

## ความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช

ธิดารัตน์ ห้วยทราย พย.ม.\*

กาญจน์กนก สุรินทร์ชมภู พย.ม.\*\*

วีรติ พงษ์ทิพย์พัฒน์ วท.ม.\*\*\*

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม-มิถุนายน พ.ศ. 2562 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้จำนวน 60 ราย โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (negative automatic thought, NAT) และแบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (mini international neuropsychiatric interview, M.I.N.I.) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 37-65 ปี (S.D. = 7.94) สถานภาพโสด ร้อยละ 53.3 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 60.0 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 60.0 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 41.7 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 38.3 ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 และระดับสูง ร้อยละ 66.7 ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.627, p < 0.01$ )

จากผลการศึกษานี้ ควรมีการออกแบบการบำบัดที่มีความจำเพาะกับลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยแต่ละคนที่น่าไปสู่ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

คำสำคัญ: ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยจิตเวช

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์

## Negative Automatic Thought and Suicidal Risk of Psychiatric Patients

Thidarat Huaisai M.N.S.\*

Karnkanok Surinchompu M.N.S.\*\*

Weerati Pongtripat M.S.S.\*\*\*

### **ABSTRACT**

The purpose of this descriptive research study was to explore the relationship between the negative automatic thought and suicidal risk of psychiatric patients. The study samples were psychiatric patients admitted at the inpatient ward in Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric hospital from March to June, 2019. Sixty psychiatric patients were selected by specific criteria and purposive sampling. The research tools were the personal data questionnaire, the negative automatic thought (NAT) and the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.). Data were analyzed using the descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of the study found that most of samples were males (75.0%), Their average age was 37.65 year (S.D. = 7.94), Most of them has single status (53.3%), education level of primary school (48.3%), agriculture and self-employed of career (60.0%), They were diagnosed as psychosis and schizophrenia (41.7%), and depressive disorder (38.3%), They experienced the moderate (33.3%) and severe (66.7%) levels of suicidal risks. There was a moderate positive correlation of negative automatic thought with the moderate and severe level of suicidal risk ( $r = 0.627, p < 0.01$ )

This study suggests that there should be a specific design of therapy to the negative automatic characteristics of each patient that lead to suicidal risk.

**Keywords:** Negative automatic thought, Suicidal risks, Psychiatric patients

---

\* Registered Nurse (Senior Professional Level), Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

\*\* Registered Nurse (Professional Level), Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

\*\*\* Registered Nurse (Senior Professional Level), Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani

## บทนำ

“การฆ่าตัวตาย” หรืออัตวินิบาตกรรม เป็นการมีความคิดอยากทำร้ายตนเอง การกระทำโดยตั้งใจให้ชีวิตของตนเองสิ้นสุดลงด้วยตนเอง<sup>1,2,3,4</sup> การฆ่าตัวตายเป็น 1 ใน 10 สาเหตุการเสียชีวิตที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญทั่วโลก และพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จโดยเฉลี่ย 10.6 ต่อแสนประชากรต่อปี ในแต่ละปีจะมีคนฆ่าตัวตายซ้ำ 400–500 คนต่อแสนประชากร<sup>5</sup> สำหรับประเทศไทยพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูงถึง 4,131 ราย เฉลี่ยมากกว่า 340 รายต่อเดือน หรือมากกว่า 11 รายต่อวัน เพศชายฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูงกว่าเพศหญิงถึง 4 เท่า อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้แรงงานและเกษตรกร<sup>6</sup> ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 13.8 และฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จมากกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า และจากรายงานสถานการณ์การทำร้ายตนเองของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยทำร้ายตนเองจะมีโอกาสทำซ้ำและทำได้สำเร็จ โดยจะมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จในระยะ 1 ปี หลังการทำร้ายตนเองในครั้งแรกเพิ่มขึ้นเป็น 100 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป<sup>6</sup> ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สุขภาพทางกาย และความเจ็บป่วยทางจิตเวช<sup>2</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย รอบคอบ และคณะ<sup>7</sup> ซึ่งพบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง จึงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นตามมา ในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าร่วมกับการดื่มสุราหรือการใช้สารเสพติดมีส่วนทำให้เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นสูงขึ้น สายฝน เอกวรังกูร และอุณจิตร์ คุณารักษ์<sup>4</sup> อธิบายถึงแนวคิดของ Beck ว่า ที่ศึกษารูปแบบและกระบวนการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีการมองตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคตในด้านลบ จึงส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ รู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง หดพลัง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด ซึ่งความคิดในที่นี้หมายถึงความคิดอัตโนมัติ นอกจากนี้ Beck ยังได้อธิบายไว้ว่า เหตุการณ์จะนำไปสู่ความคิดอัตโนมัติ ซึ่งความคิดอัตโนมัตินี้มาจากรากฐานของแก่นระบบความคิด (core

