

# ผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นต่อการลดความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอกที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ\*

\*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นเพื่อลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตาย สาเหตุและปัจจัยปกป้องในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง

**วิธีการศึกษา** การศึกษาใช้การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่ แบบประเมินซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย 2q9q8q ของกรมสุขภาพจิต แบบบันทึกข้อมูลแรกรับ แบบบันทึกจบเมื่อสิ้นสุดโครงการ 12 สัปดาห์ และแบบบันทึกข้อมูลการให้การดูแลรักษาติดตามอย่างเข้มข้น วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (exact probability test, student t-test และ multivariable logistic regression)

**ผลการศึกษา** ผู้ป่วยซึมเศร้าเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายทั้งหมด 348 ราย พบกลุ่มศึกษาที่ได้รับการติดตามผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายจำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 น้อยกว่ากลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.200) จากการวิเคราะห์ปัจจัยพบค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เพียงปัจจัยเดียวที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบผู้ป่วยซึมเศร้า นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนเท่ากับ  $33.25 \pm 14.67$  เทียบกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ  $17.23 \pm 13.86$  โดยเมื่อคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุกหนึ่งคะแนนจะเพิ่มความเสี่ยง 1.05 เท่า (aOR = 1.05, 95%CI = 1.02 – 1.09,  $p$ -value = 0.003) สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้คิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ (ร้อยละ 65.23) ปัจจัยปกป้องที่ช่วยยับยั้งการคิดฆ่าตัวตายที่พบมากที่สุด ได้แก่ มีหวัง เช่น ลูก พ่อแม่ และคนที่รัก (ร้อยละ 57.47)

**สรุป** การพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นไม่สามารถลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยองได้ แต่สามารถแก้ไขข้อจำกัดและต่อยอดงานวิจัยในอนาคต และนำปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย เช่น คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) รวมทั้งสาเหตุและปัจจัยปกป้อง เพื่อประเมินและวางแนวทางในการดูแลติดตามต่อไป

**คำสำคัญ** ภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย ระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้น

Corresponding author: อรอุมา ประสงค์สำเร็จ

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง

E-mail: onauma.p1975@gmail.com

วันรับ : 18 ตุลาคม 2567 วันแก้ไข : 20 ธันวาคม 2567 วันตอบรับ : 28 ธันวาคม 2567

# The Development of Intensive Care Program for Depressed Patients in Reducing Suicidal Risk at Psychiatric OPD, Rayong Hospital

Ornuma Prasongsamret\*

\*Department of Psychiatry and Addiction, Rayong Hospital

## ABSTRACT

**Objective:** To study the results of developing an intensive care and monitoring system for depressed patients at risk of suicide to reduce the rate of hospital admissions due to suicide attempts in depressed patients. This includes examining factors associated with suicide attempts, as well as causes and protective factors in patients with depression who are at risk of suicide attempts and receiving treatment at the Psychiatric Department of Rayong Hospital.

**Methods:** Randomized control trial by systematic sampling. To use Questionnaires 2Q9Q8Q Case record forms at the first and last visit (12 weeks from first visit) and Case record forms for follow up of Intensive Care Program. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics.

**Results:** A total of 348 depressed patients were at risk of suicide. The study group was followed up via telephone or video call via the LINE application, 172 patients (49.42%) were hospitalized with suicide attempts, 5 patients or 2.91 percent, which was less than the control group of 176 patients (50.58%) who were hospitalized with suicide attempts, 11 patients or 6.25 percent, but no statistical significance was found ( $p$ -value = 0.200). From the factor analysis, it was found that the 8Q suicide risk score was only one factor that was significantly associated with suicide attempts. It was found that depressed patients admitted to the hospital with suicide attempts had scores of  $33.25 \pm 14.67$  compared to the control group with scores of  $17.23 \pm 13.86$ . When the 8Q score increased by 1 point, the risk increased 1.05 times ( $aOR = 1.05$ ,  $95\%CI = 1.02 - 1.09$ ,  $p$ -value = 0.003). The most common cause of suicidal thoughts was relationship problems (65.23%), while the most frequently reported protective factor preventing suicidal thoughts was having a commitment, such as to children, parents, or loved ones (57.47%).

**Conclusion:** The development of an intensive care and monitoring system for depressed patients could not reduce the rate of hospital admissions due to suicide attempts in depressed patients receiving services at the psychiatric department of Rayong Hospital, but it can solve limitations and expand future research. Factors found to be associated with suicide attempts, such as the 8q suicide risk score, along with causes and protective factors, will be used to guide future follow-up care strategies.

**Keywords:** depression, suicidal attempted, The Development of Intensive Care Program for Depressed Patients

Corresponding author: Ornuma Prasongsamret

E-mail: onama.p1975@gmail.com

Received 18 October 2024 Revised 20 December 2024 Accepted 28 December 2024

## บทนำ

### หลักการและเหตุผล (rational)

โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก พบร้อยละ 5 ของวัยผู้ใหญ่รู้สึกทุกข์ทรมานจากโรคซึมเศร้า และร้อยละ 5.7 ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 60 ปี ประมาณว่าประชากร 280 ล้านคนในโลกป่วยเป็นซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียรุนแรงมากขึ้น ตั้งแต่ทำให้การทำงานหรือการเรียนรวมทั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง จนถึงขั้นเลวร้ายสุดคือการนำไปสู่การฆ่าตัวตาย<sup>1</sup> โรคซึมเศร้าจัดเป็นโรคที่พบบ่อยพบความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 15 และอาจมากถึงร้อยละ 25 ในเพศหญิง<sup>2</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวโน้มการฆ่าตัวตายในประเทศไทยที่ผ่านมาเปลี่ยนแปลงตามสภาวะเศรษฐกิจของประเทศ<sup>3</sup> โดย พ.ศ. 2542 มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุดเป็นประวัติการณ์ที่ 8.6 ต่อแสนประชากร จากวิกฤตการณ์ทางการเงินในเอเชีย พ.ศ. 2540<sup>4</sup> เนื่องจากปัญหาการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นมาก ทำให้อัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในเพศชายทั้งในประเทศญี่ปุ่น เกาหลีใต้ ฮังการี และประเทศไทย<sup>5</sup> จากวิกฤตดังกล่าวส่งผลให้เกิดความตระหนักครั้งสำคัญต่อปัญหาการฆ่าตัวตายในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย<sup>6</sup> ทำให้เกิดการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงจัดให้มีการบริหารจัดการโดยสร้างระบบบันทึกข้อมูลการเฝ้าระวังและการศึกษาวิจัยในแง่มุมต่างๆ<sup>7</sup> และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา อัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มลดลงต่อเนื่อง<sup>8</sup> จนถึงปัจจุบันแนวโน้มการฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นอีกครั้งเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจโลกชะลอตัวอย่างรุนแรง อันเนื่องมาจากสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19; โควิด-19)<sup>9,10</sup> ซึ่งพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562<sup>11,12</sup> หลังจากนั้นเกิดการระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศในวันที่ 30 มกราคม 2563 และประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วในวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประเทศไทยก็ได้รับผลกระทบของภาวะวิกฤตทั้งภายในและภายนอกประเทศที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการเจริญเติบโตทางโครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยี ค่านิยมแบบวัตถุนิยม และสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ล้วนส่งผลกระทบต่ออารมณ์และพฤติกรรมของคนในสังคม จากการศึกษาข้อมูลการฆ่าตัวตายพบว่า การแขวนคอ เป็นวิธีการที่ใช้ฆ่าตัวตายสำเร็จมากที่สุด<sup>13</sup> และเพศชายพบฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าหญิง<sup>14</sup> เพราะเพศชายมักใช้วิธีการที่รุนแรงกว่าคือ การแขวนคอ ในขณะที่

