั้งหมด 521 คน ซึ่งแบ่งเป็นจิตแพทย์ทั่วไป 409 คน และจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 112 คน โดยสัดส่วนจิตแพทย์ทั่วไปมีเพียง 0.7 คนต่อประชากร 100,000 คน (มาตรฐาน WHO กำหนดไว้ให้มีจิตแพทย์ 10 คนต่อประชากร 100,000 คน) ส่งผลให้เกิดปัญหาการขาดแคลนเตียงและห้องฉุกเฉินจิตเวชแออัด โดยเฉพาะในพื้นที่เมืองใหญ่ ซึ่งมีระยะเวลารอคอยการรับบริการเฉลี่ย 3-7 วัน

1.4.4 ผลกระทบต่อชุมชนและสังคม

ผู้ป่วยโรคจิตเวชรุนแรง (Serious Mental Illness: SMI) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ส่งผลกระทบต่อสังคมและชุมชนในหลายมิติ แม้ว่าการศึกษาค้นคว้าจะชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วย SMI ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมรุนแรง และมีแนวโน้มที่จะเป็นเหยื่อของความรุนแรงมากกว่าจะเป็นผู้ก่อเหตุ แต่กลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีอาการทางจิตที่ไม่ได้รับการรักษา การใช้สารเสพติด และประวัติความรุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อความปลอดภัยของชุมชน การตีตราทางสังคม และต้นทุนทางเศรษฐกิจและสังคม ในมิติของความปลอดภัยสาธารณะและอาชญากรรม จากการศึกษาอภิธานวิเคราะห์ขนาดใหญ่ที่วิเคราะห์ข้อมูลจาก 24 ประเทศ (Fazel et al., 2020) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการก่ออาชญากรรมรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 3-5 เท่า อย่างไรก็ตาม เมื่อควบคุมตัวแปรการใช้สารเสพติด ระดับสังคม เศรษฐฐานะ และประวัติอาชญากรรม ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นลดลงเหลือเพียง 1.2-1.5 เท่า แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเวชเพียงอย่างเดียวไม่ใช่ปัจจัยทำนายความรุนแรงที่แข็งแกร่ง ในขณะที่มีการศึกษาในประเทศสวีเดน 20 ปี (Whiting et al., 2022) พบว่า 5.3% ของอาชญากรรมรุนแรงทั้งหมดเกี่ยวข้องกับผู้ที่มีการวินิจฉัย SMI ในขณะที่มีอาการทางจิตที่รุนแรง

1.5 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

1.5.1 การรักษาด้วยยา (Pharmacological Treatment)

การรักษาด้วยยาเป็นรากฐานสำคัญในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) โดยเฉพาะยาต้านอาการทางจิต (antipsychotics) ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการควบคุมอาการหลงผิด ประสาทหลอน และความคิดฟุ้งซ่าน การศึกษาแบบ Meta-analysis (Leucht et al., 2020) ที่รวบรวมข้อมูลจากการวิจัยแบบทดลองที่มีกลุ่มควบคุม (placebo-controlled trials) จำนวน 167 เรื่อง พบว่า ยาต้านอาการทางจิตรุ่นที่สองมีประสิทธิภาพในการลดอาการทางจิตได้ร้อยละ 50-70 เมื่อเทียบกับยาหลอกและสามารถลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงได้อย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size = 0.47, 95% CI: 0.42-0.51) Clozapine ถือเป็นยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์มากที่สุดในการลดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาโดยการติดตามผู้ป่วยจำนวน 62,250 รายในประเทศฟินแลนด์เป็นเวลา 20 ปี (Tiihonen et al., 2021) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับ clozapine มีอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายต่ำกว่าผู้ที่ได้รับยาต้านอาการทางจิตชนิดอื่นถึงร้อยละ 50 (Hazard Ratio [HR] = 0.50, 95% CI: 0.39-0.64) และมีอัตราการฆ่าผู้อื่นต่ำกว่าร้อยละ 32 (HR = 0.68, 95% CI: 0.56-0.82) สำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว การรักษาด้วยยาปรับอารมณ์ (mood stabilizers) โดยเฉพาะ lithium, valproate และ lamotrigine เป็นสิ่งจำเป็น ในขณะที่การใช้ยาต้านอาการทางจิตแบบฉีดเข้ากล้ามเนื้อแบบออกฤทธิ์ระยะยาว (Long-Acting Injectable Antipsychotics: LAIs) เป็นกลยุทธ์สำคัญในการเพิ่มคุณภาพ ในการรักษาและลดการกำเริบซ้ำ การศึกษาของ (Ostuzzi et al., 2018) รวบรวมข้อมูลจากการศึกษา 50 รายการ พบว่า LAIs สามารถลดอัตราการกำเริบของอาการได้ร้อยละ 30-40 เมื่อเทียบกับยาฉีดประจํา (RR = 0.70, 95% CI: 0.57-0.87) และลดอัตราการนอนโรงพยาบาลซ้ำได้ร้อยละ 20-30 ซึ่งมีความสำคัญต่อการป้องกันพฤติกรรมรุนแรงที่มักเกิดในช่วงกำเริบของอาการ

1.5.2 การบำบัดทางจิตวิทยาและจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions)

การบำบัดทางจิตวิทยาและจิตสังคม (Psychological and Psychosocial Interventions) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ประกอบด้วย การบำบัดโดยใช้ Cognitive Behavioral Therapy พบผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตเภทจากการศึกษาแบบ Unified Meta-Analysis (Cuijpers., 2025) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัยเชิงทดลอง 37 รายการ การศึกษาเปรียบเทียบ 423 รายการ ในผู้ป่วย 32,968 ราย พบว่า CBT มีประสิทธิผล ในการลดอาการโรคจิตและความผิดปกติทางจิตเภท โดยมีค่า Effect Size อยู่ที่ 0.31-0.48 เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาตามปกติ (Care as Usual) อัตราการหยุดการรักษา (Dropout Rate) ในกลุ่มที่ได้รับ CBT อยู่ระหว่าง 8-24% ขึ้นกับประเภทของความผิดปกติ ส่วนผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่า CBT สำหรับผู้ป่วย โรคอารมณ์สองขั้วมีค่า Effect Size อยู่ที่ 0.31 เมื่อเทียบกับการรักษาตามปกติ แม้ว่าจะต่ำกว่าความผิดปกติทางจิตอื่นๆ แต่ CBT ยังคงแสดงประสิทธิผลในระยะสั้น โดยเฉพาะในการลดความรุนแรงของอาการและป้องกันการกำเริบ การศึกษาล่าสุดของ (Parker et al., 2025) เกี่ยวกับการใช้ CBT ในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar At Risk) พบว่า CBT สามารถช่วยลดภาวะอารมณ์แปรปรวนและการเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว ผลด้านการลดความรุนแรงจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ (Whiting et al., 2022) ซึ่งวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติในกลุ่มโรคจิตเภทและการก่อความรุนแรงในผู้ใหญ่และวัยรุ่นจาก 15 ประเทศ พบว่า ร้อยละ 25 ของเพศชายและร้อยละ 5 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วย SMI ส่วนใหญ่ไม่ได้มีพฤติกรรมรุนแรงสรุปได้ว่าหลักฐานเชิงประจักษ์ จากการศึกษาในช่วงปี 2020-2025 แสดงให้เห็นว่า CBT มีประสิทธิผลในการลดอาการทางจิตเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ และลดพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วย SMI โดยมีค่า Effect Size อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (0.31-0.70) การลดอัตราการกระทำผิดซ้ำ 23-28% และการลดความเสี่ยงต่อความรุนแรงได้ถึง 15 เท่าเมื่อใช้ร่วมกับการรักษาด้วยยาและการดูแลแบบองค์รวมมีผู้พัฒนาหลายหลายเช่น Priebe et al. (2022) พบว่า Dialectical Behavior Therapy (DBT) ซึ่งพัฒนาขึ้นสำหรับโรคบุคลิกภาพแบบ borderline แต่ได้รับการปรับใช้กับผู้ป่วย SMI ที่มีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง การศึกษาของ สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 50 และลดการทำร้ายตนเองที่ไม่มีเจตนา ฆ่าตัวตาย (NSSI) ได้ร้อยละ 60 ในผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรม 6-12 เดือน องค์ประกอบหลักของ DBT ประกอบด้วย การฝึก mindfulness ทักษะการควบคุมอารมณ์ ทักษะความอดทน (distress tolerance) และทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล Turner et al. (2018) ได้ศึกษา Social Skills Training (SST) ซึ่งเป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทางสังคมและการสื่อสารที่มักบกพร่องในผู้ป่วย SMI สามารถปรับปรุงทักษะการแก้ปัญหาความขัดแย้ง ลดพฤติกรรมก้าวร้าว และเพิ่มการทำงานทางสังคมได้อย่างมีนัยสำคัญ (Effect Size = 0.52) โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับการฝึก anger management ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้การจัดการกับความโกรธและความหงุดหงิดอย่างสร้างสรรค์

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า Electroconvulsive Therapy (ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) เป็นการรักษาทางจิตเวชที่ใช้กระแสไฟฟ้าขนาดเล็กระตุ้นสมองภายใต้การระงับความรู้สึกทั่วไปเพื่อก่อให้เกิดอาการชักในระยะสั้น ๆ ซึ่งนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางเคมีและโครงสร้างของสมองที่สามารถบรรเทาอาการทางจิตเวชรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า ECT มีประสิทธิผลสูงในผู้ป่วยโรคจิตเวชร้ายแรง (Serious Mental Illness: SMI) โดยเฉพาะ ผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว ความคิดฆ่าตัวตาย หรือภาวะ Catatonia ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา การศึกษาความปลอดภัยของ ECT ในช่วงปี 2021 ที่วิเคราะห์ข้อมูลจากการทำ ECT จำนวน 3,106 ครั้งในผู้ป่วยจำนวน 157 ราย พบว่า เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่อาจคุกคามชีวิต (Potentially Life-Threatening Adverse Events) เกิดขึ้นเพียง 0.097% หรือ 3 ครั้งใน 3 ราย โดยไม่มีผู้ป่วย

รายได้เสียชีวิตหรือได้รับความเสียหายถาวร แสดงให้เห็นว่า ECT เป็นการรักษาที่ปลอดภัยเมื่อดำเนินการ ในสภาพแวดล้อมที่มีการควบคุมอย่างเหมาะสม (Hajak et al., 2021) สำหรับผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ารุนแรง หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่า ECT สามารถทำให้อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในอัตราประมาณ 80% ของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงแต่ ไม่ซับซ้อน (American Psychiatric Association., 2024) การศึกษาย้อนหลังในวัยรุ่นอายุ 14-18 ปีที่เป็นผู้ป่วย SMI จำนวน 103 ราย ระหว่างปี 2015-2020 พบว่า ECT มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท ภาวะซึมเศร้ารุนแรงและโรคอารมณ์สองขั้ว อัตราการตอบสนองต่อการรักษา 71.84% สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท 78.57% สำหรับภาวะซึมเศร้ารุนแรง และ 83.33% สำหรับโรคอารมณ์สองขั้ว นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในระยะยาวมีความต่ำแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพระยะยาวของ ECT ในวัยรุ่นที่มีโรคจิตเวชรุนแรง (Si, Q., 2022)

1.6 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชระดับรุนแรง (SMI) ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงต้องอาศัยแนวทางแบบบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งการป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยยึดหลักการดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (person-centered care) การลดอันตราย (harm reduction) และการฟื้นฟูที่ยั่งยืน (recovery-oriented approach) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2021) เน้นย้ำว่าการดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชน และการลดการตีตราทางสังคม โดยการดูแลแบบบูรณาการอย่างเป็นระบบ ได้แก่

1.6.1 การประเมินความเสี่ยงโดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน เช่น BPRS PVSS ฯลฯ การประเมินควรครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ประวัติความรุนแรงในอดีต การใช้สารเสพติดร่วม อาการจิตเวชที่ไม่ได้รับการรักษา และการขาดการสนับสนุนทางสังคม Whiting et al. (2021) รายงานว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษา มีความเสี่ยงก่อความรุนแรงสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 4-6 เท่า และความเสี่ยงลดลงถึง 50% เมื่อได้รับยาและการดูแลต่อเนื่อง

1.6.2 การจัดการเชิงรุก (Proactive Management)

การจัดการเชิงรุก เป็นการป้องกันการกำเริบของอาการเป็นกุญแจสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง การตรวจจับสัญญาณเตือนล่วงหน้า (early warning signs) และการให้การช่วยเหลือในทันที สามารถลดอัตราการกำเริบได้ร้อยละ 30-40 และลดความรุนแรงของการกำเริบได้ร้อยละ 50 National Institute of Mental Health (2025) กล่าวถึง สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งเป็น

- 1) คำพูด: เกี่ยวกับความคิดอยากตาย ความรู้สึกผิดหรือความละอายอย่างมาก การเป็นภาระแก่ผู้อื่น
- 2) ความรู้สึก: ว่างเปล่า สิ้นหวังติดกับดัก หรือไม่มีเหตุผลที่จะมีชีวิตอยู่ เศร้ามาก วิดกกังวลมากขึ้น กระสับกระส่าย หรือโกรธจัด ความเจ็บปวดทางอารมณ์หรือทางกายที่ทนไม่ได้
- 3) พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง : มีการวางแผนหรือค้นคว้าหาข้อมูลเกี่ยวกับวิธีที่จะตาย การถอนตัวจากเพื่อนฝูง การกล่าวคำอำลา การมอบสิ่งของสำคัญให้ผู้อื่น หรือการทำพินัยกรรม การกระทำที่เสี่ยงอันตราย เช่น การขับรถด้วยความเร็วสูงมาก การสร้าง Crisis Prevention Plan หรือแผนป้องกันภาวะวิกฤต (safety plan) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นสิ่งจำเป็น แผนนี้ควรระบุ (1) สัญญาณเตือนเฉพาะบุคคล (2) กลยุทธ์การจัดการที่ผู้ป่วยสามารถทำได้

(3) ผู้ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน (4) การปรับเปลี่ยนยาชั่วคราว และ (5) สถานการณ์ที่ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.6.3 การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็น โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีความเสี่ยงสูง การศึกษาพบว่า 50% ของการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเวชเกิดขึ้นภายใน 7 วันหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และ 25% เกิดในเดือนแรก ทำให้ช่วงเปลี่ยนผ่านนี้เป็นช่วงวิกฤตที่สุด (Chung et al., 2017) ดังนั้นการติดตามอย่างเข้มข้นในช่วง transitional period จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางปฏิบัติที่ดีควรประกอบด้วย (1) การนัดติดตามภายใน 7 วันหลังออกจากโรงพยาบาล (2) การโทรศัพท์ติดตามภายใน 24-48 ชั่วโมง (3) การเยี่ยมบ้านในกรณีที่เป็น และ (4) การมีช่องทางติดต่อฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมง การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตาม เช่น แอปพลิเคชันบนมือถือ telemedicine และระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติ กำลังได้รับความสนใจเพิ่มขึ้น การใช้แอปพลิเคชันในการติดตามอาการและเตือนการกินยา สามารถเพิ่มการปฏิบัติตามการรักษา และช่วยให้ตรวจพบการกำเริบของอาการได้เร็วขึ้น สำหรับประเทศไทย กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาระบบ Tele-Psychiatry ที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งสามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการได้ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล

1.6.4 การจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการจำกัดพฤติกรรมอย่างเหมาะสม

การจัดสิ่งแวดล้อมและมาตรการจำกัดพฤติกรรมอย่างเหมาะสม เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) แบ่งเป็น

1.การจัดสิ่งแวดล้อม ในโรงพยาบาลควรนำระบบ de-escalation training และ safety planning มาใช้อย่างเป็นระบบ โดย Price et al. (2024) พบว่าการฝึก de-escalation ลดจำกัดพฤติกรรมโดยการผูกมัด (physical restraint) ได้ ร้อยละ 28 และลดเหตุการณ์ความรุนแรงในหอผู้ป่วยได้ ร้อยละ 22 การศึกษาของ Richmond et al. (2012) พบว่าการใช้เทคนิค de-escalation อย่างถูกต้องสามารถลดความจำเป็นในการใช้มาตรการจำกัดร่างกายได้ร้อยละ 50-60 และลดการใช้ยาฉุกเฉินได้ร้อยละ 30-40 หลักการสำคัญของ de-escalation ประกอบด้วย (1) การรักษาความปลอดภัยของตนเอง ผู้ป่วย และผู้อื่น (2) การใช้น้ำเสียงที่สงบและเป็นกันเอง (3) การรับฟังอย่างตั้งใจ (active listening) (4) การให้ตัวเลือกและการควบคุมบางส่วน (5) การหลีกเลี่ยงการทำทนายหรือเผชิญหน้าโดยตรง (6) การให้พื้นที่ส่วนตัวที่เหมาะสม และ (7) การใช้ภาษาที่ไม่คุกคาม

2.การใช้มาตรการจำกัด (restraint and seclusion) ควรเป็นทางเลือกสุดท้ายเท่านั้น และต้องทำภายใต้หลักการที่เคร่งครัด โดยไม่ส่งผลเสียต่อความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย กลยุทธ์ 6 ข้อ ประกอบด้วย (1) ภาวะผู้นำและการสนับสนุนจากผู้บริหาร (2) การใช้ข้อมูลในการขับเคลื่อน (3) การพัฒนาบุคลากร (4) การใช้เครื่องมือประเมินและลดความเสี่ยง (5) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและครอบครัว (6) การทบทวนและลดการใช้มาตรการจำกัด องค์การอนามัยโลก (2019) เน้นย้ำว่าการใช้มาตรการจำกัดต้องเป็นไปตามหลักการ (1) ความจำเป็นโดยจะใช้เมื่อมีความเสี่ยงร้ายแรงต่อความปลอดภัยเท่านั้น (2) สัดส่วนโดยใช้ระดับที่น้อยที่สุดที่เป็น (3) ระยะเวลาสั้นที่สุดควรน้อยกว่า 4 ชั่วโมง (4) การติดตามอย่างใกล้ชิด ควรตรวจสอบทุก 15 นาที และ (5) การทบทวนหลังเหตุการณ์ (post-incident review) เพื่อเรียนรู้และป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ

1.6.5 การสนับสนุนการฟื้นฟูและการกลับเข้าสู่สังคม

การสนับสนุนการฟื้นฟูและการกลับเข้าสู่สังคมของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและต้องการการดูแลอย่างเป็นระบบ การสนับสนุนด้านอาชีพและที่อยู่อาศัยมีความสำคัญต่อการฟื้นฟูระยะยาว การศึกษาของ Bond et al. (2012) พบว่า ผู้ป่วยที่มีงานทำ มีอาการทางจิตน้อยกว่า มีความนับถือตนเองสูงกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ที่ว่างงานอย่างมีนัยสำคัญ Individual Placement and Support (IPS) เป็นโมเดลการสนับสนุนอาชีพที่มีหลักฐานรองรับมากที่สุด สามารถช่วยให้ผู้ป่วยได้งานในตลาดแรงงานทั่วไปได้ร้อยละ 55-60 เมื่อเทียบกับร้อยละ 20-25 ในกลุ่มที่ได้รับบริการอาชีพแบบทั่วไป (OR = 3.24, 95% CI: 2.17-4.84) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและเครือข่ายสนับสนุนและการให้ความรู้และการสนับสนุนครอบครัวเป็นส่วนสำคัญของการดูแลนับเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้กลับเข้าสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ

2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย

2.1 ความหมายของความคิดและพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี (Chang, Gitlin & Patel, 2011; Värnik, 2012; WHO, 2018) องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่าทั่วโลกจะมีคนฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น 1.5 ล้านคน ในปี พ.ศ.2563 และการพยายามฆ่าตัวตายจะมากกว่าการฆ่าตัวตายสำเร็จ ประมาณ 20 เท่า (WHO, 2006) ในแต่ละปีจะมีคนฆ่าตัวตายซ้ำ 400-500 คน ต่อแสนประชากร (WHO, 2003)

การฆ่าตัวตายมาจากภาษาละตินว่า “suicidium” เป็น “การกระทำต่อการมีชีวิตของตัวเอง” (Stedman's Medical Dictionary 28th ed. 2006) การฆ่าตัวตายมีความเกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์และพฤติกรรม (Silverman, 2006) ที่อาจเรียกรวม ๆ ได้ว่า พฤติกรรมฆ่าตัวตาย 0 (suicidal behavior) ซึ่งครอบคลุมถึงความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) พยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) และการฆ่าตัวตายสำเร็จ (completed suicidal) โดยองค์การอนามัยโลกให้คำจำกัดความการฆ่าตัวตายว่าเป็นการกระทำโดยเจตนาฆ่าตัวเองอย่างไตร่ตรองมาแล้ว (WHO, 2014) แตกต่างจากการทำร้ายตนเอง (self-harm) ซึ่งหมายถึงการกระทำที่มีความมุ่งหมายให้เกิดความเจ็บปวดหรือบาดเจ็บจากยาพิษหรือการทำให้ตนเองบาดเจ็บ ซึ่งอาจมีความรุนแรงถึงชีวิตหรือไม่ก็ได้

Williams & Wilkins (2006) ให้ความหมายของการฆ่าตัวตายไว้ว่า การฆ่าตัวตายหรือการฆ่าตัวตายสมบูรณ์แบบ หมายถึง การกระทำที่จะปลิดชีพตน ส่วนความพยายามฆ่าตัวตายหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย คือ การทำร้ายตนเอง โดยมีความปรารถนาว่าจะจบชีวิตตนแต่ไม่ถึงแก่ความตาย

การฆ่าตัวตาย หมายถึง การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่พยายามหลุดพ้นจากการมีชีวิตอยู่ต่อไปด้วยความมุ่งมั่นที่จะจบชีวิตตนเอง (Hutchinson Encyclopedia of Biography, 2000 cited in Gamino et al., 2006) การฆ่าตัวตายสามารถพบได้ในทุกเชื้อชาติและวัฒนธรรมทั่วประเทศ ถือเป็น การตอบสนองต่อความเครียดที่ผิดปกติของภาวะวิกฤตในชีวิต

Paris,J (2002) กล่าวว่า การฆ่าตัวตาย หรืออัตวินิบาตกรรม เป็นการกระทำให้ตนเองถึงแก่ความตายอย่างตั้งใจการฆ่าตัวตายมักเกิดจากภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล ความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง

การพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempts) เป็นการกระทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองไม่ถึงแก่ชีวิตหรือบุคคลนั้นได้ตั้งใจระดับหนึ่งที่จะฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ อาจถูกขัดขวาง มีคนช่วยทัน หรือเปลี่ยนใจและผู้นั้นอาจมีหรือไม่มีอาการบาดเจ็บหรือเป็นอันตรายก็ได้ (มานิช หล่อตระกูล, 2553) หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ไม่ร้ายแรง เป็นการทำร้ายตนเองด้วยความปรารถนาที่จะจบชีวิตแต่ไม่มีผลทำให้ตาย (Krug, 2002)

Mc Laughlin (1993) กล่าวว่า พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งออกถึงความตั้งใจของการฆ่าตัวตายแบ่งได้ 4 ระดับ คือ

1) ความคิดที่จะฆ่าตัวตาย (suicidal ideations) อย่างน้อยใน 2 สัปดาห์ หรือจิตแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2) การพยายามฆ่าตัวตายโดยการทำร้ายตนเองแต่ไม่ตาย (parasuicide) เช่น ทำให้ตนเองบาดเจ็บหรือกินยาที่เกินขนาด

3) การพยายามฆ่าตัวตายอย่างตั้งใจชัดเจน (suicidal attempts) มีการวางแผนและลงมือกระทำการฆ่าตนเองแต่ไม่ตาย

4) ฆ่าตัวตายสำเร็จ (committed suicide หรือ completed suicidal) การฆ่าตัวตาย คำกริยาตามปกติในงานวิจัย งานวิชาการและวารสาร หมายถึง การกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Olson, 2011) (Beaton, Forster & Maple, 2013) บางกลุ่มแนะนำให้ใช้คำว่า completed suicide (การฆ่าตัวตายสำเร็จการเอาชีวิตของตนเอง การฆ่าตัวตาย หรือฆ่าตนเอง) แทนคำว่า committed suicide (Beck, Resnik & Lettieri, 1974) ฝ่ายที่ใช้คำว่า commit อ้างเหตุผลว่า การฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญา บาบ หรือผิดศีลธรรม (Ball, 2005)

สรุปได้ว่า การฆ่าตัวตายจึงไม่ได้มีความหมายเพียงแค่การลงโทษตนเองหรือการกระทำด้วยวิธีการต่างๆ ที่มุ่งมันจะทำลายตนเองให้ตาย โดยอาจมีการวางแผน หรือไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า แต่เป็นการกระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนเป็นเหตุให้เสียชีวิต แต่การฆ่าตัวตายมีความเชื่อมโยงกับระบบ วิถีชีวิต ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในขณะนั้นที่มีความสัมพันธ์กันกับการตัดสินใจของบุคคลที่จะฆ่าตัวตายหรือจะมีชีวิตอยู่ต่อไป หากการกระทำนั้นๆ สำเร็จก็จะทำให้เกิดการสิ้นสุดของชีวิตในที่สุด แต่ถ้าไม่เสียชีวิตจะด้วยเหตุผลใดก็ตามถือว่าบุคคลนั้นพยายามฆ่าตัวตาย

2.2 สาเหตุของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายตามแนวคิดและทฤษฎี

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าพฤติกรรมกรรมการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลก การทำความเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายผ่านกรอบทฤษฎีที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวคิดและทฤษฎีหลักในการอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นดังนี้

2.2.1. ทฤษฎีความปรารถนาและความสามารถในการฆ่าตัวตาย (Interpersonal Theory of Suicide) ทฤษฎีของ Joiner (2005) ซึ่งได้รับการพัฒนาและยืนยันอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เสนอว่า

การฆ่าตัวตายเกิดขึ้นจากปัจจัยสำคัญสามประการที่มาบรรจบกัน ได้แก่ (1) การรับรู้ที่ตนเองเป็นภาระต่อผู้อื่น (perceived burdensomeness) (2) การรู้สึกไม่มีความเป็นเจ้าของหรือไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม (thwarted belongingness) และ (3) ความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนในการฆ่าตัวตาย (acquired capability for suicide) (Chu et al., 2017) การศึกษาอภิมานวิเคราะห์โดย Chu และคณะ (2017) ที่วิเคราะห์งานวิจัย 122 ชิ้น พบว่าทั้งสามองค์ประกอบนี้มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ที่ตนเองเป็นภาระ ($r = 0.49$)

2.2.2 ทฤษฎีความเครียด-ภาวะเปราะบาง (Stress-Diathesis Model) ทฤษฎีนี้อธิบายว่าพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภาวะเปราะบางของบุคคล (diathesis) กับเหตุการณ์ความเครียด (stress) Mann et al. (2021) อธิบายว่าภาวะเปราะบางประกอบด้วยปัจจัยทางพันธุกรรม ประสบการณ์ในวัยเด็กที่เป็นลบ และลักษณะบุคลิกภาพแบบใคร่รู้ เมื่อบุคคลที่มีภาวะเปราะบางสูงเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเฉียบพลัน เช่น การสูญเสียคู่ครอง ปัญหาการเงิน หรือความขัดแย้งในความสัมพันธ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ การศึกษาเชิงอภิมานพบว่าประมาณ 40-55% ของความแปรปรวนในพฤติกรรมฆ่าตัวตายสามารถอธิบายได้จากปัจจัยทางพันธุกรรม (Brent & Mann, 2006)

2.2.3 ทฤษฎีแบบบูรณาการแรงจูงใจและความสามารถ (Integrated Motivational-Volitional Model: IMV) พัฒนาโดย O'Connor และ Kirtley (2018) เป็นกรอบแนวคิดแบบบูรณาการที่อธิบายเส้นทางจากความคิดฆ่าตัวตายไปสู่การลงมือทำ โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) ระยะก่อนแรงจูงใจ (pre-motivational phase) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยภูมิหลังและเหตุการณ์กระตุ้น (2) ระยะแรงจูงใจ (motivational phase) ที่ความคิดฆ่าตัวตายเกิดขึ้นและทวีความรุนแรง และ (3) ระยะการลงมือ (volitional phase) ที่มีการเปลี่ยนจากความคิดสู่การกระทำ ทฤษฎีนี้เน้นย้ำบทบาทของปัจจัยกั้นกรง (moderators) ที่สามารถเพิ่มหรือลดความเสี่ยงในแต่ละระยะ จากการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่น 3,596 คน พบว่า การรับรู้ที่ตนเองติดกับดักหรืออับจนหนทาง (entrapment) ทำนายความคิดฆ่าตัวตายได้ 37% ของความแปรปรวน (O'Connor et al., 2021)

การศึกษาโดย Dhingra et al. (2023) ในกลุ่มประชากร 1,158 รายในสหราชอาณาจักร พบว่า ปัจจัยกั้นกรงระยะแรงจูงใจที่สำคัญ ได้แก่ ความรู้สึกติดกับดัก (entrapment) ซึ่งอธิบายความแปรปรวนของความคิดฆ่าตัวตายได้ถึง 42% การรับรู้ความพ่ายแพ้ (defeat) และการขาดทักษะการแก้ปัญหา ส่วนปัจจัยระยะการลงมือที่สำคัญคือความเจ็บปวดทางกายที่เรื้อรัง (OR = 2.34, 95% CI: 1.67-3.28) การเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย (OR = 3.12, 95% CI: 2.21-4.40) และการวางแผนล่วงหน้า (OR = 4.87, 95% CI: 3.45-6.88) โมเดลนี้มีความสามารถในการทำนายการพยายามฆ่าตัวตายที่ความไว (sensitivity) 78% และความจำเพาะ (specificity) 82%

2.2.4. ทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตาย (Three-Step Theory) Klonsky และ May (2015) เสนอทฤษฎีที่เน้นบทบาทของความเจ็บปวดทางจิต (psychological pain) และความสิ้นหวัง (hopelessness) ในการเกิดความคิดฆ่าตัวตาย ทฤษฎีนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่ออธิบายความเชื่อมโยงของการเกิดขึ้นของความคิดฆ่าตัวตายกับการพยายามฆ่าตัวตายด้วยปัจจัย 4 ประการ ได้แก่ 1) ความเจ็บปวด (Pain) 2) ความรู้สึกสิ้นหวัง (Hopelessness) 3) การมีความเชื่อมโยงทางสังคมน้อย (Connectedness) และ 4) ศักยภาพที่จะฆ่าตัวตาย (Suicide capacity) องค์ประกอบของทฤษฎีมี 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1: การพัฒนาของความคิดฆ่าตัวตาย ความคิดฆ่าตัวตายพัฒนาจากความเจ็บปวด โดยความเจ็บปวดนั้นไม่ได้หมายถึงความเจ็บปวดทางจิตใจ หรือความเจ็บปวดทางด้านอารมณ์เพียงเท่านั้น แต่ยังมีความเจ็บปวดที่เกิดจากประสบการณ์ของชีวิต ทั้งนี้ อาศัยความรู้สึกเจ็บปวดอย่างเดียวอาจจะไม่เพียงพอที่จะสร้างความคิดฆ่าตัวตายได้ ความรู้สึกสิ้นหวัง จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อบุคคลมีความรู้สึกสิ้นหวังร่วมกับความรู้สึกเจ็บปวดวันแล้ววันเล่า จะส่งผลให้มีอาการเจ็บปวดเพิ่มมากขึ้นและก่อให้เกิดความคิดฆ่าตัวตาย

ขั้นตอนที่ 2: ความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายสูงหรือปานกลาง (Strong versus moderate ideation) ขั้นตอนนี้มุ่งประเด็นไปที่ศักยภาพของความคิดและพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายที่มีความเชื่อมโยงกัน บ่อยครั้งที่เมื่อกล่าวถึง “ความเชื่อมโยงทางสังคม” หมายถึง ความเชื่อมโยงระหว่างบุคคล หรือความเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น หมายถึงความสัมพันธ์ของบุคคลกับหน้าที่การงาน บทบาทความสนใจ หรือความรู้สึกที่รับรู้ได้ถึงเป้าหมาย และความตั้งใจในการมีชีวิตอยู่ ทั้งยังมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเจ็บปวด และสิ้นหวังซึ่งอาจทำให้มีความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น เช่น การมีความคิดว่า “ฉันคิดว่าบางทีอาจจะดีกว่าถ้าหากฉันตายไปเสียสักคน” หรือ “หากฉันมีโอกาส ฉันต้องการฆ่าตัวตาย” เป็นต้น ความล้มเหลวเกี่ยวกับความเชื่อมโยงทางสังคม มีความหมายใกล้เคียงกับความรู้สึกเป็นภาระที่อธิบายด้วยทฤษฎี IPTS อย่างไรก็ตาม ทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตายได้อธิบายว่าความเชื่อมโยงทางสังคมเป็นปัจจัยเสี่ยงในระดับสูงต่อการเกิดความรู้สึกเจ็บปวด และความรู้สึกสิ้นหวัง ตามลำดับ

ขั้นตอนที่ 3: ปัจจัยกำหนดที่สำคัญของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ ศักยภาพบุคคลนั้นที่จะพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งเมื่ออ้างอิงตามแนวคิดทางชีววิทยาและวิวัฒนาการ จะเห็นว่ามนุษย์จะมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงความรู้สึกเจ็บปวด การได้รับบาดเจ็บหรือความตาย จึงเป็นเรื่องค่อนข้างยากที่บุคคลจะพยายามฆ่าตัวตาย แม้จะมีความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายก็ตาม ดังที่ได้กล่าวข้างต้นว่าศักยภาพที่จะฆ่าตัวตายนั้นเป็นการกล่าวอ้างถึง การรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระ ต่ำต้อยด้อยค่า ความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม ความรู้สึกเจ็บปวด ความกลัว ซึ่งสัมพันธ์กับประสบการณ์ในชีวิตของแต่ละบุคคล เช่น การทำร้ายตนเอง การมีความคิดทำร้ายตนเอง ประวัติการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อน เป็นต้น สามารถจำแนกตัวแปรที่มีผลต่อศักยภาพที่จะฆ่าตัวตายได้ ดังนี้ 1) ตัวแปรด้านการจัดการ (Dispositional) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะทางพันธุกรรม เช่น ความไวรับ (Sensitivity) กับความเจ็บปวด จะมีความสามารถหรือศักยภาพ ที่จะพยายามฆ่าตัวตายสูง ในขณะที่บุคคลที่มีภาวะกลัวบางอย่าง เช่น กลัวเลือด จะมีศักยภาพที่จะพยายามฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า 2) ตัวแปรด้านสิ่งที่รับมา (Acquired) หมายถึง ประสบการณ์ที่สัมพันธ์กับความเจ็บปวด ความรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น ความรู้สึกต่ำต้อยด้อยค่า และแปลกแยกจากสังคม ความกลัว และความตาย ซึ่งสามารถพัฒนาระดับความเข้มข้นของศักยภาพที่จะพยายามฆ่าตัวตายได้ และ 3) ตัวแปรด้านการปฏิบัติ (Practical) หมายถึง ปัจจัยที่มีความเป็นรูปธรรมที่ทำให้บุคคลพยายามฆ่าตัวตายได้ง่ายขึ้น เช่น บุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตาย และมีความรู้เกี่ยวกับวิถีทางที่จะใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย อาทิ ผู้ที่มีความรู้วิธีการใช้ปืนจะมีความสามารถที่จะพยายามฆ่าตัวตายได้มากกว่าผู้ที่ไม่รู้วิธีการใช้ปืน เป็นต้น ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการจัดการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติมีส่วนสนับสนุนศักยภาพของบุคคลที่จะพยายามฆ่าตัวตาย โดยบุคคลผู้มีความเข้มข้นของความคิดฆ่าตัวตายสูงจะพยายามฆ่าตัวตายถ้าหากมีศักยภาพเพียงพอที่จะลงมือพยายามฆ่าตัวตาย จึงอาจสรุปได้ว่าทฤษฎีสามขั้นตอนของการฆ่าตัวตายสามารถนำไปใช้อธิบายความเชื่อมโยงของความคิดกับการพยายามฆ่าตัวตายได้ทั้งนี้ ปัจจัยและกระบวนการที่สนับสนุนการพัฒนาความคิดฆ่าตัวตายมีความแตกต่างจากกระบวนการที่ควบคุมการเปลี่ยนผ่านจากความคิดไปสู่การลงมือพยายามฆ่าตัวตาย ดังนั้น การระบุปัจจัยที่แยกความแตกต่างระหว่างบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ ประวัติการพยายามฆ่าตัวตายยังเป็นปัจจัยทำนายที่เพิ่มความเสี่ยง 38.2 เท่า (Franklin et al., 2020) ปัจจัยทางสังคมประกอบด้วย การว่างงาน การแยกตัวทางสังคม ประวัติการถูกละเมิด และการเข้าถึงอาวุธปืนหรือยาพิษ ในการติดตามต่อเนื่อง 12 เดือนในผู้ใหญ่ 1,146 รายพบว่าความเจ็บปวดทางใจทำนายความคิดฆ่าตัวตายในรายใหม่ได้ (OR = 2.84, 95% CI [1.92, 4.21]) (Ducasse et al., 2018)

2.3 ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงและมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมักแสดงลักษณะพฤติกรรมที่ซับซ้อนและเป็นอันตรายสูง โดยมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปถึง 12-15 เท่า และมักเลือกวิธีการที่รุนแรงและมีโอกาสเสียชีวิตสูง เช่น การแขวนคอ (45%), การกระโดดจากที่สูง (23%), และการใช้อาวุธ (18%) มากกว่าการกินยาเกินขนาด (Runeson et al., 2017) พฤติกรรมเตือนสำคัญ รวมถึงการแสดงความรุนแรงต่อผู้อื่นก่อนพยายามฆ่าตัวตาย 1-2 สัปดาห์ (พบใน 34% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ), การพูดถึงความตั้งใจจะตายอย่างชัดเจน (67%), การเตรียมการอย่างมีแผน เช่น การเขียนจดหมายลาโลก (41%), การจัดการทรัพย์สิน (28%), และการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการฆ่าตัวตายทางอินเทอร์เน็ต (52%) (Large et al., 2017; Ribeiro et al., 2016) กลุ่มนี้มักมีประวัติการใช้สารเสพติดร่วม (73%), โดยเฉพาะแอลกอฮอล์และสารกระตุ้นประสาท ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงการทำร้ายตนเองและผู้อื่นขณะอยู่ภายใต้อิทธิพลสาร (OR = 8.9) (Fazel et al., 2015) พฤติกรรมอื่นที่สำคัญคือการหลีกเลี่ยงการรักษาหรือหยุดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ (พบใน 68% ก่อนเกิดเหตุการณ์), การแยกตัวจากสังคมและครอบครัวอย่างกะทันหัน, การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่แย่ลง, และการแสดงออกทางอารมณ์ที่ผันผวนรุนแรง โดยเฉพาะความโกรธที่ควบคุมไม่ได้ (present in 59% within 48 hours before attempt) (Conner et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่า 82% มีประวัติการทำร้ายตนเองแบบไม่ร้ายแรงมาก่อน (non-suicidal self-injury) ซึ่งเป็นปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้นในอนาคต (HR = 4.2, 95% CI: 3.1-5.7) (Klonsky et al., 2016) การตระหนักและติดตามพฤติกรรมเหล่านี้อย่างใกล้ชิดเป็นกุญแจสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายและการก่อความรุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง Fazel และคณะ (2019) ระบุว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ในปีแรกของการเกิดโรค โดยเฉพาะในผู้ที่มีการทำงานก่อนป่วยดี (high premorbid functioning) และมีความฉลาดสูง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมี insight หรือความตระหนักรู้ในอาการของตนเองสูง ซึ่งส่งผลให้เกิดความสิ้นหวังและความรู้สึกที่ว่าชีวิตของตนเองจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติได้ การศึกษาของ Davis และคณะ (2020) เรียกปรากฏการณ์นี้ว่า "insight paradox" ซึ่งความตระหนักรู้ที่มากเกินไปอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แม้ว่าโดยทั่วไปแล้ว insight จะถือเป็นสิ่งที่ดีสำหรับการรักษาโดยขึ้นกับลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงแยกรายโรคที่พบบ่อยมี ดังนี้

2.3.1. โรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 5 (Laursen & Munk-Olsen, 2012; Laursen, Nordentoft & Mortensen, 2013) สัมพันธ์กับอาการทางจิตที่กำเริบ เช่น ความคิดหวาดระแวง หลงผิดว่ามีคนปองร้าย ประสาทหลอน หูแว่วมีเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง นอกจากนี้ Palmer et al. (2005) ได้รายงานการศึกษาแบบ meta-analysis งานวิจัยที่ ศึกษาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 61 เรื่อง พบว่าความชุกชั่วชีวิตของการฆ่าตัวตายสำเร็จในผู้ป่วยจิตเภทอยู่ที่ร้อยละ 5.6 (95% CI 3.7%-8.5%) และโรคจิตเภทในระยะที่มีอาการครั้งแรกมีอัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าโรคจิตอื่น ๆ ถึง 2.7 เท่า ส่วนการศึกษาอย่างเป็นระบบ

ของ Taylor et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 66 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 49 มีการพยายามฆ่าตัวตายและร้อยละ 18 มีการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการมีโรคร่วมทางจิตเวช มีปัญหาทางอารมณ์ การมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช จะทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มมากขึ้น ส่วนงานวิจัยอื่น ๆ ประมาณการว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของคนที่ฆ่าตัวตายสำเร็จสามารถวินิจฉัยได้ว่า มีบุคลิกภาพผิดปกติกับความผิดปกติของสมองพบมากที่สุด (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004) ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Kapur, 2009) และความผิดปกติในการกินก็มีความเสี่ยงสูง (Tintinalli & Judith, 2010)

ปีแรกๆ หลังจากได้รับการวินิจฉัยมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูงที่สุด (Brown, Kim, Mitchell, & Inskip, 2010 ; Robinson et al., 2010 ; Simon et al., 2018) ผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมักเป็นคนหนุ่มสาว เป็นชาย มีการศึกษาสูง หรือมีระดับสติปัญญาสูง (Cassidy, Yang, Kapczinski, & Passos, 2018 ; Hor & Taylor, 2010 ; Popovic et al., 2014) อย่างไรก็ตาม การศึกษาทะเบียนในประเทศจีนพบว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ชาย เช่นเดียวกับประชากรทั่วไป (Phillips, Yang, Li, & Li, 2004) เมื่อพิจารณาถึงลักษณะทางคลินิก อาการซึมเศร้า รวมถึงความสิ้นหวัง การพยายามฆ่าตัวตายครั้งก่อน และการปฏิบัติตามการรักษาที่ไม่ดี มีความเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย (Cassidy et al., 2018 ; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair, & Deeks, 2005 ; Hor & Taylor, 2010 ; Popovic et al., 2014) การใช้สารเสพติดร่วมยังคงดูเหมือนจะทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและความพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น (Cassidy et al., 2018 ; Hawton et al., 2005 ; Hor & Taylor, 2010) Hor และ Taylor (2010) พบว่าประสาทหลอนทางการได้ยินและความเชื่อผิดๆ เป็นปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.3.2 โรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงมากกว่าประชากรทั่วไป 6.2 เท่า (Bruins et al., 2014; Sarris, O'Neil, Coulson, Schweitzer & Berk, 2014) เพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Sharifi et al., 2015) อาการที่สำคัญ คืออาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย มักเป็นตลอดวัน นานกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร สมาธิบกพร่องหรือมีความรู้สึกผิด โดยมีแนวคิดที่ว่าโรคซึมเศร้าเป็นผลจากสารเคมีในร่างกายผิดปกติโดยเฉพาะซีโรโทนิน (Fontaine & Fletcher, 1999) ผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมีสาเหตุจากโรคซึมเศร้าร้อยละ 20-35 เพศชายที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จได้มากกว่าเพศหญิง 5 เท่า (Sadock & Sadock, 2007) Isometsa (2014) ได้กล่าวถึงปัจจัยเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทั้งที่สำเร็จแล้วและพยายามฆ่าตัวตายในโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าพฤติกรรมการฆ่าตัวตายในโรคอารมณ์มีความสัมพันธ์อย่างมากกับระยะเวลาของการดำเนินของโรค พฤติกรรมเหล่านี้ส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในช่วงที่เป็นโรคซึมเศร้าและอารมณ์ผสม ด้วยเหตุนี้ ผู้เขียนจึงสรุปได้ว่าการลดระยะเวลาของภาวะเสี่ยงสูงอาจเป็นมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการลดความเสี่ยงโดยรวมของการกระทำฆ่าตัวตาย ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ระบุได้ ได้แก่ การเกิดโรคร่วมกับการใช้สารเสพติดหรือโรคบุคลิกภาพคลัสเตอร์ปี ความสิ้นหวัง ลักษณะนิสัยก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น ประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้ายในวัยเด็กและเมื่อไม่นานนี้ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่ไม่ดี

โรคซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมฆ่าตัวตาย Bachmann (2021) พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้น 20 เท่าเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป โดยประมาณร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมีอาการซึมเศร้าในขณะนั้น ลักษณะพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญประกอบด้วย (1) ความสิ้นหวังอย่างรุนแรง (2) ความรู้สึกไร้คุณค่าและรู้สึกผิดมากเกินไป (3) อาการทางจิตร่วม เช่น ภาพหลอนหรือความเชื่อหลงผิดในเรื่องการถูกลงโทษหรือความตาย (4) การนอนไม่หลับอย่างรุนแรงและต่อเนื่อง และ (5) ความวิตกกังวลร่วมด้วย การศึกษาติดตามระยะยาว 10 ปีในผู้ป่วยซึมเศร้า 2,861 ราย พบว่าช่วงเสี่ยงสูงสุดคือ 3 เดือนแรกหลังการวินิจฉัยและระยะ 4-6 สัปดาห์หลังเริ่มยาต้านอาการซึมเศร้า (Erlangsen et al., 2020) นอกจากนี้ การศึกษาของ Oquendo et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมีอัตราการพยายามฆ่าภายใน 1 ปีสูงถึงร้อยละ 16.3 โดยการวางแผนฆ่าตัวตายล่วงหน้า (premeditation) เป็นตัวทำนายที่แข็งแกร่ง (HR = 3.24, 95% CI [2.11-4.97])

