



รายงานสรุปผลโครงการวิจัย

เรื่องสำรวจผลการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอก
ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(THE SERVEY OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR SUICIDAL OUTPATIENTS
IN KHON KAEN RAJANAGARINDRA PSYCHIATRIC HOSPITAL)

กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ. 2563

บทคัดย่อ

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) สำรวจผลการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

(ภาษาอังกฤษ) THE SERVEY OF PSYCHOSOCIAL INTERVENTION FOR SUICIDAL
OUTPATIENTS IN KHON KAEN RAJANAGARINDRA PSYCHIATRIC
HOSPITAL

เจ้าของผลงาน สรานช คำภักดิ์ นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ปีที่ดำเนินงาน พ.ศ. 2563

เนื้อเรื่อง

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (การวิจัยเอกสาร: documentary research) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจอย่างน้อย 3 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562 เก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผลการวิจัย พบว่า การบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจทุกรูปแบบ ส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (คะแนน M.I.N.I.-Suicide) ลดลง โดยการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจรูปแบบอื่น ๆ รวมทั้งผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (CPG : Suicide)

นอกจากนี้จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณีวัดซ้ำ 3 ครั้ง กับตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติ Generalized Estimating Equation พบว่าปัจจัยทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวก กับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicide) หรือเป็นไปได้ว่า เพศหญิงให้คำตอบต่อแบบประเมิน M.I.N.I.-Suicide สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 และผู้รับบริการที่มีอายุสูง มีแนวโน้มให้คำตอบต่อแบบประเมิน M.I.N.I.-Suicide ได้คะแนนต่ำกว่าผู้มีอายุน้อย หรือเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 10 ปี จะทำให้คะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 99.896 หรือเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 5 ปี จะทำให้อัตราเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 29.076

ห้องสมุดโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
เลขทะเบียน 00 4663
วันที่
เลขเรียกหนังสือ ๖๖-WM 165
๓ 3515 2563

[illegible]

'JVKK Library



004663

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ

สารบัญ

สารบัญตารางและภาพ

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญ 1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย 1
3. สมมติฐานการวิจัย 1
4. ขอบเขตการวิจัย 2
5. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 2

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide) 3
2. รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention) 5
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 7

บทที่ 3 วิธีดำเนินวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย 8
2. ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย 8
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 8
4. วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล 8
5. การวิเคราะห์ข้อมูล 9

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

1. ผลการวิจัย 11
2. อภิปรายผล 17

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. สรุปผลการวิจัย 18
2. ข้อเสนอแนะ 19

บรรณานุกรม 20

ภาคผนวก 21

ภาคผนวก ก ตาราง 22

ภาคผนวก ข คู่มือลงรหัส 24

สารบัญตารางและภาพ

	หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนข้อมูลที่สูญหาย
ตารางที่ 2	ข้อมูลทั่วไป
ตารางที่ 3	คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเปรียบเทียบก่อนบำบัด และหลังบำบัด ครบ 2 และ 3 ครั้ง
ตารางที่ 4	คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคม จิตใจ เปรียบเทียบก่อนบำบัด หลังบำบัดครบ 2 และ 3 ครั้ง
ตารางที่ 5	ความสัมพันธ์ของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณียัดซ้ำ 3 ครั้ง กับตัวแปร ต่างๆ ด้วยสถิติ Generalized Estimating Equation (GEE)
ตารางที่ 6	จำนวนผู้ป่วยแยกตามระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายคัดกรองด้วย M.I.N.I.- Suicide กับการส่งตัวบำบัดทางจิตวิทยาประเภทต่างๆในครั้งแรก (N=1,330)
ภาพที่ 1	แสดงสัดส่วนของผู้รับบริการครั้งแรกที่ถูกส่งบำบัดทางจิตวิทยาประเภทต่างๆ แยกตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี องค์การอนามัยโลกได้ให้การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญเป็นอันดับสองของกลุ่มคนอายุ 15 ถึง 29 ปี โดยทั่วโลกมีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จปีละประมาณ 800,000 คน เฉลี่ย 1 คนในทุกๆ 40 วินาที มากกว่าตายจากสงครามและถูกฆ่าตายรวมกัน องค์การอนามัยโลกตั้งเป้าจะลดอัตราการเสียชีวิตลงร้อยละ 10 ภายในปี พ.ศ.2563

สถานการณ์ของประเทศไทย มีผู้พยายามทำร้ายตัวเองเพื่อฆ่าตัวตาย ประมาณ 53,000 คน เฉลี่ยชั่วโมงละ 6 คน กระจายอยู่ทุกชุมชน ส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน ในปี 2559 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.35 รายต่อแสนประชากรและในปี 2560 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ 6.03 รายต่อแสนประชากร

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีพันธกิจหนึ่งคือการเป็นโรงพยาบาลที่เชี่ยวชาญระดับสูงด้านการป้องกันการฆ่าตัวตาย ซึ่งใน พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 1,110 ราย ในปี พ.ศ. 2561 มีจำนวน 1,328 และใน 10 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2563 มีจำนวน 1,213 ราย เห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี

การบำบัดรักษากลุ่มผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายนั้น จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาใน 3 ส่วน คือด้านชีววิทยาหรือการบำบัดรักษาด้วยยา ด้านจิตสังคมบำบัด เช่นการทำกลุ่มบำบัดชนิดต่าง ๆ การให้การปรึกษา และด้านสังคมหรือครอบครัว ซึ่งการบำบัดรักษาทั้งสามส่วนนั้นเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน โดยจากมาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ สาขาจิตวิทยาคลินิก (2561) ได้สรุปขั้นตอนการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาตามมาตรฐานเชิงกระบวนการไว้ 6-7 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับ ดวงมณี จงรักษ์ (2553) ได้กล่าวถึงเป้าหมายของการให้การปรึกษา ระยะสั้น ใช้เวลา 3-12 สัปดาห์ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสำรวจข้อมูลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างเดือน มกราคม 2560 – กันยายน 2562 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเปรียบเทียบการบำบัดรักษาในแบบต่าง ๆ 3 ปีย้อนหลัง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ มีค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide แตกต่างกัน
2. ผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG: Suicide)

