



การใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

The Use of Coping Cards in Depressive Patients with Suicidal Ideation

พลอยไพลิน โปธิเพียรทอง*, ธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์*, ธนาวดี ประชาสันต์*

Ploypaillin Propientong*, Thanita Tantrarungroj*, Thanavadee Prachason*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

* Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา (coping card) ในผู้ป่วยที่มีโรคซึมเศร้าในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายและสำรวจประสบการณ์การใช้บัตรรับมือกับปัญหาจากผู้ใช้งาน **วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง อาสาสมัครเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าจำนวน 21 ราย โดยทำแบบสอบถามก่อนการเข้าร่วมโครงการซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบประเมิน Scale for Suicidal Ideation ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai2014) แบบประเมิน Depressive Symptom Index-Suicidality (DSI-SS) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมิน PHQ-9 ฉบับภาษาไทย อาสาสมัครได้รับการอธิบายวิธีการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาและทำแบบประเมินอีกครั้งที่ 4 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและเปรียบเทียบสถิติทดสอบคะแนนจากช่วงก่อนและหลังใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาโดยใช้ Wilcoxon signed rank test, paired t-test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยแบบประเมิน SSI-Thai2014 แบบประเมิน DSI-SS ฉบับภาษาไทย และแบบประเมิน PHQ-9 ลดลงในช่วงการใช้บัตรรับมือกับปัญหา โดยมีผลต่างของคะแนนก่อนและหลังใช้ เป็น 2.40 ± 5.83 ($p = 0.09$, Cohen's $d = 0.454$), 0.80 ± 3.11 ($p = 0.02$, Cohen's $d = 0.30$) และ 2.65 ± 45.57 ($p < 0.01$, Cohen's $d = 0.63$) ตามลำดับ ไม่พบอาสาสมัครที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ที่ทำการศึกษา และอาสาสมัครเกือบทั้งหมดได้เก็บบัตรไว้และยังจำวิธีการในบัตรได้ และส่วนของบัตรที่อาสาสมัครเห็นว่ามีความประโยชน์มากที่สุดคือส่วนที่ย้ำเตือนถึงวิธีการในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายรวมถึงสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจ

สรุป การใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาอาจเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้วิธีการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายได้ในเวลาสั้น ทำได้ง่าย คะแนนประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลดลงในช่วงหลังการใช้บัตรรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย อาสาสมัครส่วนใหญ่จำวิธีในบัตรได้และได้ใช้วิธีในบัตร

คำสำคัญ บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยซึมเศร้า

Corresponding author: ธนิตา ตันตระรุ่งโรจน์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 217-226

ABSTRACT

Objective : Coping card is one of strategies used to remind the safety plan for patients with suicidal ideation. It usually come in the form of index card that can be easily accessed in crisis situation. This study aimed to evaluate the use of coping card in patients with major depressive disorder in coping with suicidal ideation and also the users' perspective.

Methods : Quasi experimental one group pre and posttest study in 21 patients with major depressive disorder and suicidal ideation was conducted at a Psychiatric Outpatient Department, Ramathibodi Hospital. Scale for suicidal ideation (SSI-Thai), depressive symptom index-suicidality (DSI-SS), patient health questionnaire (PHQ-9) were assessed before the study and at 4 weeks after the intervention with coping cards. Participants were introduced to coping cards and instructed to fill in coping strategies previously discussed with their clinician in the safety planning process. Descriptive and analytical statistics using Wilcoxon signed rank test, paired t-test and Fisher's exact test were used.

Results: From baseline to the 4-week assessment, there was a reduction in the mean scores of SSI, DSI-SS and PHQ-9 with a difference of 2.40 ± 5.83 points for SSI ($p = 0.09$, Cohen's $d = 0.454$), 0.80 ± 3.11 points for DSI-SS ($p = 0.02$, Cohen's $d = 0.30$) and 2.65 ± 45.57 points for PHQ-9 ($p < 0.01$, Cohen's $d = 0.63$). None of the participants engaged in suicidal behaviors during 4-week study period. Almost all of the participants kept their coping cards and remembered the coping methods in the card. Participants found the coping card most useful for reminding them of the coping strategies including using distraction.

Conclusion : Coping card is a simple, brief intervention that is potentially helpful for dealing with suicidal ideation by objectively reminding the coping strategies. Most participants remember coping methods and have used those methods.