2.3.3 โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) จากการศึกษาของ Costa et al. (2015) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พบว่าการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชื่อมโยงทั้งทางตรงและทางอ้อม ดังนี้ (1) เป็นโรคอารมณ์สองขั้วในช่วง depressive episode (2) พันธุกรรม ผู้ป่วยที่มีประวัติครอบครัวมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายและมีปัญหาด้านอารมณ์ (major affective disorder) พบยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายคือ Tryptophan hydroxylase 1 (TPH 1) และ Tryptophan hydroxylase 2 (TPH 2) (3) ยาและสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยาต้านเศร้า สามารถลดความเสี่ยงได้ (4) ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่า cortisol ในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่พยายามฆ่าตัวตายมีค่าสูงกว่าผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่ไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายตามข้อมูลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วในช่วงระยะอารมณ์สงบ พบระดับความแตกต่างของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายและไม่ฆ่าตัวตายแตกต่างกันที่ 0.05 µg/dl (5) ปัจจัยด้านจิตใจ ความรู้สึกสิ้นหวังในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญมากและมักเกิดขึ้นในช่วงแรกของการเจ็บป่วย (6) ปัจจัยด้านศาสนาและความเชื่อ ประเมินจาก RFLI (Reason For Living Inventory) เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนาน้อย (low Religious Involvement (LRI)) กับผู้ที่เกี่ยวข้องกับศาสนามาก (High Religious Involvement (HRI)) พบว่าที่เกี่ยวข้องกับศาสนามาก (HRI) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต่ำกว่า

จากรายงานอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายที่คล้ายกันในโรคไบโพลาร์ชนิดที่ 1 และ 2 (Novick, Swartz และ Frank, 2010) คณะทำงานด้านการฆ่าตัวตายของสมาคมโรคไบโพลาร์ระหว่างประเทศได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายและการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย (Schaffer et al., 2015) จากรายงานการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป ผลการศึกษาระบุว่าการพยายามฆ่าตัวตายในโรคไบโพลาร์มีความเกี่ยวข้องกับเพศหญิง (OR = 1.54, 95% CI: 1.44–1.66) ในขณะที่ยังพบว่าการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายพบได้บ่อยในผู้ชาย (OR = 1.83, 95% CI: 1.41–2.39) ประวัติครอบครัวที่มีประวัติการฆ่าตัวตายในระดับที่ 1 ส่งผลให้มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นทั้งในการพยายามฆ่าตัวตาย (OR = 1.69, 95% CI: 1.25–2.27) และการเสียชีวิต (OR = 2.91, 95% CI: 1.54–5.48) ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ สำหรับการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ อายุที่เริ่มป่วยน้อยกว่า (-2.99 ปี, 95% CI: -3.78--2.20),

ภาวะซึมเศร้าของทั้งอาการป่วยครั้งแรก (OR = 1.92, 95% CI: 1.39–2.65) และอาการปัจจุบันหรือล่าสุด (OR = 5.99, 95% CI: 1.75–20.5), คลัสเตอร์ B/บุคลิกภาพแบบก้าวร้าวที่มีภาวะแทรกซ้อน (OR = 2.51, 95% CI: 1.91–3.3), โรควิตกกังวล (OR = 1.81, 95% CI: 1.66–1.97) หรือโรคการใช้สารเสพติด (OR = 1.81, 95% CI: 1.31–2.50) โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์

2.3.4 โรคนบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) พบมากในกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวไม่มั่นคง หุนหันพลันแล่น หรือสนใจแต่ตนเอง เรียกร้องความต้องการหรือความสนใจจากบุคคลอื่น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคม (antisocial) จะมีการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อปีประมาณ ร้อยละ 10-15 (Shives, 2005) และพบว่าบุคลิกภาพต่อต้านสังคมร่วมกับมีอาการซึมเศร้า จะมีอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตายสูงมากขึ้น ส่วนบุคคลที่มีบุคลิกภาพแบบหุนหันพลันแล่น (impulsive) จะมีการพยายามฆ่าตัวตายได้เช่นกัน เมื่อได้รับรู้ในสิ่งที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง อาจจะมีการตอบสนองทางอารมณ์โดยใช้ความรุนแรง นอกจากนี้บุคลิกภาพชอบแสดงตัว (extroversion) บุคลิกภาพวิตกกังวล (neurotism) มีความสัมพันธ์กับความคิดฆ่าตัวตาย (Frisch & Frisch, 2002) ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติแบบ antisocial ร้อยละ 5 ตายจากการฆ่าตัวตายและเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไป 3.7 เท่า

2.3.5 ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าสองโรค ถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและติดสารเสพติด (Rockville, 2009; Oquendo et al, 2010) นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 80 เคยมารับการรักษาภายใน 1 ปีก่อนฆ่าตัวตาย (Pirkis & Burgess, 1998) และร้อยละ 45 มารับการรักษาภายใน 1 เดือนก่อนฆ่าตัวตาย (Luoma, Martin & Pearson, 2002) และประมาณร้อยละ 25–40 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเคยติดต่อกับหน่วยบริการสุขภาพจิตในปีก่อนหน้านี้ ปัญหาการฆ่าตัวตายในประชากรกลุ่มนี้จึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องศึกษาทั้งสถานการณ์ ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยปกป้องและแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างเร่งด่วน

ความสามารถที่ได้รับการฝึกฝนในการฆ่าตัวตายเป็นองค์ประกอบที่อธิบายว่าทำไมบางคนที่มีความคิดฆ่าตัวตายจึงลงมือทำจริง ซึ่งเกิดจากการสัมผัสซ้ำ ๆ กับความเจ็บปวดหรือประสบการณ์ที่กระตุ้นความกลัวต่อความตาย เช่น การทำร้ายตนเองแบบไม่ฆ่าตัวตาย (non-suicidal self-injury: NSSI) การศึกษาระยะยาวโดย Ribeiro และคณะ (2016) ติดตามผู้เข้าร่วม 3,046 รายเป็นเวลา 50 ปี พบว่าประวัติการทำร้ายตนเองเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายถึง 3-4 เท่า แม้หลังจากควบคุมปัจจัยอื่น ๆ แล้ว โดยทั่วไปการฆ่าตัวตาย มักจะพบว่ามีอาการเจ็บป่วยทางจิตร่วมด้วย ประมาณ ร้อยละ 27-90 (Chang, Gitlin & Patel, 2011; Stone et al, 2018) ประเทศในแถบเอเชีย พบอัตราความผิดปกติทางจิตต่ำกว่าในประเทศตะวันตก (WHO, 2014) ผู้ที่ได้รับเข้ามารักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตลอดชีวิตของพวกเขา ร้อยละ 8.6 (Chang, Gitlin & Patel, 2011) และผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรคสองขั้วเพิ่มความเสี่ยงฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 50 (Kutcher & Chehil, 2012) ส่วนงานวิจัยในประเทศไทย พบว่า ผู้ที่มีประวัติเคยฆ่าตัวตาย เคยมีอาการโรคจิตมาก่อนและมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (โอฬาร ยิ่งเสรี และศศิธร ยิ่งเสรี, 2553) ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Patient Groups at Risk) จากการศึกษาก่อนเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายโดยใช้ข้อมูลร่วมกันระหว่างการสืบค้นหลังเสียชีวิต (Psychological. Autopsies) เวชระเบียน (Medical Record) และการสัมภาษณ์ญาติและเพื่อนพบว่าเป็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชมากกว่าร้อยละ 90 (Arsenault-

Lapierre, Kim & Turecki, 2004; Bertolote & Fleischmann, 2002) ความผิดปกติทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย ได้แก่อารมณ์ คือ โรคอารมณ์สองขั้วและโรคซึมเศร้า (Bostwick & Pankratz, 2000) การใช้สารเสพติด (Inskip, Harris & Barraclough, 1998) โรควิตกกังวล ความหุนหันพลันแล่น ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Nock, Hwang, Sampson et al, 2009; Nock, Hwang, Sampson, Kessler, 2010) และความผิดปกติทางจิต (Palmer, Pankratz & Bostwick, 2005) ทั้งนี้ โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า และโรคพิษสุรา เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ในสถานพยาบาลทั่วไป (Kessler, Chiu, Demler, Merikangas & Walters, 2005) ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตมากกว่าสองโรคถือได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้าและติดสารเสพติด (Rockville, 2009; Oquendo, Currier, Liu, Hasin, Grant & Blanco, 2010) ไกรสิทธิ์ นฤชัตพิชัย (2554) กล่าวว่า คนที่มีลักษณะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ คนที่มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหาในชีวิตได้ไม่ดีคนที่เพิ่งประสบกับความผิดหวังล้มเหลว หรือการสูญเสียในชีวิต ที่รุนแรง ไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียคนรัก คนในครอบครัว การล้มเหลวด้านการงาน การเงิน การเรียน ทำให้เกิดอาการท้อแท้ คนที่ต้องประสบกับการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางกาย เช่น โรคเอดส์โรคมะเร็งคนที่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและคนที่อยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรงมักแสดงออกให้สังเกตเห็นเป็นสัญญาณได้หลายอย่าง เช่น คิดว่าตัวเองไร้ค่า มีแต่ความล้มเหลว ทำอะไรไม่สำเร็จ รู้สึกท้อแท้ รู้สึกว่าตัวเองเป็นภาระ ไม่รู้จะอยู่ไป เพื่ออะไร คิดถึงคนที่ตายไปแล้ว สนใจข่าวการตาย ขาดความสนใจในตัวเอง ปล่อยเนื้อปล่อยตัวไม่ดูแลตัวเองไม่กินข้าวไม่อาบน้ำ ไม่นอน ชอบเก็บตัวตามลำพังแยกตัวจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ขาดความสนใจต่อสิ่งรอบข้าง ไม่รู้สึกสนุกสนานกับสิ่งที่เคยชอบมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มเหล้าจัด ขับรถเร็ว พุดบ่น หรือเขียนข้อความเกี่ยวกับความคิดอยากตาย จัดการกับภาวะสุดท้ายต่างๆ เช่น ทำพินัยกรรมยกสมบัติส่วนตัวให้ผู้อื่น เป็นต้น Beck Steer & Ranieri (1988) อธิบายว่า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสัมพันธ์กับแผนการฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้น หรือความต้องการจะฆ่าตัวตายที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำการ พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความตั้งใจนั้นๆ

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ความผิดปกติทางจิตเวชทำให้อัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชาชนทั่วไป โดยพบว่าผู้ป่วยโรคจิต (psychotic disorders) มีอัตราการฆ่าตัวตาย RR=13.2 (95% CI 8.6-20.3) โรคอารมณ์ (mood disorders) RR= 12.3 (95% CI 8.9-17.1) และโรคความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (personality disorders) RR=8.1 (95% CI 4.6-14.2) โรคความผิดปกติในการใช้สารเสพติด (substance use disorders) RR= 4.4 (95% CI 2.9-6.8) และโรควิตกกังวล (anxiety disorders) RR = 4.1 (95% CI 2.4-6.9) (Too et al., 2019) สำหรับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า พบว่าส่วนใหญ่เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายเป็นเพศชายมากกว่าหญิง โดยอัตราส่วนชายต่อหญิงประมาณ 2 ต่อ 1 และไม่พบความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างอายุกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและรายงานส่วนใหญ่พบผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงในผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็น แยกทาง หย่าร้าง หรืออยู่คนเดียวการมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย และเพิ่มโอกาสเกิดการพยายามฆ่าตัวตายในครั้งต่อไป ยิ่งมีการพยายามฆ่าตัวตายหลายครั้งความเสี่ยงในครั้งต่อไปยิ่งเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ โรคซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายจะมีปัญหาจากการเจ็บป่วยรุนแรงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติมาก ทั้งในแง่ของการที่มีอาการซึมเศร้าตั้งแต่อายุน้อย ป่วยบ่อย และยังมีความคิดฆ่าตัวตายอยู่ ทั้งนี้ อาจเป็นจากตัวโรคซึมเศร้าที่รุนแรงทำให้ผู้ป่วยคิดฆ่าตัวตายบ่อยขึ้น หรือเป็นจากผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ได้ ปัจจัยสำคัญ

ที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่ การไม่มีระยะโรคสงบ หรือการกลับมามีอาการบ่อย ๆ การมีปัญหาอนไม่หลับ การมีภาวะวิตกกังวลหรือโรค ในกลุ่มวิตกกังวล การมีภาวะกายไม่สงบ การดื่มสุราแบบมีปัญหาและการใช้สารเสพติด การมีบุคลิกภาพ ผิดปกติในกลุ่ม B และการมีภาวะก้าวร้าวหรือ หุนหันพลันแล่น Cooper และคณะ (2005) ระบุปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญหลายประการสำหรับการฆ่าตัวตายสำเร็จ หลังจากพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การไม่ได้อาศัยอยู่กับญาติสนิท การหลีกเลี่ยงที่จะถูกพบ ในช่วงเวลาที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และการใช้แอลกอฮอล์ในปัจจุบัน การใช้การทำร้ายตัวเองเป็นปัจจัยเฉลี่ย ในการฆ่าตัวตาย การรักษาทางจิตเวชก่อนหน้านี้ และปัญหาสุขภาพทางกายพบได้ทั่วไปแม้ว่าจะไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติเป็นปัจจัยเสี่ยงก็ตาม อายุและเพศดูเหมือนจะมีบทบาทเช่นกัน โดยผู้ชายและผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มี อายุมากกว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าผู้หญิงและผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อายุน้อยกว่า (Bostwick และคณะ, 2016 ; Hawton และคณะ, 2003) ผลกระทบจากการฆ่าตัวตาย การฆ่าตัวตาย มีผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ และคนใกล้ชิดเป็นอย่างมากโดยเฉพาะการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งทำให้ผู้สูญเสียมีชีวิต อยู่กับความโศกเศร้าและรู้สึกผิดอยู่ตลอดเวลา (มาโนช หล่อตระกูล, 2546) นอกจากนี้ ผู้ที่กระทำการ ฆ่าตัวตายเองหากรอดชีวิตก็อาจเกิดความรู้สึกผิดและถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ สร้างปัญหาให้กับผู้อื่น ซึ่งทำให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำและการกระทำจะเป็นไปในทิศทางที่รุนแรงขึ้นจนเสียชีวิตหรือ เกิดความพิการ หรือการเจ็บป่วยจากการพยายามฆ่าตัวตายที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อมาอย่างมากมาย ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว ประเทศชาติ

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่า ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีความสามารถในการปรับตัวและแก้ปัญหา ในชีวิตได้ไม่ดีเมื่อพบกับปัญหาชีวิต ประสบกับความล้มเหลวหรือการสูญเสียในชีวิตที่รุนแรงไม่ว่าจะเป็น การสูญเสียผู้ที่เป็นที่รักในครอบครัวหรือของมีค่า การล้มเหลวด้านการทำงาน การเงิน การเรียนเจ็บป่วยด้วย โรคร้ายแรงทางกาย เช่น โรคเอดส์ โรคมะเร็ง และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ทำให้เป็นภาระแก่ตนเองและผู้อื่น ทำให้เกิดอาการท้อแท้สิ้นหวังและอยู่ในภาวะซึมเศร้ารุนแรงทำให้มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะมีเจตนา หรือไม่มีเจตนาลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย และจะมีแนวโน้มในการฆ่าตัวตายสูงขึ้น เมื่อมีประวัติการฆ่าตัวตาย หรือมีโรคทางจิตเวชร่วมกับการติดสุรา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า

2.4 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย

สำหรับเครื่องมือในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชมีผู้พัฒนาแบบประเมิน พฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายที่มีความหลากหลายโดยแบ่งเป็นการประเมินในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.แบบประเมินความรุนแรงในการฆ่าตัวตาย (Columbia–Suicide Severity Rating Scale (CSSRS) เป็นแบบประเมินความรุนแรงในการ ฆ่าตัวตายของมหาวิทยาลัยโคลัมเบีย สามารถประเมิน ความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช Sensitivity of 95% Specificity of 95% Positive Predictive Value (PPV) 22.4% Negative Predictive Value (NPV) 99.9% และเมื่อเปรียบเทียบกับ PHQ-9 item 9 ในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย PHQ-9 item 9 พบ Positive suicide risk 24% (22-26) CSSRS พบ Positive suicide risk 6% (5.0-7.4) (Posner et al., 2011; Gill et al., 2015; Viguera et al., 2015)

2 ประเมินความคิดฆ่าตัวตาย พัฒนาขึ้นโดย Beck (Beck et al, 1979; Beck et al, 1988) เป็น แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิด ฆ่าตัวตาย โดยประเมินจากความตั้งใจ

(Intention) ที่จะฆ่าตัวตายของบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 19 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตรา ส่วนประมาณค่า 0-2 คะแนน โดยให้ 0 คะแนน คือ ไม่มี เลย ให้ 1 คะแนน คือ มีเล็กน้อย และให้ 2 คะแนน คือ มีปานกลางถึงมาก คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-38 คะแนน ซึ่งคะแนน 1-6 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ คะแนน 7-12 คะแนน หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และ คะแนนตั้งแต่ 13 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง สามารถใช้ในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย มีค่า Reliability 0.88, $p < 0.001$ และสามารถนำไปประเมินความคิดฆ่าตัวตายเมื่อเปรียบกับการประเมินของ Clinician $RR = 1.6$ (Healy et al. 2006)

3. แบบประเมินความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย (Suicide Intent Scale (SIS) พัฒนาขึ้นโดย Beck (Beck et al, 1974) คะแนน SIS แตกต่างระหว่างการฆ่าตัวตายและผู้รอดชีวิต พบว่า ค่า Positive Predictive Value = 16.7% และ Area Under Curve (AUC) = 0.74 ทดสอบ SIS 4 ข้อ (ฉบับสั้น) ในการทำนาย การฆ่าตัวตาย พบว่า Positive predictive value = 19% และ AUC = 0.82 (Stefansson, Nordstrom, & Jokinen, 2012)

4. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment at Psychiatric Hospital; PISRA-12) พัฒนาโดยชนิษฐา สนเทห์ (2560) ใช้เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำไปสู่แนวทางในการวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ตามความรุนแรงของความเสี่ยงอย่างเหมาะสม รวมทั้งดำเนินการเฝ้าระวัง (Monitor) อย่างต่อเนื่อง มีค่าความไว ร้อยละ 90.4 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 87.5 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.7 มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมิน

5. แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย : Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในปัจจุบัน (Current suicide risk) Sensitivity > 0.75, Specificity > 0.81 และ Positive predictive value > 0.81 เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีความความตรงด้านเนื้อหา ภาษาและเกณฑ์ การวินิจฉัยโรคจิตเวชที่เปรียบเทียบกับกรวินิจฉัยของจิตแพทย์ และใน module C เป็นส่วนของ Suicidality โดยหัวข้อสัมภาษณ์ประกอบด้วย suicidal idea, suicidal plan และ suicidal attempt แล้วรวมคะแนนที่ได้ จำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3 ระดับคือ น้อย (คะแนน 1-8) ปานกลาง (คะแนน 9-16) และรุนแรง (คะแนน ≥ 17) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุณา กิตติรัตน์ไพบุลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ทดสอบความเที่ยง และความเชื่อถือโดยศึกษาในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีค่า ความเชื่อมั่น 0.86

สรุปสำหรับการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ทางคลินิกเพื่อการวินิจฉัยการฆ่าตัวตาย : Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) เพื่อประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายใน ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นความท้าทายสำคัญที่ต้องอาศัยความรู้ ทักษะ และการตัดสินใจทางคลินิกอย่างรอบคอบ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรอง ประเมิน ป้องกัน และดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ตลอด 24 ชั่วโมง การศึกษาพบว่า การพยาบาลที่มีคุณภาพสามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ถึงร้อยละ 26-50 (Zalsman et al., 2016) การพัฒนาแนวทางการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อการยกระดับคุณภาพการดูแลและลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย โดยการช่วยเหลือที่สำคัญในระยะที่มีความเสี่ยงเฉพาะหน้าคือการป้องกันผู้ป่วยจากการทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นกะทันหันควรสังเกตใกล้ชิดระยะหนึ่งจนแน่ใจว่าผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงจึงลดมาตรการในการป้องกันลง การบำบัดรักษาผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประกอบด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553, มาโนช หล่อตระกูล, 2553; Meltzer, 2003; Yerevanian et al., 2003; Tiihonen et al., 2006; Soomro, 2008) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลมีขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการรวบรวมข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพที่สำคัญของผู้ป่วยรวมไปถึงการประเมินความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ (Systematic Risk Assessment) การประเมินความเสี่ยงเป็นขั้นตอนแรกและสำคัญที่สุดในการพยาบาล Silverman et al. (2014) แนะนำให้พยาบาลใช้เครื่องมือประเมินที่มีความตรงและเชื่อถือได้ ได้แก่ (1) Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) ซึ่งมีความไวในการตรวจจับความเสี่ยงสูงร้อยละ 87.3 และความจำเพาะร้อยละ 73.5 (2) Beck Scale for Suicide Ideation (BSS) ที่มี predictive validity สูง (AUC = 0.84) และ (3) Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage (SAFE-T) ที่พัฒนาโดย SAMHSA (2024) เหมาะสำหรับใช้ในหน่วยฉุกเฉิน การประเมินต้องครอบคลุมมิติสำคัญ 6 ด้าน คือ (1) ความคิดและแผนการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (2) ประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย (3) ปัจจัยเสี่ยงทางจิตเวชและสุขภาพกาย (4) สภาพจิตใจและพฤติกรรมปัจจุบัน (5) ปัจจัยป้องกัน เช่น เหตุผลในการมีชีวิต ความเชื่อทางศาสนา และการสนับสนุนทางสังคม และ (6) การเข้าถึงวิธีการที่มีอันตราย การศึกษาของ Mulder et al. (2016) พบว่า การประเมินซ้ำอย่างต่อเนื่องมีความสำคัญมากกว่าการประเมินครั้งเดียว โดยแนะนำให้ประเมินทุก 8-12 ชั่วโมงในระยะเฉียบพลัน เนื่องจากระดับความเสี่ยงสามารถเปลี่ยนแปลงได้อย่างรวดเร็วภายใน 24-48 ชั่วโมง การศึกษาใน 3,048 ผู้ป่วยจิตเวชพบว่าร้อยละ 42 มีการเปลี่ยนแปลงระดับความเสี่ยงภายใน 24 ชั่วโมงแรก นอกจากนี้ การสร้างสัมพันธภาพการรักษา (therapeutic relationship) ในระหว่างการประเมินมีความสำคัญอย่างยิ่ง Brodsky et al. (2018) พบว่า พยาบาลที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ไม่ตัดสิน และสร้างบรรยากาศปลอดภัยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและครบถ้วนมากกว่าถึงร้อยละ 68 เมื่อเทียบกับการสัมภาษณ์แบบตรงไปตรงมาเพียงอย่างเดียว

2. การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นการตัดสินใจทางคลินิกเกี่ยวกับปฏิบัติการตอบสนองของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชนต่อปัญหาสุขภาพที่แท้จริงหรือที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิผล สำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องและครบถ้วนเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการป้องกันการสูญเสียชีวิต สุริยาและคณะ (2567) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วย

จิตเวชและได้กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลและปฏิบัติการพยาบาลตามระยะการเจ็บป่วยของโรค (staging) ดังนี้ 1) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะ Acute phase ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีหิวแหว่เสียงสั่งให้ฆ่าตัวตาย (2) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำ เนื่องจากมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (3) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวต่อผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม เนื่องจากมีอาการทางจิตหลงผิดคิดว่าคนมาปองร้าย 2) ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะ Recovery phase ได้แก่ (1) เสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโทษของยาเสพติด/การจัดการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิต/สัญญาณเตือนของอาการทางจิตกำเริบ/สัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตาย(2) แบบแผนการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น/ไม่ระมัดระวังและหลีกเลี่ยง นอกจากนี้ข้อวินิจฉัยหลักแล้วยังมีข้อวินิจฉัยเสริมที่อาจพบร่วมกัน ได้แก่ รูปแบบการนอนหลับผิดปกติ (Disturbed Sleep Pattern) พบว่าความผิดปกติของการนอนหลับเพิ่มความเสี่ยงต่อความคิดฆ่าตัวตาย 2.79 เท่า (Bernert et al., 2015) ความเจ็บปวดเรื้อรัง (Chronic Pain) เพิ่มความเสี่ยง 2.43 เท่า (Racine, 2018) ความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Role Strain) สำหรับครอบครัวของผู้ป่วย และ การให้ความรู้บกพร่อง (Deficient Knowledge) เกี่ยวกับโรค การรักษา และการจัดการความเครียด

การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ถูกต้องและครบถ้วนสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นรากฐานสำคัญของการวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ข้อวินิจฉัยหลัก คือ "ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย" ซึ่งต้องได้รับความสำคัญสูงสุด โดยมีข้อวินิจฉัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ความสิ้นหวัง ความนับถือตนเองต่ำ การแยกตัวทางสังคม และการใช้กลวิธีการรับมือไม่มีประสิทธิภาพ การประเมินอย่างรอบคอบ การรวบรวมข้อมูลสนับสนุนที่เพียงพอ และการทบทวนข้อวินิจฉัยอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและปลอดภัยสูงสุด

3.การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพยาบาลที่เชื่อมโยงการประเมินและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตาย การวางแผนที่มีคุณภาพสามารถลดอัตราการเสียชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ Stanley & Brown (2012) รายงานว่าการวางแผนการพยาบาลที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สามารถลดการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ร้อยละ 50 ภายใน 6 เดือน และลดจำนวนวันในโรงพยาบาลร้อยละ 30 การวางแผนที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ โดยมุ่งเน้นการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน วางแผนการบำบัดที่เหมาะสม และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

การกำหนดเป้าหมายและผลลัพธ์ที่คาดหวัง(Goal Setting and Expected Outcomes) การกำหนดเป้าหมายเป็นหัวใจสำคัญของการวางแผนการพยาบาล Moorhead et al. (2013) แนะนำให้ใช้ Nursing Outcomes Classification (NOC) เป็นกรอบในการกำหนดผลลัพธ์ที่คาดหวัง โดยเป้าหมายต้องมีลักษณะ SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound) เป้าหมายหลักสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายคือ "ความปลอดภัยและป้องกันการทำร้ายตนเอง" โดยมีผลลัพธ์ที่วัดได้ คือ (1) ผู้ป่วยจะไม่มีการทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายตลอดระยะเวลาการรักษา (2) ผู้ป่วยจะรายงานความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก "รุนแรง" เป็น "ปานกลาง" หรือ "ไม่มี" ภายใน 72 ชั่วโมง และ (3) ผู้ป่วยจะระบุปัจจัยกระตุ้นและสัญญาณเตือนได้อย่างน้อย 3 ข้อ ภายใน 7 วันในขณะที่เป้าหมายระยะยาวมุ่งเน้นการฟื้นฟู

และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยจะมีความคิดฆ่าตัวตายไม่กลับมาอีกภายใน 6 เดือนหลังจำหน่าย (2) ผู้ป่วยจะกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติและมีความพึงพอใจในชีวิตเพิ่มขึ้นตามมาตรวัด WHO Quality of Life-BREF อย่างน้อยร้อยละ 30 ภายใน 3 เดือนและ (3) ผู้ป่วยและครอบครัวจะมีความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรค การรับรู้สัญญาณเตือน และการขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็นโดยผ่านแบบทดสอบความรู้ได้อย่างน้อยร้อยละ 80

4. การปฏิบัติการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาลเป็นขั้นตอนที่สำคัญในกระบวนการพยาบาลที่เชื่อมโยงการวางแผนสู่การดำเนินการจริง การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายต้องยึดหลักการสำคัญหลายประการ ได้แก่ (1) ความปลอดภัยเป็นสิ่งสำคัญสูงสุด ทุกการปฏิบัติต้องคำนึงถึงการป้องกันการทำร้ายตนเองเป็นลำดับแรก (2) การดูแลที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (3) การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เคารพศักดิ์ศรี ความเป็นส่วนตัว และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย (4) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปฏิบัติตามแนวทางที่มีหลักฐานวิจัยสนับสนุน (5) ความต่อเนื่องของการดูแล ประสานงานระหว่างการเปลี่ยนกะ และระหว่างหน่วยงานอย่างราบรื่น และ (6) การทำงานเป็นทีม ร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพอย่างใกล้ชิด Lakeman (2010) พบว่า พยาบาลที่ปฏิบัติตามหลักการเหล่านี้ อย่างเคร่งครัดมีผลลัพธ์ของผู้ป่วยดีกว่าถึงร้อยละ 48 เมื่อเทียบกับที่ไม่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

5. การประเมินผล การประเมินผลเป็นขั้นตอนสุดท้ายที่สำคัญของกระบวนการพยาบาล ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ตรวจสอบความก้าวหน้า ว่าผู้ป่วยมีความคืบหน้าไปสู่เป้าหมายหรือไม่ เพียงใด (2) ประเมินประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล ว่าได้ผลตามที่คาดหวังหรือไม่ (3) ระบุปัญหาหรืออุปสรรคที่ทำให้ไม่บรรลุเป้าหมาย (4) ปรับปรุงแผนการพยาบาล เพื่อให้เหมาะสมและมีประสิทธิผลมากขึ้น และ (5) รับประกันคุณภาพการดูแล อย่างต่อเนื่อง Jefferies et al. (2010) พบว่าการประเมินผลอย่างเป็นระบบเพิ่มอัตราการบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วยร้อยละ 52 และลดระยะเวลาเฉลี่ยในการอยู่โรงพยาบาล

5.1 กระบวนการประเมินผล การประเมินผลประกอบด้วยหลายขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล พยาบาลรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ (1) การสังเกตพฤติกรรมและอาการโดยตรง (2) การสัมภาษณ์ ผู้ป่วยและครอบครัว (3) การใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐาน เช่น C-SSRS, Beck Hopelessness Scale, M.I.N.I. Suicidality (4) การทบทวนเวชระเบียนและบันทึกการพยาบาล และ (5) ข้อมูลจากสมาชิกทีมสหวิชาชีพ การเปรียบเทียบกับเกณฑ์ นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ที่คาดหวังที่กำหนดไว้ในแผนการพยาบาล เช่น เป้าหมายว่าผู้ป่วยจะรายงานความคิดฆ่าตัวตายลดลงจาก "รุนแรง" เป็น "ปานกลาง" ภายใน 72 ชั่วโมง ก็ตรวจสอบว่าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายระดับใดในขณะนี้

การตัดสินผลการพยาบาลว่าเป้าหมายแต่ละข้อ (1) บรรลุ (met) ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรือมีผลลัพธ์ตามที่คาดหวังแล้ว (2) บรรลุบางส่วน (partially met) ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าแต่ยังไม่บรรลุเป้าหมายอย่างสมบูรณ์ หรือ (3) ไม่บรรลุ (not met) ผู้ป่วยไม่มีความก้าวหน้าหรือมีอาการแย่งการวิเคราะห์สาเหตุ หากเป้าหมายไม่บรรลุหรือบรรลุบางส่วน ต้องวิเคราะห์สาเหตุ เช่น (1) การประเมินไม่ครบถ้วน มีข้อมูลไม่เพียงพอ (2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลไม่ถูกต้อง (3) เป้าหมายไม่สมจริงหรือกำหนดเวลาไม่เหมาะสม (4) การแทรกแซงไม่เหมาะสมหรือไม่เพียงพอ (5) การปฏิบัติการไม่สม่ำเสมอหรือไม่มีคุณภาพ (6) ผู้ป่วยหรือครอบครัวไม่ร่วมมือ หรือ (7) เกิดปัญหาใหม่หรือภาวะแทรกซ้อน

การตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการพยาบาลตามผลการประเมิน พยาบาลตัดสินใจว่าควร (1) สิ้นสุดแผน ถ้าเป้าหมายบรรลุแล้วและไม่มีปัญหาใหม่ (2) ดำเนินการต่อตามแผน ถ้าเป้าหมายบรรลุบางส่วนและผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในทิศทางที่ถูกต้อง หรือ (3) แก้ไขปรับปรุงแผน ถ้าเป้าหมายไม่บรรลุหรือมีปัญหาที่ต้องแก้ไข

การแก้ไขอาจเกี่ยวข้องกับการประเมินซ้ำ การปรับข้อวินิจฉัย การกำหนดเป้าหมายใหม่ การเปลี่ยนหรือเพิ่มการรักษา หรือการปรับวิธีการปฏิบัติ

5.2 ตัวชี้วัดผลลัพธ์ที่สำคัญ การประเมินผลต้องใช้ตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้และวัดได้จริง ตัวชี้วัดระดับบุคคล (1) ระดับความเสี่ยงฆ่าตัวตาย วัดด้วย C-SSRS หรือเครื่องมืออื่น ควรลดลงอย่างต่อเนื่อง (2) ความถี่และความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตาย ติดตามจากการรายงานตนเองและการสังเกต (3) ความหวังวัดด้วย Beck Hopelessness Scale คะแนนควรลดลง (4) ความนับถือตนเอง วัดด้วย Rosenberg Self-Esteem Scale คะแนนควรเพิ่มขึ้น (5) ทักษะการรับมือ วัดด้วย Coping Inventory หรือการสาธิตทักษะ (6) การสนับสนุนทางสังคม วัดด้วย Multidimensional Scale of Perceived Social Support (7) การปฏิบัติตามการรักษา วัดจากการกินยาสม่ำเสมอและเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด (8) คุณภาพชีวิตวัดด้วย WHO Quality of Life-BREF และ (9) อาการทางจิตเวช เช่น ระดับความซึมเศร้า ความวิตกกังวล วัดด้วยเครื่องมือมาตรฐาน ตัวชี้วัดระดับระบบ Zalsman et al. (2016) แนะนำให้ติดตามตัวชี้วัดระดับระบบด้วย ได้แก่ (1) อัตราการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วย ควรเป็นศูนย์หรือใกล้เคียง (2) อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำ ภายใน 30 วันและ 6 เดือน ควรต่ำกว่าร้อยละ 15 และ 30 ตามลำดับ (3) ระยะเวลาในโรงพยาบาล ควรเหมาะสมไม่สั้นหรือยาวเกินไป (4) ความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว ควรสูงกว่าร้อยละ 80 (5) การปฏิบัติตามแนวทางคลินิก ควรสูงกว่าร้อยละ 90 และ (6) อัตราการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เช่น การหลบหนี การใช้ restraint ควรต่ำที่สุด

5.3 เวลาและความถี่ของการประเมินผล การประเมินผลต้องทำอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ Riblet et al. (2017) แนะนำว่า (1) การประเมินระหว่างเวร พยาบาลต้องประเมินและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วยทุกเวร (2) การประเมินรายวัน ประเมินเป้าหมายระยะสั้นทุกวัน โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลัน (3) การประเมินรายสัปดาห์ ประเมินเป้าหมายระยะกลางและทบทวนแผนการพยาบาลอย่างเป็นทางการ (4) การประเมินก่อนจำหน่าย ประเมินว่าผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายและพร้อมจำหน่ายหรือไม่ และ (5) การติดตามหลังจำหน่าย ภายใน 48 ชั่วโมง, 7 วัน, 1 เดือน, 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินผลลัพธ์ระยะยาวและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

5.4 การใช้ผลการประเมินเพื่อปรับปรุงคุณภาพ ผลการประเมินควรนำมาใช้ในการพัฒนาคุณภาพ การดูแลอย่างต่อเนื่อง Inagaki et al. (2021) พบว่า หน่วยงานที่ใช้ข้อมูลการประเมินผลเพื่อปรับปรุงอย่างเป็นระบบมีผลลัพธ์ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง กระบวนการประกอบด้วย (1) การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์แนวโน้มและระบุปัญหา (2) การระบุโอกาสพัฒนาหาจุดที่ควรปรับปรุง (3) การวางแผนและดำเนินการปรับปรุง ออกแบบและทดลองใช้วิธีการใหม่ (4) การประเมินผลการเปลี่ยนแปลงตรวจสอบว่าการปรับปรุงได้ผลหรือไม่ และ (5) การทำให้เป็นมาตรฐาน ถ้าได้ผลดีก็นำมาใช้เป็นแนวปฏิบัติประจำ นอกจากนี้ ผลการประเมินควรใช้ในการให้ feedback แก่พยาบาล การฝึกอบรม การวิจัยและการพัฒนานโยบาย

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการที่สำคัญและต้องทำอย่างมีคุณภาพ การปฏิบัติการต้องยึดหลักการที่ชัดเจน โดยเน้นความปลอดภัยเป็นสำคัญสูงสุด การสร้างสัมพันธภาพการรักษา การประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และการใช้การบำบัดรักษาที่มีหลักฐานสนับสนุนเป็นแกนหลัก การประเมินผลต้องทำอย่างเป็นระบบ ใช้ตัวชี้วัดที่เชื่อถือได้และนำผลมาปรับปรุงแผนการดูแลอย่างทันท่วงที ทั้งการปฏิบัติการและการประเมินผลต้องมีการบันทึกที่ดี สื่อสารชัดเจน และทำงานร่วมกับทีมอย่างใกล้ชิด การนำหลักการเหล่านี้ไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะส่งผลให้การดูแลมีคุณภาพสูงและผู้ป่วยมีผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

2.6 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2.6.1 การรักษาด้วยยา

เนื่องจากมีงานวิจัยที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางอารมณ์และการฆ่าตัวตาย ทำให้ยาต้านอาการซึมเศร้าและยาปรับอารมณ์ ได้รับความสนใจอย่างมาก มีรายงานผลการป้องกันการฆ่าตัวตายของการใช้ยาต้านอาการซึมเศร้า (Brent, 2016) อย่างไรก็ตาม ในช่วงเริ่มต้นของการรักษา SSRIs อาจเพิ่มความคิดที่จะฆ่าตัวตาย แต่ไม่เพิ่มการฆ่าตัวตายจริง (Cipriani, Geddes, Furukawa, & Barbui, 2007) นอกจากนี้ ยาเหล่านี้ยังได้รับการพิสูจน์แล้วว่าไม่เพิ่มประสิทธิภาพในการลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Barbui, Esposito, & Cipriani, 2009; Gibbons, Brown, Hur, Davis, & Mann, 2012) เนื่องจากผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักมีความวิตกกังวลและกระสับกระส่ายอย่างรุนแรง จึงอาจแนะนำให้ใช้ยาต้านอาการซึมเศร้าที่มีฤทธิ์กล่อมประสาทหรือยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับร่วมด้วย (Möller, 2016) ประสิทธิภาพของลิเทียมในการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในโรคอารมณ์ได้รับการพิสูจน์แล้วอย่างกว้างขวาง (Del Matto et al., 2020; Smith & Cipriani, 2017) ยารักษาอาการชัก (เช่น คาร์บามาเซพีน วัลโพรเอต ลาโมโทรจีน) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วได้เช่นกัน (Gibbons, Hur, Brown, & Mann, 2009; Miller & Black, 2020) มีรายงานผลการต่อต้านการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับยาต้านโรคจิตรุ่นที่สอง (Aguilar & Siris, 2007; Barak, Mirecki, Knobler, Natan, & Aizenberg, 2004; Ringback Weitof et al., 2014) โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับยาโคลซาพีน (Asenjo Lobos et al., 2010) ในผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder ยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายเป็นยาในกลุ่มใหม่ (second generation) ได้แก่ยา Clozapine มีประสิทธิภาพ ในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ และเมื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา Clozapine และ Olanzapine ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย Schizophrenia และ Schizoaffective disorder พบว่า Clozapine มีประสิทธิภาพมากกว่า Olanzapine RR = 0.618 (95%CI 0.411 - 0.93) (Meltzer, 2003) จากการศึกษาของ Gomez duran et al. (2012) พบว่าการให้ยารักษาอาการทางจิตในระยะยาว จะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ สำหรับผู้ป่วยกลุ่ม Affective disorder spectrum (Bipolar VII disorder, Schizoaffective disorder, Bipolar disorder NOS) พบว่าการให้ยา Lithium และ Anticonvulsants จะมีประสิทธิภาพ ในการช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายสำเร็จ (Yerevanian.et.al., 2003) ส่วนผู้ป่วย Major depression การได้รับการรักษาด้วยยา Antidepressants ตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ดี (Mulder et al., 2008) ยากลุ่ม Antidepressants หลายตัวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและยังช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จซึ่งยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และกลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAS) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น Fluoxetine และการให้ยารักษาอาการทางจิตในระยะยาว (long acting depot antipsychotic) จะสามารถช่วยป้องกันการฆ่าตัวตาย

ในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ส่วนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) การได้รับยา antidepressants ตั้งแต่ช่วงแรกของความเจ็บป่วยจะช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ดียากกลุ่ม antidepressants หลายตัวมีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและยังช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ซึ่งยาในกลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) และ กลุ่ม Tricyclic antidepressants (TCAs) มีประสิทธิภาพในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เช่น sertraline, fluoxetine, citalopram, paroxetine bax amitriptyline (Tiihonen.et.al.,2006) การรักษาด้วยยา เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับรักษาความผิดปกติทางจิตหรือการฆ่าตัวตาย บุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายต้องได้รับการสนับสนุนและติดตามดูแลอย่างเพียงพอสำหรับความผิดปกติทางจิตที่ทำให้มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น ยาทางจิตเวชอาจต้องหลายตัวใช้ผสมกันและมีปริมาณที่ดีที่สุดในการรักษาบุคคลต้องใช้เวลามากกว่าหนึ่งเดือนถึงจะมีผลในการรักษาและพบว่าในช่วงเวลานี้ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ของยาได้บ่อย เกิดความอับอายจากความผิดปกติทางจิต สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ความคิดที่จะฆ่าตัวตายจะลดลงอย่างรวดเร็วหลังจากการฉีดเคตามีนโดยผลจะปรากฏภายในหนึ่งชั่วโมงและคงอยู่ได้นานถึงหนึ่งสัปดาห์ อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลของเคตามีนไม่เพียงต่อความคิดที่จะฆ่าตัวตายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงพฤติกรรมและการติดตามผลในระยะยาว (Lengvenyte, Olie และ Courtet, 2019 ; Wilkinson และคณะ, 2018)

2.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) มีประสิทธิผลในการรักษาผู้ป่วยซึมเศร้า รุนแรง ทั้งที่มีอาการทางจิตและไม่มี โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท จะช่วยในกรณีผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาไม่ได้ผล ในผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่าสามารถลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้ ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าช่วยในการรักษาที่ให้ผลที่เร็วขึ้นแต่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหรือมีความเสี่ยงได้ การศึกษาของ Jørgensen et al.(2024) พบว่า การรักษาด้วยไฟฟ้ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ลดลง (6-month adjusted hazard ratio, 0.68; 95% CI, 0.60-0.78 [Cox regression]; 6-month incidence rate ratio, 0.51; 95% CI, 0.41-0.62 [Poisson regression]).