ขอบเขตการวิจัย

วิธีการศึกษา : ศึกษาจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ประชากร : ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจอย่างน้อย 3 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการบำบัดรักษาผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
2. เพื่อทราบแนวทางการบำบัดรักษาที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยนำเสนอตามหัวข้อดังนี้

1. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(CPG:Suicide)

ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทุกรายจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือทางจิตใจ ซึ่งวิธีการและระดับของการช่วยเหลือในแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามแต่ละลักษณะปัญหา การวินิจฉัยโรค และประสบการณ์ของผู้รักษา (มาโนช หล่อตระกูล, 2553) โดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ได้กำหนดแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ดังนี้

เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้าสู่แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. พิจารณาตามความเสี่ยง

1.1 เคยพยายามฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)

Suicide attempt: การกระทำที่หวังผลให้จบชีวิตของตนเองแต่ไม่ประสบผลสำเร็จ

1.2 เคยทำร้ายตนเอง (ใน 3 เดือน)

Self-harm: การตั้งใจทำร้ายร่างกายตนเองให้บาดเจ็บ โดยส่วนใหญ่ไม่ได้ประสงค์ถึงการจบชีวิต

1.3 มีความคิดฆ่าตัวตาย และ/หรือ วางแผนฆ่าตัวตาย (ใน 3 เดือน)

Suicide Ideation/Plan: ความคิดที่เกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย โดยอาจจะมีความคิดเกี่ยวกับแผนการกระทำร่วมด้วย แต่ยังไม่ได้ลงมือกระทำ

1.4 โรคทางจิตเวช ได้แก่ Schizophrenia, Major depressive disorder หรือ Bipolar

disorder ที่มีอาการแสดงของโรคที่กำเริบ/รุนแรง (ตามดุลพินิจของแพทย์) ร่วมกับมีประวัติเคยทำร้ายตนเอง และ/หรือ มีความคิดฆ่าตัวตาย/วางแผนฆ่าตัวตาย/พยายามฆ่าตัวตายมาก่อน / ปรารถนาที่จะตาย

2. พิจารณาตามแผนการรักษาโดยแพทย์

มีคำสั่งให้เข้าสู่ “แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย” โดยมีลายลักษณ์อักษรอ้างอิง เช่น CPG-SUI , Suicide precaution , ประเมินด้วย M.I.N.I-Suicide เป็นต้น ใน OPD card หรือ Doctor order sheet

การจำแนกผู้ป่วยตามแบ่งระดับความเสี่ยง/แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตาย

ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากแบบประเมิน M.I.N.I.-Suicide ดังนี้

ประเมิน M.I.N.I.-Suicide ≤ 8 คะแนน จัดอยู่ในระดับ Low risk suicide หรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ

ประเมิน M.I.N.I.-Suicide 9-19 คะแนน จัดอยู่ในระดับ Moderate risk suicide หรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลาง

ประเมิน M.I.N.I.-Suicide ≥ 17 คะแนน จัดอยู่ในระดับ High risk suicide หรือความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง

การจำแนกรูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจตามระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low risk suicide)

- สุขภาพจิตศึกษา
- Psychosocial Intervention ตามสภาพปัญหา

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูง (Moderate/ High risk suicide)

- Psychosocial Intervention ตามสภาพปัญหา
- แนะนำดูแลใกล้ชิด
- ส่งต่อข้อมูลให้พื้นที่รับผิดชอบ

ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (High risk suicide) และจำเป็นต้องได้รับการอยู่รักษาในโรงพยาบาล แต่ผู้ป่วยหรือญาติไม่ยินยอมอยู่รักษา ให้มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

1. แพทย์วางแผนการบำบัดรักษา

- ให้การบำบัดรักษาด้วยยา
- ประเมินความสามารถในการทำงาน เขียนใบรับรองแพทย์ กรณีต้องหยุดพักหรือลางาน
- ให้ความรู้ญาติในการดูแลและเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างใกล้ชิด รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย

2. ให้สุขภาพจิตศึกษา/ส่งต่อทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การบำบัดด้านสังคมจิตใจตามสภาพปัญหา เช่น

- การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT)
- ครอบครัวบำบัด (Family therapy)
- จัดบำบัดตามสภาพปัญหา เช่น เพิ่ม self esteem
- การบำบัดโดยใช้แนวคิดซาตียร์ (Satir's model)
- การบำบัดการจัดการกับปัญหา (PST)
- Mindfulness base therapy counselling's (MBTC)

3. กรณีมีเหตุฉุกเฉินแนะนำญาติพาผู้ป่วยไปรับบริการที่เครือข่ายสาธารณสุขใกล้บ้าน

4. กรณีผู้ป่วยไม่สมัครใจอยู่รักษา ให้ญาติเซ็นไม่ยินยอมในใบตรวจรักษา ลงทะเบียนและนัดหมายตาม

แผนการรักษาของแพทย์

2. รูปแบบการบำบัดทางสังคมจิตใจ (Psychosocial Intervention) สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

1. การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม : Cognitive Behavior Therapy for Suicide (CBT)

การใช้กระบวนการและเทคนิคของการเรียนรู้มาใช้ในการบำบัดเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของบุคคลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งส่งผลให้บุคคลเกิดปัญหาในการบำบัดและมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อของตน ให้เกิดความคิด ความเชื่อที่ถูกต้อง เหมาะสมและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น

2. จิตบำบัดประคับประคองสำหรับ : Supportive Psychotherapy for Suicide

เป็นการบำบัดรักษาทางจิตใจเพื่อช่วยประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้ยังคงสถานภาพอยู่ได้ สำหรับบุคคลที่ได้รับความกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง จนสภาวะทางจิตใจ อารมณ์ และความสัมพันธ์ที่มีกับบุคคลอื่น ๆ ผิดไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนได้ จิตบำบัดประเภทนี้ ช่วยให้เขาสามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์นั้น ๆ ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

3. การให้การปรึกษาโดยใช้สติบำบัด : Mindfulness-Based Therapy and Counseling (MBTC) for suicide

