

การศึกษานำร่องเรื่องผลของการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี

พิชญ์ โชคบุญธิยานนท์*, ธนิตา ตันตระกูลโรจน์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทำการศึกษานำร่องเกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา (coping card application) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ตลอดจนความปลอดภัย และความสะดวกในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 13 ราย โดยได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และทำแบบประเมินต่างๆ ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป, Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย, Scale for Suicidal Ideation ฉบับภาษาไทย (SSI-Thai 2014) และ Depressive Symptom Index-Suicidality (DSI-SS) ฉบับภาษาไทย ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มทดลองได้รับการอธิบายวิธีการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหาและการฝึกหายใจลึก ผู้เข้าร่วมวิจัยกลุ่มควบคุมได้รับการฝึกหายใจลึก และทำแบบประเมินอีกครั้งที่ 1 และ 4 เดือนหลังเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความต่างของคะแนนจากแบบประเมินต่างๆ ระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ median regression analysis

ผลการศึกษา ค่าเฉลี่ยของแบบประเมิน PHQ-9, SSI-Thai 2014 และ DSI-SS ลดลงอย่างต่อเนื่องทั้งสองกลุ่มการศึกษา โดยเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของทั้งสองการศึกษา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลองในทุกครั้ง ยกเว้นคะแนน PHQ-9 ในเดือนที่ 0 และเดือนที่ 4 และคะแนน DSI-SS ในเดือนที่ 4 ผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับโปรแกรมประยุกต์ และใช้งานเมื่อต้องการใช้ยามจำเป็น การใช้บัตรสร้างกำลังใจเป็นจุดประสงค์หลักของผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ ในขณะที่ไม่มีผู้ใช้งานด้วยจุดประสงค์ในการหาเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ส่วนของการทำงานที่ผู้ใช้งานมองว่าเป็นประโยชน์มากที่สุดได้แก่ บัตรรับมือกับปัญหา และภาพสิ่งที่สำคัญ และเสนอข้อแนะนำให้ปรับปรุงให้มีความสบายตาและเพิ่มระบบการแจ้งเตือน

สรุป คะแนนความเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าลดลงหลังการใช้งานโปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นผลจากโปรแกรมประยุกต์เพียงปัจจัยเดียวหรือไม่ ผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์ให้ดูสบายตาและจัดให้มีระบบแจ้งเตือน

คำสำคัญ บัตรรับมือกับปัญหา โปรแกรมประยุกต์ ความคิดฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยซึมเศร้า

Corresponding author: ธนิตา ตันตระกูลโรจน์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: thanita.hin@mahidol.edu

วันรับ: 29 ธันวาคม 2565 วันแก้ไข: 17 กุมภาพันธ์ 2566 วันตอบรับ: 26 กุมภาพันธ์ 2566

The Usage of Coping Card Application in Depressive Patients with Suicidal Ideation in Psychiatric Outpatient Setting of Ramathibodi Hospital: A Pilot Study

Pitch Chokboontiyanon*, Thanita Tantrarungroj*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To perform the pilot study about utilization of coping card application in patients with major depressive disorder with suicidal ideation. Also, this research aims to study the safety and convenience of the application.

Methods: This study is a randomized controlled trial in 13 patients with major depressive disorder with suicidal ideation in outpatient department, Ramathibodi hospital. The data from the questionnaire for basic information of the participants, the patient health questionnaire (PHQ-9), the scale for suicidal ideation (SSI-Thai), and the depressive symptom index-suicidality (DSI-SS) were collected. The participants in the intervention group receive the instruction about the usage of coping cards application and deep breath exercise instruction while the participants in the control group receive the deep breath exercise instruction. After that, the PHQ-9, the SSI-Thai, and the DSI-SS, were assessed at 1 month and 4 months later. Median regression analysis was used to analyze the differences between the two study groups using all three time points.

Results: The mean score of PHQ-9, SSI-Thai 2014 and DSI-SS continuously decreased from baseline to 4 months in both groups. The mean difference of the control and intervention group found that all except the PHQ-9 at 0 and 4 months and DSI-SS at 4 months, the mean scores from the control group are higher than in the intervention group without statistical significance. Most application users are satisfied with the application. They only use the application in emergency conditions and the coping statements are the main reason to use the application. There were no participants using the application for emergency calls. The most beneficial parts are the coping card and important picture. The suggestions for the improvement of application are a more comfortable interface, more easy-to-read fonts, and notification system.

Conclusion: the coping card application decreasing scores of depressed mood and suicidal thought without statistically significant. Most users are satisfied with the application and suggest improving the user interface and notification system.

Key words: Coping card, application, suicidal ideation, major depressive disorder

Corresponding author: Thanita Tantrarungroj

E-mail: thanita.hin@mahidol.edu

Received 29 December 2022 Revised 17 February 2023 Accepted 26 February 2023

บทนำ

การฆ่าตัวตายและโรคซึมเศร้า เป็นปัญหาใหญ่ที่พบในหลายประเทศ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายทั่วโลกในปี 2019 เป็น 10.6 รายต่อแสนประชากร และ 13.2 รายต่อแสนประชากรในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹ ในส่วนของประเทศไทยนั้น จากการศึกษาในปี 2020 พบว่ามีอัตราการฆ่าตัวตาย 7.37 รายต่อแสนประชากร² โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) พบว่ามีความชุกของการฆ่าตัวตายตลอดช่วงชีวิตถึงร้อยละ 31³