2.6.3 การบำบัดทางจิตสังคม มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตวิเคราะห์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญาแสดงให้เห็นผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มดีในการลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายทั้งในผู้ใหญ่และเยาวชน (Leavey & Hawkins, 2017 ; Robinson, Hetrick, & Martin, 2011 ; Tarrier, Taylor, & Gooding, 2008) การบำบัดพฤติกรรมเชิงวิชาชีพยังแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้หญิงที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพแบบก้ำกึ่ง (DeCou, Comtois, & Landes, 2019) รวมทั้งการบำบัดทางจิตสังคม สามารถในการลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายลดปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายอื่น ๆ เช่น ความสิ้นหวัง (Power et al. 2003) และอาการซึมเศร้า (Peters et al. 2010; Turkington et al. 2002) และเพิ่มขึ้นความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้ป่วยโรคจิต (Bebbington & Kuipers 1994; Leucht & Heres 2006) โดยการบำบัดทางจิตสังคมในการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มี ดังนี้

2.6.3.1 การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) เป็นจิตบำบัดชนิดหนึ่ง ใช้ในการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยมีหลักการบนพื้นฐานทฤษฎีว่าอารมณ์

และพฤติกรรมต่างๆ ของคนเรามีอิทธิพลมาจากความคิด วิธีการบำบัดรักษาจะฝึกให้ผู้ป่วยสามารถวิเคราะห์สถานการณ์ต่างๆ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมหรือทำให้อารมณ์แย่ลง และฝึกให้ผู้ป่วยค้นหาความคิด ที่มีผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมนั้น และให้ผู้ป่วยประเมินความคิดดังกล่าว รวมทั้งการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ.และปรับมุมมองความคิดในการมองปัญหา สถานการณ์ใหม่เพื่อให้มีอารมณ์และพฤติกรรมใหม่ที่ดีหรือเหมาะสมขึ้น

2.6.3.2 การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation).เป็นการชี้แจงผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยว่า การพูดคุย ซักถาม เกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายจะช่วยลดความกังวลของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย และเข้าใจตนเองได้ดีขึ้นไม่ได้กระตุ้นให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายปรับทัศนคติว่าการฆ่าตัวตายนั้นป้องกันได้ ทำความเข้าใจผู้ป่วยและญาติว่าการพยายามฆ่าตัวตายนั้นเป็นตัวชี้ให้เห็นว่าบุคคลนั้นไม่สามารถหาทางออกได้ในสถานการณ์ที่เกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างรุนแรง (Severe Emotional Distress) ขึ้น จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่เราต้องเข้าช่วยเหลือจัดการกับปัญหาทางอารมณ์.(Emotional Problem) และความเครียด (Stressor) ที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย.รวมทั้ง.การจำกัดการเข้าถึงวัตถุอันตรายเป็นสิ่งสำคัญ

2.6.3.3 Problem-solving therapy (PST) หมายถึงการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้ทำความเข้าใจ มุมมองในการแก้ปัญหา (Problem solving) ปัญหาของตนเอง (Problem) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบ หลีกหนีปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผล (Rational problem solving)ให้มากขึ้น

3.การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

3.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดโดยการแก้ปัญหา (Problem-solving therapy :PST) (Nezu & Nezu, 2008) หมายถึงการบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้ทำความเข้าใจ มุมมองในการแก้ปัญหา (Problem solving) ปัญหาของตนเอง (Problem) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกหนีปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาโดยการใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้น

Problem-solving therapy พัฒนาขึ้นโดย Nezu et al. (1989) เป็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาสนับสนุนกรอบแนวคิดความเครียดและความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (stress-diathesis model) (D'Zurilla & Nezu 2006; Nezu et al., 1989) รูปแบบการบำบัดแบบ PST ได้ตั้งสมมติฐานว่า บุคคลที่ประสบกับความยุ่งยากในการแก้ปัญหาชีวิตหรือต้องเผชิญความเครียดกับการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน จะมีอาการทางจิตเวชมากกว่าบุคคลที่ถือว่าเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี D'Zurilla (1988) ให้ความหมายการแก้ปัญหาไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาอารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มมีการวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาค้นหาวิธีแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหา

โดยต้องทำความเข้าใจกับองค์ประกอบในการแก้ปัญหาคือการแก้ปัญหา(problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) Nezu & Nezu, (2008) อธิบายว่าการแก้ปัญหา หมายถึงการนำตนเองและ การกำกับตนเองโดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อที่จะค้นหาหรือระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและมีวิธีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อปัญหา ซึ่งมีเป้าหมายให้เกิดวิธีแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพ มีการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆทางเลือก ดังนั้น การแก้ปัญหาจึง ต้องอยู่บนความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity) ซึ่งเป้าหมายในการแก้ปัญหาอาจจะมีจุดมุ่งหมายไปที่การเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ดีขึ้น หรือการลดความกดดันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหรือทั้งสองอย่าง

กล่าวได้ว่าการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือเป็นการช่วยเหลือทางจิตสังคม ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นในการเพิ่มความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางลบ.และปัญหาในชีวิตประจำวัน.ที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (D’Zurilla & Nezu, 2010) โดยเป้าหมายหลักการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีอยู่ 2 ประการ(Nezu, Nezu, & D’Zurilla, 2013)

1. เกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหา หรือปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกตามความเป็นจริงการรับรู้ศักยภาพของตนเองในเชิงบวกและยอมรับว่าปัญหาเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน

2. มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการควบคุมอารมณ์และมีการวางแผนในการแก้ปัญหาเชิงบวก

การบำบัดทางจิตวิทยานี้จะสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ละขั้นตอนในการกระบวนการระบุปัญหา และวิธีการปรับใช้การแก้ปัญหาในแต่ละวัน

รูปแบบการบำบัดแบบ PST นี้สันนิษฐานว่า จะสามารถลดความเครียดและอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องได้ PST นี้จึงเหมาะสำหรับประชากรที่มีปัญหาสุขภาพกายและใจที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ หรือปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา (Crabb & Arian 2015)ลักษณะของการบำบัดเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยจะใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-90 นาที จำนวน1-6 ครั้ง (ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความรุนแรงของปัญหา ของผู้รับการบำบัด) แต่ครั้งห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จบางอย่างในเบื้องต้นถือว่าเป็นวิธีการให้บริการด้วยการสนับสนุนมากที่สุด (Kiosses & Alexopoulos, 2014) Problem-solving therapy (PST) หมายถึง การบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยให้บุคคลได้ทำความเข้าใจ มุมมองในการแก้ปัญหา (Problem solving) ปัญหาของตนเอง (Problem) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีแนวทางในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบ หลีกหนีปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหา โดยการใช้เหตุผล (Rational problem solving)ให้มากขึ้น

Problem-solving therapy พัฒนาขึ้นโดย Nezu & Nezu (2008) เป็นการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการบำบัดเพื่อปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) มาสนับสนุนกรอบแนวคิดความเครียดและความเสี่ยง

ต่อการเกิดโรค (stress-diathesis model) (D’Zurilla & Nezu 2006; Nezu et al., 1989) รูปแบบการบำบัดแบบ PST ได้ตั้งสมมติฐานว่า บุคคลที่ประสบกับความยุ่งยากในการแก้ปัญหาชีวิตหรือต้องเผชิญความเครียดกับการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน จะมีอาการทางจิตเวชมากกว่าบุคคลที่ถือว่าเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี

เดอซูริลลา (D’Zurilla, 1988) ให้ความหมายการแก้ปัญหาไว้ว่า เป็นกระบวนการทางปัญญาอารมณ์และพฤติกรรมที่บุคคลหรือกลุ่มมีการวิเคราะห์เพื่อกำหนดปัญหาค้นหาวิธีแก้ปัญหาและลงมือแก้ปัญหา โดยต้องทำความเข้าใจกับองค์ประกอบในการแก้ปัญหา คือ การแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) Nezu & Nezu, (2008) อธิบายว่าการแก้ปัญหา หมายถึงการนำตนเองและ การกำกับตนเองโดยใช้กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรม เพื่อที่จะค้นหาหรือระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและมีวิธีการเผชิญปัญหาหรือปรับตัวต่อปัญหา ซึ่งมีเป้าหมายให้เกิดวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ มีการเลือกวิธีที่ดีที่สุดจากหลายๆทางเลือก ดังนั้น การแก้ปัญหาก็ต้องอยู่บนความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity) ซึ่งเป้าหมายในการแก้ปัญหามักจะมีจุดมุ่งหมายไปที่การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ที่เป็นปัญหาให้ดีขึ้น หรือการลดความกดดันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นหรือทั้งสองอย่างกล่าวได้ว่าการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามุ่งเน้นในการช่วยเหลือนำจิตสังคม ซึ่งอยู่ภายใต้กรอบแนวคิดของกระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่มุ่งเน้นในการเพิ่มความสามารถในการรับมือกับเหตุการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นในทางลบ และปัญหาในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นซ้ำๆ อย่างมีประสิทธิภาพ (D’Zurilla & Nezu, 2010) โดยเป้าหมายหลักการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามีอยู่ 2 ประการ คือ (Nezu, Nezu, & D’Zurilla, 2013)

1. เกิดการยอมรับและเข้าใจปัญหา หรือปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เช่น มีมุมมองต่อปัญหาในทางบวกตามความเป็นจริงการรับรู้ศักยภาพของตนเองในเชิงบวกและยอมรับว่าปัญหาเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้ในชีวิตประจำวัน

2. มีพฤติกรรมที่แสดงถึงการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ เช่น มีการควบคุมอารมณ์และการวางแผนในการแก้ปัญหาเชิงบวก

การบำบัดทางจิตวิทยานี้จะสอนให้บุคคลเป็นผู้แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์อย่างแท้จริงตามวิธีการที่ละขั้นตอนในการกระบวนการระบุปัญหา และวิธีการปรับใช้การแก้ปัญหาในแต่ละวัน

รูปแบบการบำบัดแบบ PST นี้สันนิษฐานว่า จะสามารถลดความเครียดและอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องได้ PST นี้จึงเหมาะสำหรับประชากรที่มีปัญหาสุขภาพกายและใจที่หลากหลาย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางการแพทย์ หรือปัญหาความบกพร่องทางสติปัญญา (Crabb & Arean 2015) ลักษณะของการบำบัดเป็นการบำบัดรายบุคคล โดยจะใช้เวลาครั้งละประมาณ 45-90 นาที จำนวน 1-6 ครั้ง (ขึ้นอยู่กับความพร้อม และความรุนแรงของปัญหา ของผู้รับการบำบัด) แต่แต่ละครั้งห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง อย่างไรก็ตาม ความสำเร็จบางอย่างในเบื้องต้นถือว่าเป็นวิธีการให้บริการด้วยการสนับสนุนมากที่สุด (Kiosses & Alexopoulos, 2014)

3.2 ความสำคัญของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา (Problem-Solving Therapy: PST) เป็นการบำบัดทางจิตสังคมแบบสั้นที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายและการก่อความรุนแรง กลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้มักประสบปัญหาการขาดทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่ความรู้สึกสิ้นหวังและพฤติกรรมที่เป็นอันตราย การศึกษาพบว่าการมีความบกพร่องด้านการแก้ปัญหาทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความคิดฆ่าตัวตาย ($r = 0.45$, $p < 0.001$) และพฤติกรรมก้าวร้าว (Ghahramanlou-Holloway et al., 2012) PST มีรากฐานมาจากทฤษฎี social problem-solving ของ D'Zurilla และ Nezu ซึ่งเน้นว่าความสามารถในการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์เป็นปัจจัยป้องกันสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดประกอบด้วย 7 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ (1) การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อปัญหา (2) การระบุและกำหนดปัญหาอย่างชัดเจน (3) การตั้งเป้าหมายที่สามารถวัดได้ (4) การระดมทางเลือกในการแก้ปัญหา (5) การประเมินผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก (6) การนำทางเลือกที่ดีที่สุดไปปฏิบัติ และ (7) การประเมินผลลัพธ์ (Nezu et al., 2013)

PST มีข้อได้เปรียบหลายประการที่ทำให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยเสี่ยงสูง ประการแรกเป็นการบำบัดระยะสั้น (โดยทั่วไป 6-12 ครั้ง) ทำให้ผู้ป่วยที่มีแรงจูงใจต่ำหรือมีปัญหาการเข้าถึงบริการสามารถได้รับการรักษาได้สะดวกกว่าการบำบัดระยะยาว (Cuijpers et al., 2018) ประการที่สอง PST มีความยืดหยุ่นสูงในการปรับใช้กับบริบทและวัฒนธรรมต่างๆ สามารถให้บริการได้โดยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม ไม่จำเป็นต้องเป็นจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาคลินิกเท่านั้น การศึกษาใน low- and middle-income countries รวมถึงประเทศไทยพบว่า PST ที่ดำเนินการโดยพยาบาลหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรม 2-3 วันมีประสิทธิภาพเทียบเท่ากับที่ดำเนินการโดยนักจิตวิทยา (Chibanda et al., 2016) ประการที่สาม PST มุ่งเน้นที่ปัญหาปัจจุบันและทักษะเชิงปฏิบัติที่สามารถใช้ได้ทันที ทำให้ผู้ป่วยเห็นผลลัพธ์เร็วและเพิ่มความมั่นใจในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ซึ่งเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย

3.3 องค์ประกอบของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต้องทำความเข้าใจกับ 3 คำต่อไปนี้คือการแก้ปัญหา (problem solving) ปัญหา (problem) และวิธีการแก้ปัญหา (solution) (Chang, D' Zurilla & Sanna , 2004 ; ดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2557) กล่าวคือ

3.3.1. การแก้ปัญหา (problem solving) หมายถึง กระบวนการทางความคิดและพฤติกรรมที่ พยายามจะค้นหาวิธีแก้ปัญหาหรือเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยเป้าหมายของ กระบวนการแก้ปัญหาคือทำให้มีความหลากหลายของวิธีการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพที่เฉพาะ เจาะจงและเพิ่มความเป็นไปได้ในการเลือกวิธีแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดจากหลายๆทางเลือก ดังนั้น ในการแก้ปัญหาต้องมีความรู้ตัว (conscious) มีเหตุผล (rational) มีความพยายาม (effortful) และมีกิจกรรมหรือการกระทำที่มีเป้าหมาย (purposive activity) ซึ่งการแก้ปัญหามีอยู่ 2 แบบ คือ(Lazarus & Folkman; 1984) ได้แก่

3.3.1.1 แบบมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) เป็นความพยายามที่มุ่งกำหนดขอบเขตของปัญหาหาทางเลือกพิจารณาข้อดีและข้อบกพร่องของแต่ละทางเลือก ตัดสินใจเลือกทางเลือกและลงมือ

แก้ไข้ปัญหา โดยการมุ่งที่ปัญหานั้นมีเป้าหมายที่สิ่งแวดล้อมรวมทั้งเปลี่ยนแปลง สถานการณ์ให้ลดแรงคุกคาม ประเมินสิ่งกีดขวางและวิธีดำเนินการ และมีเป้าหมายในการช่วยให้ สามารถแก้ไข้ปัญหา เช่น การยอมรับ ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การแสวงหาข้อมูลและทรัพยากรในการ แก้ปัญหาการพยายามหาวิธีแก้ไข้ปัญหา อย่างเหมาะสม รวมทั้งการเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ๆ

3.3.1.2 แบบมุ่งแก้ไข้อารมณ์ (emotional focused coping) เป็นการเผชิญความเครียดที่มุ่งลด อารมณ์หรือความรู้สึกที่ไม่เป็นสุขไม่สบายใจโดยไม่เปลี่ยนแปลงสถานการณ์จริง แต่เป็นการนำเอา กระบวนการทางความคิดหรือการใช้กลไกทางจิตในระดับที่ไม่รู้ตัว ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ (cognitive reappraisal) เช่น การค้นหาข้อดี จากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความเป็นจริงและหลอกตัวเอง

2) การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น หลีกเลียงไม่คิดถึง

3) กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกายอย่างหนักกรุนแรง การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด การระบายอารมณ์โกรธ การแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น

3.3.2. ปัญหา (problem) หมายถึงสถานการณ์ปัญหา(problematic situation) เป็นสถานการณ์ เป็นเหตุการณ์ปัจจุบันหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณต้องการศักยภาพ ต้องการพลัง หรือวิธีการจากทั้งภายนอก และภายในตนเอง แต่พบว่าเป็นสิ่งที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน รู้สึกไม่คุ้นเคย ขาดตัวช่วย ขาดข้อมูล ขาดทักษะ มีความยุ่งยากซับซ้อน มีความไม่แน่นอน เกิดความยุ่งยาก ทางอารมณ์ มีความขัดแย้งของเป้าหมายและความต้องการ และรู้สึกล้มเหลวในการแก้ปัญหาบุคคลจะเกิด ความรู้สึกว่าคุณเองกำลังมีพลังแก้ปัญหา รูปแบบหรือลักษณะของปัญหาแบ่งได้ ดังนี้

3.3.2.1. ปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด (single time-limited) เช่น การเข้าไปร่วมประชุม ไม่ทันตามที่ตั้งใจ การพลาดไปขึ้นขบวนรถไฟที่ตั้งใจไว้ เกิดการเจ็บป่วยที่กะทันหัน เป็นต้น

3.3.2.2. ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ (a series of similar related event) เช่น การถูกกดดันจากหัวหน้างาน พฤติกรรมก้าวร้าวอย่างต่อเนื่องของบุตรที่กำลังอยู่ในระยะวัยรุ่น

3.3.2.3. ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างเรื้อรังต่อเนื่อง (chronic ongoing situation) เช่น ความเจ็บปวด ที่ต่อเนื่อง ความเหงา ความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

3.3.2.4. ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล หมายถึงปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลเป็นปัญหา ที่เกิดขึ้นบ่อย และการแก้ปัญหาต้องการ win-win approach เพื่อแก้ไข้ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นมากกว่าที่จะใช้ win-lose approach ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อมาในระยะยาว

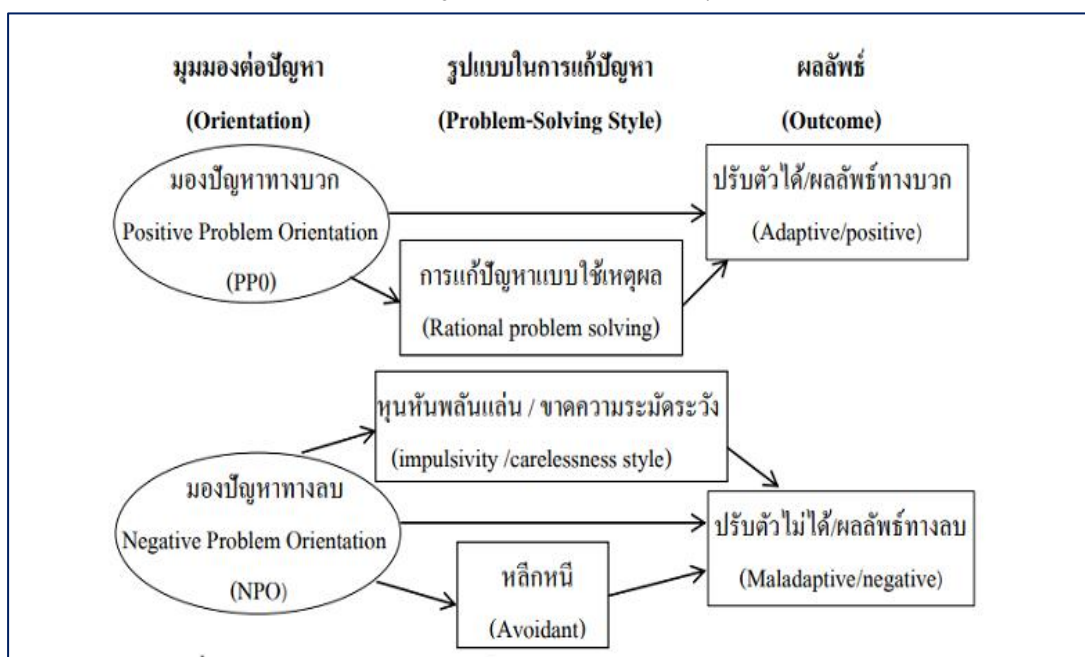
3.3.3. วิธีการแก้ปัญหา (solution) หมายถึง การเผชิญกับปัญหาด้วยกระบวนการคิดและพฤติกรรม ในปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ประสิทธิภาพของการแก้ปัญหาจะทำให้สถานการณ์ของปัญหาลดลง ลดความรู้สึก กัดดัน สามารถเพิ่มผลกรรมทางบวก ลดผลกรรมทางลบลง และสามารถลดปัญหาได้ในระยะสั้นและระยะยาว เนื่องจากสถานการณ์ของปัญหาจะแตกต่างกันตามความเชื่อ ค่านิยม และมาตรฐานทางสังคมของแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายอย่างไร เพียงใดในระดับใด ซึ่งลักษณะการแก้ปัญหาที่ได้ผลดีจะต้องบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ใน

การแก้ปัญหาสามารถลดผลกระทบทางลบ และสามารถเพิ่มผลกรรมทางบวกได้ โดยรูปแบบในการแก้ปัญหา (Problem-Solving styles) ซึ่งเป็นพฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเพื่อจะทำให้สถานการณ์ปัญหาดีขึ้นหรือเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์ จึงขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาอย่างไรในระดับใด รูปแบบในการแก้ปัญหา จึงมี 3 แบบ คือ

3.3.3.1 การแก้ปัญหาแบบใช้เหตุผล (Rational problem solving) คือเป็นวิธีการแก้ปัญหาแบบสร้างสรรค์โดยเป็นการใช้เหตุผล (rational) การคิดอย่างรอบคอบ (deliberate) มีการใช้ทักษะในการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพอย่างเป็นระบบคือการกำหนดปัญหาการเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจเลือกทางเลือกการดำเนินการแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา

3.3.3.2 การแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น/ขาดความระมัดระวัง (Impulsive/ Careless style) คือเป็นรูปแบบการแก้ปัญหาของบุคคลที่ไม่เหมาะสม โดยไม่มีความพยายามที่จะ คิดหากลยุทธ์หรือวิธีการแก้ปัญหาความพยายามแก้ปัญหาแบบแคบ ๆ ไม่หลากหลาย(attempts are narrow) หุนหันพลันแล่น ตัดสินใจ (impulsive) ไม่ระมัดระวัง (careless) รีบร้อน (hurried) ขาดความสมบูรณ์ (incomplete) ซึ่งบุคคลที่ใช้รูปแบบในการแก้ปัญหานี้ มักจะคิดว่ามีทางเลือกในการแก้ปัญหาไม่กี่แนวทางจึงทำให้ตัดสินใจในเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหาโดยไม่ได้ตรวจสอบทางเลือกอื่น รวมถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการแก้ปัญหาอย่างไม่ระมัดระวังหรือไม่ดีพอ

3.3.3.3 การแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance style) คือ การแก้ปัญหาด้วยการหลบหนี ไม่เผชิญปัญหาผัดวันประกันพรุ่ง อยู่เฉยๆรอให้ปัญหาผ่านไปหรือรอคอยความช่วยเหลือจากคนอื่น ซึ่งเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมอีกรูปแบบหนึ่งการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงนี้ บุคคลก็จะชอบที่จะเลี่ยงปัญหา มากกว่าที่จะต้องเผชิญหน้ากับปัญหา รอที่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองให้นานที่สุดเท่าที่เป็นไปได้และพยายามที่จะเปลี่ยนความรับผิดชอบในการแก้ปัญหากของตัวเองให้คนอื่น ๆ



แผนภาพที่ 2 กระบวนการแก้ปัญหาตามแนวคิด Five factors model (D'Zurilla & Nezu, 2010)

ดังนั้น เมื่อนำแนวคิด Five factors model (D’Zurilla & Nezu, 2010) มาอธิบายความหมายใน ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ผู้พยายามฆ่าตัวตาย จึงหมายถึงผู้ที่มีมุมมองในการแก้ปัญหาในทางลบ (Negative Problem Orientation) และเลือกวิธีการหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) มากกว่าการใช้เหตุผล (Rational problem solving) ผู้ที่มีความคิดและพยายามฆ่าตัวตาย มักจะคิดว่าปัญหาของตนเอง ไม่มีทางออก ตนไม่มีศักยภาพที่จะรับมือกับปัญหาได้ อยากให้ปัญหาจบลงโดยเร็ว ซึ่งเป็นมุมมองต่อปัญหาในทางลบ (Negative problem orientation) คิดว่าการฆ่าตัวตายว่าเป็นทางออกเพียงทางเดียวที่มีอยู่ในขณะนั้น และมองว่าการตายเป็นทางเลือกที่ดีกว่าทนอยู่กับปัญหาหรือความเจ็บปวดทางจิตใจที่เขาเผชิญอยู่ (Impulsive/careless problem solving) ความรู้สึกถูกบีบคั้นจากปัญหาจนทนไม่ได้ การตายเปรียบเสมือนการหลีกเลี่ยงจากความเจ็บปวดที่ไม่ต้องการ (Avoidance) ในการให้ความช่วยเหลือผู้คิด ฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายด้วยวิธีการบำบัดโดยการแก้ปัญหา (PST) เป็นการช่วยปรับมุมมองต่อปัญหาไปในทางบวก ทำให้มองเห็นศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ เข้าใจว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการปรับแก้ (Positive problem orientation) และพิจารณาทางเลือกอื่นให้รอบด้านมากขึ้น (Rational problem solving) เพื่อให้มีความหวังและความเป็นไปได้ในการที่จะแก้ปัญหาของตนได้ เกิดการปรับตัวที่ดีขึ้น จึงลดความคิดฆ่าตัวตายลงได้

3.4.โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

การพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง(SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดแบบแก้ไข้ปัญหาเป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลให้มีมุมมองต่อปัญหาตามความเป็นจริง รับรู้ความสามารถของตนในการจัดการปัญหา มีวิธีการแก้ไข้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ ยังเป็นการเพิ่มทักษะการแก้ไข้ปัญหาอย่างเป็นระบบอีกด้วย ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนโดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Nezu & Nezu, 2008)

1. ทำความเข้าใจในปัญหา (problem orientation) เป็นการประเมินการรับรู้และประเมินปัญหาของบุคคลว่ามีการรับรู้ต่อปัญหาในทางบวก (positive problem orientation) หรือในทางลบ (negative problem orientation) ซึ่งการประเมินตามการรับรู้ต่อปัญหา (problem perception) เป็นการประเมินการรับรู้และตระหนักว่ามีปัญหาเกิดขึ้นของบุคคล พิจารณาหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นว่ามีสาเหตุมาจากอะไร และประเมินปัญหาที่เกิดขึ้น (problem appraisal) นั้นว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายหรือประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม จากนั้นจะประเมินความสามารถของตนเอง (perceived control) ในการจัดการกับปัญหา (สุณิสสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัยเกตุ โอว Yong และ อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2554) การฝึกในขั้นตอนนี้บุคคลจะได้รับการฝึกให้ใช้ความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาเขาจะอย่างไร เมื่อบุคคลได้ทำความเข้าใจในปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว จากนั้น จะสอนให้รู้จักกับวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมและวิธีแก้้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้ ยังมีการฝึกให้รู้วิธีการควบคุมอารมณ์ระหว่างการแก้้ปัญหาอีกด้วย ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นว่า อารมณ์มีส่วนสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้สามารถแก้้ปัญหาได้ดี ได้แก่การบำบัดทางปัญหา การสอนตนเอง (self instruction) การพิจารณาเหตุผลและอารมณ์

การผ่อนคลายและลดความวิตกกังวล (relaxation) เช่น ฝึกบอกความรู้สึกต่อปัญหาและยอมรับว่าคุณสามารถมีอารมณ์เกิดขึ้นได้ เมื่อพบปัญหาการทำแบบประเมินปัญหาและให้ตระหนักว่าไม่ใช่มีเพียงเราคนเดียวที่มีปัญหา การเล่นเกมทบทวนสมมุติในการหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาการฝึกสังเกตสัญญาณเตือนว่าปัญหากำลังจะเกิดขึ้นเพื่อหยุดอารมณ์และคิดหาทางออก (stop and think) ฝึกแยกแยะประเมินและตอบโต้กับความคิด ความเชื่อที่ไม่เป็นประโยชน์ของตนเอง (D’Zurilla, 1988)

2. การกำหนดปัญหา (problem definition) เป็นการให้คุณตรวจสอบข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาให้มากที่สุด แล้วแยกแยะปัญหาและกำหนดหรือระบุปัญหาให้ได้ว่า ปัญหาคืออะไร อะไรเป็น ปัญหาเร่งด่วนที่ควรได้รับการแก้ไขรวมถึงการตั้งเป้าหมายที่สามารถทำได้ รวมถึงสอนให้เข้าใจถึง ธรรมชาติของปัญหา ลักษณะของปัญหาว่าเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นครั้งเดียวในเวลาจำกัด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องจากสถานการณ์ปัญหาอื่นๆ หรือเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเรื้อรังต่อเนื่อง จะช่วยทำให้บุคคลเข้าใจว่าปัญหานั้นเป็นเพียงปัญหาที่เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาอื่นๆ หรือเป็นปัญหาใหญ่ ที่มีความซับซ้อน ซึ่งอาจจะแก้ไขได้โดยการมองภาพรวมของปัญหาทั้งหมดหรือการแตกปัญหาที่มีความซับซ้อน แยกออกมาเป็นปัญหาย่อย ๆ แล้วทำการแก้ไขทีละปัญหา (Felgoise,..Nezu,..&..Nezu,..2002) การฝึกในขั้นตอนนี้ได้แก่ฝึกการแก้ที่ตัวปัญหา (problem-focused goal) ฝึกการแก้ปัญหาด้านอารมณ์ (emotional-focused goal) ฝึกการให้ความหมายต่อปัญหาใหม่อย่างสร้างสรรค์ ฝึกแตกหรือแบ่งปัญหาที่ซับซ้อนออกมาเป็นส่วนเล็กๆ และทำความเข้าใจในแต่ละส่วน ฝึกตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงคือ มีความเป็นรูปธรรมและมีความเฉพาะเจาะจง หลีกเลี่ยงเป้าหมายที่ไม่มีความเป็นจริงหรือเป้าหมายที่ไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ (D’Zurilla,..1988) ลักษณะสำคัญของการมีเป้าหมายที่ดีควรมี 5 ประการ ดังนี้..(ณัฏฐ..พิทยรัตน์เสถียร และ.คณะ, ม.ป.ป.)

2.1 มีความเฉพาะเจาะจง (Specific) เป้าหมายควรมีความชัดเจน ไม่สลับซับซ้อนโดยการบอกถึงสิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ต้องการจะทำในสิ่งที่ตั้งใจมากกว่าสิ่งที่คิดว่าจะหยุดทำควรจะต้องชัดเจนว่าอะไรคือสิ่งที่เรากำลังจะทำ ทำไมเราจึงต้องทำสิ่งนั้นในเวลา และ เราจะทำสิ่งนั้นได้โดยวิธีใด หรืออาจใช้เป็นการตั้งคำถาม เช่น “คุณอยากให้ปัญหานี้จบลงอย่างไร” “คุณจะรู้ได้อย่างไรว่าปัญหานี้มันจบลงแล้ว” หรือ “เมื่อปัญหานี้จบลง .คุณจะมีหรือเห็นอะไรที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม” เป็นต้น

2.2 สามารถวัดได้ (Measurable) คือสิ่งที่สามารถมองเห็นได้จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทำให้ทราบว่าได้สามารถบรรลุเป้าหมายแล้ว เช่น “ฉันต้องการเลิกสูบบุหรี่ภายในหนึ่งเดือน” “ฉันต้องไม่ลืมกินยาได้ด้วยตนเองขณะอยู่บ้าน” หรือ “ฉันจะไม่กลับไปดื่มเหล้าตามที่บอกไว้กับหมอ” เป็นต้น หรืออาจใช้เป็นการตั้งคำถามเช่น “มีสัญญาณอะไรที่บอกว่าปัญหานี้จะดีขึ้น” “สิ่งที่ดีที่สุดและสามารถทำได้ตอนนี้ คืออะไร” “คุณพอจะบอกถึงขั้นตอนที่จะแก้ปัญหานี้ได้ไหม” หรือ “จากจุดนี้ คุณอยู่ห่างจากเป้าหมายมากน้อยแค่ไหน” เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้มองเห็นว่าสามารถเข้าใกล้เป้าหมายได้เพียงใด หรือสามารถมองเห็นเป้าหมายเป็นรูปธรรมมากขึ้น

2.3 สามารถทำได้ (Achievable) เป้าหมายที่ตั้งไว้ต้องสามารถทำได้จริง ซึ่งการตั้งเป้าหมายที่ยากเกินไปหรือเกินความสามารถที่จะทำ ได้นั้นจะทำให้ไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายได้ อาจจะเริ่มจากการตั้งเป้าหมายเล็กๆที่สามารถทำ ได้ง่ายก่อนแล้วค่อยเชื่อมโยงไปหาเป้าหมายที่ทำได้ แต่ยากกว่า เช่น

ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องตงงาน มีหนี้สิน หากผู้ป่วยตั้งเป้าหมายว่า “ฉันจะหางานทำที่ดีกว่าที่ทำงานเดิม และมีรายได้มากพอที่จะล้างหนี้ให้หมดภายในสามเดือน” ซึ่งในความเป็นจริงอาจมีความเป็นไปได้ยาก แต่อาจต้องใช้ระยะเวลาที่มากพอ หรือ อาจเป็นไปได้ จึงควรอาจจะเปลี่ยนการตั้งเป้าหมายใหม่เป็น “ฉันจะไปเจรจาไกล่เกลี่ยหนี้ ที่ธนาคาร และจะหางานใหม่ที่เปิดรับสมัคร อาจจะได้หรือไม่ได้เท่าที่ทำงานเดิม ระหว่างหางานนี้ก็จะทำขนมขายตามร้านอาหาร ” หรือการแก้หนี้ปัญหาความขัดแย้งส่วนบุคคลที่อาจทำได้ยากเมื่อต้องเผชิญหน้า อาจเริ่มต้นการตั้งเป้าหมายว่า “วันนี้ฉันจะเขียน โฉนดไปขอโทษเขาก่อน จากนั้นจึงไปพบเพื่อขอโทษเขาด้วยตัวเอง ” ซึ่งจะทำให้เห็นว่าเป้าหมายนั้นสามารถทำได้จริง ทำให้มีกำลังใจให้ก้าวต่อไป จนกว่าจะบรรลุจุดมุ่งหมาย

2.4 อยู่บนพื้นฐานแห่งความเป็นจริง (Realistic) การตั้งเป้าหมายที่สุดชั่ว ไม่สามารถทำได้จริง มีข้อจำกัดมากจนเกินไป หรือเป้าหมายที่เป็นการปรับเปลี่ยนอย่างกะทันหันอาจทำให้ไม่ สามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้

2.5 มีกรอบเวลา (Time frame) การมีกรอบเวลาช่วยให้ทราบว่าจะเริ่มต้นสิ่งที่จะทำเมื่อไร เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย แต่ทั้งนี้กรอบเวลาที่ตั้งไว้ก็ต้องสามารถวัดได้ บรรลุได้และอยู่ บนพื้นฐานของความเป็นจริงด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ในการตั้งเป้าหมายควรเน้นที่การเปลี่ยนแปลงตัวเองมากกว่าที่จะไปเปลี่ยนแปลงผู้อื่น ควรจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมาย ความเสี่ยงความจำเป็น ความเร่งด่วน ระดับของความทุกข์ใจ ที่มีอยู่อาจพิจารณาเป้าหมายที่ทำได้จริง ทำได้ง่าย ทำแล้ว เห็นผลเร็ว เพื่อให้เกิดกำลังใจและควรคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่ เช่น ฐานะทางการเงิน ทักษะความมุ่งมั่น ความอดทน เวลาและจริยธรรมควบคู่กันไป

3. การเสนอทางเลือกในการแก้ปัญหา.(Generation of Alternative) เป็นการนำประเด็นปัญหาของบุคคลขึ้นมาและหาวิธีแก้ปัญหาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้จะเป็นการระดมสมอง ร่วมกันมากที่สุด เพื่อจะได้มีการเสนอทางเลือกที่มีประสิทธิภาพที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมใน กระบวนการคิดลดการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่น และเพิ่มหรือพัฒนาแรงจูงใจใหม่ขึ้น หรือช่วย เพิ่มระดับของความสามารถในการแก้ปัญหาที่มากขึ้นไปกว่าทักษะเดิมที่มีอยู่ ในขั้นตอนนี้จะเป็นการ สอนเกี่ยวกับการตัดสินใจในการเลือกทางเลือกที่มีอยู่เพื่อแก้ปัญหา และอยู่บนพื้นฐานของการใช้เหตุผล หรือเลือกทางเลือกที่มีความเป็นไปได้มากที่สุด ดีที่สุดจากหลายๆทางเลือกที่มีอยู่เป็นการสนับสนุน ให้มีความคิดในเชิงสร้างสรรค์ และยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา (Felgoise et al , 2002) ดังนั้น การฝึกในขั้นตอนนี้ มักจะประกอบด้วย การฝึกหาทางออก ที่หลากหลาย หุุดความคิดที่เชื่อว่าปัญหานี้ไม่สามารถแก้ได้ การได้ฝึกจินตนาการหรือเปรียบเทียบว่าถ้าเป็นคนอื่นเขาจะแก้ปัญหานี้อย่างไร ฝึกการระดมสมองเพื่อพัฒนาคิดหาทางออก ให้มีการแสดงความคิดออกมาอย่างเสรี(free Thinking) โดยไม่ต้องคำนึงว่า จะเป็นความคิดที่แปลกประหลาด ล้าสมัยหรือเพ้อฝันเพียงใดไม่ประเมินหรือไม่มีการวิพากษ์ วิจาร์ณความคิด (non-evaluative) ของตนและคนอื่น ฝึกการระดมสมอง จึงเป็นการหาคำตอบให้ได้มากที่สุด รวมทั้งเป็นการสร้างความคิด (building) ที่เชื่อมโยงความคิดของผู้อื่นแล้วใช้ความคิดของผู้อื่นเป็นฐานขยายเพิ่มเติม พัฒนาเป็นความคิดใหม่ของตนเอง

4..การตัดสินใจเลือกทางเลือก(Decision making) หลังจากที่ทำรายการของทางเลือกในการแก้ปัญหาแล้ว การบำบัดก็จะเริ่มกระบวนการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ ประเมินอย่างมีเหตุมีผลในแต่ละทาง

เลือกเพื่อค้นหาวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแก้ปัญหา โดยเป็นขั้นตอนของการพิจารณา ข้อดี ข้อเสีย ของผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นหลังจากนำวิธีการแก้ปัญหาของแต่ละทางเลือกไปใช้ นอกจากนี้ต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายความสามารถที่ตนเองจะทำได้ แหล่งสนับสนุน เป็นผลระยะเวลายสั้น หรือเป็นผลในระยะยาว ซึ่งอาจใช้การบันทึกผลเป็นแบบมาตราส่วน คือให้ผลลัพธ์ทางบวก ทางลบหรือไม่ แนใจในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นเป็นคะแนน -1, 0, 1 อาจใช้กลยุทธ์การระดมสมองมาช่วยในกระบวนการนี้ได้เช่นกัน ในช่วงขั้นตอนของการฝึกการประเมินทางเลือก วิเคราะห์ผลดีผลเสียของทางเลือก ช่วยให้มองเห็นผล ทางบวกมากขึ้น มองเห็นผลทางลบน้อยลง ประเมินศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเอง ที่จะยังแก้ปัญหา อย่างต่อเนื่องผลจากการฝึก จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ว่าการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอน สามารถนำไปสู่การแก้ปัญหา ได้อย่างแท้จริง

5. การลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (solution implementation and verification) เมื่อได้แนวทางการแก้ปัญหาแล้วนำแนวทางไปใช้ตามแผนที่วางไว้ใน การแก้ปัญหาและ ให้ผู้รับการบำบัดฝึกการกำกับติดตามผลของการแก้ปัญหาและประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตัวเองว่าผลลัพธ์ ที่ได้นั้นเป็นอย่างไร มองเห็นรับรู้ถึงศักยภาพทางบวกของตนเองที่จะแก้ปัญหา ช่วยให้มีแรงจูงใจในการเริ่มต้น ในการวางแผนแบบใหม่เพื่อแก้ปัญหาใหม่อีกครั้งและหากไม่แก้ปัญหาจะเกิดผลทางลบ

6. การคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล (maintenance and generalization) เป็นการฝึกทบทวนแนวคิดในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1-5 และกระตุ้นให้ นำทักษะนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้คงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหาในอนาคตได้อย่างต่อเนื่อง โดยการฝึกในขั้นตอนนี้จะเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจากสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด ทบทวน ผ่านการบ้าน สอบถามถึงความพร้อมและความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตัวเอง หรือความพร้อม ที่จะกลับสู่ครอบครัวและสังคม สิ่งที่ยังกังวลใจในการแก้ปัญหาและวิถีจัดการกับสิ่งที่กังวลใจ นำไปสู่ ความมั่นใจ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาอื่นอีกในชีวิตประจำวัน

เทคนิคและทักษะที่ใช้ในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

1. การตั้งคำถามชวนคิด (Socratic questioning) เป็นคำถามที่สร้างสรรค์ ตรงประเด็น เข้าใจง่าย ช่วยนำทางจนผู้ป่วยค้นพบความคิดของตนเองหรือหาทางออกของปัญหาได้ด้วยตนเอง หลังจากการถาม คำถามแล้วผู้บำบัดควรต้องฟังคำตอบอย่างเข้าใจ ระวังระดับ และไม่ควรด่วนตัดสินหรือแปลความ ผู้บำบัดควร สรุประเบิดที่ได้จากการตั้งคำถามและวิเคราะห์คำตอบที่ได้ร่วมกับผู้ป่วยคำถามแบบ Socratic questioning จะช่วยให้ผู้ป่วยให้ความสนใจต่อข้อมูลจริงที่ปรากฏกับชีวิตของเขาเองและได้ข้อสรุปสำหรับการวางแผนชีวิต ต่อไป Socratic question เป็นประโยชน์มากในการชี้แนะให้ผู้ป่วยได้ตอบคำถามและค้นพบว่าความคิดที่ไม่เป็น ประโยชน์เกิดขึ้นเพราะผู้ป่วยเป็นผู้คิดเอง อย่างไรก็ตามคำถามแบบ Socratic questioning ที่ดีและเหมาะสม สำหรับบุคคลคนหนึ่งอาจจะไม่ดีหรือไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ก็ได้

2. การสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ค้นพบสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้คำพูดของผู้ป่วยหรือมุมมองต่อปัญหา (Downward arrow techniques) การสำรวจต่อเนื่องเพื่อให้ค้นพบสิ่งที่ซ่อนอยู่ภายใต้คำพูดของผู้ป่วยหรือ มุมมองต่อปัญหา เป็นการตั้งคำถามเพื่อถามถึงความหมายของความคิดหรือความเชื่อที่ผู้ป่วยคิด เช่น การคิด หรือมุมมองต่อปัญหาในทางลบ ซึ่งผู้ป่วยได้เปิดใจสู่ผู้บำบัด เป็นการถามความหมายในคำพูดเหล่านั้น และผลของมุมมองนั้นต่อผู้ป่วยรวมทั้งถามเพื่อให้ทราบถึงความเชื่อที่อยู่เบื้องหลังมุมมองดังกล่าว ซึ่งมีโอกาส

ทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมองเห็นมุมมองของตนเองที่มีผลต่อการแก้ปัญหาที่ผ่านมา.เป็นการแกะรอยโดยใช้คำถาม โดยถามอย่างต่อเนื่องในเรื่องดังกล่าว

3. การบ้าน (Homework assignment) การบ้านเป็นกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญมากในการบำบัดทางปัญญา เนื่องจากจะเป็นการฝึกหัดให้ต่อเนื่อง จากการพูดคุยกันในแต่ละครั้งที่เข้ามาพบกับผู้บำบัดกระตุ้นให้เกิดประสบการณ์ตรง จึงช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การมอบหมายการบ้านโดยการให้ทำพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อเป็นการฝึกทักษะทางพฤติกรรมที่จะช่วยเอื้อให้เกิดการปรับความคิดหรืออารมณ์จะเป็นประโยชน์มาก ตัวอย่างเช่น การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การฝึกบริหารเวลา การฝึกการดำเนินชีวิตไปตามเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ในแต่ละวัน เป็นต้น

4. เทคนิคการทดลองทำพฤติกรรม (Behavior experiment) การทดลองกระทำบางพฤติกรรมเป็นเทคนิคที่ช่วยในการตรวจสอบมุมมองต่อปัญหา และวิธีการแก้ปัญหาใหม่ที่ได้เลือกไว้ เช่น การไปค้นหาข้อมูลสนับสนุนมุมมองในทางบวกของตนเองว่าเป็นจริงมากน้อยเพียงใด และผลการมีมุมมองดังกล่าวเป็นอย่างไร หรือการทดลองไปแก้ปัญหาตามที่ได้วางแผนไว้แล้ว เป็นต้น

5. เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ (Role play) การแสดงบทบาทสมมติเป็นเทคนิคที่สามารถใช้ได้ ในหลากหลายวัตถุประสงค์ ตัวอย่างเช่น ใช้เพื่อช่วยในการค้นหามุมมองต่อปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของผู้ป่วยหรือใช้เพื่อพัฒนาการปรับตัวที่เหมาะสมหรือใช้เพื่อเรียนรู้ทักษะทางสังคม เป็นต้น การใช้บทบาทสมมติเป็นการกระทำระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้การบำบัด แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้รับบริการจะช่วยให้มองเห็นผลจากมุมมองต่อปัญหาและจากการแก้ปัญหาที่ผ่านมาจากคำตอบ สื่อสาร ระหว่างการแสดงบทบาทสมมติผู้รับบริการจะได้ฝึกทักษะทางสังคมโดยฝึกกับผู้บำบัด และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อพัฒนาให้ทักษะทางสังคมของผู้ป่วย สามารถนำไปใช้ในชีวิตจริงได้อย่างเหมาะสมและช่วยลดปัญหาระหว่างบุคคลในสังคมจริง เป็นต้น

6 เทคนิคการประเมินผลการนำเอาวิธีการแก้ปัญหาไปใช้ (Evaluation technique) เป็นการตั้งคำถาม การให้ตอบแบบสอบถาม การให้เล่าเรื่องราว เพื่อชวนให้ผู้ป่วยทบทวนและประเมินผลจากการนำเอาวิธีการแก้ปัญหาไปใช้จริงว่ามีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง ได้แก้ไขอย่างไรและผลเป็นอย่างไร ควรปรับอย่างไรบ้าง หรือควรเลือกวิธีการใหม่ในการแก้ปัญหา

3.5 ประสิทธิภาพการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ประสิทธิภาพการบำบัดโดยการแก้ปัญหามหาวิทยาลัยบูรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) โดย Calati et al. (2021) รวบรวมข้อมูลจากการศึกษา 28 งานวิจัย พบว่า PST มีประสิทธิผลในการลดความคิดฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) ในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีค่า effect size (Cohen's d) = 0.52 (95% CI: 0.38-0.66, $p < 0.001$) ซึ่งถือว่ามีขนาดผลกลางถึงใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่า PST สามารถลดพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ (suicide attempts) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมี odds ratio (OR) = 0.58 (95% CI: 0.42-0.79, $p < 0.001$)

Gustavson et al. (2016) ศึกษาผลการบำบัดด้วย PST ในการลดความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วย PST และการบำบัดด้วย ST (Supportive Therapy) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัด ด้วย PST มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วย PST ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วย PST สามารถช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายได้ในผู้สูงอายุทั้งในช่วง 12 สัปดาห์ และ 36 สัปดาห์