คนทุกคนต่างมีคุณสมบัติบางประการที่ดี ที่เราซึมซับจากบุคคลที่เราเคารพรัก แต่ไม่สามารถแสดงออกถึงความรักความเมตตาที่มีต่อตนเองและผู้อื่นได้ตลอดเวลา เนื่องจากความเครียด ความกังวล ความเศร้า ใช้สมาธิเป็นการสร้างความสงบทางใจ ลดความเครียด และความวิตกกังวล ส่วนสติที่ได้รับการฝึกจะทำให้สามารถทำงานด้วยใจจดจ่อ ไม่ถูกอารมณ์และความเครียดครอบงำ และสามารถพัฒนาไปสู่ปัญญาภายใน

4. การให้การปรึกษาและการบำบัดตามแนวพุทธ : Counseling and Psychotherapy Base Buddhist

การปรึกษาและการบำบัดแนวพุทธ คือ กระบวนการประยุกต์ใช้หลักธรรมในพุทธศาสนา นำพาผู้รับบริการ ออกจากความทุกข์ไปสู่ภาวะดับทุกข์ในปัญหา เช่น ความผิดหวัง ความเสียใจ ความกังวลใจ ความกลัว วิตกกังวล และก่อนให้เกิดความเพิ่มพูน ภาวะอันเป็นกุศลให้มากขึ้น เช่นการยกระดับความรู้สึกอัมเอิบใจ ความภาคภูมิใจ ความมุ่งมั่น มีความหวัง เป็นต้น ดังคำกล่าวที่ว่า การปรึกษาแนวพุทธเป็นการพาผู้คนออกจากที่มืดไปสู่ความสว่าง หรือพาคนจากที่แคบไปสู่ที่กว้าง หรือพาจากคนที่คุมขังไปสู่อิสรภาพ หรือพาคนจากความฝันไปสู่ความเป็นจริงหรือพาคนจากที่รุ่มรวยไปสู่ที่สงบเย็น หรือพาคนหลงทางกลับบ้าน หรือพาคนที่กำลังหลับไปสู่การตื่น หรือพาคนจากความรู้สึกแปลกหน้าไปสู่ความเป็นเพื่อน หรือพาคนจากมายาภาพไปสู่ความแจ่มแจ้ง ในความจริงของชีวิต

5. การให้การปรึกษาและการบำบัดแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม : Rational Emotive Behavior Therapy (REBT)

เป็นกระบวนการปรึกษาตามแนวคิดการพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม ที่มีความเชื่อว่า ปัญหาของมนุษย์ ไม่ได้เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายนอก แต่เกิดจากมุมมองหรือความเชื่อของมนุษย์ที่มีต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งอารมณ์ ความรู้สึก ของมนุษย์มีพื้นฐานจากความเชื่อ การมองและการตีความ การประเมินค่าและหลักปรัชญา หรือความสามารถในการปล่อยวางได้

6. การให้การปรึกษาและการบำบัดแบบบุคคลเป็นศูนย์กลาง : Person – Centered Counseling and Psychotherapy

หมายถึง การให้การปรึกษาที่มุ่งช่วยเหลือให้ผู้รับคำปรึกษาได้พัฒนาตนเองจากบุคลิกภาพที่ไม่สอดคล้องไปสู่บุคลิกภาพที่มีความสอดคล้อง สามารถปรับตัวได้ มีสุขภาพจิตดี และมีความสอดคล้องในตัวเองอย่างสมบูรณ์ (Fully Functioning Person)

7. การบำบัดตามแนวซาเทียร์ : Satir Model for Suicide (ทั้งรายบุคคลและครอบครัวบำบัด)

ซาเทียร์โมเดลเชื่อว่าความเป็นมนุษย์ ไม่เพียงแต่มีแรงผลักดันให้มีชีวิตรอดเท่านั้น แต่ยังต้องเติบโตและพัฒนา รวมทั้งตระหนักถึงศักยภาพของบุคคลอีกด้วย ดังนั้น ถ้ามีผู้เลือกที่จะฆ่าตัวตาย แสดงว่ามีบางสิ่งบางอย่างในพลังชีวิตของบุคคลนั้นอ่อนแรงลง และจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงสภาพ (Transform) ซาเทียร์โมเดลเชื่อว่าความเป็นมนุษย์มีแหล่งพลังที่มาจากภายในที่บุคคลจำเป็นต้องใช้ในการบรรลุเป้าหมายและนำมาใช้ในช่วงเวลาที่เหมาะสม และยังเชื่อว่าการเปลี่ยนแปลงภายในสามารถเป็นไปได้ แม้ว่าเราไม่สามารถเปลี่ยนแปลงโลกภายนอกได้ ปัญหาไม่ใช่ปัญหา วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างใดต่างหากที่เป็นปัญหา สิ่งเหล่านี้เป็นส่วนสำคัญในการทำงานร่วมกับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งการบำบัดจะเน้นที่สุขภาพและการเติบโตที่มีความเป็นไปได้แทนพยาธิสภาพ

8. การให้การปรึกษารอบครัวหรือครอบครัวบำบัด : Family Counseling or Family Therapy

การให้การปรึกษารอบครัวหรือครอบครัวบำบัดเป็นกระบวนการให้การปรึกษาทั้งครอบครัว ไม่ใช่เฉพาะสมาชิกที่ถูกระบุว่ามีปัญหา เพราะถือว่าครอบครัวเป็นระบบ ๆ หนึ่ง ปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบครอบครัวจึงเป็นของส่วนรวมและเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในครอบครัวที่จะต้องร่วมมือกันหาทางแก้ไข เพื่อที่จะให้ครอบครัวอยู่ในสถานะที่สมดุล และทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ อันเป็นแนวทางที่จะพัฒนาสมาชิกในครอบครัวให้มีการสื่อสารได้ดี และสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก ดังนั้นการนำครอบครัวมาร่วมในการให้การปรึกษาจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

9. จิตสังคมบำบัด : Matrix Program

หมายถึง โปรแกรมการบำบัดรักษาผู้ติดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ในรูปแบบ กายจิต สังคม บำบัด เป็นกระบวนการบำบัดรักษาที่เน้นการให้ความรู้ต่าง ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว โดยผ่านกิจกรรมกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วย