หนึ่งในการช่วยเหลือยามวิกฤติเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตามทฤษฎีความคิดและพฤติกรรมบำบัด (cognitive behavior therapy-CBT) ซึ่งเป็นการบำบัดที่อิงตามหลักการของ CBT model นั่นคือ สภาพแวดล้อมจะมีปฏิสัมพันธ์กับระบบภายในตัวมนุษย์ ได้แก่ ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และร่างกาย⁴ คือการใช้บัตรรับมือกับปัญหา (coping card) ซึ่งเป็นบัตรกระดาษที่เขียนวิธีการรับมือเมื่อมีความคิดหรืออารมณ์ด้านลบเกิดขึ้น เช่น อารมณ์เศร้า ความคิดอยากตาย และเพื่อสร้างความหวังในการมีชีวิตอยู่⁵ โดยบัตรรับมือกับปัญหาสามารถนำมาใช้ในการบำบัดแบบ CBT ตั้งแต่ช่วงต้นๆ โดยใช้เป็นเครื่องมือสรุปสิ่งที่ได้พูดคุยในชั่วโมงบำบัด เพื่อใช้ในการรับมือกับความคิดหรืออารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้นนอกชั่วโมงบำบัด⁶ จากการศึกษาเกี่ยวกับการใช้บัตรรับมือกับปัญหาพบว่าช่วยลดพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และเพิ่มระยะเวลาก่อนจะฆ่าตัวตายซ้ำในกลุ่มที่มีความเสี่ยงได้⁷

สำหรับประเทศไทยจากการศึกษาผลของการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายพบว่าคะแนน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DSI-SS) และ Scale for Suicidal Ideation (SSI-Thai) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้กล่าวถึงข้อพัฒนาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้บัตรช่วยรับมือกับปัญหา คือการเปลี่ยนไปใช้รูปแบบที่สามารถพกพาได้ง่าย เช่นในรูปแบบโปรแกรมประยุกต์ (application)⁸ จากการศึกษาพบว่ามีการใช้โปรแกรมประยุกต์ในการให้การดูแลสุขภาพจิตในด้านต่างๆ เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมาก และใช้ในบริบทที่หลากหลาย เช่น การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิต การติดตามภาวะอารมณ์ การติดตามการรับประทานยา เป็นต้น ซึ่งช่วยให้ผู้ใช้บริการได้รับความสะดวก และส่งผลเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา⁹

สำหรับโปรแกรมประยุกต์ที่เกี่ยวข้องกับการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน พบว่ายังมีไม่มากนัก โดยเฉพาะโปรแกรมประยุกต์ที่มีผลการศึกษาวิจัยรองรับมีเพียง 6 รายการเท่านั้น¹⁰⁻¹⁵ โดยหนึ่งในการศึกษาเหล่านั้นยังพบว่า การใช้โปรแกรมประยุกต์มีผลในการลดความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตายและความเศร้าน้อยกว่าการรักษาตามปกติ¹³ อย่างไรก็ตามการศึกษาทั้งหมดเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อทำการศึกษารูปแบบนำร่องเกี่ยวกับผลของการใช้งานบัตรรับมือกับปัญหาในรูปแบบโปรแกรมประยุกต์ต่อความคิดฆ่าตัวตาย และอารมณ์เศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ตลอดจนความปลอดภัย ความสะดวกในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อ 10 พฤศจิกายน 2564 (รหัสโครงการ COA. MURA2021/870)

กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2564 ถึงพฤศจิกายน 2565 โดยเกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายที่มีอายุตั้งแต่ 18 - 60 ปี ที่ได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี 2) สามารถใช้งานโทรศัพท์สมาร์ทโฟน (smartphone) ในระบบ android หรือ iOS ที่สามารถใช้งานโปรแกรมประยุกต์ได้ 3) มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย 4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยการลงนาม และเกณฑ์การคัดเลือกรับออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1. ผู้เข้าร่วมวิจัยที่รับการรักษา หรือเคยมีประวัติ การรักษาโรคอารมณ์สองขั้วหรือโรคจิตเภท 2. ไม่สามารถติดตามการรักษาในระยะเวลา 4 เดือน 3. ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินว่ามีความเสี่ยงสูงในการฆ่าตัวตายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือรับการส่งต่อ 4. ปฏิเสธหรือขอถอนตัวจากโครงการวิจัย

จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวนจากสูตรการวิจัยแบบคู่ขนาน (Parallel design) เพื่อเปรียบเทียบความเหนือกว่าด้านสถิติ (Superiority trail)¹⁶ กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 (type I error rate) ที่ร้อยละ 5 ($\alpha = 0.05$) และค่าความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 2 (type II error rate) ที่ร้อยละ 20 ($\beta = 0.20$) อัตราส่วนระหว่างกลุ่มทดลอง (intervention group) และกลุ่มควบคุม (control group) เป็น 1:1 จากการศึกษาของ McCall และ Holi ที่มีการศึกษาคะแนนที่เปลี่ยนแปลงจนมีความสำคัญทางคลินิก กำหนดค่า margin of difference = 0.3^{17,18} ได้ และปรับขนาดของกลุ่มเพิ่มร้อยละ 20 กรณีข้อมูลสูญหายหรือน้อยกว่ากำหนด (drop rate) จึงได้ขนาดตัวอย่างในการศึกษา 34 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน

การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้ให้คำชี้แจงรายละเอียดโครงการ อธิบายข้อมูล และแจกเอกสารเกี่ยวกับงานวิจัยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตัดสินใจก่อนการเข้าร่วมวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัยยินยอมจึงตอบแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมงานวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ สถานะสมรส การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด และข้อมูลพฤติกรรมความเสี่ยงฆ่าตัวตาย

2. แบบสัมภาษณ์ตามแนวทางการสัมภาษณ์ผู้ป่วยในด้านความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งเป็นความเสี่ยงต่ำ ปานกลาง และความเสี่ยงสูง ซึ่งพิจารณาจากปัจจัยต่างๆ ได้แก่ สภาพแวดล้อม (scene) ความรุนแรงของอาการซึมเศร้า (severity) เหตุกระตุ้น (stressor) ปัจจัยช่วยเหลือ (supporting system) และความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย (intention to die)

3. แบบประเมิน Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ฉบับภาษาไทย เป็นเครื่องมือที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบด้วยตนเอง (self-report) ประกอบด้วยคำถาม 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 0.79¹⁹

4. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicidal ideation-Thai 2014) เป็นเครื่องมือที่ปริศกิตติธีระศักดิ์ และเกสร มัยจิ้น²⁰ พัฒนาและแปลมาจากแบบประเมิน scale for suicide Ideation (SSI) ของ Beck และคณะ²¹ 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 และมีค่าอำนาจการจำแนกรายชื่อมากกว่า 2

5. แบบประเมิน Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DSI-SS) เป็นเครื่องมืออย่างสั้นที่ถูกพัฒนาเพื่อการคัดกรองความคิดฆ่าตัวตาย ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ แต่ละข้อแบ่งเกณฑ์เป็น 0 - 3 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0 - 12 โดยคะแนนที่สูงสะท้อนถึงระดับความรุนแรงของความคิดฆ่าตัวตายที่มาก²² มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93²³ โดย DSI-SS ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและนำมาใช้ในงานวิจัยของ พลอยไพลิน โพธิ์เพียรทอง⁸

6. แบบสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานโปรแกรมประยุกต์ตัวรับมือกับปัญหา แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์ตัวรับมือกับปัญหา ประกอบด้วย ความพึงพอใจ ความถี่ในการใช้งาน จุดประสงค์ในการใช้ ส่วนที่เป็นประโยชน์ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ประเมินโดยใช้มาตรวัดของลิเคิร์ต (likert scale) การให้เลือกคำตอบ และให้เขียนประเมินโดยอิสระ

กระบวนการ

ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกรายได้รับการแนะนำเกี่ยวกับงานวิจัยจากแพทย์เจ้าของไข้ หลังจากนั้นจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อนัดหมายการชี้แจงรายละเอียดงานวิจัย รวมถึงได้รับจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (email) เอกสารชี้แจงข้อมูลงานวิจัยก่อนวันนัดหมายจริงโดยผู้วิจัยได้ใช้การสุ่มแบบง่าย (simple randomization) ในการแบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นสองกลุ่มตามเลขลงท้ายของหมายเลขประจำตัวผู้ป่วยของโรงพยาบาล โดยกลุ่มลงท้ายด้วยเลขที่ถูกต้องเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มลงท้ายด้วยเลขคู่เป็นกลุ่มควบคุม

ในวันนัดหมาย ผู้วิจัยติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัยผ่านทางโทรศัพท์ เพื่ออธิบายวิธีการเข้าร่วมวิจัย กระบวนการในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การทำแบบประเมิน ความเสี่ยงที่อาจเกิดในการเข้าร่วมงานวิจัย เมื่อผู้ร่วมวิจัยตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย แบบประเมิน PHQ-9 แบบประเมิน SSI-Thai 2014 และแบบประเมิน DSI-SS ฉบับภาษาไทยทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อผู้เข้าร่วมวิจัยทางโทรศัพท์เพื่อแนะนำการฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย (relaxation techniques) ด้วยการฝึกหายใจลึกในกลุ่มควบคุม และแนะนำการใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา (coping card application) ร่วมกับการแนะนำการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจลึกในกลุ่มทดลอง โดยทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการติดตามการรักษาจากแพทย์ประจำตัวตามปกติ

โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา เป็นโปรแกรมประยุกต์ที่พัฒนาโดยผู้วิจัยโดยใช้เครื่องมือจากเว็บไซต์ Thunkable เป็นโปรแกรมประยุกต์ที่สามารถใช้งานในโทรศัพท์สมาร์ตโฟนทั้งระบบ ios และ android ประกอบด้วย 1) การตรวจสอบสภาพอารมณ์ก่อนการใช้งาน 2) สัญญาณเตือน 3) สิ่งที่สำคัญมากที่สุดในชีวิต 4) ข้อความสร้างกำลังใจ 5) บัตรรับมือกับปัญหาที่ได้รับการปรับเปลี่ยนจากบัตรรับมือกับปัญหาในรูปแบบแผ่นกระดาษ 6) ปุ่มติดต่อสายด่วนสุขภาพจิต 7) ปุ่มติดต่อห้องฉุกเฉิน 8) ปุ่มติดต่อสายด่วนคลายทุกข์ สะมาริตันส์ 9) ปุ่มค้นหาโรงพยาบาลใกล้ฉัน 10) ปุ่มตอบเครื่องมือวิจัยเพื่อประเมินอารมณ์เศร้าและความคิดอยากตาย 11) ปุ่มตอบประเมินโปรแกรมประยุกต์ 12) ข้อความรหัสงานวิจัยของตน

การฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย ประกอบด้วยการฝึกหายใจลึกโดยผู้วิจัยอธิบายการหายใจลึกและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลองทำตามไปด้วยระหว่างการทำทบทวนทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการหายใจลึก

การฝึกหายใจลึกเป็นประจำสามารถช่วยในการผ่อนคลายความตึงเครียด ช่วยเรื่องการนอนหลับให้ดีขึ้น และมีสมาธิมากขึ้น

วิธีการฝึกหายใจลึก

1. หาสถานที่ในการฝึกหายใจ เช่น บนเตียงนอน เก้าอี้บนพื้นที่สบายและปลอดภัย สามารถฝึกได้ทั้งในท่านั่ง ท่านอน หรือท่าที่ทำให้รู้สึกสบายและผ่อนคลาย โดยมีหมอน เบาะ หรือหมอนอิงเพื่อวางศีรษะและคอ

2. หายใจเข้าลึกผ่านทางจมูก ให้ลมเข้าสู่ท้อง อย่างช้าและลึก

3. หายใจออกผ่านทางจมูกช้าๆ

4. วางมือข้างหนึ่งที่หน้าท้อง และอีกข้างไว้ที่หน้าอก

5. ในขณะที่หายใจเข้า พยายามสัมผัสท้องว่าท้องมีการขยายออกมากขึ้น และขณะที่หายใจออกใช้มือสัมผัสว่าท้องลดขนาดเล็กลง

6. พยายามให้มืออีกข้างที่สัมผัสหน้าอก มีการเคลื่อนไหวน้อยกว่าท้อง

7. สามารถหลับตาได้เมื่อฝึกหายใจลึก

8. สามารถนับเลขซ้ำๆ ขณะฝึกได้ เช่น เข้า 1 2 3 4 ออก 1 2 3 4

9. พยายามฝึกเป็นประจำทุกวันเมื่อมีเวลาว่าง

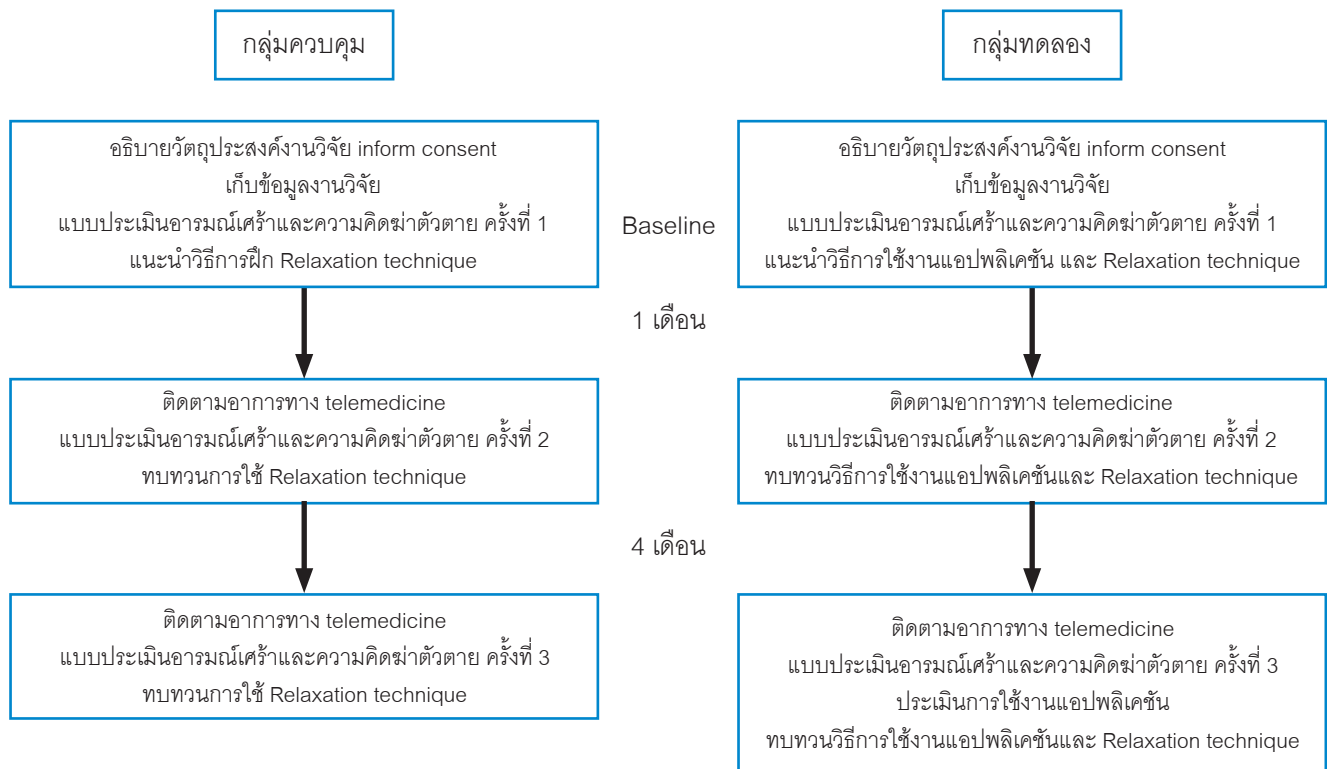
คำแนะนำการฝึกหายใจลึก

การฝึกหายใจลึกที่ได้ผลควรฝึกเป็นประจำทุกวันสม่ำเสมอ และทำได้อบยเท่าที่มีโอกาสทำได้ นอกจากนี้การหายใจลึกในยามที่มีภาวะกังวล หรืออยู่ภายใต้สถานการณ์เคร่งเครียด สามารถลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น อาการปวดเมื่อย อาการเกร็งกล้ามเนื้อได้

ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับการติดต่อทางโทรศัพท์เพื่อติดตามผลครั้งแรกในระยะเวลา 1 เดือน และครั้งที่สองที่ระยะเวลา 4 เดือนหลังจากเข้าร่วมวิจัย เพื่อทบทวนการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายด้วยการฝึกหายใจลึก และการประเมินความเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย โดยในกลุ่มทดลองจะได้รับการประเมินเพิ่มเกี่ยวกับอุปสรรค และทบทวนการใช้โปรแกรมประยุกต์ และในครั้งที่สองจะมีแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์และงานวิจัยด้วย ดังแสดงตามแผนภูมิที่ 1

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS (v.16.1) โดยลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และคะแนนจากแบบประเมินต่างๆ ที่ใช้ในงานวิจัย นำเสนอในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean) ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) มัธยฐาน (median) และพิสัย (range) และเปรียบเทียบลักษณะทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ fisher's exact test สำหรับข้อมูลตัวแปรเชิงกลุ่ม (categorical variable) และสถิติ student t-test สำหรับข้อมูลตัวแปรต่อเนื่อง (continuous variables) และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนจากแบบประเมินต่างๆ ระหว่างกลุ่มในแต่ละช่วงเวลาด้วยสถิติ median regression analysis



แผนภูมิ 1 แสดงกระบวนการแนะนำ และติดตามอาการของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตั้งแต่เข้าร่วมการศึกษาจนครบที่ 4 เดือน หลังเข้าร่วมการศึกษา

ผลการศึกษา

จากการคำนวณขนาดตัวอย่างในการศึกษา 34 คน (กลุ่มทดลอง 17 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน) เมื่อทำการศึกษานี้ในระยะเวลา 1 ปี สามารถรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกได้รวม 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 8 คน และกลุ่มควบคุม 8 คน ในจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด มี 3 รายที่เข้ารับการสัมภาษณ์และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย แต่ทำแบบประเมินความเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายไม่ครบ 3 ครั้ง จึงตัดออกจากงานวิจัย เหลือผู้เข้าร่วมวิจัย 13 คน โดยเป็นกลุ่มทดลอง 6 คน และกลุ่มควบคุม 7 คน ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย ดังแสดงใน **ตารางที่ 1**

คะแนนแบบประเมินอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

เนื่องจากการกระจายตัวของคะแนนในช่วงเวลาเดือนที่ 0 และเดือนที่ 4 มีการกระจายที่มีการแจกแจงไม่ปกติ (non-normal distribution) จึงใช้ค่ามัธยฐานและพิสัยในการนำเสนอข้อมูล และเมื่อเปรียบเทียบค่ามัธยฐาน และพิสัยคะแนนแบบประเมิน PHQ, DSI-SS และ SSI ระหว่างกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม พบว่าแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

เมื่อวิเคราะห์ค่าความต่างคะแนนมัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง พบว่าค่าความต่างมัธยฐานคะแนน SSI และ DSISS ของกลุ่มควบคุมมากกว่ากลุ่มทดลอง และค่าความต่างมัธยฐานคะแนน PHQ-9 ของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยไม่มีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

ความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์

จากการตอบแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์ที่บรรจบมือกับปัญหาจากผู้เข้าร่วมงานวิจัยกลุ่มทดลอง พบว่าผู้ใช้งานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจกับโปรแกรมประยุกต์ โดยพบว่าร้อยละ 100 มีความพอใจในระดับมากและมากที่สุด ผู้ใช้งานส่วนใหญ่ใช้งานโปรแกรมประยุกต์เมื่อต้องการใช้ยามจำเป็นเท่านั้น การให้บรรจงกำลังใจเป็นจุดประสงค์หลักของผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ ในขณะที่ไม่มีผู้ใช้งานด้วยจุดประสงค์ในการหาเบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน ส่วนของการทำงานที่ผู้ใช้งาน

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 13	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
อายุเฉลี่ย (ปี) Mean ± SD	31.46 ± 11.70	30.29 ± 11	32.83 ± 13.39	0.713
เพศ				
หญิง	11 (84.6)	5 (71.4)	6 (100)	0.46
ชาย	2 (15.4)	2 (28.6)	0 (0)	
สถานภาพ				
โสด	8 (61.5)	5 (71.4)	3 (50)	0.755
แต่งงาน	2 (15.4)	1 (14.3)	1 (16.7)	
หม้าย	3 (23.1)	1 (14.3)	2 (33.3)	
การศึกษา				
มัธยมศึกษา	2 (15.4)	1 (14.3)	1 (16.7)	0.755
ปริญญาตรี	7 (53.8)	3 (42.8)	4 (66.6)	
สูงกว่าปริญญาตรี	4 (30.8)	3 (42.8)	1 (16.7)	
อาชีพ				
นักศึกษา	4 (30.8)	3 (42.8)	1 (16.7)	0.685
เอกชน	5 (38.5)	2 (28.6)	3 (50)	
ข้าราชการ	3 (23.1)	2 (28.6)	1 (16.7)	
เกษียณ	1 (7.7)	0 (0)	1 (16.7)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 10,000	5 (38.5)	3 (42.8)	2 (33.3)	1.00
10,000 - 19,999	1 (7.7)	1 (14.3)	0 (0)	
20,000 - 29,999	3 (23.1)	1 (14.3)	2 (33.3)	
30,000 - 39,999	4 (30.8)	2 (28.6)	2 (33.3)	
การดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่ดื่ม	11 (84.6)	5 (71.4)	6 (100)	0.462
ดื่ม 1 - 2 ครั้งในช่วง 3 เดือน	2 (15.4)	2 (28.6)	0 (0)	
การใช้สารเสพติด				
ไม่ใช้	13 (100)	7 (100)	6 (100)	N/A
ใช้	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