เพศหญิงมักใช้วิธีการกินยาเกินขนาดหรือสารเคมี<sup>15</sup> ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประวัติเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน<sup>16-18</sup> สภาพร่างกายที่มีโรคประจำตัว สภาพจิตใจที่เครียดเก็บกด ปัญหาเครียด สภาพครอบครัวและสังคมที่แตกแยกต่างคนต่างอยู่ ขาดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน สภาพเศรษฐกิจที่มีหนี้สิน ขาดที่พึ่งทางการเงิน และสภาพวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมที่ไม่มีทางออก ขาดแหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการดูแลตนเอง<sup>19,20</sup> ลักษณะไม่ชอบเข้าสังคม<sup>21</sup> ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคผิดปกติทางอารมณ์<sup>22</sup> เช่น โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์<sup>23</sup> ปัญหาติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง<sup>14</sup> และมีความเสี่ยงการพยายามฆ่าตัวตายตามแบบประเพณีการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม<sup>24</sup> เป็นต้น ส่วนปัจจัยปกป้องที่เกี่ยวกับการพยายามฆ่าตัวตายนั้น ได้แก่ การมีทักษะการแก้ไขปัญหา และการมีบุคคลหรือหน่วยงานช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ<sup>25</sup> ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกได้ออกเอกสารคำแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการดำเนินการที่ป้องกันการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปใช้ในแต่ละประเทศ โดยมี 4 กลยุทธ์ที่สำคัญ ดังนี้ 1) จำกัดการเข้าถึงวิธีการฆ่าตัวตาย เช่น ยาฆ่าแมลง อาวุธปืนที่มีอันตรายสูง 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการรายงานการฆ่าตัวตายอย่างมีความรับผิดชอบ 3) ส่งเสริมทักษะชีวิตด้านสังคมและอารมณ์ในวัยรุ่น 4) การระบุกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่เริ่มต้นการประเมินการจัดการ และการติดตามการเคลื่อนไหวของทุกคนที่ได้รับผลกระทบจากความคิดฆ่าตัวตายและพฤติกรรมฆ่าตัวตาย<sup>26</sup> สำหรับจังหวัดระยองจากฐานข้อมูล HDC ปี พ.ศ. 2563, 2564 และ 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า 6,319, 7,100 และ 7,983 คน ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปีเช่นเดียวกัน ดังนั้นการรักษาโรคซึมเศร้าจึงจำเป็นโดยการรักษาโรคซึมเศร้ามีการรักษาหลัก<sup>27</sup> ดังนี้ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วย ECT การทำจิตบำบัด ได้แก่ Interpersonal Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Short Term Psychodynamic Therapy และการรักษาอื่นๆ เช่น Light Therapy จะเห็นได้ว่าการทำจิตบำบัด Cognitive Behavioral Therapy เป็นการรักษานิดหนึ่งที่ได้ผลดีในโรคซึมเศร้า สำหรับโรงพยาบาลระยองยังมีข้อจำกัดในเรื่องเวลาสำหรับการทำจิตบำบัดเนื่องจากการมีผู้เข้ารับบริการจำนวนมากส่งผลต่อเวลาการให้บริการที่อาจต้องเร่งรีบ รวมทั้งความไม่สะดวกของผู้ป่วยเองในการเดินทางมาโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถนัดผู้ป่วยมาบ่อยครั้งได้ ที่ผ่านมาพบว่าผู้มารับบริการบางท่านเมื่อกลับไปอาจมีการทำร้ายตนเองกลับมา ซึ่งจากฐานข้อมูลของโรงพยาบาลระยองในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยได้รับ

การวินิจฉัยมีภาวะซึมเศร้าหรือเป็นโรคซึมเศร้า 1,722 คน โดยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช 5,721 ครั้ง พบว่ามี 16 คน (ร้อยละ 0.9) ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 3 เดือน หลังมารับบริการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นข้อมูลที่น้อยกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นรายงานจากเคสที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลระยะของการพยายามฆ่าตัวตายและเป็นการรายงานข้อมูลจากเวชระเบียนที่บันทึกตามรหัส ICD 10 (จากข้อมูลจำนวนผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย 55 คน) แต่ไม่มีข้อมูลในกรณีที่ฆ่าตัวตายแล้วไปรับบริการที่อื่นหรือไม่ได้ไปรักษาที่ไหน หรือแม้แต่อาจมีบางรายที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้วิจัยจึงเกิดแนวคิดวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นเพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย แต่ยังไม่ค่อยมีงานวิจัยที่ศึกษาการติดตามหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโดยจิตแพทย์แล้วผลเป็นอย่างไร ซึ่งจากประสบการณ์ในการทำงานผู้วิจัยพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีการพยายามทำร้ายตนเองมาอนโรงพยาบาลหลังมารับการรักษาที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกจิตเวชแล้วก็ตาม โดยเฉพาะช่วงปัจจุบันที่จำนวนผู้มารับรักษาด้วยซึมเศร้านั้น ผู้วิจัยจึงค้นหาข้อมูลงานวิจัยต่างประเทศพบว่าการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าของ Peter AG และคณะ โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จำนวน 377 คน มีอายุระหว่าง 18 - 60 ปี พบความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 10.1<sup>28</sup> และงานวิจัยของ Lakshmi Vijayakumar และคณะ ศึกษาการติดตามการให้คำแนะนำแบบสั้น และการประสานส่งต่อศูนย์ช่วยเหลือในสถานที่ใกล้เคียงที่ผู้พยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายอาศัยอยู่เพื่อเข้ารับการรักษาต่อเนื่อง โดยศึกษาในผู้ป่วยอาสาสมัคร จำนวน 680 คน ที่มารับการรักษาด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย แบ่งเป็น 2 กลุ่มที่ใกล้เคียงกัน โดยกลุ่มหนึ่งได้รับการติดตามให้คำแนะนำอย่างสั้นและประสานส่งต่อสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 7, 11 และ 4, 6, 12 และ 18 เดือน หลังออกจากโรงพยาบาล จำนวน 320 คน และอีกกลุ่มเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 360 คน ติดตามที่ 6 และ 18 เดือน เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการคิดฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบสอบถามเช่นเดียวกับกลุ่มศึกษา พบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานะภาพสมรส การศึกษา การทำงาน และศาสนา และพบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>29</sup> ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานๆ และดูแล

อย่างใกล้ชิดน่าจะเป็นผลดีต่อผู้ป่วย ทางผู้วิจัยจึงคิดออกแบบระบบติดตามให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์ หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อลดเวลาหรือความไม่สะดวกของผู้ป่วยในการเดินทางมาโรงพยาบาล ช่วยในการติดตามการดูแลผู้ป่วยได้ต่อเนื่องและเข้มข้นมากขึ้น โดยใช้ทักษะการรับฟัง, แสดงความเข้าใจ, ให้คำปรึกษา, CBT, crisis management, ประสานนัดเข้าพบแพทย์ถ้ามีความจำเป็น โดยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนภายหลังการเข้ารับการรักษา เนื่องจากโรคซึมเศร้านั้นเมื่อได้รับการรักษาก็จะมีระยะเวลาดำเนินโรคประมาณ 3 เดือน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีระยะเวลาดำเนินโรค 6 - 13 เดือน<sup>30</sup> และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยะของ จังหวัดระยอง และสำหรับข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยจะนำไปใช้ในการต่อยอดและวางระบบดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายภายในจังหวัดต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษามลภาวะพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้น ในการลดอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า
3. เพื่อศึกษาสาเหตุและปัจจัยปกป้องในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย

### วิธีการศึกษา

**รูปแบบการวิจัย (study design)** Randomized Controlled Trial โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling โดยกำหนดหมายเลขอาสาสมัครตามหมายเลขการเปิดบัตร (visit number) ในแต่ละวันต่อกันไปเรื่อยๆจนน้อยไปหามาก และกำหนดหมายเลขอาสาสมัครหมายเลขที่เป็นกลุ่มควบคุม กำหนดหมายเลขอาสาสมัครหมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** เนื่องจากไม่มีรายงานการวิจัยที่วัดผลแนวปฏิบัติเช่นเดียวกับการศึกษานี้ จึงอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียงของ Peter AG และคณะ พบว่าผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ OPD จิตเวช แล้วพบมีการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 10.1<sup>28</sup> เมื่อให้ Intervention (CBT/crisis management/other) แล้วคาดว่าผลเหตุการณ์ของ

การพยายามฆ่าตัวตายลงได้ 1 ใน 4 เหลือร้อยละ 2.5 จึงนำไปคำนวณขนาดตัวอย่างของ Randomized controlled trial for binary data โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปจากสูตร ดังนี้

$$n_{trt} = \left[ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{p\bar{q}(1+\frac{1}{r})} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

$$p_1 = P(outcome|treatment), q_1 = 1 - p_1$$

$$p_2 = P(outcome|control), q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + p_2 r}{1+r}, \bar{q} = 1 - \bar{p}, r = \frac{n_{con}}{n_{trt}}$$

โดย ค่า P(control) = 0.1, ค่า P(treatment) = 0.025 กำหนดค่า alpha = 0.05, ค่า beta = 0.2 สัดส่วน control/treatment = 1:1 ได้ขนาดตัวอย่าง อย่างน้อยกลุ่มละ 163 คน รวมทั้งหมดอย่างน้อย 326 คน

**การคัดเลือกผู้รับการวิจัย (อาสาสมัคร) ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย** กำหนดเกณฑ์คัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย ดังนี้ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า อายุ 18 ปีขึ้นไป มีคะแนน 9Q มากกว่าหรือเท่ากับ 7 และมีคะแนน 8Q มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ผู้ป่วยยินยอมที่จะให้ความร่วมมือในการทำวิจัย โดยมีการเซ็นใบแสดงความยินยอมที่จะเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยที่มีภาวะรับรู้ความเป็นจริงปกติสามารถให้ข้อมูลได้ ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน เขียน และสื่อสารเข้าใจได้ และผู้ป่วยมีอุปสรรค ได้แก่ โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ เกณฑ์การถอนอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย (withdrawn/discontinuation criteria) ได้แก่ อาสาสมัครมีพฤติกรรมคุกคามที่มิวิจัยจนทำให้เกิดอาการกลัว เช่น พฤติกรรมคุกคามทางเพศหรือพฤติกรรมอื่นใดที่ทำให้ทีมวิจัยรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มีเกณฑ์ยุติโครงการวิจัย (termination criteria) มีกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากับหรือใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