10. สุขภาพจิตศึกษา : Psychoeducation

หมายถึง การสอนและการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวช เกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหา หรือการเจ็บป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือ ผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ที่ต้องการ การช่วยเหลือทางจิตใจ ให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดเจนด้วยวิธีการที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย นอกจากนี้การให้สุขภาพจิตศึกษายังหมายถึงการสอนและการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหา เพื่อนำไปสู่การจัดการวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างเหมาะสม รวมถึงวิธีการรักษา วิธีการสังเกตอาการ การกลับเป็นซ้ำ เพื่อสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้กลวิธีที่จะรับมือกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง และผลกระทบที่จะตามมา

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

มีผลรายงานการวิจัยในผู้ป่วยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดังนี้

วิชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมชัย, มลลิกา พูนสวัสดิ์ (2554) ศึกษาประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช เป็นการวิจัยเชิงทดลองรูปแบบวัดก่อนและหลังทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยใน (โรคจิต โรคซึมเศร้า และปัญหาจากการใช้สารเสพติดหรือสุรา) ของโรงพยาบาลที่มีอาการซึมเศร้า และมีผลประเมินจากแบบวัดภาวะซึมเศร้า Thai Depression Inventory ตั้งแต่ 21 คะแนนขึ้นไป อายุระหว่าง 20 – 60 ปี และให้ความร่วมมือในการวิจัย จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีอัตราการลดลงของภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุม และลดการกลับมารักษาตัวซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 2 เท่า

อรพิน ยอดกลาง (2554) ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจากการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว โดยกลุ่มเป้าหมายเป็นบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจากการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป และอาศัยอยู่ในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะซึมเศร้าคือแบบประเมิน Beck Depression Inventory (BDI-1A) และโปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจตามแนวคิดของ Edith Grotberg โปรแกรมนี้มีทั้งหมด 8 ขั้นตอน ดำเนินการสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที และนัดติดตามผลภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 และ 2 เดือน จากการศึกษาพบว่า ภายหลังการสิ้นสุดโปรแกรมค่าคะแนนภาวะซึมเศร้าของสมาชิกที่เข้าร่วมโปรแกรมลดลงทุกราย เมื่อติดตามผล 1 เดือน และ 2 เดือน พบว่าค่าคะแนนภาวะซึมเศร่ายังคงลดลง สมาชิกที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถบอกถึงการรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความภาคภูมิใจ มีทักษะในการจัดการอารมณ์และความรู้สึกเมื่อเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม และมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการลดระดับภาวะซึมเศร้า ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย

ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ขณู, บุพผา รุ่งเรือง (2561) ศึกษาผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยวัดก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตายและรักษาอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการบำบัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินก่อน – หลัง ได้แก่ 1) แบบเก็บข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) 3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I. – Suicidality) 4) แบบประเมินทักษะการแก้ปัญหา (Problem Solving Therapy : PST) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทักษะการแก้ปัญหาเพิ่มขึ้น มีคะแนนอาการทางจิตลดลง และระดับคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง และจากการติดตามผล 1 เดือน ไม่มีผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ

จากการงานวิจัยข้างต้น พบการบำบัดเน้นเรื่องความคิดเป็นส่วนใหญ่ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิธีการบำบัดเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเปรียบเทียบการบำบัดรักษาในแบบต่าง ๆ สำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (การวิจัยเอกสาร: documentary research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562

เกณฑ์การคัดเลือก

- ได้รับบริการทางสังคมจิตอย่างน้อย 3 ครั้ง
- มีคะแนนประเมิน Mini-Suicide

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 ตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่ได้รับบริการทางสังคมจิตอย่างน้อย 3 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562 ดังรายละเอียดในภาคผนวก ก

3.2 คู่มือลงรหัส ดังรายละเอียดในภาคผนวก ข

4. วิธีดำเนินการเก็บข้อมูล

4.1 ประสานงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – ธันวาคม 2562

4.2 จัดทำตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ คู่มือลงรหัส

4.3 ลงรหัสข้อมูลในตารางบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ

5.1 ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

5.2 ความสัมพันธ์ของของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณีวัดซ้ำ 3 ครั้ง และวิเคราะห์ความต่างของตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องกรณีวัดซ้ำ ใช้สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) โดยมีข้อกำหนดเบื้องต้นคือ correlated within clusters และ independent between clusters

โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. คัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง กันยายน 2562 มีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 3,651 ราย โดยจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า คือต้องได้รับการประเมิน M.I.N.I.-Suicide และได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจอย่างน้อย 3 ครั้ง มีจำนวน 1,330 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.43

2. ตรวจสอบข้อมูลซ้ำจากรหัสโรงพยาบาล (duplicates data)

จากจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 1,330 ราย พบว่ามีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลซ้ำ หรือมารับบริการมากกว่า 1 ครั้ง จำนวน 90 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.77

3. ตรวจสอบจำนวนข้อมูลที่สูญหาย (missing data) ดังตารางด้านล่าง
ตารางที่ 1 แสดงจำนวนข้อมูลที่สูญหาย

ตัวแปร	จำนวน	Id ที่หาย
เพศ (sex)	0	-
อายุ (age)	1	1220 (44)
การศึกษา (ed)	0	-
สถานภาพสมรส (sta)	0	-
อาชีพ (oc)	0	-
จังหวัด (prov)	3	489 (อุดร), 499 (ร้อยเอ็ด), 923 (ร้อยเอ็ด)
การวินิจฉัย1 (dx1)	0	-
การวินิจฉัย2 (dx2)	0	-
การวินิจฉัย3 (dx3)	1	254 (0)
ค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide ครั้งที่ 1 (mini1)	0	-
ค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide ครั้งที่ 2 (mini2)	0	-
ค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide ครั้งที่ 3 (mini3)	0	-
การบำบัดทางจิตสังคม 1 (int1)	0	-
การบำบัดทางจิตสังคม 2 (int2)	0	-
การบำบัดทางจิตสังคม 3 (int3)	1	958 (1)

เข้ารับการรักษา (admit)	6	156,157,158,159,190,191
ส่งตัวไปรับการรักษาภายนอก โรงพยาบาล (refero)	6	156,157,158,159,190,191
ส่งตัวมารับการรักษาภายใน โรงพยาบาล (referi)	7	155,156,157,158,159,190,191

