ประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

Effectiveness of Resilience Enhancement Program with Psychosocial Care on Resilience Quotient in Patients with Attempted Suicide

กนกภรณ์ ทองคุ้ม*

Kanokporn Thongkhum*

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

Psychiatric and Drug Addiction Working Group,

Khaibangrachan Hospital, Singburi Province

Email: Thongkanok70@gmail.com

Received 20 October 2024

Revised 25 December 2024

Accepted 2 January 2025

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจ ร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อที่เปรียบเทียบความเข้มแข็งของจิตใจระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน 30 คน จับคู่ลักษณะคล้ายคลึงกันด้านเพศและอายุ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.749 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้มแข็งของจิตใจหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปผลการวิจัย โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมสามารถเพิ่มคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจได้ มีประสิทธิผลในการเพิ่มความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการอื่น ๆ ได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับไปมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ความเข้มแข็งของจิตใจ การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

Abstract

This quasi-experimental research aimed to evaluate the effectiveness of a resilience-enhancing program integrated with psychosocial care on the mental resilience of patients who have attempted suicide. The study focused on comparing the resilience levels of participants before and after the intervention, as well as comparing the intervention group against a control group receiving conventional nursing care. The sample consisted of 30 patients who sought treatment following suicide attempts at Camp Bang Rachan Hospital, Sing Buri Province. Participants were selected using purposive sampling and subsequently matched based on gender and age to ensure demographic consistency between the experimental and control groups. The research instruments included a structured resilience-building program combined with psychosocial support and the Mental Health Resilience Quotient (RQ) assessment developed by the Department of Mental Health, which demonstrated a reliability coefficient of 0.749. Data analysis was performed using descriptive statistics, including mean and standard deviation, while hypothesis testing was conducted via t-tests to determine significant differences between the groups. The findings revealed that participants in the experimental group exhibited significantly higher mental resilience scores following the completion of the program compared to their pre-test scores ($p < .01$). Furthermore, the mental resilience of the intervention group was significantly superior to that of the control group receiving standard care ($p < .01$). These results indicate that the resilience-enhancing program, when coupled with psychosocial interventions, is highly effective in bolstering the psychological strength of individuals following a suicide attempt. This integrated approach can be adapted for patients with diverse suicidal behaviors to prevent recidivism and self-harm recurrence. Ultimately, fostering such psychological fortitude serves as a critical clinical strategy to enhance the long-term quality of life and mental well-being of high-risk patients.

Keywords: resilience, psychosocial care, patients with attempted suicide

1. บทนำ

การฆ่าตัวตายถือเป็นความท้าทายด้านสาธารณสุขที่สำคัญ โดยพบว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตมากกว่า 700,000 รายต่อปี และพบว่าในการฆ่าตัวตายแต่ละครั้งมีผู้พยายามฆ่าตัวตายประมาณ 20 คน ทำให้ส่งผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจในวงกว้าง อีกทั้งยังส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อบุคคลและชุมชน เนื่องจากการฆ่าตัวตายสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกช่วงวัย โดยในปี พ.ศ. 2564 การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสาม

ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี และ 73% ของการฆ่าตัวตายทั้งหมดเกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ทั้งนี้ การฆ่าตัวตายทั่วโลกเกือบ 20% เกิดจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืชเป็นพิษ และพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการฆ่าตัวตายและภาวะสุขภาพจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะซึมเศร้า ความผิดปกติจากการใช้แอลกอฮอล์ รวมทั้งความพยายามฆ่าตัวตายในอดีต และการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่เกิดขึ้นโดยขาดการไตร่ตรองในช่วงเวลาวิกฤต ซึ่งปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประสบการณ์การสูญเสีย ความเหงาเศร้า การถูกเลือกปฏิบัติ ความสัมพันธ์ที่ขัดแย้ง ปัญหาทางการเงิน ความเจ็บปวดจากโรคเรื้อรัง ความรุนแรงจากการล่วงละเมิด หรือเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านมนุษยธรรมต่าง ๆ (World Health Organization, 2023)