### วิธีดำเนินการวิจัย (study procedure)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมด ได้แก่

1. แบบประเมินซึมเศร้าและความคิดอยากฆ่าตัวตาย 2q9q8q ของกรมสุขภาพจิต โดยทีมพยาบาลหรือนักจิตวิทยา
2. แบบบันทึกข้อมูลแรกรับและแบบบันทึกจบเมื่อสิ้นสุดโครงการที่ 12 สัปดาห์ (ได้จากสัมภาษณ์หรือแบบบันทึกข้อมูลการดูแลติดตาม และเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลระยอง) โดยทีมพยาบาลหรือนักจิตวิทยา

3. แบบบันทึกข้อมูลการให้การดูแลรักษาติดตามอย่างเข้มข้น จำนวน 5 ครั้ง โดยนักจิตวิทยา 2 ท่าน

การวิจัยครั้งนี้ได้ดำเนินการตามข้อกำหนดของโครงร่างการวิจัยตาม GCP และตามข้อกำหนดของระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้อง การศึกษานี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระยอง เมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2566 หมายเลขอ้างอิง RYH 012/2566

กลุ่มศึกษา (study group) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตามเกณฑ์คัดเลือก อาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยจะได้รับการดูแลติดตามอย่างเข้มข้น โดยจะมีนักจิตวิทยาโทรศัพท์หรือวีดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ติดตามอาการในช่วงสัปดาห์ที่ 1, 2, 4, 6 และ 10 หลังมาพบแพทย์ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง จำนวน 5 ครั้ง ตามเอกสารติดตามการรักษา รวมถึงแนวทางการให้คำปรึกษา จิตบำบัดโดยใช้เทคนิค CBT ที่ออกแบบโดยผู้วิจัย โดยแต่ละครั้งมีแนวทางการให้คำปรึกษาเหมือนกันทุกครั้งอย่างน้อย 30 นาทีต่อครั้ง หลังรับการรักษา โดยติดตามในด้านอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรม กรณียังมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายจะถามถึงสาเหตุและปัจจัยปกป้องที่ยังไม่ลงมือทำ กรณีมีการพยายามทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตายแล้ว จะถามถึงสาเหตุและวิธีการ รวมทั้งการรักษาหรือการนอนโรงพยาบาลหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา หาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน หรือปรับมุมมองใหม่ในการมองที่ต่างจากเดิม พร้อมทั้งเสนอแนะให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ประจำตัวก่อนนัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถมาเข้ารับการรักษา ณ ห้องฉุกเฉิน และประสานนัดพบแพทย์ต่อไป โดยจะทำการนัดหมายให้กรณีนี้หลังให้คำปรึกษาแล้วผู้ป่วยยังมีความคิดฆ่าตัวตายและกลัวว่าจะควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยร้องขอทุกครั้งที่มีการติดตาม ตามแบบบันทึกการดูแลติดตามอย่างเข้มข้น การดูแลติดตามเป็นระยะอย่างเข้มข้นโดยนักจิตวิทยา 2 ท่าน แต่ละท่านให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือวีดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดอบรมพร้อมเอกสารประกอบแนวปฏิบัติในการให้คำปรึกษาสำหรับงานวิจัยนี้แก่นักจิตวิทยาทั้ง 2 ท่าน และออกแบบแบบบันทึกการให้คำปรึกษาแต่ละครั้ง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ นักจิตวิทยาทั้ง 2 ท่าน สามารถปฏิบัติได้ใกล้เคียงกัน มีเกณฑ์เดียวกันในการตัดสินใจการคงอยู่หรือคัดออกอาสาสมัครออกจากกรวิจัย หรือถ้าอาสาสมัครเสียชีวิตระหว่างงานวิจัย สามารถสอบถามสาเหตุการเสียชีวิตจากญาติของอาสาสมัครแทน โดยนักจิตวิทยาต้องสอบผ่าน license สำหรับ

ปฏิบัติงานนักจิตคลินิกหรือมีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี กลุ่มควบคุม (control group) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามตามระบบปกติของกลุ่มงาน โดยแพทย์นัดหมายติดตามตามความเหมาะสม และผู้ป่วยที่อาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงสามารถมาพบแพทย์ก่อนนัดตามระบบปกติของกลุ่มงานจิตเวช โดยแพทย์จะไม่ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มใด และถึงแม้แพทย์จะนัดทุก 2 สัปดาห์ จะไม่มีผลต่อการตัดสินใจเปลี่ยนกลุ่มของผู้ป่วย โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการประเมินแรกเริ่มโดยพยาบาลหรือนักจิตวิทยา โดยใช้แบบสอบถามแรกเริ่มและได้รับการประเมินสิ้นสุด โดยใช้แบบสอบถามสิ้นสุดที่ 12 สัปดาห์ อาสาสมัครทั้ง 2 กลุ่ม จะถูกสัมภาษณ์โดยพยาบาลจำนวน 5 คน และนักจิตวิทยา (ที่ไม่ใช่คนที่ให้คำปรึกษาติดตาม) เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (อาจขอข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียนบางส่วน) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ โรคประจำตัว ประวัติสารเสพติด ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง วินิจฉัยโรคครั้งนี้ ยาที่ใช้รักษา คะแนนจากแบบประเมิน 2q9q8q สอบถามปัญหาหรือสาเหตุที่อาจทำให้ซึมเศร้า กรณีมีความคิดอยากตายหรือฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุ ปัญหาอะไร มีปัจจัยปกป้องใดที่ช่วยยั้งใจไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลแรกเริ่มในวันที่ผู้ป่วยมารับการรักษาด้วยภาวะซึมเศร้าครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง และทำแบบบันทึกข้อมูลจบเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ครั้งสุดท้ายอาจเป็นการสัมภาษณ์ผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์) โดยพยาบาลทั้ง 5 คน และนักจิตวิทยา (ที่ไม่ใช่คนที่ให้คำปรึกษาติดตาม) จะได้รับการอบรมเกี่ยวกับการแบ่งกลุ่มตัวอย่างและการบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูลแรกเริ่มและแบบบันทึกข้อมูลจบเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ เพื่อให้สามารถเข้าใจข้อคำถามในแบบบันทึกข้อมูลได้ตรงกัน และผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม จะได้รับเอกสารคำแนะนำเกี่ยวกับโรคซึมเศร้าและได้รับเอกสารชี้แจงสำหรับผู้เข้าร่วมงานวิจัย (รูปที่ 1)

ผู้วิจัยเป็นผู้ควบคุมดูแลการติดตามและแก้ไขปัญหาระหว่างดำเนินการวิจัยตลอดจนเก็บข้อมูล โดยรวบรวมแบบสอบถามจากทั้งทีมพยาบาลและนักจิตวิทยา กรณีไม่สามารถเก็บตัวอย่างได้ครบตามจำนวนจะเก็บตัวอย่างเพิ่มเติมให้ครบตามจำนวน และบันทึกข้อมูลนำไปวิเคราะห์และแปลผลข้อมูล