Simon Hatcher และ คณะ (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา เปรียบเทียบกับการรักษาปกติ ในผู้พยายามทำร้ายตนเองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งใน ประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 551 ราย โดยรูปแบบโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จำนวน 4-6 ครั้ง ต่อรายพบว่าภายหลังการบำบัดไปแล้ว ที่ 3 เดือน ยังคงพบความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในทักษะ การแก้ปัญหา การลดลงของความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อเปรียบเทียบกับ กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อติดตามต่อเนื่องไปถึง 1 ปี ร้อยละ 39 ในผู้ที่เคยพยายามทำร้ายตนเอง ครั้งแรก ยังคงมีการลดลงของภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และผลลัพธ์ดังกล่าว จะได้ผลกับผู้ป่วย ที่ทำการบำบัดครบจำนวน 4 ครั้งขึ้นไปอีกทั้งโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหานี้ มีความสัมพันธ์กับการ ตอบสนองต่อขนาดยาระหว่างการรักษาและการใช้ระยะเวลาการรักษาที่น้อยลงกว่าการดูแลตามปกติ จึงควร มีการผสมผสานการบำบัดโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ทำร้ายตนเองในโรงพยาบาลร่วมกับการ รักษาด้วยวิธีอื่น ๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

Turgut และ Eskin (2025) ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบรายบุคคลและ แบบกลุ่มในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการทดลองแบบสุ่มควบคุม สรุปได้ว่า PST แบบรายบุคคลและแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่คะแนนความน่าจะเป็นในการฆ่าตัวตายและคะแนนระดับความซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมในกลุ่ม PST ทั้งสองกลุ่มลดลง และคะแนนความยืดหยุ่นทางความคิดและการแก้ปัญหาทางสังคมกลับเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญหลังจากการบำบัด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Xinqing Xu et al.(2024) ที่ทบทวน อย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis เพื่อศึกษาประสิทธิผลของวิธีการบำบัดทางจิตต่าง ๆ รวมถึงการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา สำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยเน้นย้ำถึงความจำเป็นในการปรับวิธีการ ให้เหมาะสมกับปัญหาทางจิตวิทยาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละราย พบว่า การบำบัดทางจิตมีผลดีต่อการ ลดแนวโน้มการฆ่าตัวตาย และลดจำนวนครั้งของการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงระดับความคิดฆ่าตัวตาย ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสิ้นหวังในผู้ที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น การบำบัดทางจิตวิทยาที่ปรับให้เหมาะสมจึงควรให้ความสำคัญในการใช้แนวทางการบำบัดทางจิต ที่หลากหลายสำหรับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสุขภาพจิตและเสริมสร้างความสามารถ ในการรับมือกับปัญหา Hava Tel et al.(2024) ศึกษาผลกระทบของโครงการทางการศึกษาที่ออกแบบมา เพื่อพัฒนาทักษะการแก้ปัญหาต่อความภาคภูมิใจในตนเองและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล รายงานว่าโปรแกรมพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา 3 ครั้ง ช่วยลดคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย และเพิ่มคะแนนความภาคภูมิใจในตนเองอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ป่วยในที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่เข้าร่วม การทดลอง ซึ่งการศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่ผู้ป่วยในแผนกจิตเวช รวมถึงผู้ที่มีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและ โรคจิตเภท ซึ่งถือเป็นโรคทางจิตเวชร้ายแรงที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง Amira M. Al et al, (2024) ประเมินผลของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา (PST) ต่อการลดความคิดฆ่าตัวตายและอาการทางบวกในผู้ป่วย โรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชร้ายแรง ด้วยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยเปรียบเทียบกลุ่มศึกษาและ กลุ่มควบคุมของผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 90 คน เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัด สรุปได้ว่า

การฝึกทักษะการแก้ปัญหาช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองได้อย่างมีนัยสำคัญ เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการฝึกทักษะการแก้ปัญหา

นอกจากนี้ Connor Heapy et al. (2024) นำเสนอการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบ Meta-analysis เกี่ยวกับการความสัมพันธ์ระหว่างการแก้ปัญหาทางสังคมกับความคิด การกระทำ และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ใหญ่ ซึ่งรวมถึงผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการฆ่าตัวตาย พบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมโดยรวม กับความคิดฆ่าตัวตายและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งชี้ให้เห็นถึงบทบาทในการป้องกันโดยใช้การบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยยึดศูนย์กลางอารมณ์ (EC-PST) ว่าเป็นวิธีการบำบัดอีกรูปแบบหนึ่ง แต่ยังไม่มีการวิจัยในบริบทป้องกันการฆ่าตัวตาย และการศึกษาของ Luciana Almeida Santos et al. (2024) เพื่อประเมินประสิทธิผลของจิตบำบัดรวมถึงการแก้ปัญหา ในการลดความพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ระบุว่าจากการศึกษา 17 เรื่องที่วิเคราะห์ มี 6 เรื่องที่พบผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสนับสนุนการบำบัดที่มุ่งเน้นการแก้ปัญหา การสร้างความหวัง และการฝึกทักษะชี้ให้เห็นว่างานวิจัยในอนาคตควรเน้นไปที่กลุ่มเฉพาะที่มีอาการทางจิตอย่างรุนแรง อาการคลั่ง หรือความบกพร่องทางสติปัญญา เนื่องจากงานวิจัยในปัจจุบันส่วนใหญ่ไม่รวมผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงขึ้น

การศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหาในประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา มี ดังนี้

เมธี สุทธิศิลป์และสายสมร เฉลยกิตติ (2561) ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวลในเทศบาลนครเชียงใหม่ พบว่า กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean=28.10, S.D.=5.02 และ Mean=42.21, S.D.=3.78, $t=14.755$, $p<.05$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถช่วยลดอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกึ่งหวลลงได้

พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์และคณะ(2561) พัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาคือการลดอาการซึมเศร้าและการหายทุเลาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า สามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนน 9Q และ HRSD-17 หลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน ลดลงจากก่อนบำบัดคือ 9Q = 8.23 (95%CI = 6.89-9.57), 8.70 (95%CI = 7.30-10.11), 8.88 (95%CI = 7.49-10.26) และ HRSD-17 = 8.18 (95%CI = 5.62-10.74), 8.53 (95%CI = 6.17-10.29), 9.42 (95%CI = 7.41-11.53) ตามลำดับ อัตราการหายหลังสิ้นสุดโปรแกรมบำบัดทันที ติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน จากคะแนน 9Q เท่ากัน คือ 88.23% และจากคะแนน HRSD-17 อัตราการหายเพิ่ม ขึ้นคือ 82.35%, 88.23% และ 94.12% ตามลำดับ ซึ่งผู้ป่วยสามารถปรับมุมมองต่อปัญหาใหม่เป็นการแก้ปัญหามีเหตุผลได้ เมื่อนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการแก้ปัญหาคือการควบคู่กับยาต้านเศร้า มีอัตราการหายทุเลาเพิ่มขึ้นภายใน 8 สัปดาห์ ระยะเวลาการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลสั้นกว่าระยะเวลาการรับไว้รักษาเฉลี่ยรวมของผู้ป่วยในโรคซึมเศร้าทั้งหมดที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล จึงสรุปได้ว่า

โปรแกรมการแก้ปัญหาสำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจนหายทุเลาได้ และสามารถนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์จึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งของการบำบัดทางสังคมจิตใจที่มีประสิทธิผลในการรักษาโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

อัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ(2562) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบกลุ่มเดียวจำนวน 34 คน จำนวน 1-6 ครั้ง ครั้งละ 45-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใน 1-3 สัปดาห์พบว่าสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 เดือน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นัญญกานต์ มั่นตะสูตรและคณะ(2563) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้าในระยะติดตามผลการทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{x}= 5.68, SD=2.38$) ลดลงกว่าในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ($\bar{x}=7.00, SD=2.00$) และลดลงกว่าในระยะก่อนการทดลอง ($\bar{x}=10.87, SD=3.59$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือภาวะซึมเศร้ามีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x}= 5.68, SD = 2.38$) ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมในระยะติดตามผลการทดลอง 2 สัปดาห์ ($\bar{x} = 9.25, SD = 3.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งให้สำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่จะสามารถนำไปใช้ลดภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยและปานกลาง ในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

เกษร สายธนูและคณะ (2564) วิจัยถึงทดลองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีภาวะซึมเศร้าอาศัยอยู่ในชุมชนเพื่อศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนซึมเศร้าน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .005$) และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยทักษะการแก้ไขปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .005$) สรุปได้ว่า โปรแกรมกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติสามารถลดอาการซึมเศร้าและเสริมทักษะการแก้ปัญหาในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังได้ จึงอาจเป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและภาวะซึมเศร้าในชุมชนได้

พุทธชาติ ศรีสุวรรณและคณะ(2565)ทำการวิจัยถึงทดลองศึกษาผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคือพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน ในผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($t = 8.200, p < .001$) และหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม ดังนั้น โรงพยาบาลจิตเวชควรนำการบำบัด ด้วยการแก้ปัญหามาใช้ในการดูแลผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีนที่มารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาแอมเฟตามีนของผู้ป่วย

อารีรัตน์ บุญมาเลิศและคณะ(2567) ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการแก้ปัญหาคือพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นตอนต้น พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมติดเกมของกลุ่มทดลอง ในระยะ 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการแก้ปัญหาคือ ($p < .001$) และค่าคะแนนเฉลี่ย

พฤติกรรมเกมของกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมการบำบัดผสมผสานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการแก้ปัญหา ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการบำบัดผสมผสานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการแก้ปัญหา สามารถสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมติดเกม และเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งช่วยลดพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นตอนต้นได้ โปรแกรมนี้อาจเป็นทางเลือกในการบำบัดวัยรุ่นตอนต้นที่มีพฤติกรรมติดเกมได้

ชาลินี หนูชูสุข และคณะ(2568) นำเสนอกรณีศึกษาผู้ป่วยวัยรุ่นผู้ใหญ่ที่บำบัดโดยการแก้ปัญหาในขณะปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดำเนินตามกระบวนการ 6 ขั้นตอน ได้แก่ ฝึกการทำความเข้าใจกับปัญหา ฝึกการค้นหาและระบุปัญหา ฝึกการสร้างหรือหาทางเลือกการแก้ปัญหา ฝึกการตัดสินใจ ฝึกการลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และการคงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหาและการขยายผล ผลที่ลัพธ์จากการบำบัดผู้ป่วยปรับเปลี่ยนวิธีคิดในการมองปัญหา เข้าใจปัญหา มองปัญหาทางบวก มีทางเลือกและแนวทางการแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ดังนั้น การบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นแนวทางที่พยาบาลสามารถนำไปใช้ในพัฒนาทักษะการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ป่วยลดการกลับเป็นซ้ำ

4.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Xiao-meng Xi et al (2023) ศึกษาเปรียบเทียบตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ(biomarkers)และอาการทางจิตเวช (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวลและอาการทางจิต) ในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ (F30-39) อายุ 18 ปี ขึ้นไป แผนกฉุกเฉินประเทศจีน ระหว่างเดือนมกราคม 2021 ถึงเดือนมีนาคม 2022 จำนวน 898 คน โดยใช้เครื่องมือการประเมินการวัดการฆ่าตัวตาย ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (biomarkers) อาการซึมเศร้า ความวิตกกังวลและอาการทางจิตเวชได้รับการประเมินโดยแบบวัดระดับภาวะซึมเศร้าของแฮมิลตัน (HAMD-24) แบบวัดระดับความวิตกกังวลของแฮมิลตัน (HAMA) Young Manic Rating Scale (YMRS) และ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ตามลำดับ และใช้วิธีจับคู่คะแนนแนวโน้มตามแบบจำลองเชิงเส้นเพื่อระบุปัจจัยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีและไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย วางแผนฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย พบว่าอายุ เพศ สถานภาพการสมรส และอาชีพ ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และความรุนแรงของอาการเมเนีย จะมีอิทธิพลต่อการฆ่าตัวตาย ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์เชิงลบอย่างมีนัยสำคัญกับการพยายามฆ่าตัวตาย และระดับภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญกับการมีความคิดฆ่าตัวตาย

M Pérez-Marín et al (2024) ศึกษาประโยชน์ของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านจิตวิทยาออนไลน์ ที่มุ่งเน้นด้านสุขภาพจิตและการป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัย พบว่าโปรแกรมการให้ความรู้ด้านจิตวิทยาออนไลน์ช่วยลดการตีตรา เพิ่มพูนความรู้และส่งเสริมทัศนคติที่ปรับตัวได้ดีขึ้นต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้เข้าร่วมโปรแกรมและลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง ความยืดหยุ่น และการควบคุมอารมณ์

Wouter van Ballegooijen et al (2025) ดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบและ meta-analysis งานวิจัยจำนวน 147 เรื่อง เพื่อตรวจสอบ effect size ของการบำบัดทางจิตโดยตรงและโดยอ้อมต่อความคิดฆ่าตัวตายและอุบัติการณ์ของการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า การบำบัดทางจิตโดยตรงและโดยอ้อมมีผลกระทบ

ในขนาดที่คล้ายคลึงกันในการลดความคิดฆ่าตัวตาย (โดยตรง: $g, -0.39$; โดยอ้อม: $g, -0.30$) และการพยายามฆ่าตัวตาย (โดยตรง: $RR, 0.72$; โดยอ้อม: $RR, 0.68$) อย่างมีนัยสำคัญซึ่งบ่งชี้ว่าการรักษาโดยอ้อมสามารถนำมาใช้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Mengzhen Zhao และ Peng Wang (2025) ศึกษาประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในการลดความคิดฆ่าตัวตายและปัจจัยที่มีอิทธิพลในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าขั้นรุนแรงโดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่า การบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (CBT) มีผลในระดับปานกลางในการลดความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ปัจจัยที่มีผลต่อประสิทธิภาพของ CBT ในการลดความคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ รวมถึงรูปแบบการบำบัด (เช่น การผสมผสาน CBT กับการใช้ยา) เครื่องมือเฉพาะที่ใช้ในการประเมินความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาของการบำบัดและช่วงเวลาการติดตามผล ส่วนปัจจัยที่ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง CBT จะเพิ่มขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุ การใช้เครื่องมือประเมินความคิดฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจง (C-SSRS, SIOSS) และการบำบัดระยะสั้นและบ่อยครั้ง (0-12 สัปดาห์ มากกว่าหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์ และมากกว่าหนึ่งชั่วโมงต่อครั้ง)

Torralba-Suarez C and Olry-de-Labry-Lima A (2024) ทบทวนหลักฐานแบบ Umbrella Review เกี่ยวกับประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioural Therapy: CBT) และการบำบัดด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Dialectical Behavioural Therapy: DBT) ในการป้องกันการทำร้ายตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในวัยรุ่น พบว่า CBT ช่วยลดอัตราการเกิดเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายได้เมื่อเทียบกับการรักษาแบบปกติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อใช้ร่วมกับการใช้ยา Fluoxetine และ DBT มีส่วนช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเอง Xinqing Xu et al. (2024) ดำเนินการทบทวนอย่างเป็นระบบและวิเคราะห์ข้อมูลจากงานวิจัย 34 เรื่องที่มีผู้เข้าร่วม 6,600 คน เพื่อประเมินประสิทธิผลของการบำบัดทางจิตต่อบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า การบำบัดทางจิตวิทยามีประสิทธิภาพในการลดแนวโน้มการฆ่าตัวตาย การพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ความคิดฆ่าตัวตายภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความสิ้นหวังในบุคคลที่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายและ เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการป้องกันการพฤติกรรมฆ่าตัวตายในอนาคต สำหรับผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้ว

จากการทบทวนอย่างเป็นระบบและ Meta analysis ของ Shoib et al. (2024) ระบุว่า การบำบัดทางจิตเวชผ่านระบบทางไกล (telepsychiatry interventions :TPIs) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการฆ่าตัวตาย (odds ratio = 0.68; 95% CI [-0.47, 0.98], $p = .04$) และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ รวมถึงยังส่งผลเพิ่ม retention rate และเสนอให้มีการติดตามผลทางโทรศัพท์อย่างน้อย 12 เดือนเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย Monika Lohani et al. (2024) ศึกษาผลของวิธีการป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยแผนรับมือวิกฤต (Crisis Response Plan: CRP) และแนวทางการวางแผนความปลอดภัยด้วยตนเอง (Safety Planning: SP) ผ่านบริการสุขภาพจิตทางไกลในผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายสูง พบว่าทั้งแผนรับมือวิกฤตและแผนวางแผนความปลอดภัยด้วยตนเอง ช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังจากได้รับบริการผ่านระบบการแพทย์ทางไกลในขณะเดียวกัน ผู้ที่ได้รับแผนรับมือวิกฤต (ซึ่งเป็นรูปแบบการบำบัดที่เน้นการทำงานร่วมกันมากกว่า) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้บำบัด ใช้แผนดังกล่าวบ่อยขึ้น และมองว่าแผนนั้นมีประโยชน์มากกว่า ผลการศึกษาเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์เพิ่มเติมของการใช้แนวทางที่เน้นความร่วมมือระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อการลดความทุกข์ที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชโดยอำไพ โพธิ์คำ และคณะ(2568) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์สภาพ ในครอบครัวกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล จิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 212 ราย พบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r_{pb} = .14, p < .05$) ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r_s = .57, p < .05$; $r_s = .34, p < .05$ ตามลำดับ) อายุ และสัมพันธ์สภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r_s = -.34, p < .05$; $r_s = -.40, p < .05$ ตามลำดับ) ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการป้องกัน และแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช ส่วนการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย มีการศึกษาในหลากหลายรูปแบบ อีรพงษ์ ธงหิมะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการ ฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชนซึ่งพัฒนาขึ้นตามกระบวนการแนวคิดสามขั้นตอน มีระยะเวลา 8 สัปดาห์ กิจกรรมประกอบด้วย การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสาเหตุของความคิดฆ่าตัวตายและ สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การให้คำแนะนำผู้ดูแล และการจัดกิจกรรมกลุ่ม เพื่อกระชับความสัมพันธ์ กับบุคคลรอบข้าง หลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยความหวังและการเชื่อมโยงกับสังคมของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าในกลุ่มทดลองมีค่ามากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p > 0.01$) ระดับภาวะซึมเศร้ามีค่าเฉลี่ยน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p > 0.01$) สัดส่วน ของผู้สูงอายุที่มีความคิดฆ่าตัวตายนี้น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($p > 0.01$)

สุบิน สมิน้อยและคณะ (2564) พบว่า โปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจเพิ่มความสามารถ ในการเผชิญปัญหาในผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อนุกุล หุ่นงาม และสมบัติ สกกุลพรรณ (2565) กล่าวว่าผู้ที่มี ประวัติในการฆ่าตัวตายจะมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายซ้ำสูงถึง 38-40 เท่าของการฆ่าตัวตายครั้งแรก การฆ่าตัวตายซ้ำจะมีความรุนแรงมากกว่าการฆ่าตัวตายครั้งแรกถึง 2 เท่า การลดอุบัติการณ์การฆ่าตัวตายซ้ำ ต้องมีการจัดการกับปัจจัยเสี่ยงเพื่อป้องกันและควรเพิ่มปัจจัยปกป้องของการฆ่าตัวตาย ซึ่งพยาบาลจิตเวช จำเป็นต้องมีทักษะและองค์ความรู้ โดยยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติทางการพยาบาลแบบองค์รวม ได้แก่ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมาฆ่าตัวตายซ้ำลดการเกิดความพิการและการสูญเสีย จากการทำร้ายตนเองให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ศศิธร บัวผัน (2565) ได้ทดสอบ ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างตระหนักรู้และการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตายในชุมชนของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เสนอว่ารูปแบบการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายจะช่วยตอบสนองปัญหาของพื้นที่ เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจในศักยภาพของตนเองที่จะป้องกันการ ฆ่าตัวตายโดยการเพิ่มศักยภาพของเครือข่าย พิชญ์ โชคบุญธิยานนท์ และธนิตา ต้นตระกูลรุ่งโรจน์ (2566) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา (coping card application) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความ คิดฆ่าตัวตาย พบว่า คะแนนความเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าลดลงหลังการใช้งาน โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา แต่ไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นผลจากโปรแกรมประยุกต์เพียง ปัจจัยเดียว การพยาบาลอย่างต่อเนื่องทางโทรเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร่าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เป็นกลวิธีหนึ่งในการดูแลต่อเนื่องที่ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายนลดลง ($p < 0.001$) (นิตยา จรัสแสงและคณะ, 2566) นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยใช้แนวคิดซาเทียร์ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่สามารถลดภาวะซึมเศร่าได้ (จิราพร มณีปกรณ์และคณะ, 2567)

ในการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย พบว่า วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ และคณะ(2568)ได้ประยุกต์แบบจำลองการบูรณาการระหว่างแรงจูงใจกับความตั้งใจฆ่าตัวตาย แนวคิดการบำบัดความคิด และพฤติกรรมและแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา แล้วพัฒนาเป็นรูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตาย เพื่อบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าแบบรายบุคคลใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์โดยมีการบำบัด 3 ครั้ง ในแต่ละสัปดาห์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ 1) การทำความเข้าใจการเจ็บป่วย 2) การสำรวจความรู้สึก ฟ่ายแพ้ และความรู้สึกถูกกักขัง 3) การค้นหาความคิดอัตโนมัติ 4) การพัฒนาความคิดใหม่ 5) การเรียนรู้รูปแบบการแก้ปัญหา และ 6) การเลือกแก้ปัญหาใหม่ พบว่า รูปแบบยับยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายมีประสิทธิภาพในการป้องกันความคิดฆ่าตัวตายหลังจำหน่าย 2-4 สัปดาห์ พยาบาลจิตเวชสามารถนำไปประยุกต์ใช้บำบัดผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปลอดภัยจากการฆ่าตัวตาย ส่วนณัฐพร ฟุ้งสมุทร (2568) พัฒนาโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบว่าหลังการบำบัดทักษะการแก้ไขปัญหา (PSI) ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ($p < 0.05$) การบำบัดนี้เน้นการมีส่วนร่วมของบุคคลใกล้ชิดซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ เพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งในการจัดบริการการป้องกันการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน (Two groups pretest posttest and follow-up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามโนทัศน์จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คนเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 23 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย แยกโรคของขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ โรคจิตเภท(F20) 2) โรคอารมณ์สองขั้ว (F31) 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง(F32.3) 4) การติดยาเสพติด (F10-F19) ร่วมกับเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย และมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V-V1) ตามเกณฑ์คัดกรองของกรมสุขภาพจิต(2563) ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาล ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์การวินิจฉัย แยกโรคของขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) โดยกลุ่มรหัสโรคคือ โรคจิตเภท (F20) 2) โรคอารมณ์สองขั้ว (F31) 3) โรคซึมเศร้าชนิดรุนแรง(F32.3) 4) การติดยาเสพติด (F10-F19) มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) มีความคิดและพฤติกรรม ฆ่าตัวตาย ร่วมกับมีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (SMI-V-V1) ตามเกณฑ์การคัดกรองของกรมสุขภาพจิต (2563) ที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คนระหว่างวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

1) เกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

- (1) อายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง
- (2) มีทักษะการแก้ปัญหาอยู่ในระดับน้อย ≤ 58 คะแนน) จากการวัดด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI)

- (3) มีผลการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) พบว่า มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป (≥ 9 ขึ้นไป)
- (4) มีอาการทางจิตทุเลา ไม่มีอาการหลงผิด และประสาทหลอน (≤ 36 คะแนน) จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)
- (5) ไม่มีภาวะบกพร่องทางสมอง มีผลการประเมินปกติ (≥ 24 คะแนน) จากการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองของไทย (TMSE)
- (6) สื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ ไม่เป็นใบ้หรือพิการทางหู
- (7) ให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) เกณฑ์คัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

(1) ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบจากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน

(2) แจ้งขอย้ายการเข้ารับการรักษาไปยังโรงพยาบาลอื่น

3) เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (withdrawn/ discontinuation criteria)

(1) ผู้ป่วยที่ไม่สามารถร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดโครงการวิจัย

(2) มีอาการทางด้านอารมณ์และพฤติกรรมอาจเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น ขณะดำเนินโปรแกรม (ตัดออก)

(3) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลฝ่ายกาย

3.การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์อำนาจทดสอบใช้โปรแกรมการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power version 3.1.9.2 สถิติที่ใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเนื่องจากการศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสามครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest follow up design) และเปรียบเทียบคะแนน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบทีแบบกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกันโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 กำหนดอำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) เท่ากับ 0.50 (Cohen, J.,1988) เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นโดยไม่ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างมากเกินไป พบว่า ต้องการกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 15 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลองของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นร้อยละ 10 (Grove, Burns, & Gray,2013) รวมเป็นจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน กลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน

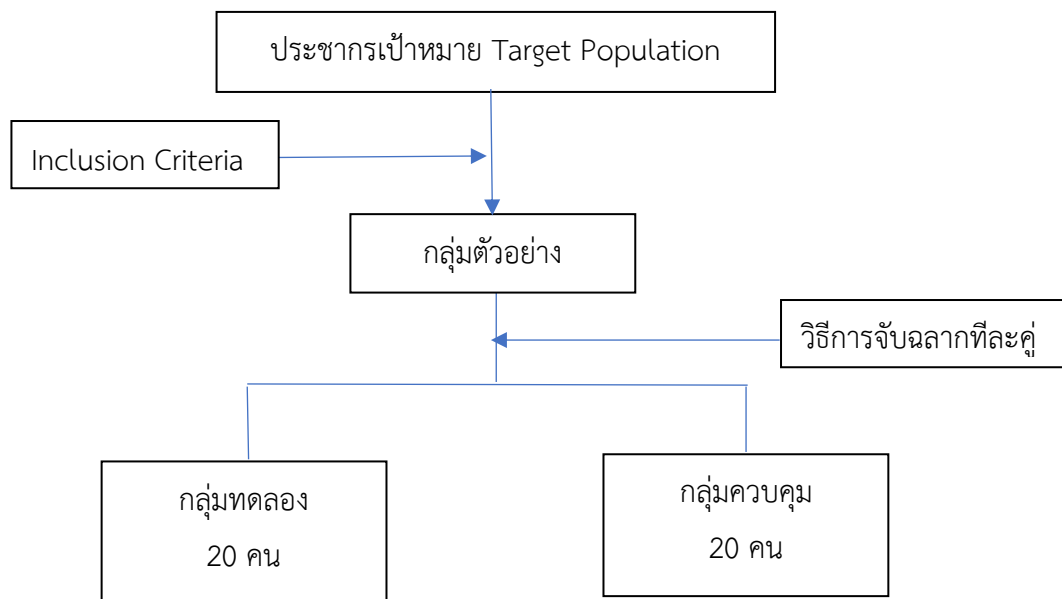
ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.ประสานหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงาน และขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย

2.เตรียมผู้ช่วยในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยการชี้แจงทำความเข้าใจเกี่ยวกับประชากรเป้าหมายที่จะศึกษาเพื่อคัดเลือกเข้าเป็นกลุ่มในการศึกษา หลังจากนั้นพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชซึ่งเป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลทำหน้าที่ประเมินคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

3.เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่ผ่านตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้านักวิชาการสาธารณสุขจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยโดยละเอียด เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยและสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งให้ผู้ช่วยลงลายมือชื่อหากสมัครใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายเข้ารับการบำบัด

4.นักวิชาการสาธารณสุขทำหน้าที่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการจับฉลากที่ละคู่ จนได้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน ตามแผนภาพที่ 4



แผนภาพที่ 3 ภาพแสดงการเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

4.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 3) เครื่องมือในการทดลอง 4) เครื่องมือกำกับการทดลอง แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

1.แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษาแบบประเมินนี้พัฒนาโดย Overall and Gotham (1961) และ ภัทรา ธิรลาภ(2560) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 89 และ นำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยพันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ คณะ (2545) ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 18 ข้อในแต่ละข้อมีคะแนน 1 ถึง 7 คะแนน ได้แก่

1 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการ (Not Present)

2 คะแนน หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุดหรือสงสัยว่ามีอาการอยู่บ้างแต่ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Very mild)

- 3 คะแนน หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (Mild)
- 4 คะแนน หมายถึง มีอาการปานกลาง (Moderate)
- 5 คะแนน หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (Moderate Severe)
- 6 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรง (Severe)
- 7 คะแนน หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก (Extremely Severe)

แบบประเมินอาการทางจิต มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.62-0.87 ทั้ง 18 ข้อ มีค่าช่วงคะแนน 18-126 คะแนน แปลค่าคะแนนได้ดังนี้

คะแนนน้อยกว่า 18 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติ

คะแนนระหว่าง 18-36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตน้อยหรือทุเลา

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน ขึ้นไป หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2. แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) ของนิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (2536) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยวัดการรับรู้ทางเชาวน์ปัญญาทั้ง 6 ด้านคือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ด้านความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) มีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 87 และค่าความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 87 และทดสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 การแปลผล คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าคะแนนรวม < 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือ มีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ด้านความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคและประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย

2.แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ใช้เป็นเครื่องมือคัดเข้าและประเมิน ก่อนและหลังการบำบัดและติดตามผลหลังการบำบัด แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์และมธุริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ทดสอบความเที่ยง และความเชื่อถือโดยศึกษาในประชาชนทั่วไปและผู้ป่วยในโรงพยาบาลมีค่าความเชื่อมั่น 0.86 แบบประเมิน M.I.N.I. มีข้อคำถาม 9 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา ลักษณะคำตอบจะเป็น ใช่ และ ไม่ใช่ โดยแปลจากคะแนนรวม

คะแนน 1-8 คะแนนมีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย

คะแนน 9-16 คะแนนมีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง

คะแนน 17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อยมาก

เกณฑ์การประเมินคัดเข้าในการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกรวมตัวอย่างที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางขึ้นไป (≥ 9 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 เครื่องมือในการทดลอง

เครื่องมือในการทดลองของการศึกษานี้ คือ โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามกรอบแนวคิดของ D’Zurilla and Nezu (Nezu & Nezu, 2008) ที่ตั้งสมมติฐานไว้ว่าบุคคลที่ประสบกับความยุ่งยากในการแก้ปัญหาชีวิต หรือต้องเผชิญกับความเครียดและการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน จะมีอาการทางจิตเวชมากกว่าบุคคลที่ถือว่าเป็นนักแก้ปัญหาที่ดี เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคล ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS) พัฒนาโดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะมาเป็นต้นแบบของการบำบัด และทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มเติมรายละเอียดในเนื้อหาของโปรแกรมและใบกิจกรรม ให้ความจำเพาะรายโรคมามากยิ่งขึ้น โดยยังคงของแนวทางการดำเนินขั้นตอนและกิจกรรมตามกรอบของ D’Zurilla and Nezu (Nezu & Nezu, 2008) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัด 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 45-90 นาที/ครั้ง ในวันจันทร์ พุธ ศุกร์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 2 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมเริ่มต้นการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความ เข้าใจ เหตุผล ยอมรับ รูปแบบการบำบัด ซึ่งเป็นการพูดคุยด้วยท่าทีที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
3. เพื่อชี้แจงกำหนดการและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน
4. เพื่ออธิบายให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้ เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย โดยใช้หลักของ Five Factors Model (Nezu & Nezu, 2008) และสำรวจปัญหาของตนเอง

แนวคิดสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัด เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เริ่มเรียนรู้สำรวจปัญหาของตนเอง และบอกเล่าเรื่องราว ปัญหา อาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช เพื่อเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จากนั้น ผู้บำบัดทำการค้นหาความคิดจากเหตุการณ์/ประสบการณ์นำก่อนเกิดความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจในปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้รับการบำบัด จากนั้น ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัด ได้เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดสรุปปัญหาทั้งหมดอย่างเป็นระบบตามหลักของและรูปแบบการแก้ปัญหาของบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลรูปแบบการบำบัด ความสำคัญของความร่วมมือในระหว่างการบำบัด และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

การประเมินผล

1. ผู้รับการบำบัดพูดคุยกับผู้บำบัดและสามารถบอกเล่าอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

2. ผู้รับการบำบัดบอกที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายของตนเองได้
3. ผู้รับการบำบัดอธิบายรูปแบบการบำบัดได้ และยินดีที่จะเข้าร่วมการบำบัด
4. ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจฟังหรือซักถาม และยินดีที่จะไปทำการบ้านตามใบกิจกรรม

ที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไขปัญหา มีเป้าหมายเพื่อให้

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน และเรียนรู้ปัญหาของตนเองจากการบ้าน
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดอารมณ์ทางลบได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจลักษณะของปัญหา
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในการแก้ปัญหา
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง

แนวคิดสำคัญ

ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่นำมาสู่การทำร้ายตนเองจากการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหา หรือมีการแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่นผู้รับการบำบัดจะได้รับการอธิบายจากผู้ให้การบำบัดจนเกิดความเข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามแนวคิด ของ Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010). ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหา(Problem)การแก้ปัญหา(Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหา โดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น

การประเมินผล

1. ผู้รับการบำบัดนำการบ้านมาส่ง หรือบอกเล่ากิจกรรมที่มอบหมายให้ทำการบ้านให้ผู้บำบัดฟังได้
2. ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติตามเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบด้วยวิธีที่เลือกได้
3. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงลักษณะของปัญหาได้ถูกต้อง
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกแนวคิดในการแก้ปัญหาได้ และสามารถอธิบายถึงมุมมองทางบวกและทางลบต่อปัญหาได้
5. ผู้รับการบำบัดให้ความสนใจฟังหรือซักถาม และผู้รับการบำบัดยอมรับ ยินดี ทำการบ้าน และสามารถบอกวิธีการบันทึกในใบกิจกรรมที่ 2 ได้ถูกต้อง
6. ผู้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือกตัดสินใจและแก้ปัญหา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนและเรียนรู้จากการบ้าน

2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือก และการตัดสินใจแก้ปัญหา และสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา

แนวคิดสำคัญ

การที่ผู้รับการบำบัดทบทวนและพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง การเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากการที่มีมุมมองทางลบ และใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหาหรือขาดความระมัดระวัง

ดังนั้น จึงมีแนวทางในการแก้ปัญหา จะเป็นการแก้ไขที่มีมุมมองต่อปัญหา ด้วยการ 1) ปรับจากมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และ 2) ปรับลดวิธีการแก้ปัญหานั้น จากการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยง มาเป็นการเพิ่มการแก้ปัญหานั้นปัญหาแบบใช้เหตุผล มีทางเลือกมากขึ้นที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถทำได้จริง ลงมือแก้ปัญหานั้นปัญหาตามที่ได้วางแผนไว้ อย่างชัดเจน โดยสามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่มีอยู่ โอกาสที่จะแก้ปัญหานั้นได้ ปัญหาหมดไป หรือลดลง ปิดโอกาสที่จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้

สำหรับการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาทางบวกมีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหาอดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ จะช่วยในการแก้ปัญหามองเห็นศักยภาพของตนเอง กำกับตนเอง และค้นหาความคิดทางลบของตนเองต่อปัญหา แล้วปรับมุมมองเป็นทางบวกตามความเป็นจริง

การฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์สมมติ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และเข้าใจในวิธีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับ บริบทความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้ และรวมทั้งการสร้างทางเลือกต่างๆ สำหรับการแก้ปัญหา มีความรู้ในหลักการของการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีเหตุสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาใหม่ในเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้แผนการแก้ปัญหามีความให้ชัดเจน (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร) ความเป็นไปได้ของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในทางเลือกที่ได้เลือกเอาไว้ทั้งหมด ทั้งในปัจจุบัน และระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไขปัญหา

การประเมินผล

1. ผู้รับการบำบัดสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง และสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา ตัดสินใจ และสามารถนำทางเลือกในการแก้ปัญหาไปปฏิบัติได้
2. ผู้รับการบำบัดบอกรายการปัญหาของตนเอง และอธิบายถึงความคิดทางลบต่อปัญหาและสามารถปรับมุมมองเป็นทางบวกตามความเป็นจริงได้
3. ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหามาตามความเป็นจริง และเป็นไปได้
4. ผู้รับการบำบัดสามารถบอกรายละเอียดทางเลือกในการแก้ปัญหาได้หลากหลายแนวทางและบอกถึงสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของทางเลือกในการแก้ปัญหาได้

5. ผู้รับการบำบัดสามารถเลือกบัตรคำ/คำขวัญ/คำพูดประจำใจ/คติพจน์ประจำใจหรือจากที่คิดเองในการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อทบทวน และเรียนรู้จากการบ้าน
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก
6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

แนวคิดสำคัญ

ผู้บำบัดยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่มีความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด เริ่มเรียนรู้ และทำความเข้าใจ ปัญหา การค้นหาปัญหา ระบุปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือก ในการแก้ปัญหา มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ร่วมกันวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการแก้ปัญหา ผู้รับการบำบัด เรียนรู้ที่จะสังเกตอารมณ์ของตนเอง เพิ่มแนวทางการผ่อนคลายอารมณ์ด้านลบ ด้วยวิธีให้ผู้ป่วยได้ฝึกการผ่อนคลายและปรับอารมณ์ทางลบ และเมื่อผู้รับการบำบัด นำแนวทางการแก้ปัญหานั้นไปปฏิบัติจริง ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำ ให้ผู้รับการบำบัดนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง โดยมีสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เช่น คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจ จากรายการบัตรคำที่กำหนด มาเตือนหรือกระตุ้นพลังใจเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

การประเมินผล

ผู้รับการบำบัดเลือกคำขวัญ/คำพูด/ คติพจน์ประจำใจ ที่ตนเองใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเอง เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด กล้าที่จะเผชิญปัญหา และสามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด มีความมั่นใจในทักษะของวิธีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด มีความมั่นใจในวิธีการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ และการตัดสินใจ ตรงกับความ เป็นจริงมากขึ้น

4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ยังคงมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

แนวคิดสำคัญ

การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหา (Problem) จากการสำรวจและระบุปัญหาของตนเอง การมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดอารมณ์ทางบวก มีแนวโน้มที่จะเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายามมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหา มากกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเองหลักการในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา อธิบายถึงเหตุผลสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในทางเลือกที่ได้เลือกเอาไว้ทั้งหมด ทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งผลทางบวก และผลทางลบ

การประเมินผล

1. ผู้รับการบำบัดสามารถอธิบายถึงคำขวัญที่ตนเองใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจหรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

2. ผู้รับการบำบัดมีคะแนนทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มมากขึ้น

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้บำบัดทบทวน รูปแบบการแก้ปัญหา จากการที่ผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติจริง
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด คงไว้ซึ่งการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ได้ร่วมกันวางแผนในการดูแลต่อเนื่อง เหมาะสมหลังสิ้นสุดการบำบัด

แนวคิดสำคัญ

เป็นการฝึกทบทวนแนวคิดหลักในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ตั้งแต่ ขั้นตอนที่ 1-5 จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด ประเมินความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตัวเองทั้งในผู้รับการบำบัด เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่ชื่นชมให้กำลังใจ จะเป็นการเสริมพลังให้รู้สึกมั่นใจ และกระตุ้นให้นำทักษะนี้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีแบบแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง การดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และยังคงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหาในอนาคตได้ สรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ และยุติการบำบัด

การประเมินผล

1. ผู้รับการบำบัดสามารถทบทวนรูปแบบการแก้ปัญหา

2. ผู้รับการบำบัดคงไว้ซึ่งการแก้ปัญหา และสามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 4 เครื่องมือกำกับการทดลอง

แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ตาม กรอบแนวคิดของ D'Zurilla & Nezu (2008) และการประเมินการแก้ปัญหาของ Heppner ซึ่งเจียรชัย งามทิพย์วัฒนา(2543) ได้แปลเป็นภาษาไทย นำมาปรับปรุง และหาค่าเชื่อมั่นเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86 แบบ ประเมินมี 23 ข้อ เป็นแบบประเมินทักษะในการแก้ปัญหาโดยมีมาตราส่วนประมาณค่า

4 ระดับ การแปลผลโดยรวมคะแนนทุกข้อ (คะแนนเต็ม 92 คะแนน) คะแนนยิ่งมาก แสดงถึงทักษะการแก้ปัญหาที่ดีขึ้น โดยผู้วิจัยจะใช้ในการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 5 เพื่อจะได้นำผลการประเมินมาช่วยพัฒนาทักษะในการแก้ปัญหาให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยการประเมินระดับคะแนนทักษะการแก้ปัญหาของผู้ร่วมวิจัยเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการบำบัดรายข้อ หากข้อใดมีผลคะแนนลดลงจากเดิม ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดร่วมกันพูดคุยหาสาเหตุและแนวทางในการปรับปรุงทักษะร่วมกัน

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

- การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือการทดลอง คือ โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งได้ดำเนินการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม วิธีดำเนินการ และการประเมินผลโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า CVI=0.96

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Mini International National Neuropsychiatric Interview (MINI-Suicidality) พัฒนาโดยพันธุภษา กิตติรัตนไพบูลย์และมจริน คำวงศ์ปิ่น (2548) ได้แปลเป็นภาษาไทยซึ่งเป็นเครื่องมือสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและตรวจสอบความต้องการด้านเนื้อหา ภาษา และตรวจสอบความตรงตามเกณฑ์ในกลุ่มศึกษา 177 คน ซึ่งเป็นคนทั่วไปและผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยเปรียบเทียบระหว่างการวินิจฉัยโดยพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการฝึกอบรมการใช้แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ฉบับภาษาไทยกับการวินิจฉัยของจิตแพทย์ตามกรอบการวินิจฉัยของเครื่องมือแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ที่ถือเป็นมาตรฐานและทำการทดสอบทางสถิติเพื่อหาความตรงตามเกณฑ์โดย Cohen's Kappa ค่าความจำเพาะ ค่าการคาดหมายที่เป็นบวก ค่าการคาดหมายที่เป็นลบ และประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกัน ผลการศึกษาพบว่า การวินิจฉัย current major depressive episode, current suicide risk, lifetime psychotic disorder และ current generalized anxiety disorder มีค่า kappa ค่าความไวและค่าความหมายที่เป็นบวกสูงมาก (>0.75,>0.81,>0.81 ตามลำดับ) ส่วนค่าความจำเพาะ ค่าความคาดหมายที่เป็นลบและประสิทธิภาพของการวินิจฉัยที่ตรงกันอยู่ในเกณฑ์สูงมาก (>0.81) ในทุกวินิจฉัยโรค เครื่องมือแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ฉบับภาษาไทยนี้สามารถใช้ในการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชในคนไทยได้ แบบประเมินการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถาม 9 ข้อที่เกี่ยวข้องกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาและเกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา คำตอบจะมี “ใช่” และ “ไม่ใช่”

- การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

1) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา พัฒนาโดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) ตาม กรอบแนวคิดของ D'Zurilla และการประเมินการแก้ปัญหาของ Heppner ซึ่งเธียรชัย งามทิพย์วัฒนา(2543) ได้แปลเป็นภาษาไทย นำมาปรับปรุงและหาค่าเชื่อมั่นเครื่องมือได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.86

2) แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการศึกษาแบบประเมินนี้พัฒนาโดย Overall and Gotham (1961) และ ภัทรา ภิรลภ(2560) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นเท่ากับ.89

6. วิธีดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูล

6.1 ขั้นตอนการเตรียมการก่อนการทดลอง

6.1.1 เตรียมผู้บำบัดหลักตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จำนวน 3 คน มีคุณสมบัติดังนี้

(1) เป็นพยาบาลจิตเวชที่มีทักษะการบำบัด โดยผ่านการฝึกอบรมทักษะการบำบัดด้วย PST ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และได้รับการรับรองจากผู้เชี่ยวชาญ

(2) มีประสบการณ์การทำจิตสังคมบำบัดอย่างน้อย 5 ปี

6.1.2 เตรียมผู้ช่วยเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

(1). ผู้ประเมินอาการด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) การประเมินด้วย TMSE การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I.-Suicidality และการประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) ก่อนการทดลอง เป็นพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน ที่ผ่านการฝึกอบรมการบำบัดด้วย PST และการใช้เครื่องมือต่าง ๆ ในการประเมินผลลัพธ์การบำบัด

(2). ผู้ติดตามประเมินผลหลังการทดลอง ด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) และแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) เป็นพยาบาลจิตเวช จำนวน 3 คน มีการชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล อภิปราย ซักถามกรณีมีข้อสงสัย หรืออุปสรรคในการเก็บข้อมูลจะไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินบำบัด ทำการบันทึกข้อมูลเท่านั้น

6.1.3 เตรียมสถานที่และอุปกรณ์ที่ใช้ในการบำบัด โดยผู้ช่วยนักวิจัยเตรียมห้องสำหรับใช้ในการบำบัด ที่ศูนย์จิตประภัสร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว สามารถระบายอากาศได้ดี ไม่มีเสียง แสง หรือกลิ่นที่เป็นอุปสรรคในการบำบัด

6.1.4. ส่งโครงการวิจัย เพื่อขอคำรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้รับการรับรองรหัสโครงการหมายเลข 004/2568 เมื่อวันที่ 22 มกราคม 2568

6.1.5 ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อดำเนินการวิจัยตามแผนเมื่อผ่านการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนดำเนินการวิจัย

6.1.6. ชี้แจงหัวหน้ากลุ่มงานผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย ขั้นตอนการดำเนินงานและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

บทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนของผู้วิจัย

1. เป็นผู้บำบัดหลักตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. เป็นผู้ประสานงานและบริหารจัดการโครงการวิจัยให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้
3. เป็นผู้วิเคราะห์ รวบรวมและสรุปผลการวิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัย
4. เป็นผู้จัดทำงบประมาณในการวิจัย

บทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนของผู้ช่วยวิจัย (พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านอบรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา)

1. เป็นผู้บำบัดหลักตามโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เก็บรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปจัดทำสรุปรายงานการวิจัย

บทบาทหน้าที่ในแต่ละขั้นตอนของผู้ช่วยวิจัย (นักวิชาการสาธารณสุข)