Keywords : Coping card, suicidal ideation, major depressive disorder

Corresponding author: Thanita Tantrarungroj

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(2): 217-226

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตาย เป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า มีตัวเลขผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 730,000 รายทั่วโลกในปี พ.ศ. 2559¹ สำหรับในประเทศไทยกรมสุขภาพจิตรายงานอัตราการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่ 6.64 รายต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562² หนึ่งในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูงกว่าประชากรทั่วไปคือกลุ่มที่มีโรคซึมเศร้า โดยเป็นโรคจิตเวชที่พบได้มากที่สุดและผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย ซึ่งพบได้มากถึงร้อยละ 56-87³ ในผู้ป่วยกลุ่มนี้พบว่ามีความคิดฆ่าตัวตายได้บ่อยและมักนำไปสู่การลงมือฆ่าตัวตาย⁴

กระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ยังมีความคิดฆ่าตัวตาย คือการทำงานร่วมกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนความปลอดภัย (safety planning) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อความคิดในช่วงวิกฤตอย่างเหมาะสมด้วยวิธีการต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ ซึ่งการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา (coping card) เป็นหนึ่งในวิธีที่ง่ายและปลอดภัย โดยนำมาเขียนอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรอีกครั้งด้วยตัวของผู้ป่วยเองหลังจากได้ทบทวนแผนความปลอดภัย รูปแบบของบัตรช่วยรับมือกับปัญหาถูกออกแบบมาให้พกพาสะดวกและง่ายต่อการใช้งาน คือสามารถหยิบขึ้นมาอ่านตอนที่มีความคิดฆ่าตัวตายได้ทันทีเพื่อช่วยเตือนให้ใช้วิธีการปรับตัวอย่างๆ ที่เคยเรียนรู้มา อีกทั้งยังช่วยเพิ่มโอกาสในการขอความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ อีกด้วย

ผลการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของบัตรช่วยรับมือกับปัญหายังเป็นที่โต้เถียง Chen และคณะ⁵ ทำการศึกษาในไต้หวัน พบว่าการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาไม่ได้มีผลลดพฤติกรรมฆ่าตัวตายเมื่อวิเคราะห์แบบ intention-to-treat ในขณะที่ Wang และคณะ⁷ ทำการศึกษาแบบ randomized controlled trial ในกลุ่มผู้ที่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายกลับพบว่าอัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มที่ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาพยาบาลตามปกติเมื่อติดตามเป็นระยะเวลา 3 เดือน การศึกษาแบบ

randomized controlled trial โดย Bryan และคณะ พบว่าวิธีนี้สัมพันธ์กับการลดลงของความคิดฆ่าตัวตายที่เร็วขึ้นเทียบกับการรักษาพยาบาลตามปกติ ในประเทศไทย ยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การรักษาพยาบาลในปัจจุบันประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและการช่วยเหลือภาวะวิกฤติด้านจิตใจ (crisis intervention) การวางแผนความปลอดภัยและการนัดติดตามเพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการพูดคุยปากเปล่า ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาเพิ่มเติมโดยใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะ เป็นประโยชน์ในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการฆ่าตัวตายที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย ทั้งทางด้านผลต่อพฤติกรรมและระดับความคิดฆ่าตัวตาย ตลอดจนสำรวจประสบการณ์การใช้บัตรรับมือกับปัญหาจากผู้ใช้งาน เพื่อทำความเข้าใจถึงส่วนของบัตรที่เป็นประโยชน์และส่วนที่เป็นอุปสรรคต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง ในรูปแบบการวิจัยชนิด one group pre and posttest study design โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดลเมื่อเดือนธันวาคม 2562 (รหัสโครงการ COA NO. MURA2020/2)

กลุ่มตัวอย่าง

คัดเลือกจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี เก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 31 สิงหาคม 2563

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

1. ผู้ป่วยอายุ 18-60 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี major depressive episode ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-5⁹ อย่างน้อย 1 episode และมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งแพทย์ผู้รักษาประเมินแล้วให้การรักษาแบบผู้ป่วยนอก

2. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยการลงนามด้วยความสมัครใจ

3. สามารถเข้าใจภาษาไทยและเขียนได้

เกณฑ์คัดเลือกออก (exclusion criteria)

1. ขอบปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัย

2. ผู้ที่มีภาวะ psychosis ทั้งขณะเก็บข้อมูลและในอดีต ได้แก่ schizophrenia, brief psychotic disorder, mood disorder with psychotic features

3. ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder)

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือ 21 ราย โดยจากสูตรคำนวณจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย (sample size) เพื่อเปรียบเทียบ paired difference^{7,10} โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error rate) ที่ร้อยละ 5 (alpha = 0.05) และ beta = 0.20 ผลการคำนวณเท่ากับ 16 ราย และได้ปรับแต่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างขึ้นร้อยละ 20 โดยคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะมีอัตราการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนดหรือกรณีข้อมูลมีการสูญหาย (missing data) จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษาไม่น้อยกว่า 20 ราย