**ระยะเวลาการเก็บข้อมูล** ทั้งหมด 16 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567

## การวัดผลการวิจัย (outcome measurement)

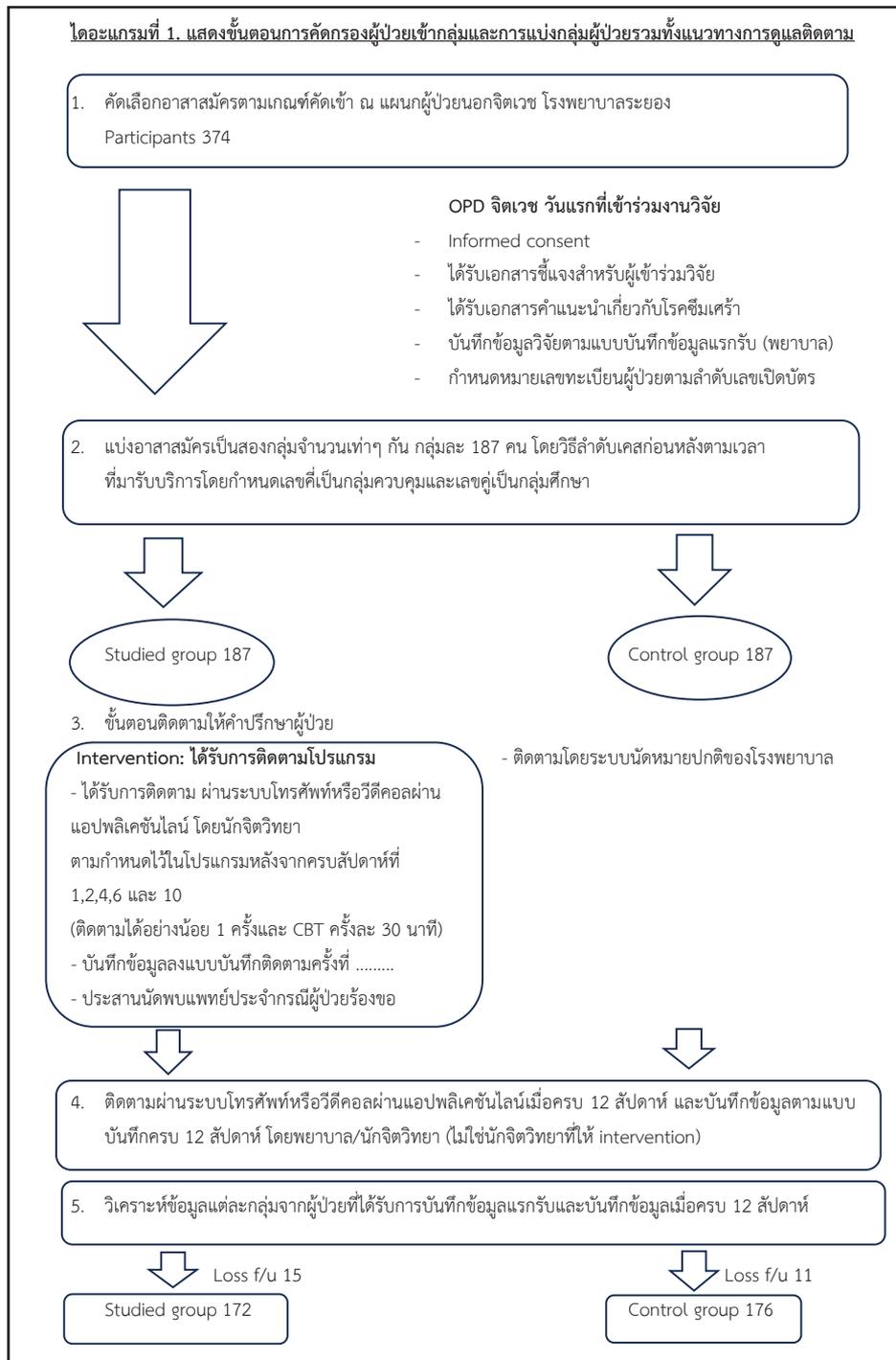
เปรียบเทียบอัตราการฆ่าตัวตายทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้ร้อยละ ได้แก่ จำนวนคนที่ทำร้ายตนเองจนต้องนอนโรงพยาบาลเป็นตัวตั้ง (นับเป็นจำนวนคน) โดยใช้แบบบันทึกติดตามเมื่อครบ 12 สัปดาห์ ในข้อคำถามมีการพยายามฆ่าตัวตายในช่วง 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีประวัตินอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย ร่วมกับการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยในว่ามี การนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย และหารด้วยจำนวนคนทั้งหมดของแต่ละกลุ่ม

## สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ผลการศึกษานี้ใช้วิธี Per Protocol Analysis โดยกลุ่มทดลองวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มที่มีข้อมูลแรกเริ่ม ได้รับการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง (ได้รับ CBT อย่างน้อย 1 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที) และได้รับการติดตามเมื่อครบ 12 สัปดาห์วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา รายงานค่าความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย และสัดส่วนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มศึกษา และกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test และ Student t-test ขึ้นกับลักษณะของข้อมูล วิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ ประวัติโรคประจำตัว ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง การวินิจฉัยโรค ยาจิตเวชที่ได้รับ แพทย์ผู้รักษา ค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level) ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) และระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level) โดยใช้สถิติ Fisher's exact probability test และวิเคราะห์ปัจจัยด้วยวิธี Multivariable analysis โดยเลือกปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression

## ผลการศึกษา

กลุ่มอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 374 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่มเท่าๆ กัน ได้แก่ กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม จำนวน 187 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 187 ราย พบกลุ่มศึกษาที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 15 ราย กลุ่มควบคุมที่ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 11 ราย ดังนั้นกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้งหมดมีจำนวน 348 ราย ได้แก่ กลุ่มศึกษาคือผู้ป่วยซึมเศร้า



**รูปที่ 1** แสดงขั้นตอนในการคัดผู้ป่วยเข้ากลุ่มและการแบ่งกลุ่มผู้ป่วยรวมทั้งแนวทางการดูแลติดตาม

ที่ได้รับการติดตาม จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) ซึ่งสามารถติดตามได้ตั้งแต่ 1 - 5 ครั้ง โดยพบว่าติดตามได้ตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป จำนวน 123 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.51 และกลุ่มควบคุม (กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่ได้รับการติดตาม) จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) ดังรูปที่ 1 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 83.05) อายุ 18 - 34 ปี (ร้อยละ 58.91) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 43.68) มากกว่าโสด (ร้อยละ 42.53) เล็กน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาระบาดวิทยาของ

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดระยอง ที่ศึกษาโดย ประยูกต์ เสรีเสถียร และคณะ<sup>31</sup> ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 38.22) อาชีพพนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 56.05) สถานะทางการเงินรายรับพอๆ กับรายจ่าย (ร้อยละ 46.84) มากกว่ารายรับน้อยกว่ารายจ่ายเล็กน้อย (ร้อยละ 45.11) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62.07) ไม่เคยใช้/เคยใช้สารเสพติด

แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี (ร้อยละ 87.07) เคยพยายามทำร้ายตนเองในชีวิตที่ผ่านมาอย่างน้อย 1 ครั้ง (ร้อยละ 95.98) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 80.75) ใช้วิธีกินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน (ร้อยละ 49.71) เช่นเดียวกับงานวิจัยของ เอกชัย เพ็ชรพรประภาส ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยที่มาด้วยการพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาลบางพลี<sup>24</sup> รองลงมาคือ ใช้มีดหรือวัตถุมีคมแทงตนเอง/กรีดข้อมือ (ร้อยละ 35.92) และผูกคอต (ร้อยละ 21.84) ตามลำดับ ได้รับการยาด้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI, SNRI, NASSA, TCA (ร้อยละ 51.15) และยาด้านเศร้าร่วมกับ atypical antipsychotic/mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ (ร้อยละ 47.71) ตามลำดับ มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ร้อยละ 48.28) มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง (ร้อยละ 44.83) จากการเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามจำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าไม่ได้รับการติดตามหรือกลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) พบว่าข้อมูลพื้นฐานมีลักษณะใกล้เคียงกันยกเว้นปัจจัยเรื่องอายุเฉลี่ย พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามจะมีอายุเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (p-value = 0.015) กลุ่มควบคุมใช้วิธีฆ่าตัวตายในอดีตโดยวิธีกินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน มากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม (p-value = 0.014) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาเมื่อติดตามครบ 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตาม จำนวน 172 ราย (ร้อยละ 49.42) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.91 และกลุ่มควบคุม จำนวน 176 ราย (ร้อยละ 50.58) นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.25 จะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามมีอัตราการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.200) และเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าคะแนนซึมเศร้าพบว่า กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามมีค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ  $6.35 \pm 7.55$  คะแนน มีค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยลดลง  $8.13 \pm 15.02$  คะแนน และกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ  $6.66 \pm 7.18$  คะแนน ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

(8q) เฉลี่ยลดลงเท่ากับ  $7.55 \pm 15.37$  คะแนน ซึ่งเมื่อวิเคราะห์ทางสถิติไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (p-value = 0.695 และ 0.718)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าโดยการวิเคราะห์ Fisher's exact พบว่ามี 4 ปัจจัย ได้แก่ อายุเฉลี่ย ระดับการศึกษา ค่าคะแนนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยและระดับความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (8q level) ที่มีความสัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยดังกล่าวด้วยการถดถอยโลจิสติกส์ (multivariable logistic regression analysis) พบว่ามีปัจจัยเพียงข้อเดียว ได้แก่ ค่าคะแนนความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ย (aOR = 1.05, 95%CI = 1.02 - 1.09, p-value = 0.003) ที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายถึงเมื่อคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะเพิ่มความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตายเป็น 1.05 เท่า ดังตารางที่ 3