ตารางที่ 1 แสดงลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ) n = 13	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	p-value
การเคยพยายามฆ่าตัวตาย				
ไม่เคย	2 (15.4)	1 (14.3)	1 (16.7)	1.00
เคย	11 (84.6)	6 (85.7)	5 (83.3)	
จำนวนครั้งที่เคยพยายามฆ่าตัวตาย				
ไม่เคย	2 (15.4)	1 (14.3)	1 (16.7)	0.755
1 - 2 ครั้ง	6 (46.1)	3 (42.8)	3 (50)	
3 - 5 ครั้ง	4 (30.8)	3 (42.8)	1 (16.7)	
มากกว่า 5 ครั้ง	1 (7.7)	0 (0)	1 (16.7)	
วิธีที่เคยใช้ในการพยายามฆ่าตัวตาย				
ไม่เคย	2 (15.4)	1 (14.3)	1 (16.7)	1.00
ใช้ของมีคม	1 (7.7)	1 (14.3)	0 (0)	
แขวนคอ	3 (23.1)	1 (14.3)	2 (33.3)	
กินยาเกินขนาด	7 (7.7)	4 (57.1)	3 (50)	

มองว่าเป็นประโยชน์มากที่สุดได้แก่ บัตรรับมือกับปัญหา และ ภาพสิ่งที่สำคัญ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเกี่ยวกับระบบการทำงาน โปรแกรมประยุกต์คือ การจัดวางระบบการทำงานควรเพิ่มระยะห่าง มากกว่าเดิม อยากให้ระบบการทำงานมีความสบายตามากกว่านี้ อาจจะต้องเปลี่ยนแบบอักษร (font) ให้อ่านง่าย ดึงดูด และต้องการ ให้มีระบบที่ช่วยเตือนในการใช้งานโปรแกรมประยุกต์

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องเรื่องการใช้โปรแกรม ประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหาในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิด ฆ่าตัวตาย ในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบดี มีผู้เข้าร่วมเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยมีเพศหญิงร้อยละ 84.6 คล้ายกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{5,6} และอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วม งานวิจัยนี้คือ 31 - 46 ปี ซึ่งเป็นช่วงอายุที่สอดคล้องกับช่วงอายุ ที่พบการฆ่าตัวตายได้มากที่สุดจากสถิติกรมสุขภาพจิตปี 2563² และใกล้เคียงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้เช่นกัน⁶

จากผลคะแนนระดับอารมณ์เศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย ในแต่ละช่วงเวลาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนน เฉลี่ยของแบบประเมิน PHQ-9, SSI และ DSI-SS ของทั้ง 2 กลุ่ม

มีการลดลงอย่างต่อเนื่องที่เวลา 1 เดือน และ 4 เดือน โดย เมื่อพิจารณาความต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในแต่ละช่วงเวลา พบว่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองสูงกว่า กลุ่มควบคุมในทุกครั้ง โดยมีแนวโน้มลดลงจากเดือนที่ 0 เดือนที่ 1 และเดือนที่ 4 ทั้งสองกลุ่ม และค่าความต่างคะแนน มัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลอง สูงกว่า กลุ่มควบคุมในแบบประเมิน DSI-SS และ SSI โดยไม่มี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเมื่อเทียบกับ งานวิจัยก่อนหน้านี้ของพลอยไพรัตน์⁶ ที่ทำการศึกษาศึกษาโดยใช้ บัตรรับมือกับปัญหาพบว่ามีความแตกต่างลดลงจากก่อนและหลัง การใช้งานเช่นกัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Pauwels K⁸ ที่ทำการศึกษาศึกษาพบว่าการใช้โปรแกรมประยุกต์ทำให้คะแนน Beck Scale for Suicidal Ideation ลดลงเล็กน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญ โดยการวัดที่ก่อนและหลังการใช้งาน 1 สัปดาห์

จากการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีผลทำให้ค่าคะแนน ความคิดฆ่าตัวตายลดลงจากการใช้บัตรรับมือกับปัญหา พบว่า อาจเกิดจากการรับรู้สภาวะจิตใจของตนเอง การสนับสนุนให้เกิด การขอความช่วยเหลือ การแนะนำช่องทางความช่วยเหลือทางสังคม การให้ข้อมูลสายด่วนที่สามารถโทรขอความช่วยเหลือได้ 24 ชั่วโมง

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน และพิสัยคะแนนแบบประเมิน PHQ, DSI-SS, SSI เดือนที่ 0 เดือนที่ 1 และเดือนที่ 4 และค่าต่างมัธยฐานระหว่างความต่างคะแนนมัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุม ค่าความต่างคะแนนมัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลอง

	กลุ่มควบคุมมัธยฐาน (พิสัย)	กลุ่มทดลองมัธยฐาน (พิสัย)	ค่าต่างมัธยฐาน* มัธยฐาน (95%CI)	p-value
PHQ-9				
เดือน 0	15.5 (8, 24)	20 (4, 26)	3 (-8.26, 14.26)	0.562
เดือน 1	11 (9, 21)	18 (9, 20)		
เดือน 4	11.5 (6, 22)	7 (4, 25)		
SSI				
เดือน 0	15 (8, 21)	23 (20, 28)	-9 (-27.31, 9.31)	0.295
เดือน 1	9.5 (7, 17)	16 (11, 24)		
เดือน 4	7 (2, 22)	12 (0, 27)		
DSI-SS				
เดือน 0	4 (1, 6)	6 (5, 7)	-4 (-10.2, 2.2)	0.178
เดือน 1	2 (1, 5)	4 (0, 4)		
เดือน 4	2 (0, 6)	1 (0, 8)		

*ค่าต่างมัธยฐาน = ค่าความต่างคะแนนมัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มควบคุม - ค่าความต่างคะแนนมัธยฐานที่เดือนที่ 4 และเดือนที่ 0 ในกลุ่มทดลอง โดยการคำนวณด้วย median regression analysis, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SSI = Scale for Suicide Ideation; DSI-SS = Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale

ข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการพยาบาลใกล้เคียง ตลอดจนแนวทางการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายในหลายๆ แนวทาง⁵ ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการช่วยเหลือและรักษาได้สะดวกและรวดเร็วขึ้น

จุดเด่นของงานวิจัยโปรแกรมประยุกต์รับมือกับปัญหานี้คือ เป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมประยุกต์รับมือกับปัญหาในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งในโปรแกรมประยุกต์นอกจากมีรายละเอียดแนวทางการรับมือกับความคิดฆ่าตัวตายแล้ว โปรแกรมประยุกต์ยังมีส่วนอื่นๆ ที่อาจมีส่วนช่วยผู้ใช้งานเมื่อมีความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การสำรวจสภาพอารมณ์ของผู้ใช้งานและสัญญาณเตือนเมื่อเริ่มมีความคิดฆ่าตัวตาย การได้ทบทวนถึงสิ่งที่มีค่าในชีวิต ข้อความสร้างกำลังใจ นอกจากนี้ยังมีช่องทางการขอความช่วยเหลือ เช่น การติดต่อสายด่วนสุขภาพจิตและสายด่วนคลายทุกข์ สะมาริตันส์ การติดต่อสถานพยาบาลใกล้เคียง เป็นต้น ซึ่งเป็นส่วนที่เพิ่มเติมจากงานวิจัยพลอยไพลิน⁶

นอกจากนี้การที่รูปแบบบัตรรับมือกับปัญหาได้รับการปรับปรุงรูปแบบจากแบบกระดาษมาเป็นโปรแกรมประยุกต์บนโทรศัพท์ มีส่วนช่วยให้ผู้ใช้งานสามารถหยิบมาใช้ได้สะดวกขึ้น ตลอดจนง่ายในการพกพาเมื่อต้องการใช้งานนอกสถานที่ ลดความเสี่ยงในการทำบัตรกระดาษตกหล่นสูญหาย และไม่เป็นจุดสนใจของบุคคลอื่นๆ เมื่อใช้งานโปรแกรมประยุกต์

สำหรับข้อเสนอแนะสำหรับงานวิจัยในอนาคต ควรเพิ่มจำนวนประชากรผู้เข้าร่วมงานวิจัยเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่แม่นยำขึ้น ตลอดจนมีการติดตามผลการใช้โปรแกรมประยุกต์ในระยะยาวขึ้น นอกจากนี้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัยโดยละเอียดในแต่ละช่วงที่มีการประเมินคะแนนก็มีส่วนสำคัญ เนื่องจากอาจจะเป็นผลให้คะแนนมีความแตกต่างกัน ตลอดจนรูปแบบการติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัย การใช้กระบวนการทั้งหมดในรูปแบบออนไลน์และทางโทรศัพท์ แม้จะเป็นการช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้เข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องเดินทางมาโรงพยาบาล แต่อาจเป็นอุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัย ดังนั้นการพบกันที่แผนกผู้ป่วยนอกอาจ

ช่วยคงจำนวนของผู้เข้าร่วมการศึกษาจนจบงานวิจัย นอกจากนี้ การเพิ่มแรงจูงใจในการเข้าร่วมการศึกษานี้ควรระยะเวลา ในรูปแบบคำตอบแทนอาจมีส่วนช่วยคงจำนวนของผู้เข้าร่วม การศึกษาเช่นกัน

นอกจากนี้ในการจัดทำโปรแกรมประยุกต์ หากมีการร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำโปรแกรมประยุกต์โดยตรง เพื่อที่จะทำให้โปรแกรมประยุกต์สามารถใช้งานได้เหมาะสม มีการแจ้งเตือนให้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์เพื่อให้ผู้ใช้งานสามารถ เข้ามาใช้งานได้เป็นประจำเพื่อให้สามารถตอบจุดประสงค์ หลักของการใช้บัตรรับมือกับปัญหาและตอบสนองความต้องการ ส่วนสำคัญของผู้เข้าร่วมวิจัยได้

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดในด้านจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เนื่องจากการรวบรวมผู้เข้าร่วมวิจัย ในช่วงเวลาที่กำหนด 1 ปี ทำให้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยน้อยกว่า ที่คำนวณไว้ในทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความ เชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อ ค่าคะแนนอารมณ์ซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย เช่น การปรับยา การได้รับการบำบัด การมีเหตุการณ์จากภายนอก ตลอดจน ผลของการฝึกหายใจลึก นอกจากนี้ในส่วนของการโปรแกรมประยุกต์ ยังมีอุปสรรคในเรื่องรูปแบบของโปรแกรมประยุกต์ที่ยังขาด ในส่วนการเตือนการใช้งานที่เคยเป็นข้อเสนอนี้ในงานวิจัย ก่อนหน้านี้⁵ ด้านการแนะนำการใช้งานในกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่มี อุปสรรคในการใช้งานโทรศัพท์มือถือ (smart phone) ที่มีความลำบากในการติดตั้งโปรแกรมประยุกต์ อย่างไรก็ตามยังไม่พบปัญหาด้านข้อมูลละเอียดอ่อนที่รั่วไหลจากการใช้งาน โปรแกรมประยุกต์

