



ผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตาม ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช

นิตยา จรัสแสง¹, นรภัช ชาตัญญาชัย², ขวัญสุดา บุญทศ^{3*}, ดวงแก้ว รอดอ่อง¹, จินตนา สิงขรอาจ²
¹ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
²สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
³สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Effect of Clinical Nursing Practice Guideline for Telemedicine Follow-up Program in Major Depressive Disorder Patients with High Risk Suicide

Nittaya Jarassaeng¹, Narak Chadbanchachai², Kwansuda Boontoch^{3*},
Duangkaew Rod-ong¹, Jintana Singkhornard²

¹Nursing Division, Srinagarind Hospital, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

³Department of Psychiatric and Mental health nursing, Faculty of Nursing,
Khon Kaen University

Received: 27 September 2023 / Review: 28 September 2023 / Revised: 12 December 2023/

Accepted: 13 December 2023

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง การติดตามผู้ป่วยจึงมีความสำคัญในการลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาทั้งทดลองแบบกลุ่มเดียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 – มกราคม 2566 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 33 ราย ใช้การติดตามทางโทรเวช สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ วัดผลก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) วิเคราะห์คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการบำบัด โดยใช้สถิติ generalized estimating equation

ผลการศึกษา: ภายหลังใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชในระยะ 1 และ 3 เดือน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากค่าพื้นฐาน 30.67 เป็น 7.61 และ 5.88 ($p < 0.001$) ตามลำดับ และมีความพึงพอใจต่อการติดตามทางโทรเวชในระดับมาก

สรุป: การใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช ช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและเพิ่มความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ: การติดตามทางโทรเวช, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า, ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

*Corresponding author: Kwansuda Boontoch, E-mail: kwaboo@kku.ac.th

Abstract

Background and Objective: Patients with Major depressive disorder have a high risk of suicide. Patient monitoring is therefore important in reducing suicidal risk. The purpose of this study was to study the results of using nursing guidelines for telemedicine monitoring of Major depressive disorder patients with high risk for suicide.

Methods: One-group quasi-experimental study. The sample group consisted of Major depressive disorder patients with high risk of suicide. Among patients who came to receive outpatient treatment at the psychiatric Unit at Srinagarind Hospital between November 2021 - January 2023, a sample group of 33 people was selected according to eligibility criteria using telemedicine follow-up weekly and 1-2 times for a period of 12 weeks. Results were measured before and after using the guidelines using an 8-question suicide risk assessment (8Q). Suicidal risk scores were analyzed before and after treatment using generalized estimating equation statistics.

Results: Using nursing guidelines for telemedicine monitoring of Major depressive disorder patients with high risk for suicide resulted in a statistically significant reduction in suicidal risk scores, decreasing from baseline values of 30.67 to 7.61 and 5.88 ($p < 0.001$) after 1 month and 3 months of experimentation, respectively. Moreover, patients reported a high level of satisfaction with telephone follow-up.

Conclusion: Applying telehealth monitoring of depressed patients is helpful in reducing suicide risk and improving the satisfaction of Major depressive disorder patients.

Keywords: Telemedicine follow-up program, Major depressive disorder, high risk suicide.

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสาธารณสุขในทุกประเทศทั่วโลก โดยพบว่าแต่ละปีมีประชากรทั่วโลกมากกว่า 700,000 คน ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ¹ องค์การอนามัยโลกคาดว่าในแต่ละปีจะมีประชากรทั่วโลกฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 8 แสนคนหรือฆ่าตัวตายสำเร็จในทุก 40 วินาที² จากการสำรวจคนไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2561-2563 เท่ากับ 6.32, 6.64, 7.37 ตามลำดับ³ ในปี พ.ศ. 2563 จังหวัดขอนแก่นเป็น 1 ใน 10 จังหวัดที่มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงสุด โดยพบอัตราการฆ่าตัวตายสูงถึง 10.96 ต่อแสนประชากร⁴ การเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านการนอนหลับ ความอยากอาหาร ความรู้สึกเศร้า สิ้นหวัง รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า⁵ และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงถึงร้อยละ 50⁶ และเมื่อเปรียบเทียบกับคนทั่วไปพบว่า คนที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสฆ่าตัวตายสูงกว่าคนทั่วไปถึง 20 เท่า⁴ จากการศึกษาความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์พบว่า ร้อยละ 53.1 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในระดับปานกลางและมาก ร้อยละ 6.1 และ 5.1⁶ ตามลำดับ และพบว่าผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่จำหน่ายจากห้องตรวจฉุกเฉินหรือหอผู้ป่วยจิตเวชกว่าร้อยละ 25 มีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ⁷

ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ให้บริการผู้มีปัญหาสุขภาพจิตที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน จากสถิติผู้มารับบริการห้องตรวจจิตเวช มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มที่มารับบริการมากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2561-2563 มีผู้ป่วยกลุ่มโรคซึมเศร้า จำนวน 934, 1,204 และ 1,210 ราย คิดเป็นร้อยละ 21.14, 25.03 และ 26.87 ตามลำดับ และมีจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 80, 115 และ 84 ราย สาเหตุส่วนใหญ่เนื่องจากพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 71.25, 65.22 และ 63.10 ตามลำดับ จากการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจจิตเวช ปี พ.ศ. 2563 ด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ซึ่งมีการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายของหน่วยบริการสาธารณสุขของประเทศ พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 89.62 ในจำนวนนี้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรงสูงถึงร้อยละ 28.48 โดยมีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 45.38 มีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 39.99⁸

แนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจจิตเวช ใช้แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q ด้วย 9 คำถาม และให้การดูแลตามระดับความเสี่ยง ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงซึ่งเป็นกลุ่มที่มีคะแนน 8Q $\geq$ 17 ร่วมกับการวางแผนหรือเตรียมการ กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยจัดให้หนึ่งเจ้าหน้าที่กำหนด ให้ข้อมูลญาติในการเฝ้าระวัง ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ดูแลให้การตรวจภายในเวลาไม่เกิน 30 นาที โดยมีระบบการสื่อสาร

ระหว่างทีมผู้ให้การดูแลโดยใช้ป้ายสีแดงสัญลักษณ์ HRS (High risk suicide) ทั้งนี้กลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรณีที่ผู้ป่วยหรือญาติพร้อมและมีเพียงว่างผู้ป่วยจะถูกส่งตัวเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจิตเวช กรณีไม่มีเตียงว่างผู้ป่วยจะถูกส่งต่อไปยังสถานบริการใกล้เคียงพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ให้คำปรึกษาครอบครัว คำแนะนำในการเฝ้าระวังความเสี่ยง ตลอดจนการประสานและส่งต่อข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในกรณีที่ผู้ป่วยและญาติปฏิเสธการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และแพทย์พิจารณาการรักษาแบบผู้ป่วยนอกพยาบาลทำหน้าที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนให้คำแนะนำญาติในการเฝ้าระวังและป้องกันการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการเก็บอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยอาจใช้เป็นเครื่องมือในการฆ่าตัวตาย แนะนำญาติให้ดูแลอย่างใกล้ชิด แนะนำสถานบริการใกล้บ้านหรือสถานบริการกรณีฉุกเฉิน นอกจากนี้ยังมีการจัดระบบการติดตามทางโทรศัพท์หลังจำหน่ายภายใน 24-72 ชั่วโมง จำนวน 1 ครั้ง ในประเด็นที่เกี่ยวกับการประเมินอารมณ์ ประเมินความคิดเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองและการฆ่าตัวตาย การจัดการกับความเครียดและวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ตลอดจนให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถานบริการกรณีมีภาวะฉุกเฉิน ทั้งนี้ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตายที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 13 ราย ในจำนวนนี้ พบว่ามีผู้ป่วย 4 ราย ยังคงมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย อีก 3 รายมีพฤติกรรมพยายามทำร้ายตนเอง (self harm) และ 1 รายมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเพียงครั้งเดียวยังไม่เพียงพอในการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยเฉพาะในกลุ่มที่แพทย์พิจารณาว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวมีปัญหาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการติดตามและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวจำเป็นต้องมีรูปแบบในการติดตามช่วยเหลือที่ชัดเจน ครอบคลุม และเฉพาะเจาะจงกับปัญหาที่ผู้ป่วยเผชิญตลอดจนมีระยะเวลาในการติดตามที่มากพอ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการนำรูปแบบการบำบัดมาใช้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลายรูปแบบ ได้แก่ การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพให้มีความรู้เกี่ยวกับความเข้มแข็งทางใจ การสร้างความรู้สึกลึกซึ้งต่อตนเอง การจัดการชีวิตได้ สร้างสัมพันธที่เกื้อหนุน และการมีจุดมุ่งหมายของชีวิต สัปดาห์ละสองครั้ง ระยะเวลา 45-60 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ผลการศึกษาที่ได้พบว่าโปรแกรมดังกล่าวช่วยให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นและลดความคิดฆ่าตัวตายลง⁹ และการนำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ไขปัญหามาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย ผลการศึกษาพบว่า

สามารถเพิ่มทักษะการแก้ปัญหา ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหลังสิ้นสุดการบำบัด และหลังติดตาม 1 และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ นอกจากนี้มีการศึกษาการติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายหลังการจำหน่ายในหลายรูปแบบ ได้แก่ การศึกษาการติดตามทางโทรศัพท์เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายภายหลังจำหน่ายจากห้องตรวจฉุกเฉินโดยมีการติดตามใน 1 สัปดาห์ 1, 3, 6, 9, และ 12 เดือน โดยติดตามในระยะ 5 ปี¹¹ การโทรศัพท์ติดตามในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจำหน่ายออกจากห้องจิตเวชฉุกเฉินใน Day 8, 30 และ 60¹² การใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายในวัยรุ่นหลังจากจำหน่ายจากหอผู้ป่วยภายในระยะเวลา 3 เดือน โดยติดตามมากกว่า 6 ครั้ง¹³ การบำบัดระยะสั้นทางโทรศัพท์ (Brief Mobile Treatment : BMT) ในผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งมีหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ ทางแอปพลิเคชันในโทรศัพท์ การโทรศัพท์ติดตามการส่งข้อความ วิดีโอ ซีดีรอม และเว็บแอปพลิเคชัน เป็นต้น¹⁴ ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การติดตามทางโทรศัพท์เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะช่วยลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายตลอดจนลดภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการยืดระยะเวลาในการฆ่าตัวตายและลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในปีแรก¹⁵ การโทรศัพท์ติดตามเร็วขึ้นมีผลลดการฆ่าตัวตายและเป็นปัจจัยป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำ⁷