นอกจากนี้จากตารางที่ 1 พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ ปัญหาความสัมพันธ์ 227 ราย (ร้อยละ 65.23) ปัญหาการเรียน/การงาน 62 ราย (ร้อยละ 17.82) ปัญหาเศรษฐกิจ 52 ราย (ร้อยละ 14.94) แนวความคิด เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระว่างเปล่า ไม่รู้ว่าเกิดมาทำไม อยู่เพื่อใคร 39 ราย (ร้อยละ 11.21) ปัญหาสุขภาพ 24 ราย (ร้อยละ 6.90) อื่นๆ เช่น ปัญหาสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต/ปัญหาถูกทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก/ปัญหาครอบครัว/ถูกตีตราว่าป่วยเป็นโรคจิตเวช/ปัญหาคดี/เหนื่อยต้องดูแลคนอื่น (ร้อยละ 7.47) ตามลำดับ พบปัจจัยปกป้องที่ช่วยยับยั้งการคิดฆ่าตัวตาย ได้แก่ มีห่วง เช่น ลูก พ่อแม่ สัตว์เลี้ยง คนที่รัก 211 ราย (ร้อยละ 60.63) กำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน 83 ราย (ร้อยละ 23.85) การปรับมุมมองใหม่ของผู้ป่วย ต้องการให้ชีวิตดีขึ้น มองเห็นคนที่ลำบากกว่า ยังสู้อยากทำให้ชีวิตดีขึ้น 37 ราย (ร้อยละ 10.63) อื่นๆ เช่น กลัวบาป ใช้ธรรมะ/กลัวเจ็บ/มีความหวังว่ารักษาแล้วจะหาย กินยาต่อเนื่อง/งานยุ่ง ไม่มีเวลาคิด/ปัญหาคลี่คลาย/กลัวไม่ได้กลับไปเล่นกีฬาที่ชอบ (ร้อยละ 4.30) ตามลำดับ

## วิจารณ์

จากผลการศึกษาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษา

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามและกลุ่มควบคุม

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มี ภาวะซึมเศร้าได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากร ทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
จำนวนประชากร	172 (49.42)	176 (50.58)	348 (100.00)	
<b>เพศ</b>				0.476
ชาย	32 (18.60)	27 (15.34)	59 (16.95)	
หญิง	140 (81.40)	149 (84.66)	289 (83.05)	
<b>ช่วงอายุ</b>				0.076
18 - 25 ปี	61 (35.47)	45 (25.57)	106 (30.46)	
25 - 34 ปี	49 (28.49)	50 (28.41)	99 (28.45)	
35 - 44 ปี	33 (19.19)	32 (18.18)	65 (18.68)	
45 - 54 ปี	12 (6.98)	29 (16.48)	41 (11.78)	
55 - 64 ปี	12 (6.98)	15 (8.52)	27 (7.76)	
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	5 (2.91)	5 (2.84)	10 (2.87)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.495
โสด	78 (45.35)	70 (39.77)	148 (42.53)	
สมรส	73 (42.44)	79 (44.89)	152 (43.68)	
หม้าย/หย่า/แยก	21 (12.21)	27 (15.34)	48 (13.79)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				0.462
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	63 (36.63)	70 (39.77)	133 (38.22)	
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	45 (26.16)	47 (26.70)	92 (26.44)	
ปวส.	29 (16.86)	18 (10.23)	47 (13.51)	
ปริญญาตรี	34 (19.77)	39 (22.16)	73 (20.98)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (0.58)	2 (1.14)	3 (0.86)	
<b>อาชีพ</b>				0.835
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงฯ	9 (5.23)	13 (7.39)	22 (6.32)	
พนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป	81 (47.01)	67 (38.10)	148 (56.05)	
เจ้าของธุรกิจ/อาชีพอิสระ/ค้าขาย/เกษตรกรรม	40 (23.24)	41 (23.29)	81 (23.28)	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้านดูแลสามีและบุตร/ผู้สูงอายุ/ นักบวช	33 (19.18)	34 (19.32)	67 (19.25)	
ว่างงาน/ตกงาน	13 (7.56)	17 (9.66)	30 (8.62)	
<b>สถานะการเงิน</b>				0.573
รายรับมากกว่ารายจ่าย ไม่มีหนี้สิน/มีแต่บริหารได้	12 (6.98)	16 (9.09)	28 (8.05)	
รายรับพอๆ กับรายจ่ายพอใช้	78 (45.35)	85 (48.30)	163 (46.84)	
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย เป็นหนี้สิน	82 (47.67)	75 (42.61)	157 (45.11)	
<b>โรคประจำตัว</b>				0.645
ไม่มี	112 (65.12)	104 (59.09)	216 (62.07)	
มีโรคประจำตัวทางกาย	52 (30.23)	63 (35.80)	115 (33.05)	

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
มีโรคประจำตัวทางจิต	7 (4.07)	7 (3.98)	14 (4.02)	
มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต	1 (0.58)	2 (1.14)	3 (0.86)	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>				0.969
บุหรี่/เหล้า	9 (5.23)	5 (2.84)	14 (4.02)	
กัญชา/กระท่อม/ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาเค/ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน ทามอล	17 (8.14)	14 (9.66)	31 (8.91)	
ไม่เคยใช้/เคยใช้แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี	149 (86.63)	154 (87.50)	303 (87.07)	
<b>ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง</b>				0.645
ไม่เคยพยายามทำร้ายตนเอง	8 (4.65)	6 (3.41)	14 (4.02)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง	76 (44.19)	87 (49.43)	163 (46.84)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 2 ครั้ง	42 (24.42)	35 (19.89)	77 (22.13)	
เคยพยายามทำร้ายตนเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	46 (26.74)	48 (27.27)	94 (27.01)	
<b>วิธีการที่เคยใช้ฆ่าตัวตาย/ทำร้ายตนเอง</b>				
กินยาเกินขนาด/กินสารกำจัดศัตรูพืช/ยาฆ่าแมลง/กินน้ำยาทำความสะอาดที่ใช้ภายในครัวเรือน	74 (43.03)	99 (56.24)	164 (49.71)	0.014
ผูกคอ	37 (21.51)	39 (22.16)	76 (21.84)	0.897
กระโดดจากที่สูง/กระโดดน้ำ/เดินลงทะเล/โดดรถ/วิ่งให้รถชน	36 (20.93)	26 (14.77)	62 (17.82)	0.161
ใช้มีดหรือวัตถุมีคมแทงตนเอง/กรีดข้อมือ	70 (40.69)	55 (31.25)	125 (35.92)	0.074
ชก/ใช้ศีรษะโขกกำแพง พื้น	27 (15.70)	21 (11.93)	48 (13.79)	0.352
อื่นๆ เช่น รถม้วน/นั่งปิดประตูรถตากแดด/ไฟฟ้าช็อต/อาวุธปืน/อดอาหาร	7 (4.07)	7 (3.98)	14 (4.02)	1.000
<b>วินิจฉัยโรค (กลุ่มโรค ICD 10)</b>				0.053
กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (F310, F312, F313, F314, F315, F316, F319)	12 (6.98)	4 (2.27)	16 (4.60)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F320, F321, F322, F323, F329, F331, F341, F348, F39)	135 (78.49)	146 (82.95)	281 (80.75)	
กลุ่มโรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (F410, F411, F412, F419, F420, F450)	9 (5.23)	16 (9.09)	25 (7.18)	
กลุ่มโรคความผิดปกติการปรับตัวต่อความเครียด (F430, F431, F432, F4321, F433)	16 (9.30)	10 (5.68)	26 (7.47)	
<b>ยาจิตเวช</b>				0.437
ไม่ได้รับยาด้านเศร้า	3 (1.74)	1 (0.57)	4 (1.15)	
ได้รับยาด้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI/SNRI/NASSA/TCA	84 (48.83)	94 (53.41)	178 (51.15)	
ได้รับยาด้านเศร้าร่วมกับ atypical antipsychotic/mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ	85 (49.42)	81 (46.02)	166 (47.71)	