จากตารางที่ 1 พบว่ามีจำนวนข้อมูลที่สูญหายทั้งสิ้น 25 ราย จากจำนวนผู้ป่วยที่ผ่านเข้าเกณฑ์ทั้งสิ้น 1,330 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.88 ซึ่งได้มีการตรวจสอบและปรับค่าต่อไป

4. ตรวจสอบค่าผิดปกติ (Outliner)

- 1) พบอายุ 3 (อายุจริง 16 ปี), พบอายุ 9 (อายุจริง 19 ปี)
- 2) คะแนน M.I.N.I.-Suicide 90 คะแนน (ปรับเป็น 50)

5. แก้ไขข้อมูลให้ตรงกับข้อมูลดิบ

6. นำเข้าสู่การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1) ตัวแปรแรงนับ นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ
- 2) ตัวแปรต่อเนื่อง วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด
ค่าสูงสุด

3) สถิติที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์และวิเคราะห์ความต่างของตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่อง
กรณีวัดซ้ำคือ Generalized Estimating Equation (GEE) โดยมีข้อกำหนดเบื้องต้นคือ
correlated within clusters และ independent between clusters

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (การวิจัยเอกสาร: documentary research) โดยแบ่งการนำเสนอผลการวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยและเรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสัมพันธ์และค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการบำบัด

ตอนที่ 3 การให้บริการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ แก่ผู้ป่วยนอกที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide)

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป (N=1,330)

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		524	39.40
หญิง		803	60.38
เพศทางเลือก		3	0.23
อายุ			
14 – 20 ปี		154	11.58
21 – 30 ปี		369	27.74
31 – 40 ปี		264	19.85
41 – 50 ปี		239	17.97
51 – 60 ปี		152	11.43
61 – 70 ปี		116	8.72
71 – 89 ปี		36	2.71
อายุเฉลี่ย 38.25 ปี, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.61			
ค่ามัธยฐาน 36 ปี, อายุต่ำสุด 14 ปี อายุสูงสุด 89 ปี			
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน		20	1.50
ประถม		431	32.41
มัธยมต้น		238	17.89
มัธยมปลาย/เทียบเท่า		365	27.44
ปริญญาตรี		240	18.05
สูงกว่า ปริญญาตรี		36	2.71

สถานภาพสมรส		
โสด	568	42.71
คู่	593	44.59
ม้าย	50	3.76
หย่า/แยก	119	8.95
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	230	17.29
รับจ้าง	214	16.09
แม่บ้าน	8	0.60
พนักงานบริษัท	32	2.41
ค้าขาย/กิจการส่วนตัว	129	9.70
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	87	6.54
นักเรียน/นักศึกษา	156	11.73
นักบวช	17	1.28
ตกงาน/ว่างงาน	419	31.50
อื่นๆ	38	2.86
ภูมิลำเนา		
ในพื้นที่เขตบริการ (ร้อยเอ็ด ขอนแก่น มหาสารคาม กาฬสินธุ์)	1,012	76.09
นอกพื้นที่เขตบริการ	315	23.68
ต่างประเทศ	3	0.23
การวินิจฉัยโรคจิตเวชแรก (First Diagnostic) 3 อันดับแรก		
F322- Severe depressive episode without psychotic symptom	264	19.85
F321 - Moderate depressive episode	110	8.27
F323 - Severe depressive episode with psychotic symptom	93	6.99
ถูกส่งตัวไปรับการรักษาภายนอกโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ใช่	86	6.47
ไม่ใช่	1,244	93.53
ถูกส่งตัวมารับการรักษาภายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์		
ใช่	167	12.56
ไม่ใช่	1,163	87.44

จากตารางที่ 2 แสดงข้อมูลผู้ป่วยระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง กันยายน 2562 โดยมีเกณฑ์การคัด
ข้อมูลเข้าคือ ได้รับการประเมินด้วยแบบคัดกรองการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicide) จำนวนทั้งสิ้น 3 ครั้ง
ประกอบด้วย ก่อนการบำบัด หลังการบำบัด 2 ครั้ง และหลังการบำบัด 3 ครั้ง มีผู้เข้าเกณฑ์การคัดเข้าทั้งสิ้น
1330 ราย แบ่งเป็นเพศหญิง 803 ราย (ร้อยละ 60.38) เพศชาย 524 ราย (ร้อยละ 39.40) ส่วนใหญ่อายุอยู่
ในช่วง 21 – 30 ปี 369 ราย (ร้อยละ 27.74) อายุเฉลี่ย 38.25 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.61ปี) อายุต่ำสุด 14
ปี อายุสูงสุด 89 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 431 ราย (ร้อยละ 32.41) มีสถานภาพสมรสแล้ว

593 ราย (ร้อยละ 44.59) รองลงมาสถานะโสด 568 ราย (ร้อยละ 42.71) ตกงานหรือว่างงานสูงสุด 419 ราย (ร้อยละ 31.50) รองลงมาทำเกษตรกรรม 230 ราย (ร้อยละ 17.29) มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เขตบริการ 1,012 ราย (ร้อยละ 76.09) และได้รับการวินิจฉัยโรคแทรกซ้อน F322 จำนวน 264 ราย (ร้อยละ 19.85)

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความสัมพันธ์และค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการบำบัด

โดยแบ่งการนำเสนอ ดังนี้

- 2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการบำบัด
- 2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ
- 2.3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับข้อมูลทั่วไป

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายก่อนและหลังการบำบัด

ตารางที่ 3 คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเปรียบเทียบก่อนบำบัดและหลังบำบัดครบ 2 และ 3 ครั้ง

ครั้งที่	จำนวน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด	ช่วงความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95
ก่อนบำบัด	1330	14.46	10.17	0	52	13.91 - 15.01
บำบัดครบ 2 ครั้ง	1330	4.25	6.85	0	40	3.88 - 4.62
บำบัดครบ 3 ครั้ง	1330	3.31	6.01	0	44	2.99 - 3.64
รวม	3990	7.34	9.36	0	52	7.05 - 7.63