แม้การศึกษาที่ผ่านมาจะชี้ให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ช่วยลดความคิด พฤติกรรม และยืดระยะเวลาการฆ่าตัวตายได้ แต่โปรแกรมดังกล่าวยังขาดในเรื่องการจัดการกับความเครียดตลอดจนการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยมีความหลากหลาย และส่วนใหญ่ศึกษาในต่างประเทศ ยังขาดโปรแกรมที่มีความจำเพาะกับบริบทของคนไทย สำหรับประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะในบริบทของผู้ป่วยนอก ที่ต้องการการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนยังมีน้อย ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้ความสนใจ แนวทางในการป้องกันการฆ่าตัวตายขึ้นอยู่กับบริบทพื้นที่¹⁶ การติดตามผู้ป่วยทางอินเทอร์เน็ต สื่อสังคมออนไลน์ และเครื่องมือสื่อสารต่างๆ กำลังเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่น่าสนใจในการส่งมอบบริการเพื่อป้องกันความเสี่ยงฆ่าตัวตาย¹⁷ ปัจจุบันการนัดหมายผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงเพื่อติดตามอาการค่อนข้างถี่ แต่ผู้ป่วยไม่สะดวกในการเดินทาง ติดภารกิจการทำงาน การเรียน รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การติดตามทางโทรศัพท์จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ซึ่งจะลดช่องว่างของการเข้าถึงบริการในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่แพทย์ให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทีมวิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช (Telemedicine) โดยใช้รูปแบบการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลของ Soukup¹⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกที่มีความจำเพาะต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เนื่องจากเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีขั้นตอนที่ชัดเจน ครอบคลุมและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ มีความเฉพาะเจาะจงและนำไปใช้ได้จริงในคลินิก เน้นการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในคลินิกโดยตรงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งนี้แนวปฏิบัติเป็นการติดตามทางโทรเวชผ่านสมาร์ตโฟนด้วยวิดีโอคอล มีการติดตามสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 20 นาที รวมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ ประเมินสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเครียด บริหารจัดการความเครียด ทักษะการเผชิญปัญหา ประเมินอารมณ์เศร้า ประเมินความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น การให้ข้อมูลผู้ป่วยในการขอรับบริการกรณีเร่งด่วน ยุติการสนทนาพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

จากการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลของการใช้แนวปฏิบัติติดตามทางโทรเวชในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ของแนวปฏิบัติในการนำมาใช้ในคลินิก ผลของการใช้แนวปฏิบัติในการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง และความพึงพอใจของผู้รับบริการ

วิธีการศึกษา

เป็นศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) โดยการศึกษากลุ่มเดียวแบบ Pre-posttest design มีการประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติก่อนและหลัง (pre and post intervention) โดย เปรียบเทียบความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายข้อและเปรียบเทียบค่าความต่างเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 3 เดือนตลอดจนประเมินความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติที่ได้รับ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมคือ One group dependent paired t test

$$n/\text{group} = \frac{\sigma_d^2 (Z_\alpha + Z_{1-\beta})^2}{\mu_d^2}$$

โดยการใช้ข้อมูลจากการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามือผู้ป่วยจิตเวชที่มีความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย แบบกลุ่มเดี่ยวจำนวน 34 ราย พบว่า ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนบำบัด = 19.11 ค่าเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังบำบัด = 4.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 10.33¹⁰ เมื่อกำหนดให้

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- σ_d = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมีค่าเท่ากับ 10.33
- Z = ค่าปกติมาตรฐาน
- α = ระดับนัยสำคัญกำหนดให้เท่ากับ 0.05; $Z_{\alpha/2}$ มีค่าเท่ากับ 1.96
- $1-\beta$ = Power of test กำหนดให้เท่ากับ 80% ; Z_β มีค่าเท่ากับ 0.84
- μ_d = ค่าความต่างคะแนนก่อนและหลังบำบัดมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างน้อยร้อยละ 30 (ร้อยละ 30 ของค่าคะแนน 19.11) มีค่าเท่ากับ 5.7

$$\text{เมื่อแทนค่าในสูตร } n/\text{group} = \frac{(10.33)^2(1.96 + 0.84)^2}{(5.7)^2}$$