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มประชากรซึมเศร้าที่ได้รับการติดตามและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ปัจจัยพื้นฐาน	จำนวนประชากรที่มี ภาวะซึมเศร้าได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 172) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากรกลุ่ม ควบคุมไม่ได้รับการ ติดตามโดยนักจิตวิทยา (N = 176) จำนวน (ร้อยละ)	จำนวนประชากร ทั้งหมด (N = 348) จำนวน (ร้อยละ)	p-value
<b>แพทย์</b>				0.692
คนที่ 1	65 (37.79)	67 (38.07)	132 (37.93)	
คนที่ 2	7 (4.07)	8 (4.55)	15 (4.31)	
คนที่ 3	34 (19.77)	35 (19.89)	69 (19.83)	
คนที่ 4	18 (10.47)	26 (14.77)	44 (12.64)	
คนที่ 5	48 (27.91)	40 (22.73)	88 (25.29)	
<b>ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level)</b>				0.555
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	43 (25.00)	39 (22.16)	82 (23.56)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	44 (25.58)	54 (30.68)	99 (28.16)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	85 (49.42)	83 (47.16)	168 (48.28)	
<b>ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level)</b>				0.394
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเล็กน้อย	61 (35.47)	67 (38.07)	128 (36.78)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายปานกลาง	28 (16.28)	36 (20.45)	64 (18.39)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายรุนแรง	83 (48.26)	73 (41.48)	156 (44.83)	
<b>สาเหตุ</b>				
ปัญหาความสัมพันธ์	113 (65.70)	114 (64.77)	227 (65.23)	0.910
ปัญหาการเรียน/การทำงาน	34 (19.77)	28 (15.91)	62 (17.82)	0.401
ปัญหาเศรษฐกิจ	20 (11.63)	32 (18.18)	52 (14.94)	0.099
ปัญหาสุขภาพ	12 (6.98)	12 (6.82)	24 (6.90)	1.000
แนวความคิด เช่น รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกไร้ค่า เป็นภาระว่างเปล่า ไม่รู้ว่าจะเกิดมาทำไม อยู่เพื่อใคร	21 (12.21)	18 (10.23)	39 (11.21)	0.612
อื่นๆ เช่น ปัญหาสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิต/ปัญหาถูก ทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก/ปัญหาครอบครัว/ถูกตีตราว่าเป็น เป็นโรคจิตเวช/ปัญหาคดี/เหนื่อยต้องดูแลคนอื่น	11 (6.40)	15 (8.53)	26 (7.47)	0.542
<b>ปัจจัยปกป้อง</b>				
ไม่มี	5 (2.91)	4 (2.27)	9 (2.59)	0.748
มีกำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน	46 (26.74)	37 (21.02)	83 (23.85)	0.258
มีห่วงเช่นลูก พ่อแม่ คนที่รัก สัตว์เลี้ยง	104 (59.88)	108 (61.36)	211 (60.63)	0.913
อื่นๆ เช่น กลัวบาป ใช้ธรรมะ/กลัวเจ็บ/มีความหวังว่า รักษาแล้วจะหาย กินยาต่อเนื่อง/งานยุ่ง ไม่มีเวลาคิด/ ปัญหาคลี่คลาย/กลัวไม่ได้กลับไปเล่นกีฬาที่ชอบ	4 (2.32)	11 (6.26)	15 (4.30)	0.111
ปรับมุมมองใหม่ ต้องการให้ชีวิตดีขึ้น มองเห็นคนที่ลำบาก กว่ายังสู้อยากทำให้ชีวิตดีขึ้น	18 (10.47)	19 (10.80)	37 (10.63)	1.000

\*p-value < 0.05, วิเคราะห์ด้วย Fisher's exact probability test

**ตารางที่ 2** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
<b>เพศ</b>				0.741
ชาย	56 (16.87)	3 (18.75)	59 (16.95)	
หญิง	276 (83.13)	13 (81.25)	289 (83.05)	
<b>อายุ</b>				0.041*
อายุเฉลี่ย mean (SD)	34.71 (13.40)	27.75 (9.15)	34.40 (13.30)	
<b>ช่วงอายุ</b>				0.312
18 - 25 ปี	98 (29.52)	8 (50.00)	106 (30.46)	
25 - 34 ปี	93 (28.01)	6 (37.50)	99 (28.45)	
35 - 44 ปี	64 (19.28)	1 (6.25)	65 (18.68)	
45 - 54 ปี	41 (13.48)	0 (0.00)	41 (11.78)	
55 - 64 ปี	26 (7.83)	2 (2.94)	27 (7.76)	
ตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป	10 (3.01)	0 (0.00)	10 (2.87)	
<b>สถานภาพสมรส</b>				0.829
โสด	141 (42.47)	7 (43.75)	148 (42.53)	
สมรส	144 (43.37)	8 (50.00)	152 (43.68)	
หม้าย/หย่า/แยก	47 (14.54)	1 (6.25)	48 (13.79)	
<b>ระดับการศึกษา</b>				0.032*
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	123 (37.05)	10 (62.50)	133 (38.22)	
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	86 (25.90)	6 (37.50)	92 (26.44)	
ปวส.	47 (14.16)	0 (0.00)	47 (13.51)	
ปริญญาตรี	73 (21.99)	0 (0.00)	73 (20.98)	
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.90)	0 (0.00)	3 (0.86)	
<b>อาชีพ</b>				0.363
ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงฯ	21 (6.33)	1 (6.25)	22 (6.32)	
พนักงานบริษัทเอกชน/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/รับจ้างทั่วไป	140 (42.17)	8 (50.00)	148 (42.53)	
เจ้าของธุรกิจ / อาชีพอิสระ/ค้าขาย/เกษตรกรรวม	78 (23.49)	3 (18.75)	81 (23.28)	
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้านดูแลสามีและบุตร/ผู้สูงอายุ/ นักบวช	66 (19.88)	1 (6.25)	67 (19.25)	
ว่างงาน/ตกงาน	27 (8.13)	3 (18.75)	30 (8.62)	
<b>เศรษฐานะ</b>				1.000
รายรับมากกว่ารายจ่าย ไม่มีหนี้สิน/มีแต่บริหารได้	27 (8.13)	1 (6.25)	28 (8.05)	
รายรับพอๆ กับรายจ่าย พอใช้	155 (46.69)	8 (50.00)	163 (46.84)	
รายรับน้อยกว่ารายจ่าย เป็นหนี้สิน	150 (45.18)	7 (43.75)	157 (45.11)	

**ตารางที่ 2** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
<b>โรคประจำตัว</b>				0.247
ไม่มี	202 (60.84)	14 (87.50)	216 (62.07)	
มีโรคประจำตัวทางกาย	113 (34.04)	2 (12.50)	115 (33.05)	
มีโรคประจำตัวทางจิต	14 (4.221)	0 (0.00)	14 (4.02)	
มีโรคประจำตัวทางกายและทางจิต	3 (0.90)	0 (0.00)	3 (0.86)	
<b>ประวัติการใช้สารเสพติด</b>				0.828
บุหรี่ยาสูบ	14 (4.22)	1 (6.25)	15 (4.31)	
กัญชา/กระท่อม/ยาบ้า/ยาไอซ์/ยาเค/ฝิ่น เฮโรอีน มอร์ฟีน ทามอล	29 (8.73)	1 (6.25)	30 (8.62)	
ไม่เคยใช้/เคยใช้แต่หยุดมานานมากกว่า 1 ปี	289 (87.05)	14 (87.50)	303 (87.07)	
<b>ประวัติการพยายามทำร้ายตนเอง</b>				0.050
ไม่เคยพยายามทำร้ายตนเอง	14 (4.22)	0 (0.00)	14 (4.02)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง	160 (48.19)	3 (18.75)	163 (46.84)	
เคยพยายามทำร้ายตนเอง 2 ครั้ง	70 (21.08)	7 (43.75)	77 (22.13)	
เคยพยายามทำร้ายตนเองตั้งแต่ 3 ครั้งขึ้นไป	88 (26.51)	6 (37.50)	94 (27.01)	
<b>วินิจฉัยโรค (กลุ่มโรค ICD 10)</b>				0.227
กลุ่มโรคอารมณ์แปรปรวน (F310, F312, F313, F314, F315, F316, F319)	14 (4.22)	2 (12.50)	16 (4.60)	
กลุ่มโรคซึมเศร้า (F320, F321, F322, F323, F329, F331, F341, F348, F39)	267 (80.42)	14 (87.50)	281 (80.75)	
กลุ่มโรควิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ (F410, F411, F412, F419, F420, F450)	25 (7.53)	0 (0.00)	25 (7.18)	
กลุ่มโรคความผิดปกติการปรับตัวต่อความเครียด (F430, F431, F432, F4321, F433)	26 (7.83)	0 (0.00)	26 (7.47)	
<b>ยาจิตเวช</b>				0.679
ไม่ได้รับยาต้านเศร้า	4 (1.20)	0 (0.00)	4 (1.15)	
ได้รับยาต้านเศร้า เช่น กลุ่มยา SSRI/SNRI/NASSA/TCA	171 (51.51)	7 (43.75)	178 (51.15)	
ได้รับยาต้านเศร้าวรร่วมกับ atypical antipsychotic/ mood stabilizer/หรือยาอื่นๆ	157 (47.29)	9 (56.25)	166 (47.70)	
<b>แพทย์</b>				0.142
คนที่ 1	122 (36.75)	10 (62.50)	132 (37.93)	
คนที่ 2	14 (4.22)	1 (6.25)	15 (4.31)	
คนที่ 3	68 (20.48)	1 (6.25)	69 (19.83)	
คนที่ 4	44 (13.25)	0 (0.00)	44 (12.64)	
คนที่ 5	84 (25.30)	4 (25.00)	88 (25.29)	