1. เป็นผู้ประสานงานผู้เก็บข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก และศูนย์จิตประภัสร์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไป ประเมินเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนการบำบัด
2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยแก่ผู้ป่วยและญาติเพื่อขอคำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ประสานงานกับผู้เก็บข้อมูลเพื่อเก็บข้อมูลผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังการบำบัดเสร็จสิ้น และระยะติดตาม 1 เดือน และ 3 เดือน
4. เก็บรวบรวมเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปจัดทำสรุปรายงานการวิจัย

6.2 ขั้นตอนการทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

6.2.1 ผู้ช่วยวิจัยประสานงานและร่วมเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คัดเข้าบำบัด การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การรับเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ช่วยวิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการศึกษาวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการประเมินผลผลภายหลัง ดำเนินการวิจัย สิทธิของผู้ป่วยและประโยชน์ที่จะได้รับแก่ผู้ป่วยทุกคนที่เข้าร่วมโครงการประโยชน์ที่จะได้รับ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามและอธิบายโครงการจนเข้าใจและสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเข้าร่วมโครงการจนสิ้นสุดการบำบัด แล้วลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจโดยผู้ช่วยวิจัย

6.2.2 กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) การประเมินด้วย TMSE การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I.-Suicidality และแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem-Solving Inventory: PSI) ก่อนการบำบัดจากพยาบาลจิตเวช หลังจากนั้น ผู้ช่วยวิจัยจะจับคู่สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และนัดหมายการเพื่อเข้ารับการบำบัด

6.2.3 กลุ่มทดลอง จะได้รับการบำบัดด้วยโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่เป็นพยาบาลจิตเวชที่ผ่านการอบรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา จำนวน 6 ครั้ง ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์

สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้ระยะเวลาประมาณ 45-90 นาที ระหว่างการทำกิจกรรมครั้งที่ 2 ผู้รับการบำบัดจะได้รับการประเมินจากผู้วิจัย ด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ทำความเข้าใจหลักการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ฯ และทำการประเมินซ้ำอีกครั้งในระหว่างการทำกิจกรรม ครั้งที่ 5 เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของการปรับมุมมองปัญหาในทางลบ มาเป็นมุมมองในทางบวกและการเพิ่มขึ้นของทักษะในการแก้ปัญหาแบบมีเหตุมีผล

6.2.4 กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ (Treatment As Usual: TAU) โดยพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์จิตตปัญญาศึกษา โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา หรือการให้การปรึกษาตามสภาพปัญหาที่พบในแต่ละครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์

6.3 ชั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในระยะติดตามผลความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หลังการทดลองสิ้นสุดทันทีที่ระยะติดตามผล 1 และ 3 เดือน หลังการบำบัด โดยผู้ช่วยวิจัยประสานผู้เก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวช 2 คน ซึ่งไม่ใช่ผู้บำบัด โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งจะทำการนัดหมายผู้ป่วยให้มาตามนัด โดยนับจากวันที่สิ้นสุดการบำบัดไปอีก 1 เดือนและ 3 เดือน และจะนัดเป็นวันเดียวกับวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมารับยา เมื่อใกล้ถึงวันนัดหมาย 1-2 วัน ผู้ช่วยวิจัยจะโทรศัพท์ไปย้ำเตือนวันนัดหมายและสอบถามเวลาที่ผู้ป่วยจะมาถึงโรงพยาบาลที่ชัดเจน (เมื่อถึงวันนัดหมาย ถ้าผู้ป่วยไม่มาตามนัด ผู้วิจัยจะติดต่อทางโทรศัพท์อีกครั้ง เพื่อให้มา ติดต่อกับโรงพยาบาลในวันทำการถัดไป) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ทั้งนี้ ในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดหรือติดตามผล หากพบว่ามีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือกลุ่มตัวอย่างมีผลแทรกซ้อนจากการเข้ารับการบำบัดจะถูกส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาตามปัญหาต่อไป ผู้ช่วยวิจัยแจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่าถึงแม้ว่าการบำบัดจะสิ้นสุดลง แต่ถ้าผู้ป่วยคนใดยังต้องการความช่วยเหลือจากผู้บำบัด ก็สามารถติดต่อกลับมาได้และท้ายสุดให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นถึงความพึงพอใจจากการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะ

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงบรรยาย โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มทดลอง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของผลของบำบัดโดยการแก้ปัญหามองในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง กับระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ในระยะก่อนการทดลอง กับระยะติดตามผล 1 เดือน และในระยะก่อนการทดลอง กับระยะติดตามผล 3 เดือน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated measures ANOVA: Within-Subjects Main Effect) และศึกษาความแตกต่างรายคู่ของระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้ง 4 ระยะ โดยการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey เปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเปรียบเทียบในระยะหลังสิ้นสุดการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับบำบัดโดยการ

แก้ไขปัญหาคือผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการทดสอบความแตกต่างในแต่ละระยะของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

8. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัย ข้อมูลประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย KRPH.REC012/2567BTs_Ful และได้รับการอนุมัติ หนังสือรับรองเลขที่ 004/2568 ลงวันที่รับรอง 22 มกราคม 2568

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์และอภิปรายผลการวิจัย สำหรับการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้แต่งเครื่องแบบพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลระยะเวลาของการดำเนินการวิจัย ตลอดจนการชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมหรือยุติการเข้าร่วมวิจัย จนครบตามระยะเวลาที่กำหนด ก็สามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่ส่งผลกระทบต่อพยาบาลและการรักษาที่จะได้รับ มีการเน้นให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้จากการดำเนินการวิจัยซึ่งจะถือเป็นความลับ จะสามารถเข้าถึงข้อมูลด้วยรหัสเฉพาะที่ผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะนำเสนอข้อมูลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างมีคำถามหรือเกิดข้อสงสัยใดๆ ในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยตลอดเวลา ภายหลังจากกลุ่มตัวอย่างทราบถึงข้อมูลดังกล่าว และยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยจะทำลายภายหลังจากงานวิจัยได้รับการตีพิมพ์แล้ว 1 ปีในการประเมินเพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่าง หากพบว่าผู้ป่วยคนใดมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่รุนแรงขึ้น จะทำการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดใน
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน (Two
groups pretest posttest and follow-up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัดโปรแกรม
บำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและ
พฤติกรรมฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
(SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิต
เวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เก็บ
รวบรวมข้อมูลระหว่าง ระหว่างวันที่ 23 มกราคม พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ผลการวิจัย
นำเสนอในรูปแบบตาราง แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อน
การทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และ ระยะติดตามผล 3 เดือน
ในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะ
ในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ด้านความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	6	30.00	7	35.00
หญิง	14	70.00	13	65.00
อายุ				
20-29 ปี	8	40.00	7	35.00
30-39 ปี	4	20.00	4	20.00
40-49 ปี	5	25.00	4	20.00
50-59 ปี	3	15.00	5	25.00
หมายเหตุ	(อายุเฉลี่ย 34.80 ปี SD=12.01 ต่ำสุด 20 ปี สูงสุดคือ 57 ปี)		(อายุเฉลี่ย 37.25 ปี SD=12.90 ต่ำสุด 20 ปี สูงสุดคือ 59 ปี)	
สถานภาพสมรส				
โสด	4	20.00	2	10.00
คู่	10	50.00	9	45.00
หย่า	3	15.00	5	25.00
แยกกันอยู่	3	15.00	4	20.00
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	4	20.00	5	25.00
มัธยมศึกษาต้น	8	40.00	8	40.00
มัธยมปลาย	7	35.00	5	25.00
อนุปริญญา	1	5.00	2	10.00
อาชีพ				
ว่างงาน	3	15.00	2	10.00
รับจ้างทั่วไป	7	35.00	11	55.00
เกษตรกรกรรม	8	40.00	7	35.00
ค้าขาย	2	10.00	0	0.00

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ด้านความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย				
ไม่มีรายได้	3	15.00	3	15.00
1-5,000 บาท	6	30.00	6	30.00
5,000 -10,000 บาท	9	45.00	11	55.00
10,001 ขึ้นไป	2	10.00	0	0.00
หมายเหตุ	รายได้เฉลี่ย 7415 บาท		รายได้เฉลี่ย 7210 บาท	
	รายได้ต่ำสุด (ไม่มีรายได้)		รายได้ต่ำสุด (ไม่มีรายได้)	
	รายได้สูงสุด=28,000 บาท		รายได้สูงสุด=22,000 บาท	
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	2	10.00	1	5.00
ไม่เพียงพอ	15	75.00	17	85.00
มีหนี้สินครัวเรือน	3	10.00	2	10.00
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย				
น้อยกว่า 1 ปี	1	5.00	1	5.00
1 ปี	6	30.00	8	40.00
2-3 ปี	1	5.00	3	15.00
4-5 ปี	10	50.00	8	40.00
มากกว่า 5 ปี	2	10.00	0	0.00
การวินิจฉัยโรค				
โรคซึมเศร้า (F 32.1)	17	85.00	18	90.00
โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (F32)	2	15.00	2	10.00
โรคติดยา (F10.2)	1	5.00	0	0

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย ด้านความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค และประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย				
น้อยกว่า 1 เดือน	1	5.00	0	0.00
1 -3 เดือน	0	0.00	1	5.00
4 -6 เดือน	8	40.00	10	50.00
7-9 เดือน	7	35.00	5	25.00
10-12 เดือน	3	15.00	2	10.00
มากกว่า 12 เดือน	1	5.00	2	10.00

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีข้อมูลทั่วไปในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันซึ่ง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70 และร้อยละ 65) สถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 45.0) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาต้น(ร้อยละ 40.0เท่ากัน) มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 5,000 -10,000 บาท(ร้อยละ 45.0 และร้อยละ 55.0) ด้านความเพียงพอของรายได้ตอบว่า ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 75.0 และ ร้อยละ 85.0) ระยะเวลาที่เจ็บป่วย 4 – 5 ปี (ร้อยละ 50.0และ ร้อยละ 40.0) การวินิจฉัยโรค เป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 85.0และ ร้อยละ 90.0) และประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้าย อยู่ในช่วง 4 -6 เดือน(ร้อยละ 40.0 และร้อยละ 50.0) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 34.80 ปี (SD=12.01) ในขณะที่กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 37.25 ปี (SD=12.90) กลุ่มทดลองมี อาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 40.0 ส่วนกลุ่มควบคุม อาชีพ รับจ้าง ร้อยละ 55.0

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน
ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อน
ทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ของกลุ่มทดลองและ
กลุ่มควบคุม (n=20)

ระยะเวลาการทดลอง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
ระยะก่อนการทดลอง	27.25	1.37	27.55	1.50
ระยะหลังการทดลองทันที	20.50	3.06	25.10	2.19
ระยะติดตามผล 1 เดือน	15.35	4.06	19.85	5.23
ระยะติดตามผล 3 เดือน	10.30	3.79	21.90	3.16

จากตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการ
ทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือนของกลุ่มทดลอง คือ 27.25, 20.50, 15.35
และ 10.30 ตามลำดับ ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนการทดลอง ระยะ
หลังการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือนและ 3 เดือนของกลุ่มควบคุม คือ 27.55, 25.10, 19.85 และ
21.90 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เมื่อมีการวัดซ้ำ ภายในกลุ่มระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ในกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำภายในกลุ่ม (Repeated Measure ANOVA: Within-Subjects Main Effect)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P-value
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย					
ภายในกลุ่ม	887.27	2	441.63	108.40	0.39
ความคลาดเคลื่อน	228.40	49	3.88		

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 และระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) จึงทำการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Turkey ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือนในกลุ่มทดลอง

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std. Error	P-value
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย				
ก่อนการทดลอง	หลังการทดลองทันที	6.75	2.40	<0.001
	ติดตามผล 1 เดือน	11.90	4.06	<0.001
	ติดตามผล 3 เดือน	16.95	0.98	<0.001

* $p < 0.01$

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มการทดลองในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน แตกต่างกัน 3 คู่ ดังนี้

1.ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยระยะหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

2.ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองและและระยะติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3.ค่าเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองและและระยะติดตามผล 3 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 4 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ T test ในการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

การบำบัด	n	mean	S.D.	Mean difference	t	df	p
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย							
กลุ่มทดลอง	20	13.40	1.80	0.30	0.47	38	0.44
กลุ่มควบคุม	20	13.55	2.00				

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ส่วนที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

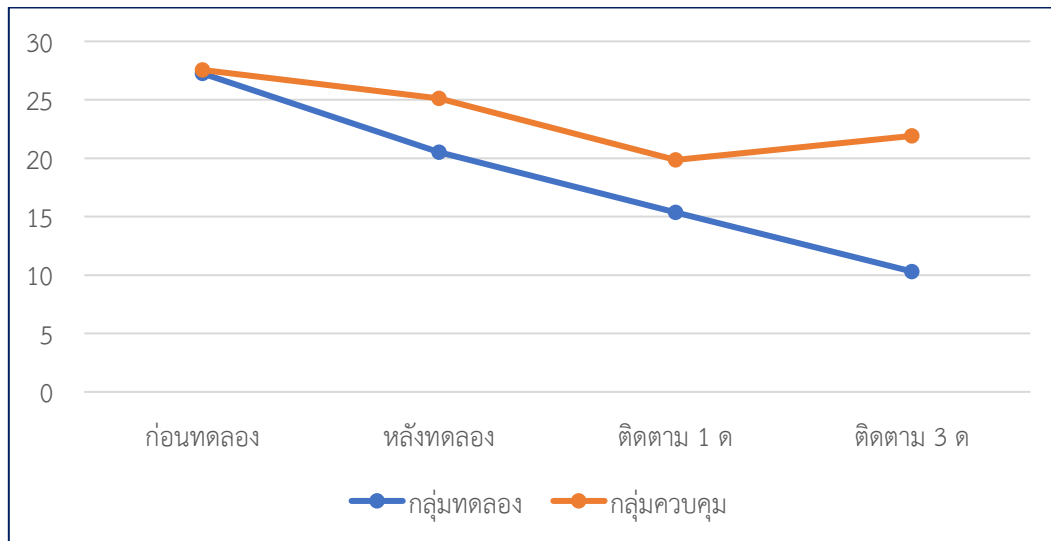
ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลาและวิธีการทดลอง	n	mean	S.D	Mean Difference	t	df	P
ก่อนทดลอง							
กลุ่มทดลอง	20	23.15	2.49	0.55	0.15	38	0.70
กลุ่มควบคุม	20	23.25	2.53				
หลังการทดลองทันที							
กลุ่มทดลอง	20	18.10	2.55	-6.00	-7.12	27	<0.001
กลุ่มควบคุม	20	18.70	2.77				
ติดตามผล 1 เดือน							
กลุ่มทดลอง	20	11.75	3.32	-7.43	-7.72	38	<0.001
กลุ่มควบคุม	20	14.15	3.36				
ติดตามผล 3 เดือน							
กลุ่มทดลอง	20	7.60	3.40	-6.40	-9.81	30	<0.001
กลุ่มควบคุม	20	14.00	6.72				

*P<0.01

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน มีความหมายในการเปรียบเทียบผลการบำบัดเพราะถือว่าเริ่มต้นทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเท่ากัน แต่ในระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองมีคะแนนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P<0.01) ดังแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันทีที่ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน (Two groups pretest posttest and follow-up design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการบำบัด โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 20 คนกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ระหว่างวันที่ 23 มกราคม พ.ศ.2568 ถึงวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2568

1. สรุปผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเปรียบเทียบความแตกต่างของผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา และการพยาบาลตามปกติ วัดในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย และมารับบริการที่กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicidality) ที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไปและมาบริการเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างวันที่ 23 มกราคมถึงวันที่ 16 พฤษภาคม 2568 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched Pair) กลุ่มละ 20 คน โดย กลุ่มทดลอง หลังจากผู้วิจัยชี้แจงและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ กลุ่มทดลองจะได้รับการให้การบำบัด ด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหประกอบด้วย ขั้นตอนการบำบัดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ และนัดติดตามผลการรักษาอีก 1 เดือนและ 3 เดือน สถานที่ ในการให้การบำบัด คือ ห้องให้การปรึกษา ศูนย์จิตประภัสร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) เครื่องมือคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิตแบบสั้น (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบอาการทางคลินิกทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วย ช่วยในการคัดกลุ่มเป้าหมาย เข้าสู่กระบวนการศึกษา 2) เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และ แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI-Suicidality)3) เครื่องมือในการทดลอง คือ

โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา ประกอบด้วยขั้นตอนการบำบัดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ 4) เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองโดยก่อนการให้การบำบัด ได้ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นได้นัดผู้ป่วย เข้ารับโปรแกรมการบำบัด มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ และในระหว่างการบำบัดผู้บำบัด มีการสอนอธิบายความรู้ของเนื้อหาการบำบัดแต่ละครั้ง สังเกตดูการเปลี่ยนแปลงของมุมมองต่อปัญหา ความสามารถตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง มีแนวทางหลักการของการสร้างทางเลือก และการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และมีเหตุผลสนับสนุนของแต่ละทางเลือกได้อย่างสมเหตุผลและตรงตามความเป็นจริง หลังการบำบัดครบทั้ง 6 ขั้นตอน มีการวิเคราะห์ ตรวจสอบ สมุดบันทึกประจำตัวผู้ป่วย และ สำหรับขั้นตอนที่ 6 เมื่อสิ้นสุดการหลังการบำบัด จะทำการประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ชุดเดียวกันกับก่อนเข้าโปรแกรมการบำบัดและ นัดติดตามผลอีก 1 เดือน และ ติดตามผล 3 เดือน ซึ่งเป็นการวัดคะแนนระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และซักถามถึงผลการนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคที่พบและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วย

กลุ่มทดลองทุกคนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะได้รับการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่ได้รับ และสามารถออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ ถ้าไม่ประสงค์จะเข้าร่วมโครงการวิจัย ก็ไม่มี ผลกระทบใดๆต่อการบำบัดรักษาของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยจะได้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เป็นลายลักษณ์อักษร

กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในส่วนของความคิด พฤติกรรม ประเมินด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การให้การพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ การให้ยาฉีด รับประทานยาทางจิตตามแผนการรักษา การเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อให้ผู้ป่วย เกิดความปลอดภัยจากการรักษา การประเมินความต้องการของผู้ป่วย และได้เข้ากลุ่มกิจกรรมที่ทาง โรงพยาบาลจัดให้ตามสภาพปัญหาและความต้องการ เช่น กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง การให้การ ปรึกษารายบุคคล การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว และการให้สุขภาพจิต ศึกษาถึงการดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน

การประเมินผล โดยการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะ ก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการศึกษา

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในภาพรวมพบว่า เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การวินิจฉัยโรค ครั้งนี้ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และระยะเวลา ของประวัติการทำร้ายตนเองครั้งสุดท้ายที่ไม่แตกต่างกันหรือมีข้อมูลทั่วไปคล้ายกันคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อ การฆ่าตัวตายในกลุ่มการทดลองแตกต่างกัน 3 คู่

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มทดลองในระยะก่อนการทดลองและระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยระยะหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยระยะติดตามผล 1 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง และคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองและระยะติดตามผล 3 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยระยะติดตามผล 3 เดือน มีคะแนนต่ำกว่าระยะก่อนการทดลอง

3. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระยะก่อนการทดลองระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ในระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนการทดลองระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่มีความแตกต่างกัน ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกัน โดย กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงสู่ระดับปานกลางและน้อย ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ยังมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอยู่ในระดับมาก และมีคะแนนความเสี่ยงระดับปานกลาง เหลือเพียงร้อยละ 10

2. อภิปรายผล

สามารถอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาดังนี้

2.1 ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา(PST) ที่มีต่อระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลองโดยเปรียบเทียบในระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลองทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน ระยะติดตามผล 3 เดือน ขั้นตอนการบำบัดแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน จำนวน 6 กิจกรรม ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมระยะเริ่มต้นการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด ที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัด ความร่วมมือในการบำบัด และสำรวจปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหา โดยใช้มุมมองที่มีผลต่อการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ลักษณะของปัญหา ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง และทำความเข้าใจหลักการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหา เรียนรู้ถึงวิธีการตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุน เหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1) เป็นการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2) เป็นการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2) ตามประสบการณ์จริง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด ทบทวนรูปแบบการบำบัดชื่นชมให้กำลังใจและเพิ่มเติมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนแก่ผู้รับการบำบัด

การศึกษานี้ กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 100 ผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหา เป็นการบำบัดทางสังคมจิตใจที่ให้ความสำคัญกับการที่บุคคลได้ทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) การแก้ปัญหา(Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหาโดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลาย มากขึ้น ลดการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไม่ระมัดระวัง (Impulsive careless) และได้รับการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้น จะช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายลงโดยระยะในการบำบัดแบ่งเป็น 6 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้นการบำบัด การทำความเข้าใจกับปัญหาร่วมกับผู้ป่วยเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัด เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและบอกเล่าเรื่องราว ปัญหาของผู้ป่วย อาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดทำการค้นหาความคิดจากเหตุการณ์ /ประสบการณ์นำก่อนเกิดความคิดและหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการแสดงถึงความสนใจที่ต้องการช่วยเหลือของพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพเชิงการบำบัด คือคุณภาพของความสัมพันธ์ระหว่างนักบำบัดและผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยสามองค์ประกอบหลักตามกรอบของ Bordin (1979) ได้แก่ ความผูกพันทางอารมณ์ (emotional bond), ความตกลงร่วมกันในเป้าหมาย (goal agreement) และ ความตกลงร่วมกันในการกิจการบำบัด (task agreement) การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งต่อผลลัพธ์ที่ดีในการบำบัดทางจิต (Harris et al,2023; Tetzlaff, M., Bruins, J., & Castelein, S. , 2025) โดย Huggett et al.(2022) พบว่าการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดที่ดีในช่วงเริ่มต้นของการบำบัดทางจิตลดโอกาสในการคิดฆ่าตัวตายในอนาคต Fartack et al (2023) ชี้ให้เห็นว่าสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วยมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเปลี่ยนแปลงความคิดฆ่าตัวตาย ($r = 0.30, p < 0.01$) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเฉียบพลันและวิกฤตการณ์รุนแรงแบบผู้ป่วยในซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Melzer, L., Forkmann, T., Friedrich, S., & Teismann, T. (2024) ซึ่งศึกษาความสัมพันธ์เชิงบำบัดและความคิดฆ่าตัวตายในการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 2 การทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่นำมาสู่การทำร้ายตนเองจากการการรับรู้ว่ามีปัญหา เป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย น้อยใจ ผิดหวัง ไม่พอใจหรือ โกรธที่ต้องเผชิญกับปัญหาจึงพบว่ามีความโน้มหนักหนีปัญหา หรือมีการแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่นผู้รับการบำบัดจะได้รับการอธิบายจากผู้ให้การบำบัดจนเกิด ความ

เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามแนวคิดของ Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2008) ผู้รับการบำบัดได้ทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) การแก้ปัญหา (Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหา โดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมาก ในขั้นตอนนี้ผู้บำบัด จะเริ่มต้นด้วยการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเป็นระบบ ควบคู่กับการสำรวจมุมมองของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ชีวิตที่เป็นตัวกระตุ้น (precipitating stressors) การคิดซ้ำๆ ในแง่ลบได้รับการระบุว่าเป็นตัวบ่งชี้สำคัญของการคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (Teismann et al, 2021) การหลีกเลี่ยงปัญหาเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีความคิดฆ่าตัวตายและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับสูง โดยระบุว่าบุคคลเหล่านี้มีแนวโน้มที่จะชะลอการแก้ปัญหาหรือรอให้ปัญหาคลี่คลายไปเองการทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงเมตาพบความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างความสามารถในการแก้ปัญหาทางสังคมโดยรวมกับความคิดฆ่าตัวตาย ($r = -.28$) และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ($r = -.24$) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าความสามารถในการแก้ปัญหาที่ดีขึ้นนั้นเชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ลดลง (Heapy, C., Haddock, G., & Pratt, D., 2024)

ขั้นตอนที่ 3 การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง และการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา การตัดสินใจและแก้ปัญหา โดยการกระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเองการเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากการที่เรามีมุมมองทางลบ และมีวิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหาหรือขาดความระมัดระวัง ทางเลือกมากขึ้นที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถทำได้จริง ลงมือแก้ปัญหานั้นได้ตามที่ ได้วางแผนไว้อย่างชัดเจน โดยสามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่มีอยู่ โอกาสที่จะแก้ปัญหาได้ ปัญหาหมดไป หรือลดลง ปิดโอกาสที่จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์และคณะ(2561) ซึ่งพบว่า โปรแกรมการแก้ปัญหาสามารถทำให้อาการซึมเศร้าของผู้ป่วยลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาใหม่เป็นการแก้ปัญหามีเหตุมีผลได้ Nezu & Nezu (2008) กล่าวว่า มุมมองต่อปัญหาแบบ Positive Problem Orientation (PPO) และ Negative Problem Orientation (NPO) เป็นตัวแปรที่สำคัญที่สุดในการทำนายความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ป่วยที่มี NPO สูงจะมองปัญหาว่าเป็นภัยคุกคามที่ไม่สามารถเอาชนะได้ ไม่เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และรู้สึกหงุดหงิดหรือท้อแท้อย่างรวดเร็วเมื่อพบอุปสรรคลักษณะเหล่านี้ก่อให้เกิดวงจรระหว่าง NPO — hopelessness — suicidal ideation ที่เสริมแรงกันอย่างต่อเนื่อง Rogier et al (2024) พบว่าการควบคุมอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การหลีกเลี่ยง การครุ่นคิด การหมกมุ่น การมองปัญหาในแง่ลบ และการแก้ปัญหาทั้งแบบหุนหันพลันแล่นและแบบหลีกเลี่ยงมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความคิดฆ่าตัวต

ขั้นตอนที่ 4 การลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1) การลงมือแก้ปัญหาตามแนวคิดของ Nezu และ Nezu (2008) เป็นขั้นตอนที่ผู้ป่วยนำทางเลือกที่ผ่านกระบวนการตัดสินใจแล้วไปปฏิบัติจริงในชีวิตประจำวัน จากการที่ผู้บำบัดยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่มีความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การซักซ้อมในจินตนาการ (mental rehearsal) จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด เริ่มเรียนรู้และทำความเข้าใจในการทำ ความเข้าใจปัญหา การค้นหาปัญหา ระบุปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และการตรวจสอบผลการแก้ปัญหาและการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ปัญหา มีทางออกในการแก้ปัญหาที่หลากหลายร่วมกันวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก อุปสรรคที่อาจจะ

เกิดขึ้นในการแก้ปัญหา (obstacle anticipation) ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ที่จะสังเกตอารมณ์ของตนเอง เพิ่มแนวทางการผ่อนคลายอารมณ์ด้านลบด้วยวิธีให้ผู้ป่วยได้ฝึกการผ่อนคลายและปรับอารมณ์ทางลบ เมื่อผู้รับการบำบัดนำแนวทางการแก้ปัญหามาที่เลือกไว้ไปปฏิบัติจริงขณะที่อยู่บ้านตามแผนงานที่กำหนดไว้การฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1) Wu et al (2023) อธิบายว่าการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมโดยการปรับปรุงการมุ่งเน้นปัญหาในแง่ลบและการควบคุมอารมณ์ลดความหุนหันพลันแล่น สามารถลดการทำร้ายตัวเองและการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำได้ Di Consiglio et al (2025) นำแนวคิดการคาดการณ์ (obstacle anticipation) และการฝึกซ้อมการตอบสนองที่เหมาะสม (mental rehearsal) ไปใช้ในการบำบัดทางคลินิก เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและแรงจูงใจแก่ผู้ป่วย Vázquez et al (2024) อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการบำบัดแก้ปัญหาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งรวมถึงการประเมินผลที่ตามมาของแนวทางแก้ไขที่เลือก และการระบุอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับ "การคาดการณ์อุปสรรค" โดยเน้นการประยุกต์ใช้กระบวนการแก้ปัญหาซ้ำๆ กับปัญหาหลายๆ ข้อ ซึ่งคล้ายกับการ "ฝึกซ้อม" ทักษะการแก้ปัญหา สามารถลดความคิดฆ่าตัวตายในบุคคลที่มีอายุมากกว่า 50 ปี Beaudreau et al (2023) พบว่า การคาดการณ์อนาคตเป็นการเตรียมพร้อมในการจัดการปัญหา ป้องกันการก่อพฤติกรรมและลดความคิดฆ่าตัวตายในทหารผ่านศึกสูงอายุ

ขั้นตอนที่ 5 การลงมือแก้ปัญหาและการตรวจสอบผลการแก้ปัญหาเป็นการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ท้าทาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม ความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามาก จะดีกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเอง หลักการในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความขัดแย้ง ความไม่เข้าใจกัน ทำให้ผู้รับการบำบัดสามารถปฏิบัติได้ตามแนวทางที่กำหนด การตรวจสอบผลการแก้ปัญหาเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนา problem-solving self-efficacy ในระยะยาวประกอบด้วย การควบคุมตนเอง (Self-monitoring) คือ การที่ผู้รับการบำบัดสังเกตและบันทึกผลลัพธ์จากการลงมือปฏิบัติอย่างเป็นระบบ ผู้รับการบำบัดจะบันทึกการบ้านที่ได้รับมอบหมายว่าได้ลงมือปฏิบัติตามแผนหรือไม่ ผลลัพธ์เป็นอย่างไร และรู้สึกอย่างไรหลังการปฏิบัติ Brüderl et al. (2021) นำเสนอแนวคิด Dual-System Model of Suicidality: DSMS ซึ่งเป็นกลไกการเปลี่ยนแปลงภายในบุคคลที่เกี่ยวข้องกับความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย พบว่า การพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเองเป็นกลไกในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยการเสริมสร้างกลยุทธ์การรับมือเพื่อปรับตัวในเหตุการณ์ด้านลบต่อ อารมณ์และความเครียด Alexopoulos, et al. (2021) กล่าวถึง การฝึกสมาธิแบบมีสติในระยะสั้นสามารถเพิ่มการควบคุมตนเองและพัฒนาการควบคุมการรับรู้ ช่วยลดปฏิกิริยาทางอารมณ์และการคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะวิตกกังวลสูง Nagamitsu et al. (2023) พบว่า Self-monitoring ร่วมกับการบำบัดต่างๆ ผ่านแอปพลิเคชัน ช่วยลดความคิดฆ่าตัวตายในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญในช่วงระยะเวลาการสังเกต 4 เดือน

ขั้นตอนที่ 6 สรุปผลการแก้ปัญหาคงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหา และ ยุติการบำบัด การสรุปผลการแก้ปัญหาตามแนวคิดของ Nezu และ Nezu (2008) เป็นกระบวนการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะ "สะพานเชื่อม" ระหว่างประสบการณ์การบำบัดกับการดำรงชีวิตอิสระของผู้ป่วยภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม กระบวนการนี้ไม่ใช่เพียงการทบทวนสิ่งที่ผ่านมา แต่เป็นการส่งเสริมการนำทักษะการแก้ปัญหามาทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้เรียนรู้ตลอดกระบวนการบำบัดให้กลายเป็นส่วนหนึ่งของอัตลักษณ์และความสามารถของผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลไกหลักที่ทำให้โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีผลป้องกันการฆ่าตัวตายในระยะยาวได้อย่างยั่งยืน Stanley et al. (2018) รายงานว่าการบูรณาการ crisis response plan เข้ากับการบำบัดที่มี ช่วยลดความถี่

ของความคิดฆ่าตัวตายได้ร้อยละ 44.6 (95% CI [0.23-0.91]) ในช่วง 3 เดือนแรกหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ดังนั้น โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ธวัชชัย พลศักดิ์และคณะ (2560) ศึกษาผลของการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา และเปรียบเทียบ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ได้รับโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหากับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ที่ระบุว่า ผลโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีแนวโน้มสำคัญทางสถิติ และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายแบบกลุ่มเดียวจำนวน 34 คน พบว่าสามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา และลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 เดือนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปว่าการบำบัดด้วย โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีแนวทางในการบำบัดและเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถประเมิน รับรู้ ทำความเข้าใจความคิดที่เกิดขึ้นมีการฝึกมุมมองต่อปัญหาใหม่ได้อย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง รวมทั้งความเข้าใจ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นเลือกใช้รูปแบบแก้ไขปัญหามาให้เหมาะสมตามความเป็นจริง ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรม ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

จากการศึกษาพบว่า ในระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที ระยะติดตามผล 1 เดือน และระยะติดตามผล 3 เดือน คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในกลุ่มทดลอง มีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อภิปรายได้ว่าการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา (problem-solving therapy: PST) ช่วยลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเสริมสร้างความรู้สึที่ดีต่อการมองเห็นศักยภาพของตนเองและการพึ่งพาตนเองจากการที่มีจุดเด่นของการมุ่งเน้นการบำบัดไปที่การปรับมุมมองปัญหาในทางลบให้เป็นทางบวกเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาให้มากขึ้นแม้จะมีปัญหาจิตเวชมาก่อน เช่นเดียวกับ Simon Hatcher และ คณะ (2018) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาลดลงของการรักษาปกติ ในผู้ป่วยอาการทำร้ายตนเองที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่งในประเทศนิวซีแลนด์ จำนวน 551 ราย โดยรูปแบบโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามีจำนวน 4-6 ครั้ง ต่อรายพบว่าภายหลังการบำบัดไปแล้วที่ 3 เดือน ยังคงพบความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในทักษะการแก้ปัญหา การลดลงของความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เมื่อติดตามต่อเนื่องไปถึง 1 ปี ร้อยละ 39 ในผู้ที่เคยพยายามทำร้ายตนเองเองครั้งแรก ยังคงมีการลดลงของภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง และพบว่าผลลัพธ์ดังกล่าวจะได้ผลกับผู้ป่วยที่ทำการบำบัดครบจำนวน 4 ครั้งขึ้นไปอีกทั้งโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหานี้ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อขนาดยาระหว่างการ

รักษาและการใช้ระยะเวลาการรักษาที่น้อยลงกว่าการดูแลตามปกติ จึงได้เสนอให้การศึกษาพัฒนาการผสมผสานการบำบัดโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ทำร้ายตนเองในโรงพยาบาลร่วมกับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องไปกับแนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ที่มองว่าการฆ่าตัวตายประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น ความหุนหันพลันแล่น ความคิดไม่ยืดหยุ่น ขาดทักษะในการแก้ปัญหา ใช้รูปแบบเดิม ๆ ในการปรับตัวต่อปัญหา ไม่เห็นแนวทางแก้ปัญหาแบบอื่น ๆ (มาโนช หล่อตระกูล, 2558) และสอดคล้องกับศึกษาของTurgut และ Eskin (2025) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่พยายามฆ่าตัวตายโดยการทดลองแบบสุ่มควบคุมสรุปได้ว่า โปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาแบบรายบุคคลและแบบกลุ่มมีประสิทธิภาพเท่าเทียมกันในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในขณะที่คะแนนความน่าจะเป็นในการฆ่าตัวตายและคะแนนระดับความซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมในกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหา ทั้งสองกลุ่มลดลง และคะแนนความยืดหยุ่นทางความคิดและการแก้ปัญหาทางสังคมเพิ่มขึ้น ดังนั้น การบำบัดด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาเป็นการบำบัดรายบุคคล (Individual therapy) ปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นของผู้ป่วยเพียงคนเดียว ผู้บำบัดทำหน้าที่สำคัญในการดูแลกระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนและให้คำแนะนำช่วยลดปัญหา ทางอารมณ์ต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย ผู้รับการบำบัดมีความพร้อมเต็มที่ที่จะแก้ปัญหา ปรับตัวแก้ไขปัญหา จนสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้ตามปกติสุข

ส่วนการให้การพยาบาลตามปกติ ยังขาดทักษะที่สำคัญในการแก้ปัญหา ที่จะส่งผลให้เกิดการฆ่าตัวตาย ประกอบกับผู้ป่วยก็ยังคงขาดความรู้และทักษะในการแก้ปัญหอย่างเป็นระบบ แม้ว่าจะมีความรักความผูกพัน ก็ยังไม่สามารถสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จึงทำให้ คะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ อติทยา คำทวี (2560) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทครั้งแรก เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดสองกลุ่มต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้งๆ ละ 60 นาทีติดต่อกัน 4 สัปดาห์พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้เป็นการยืนยันว่าโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาที่ช่วยลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้

3. ข้อจำกัดในการศึกษา

เนื่องจากในช่วงของการศึกษาครั้งนี้เป็นช่วงที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติด ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้าร่วมการศึกษากลับไปใช้ซ้ำส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบได้ และการจะนำผลการวิจัยไปใช้ในการบำบัดผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พยาบาลวิชาชีพผู้บำบัดจะต้องมีประสบการณ์การทำจิตสังคมบำบัดอย่างน้อย 5 ปี และผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาค่าที่ดำเนินการอย่างเป็นระบบ

4. ข้อเสนอแนะ

4.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

4.1.1. ผู้บำบัดที่จะนำโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา(PST)ไปใช้ ต้องมีประสบการณ์และผ่านการฝึกอบรมจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ จะทำให้เชื่อมโยงขั้นตอนแต่ละครั้งได้ดีขึ้น เกิดประสิทธิผลที่ดีกับผู้ป่วย

4.1.2. ผู้บำบัดพบข้อสังเกตในระหว่างการบำบัดตามโปรแกรมขั้นตอนการการปรับมุมมองปัญหาในทางลบ(negative problem orientation:NPO)มาเป็น มุมมองในทางบวก(positive problem orientation:PPO)พบว่าผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่นาน มีผลต่อการปรับเปลี่ยนมุมมองได้ช้า ดังนั้น สำหรับขั้นตอนนี้ควรจะมีการปรับเพิ่มขั้นตอนหรือเพิ่มเวลาตามศักยภาพของผู้ป่วย เนื่องจากขั้นตอนนี้มีความสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วย มีความเข้าใจกับปัญหา ในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหา มั่นใจในการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้นและมีทักษะในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น เพื่อมุ่งลดความเครียดและเพิ่มความสามารถของสมองในการจัดการปัญหาอย่างเป็นลำดับขั้นตอน (Alexopoulos et al., 2011)

4.1.3. ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาในการบันทึกกิจกรรมประจำวันลงในสมุดบันทึกการบ้าน (ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉันทน์ ในกรณีเช่นนี้ ให้ อธิบายและประเมินความเข้าใจหรือทัศนคติของผู้ป่วยว่าเป็นอย่างไร และให้ผู้ป่วยใช้เทคนิค Self-talk คือ การพูดกับตนเองหรือบันทึกเป็นประโยคสั้นๆหรือ บอกเล่ากิจกรรมที่มอบหมายให้ทำการบ้านให้ผู้บำบัดฟังได้ ซึ่งพบว่าเทคนิคนี้แก้ปัญหาเรื่องการบ้านบันทึกของผู้ป่วยได้ดี ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณมีความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆได้ เพิ่มความมั่นใจ ในตนเองขึ้นได้

4.1.4. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ควรให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการด้วยโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา(PST-PPS)เมื่อประเมินพบว่ายังคงมีระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับมาก (คะแนนระหว่าง 9-16)

4.1.5. ควรส่งต่อข้อมูลที่สำคัญที่ได้จากการบำบัดให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในตึกผู้ป่วยนอกหรือแพทย์ผู้ให้การรักษาทราบเพื่อให้การดูแลได้อย่างต่อเนื่อง

4.1.6. ผู้บำบัดควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเปิดเผยความคิด ความรู้สึกและความเข้าใจ ตามความเชื่อของตนเองให้มากที่สุด ไม่ควรรีบด่วนสรุปหรือใช้วิธีการแนะนำ เพราะจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปรับมุมมองต่อปัญหาด้านลบได้จริง

4.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต้องรอให้ผู้ป่วยพ้นจากระยะอาการทางจิตรุนแรง (Acute) ต้องมีอาการทางจิตสงบ จึงเข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมได้

2. พยาบาลวิชาชีพผู้ทำหน้าที่บำบัด ต้องมีประสบการณ์ ผ่านการอบรมการโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหา(PST)และมีองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการบำบัดโดยการแก้ปัญหา จึงจะสามารถเป็นผู้บำบัดที่มีประสิทธิภาพในการบำบัดได้

บรรณานุกรม

- กรมสุขภาพจิต. (2560). *รายงานประจำปี*. นนทบุรี: กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2562). *รายงานจำนวนการฆ่าตัวตายของประเทศไทย 2560 [GIS Report 2560]*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2566). *มาตรฐานการปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง*. กรุงเทพฯ: บริษัท ปียอนด์ พับลิชชิง จำกัด.
- เกษร สายธนู , กิ่งกาญจน์ ชูเมือง , เกษราภรณ์ เคนบุผา.(2564) ผลของกลุ่มบำบัดด้วยการแก้ไขปัญหาร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(2), 125–136.
- ไกรสิทธิ์ นฤชิตพิชัย. (2554). *การฆ่าตัวตาย ความสูญเสียที่ป้องกันได้*. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2568, จาก https://www.manarom.com/blog/Suicide_prevention.html.
- ชนิษฐา สนเทห์. (2560). *การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- จิราพร มณีปกรณ์, ชญาดา กลิ่นพิบูลย์และอัครเดช กลิ่นพิบูลย์. (2567). ผลของแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย โดยใช้แนวคิดซาเทียร์ จังหวัดสกลนคร. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 9(2), 609–614.
- จิราพร มณีปกรณ์. (2566). การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ จังหวัดสกลนคร.. *วารสารสิ่งแวดล้อมศึกษาการแพทย์และสุขภาพ*, 8(1), 428–435.
- ชาลินี หนูชูสุข, สุทธานันท์ กัลป์กะ, และปภาจิต บุตรสุวรรณ. (2568). การปฏิบัติการพยาบาลในการบำบัดโดยการแก้ปัญหา: กรณีศึกษา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 8(1), 88-99.
- ณัฏฐ์ พิทยรัตน์เสถียร และคณะ. (ม.ป.ป.). *การบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าโดยเทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม*. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2568, จาก <https://www.thaidepression.com/www/56/CBTdepression.pdf>
- ณัฐพร ฟุ้งสมุทร. (2568). การสร้างโปรแกรมบำบัดผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 5(2), e273150.
- ดาราวรรณ ต๊ะปินตา, สมบัติ สกุลพรรณ และสุวิท อินทอง. (2557). *ประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคนไทย: การวิจัยแบบสุ่มมีกลุ่มควบคุม*. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์.
- เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตนและมาลัย เฉลิมชัยนุกูล (2543) ความเครียดและรูปแบบการแก้ปัญหานักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 3 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 45(1), 59-69.

- อมล บัวสถิต และ พลภทร์ โล่เสถียรกิจ. (2561). ลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างเพศของผู้ป่วยโรคจิตครั้งแรกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาม* 12(1), 1-13.
- ธรรณินทร์ กองสุข. (2567). TK โมเดล 5 ปัจจัยอธิบายการเกิดอุบัติเหตุการฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตาย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 39(2), 209-218.
- ธวัชชัย พลศาสตร์, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ผลของโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 31(1), 60- 74.
- ธีรพงษ์ ชงหิมะ. (2019). ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*, 20(2), 105-118.
- นันทกานต์ มั่นตะสูตร, สมบัติ สกกุลพรรณและดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. (2563). ผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 47(1), 301-312.
- นิตยา จรัสแสง, นรัักษ์ชาติปัญญาชัย, ขวัญสุดา บุญทศ, ดวงแก้ว รอดอ่องและจินตนา สิงขรอาจ. (2566). ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 38(6), 630-641.
- พันธ์ทิพย์ โกศลวัฒน์, ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. (2561). การพัฒนาและทดสอบผลของโปรแกรมการแก้ปัญหาต่อการลดอาการซึมเศร้าและการหายทุเลาของ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 32(1). 49-65.
- พันธ์ุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. (2548). ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 13(3), 125-135.
- พันธ์ุณา กิตติรัตน์ไพบูลย์. (บรรณาธิการ). (2554). Module C- มาตรการที่ 2: มาตรการบำบัดรักษาภาวะถอนพิษสุรา ใน: คู่มือสำหรับผู้อบรมการดูแลผู้มีปัญหาการติ่มสุราเบื้องต้น สำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง 2554. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.
- พุทธชาติ ศรีสุวรรณ,สมบัติ สกกุลพรรณและหรรษา เศรษฐบุปผา. (2565). ผลของการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาของผู้ป่วยติดสารแอมเฟตามีน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 33(1).93-106.
- พิชญ์ โชคบุญธิยานนท์ และธนิดา ตันตระกูลโรจน์. (2566). การศึกษานำร่องเรื่องผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามธิบดี. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 68(1).
- มานพ คณะโต ,พูนรัตน์ ลียติกุล และ รังสิยา วงศ์อุปปา. (2564).อาการทางจิตและการใช้ความรุนแรงของผู้เสพเมทแอมเฟตามีนในประเทศไทย.วารสารสำนักงาน ป.ป.ส.,37(1), 46-56.
- มานิช หล่อตระกูล. (2553). *การฆ่าตัวตาย : การรักษาและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2558). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เมธี สุทธิศิลป์และสายสมร เฉลยกิตติ. (2561). ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยโรควิตกกังวล ในเขตเทศบาลนครเชียงใหม่. *วารสารพยาบาลตำรวจและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 10(1), 100–108.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2561). *รายงานประจำปี 2561*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, สาวิตรี สุริยะฉาย และเวนิช บุราชรินทร์. (2025). ผลของรูปแบบยั้งแรงจูงใจของการฆ่าตัวตายต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 41(01), 14–30.
- ศศิธร บัวผัน. (2565). ประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างความตระหนักและการรับรู้ต่อสัญญาณการฆ่าตัวตาย ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4*, 12(2), 82–93.
- ศิวาพร มหาทานุโชค. (2562). รูปแบบการป้องกันการพยายามฆ่าตัวตายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดลำพูน.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2553). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ. เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุบิน สมิน้อย, วิภาดา คณะไชย, อัจฉรา ฤชา, สาคร บุบผาเห่า, และรัชชะฎา ธาระจันทร์. (2564). ผลของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 29(1), 22–33
- สุนิสา ศรีโมอ่อน, อทิตยา พรชัย เกตุโอวยง, และ อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). ผลของกลุ่มบำบัดแบบแก้ไขปัญหาคืออาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารสหภาพพยาบาล*, 26(3), 107-116.
- สุรียา ศิริสุข, อโณทัย บัณฑิตวัน, ณัฐฐาภรณ์ เบ้าเรือง, และ ขวัญชนก เอกตาแสง. (2024). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย: กรณีศึกษา 2 ราย. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 21(1), 76–94. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/26583>
- สุวดี ศรีวิเศษ, วัชณี หัตถพนม, สายชล ยุบลพันธ์, สโรชา บางแสง, และ อิงคณา โคตรนารา. (2556). *รายงานวิจัยกลุ่มบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าและเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย*. ขอนแก่น: กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาล ขอนแก่นราชนครินทร์.
- อทิตยา คำทวี. (2560) *ผลของโปรแกรมการสนับสนุนจากครอบครัวต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตครั้งแรก*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. คลังปัญญา จุฬาฯ. <https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/59533>
- อัครเดช กลิ่นพิบูลย์, อรพิน ยอดกลาง, วิภาดา คณะไชย, จารุพันธ์ คำชมภู, และสาคร บุบผาเห่า. (2563). การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดโดยการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(1), 86-89.