จำนวนตัวอย่างที่ต้องใช้อย่างน้อย 26 ราย
ทั้งนี้ผู้วิจัยเพิ่ม drop out 10 % (r)

$$n^* = \frac{n}{(1-r)^2}$$

ดังนั้นการศึกษารังนี้ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 33 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยระบบ ICD-10 รหัสโรค F32 และ DSM-V ได้แก่ Major Depressive Disorder
2. มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี
3. เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีค่าคะแนน $8Q \geq 17$ คะแนนร่วมกับแพทย์วินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงและจำเป็นต้องให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก
4. สามารถสื่อสารให้เข้าใจได้ดี และจิตแพทย์เจ้าของไข้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยพิจารณาให้เข้าร่วมการวิจัย
5. ยินดีเข้าร่วมโครงการ
6. ต้องมีญาติอยู่ในขณะให้ความยินยอม และในขณะที่ได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยทางโทรเวช
7. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อทางโทรเวชได้

เกณฑ์คัดเลือกรับ (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่มีอาการ psychosis
2. มีภาวะบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง Borderline Personality Disorder

การถอนจากการวิจัย (Withdrawal criteria)

1. ไม่สามารถติดต่อได้เกิน 1 ครั้งขึ้นไป
2. มีอาการกำเริบจนต้อง admit ระหว่างติดตามทางโทรเวช

เกณฑ์ยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนด (termination criteria)

หากมีผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมากขึ้นหรือมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากขึ้นเกินกว่า 1 ใน 4 ของอาสาสมัครทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช ซึ่งทีมผู้วิจัยดำเนินการตามกรอบแนวคิดของซุคัพ¹⁸ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการพัฒนา 2) การทบทวนสืบค้นประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประเมินระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute guides¹⁹ ยกเว้นแนวปฏิบัติใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพของหลักฐานที่เป็นแนวปฏิบัติโดยใช้ AGREEII 2009²⁰ และตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในด้านการดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงฆ่าตัวตาย 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน พยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน เพื่อประเมินผลด้านคุณค่าของแนวปฏิบัติ และนำไปปรับปรุงก่อนนำไปใช้ 3) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ในหน่วยงาน โดยให้พยาบาลทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงที่แพทย์ให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 5 ราย แล้วปรับปรุงแนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ และ 4) การนำแนวปฏิบัติที่แก้ไขแล้วมาใช้จริงในหน่วยงานและประเมินผลลัพธ์

แนวปฏิบัติทางการแพทย์ในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชเป็นการติดต่อโดยใช้โทรศัพท์มือถือใช้แอปพลิเคชัน Line official account ซึ่งต้องเปิดกล้องให้เห็นหน้า ใช้เวลาครั้งละประมาณ 20 นาที จำนวนครั้งในการติดตามขึ้นอยู่กับคำแนะนำของแพทย์ กรณีแพทย์นัดติดตามอาการ 1 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรเวชในวันที่ 3 กรณีแพทย์นัดติดตามอาการ 2 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรเวชในวันที่ 3 และ 10 กรณีแพทย์นัดติดตามอาการ 4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรเวช วันที่ 7 และ 14 ทั้งนี้ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรเวชในระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีรายละเอียด 6 ขั้นตอน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช

แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

- 1.1 ผู้ให้การบำบัดกล่าวทักทายและแนะนำตัวกับผู้รับการบำบัด
- 1.2 สอบถามเรื่องราวทั่วไปเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย

ขั้นตอนที่ 2 ประเมินความคิดและพฤติกรรมการฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง

- 2.1 สอบถามเกี่ยวกับความคิดฆ่าตัวตาย
- 2.2 สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการทำร้ายตนเองภายหลังพบแพทย์ล่าสุดจนถึงปัจจุบัน
- 2.3 สอบถามแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินอารมณ์และสถานการณ์ที่ส่งผลให้เกิดความเครียดและวิธีการจัดการความเครียด

- 3.1 สอบถามถึงอารมณ์ในระยะหลังพบแพทย์ถึงปัจจุบัน
- 3.2 สอบถามถึงสถานการณ์สุดท้ายหรือสถานการณ์ใหม่ี่ส่งผลให้เกิดความเครียด
- 3.3 ประเมินวิธีการจัดการความเครียดและการเผชิญปัญหาที่ผู้รับการบำบัดใช้

ขั้นตอนที่ 4 การให้คำปรึกษาและช่วยเหลือเบื้องต้น

- 4.1 ให้การช่วยเหลือในลักษณะ emotional support
- 4.2 ให้การสนับสนุน ในกรณีผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสม
- 4.3 แนะนำวิธีการคลายความเครียดทางจิตใจที่สามารถทำได้ง่ายได้แก่ การทำ breathing exercise

ขั้นตอนที่ 5 ให้ข้อมูลการขอรับบริการกรณีเร่งด่วน

- 5.1 กรณีผู้ป่วยมีทุกข์ทางใจหรือต้องเผชิญปัญหาที่เร่งด่วนให้ข้อมูลการมารับบริการก่อนวันนัด รวมทั้งประสานงานแพทย์ผู้รักษารับทราบ
- 5.2 ให้ข้อมูลแหล่งขอรับบริการสาธารณสุขกรณีฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 6 ยุติการสนทนาพร้อมนัดหมายครั้งต่อไป