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ให้คำชี้แจงรายละเอียดโครงการ อธิบายข้อมูลและแจกเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจก่อนการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยินยอมจึงตอบแบบสอบถามดังนี้

เครื่องมือที่ใช้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป

2. แบบประเมิน patient health questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้ถูกประเมินตอบด้วยตนเอง (self-report) ประกอบด้วย

คำถาม 9 ข้อ โดยมีข้อ 9 เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดทำร้ายตัวเองหรือความคิดอยากตาย แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์เป็น 0-3 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน การศึกษาคุณสมบัติทางจิตมิติพบ sensitivity เท่ากับ 0.84 และ specificity เท่ากับ 0.77 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79¹¹

3. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicidal ideation-Thai 2014) เป็นเครื่องมือที่ Kittiteerasack¹² พัฒนาและแปลมาจากแบบประเมิน scale for suicide ideation (SSI) ของ Beck และคณะ¹³ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 19 ข้อ แบ่งเกณฑ์เป็น 0-2 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-38 คะแนน มีค่าความตรงของเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.89 มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.81 และมีค่าอำนาจการจำแนกรายข้อมากกว่า 2

4. แบบประเมิน depressive symptom index-suicidality subscale (DSI-SS) เป็นเครื่องมืออย่างสั้นที่ถูกพัฒนาเพื่อการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์เป็น 0-3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-12 โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายที่มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93¹⁴ ผู้วิจัยได้แปลเครื่องมือ DSI-SS จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยโดยใช้กระบวนการตาม Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measure¹⁵

5. แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานบัตรรับมือกับปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การใช้งาน ความคิดเห็นว่าบัตรนี้มีประโยชน์มากน้อยเพียงใด ส่วนใดของบัตรที่เป็นประโยชน์ สิ่งที่อุปสรรคในการใช้งาน สิ่งที่อยากให้มีเพิ่มเติมในบัตรและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงบัตร

6. การทบทวนเวชระเบียน เก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อตรวจสอบประวัติพฤติกรรม

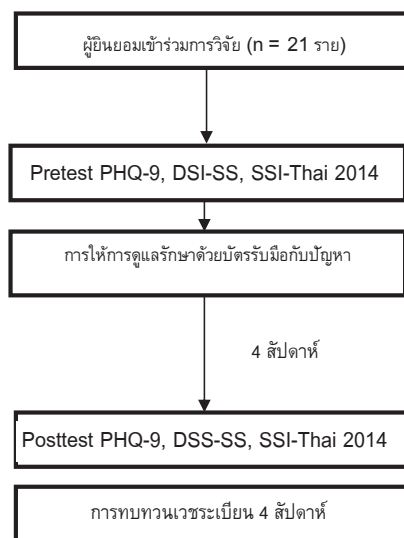
ฆ่าตัวตายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย

กระบวนการ ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย การช่วยเหลือภาวะวิกฤติด้านจิตใจ (crisis intervention) และการวางแผนความปลอดภัย (safety planning) โดยแพทย์เจ้าของไข้ และมีนัดติดตามเพื่อประเมินความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง จากนั้นอาสาสมัครจึงได้รับการส่งมาพบผู้วิจัยเพื่อเข้ากระบวนการพูดคุยเกี่ยวกับบัตรการช่วยรับมือกับปัญหา

ผู้วิจัยให้อาสาสมัครทำแบบประเมินก่อนการเข้าร่วมโครงการ (pretest) ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน แบบประเมิน SSI-Thai 2014, DSI-SS และ PHQ-9 จากนั้น ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา และช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนวิธีที่สามารถใช้จัดการขณะที่มีความคิดฆ่าตัวตายตามแผนความปลอดภัยที่ผู้ป่วยได้วางแผนกับแพทย์เจ้าของไข้ไว้ก่อนหน้านี้ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกรอกข้อความลงในบัตรรับมือกับปัญหาด้วยตัวเองที่ละหัวข้อด้วยลายมือและภาษาของตนเอง ทั้งหมดนี้ใช้เวลาพบปะกับผู้เข้าร่วมวิจัยประมาณ 15-20 นาทีและทำโดยผู้วิจัยคนเดียวกันทั้งหมด