**ตารางที่ 2** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานและการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายเมื่อได้รับการรักษาครบ 12 สัปดาห์ (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วยไม่ได้ นอนโรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 332 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยนอน โรงพยาบาลด้วย การพยายามฆ่าตัวตาย N = 16 (ร้อยละ)	จำนวนผู้ป่วยที่ศึกษา ทั้งหมดผู้ป่วย N = 348 (ร้อยละ)	p-value
<b>ค่าคะแนนซึมเศร้า (9q)</b>				
เฉลี่ย mean (SD)	17.39 (5.70)	18.87 (5.77)	17.46 (5.70)	0.311
<b>ระดับของภาวะซึมเศร้า (9q level)</b>				0.475
มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย	80 (24.10)	2 (12.50)	82 (23.56)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง	94 (28.31)	4 (25.00)	98 (28.16)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง	158 (47.59)	10 (62.50)	168 (48.28)	
<b>ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q)</b>				
เฉลี่ย mean (SD)	17.23 (13.86)	33.25 (14.67)	17.97 (14.28)	<0.001*
<b>ระดับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q level)</b>				0.001*
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายเล็กน้อย	128 (38.55)	0 (0.00)	128 (36.78)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายปานกลาง	61 (18.37)	3 (18.75)	64 (18.39)	
มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายรุนแรง	143 (43.07)	13 (81.25)	156 (44.83)	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 โดยการวิเคราะห์ Fisher's exact และ Student t-test

**ตารางที่ 3** แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาภาวะซึมเศร้าครบ 12 สัปดาห์ ด้วยวิธี Multivariable logistic regression

ปัจจัยพื้นฐาน	ผู้ป่วยซึมเศร้า ไม่มีกรนอน โรงพยาบาลด้วยการ พยายามฆ่าตัวตาย (N = 332)	ผู้ป่วยซึมเศร้า นอนโรงพยาบาล ด้วยการพยายาม ฆ่าตัวตาย (N = 16)	Odds ratio	95% Confidence Interval	p-value
อายุเฉลี่ย mean ± SD	34.71 ± 13.40	27.75 ± 9.15	0.95	0.90-1.01	0.084
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.63	0.20-1.98	0.428
ต่ำกว่าระดับมัธยมปลาย	123 (37.05)	10 (62.50)			
มัธยมปลายหรือเทียบเท่า	86 (25.90)	6 (37.50)			
ปวส.	47 (14.16)	0 (0.00)			
ปริญญาตรี	73 (21.99)	0 (0.00)			
สูงกว่าปริญญาตรี	3 (0.90)	0 (0.00)			
<b>ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q)</b>	17.23 ± 13.86	33.25 ± 14.67	1.05	1.02-1.09	0.003*
เฉลี่ย mean ± SD					

N = จำนวนผู้ป่วยในกลุ่ม, SD = Standard Deviation, \*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05

แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเกิดได้จากโปรแกรมการติดตามกำหนดไว้ให้ติดตาม 5 ครั้ง แต่จากงานวิจัยนี้ไม่สามารถติดตามผู้ป่วยได้ครบเนื่องจากการติดตามผ่านสื่ออื่น พบว่าผู้ป่วยหลายรายติดงานหรือมีความกลัวในเรื่องการโจรกรรมข้อมูลบุคคลไม่รับโทรศัพท์ จึงไม่สามารถติดตามได้ครบ 5 ครั้ง ได้ทุกคนตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมและการติดตามระยะเวลาสั้นเพียง 12 สัปดาห์ ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Lakshmi Vijayakumar และคณะ ที่ศึกษาการติดตามการให้คำแนะนำแบบสั้นและการประสานส่งต่อศูนย์ช่วยดูแลในสถานที่ใกล้เคียงที่ผู้พยายามทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย จำนวน 680 คนนั้น พบว่ากลุ่มศึกษามีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ<sup>29</sup> แต่อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษานั้นเป็นคนที่ติดตามหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งความรุนแรงของโรคจำนวนมากกว่า และติดตามนาน 18 เดือน ซึ่งนานกว่า

เมื่อติดตามครบ 12 สัปดาห์ พบว่าค่าคะแนนซึมเศร้า (9q) เฉลี่ย และค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงโดยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายจากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีสาเหตุและปัจจัยปกป้องไม่แตกต่างกัน โดยพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่ที่คิดฆ่าตัวตายพบมีปัจจัยกระตุ้น เช่น ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการเรียน/การทำงาน ปัญหาเศรษฐกิจ มีปัจจัยที่ทำให้เสี่ยง เช่น ปัญหาถูกทารุณ/ทอดทิ้งในวัยเด็ก และผู้ป่วยที่มีปัจจัยปกป้อง เช่น มีห้องเช่น ลูก พ่อแม่ คนที่รัก กำลังใจจากครอบครัว จะช่วยยับยั้งการพยายามฆ่าตัวตายตามลำดับ และปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ซึ่งสอดคล้องกับ O' Connor ทฤษฎี 4P ของ Professor Rory<sup>32</sup> ซึ่งทฤษฎีนี้ช่วยให้เข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย โดยแบ่งออกเป็น 4 หมวดใหญ่ ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) ปัจจัยที่ทำให้เกิด (perpetuating factors) และปัจจัยปกป้อง (protective factors) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เป็นสิ่งที่ยากในการควบคุม<sup>33</sup> และมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพราะฉะนั้นถึงแม้จะมีการติดตามตามโปรแกรมแต่ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดวิกฤตชีวิต<sup>34</sup> ช่วงเวลาใดก็ได้ตลอดชีวิตของผู้ป่วย

นอกจากนี้ เมื่อศึกษาปัจจัยพื้นฐานที่สัมพันธ์ต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่ามีปัจจัยเพียงข้อเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เช่นเดียวกับการศึกษาของ เอกชัย

เพชรพรประภาส และคณะ<sup>24</sup> โดยพบว่าค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยของผู้ป่วยซึมเศร้าที่นอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ  $33.25 \pm 14.67$  เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ  $17.23 \pm 13.86$  โดยเมื่อค่าคะแนน 8q เพิ่มขึ้นทุก 1 คะแนน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาลด้วยการพยายามฆ่าตัวตาย 1.05 เท่า (aOR = 1.05, 95%CI = 1.02 - 1.09, p-value = 0.003) จึงใช้ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยเป็นเกณฑ์การวางแผนทางในการประเมินและดูแลติดตามผู้ป่วยต่อไปได้<sup>35</sup>

**ข้อจำกัดในการศึกษาครั้งนี้** ได้แก่ วันเวลาในการติดตามของนักจิตวิทยา ผู้ติดตามที่จำกัดการติดตามเฉพาะวันเวลาราชการ ถึงแม้จะมีการนัดเวลากับผู้ป่วยล่วงหน้าก็ตาม ความกลัวและความกังวลใจต่อการถูกโจรกรรมข้อมูลของผู้ป่วย ถึงแม้จะมีการแจ้งเบอร์ที่ใช้ในการติดตามตั้งแต่วันที่ตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย ปัจจัยต่างๆ ที่ผู้ป่วยต้องเผชิญระหว่างการติดตามยากต่อการควบคุมและการเกิดการฆ่าตัวตายซ้ำพบน้อยรวมทั้งประชากรกลุ่มควบคุมเป็นการปฏิบัติเป็นประจำ (routine practice) ตามแนวทางทั่วไป ไม่ใช่การจำกัดกระทำตัวแปรอื่นที่เป็นตัวแปรอิสระ (active control group) จึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาระบบการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้

**ข้อเสนอแนะ** จากผลการวิจัยจะนำไปโปรแกรมการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างเข้มข้นไปใช้ในการวางแผนทางในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า ที่มีความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายต่อไป เพราะถึงแม้จากงานวิจัยนี้เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติจะไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้จากสาเหตุหลายปัจจัย ทั้งจากการกำหนดวิธีการศึกษาและปัจจัยภายนอกที่ยากต่อการควบคุม แต่ในทางคลินิกนั้นการลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายได้แม้คนเดียวนับว่าเป็นผล (impact) ที่มีคุณค่าอย่างมาก จึงเห็นว่างานวิจัยนี้มีประโยชน์สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในอนาคตได้ โดยแก้ไขข้อจำกัดจากงานวิจัยนี้ เช่น กำหนดวิธีการศึกษาให้รัดกุมมากขึ้น และนำปัจจัยที่พบว่าสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศรารวมทั้งสาเหตุและปัจจัยปกป้องไปใช้ออกแบบแนวทางในการประเมินและดูแลรักษาผู้ป่วยซึมเศร้าต่อไปได้แก่ การจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระยอง เพื่อสามารถมีเวลาในการประเมิน บันทึกข้อมูล และติดตามผู้ป่วย ได้ต่อเนื่อง โดยกำหนดระยะเวลาติดตามผู้ป่วยให้มีความถี่มากขึ้น และระยะเวลายาวนานขึ้น เช่น ทุก 1 - 2 สัปดาห์ เป็นเวลา 12 สัปดาห์ จากนั้นติดตามทุก 4 สัปดาห์ จนครบ 18 เดือน (หรือมากกว่าในรายที่ยังไม่หายเป็นปกติ) และกำหนดแนวทางในการติดตามดูแลผู้ป่วย ซึมเศร้าอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าจากงานวิจัย ได้แก่ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เป็นเกณฑ์ กรณีผู้ป่วย ซึมเศร้าที่คะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) ตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป สามารถนัดเข้าคลินิกเฉพาะโรคซึมเศร้า ซึ่งการรักษาโรคซึมเศร้าโดยให้การรักษาทั้งยาและจิตบำบัด<sup>36</sup> รวมทั้งมีการติดตามผ่านโทรศัพท์หรือวีดีโอคอลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยประเมินตามข้อจำกัดของผู้ป่วยแต่ละราย และสามารถปรับให้เหมาะสมกับบริบทสถานพยาบาลแต่ละแห่งได้