- 6.1 ประเมินการรับรู้ ความเข้าใจ
- 6.2 ให้ข้อมูลสำหรับการนัดหมายในครั้งต่อไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ยาที่ได้รับ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8Q โดยกรมสุขภาพจิตดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด Suicidality²¹ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้นำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการห้องตรวจจิตเวช จำนวน 50 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น reliability เท่ากับ 0.79 แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ มีคำตอบคือใช่และไม่ใช่ คะแนนที่ได้จะรวมกันและจำแนกเป็นความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ คะแนน 0 ไม่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 1-8 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับน้อย 9-16 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง และคะแนน ≥ 17 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับมาก ซึ่งจะใช้

ประเมินเปรียบเทียบผลระหว่างระยะก่อนบำบัดและสิ้นสุดการบำบัด 1 และ 3 เดือน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยภายหลังได้รับการดูแลตามแนวทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทางโทรเวช โดยใช้มาตราวัดแบบตัวเลข (numerical rating scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึงไม่มีความพึงพอใจ และ 10 หมายถึง มีความพึงพอใจมากที่สุด โดยมีการแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 4 ระดับการแปลผลเป็น 4 ระดับคือ คะแนน 0 ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 มีความพึงพอใจระดับเล็กน้อย คะแนน 4-6 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง และคะแนน 7-10 มีความพึงพอใจระดับมาก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเลขที่ HE 641326 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2564 ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน

การวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับ ข้อมูลของผู้วิจัยถูกเก็บไว้เป็นความลับผลการศึกษาที่ได้ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจ สามารถยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยไม่มีผลใดๆ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ประชาสัมพันธ์ให้แพทย์ผู้รักษาส่งผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการวิจัย
- 2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสร้างสัมพันธ์กับผู้ป่วยและญาติ บอกวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย
- 3) ปฏิบัติตามแนวทางการทางพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช
- 4) ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8 Q หลังสิ้นสุดการบำบัดในช่วงเวลา 1 เดือน และ 3 เดือน และการประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อแนวปฏิบัติทางพยาบาลฯ ที่ได้รับหลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนโดยประเมินในวันที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ผลลัพธ์ค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อน-หลังบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือนโดยใช้สถิติ generalized estimating equation ส่วนความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการได้รับการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชใช้ค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

อาสาสมัครที่ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 39 ราย ไม่สามารถเข้ารับกิจกรรมได้ต่อเนื่อง 5 ราย มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างติดตามทางโทรเวช 1 ราย จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 33 ราย ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ยเท่ากับ 27 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 18 ปี มากที่สุด 53 ปี สถานภาพสมรส โสด อาชีพนักศึกษา ระดับการศึกษามัธยมศึกษา การรักษา มา 1-2 ปีเป็นส่วนใหญ่ ยาด้านเศร้าส่วนใหญ่ได้รับยา Sertraline, Wellbutrin, Brintellix, Valdoxan และ Escitalopram ตามลำดับ ทั้งนี้มีการเปลี่ยนแปลงขนาดและชนิดของยาในขณะรับการรักษา (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคล (N=33)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	5 (15.15)
หญิง	28 (84.85)
อายุ (ปี)	
15-19	7 (21.21)
20-29	14 (42.43)
30-39	7 (21.21)
40-49	3 (9.09)
50-59	2 (6.06)
$\bar{X} = 27$ SD = 9.76 , Min= 18 , Max = 53	
สถานภาพสมรส	
โสด	27 (81.82)
คู่	5 (15.15)
หย่า/หม้าย/แยกกันอยู่	1 (3.03)
อาชีพขณะรับการรักษา	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (6.06)
ค้าขาย	1 (3.03)
รับจ้าง	3 (9.09)
ว่างงาน	2 (6.06)
นักศึกษา	25 (75.76)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษา	26 (78.79)
ประกาศนียบัตร	1 (3.03)
ปริญญาตรี	5 (15.15)
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (3.03)
ระยะเวลาในการรักษา (ปี)	
< 1	9 (27.27)
1-2	12 (36.37)
3-5	6 (18.18)
5-10	4 (12.12)
> 10	2 (6.06)
ยาด้านเศร้าที่ได้รับ	
Sertraline	25 (75.76)
Wellbutrin	9 (27.27)
Brintellix	6 (18.18)
Valdoxan	4 (12.12)
Escitalopram	2 (6.06)

ผลการประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายข้อพบว่า ก่อนบำบัดผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกรายมีความคิดอยากตายและคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่วนใหญ่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตายคิดเป็นร้อยละ 93.94 ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ คิดเป็นร้อยละ 54.55 หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือนและติดตามผล 3 เดือนพบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทุกรายไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตายและไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย (ตารางที่ 3)

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนและหลังบำบัด 1 และ 3 เดือน เท่ากับ 30.67, 7.61 และ 5.88 ตามลำดับ ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และเมื่อเทียบคะแนนเฉลี่ย หลังสิ้นสุดการบำบัด 1 เดือน และ 3 เดือน กับก่อนการบำบัด พบว่ามีค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คือ 23.06 และ 24.79 คะแนน ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายรายข้อตาม 9 ข้อคำถาม