ประเทศไทยในช่วง 3 ปีที่ผ่านมาพบว่า การฆ่าตัวตายมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563, 2564, 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 7.27, 7.38, 7.97 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) สำหรับจังหวัดสิงห์บุรี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563, 2564, 2565 พบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด เท่ากับ 9.66, 14.32, 8.19 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งเกิน 8.0 ต่อแสนประชากร ในเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี, 2566) ส่วนในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าปีงบประมาณ พ.ศ. 2563, 2564, 2565 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ เท่ากับ 30.16, 11.15, 3.61 ต่อแสนประชากร และผู้พยายามฆ่าตัวตาย

โดยสาเหตุอันดับแรกมาจากปัญหาความรัก รองลงมาเป็นปัญหาความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด และปัญหาหนี้สิน นอกจากนี้ ยังพบผู้พยายามฆ่าตัวตายกลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ อย่างน้อย 1 รายต่อปี ส่งผลให้ต้นทุนการรักษาผู้พยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นโดยไม่จำเป็น ทั้งยังเกิดผลกระทบต่อสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในครอบครัว มีการศึกษาพบว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายจะมีความเข้มแข็งของจิตใจต่ำ (Ram et al., 2019) ซึ่งการมีความเข้มแข็งของจิตใจ (Resilience) จะเป็นปัจจัยปกป้องที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเผชิญปัญหาวิกฤตในชีวิตได้ เนื่องจากความเข้มแข็งของจิตใจ ประกอบด้วย คุณสมบัติภายในของบุคคล (I am) ความสามารถและทักษะของบุคคล (I can) และแหล่งสนับสนุนภายนอกที่บุคคลมี (I have) (Grotberg, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า โปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจะช่วยให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) นอกจากนี้ จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาทางสังคมที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ทำให้คิดหาทางออกโดยการฆ่าตัวตาย ดังนั้น ผู้พยายามฆ่าตัวตายจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลทางด้านจิตสังคมหลังจากได้รับการรักษาทางกาย เนื่องจากการดูแลทางจิตสังคม (Psychosocial Care) เป็นการดูแลทางจิตวิทยา สังคม และจิตวิญญาณที่คำนึงถึงวัฒนธรรมของผู้ป่วยผ่านการสื่อสารทางการรักษา มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชี้ให้เห็นว่าการดูแลทางจิตสังคมที่มีประสิทธิผลสามารถทำให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นได้ (Chen et al., 2017) ทั้งนี้ การดูแลทางจิตสังคมจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยง ในการฆ่าตัวตายซ้ำได้ฝึกปรับตัว ฝึกการเผชิญปัญหา และสร้างความเข้มแข็งของจิตใจให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขภายหลังจากกลับไปรักษาตัวที่บ้าน พยาบาลซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย จึงต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อค้นหาปัญหาทางสังคมจิตใจของผู้ป่วย เพื่อให้

ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในปัญหาของตนเอง มีแนวทางในการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถเผชิญปัญหาวิกฤตนั้น ๆ ได้ (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลคีรี, 2563ก) และสามารถดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้อย่างมีความสุข