- อนุกุล หุ่นงาม และสมบัติ สกกุลพรรณ. (2022). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการจัดการความเสี่ยงเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (Online)*, 16(3), 1–14.
- อารีรัตน์ บุญมาเลิศ, ขวัญพนมพร ธรรมไทย และहरรรษา เศรษฐบุปผา. (2567). ผลของโปรแกรมการบำบัดผสมผสานของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและการแก้ปัญหาต่อพฤติกรรมติดเกมของวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*, 38(2). 55-68.
- อำไพ โพธิ์คำ, มาลาตี รุ่งเรืองศิริพันธ์และ โสภณ แสงอ่อน. (2568). ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเป็นตราบาป และสัมพันธ์ภาพในครอบครัว กับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวช. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์*, 15(2), 104–121.
- Aguilar, E. J., & Siris, S. G. (2007). Do antipsychotic drugs influence suicidal behavior in schizophrenia?. *Psychopharmacology bulletin*, 40(3), 128–142.
- Alexopoulos, G. S., Raue, P. J., Banerjee, S., Mauer, E., Marino, P., Soliman, M., ... & Areán, P. A. (2021). Modifiable predictors of suicidal ideation during psychotherapy for late-life major depression. A machine learning approach. *Translational psychiatry*, 11(1), 536.
- Alexopoulos, G.S., Raue, P.J., Kiosses, D.N., Mackin, R.S., Kanellopoulos, D., McCulloch, C., & Arean, P.A. (2011). Problem-Solving Therapy and Supportive Therapy in Older Adults with Major Depression and Executive Dysfunction. *Arch Gen Psychiatry*, 68(1), 33-41.
- Ali, A.M., Abed, G. A., & Elmalky, M. E. (2024). Effect of Problem-Solving Skills Training on Positive Symptoms and Suicidal Thoughts among Patients with Schizophrenia. *Menoufia Nursing Journal*. 9. 155-170. <https://doi.org/10.21608/menj.2024.397710>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4, 37.
- Asenjo Lobos, C., Komossa, K., Rummel-Kluge, C., Hunger, H., Schmid, F., Schwarz, S., & Leucht, S. (2010). Clozapine versus other atypical antipsychotics for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, (11), CD006633.
- Bachmann S. (2018). Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425. <https://doi.org/j.eurpsy.2025.29>
- Barak, Y., Mirecki, I., Knobler, H. Y., Natan, Z., & Aizenberg, D. (2004). Suicidality and second generation antipsychotics in schizophrenia patients: a case-controlled retrospective study during a 5-year period. *Psychopharmacology*, 175(2), 215–219.
- Barbui, C., Esposito, E., & Cipriani, A. (2009). Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 180(3), 291–297.
- Beaton, S., Forster, P., & Maple, M. (2013). Suicide and Language: Why we shouldn't use the 'C' word. *InPsych, Feb*, 30-1.

- Beaudreau, S. A., Lutz, J., Wetherell, J. L., Nezu, A. M., Nezu, C. M., O'Hara, R., ... & Pigeon, W. R. (2023). Beyond maintaining safety: Examining the benefit of emotion-centered problem solving therapy added to safety planning for reducing late life suicide risk. *Contemporary clinical trials*, *128*, 107147.
- Bebbington, P., & Kuipers, L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological medicine*, *24*(3), 707–718.
- Beck, A. T., Resnik, H. L., & Lettieri, D. J. (Eds.). (1974). *The prediction of suicide*. Charles Press Publishers.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). *Development of suicidal intent scales*. Charles Press Publishers.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, *47*(2), 343.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for Suicide Ideation: psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, *44*(4), 499–505.
- Bernert, R. A., Kim, J. S., Iwata, N. G., & Perlis, M. L. (2015). Sleep disturbances as an evidence-based suicide risk factor. *Current psychiatry reports*, *17*(3), 554. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0554-4>
- Bertolote, J. M., & Fleischmann, A. (2002). Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *1*(3), 181–185.
- Bond, G. R., Drake, R. E., & Campbell, K. (2012). Effectiveness of individual placement and support supported employment for young adults. *Early Intervention in Psychiatry*, *10*(4), 300-307.
- Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *The American journal of psychiatry*, *173*(11), 1094–1100.
- Bostwick, J. M., & Pankratz, V. S. (2000). Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *The American journal of psychiatry*, *157*(12), 1925–1932.
- Brent, D. A. (2016). Antidepressants and Suicidality. *The Psychiatric clinics of North America*, *39*(3), 503–512.
- Brodsky, B. S., Spruch-Feiner, A., & Stanley, B. (2021). The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 33. [doi:/10.3389/fpsyt.2018.00033](https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00033)
- Brown, S., Kim, M., Mitchell, C., & Inskip, H. (2010). Twenty-five year mortality of a community cohort with schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *196*(2), 116–121.

- Brüderl, J., Glaesmer, H., Berger, T., & Spangenberg, L. (2022). Understanding suicidal pathways through the lens of a Dual-System Model of Suicidality in real-time: The potential of ecological momentary assessments. *Frontiers in psychiatry, 13*, 899500.
- Bruins, J., Jörg, F., Bruggeman, R., Slooff, C., Corpeleijn, E., & Pijnenborg, M. (2014). The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PloS one, 9*(12), e112276.
- Bryan, C. J., David Rudd, M., Wertenberger, E., Etienne, N., Ray-Sannerud, B. N., Morrow, C. E., Peterson, A. L., & Young-McCaughon, S. (2014). Improving the detection and prediction of suicidal behavior among military personnel by measuring suicidal beliefs: an evaluation of the Suicide Cognitions Scale. *Journal of affective disorders, 159*, 15–22.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E., & Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of affective disorders, 212*, 64–72.
- Caballer-Tarazona, V., Zúñiga-Lagares, A., & Reyes-Santias, F. (2022). Analysis of hospital costs by morbidity group for patients with severe mental illness. *Annals of medicine, 54*(1), 858-866.
- Cassidy, R. M., Yang, F., Kapczinski, F., & Passos, I. C. (2018). Risk Factors for Suicidality in Patients With Schizophrenia: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression of 96 Studies. *Schizophrenia bulletin, 44*(4), 787–797.
- Calati, R., Nemeroff, C. B., Lopez-Castroman, J., Cohen, L. J., & Galynker, I. (2020). Candidate biomarkers of suicide crisis syndrome: What to test next? A concept paper. *Int J Neuropsychopharmacol, 23*(3), 192-205. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz063>
- Chang, B., Gitlin, D., & Patel, R. (2011). The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emergency medicine practice, 13*(9), 1–24.
- Chang, E.C., D’Zurilla, T.J., & Sanna, L.J. (2004). *Social problem solving: Theory, research, and training*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chibanda, D., Weiss, H. A., Verhey, R., Simms, V., Munjoma, R., Rusakaniko, S., et al. (2016). Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: A randomized clinical trial. *JAMA, 316*(24), 2618-2626. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.19102>
- Conner, K. R., Bagge, C. L., Goldston, D. B., & Ilgen, M. A. (2019). Alcohol and suicidal behavior: What is known and what can be done. *American Journal of Preventive Medicine, 47*(3S2), S204-S208.

- Chung, D. T., Ryan, C. J., Hadzi-Pavlovic, D., Singh, S. P., Stanton, C., & Large, M. M. (2017). Suicide Rates After Discharge From Psychiatric Facilities: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, *74*(7), 694–702.
- Cipriani, A., Geddes, J. R., Furukawa, T. A., & Barbui, C. (2007). Metareview on short-term effectiveness and safety of antidepressants for depression: an evidence-based approach to inform clinical practice. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *52*(9), 553–562.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackway-Jones, K., & Appleby, L. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *The American journal of psychiatry*, *162*(2), 297–303.
- Correll, C. U., Solmi, M., Croatto, G., Schneider, L. K., Rohani-Montez, S. C., Fairley, L., Smith, N., Bitter, I., Gorwood, P., Taipale, H., & Tiihonen, J. (2022). Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*, *21*(2), 248-271. <https://doi.org/10.1002/wps.20994>
- Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P., & Colizzi, M. (2015). Psychological Support, Puberty Suppression, and Psychosocial Functioning in Adolescents with Gender Dysphoria. *The journal of sexual medicine*, *12*(11), 2206–2214.
- Crabb, R. M., & Areán, P. A. (2015). Problem-solving treatment for late-life depression. In P. A. Areán (Ed.), *Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse* (pp. 83–102). Washington DC: American Psychological Association.
- Cuijpers, P., de Wit, L., Kleiboer, A., Karyotaki, E., & Ebert, D. D. (2018). Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. *European Psychiatry*, *48*(1), 2737. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.11.006>
- Cuijpers, P., Harrer, M., Miguel, C., et al. (2025). Cognitive behavior therapy for mental disorders in adults: A unified series of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, *82*(6), 563-571. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0482>
- D’Zurilla, T. J. (1988). Problem-solving therapies. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 85–135). Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2007). *Problem-solving therapy : a positive approach to clinical intervention* (3rd ed.). New York: Springer.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). *Problem-Solving Therapy*. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (pp. 197-225). New York: Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, T. (2002). *Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R): Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

- Davis, B. J., Lysaker, P. H., Salyers, M. P., & Minor, K. S. (2020). The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophrenia Research*, *223*, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.07.017>
- Darvishi, N., Farhadi, M., Azmi-Naei, B., Poorolajal, J. (2023). The role of problem-solving skills in the prevention of suicidal behaviors: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *18*(10), e0293620. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293620>
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical Behavior Therapy Is Effective for the Treatment of Suicidal Behavior: A Meta-Analysis. *Behavior therapy*, *50*(1), 60–72.
- Degnan, A., Berry, K., Sweet, D., Abel, K., Crossley, N., & Edge, D. (2018). Social networks and symptomatic and functional outcomes in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(9), 873-888. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1552-8>
- Del Matto, L., Muscas, M., Murru, A., Verdolini, N., Anmella, G., Fico, G., Corponi, F., Carvalho, A. F., Samalin, L., Carpiniello, B., Fagiolini, A., Vieta, E., & Pacchiarotti, I. (2020). Lithium and suicide prevention in mood disorders and in the general population: A systematic review. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, *116*, 142–153.
- Di Consiglio, M., Satriano, F., & Couyoumdjian, A. (2025). iPositive: Using mental simulation for goal achievement and values pursuit. A transdiagnostic protocol of intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*.
- Dong, J. Y. S., Ho, T. P., & Kan, C. K. (2005). A case-control study of 92 cases of in-patient suicides. *Journal of Affective Disorders*, *87*(1), 91–99.
- Doupnik, S. K., Rudd, B., Schmutte, T., Worsley, D., Bowden, C. F., McCarthy, E., Eggan, E., Bridge, J. A., & Marcus, S. C. (2020). Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings. *JAMA Psychiatry*, *77*(10), 1021-1030. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1586>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2015). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *6*(8), e1000120.
- Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Mallett, S., & Fanshawe, T. R. (2019). The prediction of suicide in severe mental illness: development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Translational psychiatry*, *9*(1), 98. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0428-3>
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2020). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction*, *115*(10), 1878-1890. <https://doi.org/10.1111/add.15133>
- Felgoise, S., Nezu, A. M.; & Nezu, C. (2002). Problem-solving approaches to treating anxiety disorders. In *Comparative Treatment of Anxiety Disorders*. New York: Springer.
- Ferrey, A. E., Hughes, N. D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Gunnell, D., & Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a

- qualitative study. *BMJ open*, 6(1), e009631. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-00963>
- Fu, X. L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Wu, H., Du, L., ... & Shi, Y. Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(2), 351-361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
- Gentil, L., Grenier, G., Vasiliadis, H. M., Huynh, C., & Fleury, M. J. (2021). Predictors of recurrent high emergency department use among patients with mental disorders. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4559.
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Davis, J., & Mann, J. J. (2012). Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment: reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine. *Archives of general psychiatry*, 69(6), 580–587.
- Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., & Mann, J. J. (2009). Relationship between antiepileptic drugs and suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1354–1360.
- Gill KE, Quintero JM, Poe SL, Moreira AD, Brucato G, Corcoran CM, et al. (2015). Assessing suicidal ideation in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophrenia Research*, 165(2–3), 152–6.
- Goldman-Mellor, S. J., Caspi, A., Harrington, H., Hogan, S., Nada-Raja, S., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA psychiatry*, 71(2), 119–127. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.2803>
- Gomez-Duran, E. L., Martin-Fumadó, C., & Hurtado-Ruiz, G. (2012). Clinical and epidemiological aspects of suicide in patients with schizophrenia. *Actas espanolas de psiquiatria*, 40(6), 333–345.
- Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation* (7ed). Missouri: Elsevier Saunders.
- Gustavson, K. A., Alexopoulos, G. S., Niu, G. C., McCulloch, C., Meade, T., & Areán, P. A. (2016). Problem-Solving Therapy Reduces Suicidal Ideation In Depressed Older Adults with Executive Dysfunction. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 24(1), 11–17.
- Hajak, V., Hajak, C., Ziegelmayer, C., Grimm, S., & Trapp, W. (2021). Risk assessment of electroconvulsive therapy in clinical routine: A 3-year analysis of life-threatening events in more than 3,000 treatment sessions. *Frontiers in Psychiatry*, 12, Article 781698. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.767915>
- Hatcher, S., Sharon, C., Parag, V., & Collins, N. (2018). *Problem-solving therapy for people who present to hospital with self-harm: Zelen randomised controlled trial*.
Published online by Cambridge University Press.

- Hawton, K., Sutton, L., Haw, C., Sinclair, J., & Deeks, J. J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *187*, 9–20.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *182*, 537–542.
- Heapy, C., Haddock, G., & Pratt, D. (2024). The relationship between social problem-solving and suicidal ideation and behavior in adults: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *31*(4), 419-432. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/cps0000195>
- Healy DJ, Barry K, Blow F, Welsh D, Milner KK. (2006). Routine use of the Beck Scale for Suicide Ideation in a psychiatric emergency department. *Gen Hosp Psychiatry*. *28*(4), 323-9.
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology (Oxford, England)*, *24*(4 Suppl), 81–90.
- Hosahally, J., Raj, N.B., Geetha, K. B. (2024). Intentional self-harm in a tertiary care hospital, rural South India: a study of sociodemographic profile, methods, and associated factors. *Russian Journal of Forensic Medicine*, *10*(4), 517-528. <https://journal.hep.com.cn/2411-8729/EN/10.17816/fm16185>
- Inskip, H. M., Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *172*, 35–37.
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraishi, Y., Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 66-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048>
- Isometsa E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders--who, when, and why?. *Can J Psychiatry*, *59*(3), 120–130.
- Jefferies, D., Johnson, M., & Griffiths, R. (2010). A meta-study of the essentials of quality nursing documentation. *International Journal of Nursing Practice*, *16*(2), 112-124. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01815.x>
- Jørgensen, A., Gronemann, F. H., Rozing, M. P., Jørgensen, M. B., & Osler, M. (2024). Clinical outcomes of continuation and maintenance electroconvulsive therapy. *JAMA psychiatry*, *81*(12), 1207-1214.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 617–627.

- Khangern, N., Ratta-apha, W., & Wannarit, K. (2022). Burnout among Mental Health Professionals in a Tertiary University Hospital. *Siriraj Medical Journal*, *74*(3), 185-192. <https://doi.org/10.33192/Smj.2022.23>
- Kiosses, D. N., & Alexopoulos, G. S. (2014). Problem-Solving Therapy in the Elderly. *Current treatment options in psychiatry*, *1*(1), 15–26.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, *13*(2), 72-81. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 307-330.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet (London, England)*, *360*(9339), 1083–1088.
- Lakeman R. (2010). What can qualitative research tell us about helping a person who is suicidal?. *Nursing times*, *106*(33), 23–26
- Large, M., Kanesson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2017). Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: Heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS ONE*, *11*(6), e0156322.
- Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., & Nielssen, O. (2011). Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: a systematic meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *45*(8), 619–628.
- Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., & Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Current opinion in psychiatry*, *25*(2), 83–88.
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2013). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, *10*, 425–448.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Leavey, K., & Hawkins, R. (2017). Is cognitive behavioural therapy effective in reducing suicidal ideation and behaviour when delivered face-to-face or via e-health? A systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, *46*(5), 353–374.
- Lengvenyte, A., Olié, E., & Courtet, P. (2019). Suicide Has Many Faces, So Does Ketamine: a Narrative Review on Ketamine's Antisuicidal Actions. *Current psychiatry reports*, *21*(12), 132.
- Leucht, S., & Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, *67 Suppl 5*, 3–8.
- Leucht, S., Leucht, C., Huhn, M., Chaimani, A., Mavridis, D., Helfer, B., Samara, M., Rabaioli, M., Bächer, S., Cipriani, A., Geddes, J. R., Salanti, G., & Davis, J. M. (2017). Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: Systematic review,

- Bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *American Journal of Psychiatry*, 174(10), 927-942. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16121358>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453-461.
- Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *The American journal of psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Lynch, T. R., & Smoski, M. J. (2009). *Individual and group psychotherapy*. In M. D. Steffens, D. Blazer, D. C. Steffens, & M. E. Thakur (Eds.), *The American Psychiatric Publishing text book of geriatric psychiatry* (4th ed., pp. 521-538). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2019). Schizophrenia—An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360)
- McLaughlin, C. (1993). Suicidal behaviour. *British Journal of Nursing*, 2(22), 1103-1105.
- Meltzer, H. Y. (2003). Suicide in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(9), 1122-1125.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current psychiatry reports*, 22(2), 6.
- Mishara, B.L., Chagnon, F., 2016. *Why mental illness is a risk factor for suicide: implications for suicide prevention*. In O'Connor, R., Pirkis, J. (Eds.). *The International Handbook of Suicide Prevention*. Wiley-Blackwell, Chichester, pp. 594-608.
- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M.-J., Killackey, E., Glozier, N., ... Harvey, S. B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209(1), 14-22. [doi:10.1192/bjp.bp.115.165092](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.165092)
- Moller, H. J., Baldwin, D. S., Goodwin, G., Kasper, S., Okasha, A., Stein, D. J., Tandon, R., Versiani, M., & WPA Section on Pharmacopsychiatry (2008). Do SSRIs or antidepressants in general increase suicidality? WPA Section on Pharmacopsychiatry: consensus statement. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258 Suppl 3, 3-23.
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (2021). *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of health outcomes* (6th ed.). Elsevier.
- Mulder, R. T., Joyce, P. R., Frampton, C. M., & Luty, S. E. (2008). Antidepressant treatment is associated with a reduction in suicidal ideation and suicide attempts. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 118(2), 116-122.
- Mulder, R., Newton-Howes, G., & Coid, J. W. (2018). The futility of risk prediction in psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 209(4), 271-272. [doi:10.1192/bjp.bp.116.184960](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184960)

- Nagamitsu, S., Kanie, A., Sakashita, K., Sakuta, R., Okada, A., Matsuura, K., ... & Horikoshi, M. (2022). Adolescent health promotion interventions using well-care visits and a smartphone cognitive behavioral therapy app: randomized controlled trial. *JMIR mHealth and uHealth*, *10*(5), e34154.
- National Institute of Mental Health. (2023). *Mental illness*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved January 20, 2025, from <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>
- National Institute of Mental Health. (2025). *Warning sign of suicide*. U.S. Department of Health and Human Services. Retrieved January 20, 2025, from <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/warning-signs-of-suicide>
- Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & D'Zurilla, T. J. (2013). *Problem-solving therapy: A treatment manual*. New York: Springer.
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2008). Problem Solving Therapy for depression. In PST for depression workshop 2nd Asian CBT conference- 2008. Bangkok.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., & Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Therapy, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(8), 868–876.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N., Kessler, R. C., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Hu, C., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Kovess, V., Levinson, D., ... Williams, D. R. (2009). Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS medicine*, *6*(8), e1000123.
- Novick, D. M., Swartz, H. A., & Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar disorders*, *12*(1), 1–9.
- Olfson, M., Stroup, T. S., Huang, C., Wall, M. M., Crystal, S., & Gerhard, T. (2021). Suicide risk in Medicare patients with schizophrenia across the life span. *JAMA Psychiatry*, *78*(8), 876-885. [doi:10.1001/jamapsychiatry.2021.0841](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0841)
- Olson, L. M., Wahab, S., Thompson, C. W., & Durrant, L. (2011). Suicide notes among Native Americans, Hispanics, and Anglos. *Qualitative Health Research*, *21*(11), 1484–1494.
- Oquendo, M. A., Currier, D., Liu, S. M., Hasin, D. S., Grant, B. F., & Blanco, C. (2010). Increased risk for suicidal behavior in comorbid bipolar disorder and alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *The Journal of clinical psychiatry*, *71*(7), 902–909.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* *10*, 799-812.

- Palmer, B. A., Pankratz, V. S., & Bostwick, J. M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of general psychiatry*, *62*(3), 247–253.
- Paris J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, *53*(6), 738–742.
- Parker, S., Pearson, L., Carney, R., Bentall, P. R., Broome, M. R., Cernis, E., ... & Sutton, J. C. (2025). Cognitive behavioural therapy in comparison to treatment as usual in young adults at high risk of developing bipolar disorder (Bipolar At Risk): A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *25*(1), Article 481. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06973-3>
- Pemau, A., Marin-Martin, C., Diaz-Marsa, M., De La Torre-Luque, A., Ayad-Ahmed, W., Gonzalez-Pinto, A., ... & survive Consortium. (2024). Risk factors for suicide reattempt: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *54*(9), 1897-1904.
- Perez-Rodriguez, M. M., Baca-Garcia, E., Oquendo, M. A., Wang, S., Wall, M. M., Liu, S. M., & Blanco, C. (2014). Relationship between acculturation, discrimination, and suicidal ideation and attempts among US Hispanics in the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *75*(4), 399–407. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m0854>
- Pescosolido, B. A., Halpern-Manners, A., Luo, L., & Perry, B. (2021). Trends in public stigma of mental illness in the US, 1996-2018. *JAMA Network Open*, *4*(12), e2140202. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.40202>
- Peters, E., Landau, S., McCrone, P., Cooke, M., Fisher, P., Steel, C., Kuipers, E. (2010). A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for psychosis in a routine clinical service. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *122*(4), 302–318.
- Phillips, M. R., Yang, G., Li, S., & Li, Y. (2004). Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective observational study. *The Lancet*, *364*(9439), 1062- 1068.
- Pirkis, J., & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts. A systematic review. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *173*, 462–474.
- Pons-Baños, J., Ballester-Ferrando, D., Miranda, L. R., Tresserra Illamola, C., Puigoriol-Juventeny, E., Fuentes-Pumarola, C., & Millàs, M. S. (2026). Treatment Adherence and Recurrence of Suicidal Behaviour in a Cohort of Suicide Attempters in a Nurse-Led Suicide Prevention Programme. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, *33*(1), 184–194. <https://doi.org/10.1111/jpm.70077>
- Popovic, D., Benabarre, A., Crespo, J. M., Goikolea, J. M., González-Pinto, A., Gutiérrez-Rojas, L., Montes, J. M., & Vieta, E. (2014). Risk factors for suicide in schizophrenia: systematic review and clinical recommendations. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *130*(6), 418–426.

- Posner K, Brown GK, Stanley B, Brent DA, Yershova KV, Oquendo MA, Currier GW, Melvin GA, Greenhill L, Shen S, & Mann JJ. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *Am J Psychiatry*. 168 (12), 1266-77. DOI: 10.1176/appi.ajp.2011.10111704.
- Price, O., Armitage, C. J., Bee, P., Brooks, H., Lovell, K., Butler, D., Cree, L., Fishwick, P., Grundy, A., Johnston, I., Mcpherson, P., Riches, H., Scott, A., Walker, L., & Papastavrou Brooks, C. (2024). De-escalating aggression in acute inpatient mental health settings: a behaviour change theory-informed, secondary qualitative analysis of staff and patient perspectives. *BMC psychiatry*, 24(1), 548. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05920-y>
- Priebe, S., Chevalier, A., Hamborg, T., Golden, E., King, M., & Pistrang, N. (2015). Effectiveness of a patient-centred assessment with a solution-focused approach (DIALOG+) for patients with psychosis: A cluster-randomised controlled trial. **Psychotherapy and Psychosomatics**, 89(1), 20-30. <https://doi.org/10.1159/000430991>
- Racine, M. (2018). Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87(Pt B), 269-280. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.08.020>
- Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225-236.
- Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Jr., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A., & Ng, A. T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), 17-25.
- Ringback Weitoft, G., Berglund, M., Lindström, E. A., Nilsson, M., Salmi, P., & Rosén, M. (2014). Mortality, attempted suicide, re-hospitalisation and prescription refill for clozapine and other antipsychotics in Sweden-a register-based study. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 23(3), 290-298.
- Robinson, J., Harris, M. G., Harrigan, S. M., Henry, L. P., Farrelly, S., Prosser, A., Schwartz, O., Jackson, H., & McGorry, P. D. (2010). Suicide attempt in first-episode psychosis: a 7.4 year follow-up study. *Schizophrenia research*, 116(1), 1-8.
- Robinson, J., Hetrick, S. E., & Martin, C. (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(1), 3-26.
- Rogier, G., Chiorri, C., Beomonte Zobel, S., Muzi, S., Pace, C. S., Cheung, M. W. L., & Velotti, P. (2024). The multifaceted role of emotion regulation in suicidality: Systematic reviews and meta-analytic evidence. *Psychological bulletin*, 150(1), 45.

- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., & Långström, N. (2017). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: National long term cohort study. *BMJ*, *341*, c3222
- Sado, M., Yamauchi, K., Kawakami, N., Ono, Y., Furukawa, T. A., Tsuchiya, M., & Kashima, H. (2013). Cost of schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *77*(2), 86-94. <https://doi.org/10.2147/NDT.S41632>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (10th ed.). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Santos, A.L., Teodoro, M.L., & De Oliveira, F.C. (2024). The effectiveness of psychotherapies in reducing further suicide attempts: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Ciencias Psicológicas*, *18*(2). <https://doi.org/10.22235/cp.v18i2.3667>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2024). SAFE-T Suicide Assessment Five Step Evaluation and Triage. Retrieved January 20, 2025, from <https://library.samhsa.gov/sites/default/files/safet-flyer-pep24-01-036.pdf>
- Sarris, J., O'Neil, A., Coulson, C. E., Schweitzer, I., & Berk, M. (2014). Lifestyle medicine for depression. *BMC psychiatry*, *14*, 107.
- Schaffer, A., Isometsä, E. T., Tondo, L., Moreno, D. H., Sinyor, M., Kessing, L. V., Turecki, G., Weizman, A., Azorin, J. M., Ha, K., Reis, C., Cassidy, F., Goldstein, T., Rihmer, Z., Beautrais, A., Chou, Y. H., Diazgranados, N., Levitt, A. J., Zarate, C. A., Jr, & Yatham, L. (2015). Epidemiology, neurobiology and pharmacological interventions related to suicide deaths and suicide attempts in bipolar disorder: Part I of a report of the International Society for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, *49*(9), 785–802.
- Shah, A., Scogin, F., & Floyd, M. (2012). *Evidence-based psychological treatments for geriatric depression*. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults* (1st ed., p. 87–130). Washington, DC: American Psychological Association
- Sharifi, V., Eaton, W. W., Wu, L. T., Roth, K. B., Burchett, B. M., & Mojtabai, R. (2015). Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24-27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *207*(1), 30–36.
- Silverman, M. M., & Berman, A. L. (2014). Suicide risk assessment and risk formulation part I: a focus on suicide ideation in assessing suicide risk. *Suicide & life-threatening behavior*, *44*(4), 420–431. <https://doi.org/10.1111/sltb.12065>
- Si, Q., Zhang, Z., Lei, J., Chen, C., Ren, F., Su, G., Li, Y., & Sui, Y. (2022). Electroconvulsive therapy efficacy in adolescents with mental illness: A retrospective comparison. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, Article 990660. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.990660>

- Simon, G. E., Johnson, E., Lawrence, J. M., Rossom, R. C., Ahmedani, B., Lynch, F. L., Beck, A., Waitzfelder, B., Ziebell, R., Penfold, R. B., & Shortreed, S. M. (2018). Predicting Suicide Attempts and Suicide Deaths Following Outpatient Visits Using Electronic Health Records. *The American journal of psychiatry*, *175*(10), 951–960.
- Smith, K. A., & Cipriani, A. (2017). Lithium and suicide in mood disorders: Updated meta-review of the scientific literature. *Bipolar disorders*, *19*(7), 575–586.
- Sokolowski, M., & Wasserman, D. (2020). Genetic origins of suicidality? A synopsis of genes in suicidal behaviours, with regard to evidence diversity, disorder specificity and neurodevelopmental brain transcriptomics. *European Neuropsychopharmacology*, *37*, 1–11.
- Soomro G. M. (2008). Deliberate self-harm (and attempted suicide). *BMJ clinical evidence*, *2008*, 1012.
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and behavioral practice*, *19*(2), 256-264.
- Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., ... & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA psychiatry*, *75*(9), 894-900.
- Stefansson J., Nordström P. & Jokinen J., (2012). Suicide Intent Scale in the prediction of suicide. *J Affect Disord*, *136*(1-2), 167-171. DOI: 10.1016/j.jad.2010.11.016
- Stone, D. M., Simon, T. R., Fowler, K. A., Kegler, S. R., Yuan, K., Holland, K. M., Ivey-Stephenson, A. Z., & Crosby, A. E. (2018). Vital Signs: Trends in State Suicide Rates - United States, 1999-2016 and Circumstances Contributing to Suicide - 27 States, 2015. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, *67*(22), 617–624.
- Sullivan, P. F., Yao, S., & Hjerling-Leffler, J. (2023). Schizophrenia genomics: Genetic complexity and functional insights. *Nature Reviews Neuroscience*, *24*(1), 23-39. <https://doi.org/10.1038/s41583-024-00837-7>
- Tarrier, N., Taylor, K., & Gooding, P. (2008). Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behavior modification*, *32*(1), 77–108.
- Taylor, A. J., Paris, D. H., & Newton, P. N. (2015). A Systematic Review of Mortality from Untreated Scrub Typhus (*Orientia tsutsugamushi*). *PLoS neglected tropical diseases*, *9*(8), e0003971.
- Tel, H., Kelleci, M., & Başığmez, F. (2024). The effect of problem-solving skills education on suicide ideation and self-esteem of inpatients at the psychiatry service: A follow-up study. *Journal of Psychiatric Nursing*, *15*(1).
- Tiihonen, J., Lönnqvist, J., Wahlbeck, K., Klaukka, T., Tanskanen, A., & Haukka, J. (2006). Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Archives of general psychiatry*, *63*(12), 1358–1367.

- Tiihonen, J., Mittendorfer-Rutz, E., Torniainen, M., Alexanderson, K., & Tanskanen, A. (2016). Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: An observational follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *173*(6), 600-606. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15050618>
- Tintinalli, J. E., Cameron, P., & Holliman, C. J. (2010). *EMS : a practical global guidebook*. People's Medical Publishing House.
- Trotta, A., Murray, R. M., & Fisher, H. L. (2015). The impact of childhood adversity on the persistence of psychotic symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, *50*(6), 891-906. <https://doi.org/10.1017/s0033291715000574>
- Tully, J., Hafferty, J., Whiting, D., Dean, K., & Fazel, S. (2024). Forensic mental health: envisioning a more empirical future. *The Lancet Psychiatry*, *11*(11), 934-942.
- Turgut, M.N. and Eskin, M. (2025). Efficacy of individual and group problem-solving therapy in treating psychiatric patients who attempted suicide: A randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine*, Aug 28,1-16. <https://doi.org/10.1080/13548506.2025.2546590>
- Turkington, D., Kingdon, D., Turner, T., & Insight into Schizophrenia Research Group (2002). Effectiveness of a brief cognitive-behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *180*, 523-527.
- Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J. W. (2021). Delusions, anger, and serious violence: New findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin*, *47*(4), 1035-1043. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa172>
- Van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet (London, England)*, *374*(9690), 635-645.
- Varnik P. (2012). Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health*, *9*(3), 760-771.
- Vázquez, F. L., Torres, Á. J., Blanco, V., Bouza, Q., Otero, P., Andrade, E., ... & Fernández, A. (2024). Brief psychological intervention for suicide prevention based on problem-solving applied in different formats to people over 50 years old: protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, *24*(1), 628.
- Viguera AC, Milano N, Laurel R, Thompson NR, Griffith SD, Baldessarini RJ, Katzan IL. (2015). Comparison of Electronic Screening for Suicidal Risk With the Patient Health Questionnaire Item 9 and the Columbia Suicide Severity Rating Scale in an Outpatient Psychiatric Clinic. *Psychosomatics*, *56*(5), 460-9. DOI: 10.1016/j. psym.2015.04.005
- Walsh, G., Sara, G., Ryan, C. J., & Large, M. (2015). Meta-analysis of suicide rates among psychiatric in-patients. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *131*(3), 174-184.

- Wasserman, D., & Sokolowski, M. (2016). *Stress-vulnerability model of suicidal behaviours*. In D. Wasserman (Ed.), *Suicide: An unnecessary death* (2nd ed., pp. 21–26). Oxford University Press.
- Wenzel, A., Brown, G. K., & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: Scientific and clinical applications*. American Psychological Association.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *382*(9904), 1575-1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
- Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2022). Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *79*(2), 120-132. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.3721>
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, *8*(2), 150-161.
- Wilkinson, S. T., Ballard, E. D., Bloch, M. H., Mathew, S. J., Murrough, J. W., Feder, A., Sos, P., Wang, G., Zarate, C. A., Jr, & Sanacora, G. (2018). The Effect of a Single Dose of Intravenous Ketamine on Suicidal Ideation: A Systematic Review and Individual Participant Data Meta-Analysis. *The American journal of psychiatry*, *175*(2), 150–158.
- Witt, K., Van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE*, *15*(12), e0243728. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- World Health Organization. (2003). *Suicide rates (per 100,000), by country, year, gender*. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/.
- World Health Organization. (2014, Aug 17). *Preventing Suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- World Health Organization. (2018). *Suicide data*. Geneva: World Health Organization, http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en
- World Health Organization. (2019, June 24). Preventing Suicide: a resource series. <https://www.who.int/publications/i/item/preventing-suicide-a-resource-series>
- World Health Organization. (2022, Aug 29). *Suicide*: World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- World Health Organization. (2021). *Mental health atlas 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>

- Wu, H., Lu, L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Du, L., ... & Chen, H. L. (2022). The significance of cognitive-behavioral therapy on suicide: An umbrella review. *Journal of affective disorders*, 317, 142-148.
- Xie, X. M., Wang, Y. F., Han, T., Liu, Y., Li, J., Zhu, H., Jiang, T., Ji, X., & Cai, H. (2023). Suicidality and its associated factors among mood disorder patients in emergency department in China: a comparative study using propensity score matching approach. *Translational psychiatry*, 13(1), 372.
- Xu, X., Song, J., & Jia, L. (2024). The influence of psychotherapy on individuals who have attempted suicide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(6), 1020-1038. <https://doi.org/10.1111/jpm.13055>
- Yerevanian, B. I., Koek, R. J., & Mintz, J. (2003). Lithium, anticonvulsants and suicidal behavior in bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 73(3), 223–228.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J. P., Sáiz, P. A., Lipsicas, C. B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U., & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-659. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30030-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30030-X)
- Zhao, M., and P. Wang. (2025). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Suicidal Ideation and Influential Factors in Patients with Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PsyCh Journal*, 14(5), 734-748. <https://doi.org/10.1002/pchj.70034>.

ภาคผนวก ก
เอกสารชี้แจงข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างวิจัย

ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือ ผู้เข้าร่วมวิจัย(Patient /Participant information Sheet)

ชื่อโครงการวิจัย: การศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

ผู้วิจัยหลัก นางสาวพิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209999 มือถือ 081-2618899

ผู้วิจัยร่วม 1 นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209999 มือถือ 094-496-4929

ผู้วิจัยร่วม 2 นายสุริยา ศิริสุข

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209999 มือถือ 093-326-7735

ผู้วิจัยร่วม 3 นางสาวคณิสันท์ โพธิ์คำ

สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น
หมายเลขโทรศัพท์ ที่ทำงาน 043-209999 มือถือ 083-351-8215

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงตามข้อกำหนดงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของผู้ทำวิจัย หรือผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้ฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คน เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของกลุ่มอายุ 15-29 ปี การสูญเสียชีวิตแต่ละครั้งไม่เพียงแต่เป็นโศกนาฏกรรมในตัวเองเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนทั้งหมดอีกด้วย ความบกพร่องของทักษะในการแก้ปัญหา การมีมุมมองและการรับรู้ ปัญหาเชิงลบ ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวด สิ้นหวัง อับจนหนทาง รู้สึกถูกกักขัง พัฒนาไปสู่ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในที่สุด การที่บุคคลมีทักษะในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมจึงนับได้ว่าเป็นปัจจัยปกป้องประการหนึ่งในการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย การสร้างเสริมทักษะในการแก้ปัญหา จึงเป็นการสนับสนุนบุคคลให้เกิดการรับรู้ปัญหาเชิงบวก ทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาจนผ่านพ้นสภาวะวิกฤติไปได้ เป็นการตัดวงจรของการฆ่าตัวตายตั้งแต่ความคิด การวางแผนไปจนถึงการพยายามลงมือทำ

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคลที่มีเป้าหมายหลักเพื่อเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยการเรียนรู้ปัญหาทางบวก การรับรู้ปัญหาทางลบ การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง การแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่น และการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล โดยปรับปรุงเทคนิคการบำบัดและขั้นตอนที่ยืดยาวให้สั้นลงและเข้าใจได้ง่าย สะดวกต่อการนำไปใช้จริง และมีประสิทธิผลในการลดระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาต่อระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
2. ศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาต่อทักษะการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

จำนวนอาสาสมัครในโครงการวิจัย คือ 40 คน

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะขอประเมิน

- (8) ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
- (9) ทักษะการแก้ปัญหา
- (10) อารมณ์ทางจิต
- (11) ภาวะบกพร่องทางสมอง

เพื่อคัดกรองว่าท่านมีคุณสมบัติที่เหมาะสมที่จะเข้าร่วมในการวิจัย หากท่านมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ท่านจะได้รับเชิญให้มาตามวันเวลาที่ผู้ทำวิจัยนัดหมาย คือ วัน เวลา และสถานที่ เพื่อเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหา

ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการครั้งนี้ ท่านจะต้องเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูง ต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการบำบัดรายบุคคล จำนวน 6 ครั้ง 60-90 นาที ห่างกัน 1-3 วัน สัปดาห์ละ 1-3 ครั้ง ใน 1-3 สัปดาห์และมีการติดตามต่อเนื่องในเดือนที่ 1 และเดือนที่ 3 หลังบำบัดเสร็จสิ้น

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ในระหว่างการบำบัด อาจมีการพูดคุยถึงปัญหา ความไม่สบายใจซึ่งอาจจะมีผลกระทบต่ออารมณ์ และจิตใจ ท่านสามารถพูดคุยหรือแจ้งผู้บำบัดทราบ เพื่อลดหรือหลีกเลี่ยงความเสี่ยงนั้น ในการบำบัดแต่ละครั้ง หากพบว่ามีความรุนแรงมากขึ้นหรือมีผลแทรกซ้อนจากการเข้ารับการบำบัด จะถูกส่งพบจิตแพทย์เพื่อให้การดูแลรักษาตามปัญหาต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้รับการบำบัดที่ตรงตามประเด็นปัญหาและสาเหตุ
2. เพิ่มทางเลือกหนึ่งในการบำบัดทางจิตสังคมที่มีประสิทธิภาพต่อการเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาและลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย
3. ได้รับการคัดกรองปัญหาและเข้าสู่กระบวนการบำบัดได้อย่างรวดเร็ว

วิธีการและรูปแบบการรักษาอื่น ๆ ซึ่งมีอยู่สำหรับอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาโรคที่ท่านเป็นอยู่ เนื่องจากมีแนวทางการรักษาอื่น ๆ หลายแบบสำหรับรักษาโรคของท่านได้ ดังนั้นจึงควรปรึกษาแนวทางการรักษาวิธีอื่นๆ กับแพทย์ผู้ให้การรักษาท่านก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย

ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย/ผู้สนับสนุนการวิจัย

หากพบอันตรายที่เกิดขึ้นจากการวิจัย ท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที และท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมผู้ทำวิจัยแล้ว หากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใด ๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย คือ พว.พิมพินดา กุลสุนทราลัย ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ในการร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายอื่นใดเพิ่มเติม

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

ผู้ทำวิจัยอาจถอนท่านออกจากการเข้าร่วมการวิจัย เพื่อเหตุผลด้านความปลอดภัยของท่าน หรือเมื่อผู้สนับสนุนการวิจัยยุติการดำเนินงานวิจัย หรือ ในกรณีดังต่อไปนี้

- (1) ท่านไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัย
- (2) ออกจากการบำบัดก่อนครบกำหนดเวลา/ไม่ตอบแบบประเมิน
- (3) ไม่ร่วมมือในการทำกิจกรรม
- (4) มีอาการทางจิตกำเริบ

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัครผู้รับการวิจัย

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่เกิดการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่าน

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอมโดยส่งไปที่นางสาวพิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ 169 ถ.ชาตะมดุง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการวิจัย ไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่านแพทย์ผู้ทำวิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้

สิทธิ์ของอาสาสมัครผู้รับการวิจัยในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่เกิดโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โทร 043-209999 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

โครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....
ที่อยู่.....ได้อ่าน
รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ
ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้า จะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลผลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัย เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์หรือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอม ด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....นางสาวพิมพ์นิตา กุลสุนทราลัย.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ข.
เครื่องมือการวิจัย

- 1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- 2.แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.Suicidality)
- 3.แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale)
- 4.แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ ,2556)
- 5.แบบทดสอบสภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE)

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

กรุณาเติมคำในช่องว่าง และกาเครื่องหมาย ในช่อง หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี	Age.....
2. เพศ..... <input type="checkbox"/> ชาย <input type="checkbox"/> หญิง	Sex.....
3. การวินิจฉัยโรค.....	Diag.....
4. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย.....ปี	ILL.....
5. SMIV <input type="checkbox"/> V1_suicide <input type="checkbox"/> V2_Violence <input type="checkbox"/> V3_delusion <input type="checkbox"/> V4_Forensic	SMIV.....
6. การศึกษา <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียน <input type="checkbox"/> 4. มัธยมปลาย <input type="checkbox"/> 7. อื่น ๆ..... <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> 5. ปวช./ปวส. <input type="checkbox"/> 3. มัธยมต้น <input type="checkbox"/> 6.ปริญญาตรี	Edu.....
7. สถานภาพสมรส <input type="checkbox"/> 1. โสด <input type="checkbox"/> 4. หย่าร้าง <input type="checkbox"/> 2. สมรส <input type="checkbox"/> 5. อื่น ๆ..... <input type="checkbox"/> 3. หม้าย	Sta.....
8. อาชีพ <input type="checkbox"/> 1. นักเรียน/นักศึกษา <input type="checkbox"/> 5. รับราชการ <input type="checkbox"/> 2. เกษตรกร <input type="checkbox"/> 6. งานบ้าน <input type="checkbox"/> 3. ค้าขาย <input type="checkbox"/> 7. ว่างงาน <input type="checkbox"/> 4. รับจ้าง <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ.....	Occ.....
9. ประวัติการทำร้ายตนเอง ครั้งล่าสุด.....เดือน.....ปี	Sui.....
10. ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช.....เดือน.....ปี	Hx.....
11. รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย.....บาท	
12. ความเพียงพอของรายได้ () เพียงพอ () ไม่เพียงพอไม่มีหนี้สิน () ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	

2) แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I-Suicide)

M.I.N.I-Suicide

: ให้ลงคะแนนที่ประเมินได้ตามเกณฑ์ให้คะแนนในช่องคะแนนและใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่อง ในช่อง ที่ตรงกับกรรับรู้ของผู้ป่วย