ข้อคำถาม	ระยะเวลาการประเมิน		
	ก่อนบำบัด จำนวน (ร้อยละ)	หลังบำบัด 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	ติดตามผล 3 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
1. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้คิดอยากตาย หรือ คิดว่าตายไปจะดีกว่า	33 (100.00)	23 (69.70)	24 (72.73)
2. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้อยากทำร้ายตัวเอง หรือ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	20 (60.61)	17 (51.52)	9 (27.27)
3. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย	33 (100.00)	11 (33.33)	5 (15.15)
4. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้สามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตาย	11 (33.33)	33 (100.00)	33 (100.00)
5. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย	31 (93.94)	0	0
6. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือ เตรียมการจะฆ่าตัวตาย โดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริง ๆ	18 (54.55)	0	0
7. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บ แต่ไม่ตั้งใจที่จะทำให้เสียชีวิต	16 (48.48)	9 (27.27)	5 (15.15)
8. ในเดือนที่ผ่านมาวันนี้ได้พยายามฆ่าตัวตายโดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	14 (42.42)	0	1 (3.03)
9. ตลอดชีวิตที่ผ่านมาเคยพยายามฆ่าตัวตาย	24 (72.73)	23 (69.70)	23 (69.70)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ก่อนบำบัด หลังบำบัด 1 เดือน และติดตามผล 3 เดือน

คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	Mean	S.D.	Mean difference	(95%CI)	p-value
ก่อนบำบัดกับหลังบำบัด 1 เดือน	30.67	9.64	-23.06	(-26.53, -19.59)	< 0.001
ก่อนบำบัดกับติดตามผล 3 เดือน	7.61	4.57	-24.79	(-28.56, -21.01)	< 0.001
หลังบำบัด 1 เดือนกับติดตามผล 3 เดือน	5.88	4.66	-1.73	(-3.47, 0.02)	0.053

การศึกษาครั้งนี้พบว่าความพึงพอใจของผู้ป่วยทุกรายต่อการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทางโทรเวชอยู่ในระดับดีมาก โดยมีค่าคะแนน

เฉลี่ยความพึงพอใจเท่ากับ 8.85 ต่ำสุดเท่ากับ 7 และสูงสุดเท่ากับ 10 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช

ระดับความพึงพอใจ	จำนวน (ร้อยละ)
ไม่มีความพึงพอใจ (คะแนน 0)	0 (0.00)
พึงพอใจระดับเล็กน้อย(คะแนน 1-3)	0 (0.00)
พึงพอใจระดับปานกลาง (คะแนน 4-6)	0 (0.00)
พึงพอใจระดับมาก (คะแนน 7-10)	33 (100.00)
$\bar{X} = 8.85$ SD = 1.03, Min= 7, Max = 10	

วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่ได้พบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวช โดยพิจารณาในแต่ละประเด็นมีรายละเอียดดังนี้

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชต่อคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนบำบัดเปรียบเทียบกับหลังบำบัด 1 และ 3 เดือน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตามทางโทรเวช ได้รับการปรับประคองทางจิตใจ การมีคนรับฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ได้ระบายความรู้สึก (ventilation) ตลอดจนการถามเกี่ยวกับอารมณ์ การมีความคิดหรือพฤติกรรมฆ่าตัวตายช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเอง เข้าใจความคิดความรู้สึกของตนเอง เกิดความตระหนักในปัญหา การที่พยาบาลและผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันทำให้เกิดบรรยากาศของการช่วยเหลือซึ่งถือว่าเป็นสัมพันธภาพเชิงบำบัดรักษา (therapeutic relationship)²² การช่วยให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีทางเลือกและเลือกได้ด้วยตนเอง ยังมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทางใจ และเพิ่มประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา¹⁵ นอกจากนี้พบว่า การที่ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่สม่ำเสมอและได้รับคำแนะนำที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้ทันทั่วทั้งตลอดปฏิบัติการการทำร้ายตนเองและการพยายามฆ่าตัวตายได้ ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการติดตามทางโทรเวชมีผลต่อการลดความคิดฆ่าตัวตาย²³ และพบว่าการติดตามผ่านโทรศัพท์ตั้งแต่เนิ่น ๆ หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายมีประสิทธิภาพในการลดการทำร้ายตัวเองและเป็นปัจจัยปกป้องในการป้องกันการพยายามทำร้ายตัวเองซ้ำ¹² นอกจากนี้การใช้สื่อออนไลน์และการติดตามผ่านแอปพลิเคชันมีความสัมพันธ์กับการลดคะแนนความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ถึงแม้ไม่มียืนยันผลการบำบัดต่อการทำร้ายตัวเอง