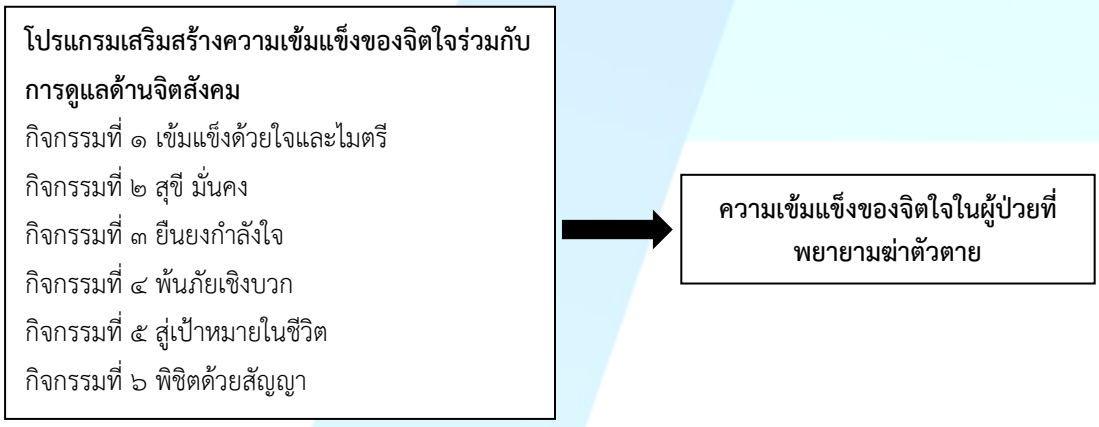
ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชมีหน้าที่ดูแลให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง จึงเห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตสังคม เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จของผู้ป่วย อีกทั้งส่งเสริมความเข้มแข็งของจิตใจของคนในครอบครัวควบคู่ไปด้วย เพื่อให้มีพลังใจในการดูแลเฝ้าระวังผู้ป่วยที่บ้าน รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนเฝ้าระวังปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ของตนเอง ซึ่งทั้งหมดนี้จะเป็นปัจจัยปกป้องสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำได้ ผู้ศึกษาจึงคาดหวังว่าการศึกษาเปรียบเทียบความเข้มแข็งของจิตใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจะนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ในบริบทของพื้นที่อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี เพื่อให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายครอบครัว และชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นการป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ ส่งผลให้การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการงานสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

4. ระเบียบวิธีวิจัย

4.1 วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-Posttest Quasi-Experimental Research)

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและมารับบริการในโรงพยาบาลค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ มีอายุ 15 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีคะแนนรวมความเข้มแข็งของจิตใจต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 55 คะแนน) (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลคีรี, 2563ก) มีภูมิลำเนาอยู่ในอำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมด้วยความสมัครใจ จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามความเหมาะสมของการวิจัยแบบทดลองจำนวน 30 คน (Polit & Beck, 2004) แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน โดยทำการจับคู่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เพศและอายุ

4.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.2.1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดความเข้มแข็งของจิตใจ (Resilience) ของกรอทเบิร์ก (Grotberg, 1995) ร่วมกับแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคม (Psychosocial Care) (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลคีรี, 2563ก; Chen et al., 2017) ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมละ 45 - 60 นาที ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขและทดลองใช้กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 คนที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและมารับบริการในโรงพยาบาลชุมชนอีกแห่งหนึ่งในจังหวัดสิงห์บุรี ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

4.2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ โรคประจำตัว วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ประวัติพยายามฆ่าตัวตายในอดีต

2) แบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต สำหรับผู้ใหญ่อายุ 25 - 60 ปี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ตามมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert Scale) มีค่าความเชื่อมั่นสำหรับแบบประเมินฉบับเล็ก 20 ข้อ เท่ากับ 0.749 ใช้ประเมินความสามารถ 3 ด้านของบุคคล ได้แก่ ด้านความทนต่อแรงกดดัน ด้านการมีความหวังและกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค ใช้เวลาในการประเมิน 10 นาที การแปลผลคะแนนรวม คือ ค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 55 คะแนน) เกณฑ์ปกติ (55 - 66 คะแนน) สูงกว่าเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 69 คะแนน) (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลคีรี, 2563ก)

4.3 ขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

4.3.1 ขั้นเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความเข้มแข็งของจิตใจ (Resilience) ตามแนวคิดของกรมสุขภาพจิต และกรอทเบิร์ก (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุล จุลคีรี, 2563ข; Grotberg, 1995) และแนวคิดการดูแลด้านจิตสังคม (โสพวรรณ อินทสิทธิ์ และสิริกุลจุลคีรี, 2563ก; Chen et al., 2017) เพื่อสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จากนั้นเตรียมสถานที่โดยใช้ห้องประชุมศาลาประชาคมของหมู่บ้านในตำบลบางระจัน อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี สำหรับกลุ่มทดลอง และห้องประชุมศาลาประชาคมของหมู่บ้านในตำบลท่าข้าม อำเภอค่ายบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี สำหรับกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรม ต่อจากนั้นเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดยนัดวัน เวลา สถานที่ในการดำเนินกิจกรรม