จากตารางที่ 3 แสดงคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมมีคะแนนลดลง โดยก่อนบำบัด 14.46 คะแนน (SD=10.17, 95%CI; 13.91 - 15.01) บำบัดครบ 2 ครั้ง เท่ากับ 4.25 คะแนน (SD=6.85, 95%CI; 3.88 - 4.62) และบำบัดครบ 3 ครั้ง ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.31 คะแนน (SD=6.01, 95%CI; 2.99 - 3.64) บ่งชี้ว่าการบำบัดทุกรูปแบบส่งผลให้คะแนนการฆ่าตัวตายลดลง

2.2 เปรียบเทียบค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ

ตารางที่ 4 คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งตามรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ

เปรียบเทียบก่อนบำบัด หลังบำบัดครบ 2 และ 3 ครั้ง

รูปแบบ การบำบัด	ก่อนบำบัด				บำบัดครบ 2 ครั้ง				บำบัดครบ 3 ครั้ง			
	n	$\bar{x}$	SD	95%CI	n	$\bar{x}$	SD	95%CI	n	$\bar{x}$	SD	95%CI
Psycho Ed	837	3.44	5.59	3.06- 3.82	900	3.77	6.27	3.36- 4.18	1380	4.65	7.29	4.26- 5.03
CL Center	2406	8.68	9.96	8.28- 9.07	2286	8.58	9.85	8.18- 8.98	1821	9.15	10.05	8.69- 9.61
CBT	12	9.83	9.58	4.41- 15.26	6	11.17	6.34	6.09- 16.24	6	6.67	5.79	2.04- 11.29
Satir's	21	7.24	10.32	2.82- 11.66	18	6.00	9.50	1.61- 10.39	15	8.87	11.18	3.21- 14.53

Psycho Therapy	489	8.82	10.54	7.88- 9.75	558	9.22	10.72	8.33- 10.11	543	9.23	10.70	8.33- 10.13
Matrix	204	3.98	5.25	3.25- 4.69	204	3.98	5.31	3.25- 4.70	198	4.11	5.45	3.35- 4.87
Family Csg	12	4.75	7.29	0.63- 8.87	12	8.33	11.65	1.74- 14.93	12	8.33	11.65	1.74- 14.93
Family Therapy	6	8.67	6.35	3.59- 13.75	6	8.67	6.35	3.59- 13.75	6	8.67	6.35	3.59- 13.75
อื่นๆ	3	13	13	-1.72- 27.72	-	-	-	-	6	9.5	9.93	1.55- 17.45

จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาแยกตามประเภทรูปแบบการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจ เปรียบเทียบก่อนบำบัด หลังบำบัดครบ 2 และ 3 ครั้ง พบการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจประเภทเดียวที่ทำให้คะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลง คือ CBT ก่อนบำบัด 9.83 คะแนน (SD=9.58, 95%CI; 4.41-15.26) เมื่อบำบัดครบ 3 ครั้ง ลดลงเหลือ 6.67 คะแนน (SD=5.79, 95%CI; 2.04-11.29)

2.3 เปรียบเทียบความสัมพันธ์ของคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกับข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณีวัดซ้ำ 3 ครั้ง กับตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติ Generalized Estimating Equation (GEE)

ตัวแปร	exp (b)	Coef.	Std. Err.	Z	p-value	95% Conf. Interval
เพศ	4.03	1.40	0.32	4.38	<0.0001	0.77 - 2.03
อายุ	0.93	-0.07	0.01	-5.81	<0.0001	-0.09- 0.05
การศึกษา	0.92	-0.08	0.14	-0.54	0.588	-0.35 - 0.19
สถานะสมรส	1.09	0.09	0.20	0.46	0.646	-0.29 - 0.48
อาชีพ	1.08	0.06	0.04	1.34	0.179	-.028 - 0.15
ภูมิลำเนา	1.12	0.12	0.36	0.32	0.748	-0.59 - 0.82
ก่อนบำบัด	.83	-0.18	0.17	-1.08	0.281	-0.52 -0.15
บำบัดครบ2ครั้ง	1.15	0.14	0.21	0.65	0.518	-0.28 - 0.56
บำบัดครบ3ครั้ง	1.26	0.23	0.18	1.29	0.198	-0.12 - 0.58
ค่าคงที่	923.79	6.87	1.09	6.30	<0.0001	4.73 - 9.00