belief) ของแต่ละบุคคล ความเชื่ออาจเกิดจากประสบการณ์เดิมในอดีตก็ได้ ทำให้แต่ละบุคคลมีการตีความหมายของเหตุการณ์แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเชื่อเดิม ส่งผลให้การแสดงออกทางอารมณ์ พฤติกรรมหรือปฏิกิริยาทางร่างกายต่างๆ แตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับการตีความของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ความเชื่อเดิมจึงมีอิทธิพลต่อความคิดอัตโนมัติ ในบุคคลที่มีความเปราะบางทางกาย จิต และสังคม เมื่อมีเหตุการณ์เกิดขึ้นจึงมีผลต่อความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการฆ่าตัวตายเป็นที่เกิดขึ้นในบุคคลนั้น เกิดจากความคิดที่เรียกว่า “suicide mode” อันประกอบไปด้วย ความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึก แรงจูงใจและการแสดงออกของพฤติกรรม เมื่อปัญหาเกิดขึ้นบุคคลจะคิดว่าการฆ่าตัวตายเป็นวิธีแก้ปัญหาวินิจฉัยเดียวเท่านั้น ซึ่งในบุคคลที่ขาดปัจจัยในการปกป้อง บุคคลที่เคยทำร้ายตนเองมาก่อน ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายเป็น หรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นบ่อยครั้ง ความถี่และความรุนแรงในการฆ่าตัวตายเป็นจะรุนแรงเพิ่มขึ้น<sup>8</sup> การทำความเข้าใจเกี่ยวกับบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นของบุคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแล จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการให้การช่วยเหลือ เพื่อลดความเสี่ยงของอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>4</sup>

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบและระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีประโยชน์ทางคลินิกในการวางแผนให้การบำบัดรักษา นำไปสู่การออกแบบการบำบัดที่มีความจำเพาะกับลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยจิตเวชแต่ละคนที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นต่อไป

## วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนมีนาคม–มิถุนายน พ.ศ. 2562

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ใบรับรองเลขที่ 002/2562 และผู้ศึกษาได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยอย่างละเอียดกับกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากเครื่องมือ mini international national neuropsychiatric interview, M.I.N.I.) จำนวน 64 คน

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) ที่เข้ารับบริการหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มีระดับคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป โดยประเมินจากเครื่องมือ M.I.N.I. ใช้การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย Program G Power 3 โดยกำหนด effect size  $f$  ที่ 0.4 significance level = 0.05, power = 0.95 และเป็น two-sided test พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 54 คน มีการเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากหอผู้ป่วยใน โดยมีเกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับคะแนนตั้งแต่ 9 คะแนนขึ้นไป 3) สื่อสารได้ ไม่เป็นใบ้หรือหูหนวก และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ส่วน

เกณฑ์การคัดเลือกรวมกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (exclusion criteria) คือ มีประวัติได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติของสมอง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาการเจ็บป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (mini international neuropsychiatric interview, M.I.N.I.) พัฒนาโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น<sup>9</sup> มีค่าความเชื่อมั่น 0.86 มีข้อคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับประวัติการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และการพยายามฆ่าตัวตายตลอดชีวิตที่ผ่านมา คำตอบมี “ใช่” และ “ไม่ใช่” แปลผลจากคะแนนรวม คือ 1-8 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายน้อย 9-16 คะแนน มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายปานกลาง และ 17 คะแนนขึ้นไป มีระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมาก

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (negative automatic thought, NAT) ของวัชณี หัตถพนม และคณะ<sup>10</sup> มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ ไม่เคย (1 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และบ่อยๆ (3 คะแนน) การแปลผล ค่าคะแนนยิ่งสูงมาก แสดงว่ามีความคิดอัตโนมัติทางลบสูง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และการสอบถามความสมัครใจอย่างอิสระในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย หลังจากนั้นขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ช่วงเวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) นำเสนอในรูปของจำนวน และร้อยละ

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางและสูง โดยใช้การทดสอบด้วยโคลโมโกรอฟ-สมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้การทดสอบหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลำดับที่ของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation

coefficient)