ชื่อ	ประเด็นคำถาม	เกณฑ์ให้คะแนน		วคป.	วคป.	วคป.	วคป.								
		ไม่ใช่	ใช่												
ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		ไม่ใช่	ใช่	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน								
C1	คุณเคยได้รับอุบัติเหตุ หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1a	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณได้วางแผนหรือตั้งใจที่จะทำร้ายตัวเอง ไม่ว่าโดยทำด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นกระทำ หรือไม่ถ้าตอบ "ใช่" ให้ถามต่อ	0	0												
C1b	ในอุบัติเหตุครั้งนั้น คุณตั้งใจที่จะให้เสียชีวิต หรือไม่	0	0												
C2	คุณคิดว่าถ้าตายไปเสียคงดีกว่า หรือ อยากให้ตัวเองตายไป หรือไม่	0	1												
C3	คุณอยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ หรือไม่	0	2												
C4	คุณมีความคิดฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	6												
<p>ขณะกำลังสัมภาษณ์นี้ คุณสามารถควบคุมตัวเองหรือบอกได้ว่า คุณจะไม่กระทำการฆ่าตัวตาย หรือไม่ ถ้าตอบว่า "ไม่ใช่" ให้ 8 คะแนน</p> <p>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้ถามถึงความรุนแรงและความคิดฆ่าตัวตายตามการรับรู้ของผู้ป่วย</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ความถี่</td> <td>ความรุนแรง</td> </tr> <tr> <td>บางครั้ง <input type="checkbox"/></td> <td>เล็กน้อย <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>บ่อย <input type="checkbox"/></td> <td>ปานกลาง <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>บ่อยมาก <input type="checkbox"/></td> <td>รุนแรง <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ความถี่	ความรุนแรง	บางครั้ง <input type="checkbox"/>	เล็กน้อย <input type="checkbox"/>	บ่อย <input type="checkbox"/>	ปานกลาง <input type="checkbox"/>	บ่อยมาก <input type="checkbox"/>	รุนแรง <input type="checkbox"/>	8	0	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ความถี่ รุนแรง <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ความถี่	ความรุนแรง														
บางครั้ง <input type="checkbox"/>	เล็กน้อย <input type="checkbox"/>														
บ่อย <input type="checkbox"/>	ปานกลาง <input type="checkbox"/>														
บ่อยมาก <input type="checkbox"/>	รุนแรง <input type="checkbox"/>														
C5	คุณมีแผนการฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	8												
C6	คุณได้เตรียมการเพื่อจะทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวเอง โดยคุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่	0	9												
C7	คุณได้ทำร้ายตนเอง แต่ไม่ต้องการจะฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	4												
C8	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตาย หรือไม่	0	10												
<p>ในขณะที่พยายามฆ่าตัวตายครั้งนั้น</p> <p>คุณหวังว่าจะมีคนมาช่วย หรือ จะรอดตาย หรือไม่ <input type="checkbox"/> ถ้าตอบ "ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย ✓</p> <p>คุณคาดหวังหรือตั้งใจให้เสียชีวิต หรือไม่ <input type="checkbox"/> ถ้าตอบ "ไม่ใช่" ให้ทำเครื่องหมาย 0</p>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<p>ตลอดชีวิตที่ผ่านมา:</p>															
C9	คุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน หรือไม่	0	4												
<p>ข้อ C2 - C9ตอบว่า "ใช่" อย่างน้อย 1 ข้อ ใช่หรือไม่</p> <p>ถ้าตอบว่า "ใช่" ให้รวมคะแนน ข้อที่ตอบว่า "ใช่" ตั้งแต่ข้อ C2 - C9 และระบุระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามระดับคะแนนในกรอบการวินิจฉัย :</p>															
คะแนนรวม															
ผู้ที่ประเมิน															
<p>(1 - 8= ต่ำ, 9 - 16= ปานกลาง, > 17= มาก)ระดับ</p>															
1	โรคทางจิตเวช ที่มีการแสดงของโรคที่กำเริบ/รุนแรง Schizophrenia, MDD, Bipolar disorder, ผู้ป่วยสารเสพติด SMI-V	<input type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	มี								
		<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี								
2	โรคทางจิตเวชอื่น ๆ...เช่น มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีภาวะโรคจิต บุคลิกภาพผิดปกติอย่างรุนแรง ใช้สารเสพติด ภาวะสั่นไหว ป่วยทางกายเรื้อรัง *(ถ้ามีให้เพิ่มความเสี่ยอีก 1 ระดับ)	<input type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	มี	<input type="checkbox"/>	มี								
		<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี	<input type="checkbox"/>	ไม่มี								
ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย															
Low risk Moderate risk High risk															
ผู้ที่ประเมิน															
<p>เขียนให้ความเห็นเพิ่มเติมในช่องว่างด้านล่างนี้จากผลการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในขณะนี้หรือในอนาคตอันใกล้นี้</p>															
				คะแนน MINI ระดับ MILD		สิ้นสุดการติดตาม <input type="checkbox"/>									
				คะแนน MINI ระดับ ปานกลาง ขึ้นไป หรือ ตามคำสั่งแพทย์		ติดตามต่อ <input type="checkbox"/>									

3.แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้วงกลมรอบระดับคะแนน ตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	= 1 คะแนน	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	= 5 คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	= 2 คะแนน	มีอาการรุนแรง	= 6 คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	= 3 คะแนน	มีอาการรุนแรงมาก	= 7 คะแนน
มีอาการปานกลาง	= 4 คะแนน		

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

ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย

คะแนนรวม.....คะแนน

คะแนนรวมทั้งหมด 18-126 คะแนน คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน มีอาการระดับน้อย

คะแนนมากกว่า 36 คะแนน มีอาการระดับมาก

อ้างอิง: คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต , 2561

4) แบบประเมินการแก้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ ,2556)

คำถามต่อไปนี้คือวิธีการแก้ปัญหาที่ท่านใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โปรดอ่านคำถามในแต่ละข้อแล้วตอบว่าที่ผ่านมาท่านแก้ปัญหาอย่างไร แล้วกาเครื่องหมาย ลงในช่องคำตอบที่ถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันมีความสามารถในการแก้ปัญหา โดยคิดริเริ่มหาทางออกใหม่ที่ เกิดผลลัพธ์ในทางที่ดี				
2	ฉันมีความพยายามในการแก้ปัญหา แม้ว่าช่วงต้น ฉันจะมองไม่เห็น ทางออกในการแก้ปัญหากก็ตาม				
3	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ ถ้าฉันมีเวลา				
4	ฉันเชื่อว่าฉันสามารถแก้ปัญหาได้เป็นส่วนใหญ่ถ้าฉันใช้ความพยายาม มากพอ				
5	เมื่อฉันต้องเผชิญปัญหาที่ซับซ้อน ยุ่งยาก ฉันรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่ทำลาย ความสามารถของฉัน				
6	ปัญหาทำให้ฉันได้พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็ง				
7	ฉันรู้สึกวุ่นวายใจ มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย เมื่อต้องเผชิญกับปัญหา				
8	ปัญหาส่วนใหญ่ของฉันเป็นปัญหายุ่งยาก ซับซ้อนไม่เหมือนคนอื่นๆ				
9	ปัญหาทั้งหมดมีสาเหตุมาจากฉันเอง				
10	คนที่มีประสบการณ์หรือความรู้เหมือนฉัน จึงจะสามารถช่วยฉันได้				
11	เมื่อมีปัญหาค้นพยายามหาทางออกหลายๆ ทาง				
12	ฉันมีความมั่นใจในการแก้ปัญหา และวางแผนแก้ปัญหา				
13	ฉันตรวจสอบผลการแก้ปัญหาทั้งผลดีและผลกระทบ				
14	ฉันหาแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อฉันแก้ปัญหาไม่สำเร็จ				
15	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีผ่อนคลายความเครียดโดย การฝึกการหายใจ				
16	เมื่อมีความเครียดในการแก้ปัญหา ฉันใช้วิธีการคลายเครียด เช่น ดู โทรทัศน์ ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ ฯลฯ				
17	เมื่อพิจารณาทางเลือกในการแก้ปัญหา ฉันตัดสินใจเลือกวิธีที่มีผลต่อ อารมณ์ด้านความพึงพอใจและผลต่อสุขภาพของฉัน				
18	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันจะเลื่อนการแก้ปัญหาออกไปให้นานเท่าที่เป็นไป ได้				
19	ฉันรอให้ปัญหาลงตามกาลเวลาด้วยตัวของมันเอง				
20	ฉันต้องพึ่งพาคนอื่นในการแก้ปัญหา				
21	เมื่อเผชิญปัญหา ฉันมักจะใช้วิธีแก้ปัญหาวิธีแรกที่ฉัน คิดออก				
22	ฉันทำอะไรแบบรีบร้อน รวดเร็ว และมักนึกเสียใจภายหลัง				
23	เมื่อตัดสินใจแก้ปัญหา ฉันไม่เคยเสียเวลากับการทบทวนหาทาง ออกแบบอื่น				

แบบประเมิน PSI มี 23 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แบบประเมินนี้เป็นคำถามบวกจำนวน 13 ข้อ คำถามลบจำนวน 10 ข้อ การแปลผลค่าคะแนนยิ่งคะแนนสูงขึ้นแสดงว่าทักษะการแก้ปัญหาคงดีขึ้น

Thai Mental State Examination : TMSE

1. Orientation (6 คะแนน) ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบ
 - 1.1 วันนี้ เป็นวันอะไร
 - 1.2 วันนี้ วันที่เท่าไร
 - 1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร
 - 1.4 ขณะนี้เป็นช่วงเวลาอะไรของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)
 - 1.5 ที่นี้ที่ไหน
 - 1.6 คนที่เห็นในภาพนี้อาชีพอะไร

2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “เดี๋ยวจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้ฟังดี ๆ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ (พูดห่างกันคำละ 1 วินาที)

ต้นไม้ รถยนต์ มือ

3. Attention (5 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกวันในหนึ่งสัปดาห์ถอยหลัง โดยเริ่มจากวันอาทิตย์ ถอยไปเป็นวันเสาร์ ถอยต่อไปเรื่อยๆ จนครบสัปดาห์ (การให้คะแนน : คำตอบต้องมีความต่อเนื่อง)

ศุกร์ พฤหัสบดี พุธ อังคาร จันทร์

4. Calculation (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้คิดเลข 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง”

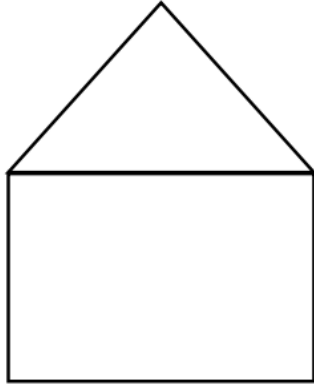
.....

5. Language (10 คะแนน)
 - 5.1 ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “สิ่งนี้เรียกว่าอะไร”
 - 5.2 ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเองแล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “สิ่งนี้เรียกว่าอะไร”
 - 5.3 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่าให้ฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดีแล้วพูดตาม
 “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”
 - 5.4 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบให้ทำตามคำสั่ง “ให้หยิบกระดาษด้วยมือขวา เอาไปพับครึ่งและส่งกระดาษคืนมา” (3 คะแนน)

หยิบด้วยมือขวา พับครึ่ง ส่งคืนให้ผู้ทดสอบ
 - 5.5 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบให้อ่านคำว่า “หลับตา” แล้วทำตาม

หลับตา

- 5.6 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่าให้วาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด
(2 คะแนน)



- 5.7 ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “กล้วยกับส้มเหมือนกันคือเป็นผลไม้ แมวกับหมาเหมือนกันคือ..”
6. Recall (3 คะแนน) ผู้ทดสอบให้ผู้ถูกทดสอบบอกสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง
○ ต้นไม้ ○ รถยนต์ ○ มือ

.....

รวมคะแนน

เกณฑ์การประเมิน

คะแนนเต็ม 30 คะแนน ถ้าได้คะแนนรวม <24 คะแนน ถือว่า มีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ



ขั้นตอนการใช้แบบประเมินและการให้คะแนนแนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

(Thai Mental State Examination: TMSE)

ให้ผู้ทดสอบแจ้งผู้ถูกทดสอบว่า “ต่อไปจะเป็นการทดสอบความจำ ไม่มีถูกผิด จะมีทั้งคำถามให้ตอบและให้ทำอะไรบางอย่าง ให้ตั้งใจทำอย่างเต็มที่นะคะ”

1. Orientation (6 คะแนน) ให้ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบ ดังต่อไปนี้

- คำสั่ง: “วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์ และเป็นวันที่เท่าไร เดือนอะไรคะ”
 “ตอนนี้/ขณะนี้ เป็นช่วงเวลาอะไรของวันคะ ตอนเช้า เที่ยง บ่าย หรือเย็น”
 “ที่นี้ที่ไหนคะ”
 “คนที่อยู่ในภาพนี้ ทำอาชีพอะไรคะ”

การให้คะแนน: ข้อที่ตอบถูกให้ 1 คะแนน

2. Registration (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “จะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้พูดตาม และจำไว้นะคะ ต้นไม้//รถยนต์//มือ” โดยพูดห่างกัน คำละ 1 วินาที เพียงครั้งเดียว

การให้คะแนน: เมื่อผู้ถูกทดสอบสามารถพูดตามได้ถูกต้องทุกคำ ให้คะแนนคำละ 1 คะแนน และบอกให้ผู้ถูกทดสอบว่า “จำทั้ง 3 อย่างนั้นไว้ จะกลับมาถามในภายหลังนะคะ”

3. Attention (5 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบได้วันย้อนถอยหลัง จนครบสัปดาห์ “โดยเริ่มจาก วันอาทิตย์ ถอยไปเป็นวันเสาร์ และถอยวันย้อนหลังไปเรื่อยๆจนครบสัปดาห์คะ”

การให้คะแนน: ผู้ถูกทดสอบต้องมีความต่อเนื่องดังนี้ วันเสาร์ วันศุกร์ ได้ 1 คะแนน สุกร พุทศบดี ได้ 1 คะแนน พุทศบดี พุช ได้ 1 คะแนน พุช อังคาร ได้ 1 คะแนน และ อังคาร จันทร์ได้ 1 คะแนน

4. Calculation (3 คะแนน) ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อยๆ 3 ครั้ง”

การให้คะแนน: ให้คะแนนข้อที่ลบได้ถูกต้อง

5. Language: (10 คะแนน)

- ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไรคะ”
- ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไรคะ”
- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วพูดตามนะคะ ยายพาหลายไปซื้อขนมที่ตลาด”
- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ ให้หยิบกระดาษด้วยมือขวา เอาไปพับครึ่งและส่งกระดาษคืนมาคะ”
- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้อ่านประโยคนี้ แล้วทำตามคำสั่งคะ”

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้วาดภาพต่อไปนี้ โดยให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด”
 - ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “กล้วยกับส้ม เหมือนกันเพราะเป็นผลไม้ หนากับแมว เหมือนกันเพราะว่าอะไรคะ” คำตอบต้องเป็นนามธรรม เช่น เป็นสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิต
- การให้คะแนน: ให้คะแนน 1 ทุกข้อที่ตอบได้ถูกต้อง

6. **Recall (3 คะแนน)** ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบว่า สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้เมื่อสักครู่นี้มีคำว่าอะไรบ้าง
- การให้คะแนน: ให้คำละคะแนน 1 คะแนน

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนแล้วได้น้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

หมายเหตุ เครื่องมือแบบประเมินนี้ ผู้ทดสอบควรได้รับการอบรมในการใช้เครื่องมือก่อน

- ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้วาดภาพต่อไปนี้ โดยให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุด”
 - ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “กล้วยกับส้ม เหมือนกันเพราะเป็นผลไม้ หนากับแมว เหมือนกันเพราะว่าอะไรคะ” คำตอบต้องเป็นนามธรรม เช่น เป็นสัตว์ เป็นสิ่งมีชีวิต
- การให้คะแนน: ให้คะแนน 1 ทุกข้อที่ตอบได้ถูกต้อง

6. **Recall (3 คะแนน)** ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบว่า สิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้เมื่อสักครู่นี้มีคำว่าอะไรบ้าง
- การให้คะแนน: ให้คำละคะแนน 1 คะแนน

การประเมินผล ถ้ารวมคะแนนแล้วได้น้อยกว่า 24 คะแนน ถือว่ามีภาวะ Cognitive impairment คือมีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมองโดยเฉพาะความจำ

หมายเหตุ เครื่องมือแบบประเมินนี้ ผู้ทดสอบควรได้รับการอบรมในการใช้เครื่องมือก่อน

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคล ผู้วิจัยนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (problem-solving therapy program for psychiatric patients with suicidal ideations and behaviors: PST-PPS) พัฒนาโดย อัครเดช กลิ่นพิบูลย์ และคณะมาเป็นต้นแบบของการบำบัด และทบทวนวรรณกรรมหลักฐานเชิงประจักษ์เพิ่มเติม เพื่อเพิ่มเติมรายละเอียดในเนื้อหาของใบงานและใบกิจกรรมให้มีความจำเพาะรายโรคมามากยิ่งขึ้น โดยยังคงของแนวทางการดำเนินขั้นตอนและกิจกรรมตามกรอบ Nezu & Nezu, 2008 ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมระยะเริ่มต้นการบำบัด สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับบำบัด ที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัด ความร่วมมือในการบำบัด และสำรวจปัญหา

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไข้ปัญหา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหา โดยใช้มุมมองที่มีผลต่อการแก้ปัญหาที่ผ่านมา ลักษณะของปัญหา ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง และทำความเข้าใจหลักการบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหา เรียนรู้ถึงวิธีการตั้งเป้าหมาย การสร้างทางเลือก ในการแก้ปัญหาและสิ่งที่สนับสนุน เหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1) เป็นการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2) เป็นการฝึกลงมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2) ตามประสบการณ์จริง

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด ทบทวนรูปแบบการบำบัดชื่นชมให้กำลังใจและเพิ่มเติมในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนแก่ผู้รับการบำบัด

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมระยะเริ่มต้นการบำบัด

เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้บำบัดและผู้รับการบำบัด ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช ที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รูปแบบการบำบัด ความร่วมมือในการบำบัด และเริ่มสำรวจปัญหาของตนเอง

วัตถุประสงค์

5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีความ เข้าใจ เหตุผล ยอมรับ รูปแบบการบำบัด ซึ่งเป็นการพูดคุยด้วยท่าทีที่ผ่อนคลาย เป็นมิตร
6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด เกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษา
7. เพื่อชี้แจงกำหนดการและข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง รวมทั้งกำหนดเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน
8. เพื่ออธิบายให้ผู้รับการบำบัด เรียนรู้ เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยใช้หลักของ Five Factors Model (Nezu & Nezu, 2008) และสำรวจปัญหาของตนเอง

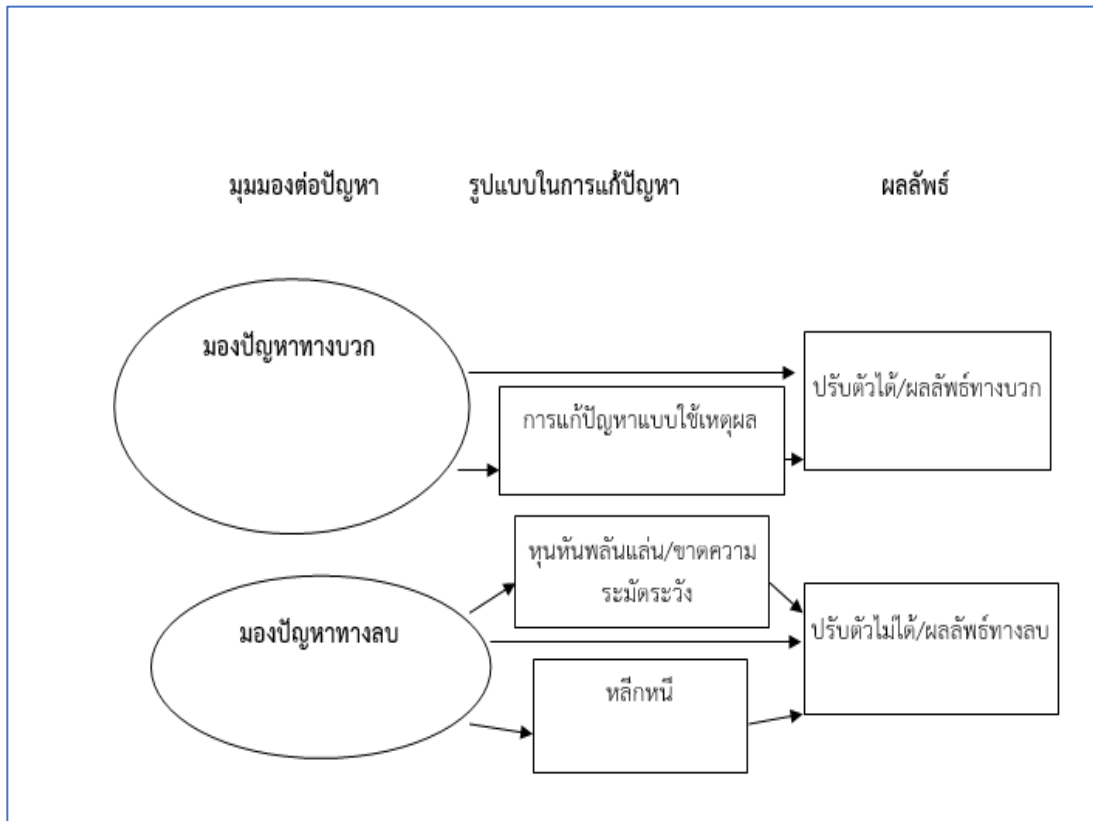
สาระสำคัญ

เป็นการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับการบำบัด มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้รับการบำบัด เกิดความคุ้นเคยไว้วางใจที่จะเปิดเผยข้อมูล ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม เริ่มเรียนรู้สำรวจปัญหาของตนเอง และบอกเล่าเรื่องราว ปัญหา อาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย การให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช เพื่อเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จากนั้น ผู้บำบัดทำการค้นหาความคิดจากเหตุการณ์ / ประสบการณ์นำก่อนเกิดความคิดและหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการแสดงถึงความเข้าใจและเห็นใจในปัญหาที่เกิดกับผู้รับการบำบัด จากนั้น ผู้บำบัดอธิบายให้ผู้รับการบำบัด ได้เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดสรุปปัญหาทั้งหมดอย่างเป็นระบบตามหลักของและรูปแบบการแก้ปัญหาของบุคคลที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย รวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลรูปแบบการบำบัด ความสำคัญของความร่วมมือในระหว่างการบำบัด และนัดหมายการบำบัดในครั้งต่อไป

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
ระยะเริ่มต้นการบำบัด (10นาที)	- แนะนำตัวกับผู้รับการบำบัด - ให้ผู้รับการบำบัดแนะนำตัวเองและให้เล่าเรื่องราวทั่วไปเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่แสดงถึงความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย	
การให้ความรู้และทำความเข้าใจกับปัญหาร่วมกับผู้รับการบำบัด (30 นาที)	-ผู้ให้การบำบัด อธิบายให้ผู้รับการบำบัด เข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามแนวคิด Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu,2010). โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 1ให้ผู้รับการบำบัด ได้พูดคุย ระบายออกได้เล่าถึงเรื่องปัญหาที่เกิดขึ้นซึ่งนำไปสู่ความคิดอยากฆ่าตัวตาย	ใบกิจกรรมที่ 1 ชีวิตประจำวัน ของฉัน
ผู้รับการบำบัดสำรวจปัญหาของตนเอง	- ผู้ให้การบำบัด ให้ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช และอธิบายเชื่อมโยงไปสู่การทำความเข้าใจในรูปแบบของการบำบัดโดยการแก้ปัญหา อธิบายรูปแบบของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไข	ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคทางจิตเวช (โรค

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
	<p>ปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดทางจิตสังคมรายบุคคลและนัดหมายการเข้าบำบัดในแต่ละครั้งกับผู้รับการบำบัด</p>	<p>จิตเภท /โรคซึมเศร้า/โรคติดยา) และภาพแสดงการเกิดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จาก Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010). ใ้บทความที่ 2 รูปแบบของโปรแกรมการบำบัดฯ</p>
<p>สิ้นสุดการบำบัดและให้การบ้าน (20 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มอบหมายการบ้านโดยผู้รับการบำบัดเขียนปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันตามใบการบ้านที่ 1 ขณะที่อยู่บ้าน - ผู้บำบัดสรุปสาระที่ได้จากการบำบัดในครั้งนี้ - นัดหมายครั้งต่อไป 	<p>ใบการบ้านที่ 1 (ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉัน</p>

ใบความรู้ที่ 1
 ภาพแสดงการเกิดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย ตามหลักของ
 Five Factors Model (Nezu & Nezu, 2008).



ใบความรู้ที่ 2

โปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหาในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มี ความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

เป็นโปรแกรมจิตสังคมบำบัดแบบรายบุคคล ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 6 กิจกรรม ๆ ละ 45 - 90 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้งใช้เวลาทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหเป็นการบำบัดที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต ทำให้บุคคลรับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง และคิดว่าปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาของชีวิต มองปัญหาเป็นสิ่งที่ท้าทายที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เจริญเติบโตโดยอมรับว่าปัญหาต้องใช้เวลาและความพยายามในการแก้ปัญหานั้น มีทักษะในการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผลและมีความคิดทางบวกต่อปัญหา โดยมีความพยายามทำความเข้าใจเหตุของการเกิดปัญหา (Formulation) และค้นปัญหาที่แท้จริง (Identified problem) พยายามคิดหาทางแก้ปัญหาหลายๆทาง มีการตัดใจบนวิธีการแก้ปัญหาที่มีการวางแผนไว้ และตรวจสอบผลการแก้ปัญหา โดยอยู่บนพื้นฐานตามความจริง สามารถนำการฝึกทักษะการบำบัดโดยการแก้ปัญหามาปรับใช้กับชีวิตประจำวันได้ เป็นการฝึกการรับรู้ปัญหาทางบวก และเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล ขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน แบ่งเป็น 6 กิจกรรม ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพแห่งความไว้วางใจ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมระยะเริ่มต้นการบำบัด

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหา

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด

การฝึกทักษะการแก้ปัญหา ช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดที่เหมาะสม เป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้ปัญหาทางบวกในการแก้ปัญหา รับรู้ปัญหาตามความจริง มี ทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างมีเหตุผล มองเห็นสาเหตุของปัญหา สามารถควบคุม อารมณ์ขณะแก้ปัญหา และเข้าใจธรรมชาติของปัญหา ทำให้แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และปัจจัยที่จะส่งผลทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงด้วย

ใบกิจกรรมที่ 1 (ชีวิตประจำวันของฉัน)

ให้คุณเขียนสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า โดยเลือกมา 1 ปัญหาและวิธีการแก้และวิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้แก้ปัญหา เป็นการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา และสำรวจความคิดและอารมณ์เมื่อมีปัญหา

1. ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันทั้งหมด

.....

.....

.....

2. เลือกปัญหา 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกวิธีการที่เคยใช้แก้ปัญหาทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผล

ปัญหา	อารมณ์	วิธีการแก้ปัญหา	ผลลัพธ์ ที่ได้ผลและไม่ได้ผล

3. ให้คุณ บอกถึงความคิด ความรู้สึก มีมุมมองต่อปัญหาอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ใบการบ้านครั้งที่ 1
(ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉัน)

ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉันวันนี้ ขณะอยู่บ้าน ให้ “ท่าน” เขียนสถานการณ์ หรือปัญหาที่เกิดขึ้น
ในชีวิตประจำวัน ที่ทำให้เกิดความคิดทางลบต่อตัวเอง ต่ออนาคต และต่อสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึก
ไม่สบายใจ ทุกข์ใจหรือซึมเศร้า โดยเลือกมา 1 ปัญหาและวิธีการแก้และวิธีการแก้ปัญหาที่เคยใช้แก้ปัญหา
เป็นการสำรวจตัวเอง ทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับปัญหา และสำรวจความคิดและอารมณ์เมื่อมีปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

เลือกปัญหา 1 ปัญหา พร้อมทั้งบอกวิธีการที่เคยใช้แก้ปัญหาทั้งที่ได้ผลดีและไม่ได้ผล

ปัญหา	อารมณ์	วิธีการแก้ปัญหา	ผลลัพธ์ ที่ได้ผลและไม่ได้ผล

3.ให้ ท่าน บอกถึงความคิด ความรู้สึก มีมุมมองต่อปัญหาอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

ขั้นตอนที่ 2 การให้ความรู้กับผู้รับการบำบัดเรื่องการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 2 กิจกรรมการทำความเข้าใจกับปัญหา แนวคิดในการแก้ปัญหาและ วิธีการแก้ปัญหา วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน และเรียนรู้ปัญหาของตนเองจากการบ้าน
2. เพื่อช่วยให้ผู้รับการบำบัดสามารถลดอารมณ์ทางลบได้
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจลักษณะของปัญหา
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดในการแก้ปัญหา
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวน และพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่นำมาสู่การทำร้ายตนเองจากการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิต มีการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหาหรือมีการแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่นผู้รับการบำบัดจะได้รับการอธิบายจากผู้ให้การบำบัดจนเกิดความเข้าใจที่มาของความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ตามแนวคิด ของ Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010). ผู้รับการบำบัดเรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหา (Problem) การแก้ปัญหา (Problem solving) และวิธีการแก้ปัญหา (Solution) ในมุมมองใหม่ ทำให้มีพลังใจในการที่จะหาทางออกของปัญหา โดยการกำกับตนเอง ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาให้หลากหลายมากขึ้น

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เริ่มการบำบัด (5 นาที)	-ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด สอบถามอาการขณะที่อยู่บ้าน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัด -นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ได้ทำการบ้านหรือไม่ได้เขียนมาส่งผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้บำบัดช่วยจดบันทึกไว้ให้ผู้รับการบำบัด) หากจำเป็นอาจขอให้โดย ผู้ดูแลผู้รับการบำบัด ช่วยเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่จำเป็น	ใบการบ้านที่ 1
ดำเนินกิจกรรมเพื่อลด อารมณ์ทางลบกรณีที่มี ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ ทางลบ (15 นาที)	- กรณีที่ผู้รับการบำบัดมีอารมณ์ทางลบ ให้ผู้บำบัดช่วยลดอารมณ์ดังกล่าวโดยการใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การเล่า ระบายออก การผ่อนคลายโดยการหายใจแบบลึก การฝึก การมีสติ เป็นต้น ตามใบความรู้ที่ 3 - ชี้ให้เห็นประโยชน์ของเทคนิคการลดอารมณ์ทางลบที่ใช้ และนำไปใช้ขณะอยู่ที่บ้านได้	ใบความรู้ที่ 3 หายใจคลาย เครียด
การให้ความรู้และความ เข้าใจที่มาของความคิด และพฤติกรรมฆ่าตัว ตาย ตามแนวคิด ของ	- ผู้บำบัดเชื่อมโยงลักษณะปัญหาของผู้รับการบำบัด มุมมอง และรูปแบบการแก้ปัญหาตามใบความรู้ที่ 1	- ใบความรู้ที่ 1

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu,2010). (15 นาที)		
<p>ให้ความรู้และทำความเข้าใจในวิธีการการปรับมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวก (15นาที)</p>	<p>- ผู้บำบัดอธิบาย และฝึกให้ผู้รับการบำบัดทำความเข้าใจแนวคิดในการแก้ปัญหาโดยการปรับมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวกและลดรูปแบบการแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา (Avoidance) หรือแบบหุนหันพลันแล่น ไร้ระมัดระวัง (Impulsive careless) และช่วยให้ผู้รับการบำบัดเพิ่มการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล (Rational problem solving) ให้มากขึ้นโดยใช้ใบความรู้ที่ 3 (ลักษณะการแก้ปัญหา 3 แบบ และให้ผู้รับการบำบัดได้เข้าใจว่าที่ผ่านมาตนเองมีมุมมองต่อปัญหาแบบใด และส่งผลอย่างไรในการแก้ปัญหา</p> <p>- ผู้บำบัด ให้ผู้รับการบำบัด ได้สรุปถึงความเข้าใจเหตุของการคิดฆ่าตัวตาย (Five factors model)</p> <p>-ผู้บำบัด เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้พูดคุยระบายความคิดเห็นเพิ่มเติม จนเกิดการรับรู้ว่าเป็นสิ่งที่คุกคามคุณภาพชีวิตการรับรู้ศักยภาพของตนเองต่ำ มีอารมณ์ในทางลบที่ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ เช่น หงุดหงิดง่าย ไม่พอใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา มีแนวโน้มหลีกเลี่ยงปัญหาหรือมีการแก้ปัญหาอย่างหุนหันพลันแล่น อภิปรายถึงปัญหาสาเหตุจากเหตุการณ์ตามใบการบ้านที่ 1 การเกิดมุมมองด้านลบต่อปัญหา</p> <p>-ผู้บำบัดทำการประเมินทักษะการแก้ปัญหาของผู้รับการบำบัดด้วย แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ , 2556) เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ได้ใช้ประกอบการพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเอง</p> <p>- ผู้บำบัด ให้ความรู้ ถึงวิธีการที่จะช่วยให้ การเปลี่ยนมุมมองทางลบให้เป็นมุมมองทางบวก จากการให้ผู้รับการบำบัด ได้เข้าใจ คำว่า “ปัญหา” และ “วิธีการแก้ปัญหา” ในมุมมองใหม่ และได้ทำความรู้จักกับปัญหา สำรวจและระบุปัญหาของตนเองในมุมมองและการให้ความหมายใหม่ของปัญหา</p>	<p>ใบความรู้ที่ 4 ลักษณะการแก้ปัญหา 3 แบบ</p> <p>แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา โดยสุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556)</p>
ปิดการสนทนาและให้การบ้าน (10นาที)	- มอบหมายการบ้านให้ผู้รับการบำบัดทำตามใบการบ้านที่ 2	-ใบการบ้านที่ 2 -ปัญหาของฉัน

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
	<p>- ผู้รับการบำบัด สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด การบ้าน ระยะเวลานัดหมายครั้งต่อไปของการบำบัด และผู้บำบัด สรุปสาระเพิ่มเติมที่ได้จากการบำบัดในครั้งนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดสรุปสาระที่ได้จากการบำบัดในครั้งนี้ - นัดหมายครั้งต่อไป 	

ใบความรู้ที่ 3 หายใจคลายเครียด

การใช้วิธีคลายเครียดด้วยการหายใจแบบพิเศษ 2 แบบ แบบที่ 1 คือการหายใจแบบสลักรูจมูก และแบบที่ 2 คือการหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปาก สามารถนำมาใช้ในสภาวะจิตใจปกติก็ได้ ทั้ง 2 แบบนี้ให้ผลดีทั้งใจและกายพร้อมกัน

สำหรับการหายใจแบบสลักรูจมูก ทำได้ดังนี้ 1. ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างขวา หรือมือข้างที่ถนัด กดที่รูจมูกข้างขวา แล้วหายใจเข้า-ออกทางรูจมูกข้างซ้าย 2. ใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ถนัดกดที่รูจมูกข้างซ้าย และหายใจเข้า-ออกทางรูจมูกข้างขวา ทำสลับกันทั้ง 2 ข้างไปเรื่อยๆ การหายใจแบบนี้ นอกจากจะช่วยให้โพรงจมูกทั้ง 2 ข้างทำงานสมดุลกันแล้ว จะช่วยให้เรามีสติจดจ่อที่ลมหายใจมากขึ้น และจับความรู้สึกในการหายใจง่ายขึ้น

ส่วนการหายใจแบบที่ 2 คือการหายใจเข้าทางจมูกและหายใจออกทางปาก วิธีการคือให้สูดลมหายใจเข้าทางจมูกเข้าอย่างช้าๆ ลึกๆ แล้วกลั้นไว้สักครู่ จากนั้นให้เป่าลมหายใจออกทางปากแรงๆ ทำซ้ำแบบนี้ไปเรื่อยๆ การหายใจแบบนี้จะเป็นการฝึกการทำงานของปอด การหายใจเข้าอย่างช้าๆ ลึกๆ จะทำให้ลมหายใจเข้าไปเต็มปอด การกลั้นลมหายใจจะได้ประโยชน์จะเป็นการเพิ่มเวลาการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่อยู่ในเลือดที่ปอดได้นานขึ้น ส่วนการพ่นลมหายใจออกมาทางปากแรงๆ จะเป็นการช่วยฝึกความดันของปอดด้วย ผลดีของการหายใจแบบนี้จะทำให้เรารู้สึกตื่นตัว กระฉับกระเฉง ใช้แก้อาการง่วงได้อีกด้วย

“ขณะที่เราฝึกการคลายเครียด จะมีผลให้อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง หัวใจจะเต้นช้าลง อัตราการหายใจลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง ความตึงตัวหรือการหดเกร็งกล้ามเนื้อคลายตัวลง หลังจากที่เราฝึกแล้ว จะรู้สึกหัวใจเย็นขึ้น ความกังวลใจน้อยลง สบายใจมากขึ้น สมาธิดีขึ้น ความจำดีขึ้น สมองแจ่มใส ความคิดโลดแล่น”

-ใบการบ้าน ที่ 2

ปัญหาของฉัน

ปัญหาในชีวิตประจำวันของฉันวันนี้

.....

.....

.....

.....

.....

ปัญหาด้านความสัมพันธ์

- น้อยใจ ถูกดุด่า ตำหนิ
- ถูกตำหนิให้อับอาย /นินทาว่าร้ายจนอับอายมาก
- มีปัญหาผิดหวังความรัก/หย่าร้าง เลิกรา
- ปัญหาทะเลาะกับคนใกล้ชิด ชัดแย้งรุนแรง
- ต้องการการเอาใจใส่/ขอแล้วไม่ได้
- ปัญหาสูญเสียสมาชิกครอบครัวและคนรัก พลัดพรากจากคนที่รัก
- ปัญหาสุขภาพ ไม่มีคนดูแล
- ปัญหาความสัมพันธ์ในที่ทำงาน ล้มเหลวในการทำงาน ไม่ได้เลื่อนตำแหน่ง

การใช้สุรา

- ใช่ ไม่ใช่

ปริมาณการดื่มต่อวัน..... ความถี่ในการดื่มต่อสัปดาห์.....

- มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง

ปัญหาการใช้สารเสพติด

- ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

- มีอาการมึนเมาขณะทำร้ายตนเอง

ปริมาณการใช้สารเสพติดต่อวัน..... ความถี่ในการใช้สารฯ ต่อสัปดาห์.....

ปัญหาที่มาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทางกายหรือทางจิตเวช

- ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

- ไม่มีคนดูแล

- ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย

ปัญหาเศรษฐกิจ

- ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ

- ยากจนค้าขายขาดทุน

- ตกงาน

ปัญหาอื่นๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

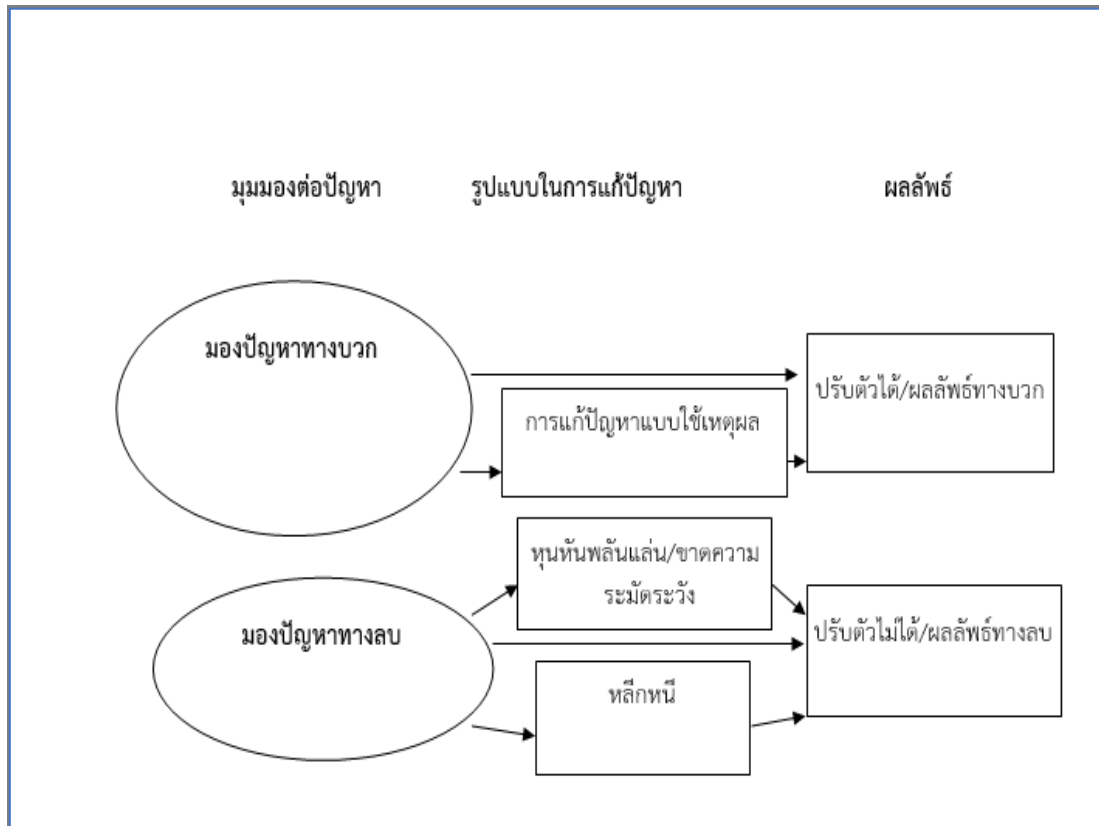
.....

.....



ใบความรู้ที่ 4

ลักษณะการแก้ปัญหา 3 แบบ



ความหมาย

การแก้ปัญหาโดยการหลีกเลี่ยง หมายถึงการแก้ปัญหาโดยการพึ่งพา และมองการแก้ปัญหาไปในทางร้ายไม่เผชิญปัญหา พยายามที่จะเลี่ยงออกจากความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา ตั้งใจที่จะไม่ร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้อื่น รอให้ปัญหาจบลงด้วยตัวมันเอง

การแก้ปัญหาย่างหุนหันพลันแล่น หมายถึงการแก้ปัญหาแบบวู่วาม คิดแคบๆ เร่งรีบแก้ปัญหาแบบลวกๆ ตัดสินใจเร็วโดยไม่รอดิตทบทวนหลายๆ ทางก่อน มีทางออกของปัญหาเพียงไม่กี่แนวทาง ไม่มีการตรวจสอบและประเมินการแก้ปัญหาที่ได้กระทำ แก้ปัญหาแบบไม่มีระบบ ใช้วิธีการไม่เหมาะสมในการแก้ปัญหา

การแก้ปัญหาย่างมีเหตุผล หมายถึงรูปแบบการแก้ปัญหาที่สร้างสรรค์ มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย มีความรอบคอบและเป็นระบบ ค้นหาทางแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ แก้ปัญหาอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริง

ขั้นตอนที่ 3 การบำบัดโดยการแก้ปัญหา

ครั้งที่ 3 กิจกรรมการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือก ตัดสินใจและแก้ปัญหา
วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้ทบทวนและเรียนรู้จากการบ้าน
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความเป็นจริง
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือก และการตัดสินใจแก้ปัญหา และสิ่งที่สนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา

สาระสำคัญ

การที่ผู้รับการบำบัดทบทวนและพิจารณาวิธีการแก้ปัญหาที่ผ่านมาของตนเองการเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายมีสาเหตุจากการที่มีมุมมองทางลบ และใช้วิธีการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นหรือหลีกเลี่ยงปัญหาหรือขาดความระมัดระวัง

ดังนั้น จึงมีแนวทางในการแก้ปัญหา จะเป็นการแก้ไขที่มีมุมมองต่อปัญหา ด้วยการ 1) ปรับจากมุมมองต่อปัญหาในทางลบมาเป็นมุมมองต่อปัญหาในทางบวก และ 2) ปรับลดวิธีการแก้ปัญหานั้น จากการแก้ปัญหาแบบหุนหันพลันแล่นไม่ระมัดระวังหรือหลีกเลี่ยง มาเป็นการเพิ่มการแก้ปัญหามาแบบใช้เหตุผล มีทางเลือกมากขึ้นที่สอดคล้องกับความเป็นจริง และสามารถทำได้จริง ลงมือแก้ปัญหานั้นปัญหาตามที่ได้วางแผนไว้ อย่างชัดเจน โดยสามารถขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายที่มีอยู่ โอกาสที่จะแก้ปัญหาได้ ปัญหาหมดไป หรือลดลง ปิดโอกาสที่จะมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือเกิดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้

สำหรับการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาทางบวกมีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้กันได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายาม มีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ จะช่วยในการแก้ปัญหามองเห็นศักยภาพของตนเอง กำกับตนเอง และค้นหาความคิดทางลบของตนเองต่อปัญหา แล้วปรับมุมมองเป็นทางบวกตามความเป็นจริง

การฝึกการแก้ปัญหาจากสถานการณ์สมมติ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัดเรียนรู้และเข้าใจในวิธีการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา สอดคล้องกับ บริบทความเป็นจริงและมีความเป็นไปได้ และรวมทั้งการสร้างทางเลือกต่างๆ สำหรับการแก้ปัญหา มีความรู้ในหลักการของการตัดสินใจแก้ปัญหา การมีเหตุสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและวิธีการแก้ปัญหาใหม่ในเชิงสร้างสรรค์เกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้แผนการแก้ปัญหามีความให้ชัดเจน (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่ อย่างไร) ความเป็นไปได้ของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในทางเลือกที่ได้เลือกเอาไว้ทั้งหมด ทั้งในปัจจุบัน และระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไขปัญหา

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เริ่มการบำบัด (เวลา 10 นาที)	-ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด	-ปัญหาจากการบ้านที่ผู้รับ

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
	<p>- สอบถามอาการขณะที่อยู่บ้าน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการรักษา</p> <p>- นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา</p> <p>หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับการรักษาไม่ได้ทำการบ้านหรือไม่ได้เขียนมาส่งผู้บำบัดให้ผู้รับการรักษา เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้บำบัดช่วยจดบันทึกไว้ให้ผู้รับการรักษา)</p> <p>- ให้ผู้รับการรักษาลองคิดวิธีแก้ปัญหาตามความเป็นจริง จากกรณีตัวอย่างที่ได้จากการบ้าน เพื่อจะนำเข้าสู่การอธิบายการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม และการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม</p>	<p>การบำบัดนำมาส่งหรือจามาเล่าให้ผู้บำบัดฟัง</p> <p>- ใบการบ้าน ที่ 2 ปัญหาของฉันท</p>
<p>กิจกรรม การปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา (เวลา 15 นาที)</p>	<p>- ผู้รับการรักษา ดูการนำเสนอวีดิทัศน์ ตัวอย่างการปรับมุมมองต่อปัญหา เรื่อง แกะกระโดด</p> <p>- ผู้บำบัดชวนผู้รับการรักษา ได้คิด ชวนมอง เกี่ยวกับสิ่งที่ได้จากการดูวีดิทัศน์ตามใบความรู้ที่ 4</p> <p>- ผู้บำบัด ตั้งคำถามชวนคิด ถามความคิดเห็นของผู้รับการรักษา ฟังคำตอบอย่างเข้าใจ และไม่ด่วนตัดสินหรือแปลความ สรุปความคิดเห็นที่ได้จากการดูวีดิทัศน์</p>	<p>วีดิทัศน์แกะกระโดด</p> <p>- ใบความรู้ที่ 5 มุมมองชีวิตทางด้านบวก</p>
<p>กิจกรรม การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง (เวลา 10 นาที)</p>	<p>- นำปัญหาของผู้รับการรักษาจากรายการปัญหา 1 ปัญหาเพื่อตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริงโดยเน้นที่การกำกับตนเองและการเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาของตนเองให้ตรงประเด็น</p>	<p>ใบกิจกรรมที่ 3 (การตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญหา)</p>
<p>กิจกรรม การสร้างทางเลือกต่างๆสำหรับการแก้ปัญหา (เวลา 10 นาที)</p>	<p>- ผู้บำบัดอธิบายเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างถึงหลักการของการสร้างทางเลือก ตามสถานการณ์ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละรายและให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าวและการตัดสินใจสำหรับการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้รับการรักษาแบบซักถามข้อสงสัย</p> <p>- ผู้บำบัดอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกของสถานการณ์ตัวอย่าง โดยใช้ใบกิจกรรมที่ 5</p> <p>- ผู้บำบัดอธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหา และสิ่งสนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมทั้งให้ผู้รับการรักษา ได้ซักถามข้อสงสัย</p>	<p>- ใบกิจกรรมที่ 4 (การสร้างทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา)</p> <p>- ใบกิจกรรมที่ 5 ตัวอย่างสถานการณ์ การหาทางเลือกในการตัดสินใจแก้ปัญหา</p>
<p>ปิดการสนทนา (เวลา 10 นาที)</p>	<p>- ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการรักษา นำทางเลือกไปปฏิบัติจริง</p>	

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
	- นัดหมายครั้งต่อไป	

วิดีโอ เรื่อง แกะกระโดด จาก <https://www.youtube.com/watch?v=5OReXLS8trw&t=188s>

ใบกิจกรรมที่ 3

การตั้งเป้าหมายต่อการแก้ปัญหา

ปัญหาคืออะไร ให้ท่านบอกข้อเท็จจริงนั้น (ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อใด อย่างไร ทำไม ที่ทำให้เกิดปัญหา)

ฉันตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาดังนี้

- 1.....
2.
3.
4.