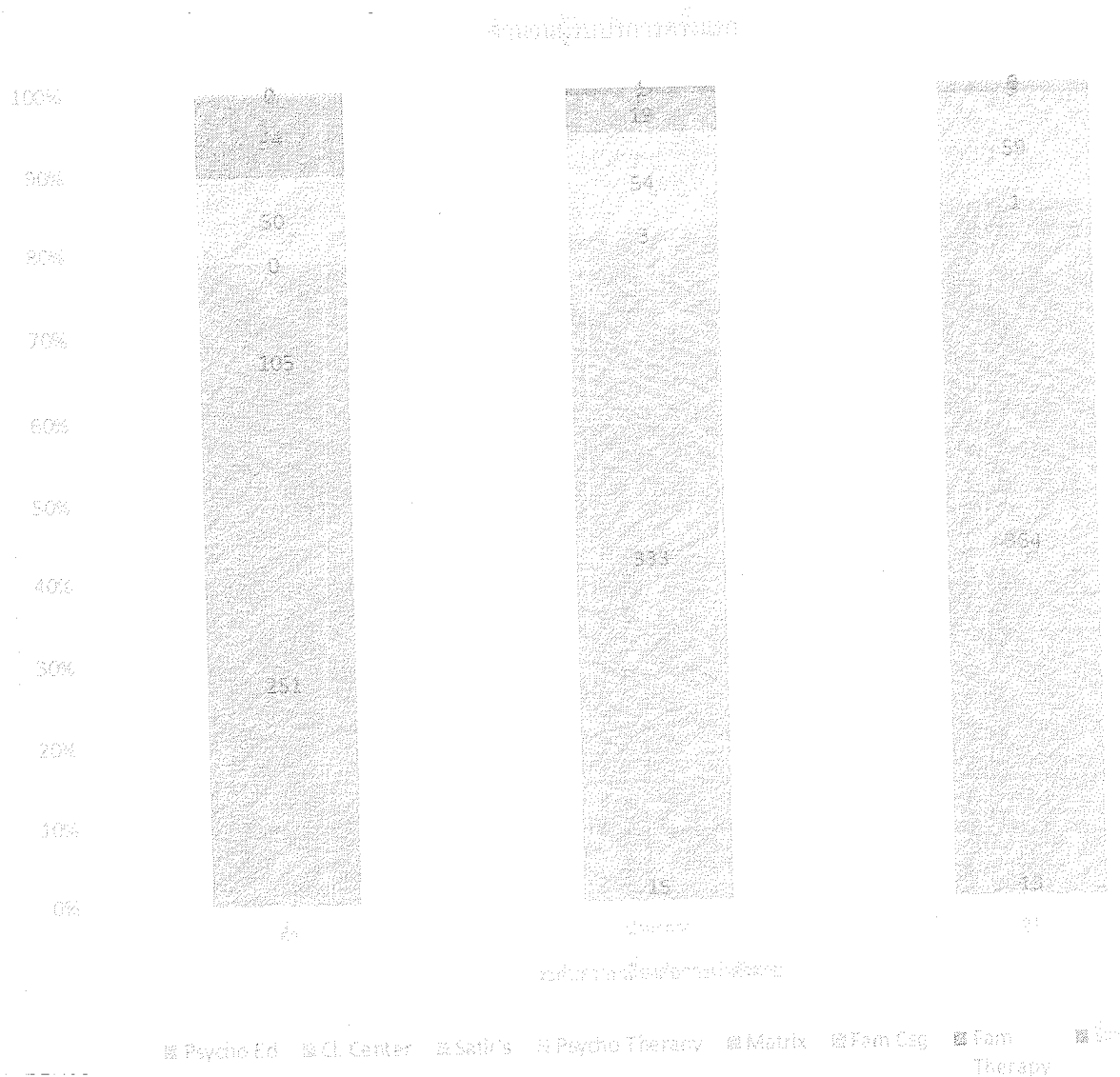
ตารางที่ 5 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยตัวแบบ GEE มีการแจกแจงแบบ Gaussian คำนึงถึงโครงสร้างสหสัมพันธ์ (Correlationstructure) แบบ exchangeable และที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 หรือความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเปลี่ยนแปลงของคะแนนคัดกรองการฆ่าตัวตาย M.I.N.I.-Suicide คือ เพศ (coef.=1.04) และอายุ (coef.= -0.07) ส่วนตัวแปรอื่นๆทั้งหมด ไม่มีความสัมพันธ์ต่อค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide

เป็นการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) 54 ราย (ร้อยละ 12.59) และจิตสังคมบำบัด (Matrix Program) 19 ราย (ร้อยละ 4.43) ตามลำดับ

กลุ่มความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับสูง (High risk suicide) รวมทั้งสิ้น 446 ราย จะถูกส่งไปรับการบำบัดโดยการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Client Center) สูงสุด 364 ราย (ร้อยละ 81.61) รองลงมาเป็นจิตบำบัด (Psychotherapy) 59 ราย (ร้อยละ 13.23) และให้ความรู้ทางสุขภาพจิต (Psycho education) 13 ราย (ร้อยละ 2.91) ตามลำดับ

ดังแสดงให้เห็นเป็นภาพด้านล่าง

ภาพที่ 1 แสดงสัดส่วนของผู้รับบริการครั้งแรกที่ถูกส่งบำบัดทางจิตวิทยาประเภทต่างๆ แยกตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย



2. อภิปรายผล

จากการสำรวจผลการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ มีค่าคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (คะแนน M.I.N.I.-Suicide) แตกต่างกัน

ผลการศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยโดยรวมของคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายลดลง โดยก่อนบำบัด 14.46 คะแนน (SD=10.17, 95%CI; 13.91 - 15.01) บำบัดครบ 2 ครั้ง เท่ากับ 4.25 คะแนน (SD=6.85, 95%CI; 3.88 - 4.62) และบำบัดครบ 3 ครั้ง ค่าคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 3.31 คะแนน (SD=6.01, 95%CI; 2.99 - 3.64) บ่งชี้ว่าการบำบัดทุกรูปแบบส่งผลให้คะแนนการฆ่าตัวตายลดลง โดยการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีประสิทธิภาพในการบำบัดผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจรูปแบบอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชนิ หัตถพนม, ไพรวลัย รมซ้าย, มัลลิกา พูนสวัสดิ์ (2554) พบว่า กลุ่มบำบัด CBT ช่วยลดความคิดอัตโนมัติทางลบ และภาวะซึมเศร้ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดการกลับมาฆ่าตัวซ้ำเป็นผู้ป่วยในหลังจำหน่าย 6 เดือนได้มากกว่าถึง 2 เท่า

สมมติฐานที่ 2 ผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide)

ผลการศึกษา พบว่าผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการเป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่มีเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (CPG : Suicide) กล่าวคือ ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับต่ำ (Low risk suicide) ได้รับการบำบัดทางสังคมจิตใจในรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา มากที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับปานกลางและสูง (Moderate/ High risk suicide) ได้รับการบำบัดรักษาโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person – Centered Counseling) มากที่สุด รองลงมาคือ ทำจิตบำบัด (Psychotherapy)

ข้อค้นพบเพิ่มเติม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณีวัดซ้ำ 3 ครั้ง กับตัวแปรต่างๆ ด้วยสถิติ Generalized Estimating Equation พบผลการวิเคราะห์ดังนี้

ปัจจัยทางเพศมีความสัมพันธ์ทางบวก กับค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.-Suicide) หรือเป็นไปได้ว่า เพศหญิงให้คำตอบต่อแบบประเมิน M.I.N.I.-Suicide สูงกว่าเพศชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.0001 (p-value <0.0001)

ผู้รับบริการที่มีอายุสูง มีแนวโน้มให้คำตอบต่อแบบประเมิน M.I.N.I.-Suicide ได้คะแนนต่ำกว่าผู้มีอายุน้อย หรือเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 10 ปี จะทำให้คะแนนเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 99.896 หรือเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 5 ปี จะทำให้อัตราเฉลี่ยการฆ่าตัวตายลดลง ร้อยละ 29.076

บทที่ 5

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) โดยใช้การวิเคราะห์จากฐานข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (การวิจัยเอกสาร: documentary research) ซึ่งผู้วิจัยขอเสนอสรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะตามลำดับ ดังนี้

1. สรุปผลการวิจัย

1.1 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลของการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ย้อนหลัง 3 ปี