หรือการพยายามฆ่าตัวตาย และถูกแนะนำให้เป็นตัวเลือกในการนำใช้แทนการทำจิตบำบัดแบบเผชิญหน้า^{24,25} และพบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหลังจากจำหน่ายออกจากห้องฉุกเฉินเป็นกลยุทธ์ที่มีประโยชน์ในการเลื่อนระยะเวลาและลดความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายอีกครั้งรวมทั้งลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตาย²⁶ ลดความคิดและพฤติกรรมฆ่าตัวตายตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการยืดระยะเวลาในการฆ่าตัวตายและลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในปีแรก¹³ การติดตามทางโทรศัพท์จึงมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการฆ่าตัวตายในกรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงและเคยพยายามทำร้ายตัวเองมาก่อน โดยเฉพาะในกลุ่มที่อยู่ในชนบทหรือพื้นที่ห่างไกล²⁷

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชต่อคะแนนเฉลี่ยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายหลังบำบัด 1 เดือน เปรียบเทียบกับหลังบำบัด 3 เดือนพบว่าไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.053$) อธิบายได้ว่า การได้รับการติดตามทางโทรเวชส่งผลต่อความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลงอย่างน้อยในระยะเวลา 3 เดือนหลังได้รับการบำบัด แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ 5 ครั้งเป็นเวลา 12 เดือนกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองใช้เวลาในการที่จะกลับมาพยายามฆ่าตัวตายอีกครั้ง และได้เสนอแนะให้มีการติดตามอย่างน้อย 12 เดือนหรือมากกว่า²⁸ ทั้งนี้พบว่าการติดตามผู้ป่วยทางโทรเวชมีข้อดีในด้านความสามารถในการติดต่อได้ง่ายและให้การช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้ง รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการมาโรงพยาบาล แต่มีข้อพึงระวังในด้านของประสิทธิภาพในการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเนื่องจากไม่สามารถเห็นอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการติดตามทางโทรเวชในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมี 3 ปัจจัยที่ต้องระวัง ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วย การที่

ไม่สามารถควบคุมผู้ป่วย ตลอดจนความยากลำบากในการ
จำแนกความรุนแรงว่าจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือแบบใด²⁹

ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ
ติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง
ทางโทรเวชอยู่ในระดับดีมากทุกคนอธิบายได้ว่า แนวทางการ
พยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชช่วยให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รู้สึกว่า
มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีแรงจูงใจในการมารับการติดตาม
การรักษา ตลอดจนมีแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน²⁹

ทั้งนี้พบว่างานวิจัยมีจุดเด่นในด้านของการติดตาม
รวดเร็วและให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที ลดค่าใช้จ่ายในการ
เดินทาง แต่อย่างไรก็ดี งานวิจัยนี้ยังมีข้อจำกัดในการนำไปใช้
ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีสมาร์ตโฟน

สรุป

ผลการศึกษานี้พบว่า การมีแนวปฏิบัติทางการ
พยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชช่วยลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อรูปแบบการติดตาม
ทางโทรเวชอยู่ในระดับสูง

ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการหรือหน่วยงานด้านสุขภาพที่ให้บริการ
ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ควรนำแนวปฏิบัติ
ทางการพยาบาลในการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยง
ต่อการฆ่าตัวตายสูงทางโทรเวชไปใช้ในการติดตามผู้ป่วย
เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. ควรมีการศึกษาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการ
ป้องกันความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายโดยการติดตามทางโทรเวช
ในกลุ่มโรคอื่น ๆ
3. ควรมีการส่งเสริมศักยภาพพยาบาล และบุคลากร
สุขภาพในด้านการติดตาม การให้คำปรึกษาเบื้องต้น ตลอดจน
การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในรูปแบบทางโทรเวชมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อพย.พว.อุบล จัวงพานิช และนางบุษกร
อุตส่าห์กิจ ตลอดจนทีมแพทย์ผู้รักษาและอาสาสมัครทุกท่าน
ที่ให้โอกาสในการพัฒนาโครงการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. 2021
[cited Oct 29, 2021]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. World Health Organization. Suicide data [Internet].
2021 [cited May 15, 2021]. Available from: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
3. Department of Mental Health Ministry of Public
Health. Report for number of suicides in Thai
population year 2020 [Internet]. 2022 [cited Sep
7, 2021]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp
4. Department of Mental Health Ministry of Public
Health. Reported suicides per 100,000 of Thai
people Separated by province year 2020 [Inter-
net]. 2019 [cited Sep 7, 2021]. Available from:
[https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.](https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp)
asp
5. Liu RT, Kleiman EM, Nestor BA, Cheek SM. The
Hopelessness Theory of Depression: a quarter
century in review. Clin Psychol (New York)
2015;22(4):345–65. doi:10.1037/h0101732
6. Jarassaeng N, Maneeganondh S, Pimpanit V,
Arunpongpaissal S. Suicidal risk in Major Depressive
Disorder at the OPD section in Srinagaring Hospital,
Faculty of Medicine, Khon Kaen University. J
Psychiatr Assoc Thai 2011;56 (2):129–35.
7. Ghanbari B, Malakouti SK, Nojomi M, Alavi K,
Khaleghparast S. Suicide prevention and follow-up
services: a narrative review. Glob J Health Sci
2016;8(5):145–53. doi:10.5539/gjhs.v8n5p145
8. Jarassaeng N. Statistic report for depression patient
at Srinagarind Hospital year 2018-2020. Khon Kaen:
Department of Psychiatry Faculty of Medicine,
Khon Kaen University; 2020.
9. Jinda T, Khemwichai S. The Effect of the resilience
enhancement program on self esteem and
suicidal ideation in suicidal attempter. J Somdet
Chaopraya Inst Psychiatr 2020;14(1):1-9.
10. Klinpi boon A, Yodklang O, Kaanachai V,
Kamchopoo J, Bupahouse S. The development of
problem-solving therapy program for psychiatric
patients with suicidal ideations and behaviors
(PST-PPS). J Mental Health Thai 2020;28(1):86–98.