บัตรช่วยรับมือกับปัญหา เป็นบัตรที่พิมพ์ลงบนกระดาษแข็งขนาด 18x5 เซนติเมตร โดยสามารถพับครึ่งแล้วมีขนาดเท่ากับนามบัตรขนาดมาตรฐาน เพื่อให้พกพาใส่กระเป๋าสะดวกและพกติดตัวได้ เนื้อหาภายในบัตรช่วยรับมือกับปัญหาประกอบด้วย 7 หัวข้อ ได้แก่ 1) สัญญาณเตือนก่อนจะมีความคิดฆ่าตัวตาย 2) วิธีที่สามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้นเมื่ออยู่คนเดียว 3) สถานที่หรือบุคคลที่ดึงดูความสนใจได้ 4) บุคคลที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อได้ในภาวะวิกฤติและเบอร์โทรติดต่อ 5) การติดต่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานด้านสุขภาพจิต (หน่วยบริการผู้ป่วยนอก สายด่วนสุขภาพจิต และการรับบริการที่ห้องฉุกเฉิน) 6) การปรับสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยยิ่งขึ้น 7) สิ่งที่มีความหมายหรือสำคัญที่สุดในชีวิตของผู้ป่วย

ที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ต่อมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลแบบสอบถามหลังเข้าร่วมโครงการ (posttest) ซึ่งประกอบด้วย แบบประเมิน scale for suicidal ideation ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai2014) แบบประเมิน DSI-SS ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถาม PHQ-9 และแบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานบัตรรับมือกับปัญหา



รูปที่ 1 แผนภาพแสดงวิธีการศึกษา

การวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ใช้โปรแกรม statistical package for the social sciences (SPSS) version 18 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และทดสอบการกระจายตัวแบบปกติ (normal distribution) ด้วยสถิติ Shapiro-Wilk จากนั้นเปรียบเทียบสถิติทดสอบคะแนนจากช่วงก่อน (pretest) และช่วงหลัง (posttest) ใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาโดยใช้ Wilcoxon signed rank test สำหรับตัวแปรแบบ nonparametric และ paired t-test สำหรับตัวแปรแบบ parametric การวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มที่ใช้บัตรและกลุ่มที่ไม่ได้บัตรใช้ Fisher's exact Test กำหนดค่า $p < 0.05$ มีความสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 21 ราย เป็นเพศหญิง 18 ราย (ร้อยละ 85.7) อายุเฉลี่ย 30.48 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 66.7) มีอาชีพนักเรียนนักศึกษา ร้อยละ 38.1 ไม่มีโรคประจำตัวทางร่างกาย ร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา (ร้อยละ 66.7) และแทบทั้งหมดไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 95.2) ร้อยละ 62.9 เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การกินยาเกินขนาด (ร้อยละ 42.9)

ผลลัพธ์ ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ค่าเฉลี่ยของคะแนน PHQ-9 ก่อนเริ่มทำการศึกษาคือ 18.67 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.93) โดยจำแนกเป็นผู้ที่มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน) จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 19) ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน) 6 ราย (ร้อยละ 28.6) และระดับมาก (19-27 คะแนน) 11 ราย (ร้อยละ 52.4) ขณะที่คะแนน DSI ก่อนเริ่มทำการศึกษามีค่ามัธยฐานเท่ากับ 5 คะแนน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 3) และ SSI ก่อนเข้า 17 คะแนน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 9) โดยมีผู้ที่ระดับของความคิดฆ่าตัวตายระดับต่ำ (0-9 คะแนน) จำนวน 3 ราย (ร้อยละ 14.3) ระดับปานกลาง (10-19 คะแนน) 12 ราย (ร้อยละ 57.1) และระดับสูง (19-38 คะแนน) 6 ราย (ร้อยละ 28.6) หลังการทำ intervention ด้วยบัตรช่วยรับมือกับปัญหา (posttest) คะแนน PHQ-9 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.95 คะแนน (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.80) ค่ามัธยฐานของคะแนน DSI เท่ากับ 4 (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 3) คะแนน SSI มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 13 (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ 12) โดยมีค่าเฉลี่ยของผลต่างของคะแนน PHQ-9, DSI และ SSI ที่ลดลงหลังทำ intervention เท่ากับ 2.86 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.54), 0.95 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.11) และ 2.62 (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.78) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ paired t-test ดังแสดงในตารางที่ 2 พบว่าคะแนน PHQ-9 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบก่อนและหลังการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา ($p=0.009$) โดยคำนวณ effect size ได้ค่า Cohen's d เท่ากับ 0.629 ซึ่งเป็น effect size ขนาดปานกลาง

จากการวิเคราะห์ทางสถิติสำหรับตัวแปรแบบ nonparametric ด้วย Wilcoxon signed rank test พบว่าคะแนน DSI ก่อนและหลังการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0245$) โดยมี effect size ขนาดเล็ก (ค่า Cohen's d = 0.301) สำหรับผลคะแนน SSI ก่อนและหลัง intervention พบว่าแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.086$) โดยคำนวณจาก Wilcoxon signed rank test สำหรับตัวแปรแบบ nonparametric และมี effect size ขนาดเล็ก (Cohen's d = 0.454)