4.3.2 ขั้นดำเนินการวิจัย

1) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched Pairs) ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ เพศและอายุ โดยเลือกผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการที่โรงพยาบาลค่ายบางระจันจำนวน 15 คน เป็นกลุ่มทดลอง และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายจำนวน 15 คน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนอีก 1 แห่งในจังหวัดสิงห์บุรีซึ่งไม่ใช่โรงพยาบาลที่ใช้ทดลองโปรแกรม เป็นกลุ่มควบคุม

2) ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม ตั้งแต่วันที่ 8 มีนาคม พ.ศ. 2566 ถึงวันที่ 12 เมษายน พ.ศ. 2566 เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทั้งหมด 6 กิจกรรม ๆ ละ 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที โดยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 - 8 คน ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งได้แก่ การติดตามเยี่ยมประเมินอาการทั้งร่างกายและจิตใจ และให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิตหลังออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน

กิจกรรมที่ใช้ในกลุ่มทดลองมีดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เข้มแข็งด้วยใจและไมตรี” ใช้กิจกรรม “ไม้มงคลของฉัน” เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี และเพื่อแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ชีวิตของตัวเอง และกิจกรรม บัตรคำ “ความเข้มแข็งของจิตใจ” เพื่อให้รู้ความหมายของความเข้มแข็งของจิตใจ และสมาชิกกลุ่มรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 “สุขี มั่นคง” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบแรกของความเข้มแข็งของจิตใจในความหมายของ “ความทนต่อแรงกดดัน” โดยใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตัวเอง” จากเหตุการณ์ภาคภูมิใจในชีวิต และฝึกการใช้จุดแข็งของตนเองจากกิจกรรม “ลายเส้นจุดแข็งของฉัน” โดยใช้รูปวาดลายเส้นอธิบายลักษณะที่เป็นจุดแข็งของตนเองที่ใช้ฟันฝ่าอุปสรรคไปสู่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 3 “ยืนยงกำลังใจ” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบที่ 2 ของความเข้มแข็งของจิตใจในความหมายของ “การมีความหวังและกำลังใจ” โดยใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี” จากเหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตมีความสุข และกิจกรรม “ที่พึ่งของฉัน” โดยอธิบายจากรูปวาดผลไม้ที่สื่อถึงที่พึ่งของตนเอง เพื่อจะได้รู้ว่า

มีสิ่งดี ๆ ที่อยู่รอบ ๆ ตัว ทั้งด้านจิตใจและสังคม ที่สามารถพึ่งพาและเป็นกำลังใจให้ก้าวผ่านวิกฤตชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้

กิจกรรมที่ 4 “พ้นภัยเชิงบวก” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบที่ 3 ของความเข้มแข็งของจิตใจ ในความหมายของ “การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค” โดยใช้กิจกรรม “มองโลกในแง่ดี” อธิบายความหมายและเทคนิคจากแผ่นภาพ “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” และดูคลิปวิดีโอเรื่อง “ละครธรรมนำชีวิต มองโลกในแง่ดี” เพื่อให้สมาชิกกลุ่มมีมุมมองทางบวกและมีแนวทางในการเผชิญปัญหาในทางบวกนำไปสู่เป้าหมายที่ต้องการ

กิจกรรมที่ 5 “สู่เป้าหมายในชีวิต” เป็นการให้สมาชิกกลุ่มวางแผนชีวิตในอนาคตด้วยการสร้างความศรัทธาในตนเอง โดยใช้กิจกรรม “ดอกไม้แห่งตัวตน” และ “เส้นทางชีวิต” เพื่อให้เห็นแนวทางวางแผนชีวิตในอนาคต ทำให้มีความมุ่งมั่นดำเนินตามแผนที่กำหนด ด้วยการเสริมพลังบวกให้ตนเองอย่างต่อเนื่องร่วมกับการได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนที่รัก

กิจกรรมที่ 6 “พิชิตด้วยสัญญา” เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเทคนิคการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจตนเอง และรับรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ โดยการประเมินพลังสุขภาพจิต และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสร้างพันธสัญญาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจตนเอง พร้อมกับดูแลจิตใจตนเองให้เข้มแข็งอยู่เสมอ ไม่หวนกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำอีก

3) ขั้นประเมินผล

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองประเมินผลด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ของกรมสุขภาพจิต 20 ข้อ ก่อนและหลังการทดลอง รวมระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 สัปดาห์

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปดังนี้

4.4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลใช้การแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย ค่าร้อยละ

4.4.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งของจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบ Paired T-Test

4.4.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเข้มแข็งของจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบค่าที แบบ Independent T-Test กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ผลการวิจัย

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 เป็นเพศชายร้อยละ 15 มีอายุตั้งแต่ 13 - 19 ปี (วัยรุ่น) ร้อยละ 13.33 อายุตั้งแต่ 20 - 39 ปี (วัยหนุ่มสาว) ร้อยละ 46.67 และอายุตั้งแต่ 40 - 59 ปี (วัยกลางคน) ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 16.67 โสด ร้อยละ 56.67 แยก/หย่า ร้อยละ 26.66 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 มัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ปวช./ปวส. ร้อยละ 13.33 ไม่ได้เรียน ร้อยละ 16.67 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 40 เกษตรกรรม ร้อยละ 36.67 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 23.33

ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 60 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 66.67 วิธีการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ กินยาฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60 ผูกคอ ร้อยละ 10 ใช้ของมีคม ร้อยละ 30 สาเหตุพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความรัก ร้อยละ 23.33 ปัญหาหนี้สิน ร้อยละ 13.33 ปัญหาใช้สารเสพติด ร้อยละ 13.33 ปัญหาความสัมพันธ์ ร้อยละ 16.67 และมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในอดีต ร้อยละ 20

5.2 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองเท่ากับ 56.83 และหลังทดลองเท่ากับ 64.66 ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความเข้มแข็งของจิตใจก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความเข้มแข็งของจิตใจ	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S. D	Mean	S. D		
กลุ่มทดลอง	56.83	10.19	64.66	6.61	-4.56	.00*
กลุ่มควบคุม	32.26	3.36	32.36	3.44	-.158	.00*

*P < .01

5.3 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 64.66 และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 32.36 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจของผู้พยายามฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความเข้มแข็งของจิตใจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	p-value
	Mean	S. D	Mean	S. D		
ก่อนทดลอง	56.83	10.19	32.26	3.36	12.534	.00*
หลังทดลอง	64.66	6.61	32.36	3.44	23.702	.00*

*P < .01

6. อภิปรายผล

จากการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมต่อความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

6.1 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้จากกิจกรรมของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “เข้มแข็งด้วยใจและไมตรี” เป็นการสร้างสัมพันธภาพและทำความรู้จักกับความเข้มแข็งของจิตใจ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มแสดงถึงตัวตนหรือประสบการณ์ชีวิตของตัวเอง และผู้วิจัยอธิบายความหมายของความเข้มแข็งของจิตใจ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าคุณลักษณะความเข้มแข็งของจิตใจล้วนมีอยู่ในตัวทุกคน และสามารถสร้างขึ้นได้ด้วยตัวเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2557) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเข้าใจถึงความสามารถของบุคคลในการเผชิญปัญหาให้ฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติได้ โดยการมองโลกในแง่ดี และใช้ศักยภาพของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่น มองเห็นคุณค่าในตนเอง และมีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาชีวิต ส่งผลให้ไม่เกิดการฆ่าตัวตายซ้ำหรือการฆ่าตัวตายสำเร็จ

กิจกรรมที่ 2 “สุขี มั่นคง” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบแรกของความเข้มแข็งของจิตใจในความหมายของ “ความทนต่อแรงกดดัน” โดยใช้กิจกรรม “จุดแข็งของตัวเอง” ฝึกการเรียนรู้ที่จะจัดการอารมณ์ของตนเองอย่างถูกต้อง และมีทักษะในการจัดการปัญหาที่สร้างสรรค์ (กรรณิการ์ ผ่องโต และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2557) เพื่อสามารถฟันฝ่าอุปสรรคไปสู่เป้าหมาย