11. Cebria AI, Pérez-Bonaventura I, Cuijpers P, Kerkhof A, Parra I, Escayola A, et al. Telephone management program for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: a 5-year follow-up study in a Spanish population. *Crisis* 2015;36(5):345–52. doi:10.1027/0227-5910/a000331
12. Exbrayat S, Coudrot C, Gourdon X, Gay A, Sevos J, Pellet J, et al. Effect of telephone follow-up on repeated suicide attempt in patients discharged from an emergency psychiatry department: a controlled study. *BMC Psychiatry* 2017;17(1): 96-101. doi.org/10.1186/s12888-017-1258-6.
13. Rengasamy M, Phelps-Tschang J, Simpson M, Tew, JD, Sparks G. Reduction of Adolescent Suicide Attempts After Telephone-Based Intervention. In: 65th Annual Meeting. AACAP. October 22-27, 2018; N W Washington D.C.; 2018.
14. Kreuze E, Jenkins C, Gregoski M, York J, Mueller M, Lamis DA, Ruggiero KJ. Technology-enhanced suicide prevention interventions: A systematic review. *J Telemed Telecare* 2017;23(6):605-17. doi:10.1177/1357633X16657928
15. Rengasamy M, Sparks G. Reduction of Postdischarge Suicidal Behavior Among Adolescents Through a Telephone-Based Intervention. *Psychiatr Serv* 2019;70(7):545–52. doi: 10.1176/appi.ps.201800421
16. Kaewyasri K., Soontaraviratana B, Kotkeaw N. Situation and guideline for suicide prevention: stakeholder perspectives Loei Province, Thailand. *Acad J Commun Public Health* 2021;7(03):112-26.
17. Cox G, Hetrick S. Psychosocial interventions for self-harm, suicidal ideation and suicide attempt in children and young people: What? How? Who? and Where? *Evid Based Ment Health* 2017;20(2): 35-40. doi: 10.1136/eb-2017-102667
18. Soukup SM. The Center for Advanced Nursing Practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *Nurs Clin North Am* 2000;35(2):301–9.
19. Joanna Briggs Institute. New JBI levels of evidence. Level of evidence and Grades of recommendation working party [Internet]. 2013 [cited Sep 22, 2021]. Available from: <https://kku.world/e5si8>
20. The AGREE Research Trust. The Appraisal of guidelines for research & evaluation II 2009 [Internet]. 2017 [cited Sep 7, 2021]. Available from: <https://kku.world/0iqoh>
21. Department of Mental Health Ministry of Public Health. Modify from the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai Version. [Internet]. 2013 [cited Sep 22, 2021]. Available from: <https://dmh.go.th/covid19/test/8q/>
22. Vipavanich S. Role of psychiatric nurses in therapeutic relationship building. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2021;15(38):732-43.
23. Aiello LM, Dadashzadeh S, Lynn JM, Starbird WT, Pawl CJ, Aryee S, et al. Using telemedicine to reduce suicide ideation and behavior: a systematic literature review. *Telehealth Med Today* 2021;6(1): 226-47. doi.org/10.30953/tmt.v6.226
24. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications (‘apps’) for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17(1):297-314. doi:10.1186/s12888-017-1458-0
25. Noh D, Park YS, Oh EG. Effectiveness of telephone-delivered interventions following suicide attempts: a systematic review. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30(1):114–9. doi: 10.1016/j.apnu.2015.10.012
26. Cebrià AI, Parra I, Pàmias M, Escayola A, García-Parés G, Puntí J, et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt: controlled study in a Spanish population. *J Affect Disord* 2013;147(1-3):269-76. doi: 10.1016/j.jad. 2012.11.016
27. Vakkalanka JP, Harland KK, Wittrock A, Schmidt M, Mack L, Nipe M, et al. Telemedicine is associated with rapid transfer and fewer involuntary holds among patients presenting with suicidal ideation in rural hospitals: a propensity matched cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2019; 73(11):1033–9. doi: 10.1136/jech-2019-212 623

28. Gabilondo A, Aristegi E, Gonzalez-Pinto A, Martin Zurimendi J, Mateos Del Pino M, Roca R, et al. Prevention of suicidal behavior with telemedicine in patients with a recent suicide attempt: is a 6-month intervention long enough? *Suicide Life Threat Behav* 2020;50(1):211-9.
29. Gilmore AK, Ward-Ciesielski EF. Perceived risks and use of psychotherapy via telemedicine for patients at risk for suicide. *J Telemed Telecare* 2019;25(1):59-63. doi: 10.1177/1357633X17735559

SMJ