จากการทบทวนเวชระเบียนพบว่าไม่มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายในช่วง 4 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย มีผู้เข้าร่วมวิจัย 1 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพราะมีความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ใช้งานบัตร 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์

จากการเก็บข้อมูลหลังการใช้งาน พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยแทบทั้งหมด (ร้อยละ 95) ได้เก็บบัตรไว้และร้อยละ 80 ยังพกบัตรไว้กับตัว ขณะที่ร้อยละ 90 ยังจำวิธีการในบัตรได้ และร้อยละ 45 ที่ได้นำบัตรออกมาใช้ ครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเคยใช้วิธีการในบัตรเพื่อจัดการกับความ คิดฆ่าตัวตาย ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับประโยชน์ของบัตร ร้อยละ 50 คิดว่าเป็นประโยชน์ปานกลาง และร้อยละ 20 คิดว่าเป็นประโยชน์มาก

วิธีในบัตรที่ผู้ป่วยได้ใช้ได้แก่ ดูหนัง กินขนม ปลูกต้นไม้ ร้องไห้ ดูตัวเองในกระจก ทำร้ายตัวเองแบบไม่ให้เลือดออก อยู่กับลูก เล่นกับลูก เล่นกับสัตว์เลี้ยง คุยกับภรรยา กอดเพื่อนหรือคนในครอบครัว โทรหาเพื่อน นำสิ่งที่จะใช้ทำร้ายตัวเองได้ไปไกลๆ จากตัวเอง และมาห้องฉุกเฉิน

ด้านส่วนของบัตรที่เป็นประโยชน์ อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับบัตรพบว่าส่วนใหญ่คิดว่าส่วนที่มีประโยชน์คือส่วนที่ย้ำเตือนถึงวิธีการในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตาย อุปสรรคที่สำคัญคือการที่ไม่ได้พบบัตรนี้อยู่กับตัวเวลาที่เผชิญกับอารมณ์เศร้าหรือสภาวะวิกฤตที่มีความคิดฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ ผู้ที่ใช้บัตรร้อยละ 90.9 เคยใช้วิธีในบัตร และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่เคยใช้บัตรและผู้ที่ไม่เคยใช้บัตรในเรื่องการใช้วิธีในบัตร (p-value น้อยกว่า 0.001) อีกทั้งผู้ที่ใช้งานบัตรทั้งหมดจำวิธีในบัตรได้ ร้อยละ 76.9 ของกลุ่มผู้ที่เคยได้ใช้งานบัตรคิดว่าบัตรนี้เป็นประโยชน์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 21
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean ± SD	30.48 ± 11.197
เพศ	
หญิง	18 (85.7)
ชาย	3 (14.3)
สถานภาพ	
โสด	14 (66.7)
แต่งงาน	7 (33.3)
การศึกษา	
มัธยมต้น	1 (4.8)
มัธยมปลาย	4 (19.0)
ปริญญาตรี	12 (57.1)
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (19.0)
อาชีพ	
นักศึกษา	8 (38.1)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 21
พนักงานบริษัท	7 (33.3)
ว่างงาน	3 (14.3)
ธุรกิจส่วนตัว	2 (9.5)
อาชีพอิสระ	1 (4.8)
รายได้ต่อเดือน (บาท)	
น้อยกว่า 10,000	11 (52.4)
10,000 - 19,999	6 (28.6)
20,000 - 29,999	3 (14.3)
30,000 - 39,999	1 (4.8)
การพักอาศัย	
อาศัยอยู่คนเดียว	4 (19)
อาศัยกับคู่สมรส	7 (33.3)
อาศัยกับครอบครัวหรือญาติ	7 (33.3)
อาศัยกับเพื่อน	3 (14.3)
โรคประจำตัวทางกาย	
ไม่มี	12 (57.1)
มี	9 (42.9)
การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	
ไม่ดื่ม	14 (66.7)
ดื่ม 1-2 ครั้งในช่วง 3 เดือน	5 (23.8)
ดื่ม 1-2 ครั้งต่อเดือน	1 (4.8)
ดื่มทุกสัปดาห์	1 (4.8)
ดื่มเกือบทุกวันหรือทุกวัน	0 (0)
การใช้สารเสพติด	
ไม่ใช้	20 (95.2)
ใช้	1 (4.8)
จำนวนครั้งที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย	
ไม่เคย	6 (28.6)
1-2 ครั้ง	7 (33.1)
3-5 ครั้ง	5 (23.8)
มากกว่า 5 ครั้ง	2 (9.5)
วิธีที่เคยใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย	
กินยาเกินขนาด	9 (42.9)
ใช้ของมีคม	4 (19.0)
กินสารเคมี	3 (14.3)
กระโดดน้ำ	2 (9.5)
แขวนคอ	1 (4.8)
กระโดดตึก	1 (4.8)
ใช้อาวุธปืน	1 (4.8)
รมควัน	1 (4.8)