ฉันมองว่าปัญหาของฉันว่าเป็นสิ่งที่คุกคามชีวิต หรือทำลายอย่างไร

.....

.....

.....

วิธีแก้ปัญหาเรื่องนี้ของฉัน

.....

.....

.....

อุปสรรคที่อาจมีต่อการไปถึงเป้าหมายของท่านมีอะไรบ้าง

.....

.....

.....

ฉันจะเพิ่มศักยภาพในการแก้ปัญหาของฉัน ในเรื่อง

.....

.....

.....

.....

.....

.....



ใบความรู้ที่ 5

มุมมองชีวิตทางด้านบวก

มุมมองต่อปัญหาทางด้านบวก คือ การมองปัญหาหรืออุปสรรคในชีวิตในแง่บวก โดยพยายามมองหาโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง. แทนที่จะมองว่าปัญหาเป็นสิ่งลบๆ ที่ทำให้เกิดความทุกข์ เราสามารถมองว่าเป็นโอกาสที่จะทำให้เราเติบโตและแข็งแกร่งขึ้น

เราสามารถนำหลัก 5 ข้อในการมองชีวิตมุมมองทางด้านบวก ดังนี้

1. ทุกสิ่งเกิดขึ้นอย่างเป็นเหตุเป็นผล ทุกคนเคยทำผิดพลาด แต่ความผิดพลาดนั้นอาจจะพาคุณไปสู่อะไรที่ดีกว่าได้ เช่น ออกหักพลาดหวังจากคนนี้ อาจไปเจอคนที่ดีกว่า จำไว้ว่าความผิดพลาดนำไปสู่บทเรียนที่สำคัญจะทำให้ไม่ผิดพลาดซ้ำ

2. ชีวิตเริ่มต้นใหม่ได้เสมอ ไม่ว่าคุณจะเจอเรื่องยากลำบากหรือล้มไม่เป็นท่ามากี่ครั้ง เหนื่อยจนจะขาดใจ สิ่งที่ยากกว่าการล้มเลิกก็คือการพักผ่อนนั่นเอง แคกลับบ้านนอน ใช้ชีวิตอยู่กับคนรัก แต่นั่นคุณก็สามารถเริ่มใหม่ได้ไม่รู้กี่ครั้งต่อกี่ครั้ง ถ้าท้อก็ขอให้รู้ว่าคุณมีสิทธิ์พยายามได้เรื่อยๆจนถึงวันสุดท้ายของชีวิต

3. คุณมีสิทธิ์เลือกความสุขของตัวเอง อะไรก็ตามที่ทำให้คุณมีความสุขในยามเช้า “จงทำ” เป็นธรรมดาที่คนเราจะมีเรื่องมาทำร้ายความรู้สึก แต่ถ้าปล่อยให้มาทำร้าย เท่ากับเราทำร้ายตัวเอง เราเป็นคนเลือกที่จะมีความสุข หรือมีความทุกข์

4. ไม่มีอะไรจีรังยั่งยืน ในทุกวันล้วนมีการเปลี่ยนแปลง จุดสำคัญคือคุณควรตัดทวงความสุข ณ เวลานั้นไว้ อย่าปล่อยให้เวลาแยะๆมาทำร้ายคุณ เมื่อเวลาเปลี่ยน คนเปลี่ยน บางทีคุณก็เปลี่ยน ในช่วงแรกคุณอาจจะมองปัญหาข้างใหญ่เหลือเกิน แต่เมื่อเวลาผ่านไปคุณอาจจะมองว่าปัญหานั้นข้างเล็กน้อย จำไว้ว่าไม่มีอะไรแน่นอน

5. สิทธิ์การตัดสินใจอยู่ที่คุณ เพราะชีวิตเป็นของคุณ คุณมีสิทธิ์ที่จะให้ชีวิตเป็นอย่างไร ไม่ว่าจะป็นหน้าที่การงาน เพื่อ แฟน หรือคนอื่นๆที่คุณอยากอยู่ด้วย เราอาจไม่สามารถควบคุมอะไรได้หมด แต่เกือบทั้งหมดเป็นเราทั้งนั้นที่เลือกเอง ห้ามบอกว่า“โชคร้ายจัง สวรรค์ก่ลั่นแกล้ง” ถ้าคุณไม่มีความสุขกับสิ่งที่ทำก็แค่เปลี่ยน แล้วทุกอย่างก็จะเข้าที่เข้าทาง

ตัวอย่าง :

- หากเราต้องเผชิญกับปัญหาในการทำงาน เราสามารถมองว่าเป็นโอกาสที่จะพัฒนาทักษะใหม่ๆ หรือเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้.
- หากเรามีปัญหาในการเรียน เราสามารถมองว่าเป็นโอกาสที่จะฝึกฝนความพยายาม และพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้.
- หากเราต้องเผชิญกับความผิดพลาดในชีวิต เราสามารถมองว่าเป็นโอกาสที่จะเรียนรู้จากความผิดพลาด และพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น

สรุป: การมีมุมมองต่อปัญหาทางด้านบวกเป็นสิ่งสำคัญในการมีชีวิตที่ดีและมีสุข. การฝึกฝนให้เรามองหาโอกาส และข้อดีในทุกสถานการณ์ ช่วยให้เราไม่ท้อแท้และมีแรงจูงใจที่จะเผชิญหน้ากับความท้าทายในชีวิต

แหล่งข้อมูลดัดแปลงมาจาก : Women Mthai Team <http://www.women.mthai.com>

ใบกิจกรรมที่ 4

การสร้างทางเลือกสำหรับแก้ปัญหา

ทางเลือกที่ 1 เป้าหมายในการแก้ปัญหา.....

ใคร.....

ทำอะไร.....

ที่ไหน.....

เวลาใด.....

ต้องมีอุปกรณ์ใด.....

ข้อดีของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ข้อเสียของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ความเป็นไปได้ในทางเลือกนี้.....(ให้คะแนน 0-10 คะแนน).

การตัดสินใจ (เก็บเอาไว้/ขจัดทิ้งไป).....

ทางเลือกที่ 2 เป้าหมายในการแก้ปัญหา.....

ใคร.....

ทำอะไร.....

ที่ไหน.....

เวลาใด.....

ต้องมีอุปกรณ์ใด.....

ข้อดีของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ข้อเสียของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ความเป็นไปได้ในทางเลือกนี้.....(ให้คะแนน 0-10 คะแนน).

การตัดสินใจ (เก็บเอาไว้/ขจัดทิ้งไป).....

ทางเลือกที่ 3 เป้าหมาย

ใคร.....

ทำอะไร.....

ที่ไหน.....

เวลาใด.....

ต้องมีอุปกรณ์ใด.....

ข้อดีของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ข้อเสียของทางเลือกนี้

1.

2.

3.

ความเป็นไปได้ในทางเลือกนี้.....(ให้คะแนน 0-10 คะแนน).

การตัดสินใจ (เก็บเอาไว้/ขจัดทิ้งไป).....

ใบกิจกรรมที่ 5

ตัวอย่างสถานการณ์การหาทางเลือกสำหรับการแก้ปัญหา

“ ตะวัน ” ชายไทยอายุ 20 ปี ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า รักษาอาการมานาน 3 ปี ไม่ได้ประกอบอาชีพอะไร ค่าใช้จ่ายเป็นมารดา เป็นผู้ดูแลทั้งหมด ต่อมา มารดาเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ไม่มีใครดูแล ไม่มีญาติพี่น้องดูแล ทำให้ประเสริฐ จำเป็นต้องออกไปหางานทำแต่กังวลว่า ถ้านายจ้างรู้เรื่องที่ยินยาจิตเวช จะถูกปฏิเสธไม่รับทำงาน และรู้สึกอายที่เพื่อนร่วมงานจะรู้ว่าตนเองเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวช อยากหยุดยาเอง ก็กังวลว่าอาการจะเป็นหนักมากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการหดหู่ เศร้า หากท่านเป็นผู้ชายคนนี้ท่านจะแก้ปัญหานี้อย่างไร

1. ปัญหาของประเสริฐ คืออะไร (ระบุปัญหา)

.....

.....

.....

2. สาเหตุของปัญหา คืออะไรบ้าง

.....

.....

.....

3. เป้าหมายในการแก้ปัญหา

.....

.....

.....

4. การรับรู้ปัญหาทางลบกับปัญหาสมชาย คือ

.....

.....

.....

5. การรับรู้ปัญหาทางบวกกับปัญหาสมชาย คือ.

.....

.....

.....

6. การให้ความหมายใหม่เกี่ยวกับปัญหาของสมชาย

.....

.....

.....

ครั้งที่ 4 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 1)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดฝึกการแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อทบทวน และเรียนรู้จากการบ้าน
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหา
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง
5. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดทราบถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและ สิ่งที่สนับสนุนรวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือก
6. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิด ออยากฆ่าตัวตาย

สาระสำคัญ

ผู้บำบัดยกตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่มีความสอดคล้องหรือใกล้เคียงกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับ จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด เริ่มเรียนรู้ และทำความเข้าใจ ปัญหา การค้นหาปัญหา ระบุปัญหา ตั้งเป้าหมาย สร้างทางเลือกในการแก้ปัญหา และการตรวจสอบผลการแก้ปัญหา และการตัดสินใจเลือกทางเลือกในการ แก้ปัญหา มีทางเลือกในการแก้ปัญหาที่หลากหลาย ร่วมกันวิเคราะห์ผลดีผลเสียของแต่ละทางเลือก อุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้นในการแก้ปัญหา ผู้รับการบำบัด เรียนรู้ที่จะสังเกตอารมณ์ของตัวเองเพิ่มแนวทางการ ผ่านคลายอารมณ์ด้านลบด้วยวิธีให้ผู้ป่วยได้ฝึกการผ่อนคลายและปรับอารมณ์ทางลบ อีกทั้ง และเมื่อผู้รับการ บำบัด นำแนวทางการแก้ปัญหามาตามที่ได้เลือกไว้ไปปฏิบัติจริง ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำ ทางเลือกไปปฏิบัติจริง โดยมีสิ่งที่คอยกระตุ้นเตือน เช่น คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจ จากรายการบัตรคำ ที่กำหนด มาเตือนหรือกระตุ้นพลังใจเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เริ่มการบำบัด (เวลา 10 นาที)	-ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด - สอบถามอาการขณะที่อยู่บ้าน เพื่อประเมินความพร้อม ก่อนเข้ารับการบำบัด -นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ได้ทำการบ้านหรือไม่ได้ เขียนมาส่งผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้ บำบัดช่วยจดบันทึกไว้ให้ผู้รับการบำบัด)	- ปัญหาจาก การบ้านที่ผู้รับ การบำบัดนำมา ส่งหรือจามาเล่า ให้ผู้บำบัดฟัง - ใบการบ้านที่ 2
กิจกรรมการฝึกลงมือ แก้ปัญหา (เวลา 15 นาที)	- ให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงประสบการณ์ การนำทางเลือกไป ปฏิบัติจริง และทบทวนการเปลี่ยนมุมมองการหาวิธีการ แก้ปัญหา การตัดสินใจ และการลงมือแก้ปัญหาจาก สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม	

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
<p>กิจกรรมการฝึกลงมือแก้ปัญหาและสร้างทางเลือก (เวลา 15 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อธิบายถึงหลักการของการสร้างทางเลือกและการตัดสินใจสำหรับการแก้ปัญหา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัด ชักถามข้อสงสัย - ผู้บำบัดอธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือกโดยยกตัวอย่างของสถานการณ์ปัญหาของผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัด แสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าว - อธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา พร้อมกับให้ผู้รับการบำบัด แสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าวเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหารวมทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น - ให้ผู้รับการบำบัด ทบทวน และบอกถึงแหล่งที่ให้การช่วยเหลือในชุมชน - ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จในการแก้ปัญหาตามทางเลือกที่ใช้และอาจมีอาการทางลบ ผู้บำบัดแก้ไขอาการทางลบ และร่วมกันพิจารณาปัญหาเดิมมาหาทางเลือกใหม่หรือปัญหาใหม่มาสร้างทางเลือก 	
<p>กิจกรรมการสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาและเลือกทางเลือกที่นำมาปฏิบัติได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง - ให้ผู้รับการบำบัดเลือก คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจจากรายการบัตรคำที่กำหนด เพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ และให้เขียนบันทึกในบัตรคำ 	<p>- ใบกิจกรรมที่ 6.1 คำขวัญ/คำพูด/ คติพจน์ประจำใจ</p>
<p>ปิดการบำบัด (เวลา 10 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้ให้การบำบัด ชักถามถึง ความรู้สึกและสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัดในครั้งนี้ จากผู้รับการบำบัด สรุปข้อคิดเห็นที่ได้ - มอบหมายการบ้าน (ปัญหาที่ 2) นัดหมายครั้งต่อไป 	<p>ใบการบ้านที่ 2</p>

ใบกิจกรรมที่ 6.1
คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจ

ตัวอย่าง

“ไม่มีคำว่าสาย สำหรับการเริ่มต้นใหม่อีกครั้ง”

“ท้องฟ้าสดใสเสมอ หากเรามองมันด้วยใจ”

“ใช้ชีวิตทุกวัน ด้วยความมีสติ”

คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจของฉันคือ

1.
2.
3.
4.

"สิ่งที่สอนเราจากการเจอปัญหาที่ยากที่สุด คือทำให้เรารู้ว่า ถ้าผ่านมันไปได้แล้ว เราจะก้าวไปอีกขั้นของชีวิต และเป็นขั้นที่ดีกว่า"



เมื่อเราแก้ปัญหาไม่ได้ บุคคลที่เราควรคิดถึง หรือไปปรึกษา (ตอบได้มากกว่า 1 คน)

1.
2.
3.

ครั้งที่ 5 กิจกรรมการมือแก้ปัญหาและตรวจสอบผลการแก้ปัญหา (ปัญหาที่ 2)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด กล้าที่จะเผชิญปัญหา และสามารถเลือกแนวทางแก้ปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด มีความมั่นใจในทักษะของวิธีการปรับเปลี่ยนมุมมองต่อปัญหาการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาที่ตรงกับความ เป็นจริง
3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด มีความมั่นใจในวิธีการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ และ การตัดสินใจตรงกับความ เป็นจริงมากขึ้น
4. เพื่อให้ผู้รับการบำบัด ยังคงมีสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หรือมีความคิดฆ่าตัวตาย

สาระสำคัญ

การทำความเข้าใจลักษณะของปัญหา (Problem) จากการสำรวจและระบุปัญหาของตนเองการมองปัญหาในเชิงสร้างสรรค์ ทำให้เกิดอารมณ์ทางบวก มีแนวโน้มที่จะเผชิญปัญหา เป็นการรับรู้ที่ปัญหาเป็นสิ่งที่ทำลาย มีความเชื่อว่าปัญหาสามารถแก้ได้ มองโลกในแง่ดีตามความเป็นจริง เข้าใจว่าปัญหาต้องการเวลาและความพยายามมีความมุ่งมั่นในการแก้ปัญหามากกว่าหนีปัญหา อดทนต่อความคับข้องใจ ใช้การปรับอารมณ์ช่วยในการแก้ปัญหา มองเห็นศักยภาพของตนเองหลักการในการตัดสินใจในการแก้ปัญหา อธิบายถึงเหตุผลสนับสนุนของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหา โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ของผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในทางเลือกที่ได้เลือกเอาไว้ทั้งหมด ทั้งผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในปัจจุบัน และผลที่เกิดขึ้นในระยะยาว รวมทั้งอุปสรรคที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งผลทางบวก และผลทางลบ

องค์ประกอบ/ เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เริ่มการบำบัด (เวลา 10 นาที)	-ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด - สอบถามอาการขณะที่อยู่บ้าน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัด -นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา หมายเหตุ กรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ได้ทำการบ้านหรือไม่ได้เขียนมาส่งผู้บำบัด ให้ผู้รับการบำบัด เล่าด้วยปากเปล่า (ผู้บำบัดช่วยจดบันทึกไว้ให้ผู้รับการบำบัด)	- ใบกรบ้านที่ 2 ที่ผู้รับการบำบัดนำมาส่งหรือจามาเล่าให้ผู้บำบัดฟัง

องค์ประกอบ/ เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
กิจกรรมการ ทบทวนบำบัด ปรับเปลี่ยนมุมมอง ต่อปัญหาและ วิธีการแก้ปัญห (เวลา 15 นาที)	<p>- ให้ผู้รับการบำบัดเล่าถึงประสบการณ์ การนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง และทบทวนการเปลี่ยนมุมมองโดยอ้างถึงวิถีทัศน์ “ทำไงให้เลิกคิดมากและไม่จมอยู่กับความคิดลบ ๆ”</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=Nrk5Nq-5bkA</p> <p>ในกรณีที่ผู้รับการบำบัดไม่ประสบผลสำเร็จในการ แก้ปัญหาตามทางเลือกที่ใช้และอาจมีอารมณ์ทางลบ ให้ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดจัดการอารมณ์ทางลบ และร่วมกันพิจารณานำปัญหาเดิมมาหาทางเลือกใหม่หรือปัญหาใหม่มาสร้างทางเลือก</p>	วิถีทัศน์ “ทำไงให้เลิกคิดมากและไม่จมอยู่กับความคิดลบ ๆ”
กิจกรรมการ สื่อสารทางบวกใน ครอบครัว	<p>- นำผลที่ได้จากการประเมิน ด้วยแบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา โดย สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ (2556) มีความเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่อย่างไร</p> <p>- เมื่อพบว่าในการแก้ปัญหตามทางเลือกที่ใช้ มีปัญหาของการสื่อสารระหว่างภายในครอบครัว มาเกี่ยวข้อง ผู้บำบัดให้ผู้รับการบำบัด เขียนบรรยายความในใจในสิ่งที่ตนอยากสื่อสาร จากนั้น ให้ความรู้ถึงวิธีการสื่อสารทางบวกแก่ผู้รับการบำบัด (ใบความรู้ที่ 5) ถึงวิธีการบอกให้อีกฝ่ายได้รับรู้ถึงความรู้สึกต่างๆทั้งด้านความหวังใย ความรู้สึกดี หรือสิ่งที่เป็นกังวลต่างๆ สิ่งที่ไม่พอใจ ไม่ชอบใจให้อีกฝ่ายได้รับรู้ และเป็นกำลังใจให้กันในการเผชิญปัญหาได้ดีขึ้น</p> <p>- เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัด ได้พูดคุยซักถามเพิ่มเติม และให้กำลังใจกันในการช่วยกันเผชิญปัญหาที่มีอยู่</p>	ใบความรู้ที่ 5 การสื่อสารทางบวก
กิจกรรมการ ทบทวนบำบัด ปรับเปลี่ยนมุมมอง ต่อปัญหาและ วิธีการแก้ปัญห อีกครั้ง (เวลา 15 นาที)	<p>- ผู้ให้การบำบัด อธิบายแนวคิดเกี่ยวกับการมองหาทางเลือก โดยยกตัวอย่างของสถานการณ์ปัญหาของผู้รับการบำบัด และให้ผู้รับการบำบัด แสดงความคิดเห็นต่อทางเลือกที่เป็นไปได้ต่อสถานการณ์ดังกล่าว</p> <p>- ให้ผู้รับการบำบัดประเมินความพึงพอใจที่ได้จากการแก้ปัญหา ตามใบกิจกรรมที่ 7</p>	ใบกิจกรรมที่ 7 ประเมินความพึงพอใจที่ได้จากการแก้ปัญหา
	<p>- อธิบายหลักการของการตัดสินใจในการแก้ปัญหาและสิ่งสนับสนุน รวมทั้งเหตุผลของแต่ละทางเลือกในการแก้ปัญหาตามสถานการณ์ที่ยกตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ผู้รับการบำบัด ซักถามข้อสงสัย</p>	

องค์ประกอบ/ เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
กิจกรรมที่ช่วยในการค้นหาสิ่งที่ใช้กระตุ้นเตือนใจเมื่อเวลาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ (เวลา 10 นาที)	- ให้ผู้รับการบำบัดเลือก คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ประจำใจ จากรายการบัตรคำที่กำหนด หรือ คำพูดที่ผู้บำบัดชื่นชอบ เพื่อเป็นการใช้กระตุ้นเตือนตนเองเมื่อตนเองเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ และให้เขียนบันทึกในบัตรคำ	- ใบกิจกรรมที่ 6.2 คำขวัญ/คำพูด/คติพจน์ ประจำใจ
ปิดการบำบัด (เวลา 10 นาที)	- ผู้บำบัดสรุปและเน้นย้ำให้ผู้รับการบำบัดนำทางเลือกไปปฏิบัติจริง - นัดหมายครั้งต่อไป	

อ้างอิงวีดิทัศน์ “ทำไงให้เลิกคิดมากและไม่จมอยู่กับความคิดลบ ๆ”

<https://www.youtube.com/watch?v=Nrk5Nq-5bkA>

ใบความรู้ที่ 5

การสื่อสารทางบวก

การสื่อสารทางบวกคือ การสื่อสารที่เน้นสร้างความสัมพันธ์ที่ดี สร้างความไว้วางใจ และส่งเสริมให้ผู้คนรู้สึกดี และมีกำลังใจในการทำงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ. เป็นการสื่อสารที่ใช้คำพูดและท่าทางที่สร้างสรรค์ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน

การสื่อสารทางบวก ควรมีการแสดงออกดังนี้

การมี สีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส แสดงอาการใส่ใจ รับฟังมีการสบสายตา จะทำให้การพูดจาง่ายขึ้น และอาจช่วยระงับอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างการพูดคุยได้ท่าทาง แสดงออกว่าสนใจรับฟังสิ่งที่เขาหรือเธอพูด เช่น การผงกศีรษะ การโน้มตัวเข้าหาการสัมผัส จะช่วยให้เกิดความรู้สึกทางใจถึงความรักใคร่ อบอุน และสนิทสนม เช่น การจับมือ โอบกอด ระยะเวลา ควรมีการพูดคุยระยะใกล้ เพื่อที่จะไม่คลาดเคลื่อนในการรับฟัง และไม่ต้องตะโกนใส่กัน

การสื่อสารทางบวก อาจทำได้โดยพูดอย่างชัดเจนและตรงประเด็นเปิดเผยความคิดเห็นและความรู้สึกของคุณอย่างตรงไปตรงมาอย่าเดาใจกัน เพราะอาจเกิดความเข้าใจผิดเรียนรู้ศิลปะในการพูดว่า สิ่งไหนควรพูด สิ่งไหนไม่ควรพูด และควรพูดเมื่อไรเปิดโอกาสให้คนรักพูดคุยด้วย อย่าพูดฝ่ายเดียว

หากจะพูดคุยเรื่องที่ขัดแย้งกันอยู่ ก็ควรเริ่มต้นการสนทนาในเชิงบวกเพื่อให้บรรยากาศดีขึ้นอย่ารื้อฟื้นเรื่องในอดีตอย่าเทียบเมื่ออีกฝ่ายพยายามจะสื่อสารด้วยตั้งใจฟัง และตั้งคำถามอย่างเหมาะสมควบคุมอารมณ์ก่อนจะแสดงท่าทีอะไรออกมาและอย่าพูดแทรก ขัดคอ หรือโต้ตอบโดยที่ยังฟังไม่จบ

หลักการสำคัญในการสื่อสารทางบวกในครอบครัว:

1. ให้ความเอาใจใส่ต่อกัน ให้เกียรติ เคารพ ศักดิ์ศรี กันและกัน
2. ใช้ภาษากายที่มีประสิทธิภาพ ด้วยสีหน้า แววตา น้ำเสียง จังหวะการพูด ท่าทางการเคลื่อนไหว ร่างกาย สื่อสารอารมณ์ ความรู้สึกถึงความห่วงใย ความรักและความปรารถนาดีต่อกัน
3. ใช้ภาษาอย่างสร้างสรรค์ สร้างแรงบันดาลใจและความเชื่อมั่น ความภาคภูมิใจ หลีกเลียงคำตำหนิ ติเตียน หรือเปรียบเทียบกับผู้เรียนคนอื่น ๆ เพราะเป็นการบั่นทอนกำลังใจ
4. แสดงการยอมรับซึ่งกันและกัน โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้

เลือกใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล

- ตรงประเด็น ชัดเจน บอกสิ่งที่อยากให้เกิดแทนการบอกให้ทำ
- ถามและรับฟังความคิดเห็นไม่ตีความในเชิงลบ: อย่าเดาใจหรือตีความในเชิงลบเมื่ออีกฝ่ายพูดจาไม่เข้าหู
- ระมัดระวังการสื่อสารทางลบ ทั้งคำพูดและท่าทาง
- ขอบคุณ / ชื่นชม / ให้กำลังใจและชื่นชมความสำเร็จของสมาชิกในครอบครัว

ใบกิจกรรมที่ 6.2
คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจ

ตัวอย่าง

“จงยิ้มให้กับปัญหา อย่าท้อถอย”

“หยุดคิดสักนิด ดิตเบรกสักหน่อย แล้วค่อยๆลงมือทำ

“พักสักนิด แล้วค่อยคิดแก้ปัญหา”



ยิ้มสู้ให้กับทุกปัญหา
ที่ต้องเจอในวันนี้



พิมพ์ >



คำขวัญ/คำพูด/สัญลักษณ์ ประจำใจของฉันคือ

1.
2.
3.
4.

ครั้งที่ 6 กิจกรรมการสรุปผลการแก้ปัญหา และยุติการบำบัด

วัตถุประสงค์เพื่อให้

4. ผู้บำบัดทบทวน รูปแบบการแก้ปัญหา จากการทำผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติจริง
5. ผู้รับการบำบัด คงไว้ซึ่งการแก้ปัญหาที่เหมาะสม และสามารถนำไปใช้อย่างต่อเนื่อง
6. ผู้รับการบำบัด ได้ร่วมกันวางแผนในการดูแลต่อเนื่อง เหมาะสมหลังสิ้นสุดการบำบัด

สาระสำคัญ

เป็นการฝึกทบทวนแนวคิดหลักในการแก้ปัญหา (Problem Solving) ตั้งแต่ ขั้นตอนที่ 1-5 จะช่วยให้ผู้รับการบำบัด ประเมินความคิด และความรู้สึกที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงตัวเองทั้งในผู้รับการบำบัด เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชื่นชมให้กำลังใจ จะเป็นการเสริมพลังให้รู้สึกมั่นใจ และกระตุ้นให้นำทักษะนี้ ไปใช้ในชีวิตประจำวัน การมีแบบแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการทำร้ายตนเอง การดูแลตนเองในเรื่องของการรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด และยังคงไว้ซึ่งทักษะในการแก้ปัญหาในอนาคตได้ สรุปเนื้อหาสิ่งที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับหลังจากการเข้ารับการบำบัดฯ และยุติการบำบัด

องค์ประกอบ /เวลา	กิจกรรม	สื่อ/อุปกรณ์
เริ่มการบำบัด (เวลา 10 นาที)	-ผู้บำบัดกล่าวทักทายผู้รับการบำบัด - สอบถามอาการขณะที่อยู่บ้าน เพื่อประเมินความพร้อมก่อนเข้ารับการบำบัด -นำการบ้านที่มอบหมายมาทบทวน เรียนรู้ และทำความเข้าใจกับปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา	-ปัญหาจากการบ้าน ที่ผู้รับการบำบัด นำมาส่งหรือจามา เล่าให้ผู้บำบัดฟัง
กิจกรรมทบทวน รูปแบบการแก้ปัญหา จากการที่ผู้รับการบำบัด นำไปปฏิบัติจริง	- ผู้บำบัดร่วมกับผู้รับการบำบัดทบทวนรูปแบบการ แก้ปัญหา จากการทำผู้รับการบำบัดนำไปปฏิบัติจริง ตามหลักของ Five Factors Model - ผู้รับการบำบัดเล่าประสบการณ์ในการนำไปใช้จริง - ผู้บำบัดสรุปผลการบำบัดอีกครั้ง	ใบความรู้ที่ 1 ภาพ แสดงการเกิด ความคิดและ พฤติกรรมฆ่าตัว ตาย ตามหลักของ Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010).
กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการ แก้ปัญหา และสามารถ นำไปใช้อย่างต่อเนื่อง	- ชื่นชมให้กำลังใจ และแสดงความยินดีในการเรียนรู้ ของผู้รับการบำบัด -ผู้รับการบำบัด วางแผนการดูแลหลังยุติการบำบัด โดยการสอบถามถึงแผนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการ ทำร้ายตนเอง การดูแลตนเองในเรื่องรับประทาน ยา และการมาตรวจตามนัด -ผู้บำบัด เปิดโอกาสให้ ผู้รับการบำบัดซักถามในประเด็นที่สงสัย	
ยุติการบำบัด	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนสุขภาพใกล้บ้าน - ยุติการบำบัด	

ใบความรู้ที่ 1



ภาวะซึมเศร้า

สาเหตุและปัจจัยกระตุ้น

 พันธุกรรม

 ความเครียด

 ฮอร์โมนเพศหญิง

 เหตุการณ์สะเทือนจิตใจ

 นอนหลับไม่พอ

 ฤดูหนาวที่มืดกลางคืนยาวนาน

 อื่นๆ เช่น ห่างจากสังคม ปมในวัยเด็ก



บทความสุขภาพ โรคซึมเศร้า

สาเหตุ และปัจจัยกระตุ้นของโรคซึมเศร้า

หากมีอารมณ์เศร้าตามปกติ จะหายได้เองเมื่อปัจจัยกระตุ้นหมดไป แต่ถ้าหากความเศร้ามองอยู่เป็นเวลานาน และไม่ได้รับการแก้ไข มีโอกาสก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย โดยจะทำให้เกิดการเสียสมดุลของสารเคมีในสมองดังที่ได้กล่าวไป โดยมีสาเหตุและปัจจัยกระตุ้น ดังต่อไปนี้

1. **สาเหตุทางพันธุกรรม** หากมีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้าหรือความผิดปกติทางอารมณ์ จะเพิ่มความเสี่ยงที่จะทำให้อีกคน ๆ นั้นเป็นโรคนี้ได้ มีรายงานว่าหากมีฝาแฝดคนหนึ่งเป็นโรคซึมเศร้า ฝาแฝดอีกคนมีโอกาสเป็นซึมเศร้าด้วย ในอัตราที่สูงกว่า 70% แต่อย่างไรก็ดี การที่มีคนในครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้า ไม่ได้แปลว่าเราจะต้องเป็นซึมเศร้าด้วย ทั้งนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมถึงพฤติกรรมและการใช้ชีวิตของเราด้วย
2. **การเจ็บป่วยด้านร่างกาย** เมื่อเรามีความเจ็บป่วย นอกจากจะต้องทรมาณกับอาการของโรคแล้ว ยังเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการรับมือกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นอีกด้วย โดยเฉพาะหากโรสดังกล่าวมีลักษณะอาการรุนแรงหรือเป็นภาวะเรื้อรัง ก็อาจเชื่อมโยงกับโอกาสเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้น
3. **เพศและฮอร์โมน** มีรายงานว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเป็นภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ชาย แต่ยังไม่มีการยืนยันว่าเกิดจากปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาของเพศโดยตรง หรือเกิดจากการที่ผู้หญิงมีแนวโน้มเลือกที่จะเข้ารับการรักษา มากกว่าผู้ชาย เมื่อพบว่าตนเองอาจมีภาวะซึมเศร้า

4. **เหตุการณ์สำคัญในชีวิต (life events)** เหตุการณ์สำคัญในชีวิต นับเป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ โดยเฉพาะ**เหตุการณ์ในเชิงลบ**ที่ก่อให้เกิดความกระทบกระเทือนทางใจ เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การหย่าร้าง การตกงาน ความตึงเครียดทางการเงิน การย้ายที่อยู่ไปยังที่ที่ไม่คุ้นเคย เป็นต้น
5. **การพักผ่อน และการนอนหลับ** หากพักผ่อนน้อยเป็นประจำ หรือมีความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน (โดยเฉพาะในรายที่มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนแบบเรื้อรัง) อาจเพิ่มโอกาสในการเป็นโรคซึมเศร้าได้ด้วย
6. **ฤดูกาล** หลายคนอาจมีความรู้สึกที่ตนเองมักจะมีความรู้สึกนึกคิดหรืออารมณ์ดิ่งลงโดยเฉพาะในฤดูหนาว ซึ่งเป็นฤดูที่ช่วงเวลากลางวันจะสั้นลงและเวลากลางคืนยาวขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเซื่องซึมหรือเหนื่อยล้า และหมดความสนใจในกิจกรรมประจำวัน เราเรียกภาวะนี้ว่า **โรคซึมเศร้าตามฤดูกาล (seasonal affective disorder)** หรือย่อสั้น ๆ เศร้า ๆ ว่า “SAD” ซึ่งถ้าใครมีอาการตามฤดูกาลเช่นนี้ ส่วนใหญ่อาการจะดีขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันควรมาพบแพทย์เพื่อปรึกษาหาแนวทางการรักษาที่เหมาะสม
7. **ปัจจัยอื่น ๆ** นอกจากปัจจัยหลักดังที่กล่าวมาแล้ว การแยกตัวจากสังคมเป็นเวลานาน ๆ การถูกทอดทิ้งหรือทารุณกรรมในวัยเด็ก ยังเป็นปัจจัยที่อาจกระตุ้นให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ด้วย

บางคนอาจเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากขึ้นจากบุคลิกภาพและลักษณะนิสัย เช่น มีความคิดเห็นหรือมีความเชื่อที่บิดเบือนไปจากความเป็นจริง มีความนับถือตัวเองต่ำ รวมถึงผู้ที่ชอบดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติดหรือใช้ยาบางชนิดเป็นประจำ โดยเฉพาะยานอนหลับ

ใบความรู้เรื่องโรคจิตเภท

สังเกตอาการของ โรคจิตเภท

โรคที่มีความผิดปกติทางความคิด
ทำให้ความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง
มีผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน



1%
พบได้ ร้อยละ
ของประชากร



f y t i
Manarom Hospital

แบบที่ 1

กลุ่มอาการที่มากหรือ
เกินกว่าคนทั่วไป



หลงเชื่อผิดจากความจริง
คิดว่าคนอื่นจะมากำร้าย
มีพลังพิเศษในตัว



ความคิดผิดปกติ
พูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่อง
โดยไม่มีเหตุผล



ประสาทหลอน
หูแว่ว
เห็นภาพหลอน



พฤติกรรมผิดปกติ
พูดคนเดียว
ยิ้มหรือหัวเราะคนเดียว

แบบที่ 2

กลุ่มอาการที่ขาดหรือ
บกพร่องกว่าคนทั่วไป



เก็บตัว ซึม
ไม่อยากพบปะผู้คน



ไม่สนใจสุขอนามัย
ของตนเอง



ไม่นอนในเวลากลางคืน



ไม่มีความคิดริเริ่ม
เฉื่อยชาลง



พูดน้อย ตอบช้า
พูดไม่ปะติดปะต่อ



ไร้อารมณ์ สีหน้าเฉยเมย
ไม่ยิ้มคยิยร้าย



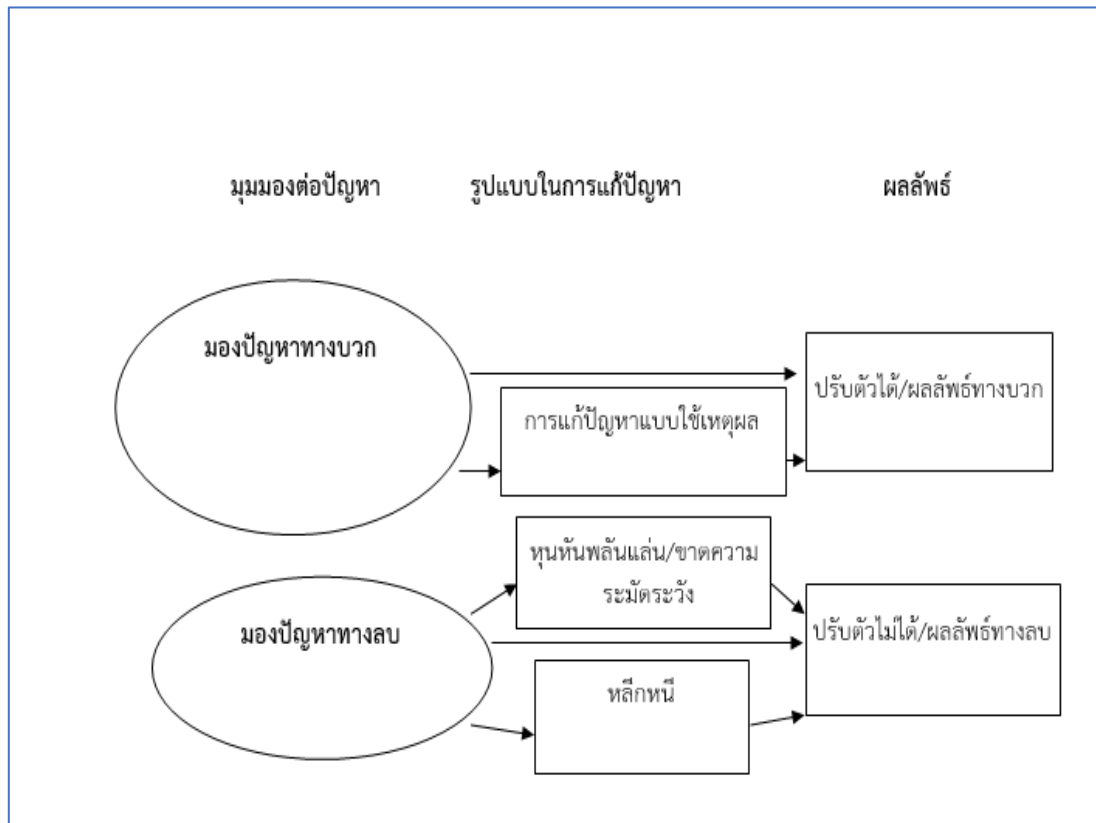
ในระยะอาการกำเริบส่วนใหญ่
จะเป็นกลุ่มอาการที่มากกว่าคนทั่วไป
ส่วนกลุ่มอาการที่บกพร่องจากคนทั่วไป
มักพบในระยะหลังของโรค

<https://www.manarom.com/blog/schizophrenia.html>


โรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ กลุ่มอาการของโรคที่มีความผิดปกติของความคิด ทำให้ผู้ป่วยมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง ส่งผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง การใช้ชีวิตในสังคม ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเริ่มเป็นเมื่ออายุประมาณ 14-16 ปี หรือช่วงปลายวัยรุ่น โรคนี้พบได้ประมาณร้อยละ 1 ของประชากร

โรคจิตเภท เชื่อว่ามีสาเหตุมาจากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนี้ ด้านร่างกาย พันธุกรรม ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดกับผู้ป่วยมากยังมีโอกาสสูง จากความผิดปกติของสมอง โดยสารเคมีในสมองมีความผิดปกติและจากโครงสร้างของสมองบางส่วนที่มีความผิดปกติเล็กน้อย ด้านจิตใจ จากความเครียดในชีวิตประจำวัน เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเจ็บป่วย การใช้อารมณ์กับผู้ป่วย การตำหนิ มีท่าทีที่ไม่เป็นมิตรหรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากไปก็มีผลต่อการกำเริบของโรคได้

ภาพแสดงการเกิดความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย
ตามหลักของ Five Factors Model (D'Zurilla & Nezu, 2010).



ภาคผนวก ค.
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

	คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต	AL 03.1
	หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย	เริ่มใช้ มิถุนายน 2563

เลขที่หนังสือรับรอง	เลขที่ 004/2568	
ชื่อโครงการ	: การศึกษาผลของโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (The effect of problem-solving therapy program on Serious Mental Illness with high risk to Violence patients with suicidal ideations and behaviors)	
รหัสโครงการวิจัย	: KKPH.REC 012/2567BTs_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	: นางสาวพิมพ์นิตา กุลสุนทราลัย	
สังกัดหน่วยงาน	: กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	-	
ประเภทการทบทวน	: การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด (Full board review)	
เอกสารที่รับรอง	:	
1. แบบยื่นขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 14 มกราคม 2568	
2. โครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 3 วันที่ 14 มกราคม 2568	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย/อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 11 ธันวาคม 2567	
4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 11 ธันวาคม 2567	
5. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 2 วันที่ 11 ธันวาคม 2567	
วันที่รับรอง 22 เดือนมกราคม พ.ศ. 2568	วันที่หมดอายุการรับรอง 21 เดือนมกราคม พ.ศ. 2569	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินการ ให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
ลงนาม <i>(ลายเซ็น)</i> (นายแพทย์ณสมพล หาญดี) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติผู้วิจัย

1.ชื่อ – นามสกุล (ภาษาไทย) นางสาวพิมพ์นิดา กุลสุนทราลัย

2.ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3.หน่วยงานหน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวกพร้อมหมายเลขโทรศัพท์ โทรสาร E-mail

กลุ่มงานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จ.ขอนแก่น 40000

5.ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2536 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

พ.ศ.2540 ประกาศนียบัตรการพยาบาลสุขภาพและจิตเวช(เฉพาะทาง) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พ.ศ.2545 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สุขภาพจิต) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

พ.ศ.2555 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข) คณะเศรษฐศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

6.ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย

1. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยปกป้องที่มีผลต่อการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้สูงอายุ

ประวัติผู้ช่วยวิจัย

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

นางสาวเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน ภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

4. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2539 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครบุรี

พ.ศ. 2546 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พ.ศ. 2547 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (เฉพาะทาง) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

พ.ศ. 2557 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5. ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานวิจัย -

ประวัติผู้ช่วยวิจัย

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

นายสุรียา ศิริสุข

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

หอผู้ป่วยจิตเวชชายฝ้ายคำ กลุ่มการพยาบาลผู้ป่วยในชาย ภารกิจการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

4. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2552 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์

พ.ศ. 2558 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช(เฉพาะทาง) โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

พ.ศ. 2562 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

6. ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย -

ประวัติผู้ช่วยวิจัย

1. ชื่อ-นามสกุล (ภาษาไทย)

นางสาวคณัสนันท์ โพธิ์คำ

2. ตำแหน่งปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

3. หน่วยงานและที่อยู่ติดต่อได้สะดวก

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

4. ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2556 สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

6. ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการบริหารงานวิจัย –

เป็นทีมวิจัยภาคสนาม เรื่อง การพัฒนารูปแบบความร่วมมือองค์การเครือข่ายเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย
สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงใน 25 จังหวัด 4 ภาคของประเทศไทย