**ผลการวิจัย**

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายคือ ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 37.65 ปี มีสถานภาพโสด ร้อยละ 53.3 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.3 มีอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คือ ร้อยละ 36.7 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเฉลี่ย 1,000–5,000 บาท และมีรายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 61.7 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตและจิตเภท ร้อยละ 41.7 โรคมึนเศร้า ร้อยละ 38.3 และระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชเฉลี่ย 7.92 ปี (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	45	75.0
หญิง	15	25.0
<b>อายุ (ปี)</b>		
21-30 ปี	17	28.3
31-40 ปี	24	40.0
41-50 ปี	16	26.7
51 ปี ขึ้นไป	3	5.0
Mean = 37.65, S.D. = 7.94		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	32	53.3
สมรสอยู่ด้วยกัน	10	16.7
สมรสแยกกันอยู่	10	16.7
หย่า/ม่าย	8	13.3
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	29	48.3
มัธยมศึกษา	20	33.3
อนุปริญญา/ปวส./ปวช.	7	11.7
ปริญญาตรี	4	6.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>อาชีพ</b>		
ว่างงาน	14	23.3
เกษตรกร	22	36.7
รับจ้าง/ค้าขาย	17	28.3
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	5.0
อื่นๆ	4	6.7
<b>รายได้</b>		
ไม่มีรายได้	16	26.7
1,001–5,000 บาท	28	46.6
5,000 บาท ขึ้นไป	16	26.7
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>		
ไม่เพียงพอ	37	61.7
เพียงพอ	23	38.3
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
โรคจิตและจิตเภท	25	41.7
โรคซึมเศร้า	23	38.3
ปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา	12	20.0
<b>ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช</b>		
1–5 ปี	21	35.0
6–10 ปี	18	30.0
11–15 ปี	14	23.3
16–20 ปี	4	6.7
21 ปี ขึ้นไป	3	5.0
Mean = 7.92, S.D. = 6.27		

2. ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่ม ฆ่าตัวตายระดับมาก และร้อยละ 33.3 มีความเสี่ยงต่อตัวอย่างผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 66.7 มีความเสี่ยงต่อการ ฆ่าตัวตายระดับปานกลาง (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	การแปลผลระดับ	จำนวน	ร้อยละ
1–8 คะแนน	น้อย	0	0
9–16 คะแนน	ปานกลาง	40	33.3
≥ 17 คะแนน	มาก	20	66.7

### 3. ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ( $r = 0.627, p < 0.01$ )

#### วิจารณ์และสรุป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยผู้ใหญ่ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง รายได้ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย เป็นโรคจิตและจิตเภท โรคซึมเศร้า และมีปัญหาจากการใช้สารเสพติดและสุรา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ<sup>2</sup> ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สุขภาพทางกาย และความเจ็บป่วยทางจิตเวช และการศึกษาของวารภรณ์ ประทีปธีรานันต์<sup>11</sup> พบว่า กลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง มีอาชีพรับจ้าง อยู่ในวัยทำงาน มีภาวะซึมเศร้า มีปัญหาการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะบุหรี่และสุรา

การศึกษาของดาร์วอร์ธ ตีปันตา<sup>12</sup> ได้อธิบายแนวคิดของ Beck ไว้ว่า พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ไม่ได้เกิดโดยตรงจากสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต โดยมีสมมุติฐานว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคลเกิดจากการรับรู้ (perception) และการตีความหรือวิเคราะห์ (analyze) สถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยลักษณะความคิดที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (automatic thought) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของในผู้ป่วยจิตเวช ดังเช่น บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้ามีลักษณะความคิดที่รับรู้และแปลความหมายผิดไปจากความเป็นจริงเรียกว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ<sup>13</sup> จากการศึกษาของ Beck<sup>8</sup> พบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า โดยมีมุมมองเป็น 3 ลักษณะ คือ ตัวเองแย่ โลกรอบตัวแย่ และอนาคตแย่<sup>14</sup> ซึ่งผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จร้อยละ 80 ป่วยด้วยโรค

ซึมเศร้า<sup>2</sup> นอกจากนี้ความคิดและความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่ออาการหลงผิดพบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการประสาทหลอนทางหู ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงว่ามีคนจะมาทำร้าย ได้ยินเสียงคนมาขู่ฆ่า จึงมีความคิดต้องการทำร้ายตนเองก่อนคนอื่นจะมาฆ่าตนเอง<sup>15</sup> และพบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท เป็นสาเหตุหลักนำสู่พฤติกรรมฆ่าตัวตายอย่างต่อเนื่อง<sup>16</sup> นอกจากนี้ในผู้ป่วยโรคจิตจากเมทแอมเฟตามีนก็มีอาการคล้ายกับโรคจิตเภทที่พบบ่อย คือ หวาดระแวงกลัวคนมาทำร้ายหูแว่วได้ยินสิ่ง ทำให้มีความเสี่ยงทำร้ายตนเองสูง<sup>17</sup> ความคิดอัตโนมัติด้านลบยังเป็นความคิดที่บิดเบือนเกี่ยวกับการใช้ยาเสพติดที่พบได้ในผู้ป่วยใช้ยาเสพติดอีกด้วย<sup>8</sup> เมื่อผู้ป่วยเสพยาจะมีอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง แต่เมื่อขาดยาจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เหนง หดหู่ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้<sup>18</sup> สอดคล้องกับการศึกษาที่ว่า ผู้ป่วยดื่มสุราร่วมกับเป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าคนที่ไม่มีโรคซึมเศร้า<sup>7</sup> ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคทางจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงนั้น นอกจากโรคทางอารมณ์ โรคจิตเภทแล้ว ยังมีโรคติดยา โรควิตกกังวล และที่สำคัญประวัติการฆ่าตัวตาย การเคยฆ่าตัวตายเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ<sup>2</sup> จากผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดหวังว่า หากผู้บำบัดมีความตระหนักและเข้าใจในความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จะสามารถจัดการบำบัดผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ช่วยลดอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้