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนแบบสอบถามก่อนและหลังการให้การดูแลด้วยบัตรรับมือกับปัญหา

	Pretest		Posttest		Difference		t	df	p-value	effect size
	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD				
PHQ-9	18.67	5.93	15.81	4.718	-2.86	4.54	2.883	20	.009 ^a	0.629
	Median	IQR	Median	IQR						
DSI-SS	5	3	4	3	-.95	3.11	1.405	20	.0245 ^b	0.301
SSI-Thai 2014	17	9	13	12	-2.62	5.78	2.081	20	.086 ^b	0.454

^ap-value < .05

^aใช้สถิติ paired t-test สำหรับตัวแปรแบบ parametric

^bใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test สำหรับตัวแปรแบบ nonparametric

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้เข้าร่วมเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายโดยมีสัดส่วนเป็นเพศหญิงร้อยละ 85.70 คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้าในภูมิภาคเอเชียทั้งของ Chen และคณะ⁶ และ Wang และคณะ⁷ ซึ่งมีสัดส่วนเพศหญิงเท่ากับร้อยละ 68.01 และ 73.0 ตามลำดับ โดยอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมงานวิจัยนี้เท่ากับ 30.48 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สอดคล้องกับช่วงอายุที่พบการฆ่าตัวตายได้มากที่สุดจากสถิติของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2562²

แนวโน้มคะแนนหลังการให้การรักษาด้วยบัตรรับมือกับปัญหาลดลงทั้ง PHQ-9, DSI-SS และ SSI-Thai 2014 โดยคะแนน PHQ-9 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบก่อนและหลังการให้การดูแลรักษาด้วยบัตรรับมือกับปัญหาด้วย effect size ขนาดปานกลาง ขณะที่ DSI มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมี effect size ขนาดเล็ก และ SSI มีความแตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติโดยมี effect size ขนาดเล็ก ซึ่งแนวโน้มการลดลงของคะแนนนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Bryan และคณะ⁸ ที่พบว่าการใช้บัตรรับมือกับปัญหามีความสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนน Beck scale for suicide ideation โดยมีแนวโน้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระยะเวลา 1 เดือน 3 เดือนและ 6 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ใช้บัตร อย่างไรก็ตาม การศึกษาปัจจุบันติดตามผลที่ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ดังนั้นการติดตามผลในระยะเวลายาวมากขึ้นยังคงเป็นสิ่งที่ควรศึกษาต่อไป

การลดลงของคะแนนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้านี้อาจเกิดจากกระบวนการของบัตรรับมือกับปัญหาในการสอนให้ใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อจัดการกับอารมณ์ด้านลบ ความคิดด้านลบและความคิดฆ่าตัวตาย จึงช่วยลดผลกระทบของความคิดด้านลบและลดอารมณ์เศร้าไปพร้อมๆ กัน

สัดส่วนของผู้ที่เข้าร่วมวิจัยที่ยังเก็บบัตรไว้และยังจำเนื้อหาในบัตรได้ในการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับในการ

ศึกษาของ Bryan และคณะ¹⁶ ซึ่งสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงในการยังเก็บบัตรไว้อาจอธิบายได้จากรูปแบบของบัตรที่ถูกออกแบบมาให้คงทนและมีขนาดที่พกในกระเป๋าสะดวกได้ในทั้งสองการศึกษา และการที่จำได้อาจเกิดจากกระบวนการที่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมช่วยคิดวิธีการจัดการของตนเองมากโดยให้ผู้ให้บริการเป็นเพียงผู้ถามคำถามเพื่อชวนให้ทบทวนและคิด ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นที่ผู้ใช้บัตรบางคนคิดว่าไม่จำเป็นต้องหยิบบัตรขึ้นมาใช้เพราะจำได้อยู่แล้ว

การศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของระดับคะแนน SSI ในกลุ่มที่ใช้และไม่ได้ใช้งานบัตร ผลส่วนนี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Bryan และคณะ¹⁶ ซึ่งพบว่ากลุ่มที่ได้รับบัตรแต่ไม่ได้ใช้งานบัตรเป็นกลุ่มที่มีระดับของความคิดฆ่าตัวตายที่รุนแรงน้อยกว่ากลุ่มที่ใช้บัตร ความแตกต่างของผลในประเด็นนี้คิดว่าอาจอธิบายจากลักษณะตั้งต้นของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาปัจจุบันที่พบระดับคะแนน SSI ตั้งต้นสูงกว่าในการศึกษาดังกล่าวของ Bryan และคณะ¹⁶ อีกทั้งจากการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งในการศึกษาปัจจุบันได้ใช้งานบัตรโดยใช้วิธีในบัตรแต่ไม่ได้หยิบบัตรมาใช้งาน อาจทำให้ตัวเลขสถิติของการใช้งานบัตรตรงนี้คลาดเคลื่อนได้ ดังนั้นรายละเอียดพฤติกรรมในการใช้งานบัตรอาจเป็นสิ่งที่ควรศึกษาอย่างละเอียดต่อไป คำอธิบายอื่นๆ ที่อาจเป็นไปได้ ได้แก่ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดไม่ใหญ่เพียงพอที่จะตรวจพบความแตกต่าง