กิจกรรมที่ 3 “ยืนยงกำลังใจ” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบที่ 2 ของความเข้มแข็งของจิตใจในความหมายของ “การมีความหวังและกำลังใจ” โดยใช้กิจกรรม “สามสิ่งที่ดี” และ“ที่พึ่งของฉัน” เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ว่ามีสิ่งดี ๆ ที่อยู่รอบตัว ทั้งด้านจิตใจและสังคม ที่สามารถพึ่งพาและเป็นกำลังใจให้ก้าวผ่านวิกฤตชีวิตไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ โดยกิจกรรมจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าอกเข้าใจกันมากขึ้นจากการพูดคุยกันอย่างตรงไปตรงมา ทำให้ช่วยลดปัญหาหรือช่องว่างของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งครอบครัวที่ให้ความรัก ความห่วงใยต่อกัน จะส่งผลให้ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความคิดฆ่าตัวตายลดลง (อนงค์ อรุณรุ่ง, 2551)

กิจกรรมที่ 4 “พ้นภัยเชิงบวก” เป็นการให้ความรู้องค์ประกอบที่ 3 ของความเข้มแข็งของจิตใจในความหมายของ “การต่อสู้เอาชนะอุปสรรค” และรู้จักเทคนิค “9 วิธีมองโลกในแง่ดี” จากแผ่นภาพที่แสดง รวมทั้งได้ชื่นชมบุคคลที่ทำดีจากคลิปวิดีโอเรื่อง “ละครธรรมนำชีวิต มองโลกในแง่ดี” จากนั้นได้ฝึกค้นหาทำความรู้จักตัวเอง ฝึกการมองโลกในแง่ดี ทำให้รู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ซึ่งการตระหนักถึงคุณค่าของตนเองจะส่งผลให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลงได้ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2554) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่บอกว่ามีความรู้สึกดีเมื่อได้ช่วยเหลือบุคคลอื่น และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น ไม่คิดทำร้ายตัวเองอีก

กิจกรรมที่ 5 “สู่เป้าหมายในชีวิต” เป็นการให้สมาชิกกลุ่มวางแผนชีวิตในอนาคตด้วยการสร้างความศรัทธาในตนเอง โดยใช้กิจกรรม “ดอกไม้แห่งตัวตน” และ “เส้นทางชีวิต” เพื่อให้เห็นแนวทางวางแผนชีวิตในอนาคต และมีความมุ่งมั่นดำเนินตามแผนที่กำหนดด้วยการเสริมพลังบวกให้ตนเองอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนที่รัก ซึ่งการฝึกฝนตนเองให้มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มองถึงอนาคตจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง และวางแผนการดำเนินชีวิตตลอดจนเข้าใจการดำเนินชีวิตที่จะเกิดขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้ที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่กำหนดเป้าหมายในชีวิต คือ การเรียนให้จบ การมีครอบครัวที่อบอุ่น ไม่มีหนี้สิน และมีงานทำ

กิจกรรมที่ 6 “พิชิตด้วยสัญญา” เป็นการให้สมาชิกกลุ่มได้ทบทวนเทคนิคการฝึกปฏิบัติการเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจตนเอง และรับรู้ระดับพลังสุขภาพจิตของตนเองหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ โดยการประเมินพลังสุขภาพจิต และให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันสร้างพันธสัญญาที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจตนเองพร้อมกับดูแลจิตใจตนเองให้เข้มแข็งอยู่เสมอ ไม่หวนกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำอีก

6.2 ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมมีความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 สามารถอธิบายผลได้เนื่องจากโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม ช่วยให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเข้มแข็งของจิตใจของตนเองมากขึ้น มีความมั่นใจในตนเอง เกิดการเรียนรู้จากปัญหาที่เผชิญ และพัฒนาเป็นบทเรียนของชีวิตนำไปสู่การกระทำที่สร้างสรรค์ดีกว่าเดิม มีทักษะการสื่อสารที่ดีมีประสิทธิภาพ มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับปัญหาอย่างเข้มแข็งและสามารถจัดการปัญหาและวิกฤตของชีวิตตนเองได้ รวมทั้งพัฒนาตนเองได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการเสริมปัจจัยปกป้องในตัวเอง ส่งผลทำให้เกิดความเข้มแข็งของจิตใจในการฟื้นคืนกลับ (Bound Back) เมื่อเผชิญความทุกข์ยากต่าง ๆ ซึ่งเป็นการลดผลกระทบจากปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ไปได้ (Grotberg, 1995) และเมื่อผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายได้รับการเพิ่มทักษะของการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม จึงส่งผลให้คะแนนความเข้มแข็งของจิตใจผู้ป่วยสูงขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากครอบครัว จึงมีคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจไม่เปลี่ยนแปลง และมีคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจต่ำกว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรม

7. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

7.1 สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจสูงขึ้น และมีคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจที่สูงขึ้นคาดว่าน่าจะส่งผลให้สามารถป้องกันพฤติกรรมการทำร้ายตัวเองซ้ำในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายได้ และผลของคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจในกลุ่มทดลองมีคะแนนเพิ่มขึ้นทุกคน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมสามารถเพิ่มคะแนนความเข้มแข็งของจิตใจได้

7.2 ข้อเสนอแนะ

7.2.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาทักษะแก่ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายให้สามารถดูแลตนเองให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตของชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาวเพื่อเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปทำร้ายตนเองซ้ำอีก ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2) สามารถนำรูปแบบของกิจกรรมการสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลหรือที่บ้านได้

3) การพยาบาลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ต้องใช้ความสามารถเฉพาะทางในการดูแลเข้าถึงผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลจึงควรมีสมรรถนะการให้คำปรึกษาด้านจิตสังคม เพื่อสามารถให้การพยาบาลด้านจิตสังคมได้อย่างครบองค์รวม

7.2.2 ด้านการศึกษาวิจัย

1) ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคม กับผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลการศึกษาในกลุ่มเสี่ยงทำร้ายตัวเอง

2) ควรมีการศึกษาพัฒนาแนวทางการพยาบาลด้านจิตสังคมร่วมกับเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจในผู้ป่วยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายโดยเชื่อมโยงต่อเนื่องสู่ชุมชน และใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ทันสมัยร่วมกับแนวคิดด้านการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา เพื่อให้ได้แนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในชุมชน

3) โปรแกรมเสริมสร้างความเข้มแข็งของจิตใจร่วมกับการดูแลด้านจิตสังคมนี้ สามารถนำไปใช้ประโยชน์สำหรับการศึกษารายวิชาสุขภาพจิตชุมชน ในการศึกษาระดับปริญญาตรี เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ของหลักสูตร สามารถจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพเชิงนวัตกรรมที่สนองตอบต่อปัญหาความจำเป็นด้านสุขภาพของประชากรในชุมชนภายใต้บริบทที่หลากหลายได้

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ตัวชี้วัดที่ 029.1: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ*. http://healthkpi.moph.go.th/

กรรณิการ์ ผ่องโต, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2557). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจต่อความคิดฆ่าตัวตายในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *28*(1), 121-132.

โสพวรรณ อินทสิทธิ์, และสิริกุล จุลคีรี. (2563ก). *คู่มือการดูแลทางสังคมจิตใจ สำหรับพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

โสพวรรณ อินทสิทธิ์, และสิริกุล จุลคีรี. (2563ข). *เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี พลังสุขภาพจิต RQ: Resilience Quotient,"* (พิมพ์ครั้งที่ 4). บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี. (2566). *รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รอบที่ 2/2566*.

อนงค์ อรุณรุ่ง. (2551). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อความคิดฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลลาดบัวหลวง* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. https://doi.org/10.58837/CHULA.IS.2008.1

อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2554). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว* (พิมพ์ครั้งที่ 6). ซันต้าการพิมพ์.

Chen, C. S., Chan, S. W. C., Chan, M. F., Yap, S. F., Wang, W., & Kowitlawakul, Y. (2017). Nurses' perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A qualitative study. *Journal of nursing research*, *25*(6), 411-418.

Grotberg, E. H. (1995). *The International Resilience Project: Research and Application*. Civitan International.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Ram, D., Chandran, S., Sadar, A., & Gowdappa, B. (2019). Correlation of cognitive resilience, cognitive flexibility and impulsivity in attempted suicide. *Indian journal of Psychological Medicine*, *41*(4), 36-41.

World Health Organization. (2023, October 26). *Suicide prevention.* https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1