#### ข้อเสนอแนะ

##### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีเนื้อหาลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบทั้งต่อตนเอง ต่อสิ่งแวดล้อม และต่ออนาคตของตนเอง จึงควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สามารถช่วยปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัว มีทักษะการ

เผชิญปัญหาที่เหมาะสม สามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่

2. ควรนำเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการวิจัยที่ได้ ไปให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลแบบองค์รวม และบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

3. ควรมีการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) ไปใช้ในการพัฒนาการคิดเชิงบวก (positive thinking) ให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และควรมีการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความจำเพาะอันนำไปสู่การฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชก่อนการบำบัด เพื่อผลการรักษาที่น่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงได้

#### เอกสารอ้างอิง

1. ฉวีวรรณ สัตยธรรม, แผล จันทรสุข และศุภกรใจ เจริญสุข. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก; 2557.
2. นันทวัช สัทธีรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวก, กมลพร วรรณฤทธิ, ปณิต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช และพนม เกตุมาน. จิตเวช ศิริราช DSM-5. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2559.
3. เพียรดี เปี่ยมมงคล. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: ชรรณสาร; 2556.
4. สายฝน เอกวางกูร และอุจน์จิตร คุณารักษ์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1. กรุงเทพฯ: ไทม์ พรินต์ติ้ง; 2558.
5. World Health Organization. Mental health: suicide data [Internet]. 2018 [cited 2018 May 18]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
6. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต; 2561.
7. วินัย รอบคอบ, สมบัติ สฤลพรรณ, และหรรษา เศรษฐบุปผา. ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมการดื่มสุรา และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของวัยรุ่น. พยาบาลสาร 2561;45(4):144-158.
8. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
9. พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุริน คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. ว. สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;13(3):51-59.
10. วัชณี หัตถพนม. ไพรวัลย์ ร่มช้าย และ มัลลิกา พูนสวัสดิ์. ประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น:

#### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมจากโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่ง เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการรักษา และสามารถอ้างอิงสู่กลุ่มประชากร

2. เนื่องจากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยมีความคิดอัตโนมัติด้านลบเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมว่า สังคมหรือครอบครัวไม่ยอมรับ มองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีประโยชน์ เป็นตัวตลก หรือเป็นต้นเหตุให้ครอบครัวข้างใจร้าย จึงควรทำการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องบทบาทของผู้ดูแลครอบครัว หรือชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว



- รายงานการวิจัยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
11. วรภรณ์ ประทีปธีรานันต์. อัตราการฆ่าตัวตายและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมฆ่าตัวตายโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี. ว. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2557;28(3):90-103.
  12. ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา. “การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม”. พยาบาลสาร 2558; 42(ฉบับพิเศษ):205-213.
  13. Beck AT. Depression Clinic experimental and theoretical aspects. New York: Hebert Medical; 1967.
  14. ณิชทร พิทยรัตน์เสถียร. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการบำบัดความคิดและพฤติกรรม. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตร: การบำบัดความคิดและพฤติกรรมในผู้ติดยาและสารเสพติด; 2558.
  15. สิวลี เปาโรหิตย์, บุญผา รุ่งเรือง และไพรวัดย์ รมช้าย. ผลการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมรายบุคคลที่มีต่อความทุกข์ทรมานและพฤติกรรมการเผชิญกับอาการหลงผิดและประสาทหลอนทางหูในผู้ป่วยจิตเภทที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. ขอนแก่น: รายงานวิจัยกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2559.
  16. สุดาพร สถิตยุทธการ. อาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท: ประเด็นสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล. ว. พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2561;30(3):1-13.
  17. ธนิษฐา พิพิธวิทยา และรัชนีกร อุปเสน. ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. พยาบาลสาร 2562;45(ฉบับพิเศษ): 60-68.
  18. ดุษณี ชาญปรีชา และคณะ. ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทาแอมเฟตามีน. ว. กรมการแพทย์ 2560;42(2):90-101.