1.2 สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้รับบริการที่ได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจในรูปแบบต่าง ๆ มีค่าคะแนน M.I.N.I.-Suicide แตกต่างกัน
2. ผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide)

1.3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร : ผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมกราคม 2560 ถึง ธันวาคม 2562

กลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และได้รับการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจอย่างน้อย 3 ครั้ง ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562

1.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานพยาบาลผู้ป่วยนอก เพื่อขอข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – ธันวาคม 2562
2. จัดทำตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ คู่มือลงรหัส
3. ลงรหัสข้อมูลในตารางบันทึกข้อมูล โดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลเป็น 2 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
2. ความสัมพันธ์ของของคะแนน M.I.N.I.-Suicide กรณีวัดซ้ำ 3 ครั้ง และวิเคราะห์ความต่างของตัวแปรผลลัพธ์แบบต่อเนื่องกรณีวัดซ้ำ ใช้สถิติ Generalized Estimating Equation (GEE) โดยมีข้อกำหนดเบื้องต้นคือ correlated within clusters และ independent between clusters

1.6 สรุปผลการวิจัย

1. การบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจทุกรูปแบบส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (คะแนน M.I.N.I.-Suicide) ลดลง โดยการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจรูปแบบอื่น ๆ

2. ผู้รับบริการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการส่งต่อบริการเป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ (CPG : Suicide)

2. ข้อเสนอแนะ

2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการสำรวจผลการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจสำหรับผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พบว่าการบำบัดบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจทุกรูปแบบส่งผลให้คะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (คะแนน M.I.N.I.-Suicide) ลดลง โดยการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจด้วยวิธีการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy) มีประสิทธิผลในการบำบัดผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจรูปแบบอื่น ๆ จึงควรส่งเสริมบุคลากรในการเพิ่มเติมความรู้การบำบัดรักษาตามแนวทางปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

2.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตาม เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างน้อย 6 เดือน ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (CPG : Suicide) เพื่อทราบประสิทธิผลการบำบัดรักษาทางสังคมจิตใจที่ยั่งยืน รวมทั้งควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลร่วมด้วย

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการวิชาชีพสาขาจิตวิทยาคลินิก สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2561). **มาตรฐานการประกอบโรคศิลปะ สาขาจิตวิทยาคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : บริษัท อาร์ตคอลลีไฟล์ จำกัด.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัยและพีรพันธ์ ลือบุญวัชชัย.(2553). **การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคซึมเศร้า**. กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพรส จำกัด.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2553). **การฆ่าตัวตาย การรักษาและการป้องกัน**. กรุงเทพฯ : โครงการตำรารามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรินัทธพนม, ไพรวลัย รมชัย, มัลลิกา พูนสวัสดิ์. (2554). **ประสิทธิผลของกลุ่มบำบัดการปรับความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความคิดอัตโนมัติทางลบและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเวช**. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ศิริวรรณฤกษ์ชนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ขจร, บุปผา รุ่งเรือง. (2561). **ผลของกลุ่มบำบัดการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดฆ่าตัวตาย**. ขอนแก่น : กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- อรพิน ยอดกลาง. (2554). **โปรแกรมส่งเสริมความเข้มแข็งทางใจของบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจากการฆ่าตัวตายของสมาชิกในครอบครัว**. ขอนแก่น : สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เอกสารประกอบการเพิ่มศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2563. จาก https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/160331145939022775.pdf



ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
ระหว่างเดือนมกราคม 2560 – กันยายน 2562

ตารางแสดงผู้ป่วยนอกที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระหว่างเดือนมกราคม 2560 - กันยายน 2562

[illegible]

ภาคผนวก ข

คู่มือลงรหัส

ตัวแปร	ความอธิบาย	รหัส
id	ลำดับที่	1, 2, 3,.....
date	วันที่มาครั้งที่ 0	ว/ด/พ.ศ.
sex	เพศ	1 = ชาย 2 = หญิง 3 = เพศที่ 3
ed	ระดับการศึกษา	1 = ไม่ได้เรียน 2 = ประถม 3 = มัธยมต้น 4 = มัธยมปลาย/เทียบเท่า 5 = ป.ตรี 6 = สูงกว่า ป.ตรี
sta	สถานภาพสมรส	1 = โสด 2 = คู่ 3 = ม่าย 4 = หย่า/แยก 5 = อื่นๆ
dx1	Diagnostic1	รหัส ICD
dx2	Diagnostic2	รหัส ICD (ไม่มี = 0)
dx3	Diagnostic3	รหัส ICD (ไม่มี = 0)
oc	อาชีพ	1 = เกษตรกรรม 2 = รับจ้าง 3 = แม่บ้าน 4 = พนักงานบริษัท 5 = ค้าขาย/กิจการส่วนตัว 6 = ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ 7 = นักเรียน/นักศึกษา 8 = นักบวช 9 = ตกรงาน 10 = ว่างงาน 11 = อื่นๆ
prov	จังหวัด	1 = ขอนแก่น 2 = ร้อยเอ็ด 3 = มหาสารคาม 4 = กาฬสินธุ์ 5 = สกลนคร 6 = อุดรธานี 7 = หนองคาย

		8 = เพชรบูรณ์ 9 = บึงกาฬ 10 = ชัยภูมิ 11 = หนองบัวลำภู 12 = นครพนม 13 = กทม. 14 = นครราชสีมา 15 =
mini1	คะแนนการคัดกรองสุขภาพจิต ครั้งที่ 0	ค่าต่อเนื่อง
mini2	คะแนนการคัดกรองสุขภาพจิต ครั้งที่ 1	ค่าต่อเนื่อง
mini3	คะแนนการคัดกรองสุขภาพจิต ครั้งที่ 2	ค่าต่อเนื่อง
Int (int1, int2, int3)	รูปแบบการบำบัด (intervention) มี 3 ครั้ง เท่ากับคะแนน mini	1=สุขภาพจิตศึกษา 2=Cl. Center 3=CBT 4=REBT 5=Satir's 6=Psycho Therapy 7=Matrix 8=Family Csg 9=Family Terapy 10=อื่นๆ
admit		0 = no 1 = yes
refero		0 = no 1 = yes
referi		0 = no 1 = yes