## สรุป

การพัฒนากระบวนการดูแลติดตามผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายอย่างเข้มข้นนั้น ไม่สามารถลดอัตราการพยายามฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าซึ่งเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลระยอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่พบการลดลงของค่าคะแนนภาวะซึมเศร้า (9q) เฉลี่ยและค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียงปัจจัยเดียว คือ ค่าคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8q) เฉลี่ยและสาเหตุที่พบบ่อย 3 ลำดับแรกที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเอง คือ ปัญหาความสัมพันธ์ ปัญหาการเรียน/การทำงานและปัญหาเศรษฐกิจตามลำดับ โดยพบว่าปัจจัยปกป้องที่ช่วยผู้ป่วยซึมเศร้าให้สามารถยับยั้งความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตนเองที่พบบ่อย 3 ลำดับแรก คือ การมีห่วง เช่น ลูก พ่อแม่ สัตว์เลี้ยง คนที่รัก กำลังใจจากครอบครัว/คนรัก/เพื่อน และการปรับมุมมองใหม่ของผู้ป่วยต้องการให้ชีวิตดีขึ้น ตามลำดับ

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลระยอง ทุกท่าน ในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามที่

กำหนดให้ ช่วยเหลือในการสัมภาษณ์ และบันทึกข้อมูลตามแบบสอบถามที่ผู้นิพนธ์ออกแบบขึ้น ผศ. (พิเศษ) ดร.ภญ. รุ่งทิพ หมีนป่า ที่ช่วยให้คำแนะนำเรื่องงานวิจัย โดยเฉพาะเรื่องการใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ตัวแปรต่างๆ รศ.พญ.วิจิตร นวลละออง ที่ช่วยให้คำปรึกษาตลอดระยะเวลาวิจัย และ นายแพทย์วรพล อมรวิทย์ นายแพทย์ชำนาญการ แพทย์เฉพาะทางสาขาระบาดวิทยา กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลระยอง ช่วยให้การดำเนินงานวิจัย งานวิจัยฉบับนี้ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนใด

## ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีประโยชน์ขัดกันใดๆ ผลการวิจัยนี้เกิดจากความคิดและการดำเนินการวิจัยอย่างอิสระของผู้วิจัยเท่านั้น

## การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

อรอุมา ประสงค์สำเร็จ ออกแบบการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความตลอดจนการแก้ไขบทความ

## เอกสารอ้างอิง

1. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med* 2018;48(9): 1560-71.
2. Sadock BJ, Sadock VJ. Concise textbook of clinical psychiatry derived from Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
3. Limsontikul C. Suicide rates in Thailand 2008. *J Ment Health Thai* 2009;17(1): 52-5.
4. Rungreangkulkij SR, Kotnara I, Thamnoi R, Yodklang O, Anusak B. Experience of suicide attempt: gender differences. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(3): 245-56.
5. Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC, Lu TH, Cheng ATA. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia: a time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68(7): 1322-31.
6. Lotrakul M. Suicide in Thailand during the period 1998-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60(1): 90-5.
7. Penglia Y, Tippunya S, Puksom K, Likasitdamrongkul W, Thane S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *J Ment Health Thai* 2018;26(3):184-96.
8. Yingseree O, Yingseree S. The factors associated with committed suicide in Hang Chat district by psychological autopsy during

- 2008 and application to community prevention. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2010;55(4): 297-304.
9. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. [cited 2021 Jan 30]. Available from: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).
  10. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [cited 2021 Jan 11]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.
  11. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing - 5 May 2023 [Internet]. [cited 2024 Jan 01]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>.
  12. Coronavirus declared global health emergency by WHO. 2020 Jan 30 [Internet]. [cited 2021 Jan 11]; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-51318246>.
  13. Wongwilai P. Factors related to suicidal behavior at Sansai hospital Chiang Mai province. *Academic Psychiatry and Psychology Journal* 2021;37(2): 94-107.
  14. Khamma A. Risk factors associated with suicide :a case - control study in Sukhothai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(1): 3-16.
  15. Lotrakul M. Suicide trends in Thailand categorized by age and gender. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1998;43: 2-13.
  16. Sukhawaha S, Arunpongpaisal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescents: a narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017;62: 359-78.
  17. Ekasawin S. Multiple suicides among psychiatric adolescents. *J Ment Health Thai* 2004;12: 54-63.
  18. Parra-Urbe I, Blasco-Fontecilla H, Garcia-Parés G, Martínez-Naval L, Valero-Coppin O, Cebrià-Meca A, et al. Risk of re-attempts and suicide death after a suicide attempt: a survival analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17: 163.
  19. Rukkhajeeekul S. Depression and suicidal behaviors among Naresuan University students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013;58(4): 359-70.
  20. Worapani P, Bamrerraj S, Su-khaws S. To study the factors influencing suicide attempts in patients of Kongklailas hospital. *Community health development quarterly Khon Kaen University* 2013;1(1): 69-78.
  21. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang District, Lampang Province by psychological autopsy from october, 2010 to september 2013. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1): 47-54.
  22. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiat* 2008;192(2): 98-105.
  23. Leejongpermpoon J, Kongsuk T, Sriruenthong W, Pangchuntr W, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. P-1432 - The suicidality in thai population: a national survey. *Eur Psychiatry* 2012;27: 1.
  24. Petpornprapas E. Depression: prevalence and associated factors of suicidal attempts at Bangplee hospital, Samutprakarn province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(2): 167-78.
  25. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrussameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W. Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th health district of Thailand. *J Suicide Prev Thai* 2020;1(1): 25-40.
  26. Organization WH. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries [Internet]. World Health Organization; 2021 [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/341726>
  27. Lotrakul M, Lotrakul M, Sukanit P, editors. *Ramathibodi's Essential of Psychiatry*. 3rd edition. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital 2010. (in Thai). [cited 2021 Feb 11]; Available from: [https://www.academia.edu/249010/Lotrakul\\_M\\_Sukanit\\_P\\_editors\\_Ramathibodi\\_s\\_Essential\\_of\\_Psychiatry\\_3rd\\_edition\\_Bangkok\\_Faculty\\_of\\_Medicine\\_Ramathibodi\\_Hospital\\_2010\\_in\\_Thai](https://www.academia.edu/249010/Lotrakul_M_Sukanit_P_editors_Ramathibodi_s_Essential_of_Psychiatry_3rd_edition_Bangkok_Faculty_of_Medicine_Ramathibodi_Hospital_2010_in_Thai)
  28. Peter AG, Molina ML, Cardoso T de A, Mondin TC, Silva RA da, Jansen K, et al. Incidence and risk factors for suicide attempts in patients diagnosed with major depressive disorder. *Psychol Res Behav Manag* 2020 ;13: 1147-57.
  29. Vijayakumar L, Umamaheswari C, Shujaath Ali ZS, Devaraj P, Kesavan K. Intervention for suicide attempters: a randomized controlled study. *Indian J Psychiatry* 2011;53(3): 244-8.
  30. Paholpak S. Mood disorder. *Khon Kaen: Siriphan offset*; 1999
  31. Serisathien P, Ucharatana W, Boonchome, An epidemiological study of suicidal attempt patients in governmental hospitals at Rayong province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1998;43(1): 14-21.
  32. Warren M, O'Connor C, Lee JE, Burton J, Walton D, Keathley J, et al. Predispose, precipitate, perpetuate, and protect: how diet and the gut influence mental health in emerging adulthood. *Front Nutr* 2024;11: 1339269.
  33. Krychiw JK, Ward-Ciesielski EF. Factors related to suicide's unpredictability: a qualitative study of adults with lived experience of suicide attempts. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2019;14(1): 1650585.
  34. Howarth EJ, O'Connor DB, Panagioti M, Hodkinson A, Wilding S, Johnson J. Are stressful life events prospectively associated with increased suicidal ideation and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2020;266: 731-42.
  35. Riera-Serra P, Navarra-Ventura G, Castro A, Gili M, Salazar-Cedillo A, Ricci-Cabello I, et al. Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2024;274(7): 1543-63.
  36. Sher L, Oquendo MA. Suicide: An overview for clinicians. *Med Clin North Am* 2023;107(1): 119-30.