สรุป

การใช้โปรแกรมประยุกต์บัตรรับมือกับปัญหา อาจมีส่วนช่วยลดคะแนนความเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า แต่ยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นผลจาก โปรแกรมประยุกต์เพียงปัจจัยเดียวหรือไม่ จุดเด่นของงานวิจัยนี้ คือ เป็นการพัฒนาการใช้บัตรรับมือกับปัญหาในรูปแบบ โปรแกรมประยุกต์ที่พกพาใช้งานได้ง่าย ช่วยในการรับมือกับ ความคิดฆ่าตัวตายได้อย่างเป็นรูปธรรม ผู้ใช้งานโปรแกรมประยุกต์ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ และมีข้อเสนอแนะในการพัฒนา โปรแกรมประยุกต์ให้ดูสบายตาและจัดให้มีระบบแจ้งเตือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณภัทรพรวิสาจันทร์ นักปฏิบัติการวิจัย ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ได้ให้คำปรึกษาด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งแพทย์ และพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการศึกษานี้

การมีส่วนร่วมของผู้เขียน (authors' contributions)

พิชญ์ โชคบุญธิยานนท์: การออกแบบการศึกษา การเก็บ ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบ แก้ไขบทความ

ธนิศา ดันตระกูลโรจน์: การออกแบบการศึกษา การเก็บ ข้อมูล และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide deaths occur in adolescents and adults of all ages[Internet]. 2018 [cited 2021 May 19]. Available from: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.
2. Department of Mental Health. Annual report on suicide rate [Internet]. 2020 [cited 2021 May 21]. Available from: https://www.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
3. Dong M, Zeng L-N, Lu L, Li X-H, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. *Psychol Med* 2019; 49:1691-704.
4. Pityaratstian N. Basic skills in CBT. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2022.
5. Wenzel A, Jager-Hyman S. Cognitive therapy for suicidal patients: current status. *Behav Ther* 2012;35:121-30.
6. Beck JS. Cognitive behavior therapy: basics and beyond. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
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 Behav* 2016;46:106-20.
8. Propientong P, Tantrarungroj T, Prachason T. The use of coping cards in depressive patients with suicidal ideation. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;66:217-26.
9. Hariman K, Ventriglio A, Bhugra D. The future of digital psychiatry. *Curr Psychiatry Rep* 2019;21:88.
10. de la Torre I, Castillo G, Arambarri J, Lopez-Coronado M, Franco MA. Mobile apps for suicide prevention: review of virtual stores and literature. *JMIR Mhealth Uhealth* 2017;5:e130.



11. Pauwels K, Aerts S, Muijzers E, De Jaegere E, van Heeringen K, Portzky G. BackUp: development and evaluation of a smart-phone application for coping with suicidal crises. *PLoS One* 2017;12(6):e0178144.
12. Kennard BD, Biernesser C, Wolfe KL, Foxwell AA, Craddock Lee SJ, Rial KV, et al. Developing a brief suicide prevention intervention and mobile phone application: a qualitative report. *J Technol Hum Serv* 2015;33:345-57.
13. O'Toole MS, Arendt MB, Pedersen CM. Testing an app-assisted treatment for suicide prevention in a randomized controlled trial: effects on suicide risk and depression. *Behav Ther* 2019;50:421-9.
14. Aguirre RTP, McCoy MK, Roan M. Development guidelines from a study of suicide prevention mobile applications (apps). *J Technol Hum Serv* 2013;31:269-93.
15. Luxton DD, June JD, Chalker SA. Mobile health technologies for suicide prevention: feature review and recommendations for use in clinical care. *Curr Treat Options Psychiatry* 2015;2:349-62.
16. Wang X, Ji X. Sample size estimation in clinical research: from randomized controlled trials to observational studies. *Chest* 2020;158:S12-20.
17. McCall WV, Batson N, Webster M, Joshi I, Derreberry T, McDonough A, et al. A psychometric cut-point to separate emergently suicidal depressed patients from stable depressed outpatients. *Indian J Psychiatry* 2013;55:283-6.
18. Holli MM, Pelkonen M, Karlsson L, Kiviruusu O, Ruutu T, Heilä H, et al. Psychometric properties and clinical utility of the Scale for Suicidal Ideation (SSI) in adolescents. *BMC Psychiatry* 2005;5:8.
19. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
20. Kittiteerasack P. Psychometric properties of the scale for suicide Ideation, Thai version (SSI-Thai Version 2014). *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2015;29.
21. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1979;47:343-52.
22. Stanley IH, Hom MA, Christensen K, Keane TM, Marx BP, Björgvinsson T. Psychometric properties of the Depressive Symptom Index-Suicidality Subscale (DSI-SS) in an adult psychiatric sample. *Psychol Assess* 2021;33:987-97.
23. Suh S, Ryu H, Chu C, Hom M, Rogers ML, Joiner T. Validation of the Korean Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale. *Psychiatry Investig* 2017;14:577-84.