ด้านการใช้งานบัตร วิธีในบัตรที่ผู้ป่วยได้ใช้ได้แก่การทำสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจและการติดต่อบุคคลที่สามารถพูดคุยด้วยได้ ซึ่งสอดคล้องไปตามเนื้อหาของบัตรรับมือกับปัญหานี้ มีผู้เข้าร่วมวิจัย 1 รายที่มาห้องฉุกเฉินด้วยความคิดฆ่าตัวตายซึ่งเป็นหนึ่งในวิธีการตามขั้นตอนในบัตร ซึ่งการได้ใช้วิธีเหล่านี้สอดคล้องกับการที่ความคิดเห็นของผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่คิดว่าบัตรช่วยรับมือกับปัญหามีประโยชน์โดยพบว่าส่วนของบัตรที่มีประโยชน์มากที่สุดคือส่วนที่ย้ำเตือนถึงวิธีการในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายรวมถึงสิ่งที่เบี่ยงเบนความสนใจ

อุปสรรคที่สำคัญในการใช้งานบัตร ได้แก่ ไม่ได้พกบัตรไว้กับตัวในภาวะวิกฤติ ไม่ได้นึกถึงว่าต้องใช้วิธีในบัตร ซึ่งการเพิ่มส่วนการฝึกทักษะความรู้สึกตัวทั้งกับอารมณ์และความคิด อาจเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยเตือนให้นึกถึงบัตรและการใช้วิธีในบัตรบ่อยมากขึ้น นอกจากนี้การใช้วิธีต่างๆ ในการเตือนความจำ เช่น การมีแผ่นเตือนความจำแปะไว้ในบริเวณที่เห็นได้ง่ายเพื่อช่วยเตือนให้หยิบบัตรมาใช้ ก็อาจช่วยเตือนให้นึกถึงการใช้น้บัตรได้มากขึ้น ข้อเสนอแนะในการพัฒนาที่สำคัญอีกประการคือการปรับปรุงรูปแบบของบัตรเป็นแบบดิจิทัลหรือ smartphone application เพื่อจะได้พกสะดวกมากขึ้นและเหมาะกับวิถีชีวิตในยุคปัจจุบัน อีกทั้งสามารถตั้งระบบแจ้งเตือนให้อ่านหรือให้ใช้งานได้ด้วย

การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ดังนี้ ประการแรกคือรูปแบบของการศึกษาที่มีเพียงกลุ่มที่ใช้บัตรแต่ไม่ได้เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมเพื่อเปรียบเทียบ เนื่องจากการศึกษานี้ได้เก็บข้อมูลในช่วงต้นปี พ.ศ.2563 ท่ามกลางสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 และมีการลดจำนวนผู้ป่วยนอก จึงทำให้จำนวนผู้ที่สามารถเข้าร่วมวิจัยลดลงจนไม่สามารถเก็บได้ครบตามจำนวนเดิมของรูปแบบ Randomized controlled trial จึงจำเป็นต้องแก้ไขรูปแบบในการวิจัยเหลือเพียงกลุ่มที่ใช้บัตรเพียงกลุ่มเดียว นอกจากนี้รูปแบบการประเมินซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบเองและการวัดผลด้านพฤติกรรมและการฆ่าตัวตายจากการทบทวนเวชระเบียนอาจมีผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลกรณีและผู้เข้าร่วมวิจัยบางคนต้องการปกปิดพฤติกรรมหรือความคิดฆ่าตัวตาย ระยะเวลาของการทำการศึกษานี้ 4 สัปดาห์ทำให้ได้ข้อมูลเพียงระยะสั้นและยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่ข้อสรุปเกี่ยวกับผลของใช้บัตรรับมือกับปัญหาและพฤติกรรมฆ่าตัวตายในระยะยาวได้ สุดท้ายอาจมีปัจจัยกวนต่างๆ ที่อาจส่งผลต่ออาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งยังไม่ได้รับการควบคุม ได้แก่ ปัจจัยด้านยาทางจิตเวชที่ใช้รักษาภาวะซึมเศร้า เป็นต้น

ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาต่อเกี่ยวกับผลระยะยาวของการใช้บัตรรับมือกับปัญหา รวมทั้งรายละเอียดกลไกเพื่ออธิบายว่าบัตรนี้จึงส่งผลต่อความคิดฆ่าตัวตายอย่างไรบ้าง

สรุป

จากประสบการณ์ของการใช้บัตรรับมือกับปัญหาของอาสาสมัครจากกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย พบว่าบัตรนี้อาจช่วยในการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายแต่ยังไม่สามารถระบุได้แน่ชัดว่าการที่แนวโน้มคะแนน PHQ-9, DSI-SS, SSI -Thai 2014 ลดลงเป็นผลจากบัตรโดยตรง จุดเด่นของวิธีนี้คือใช้เวลาสั้น ทำได้ง่าย บุคลากรที่ไม่จำเป็นต้องได้รับการอบรมที่ซับซ้อนมากนัก จึงเอื้ออำนวยต่อการใช้ในสถานการณ์ที่มีเวลาและทรัพยากรบุคคลที่จำกัด ประโยชน์ของบัตรนี้จากประสบการณ์ของผู้ใช้คือช่วยเตือนอย่างเป็นรูปธรรมให้ผู้ป่วยใช้วิธีการจัดการกับความคิดฆ่าตัวตายตามลำดับขั้น ซึ่งพบว่าอาสาสมัครส่วนใหญ่จำวิธีในบัตรได้และได้ใช้วิธีในบัตรแม้อาจไม่ได้หยิบตัวบัตรขึ้นมาอ่าน อุปสรรคที่สำคัญได้แก่การพกพาและการเตือนให้นึกถึงบัตรในภาวะวิกฤติ ซึ่งผู้ใช้เสนอแนะให้ปรับปรุงเป็นรูปแบบ smartphone application เพื่อให้สะดวกต่อการพกพาและเพิ่มระบบการเตือนให้เข้ามาใช้งาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.พญ. ธนาวดี ประชาสันต์ อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่ได้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้ คุณภัทรพร วิสาจันทร์ นักปฏิบัติการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ได้ให้คำปรึกษาเรื่องสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่หน่วยตรวจแผนกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Suicide rates: World Organization; 2020. [Cited 1 Dec 2020] [Available from: https://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/].
2. Department of Mental Health T. Report on Suicide rate in 100,000 population: The National Data Suicide Rates Thailand; 2560 [Cited 1 Dec 2020]. Available from: <http://www.dmh.go.th/plan/suicide>.
3. Rihmer Z. Suicide risk in mood disorders. *Curt OpinPsychiatr*. 2007; 20(1): 17-22.
4. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal ideation and attempts among psychiatric patients with major depressive disorder. *The Journal of ClinicalPsychiatr*. 2003; 64(9): 1094-100.
5. Wenzel A, Jager-Hyman S. Cognitive Therapy for Suicidal Patients: Current Status. *Behav Ther (N Y N Y)*. 2012; 35(7): 121-30.
6. Chen WJ, Ho CK, Shyu SS, Chen CC, Lin GG, Chou LS, et al. Employing crisis postcards with case management in Kaohsiung, Taiwan: 6-month outcomes of a randomised controlled trial for suicide attempters. *BMCyPsychiatr*. 2013; 13: 191.
7. Wang YC, Hsieh LY, Wang MY, Chou CH, Huang MW, Ko HC. Coping Card Usage can Further Reduce Suicide Reattempt in Suicide Attempter Case Management Within 3-Month Intervention. *Suicide Life Threat Beha*. 2016; 46(1): 106-120.
8. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, et al. Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Int J Affect Disor*. 2017; 212: 64-72.
9. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed,(201).
10. Rosner B. Fundamentals of biostatistics: Seventh edition. Boston : Brooks/Cole, Cengage Learning, [2011] ©2011; 2011.
11. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMCyPsychiatry*. 2008; 8: 46.
12. Kittiteerasack P MK. Psychometric properties of the scale for suicide Ideation, Thai version (SSI-Thai Version 2014). *J Psychiatr Ment Health Nur*. 2015;29(1): 93-102.
13. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Am J Orthopsychiat*. 1979; 47(2): 343-352.
14. Suh S, Ryu H, Chu C, Hom M, Rogers ML, Joiner T. Validation of the Korean Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale. *Psychiatry Invest*. 2017; 14(5): 577-584.
15. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health* 2005; 8(2): 94-104.
16. Bryan CJ, May AM, Rozek DC, Williams SR, Clemans TA, Mintz J, et al. Use of crisis management interventions among suicidal patients: Results of a randomized controlled trial. *Depress Anxiet*. 2018; 35(7): 619-628.