นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วันรับ : 9 มกราคม 2567
วันแก้ไข : 27 เมษายน 2567
วันตอบรับ : 3 พฤษภาคม 2567

ประภาส อุครานันท์, พ.บ.[1], สิปณัฐ ศิลาเกษ, พ.บ.[1], ณัทธร พิทยรัตน์เสถียร, พ.บ.[2], กมลทิพย์ สงวนรัมย์, วท.ม.[1], สุพัตรา สุขาวห, ปร.ด.[1], สุปราณี พิมพ์ตรา, ปร.ด.[1], สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ, วท.ม.[1]
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต[1], คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย[2]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมการบำบัดวิภาษวิธี พระศรี Dialectical Behavior Therapy - Informed (DBT-Informed) ต่ออาการซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการ : การวิจัยกึ่งทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 6 เดือนและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพระศรี DBT-Informed รายบุคคล 9 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วัดอาการซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q ฉบับปรับปรุง (9Q-revision) วัดความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (scale for suicidal ideation-Thai version 2014) ที่ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และการติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลัก intention-to-treat ใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Friedman test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนภายในกลุ่ม และสถิติ Mann-Whitney U test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนระหว่างกลุ่ม

ผล : กลุ่มตัวอย่าง 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไป อาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือนต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายต่ำว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุป : โปรแกรมพระศรี DBT-Informed ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้

คำสำคัญ : การฆ่าตัวตาย, การทำร้ายตนเอง, การบำบัดวิภาษวิธี, โรคซึมเศร้า

ติดต่อผู้นิพนธ์ : สุพัตรา สุขาวห; e-mail: s_sukawa@yahoo.com

Original article

Preliminary efficacy of the Prasri Dialectical Behavior Therapy - Informed Program for suicide reattempt prevention in patients with depressive disorder and attempted suicide

Received : 9 January 2024
Revised : 27 April 2024
Accepted : 3 May 2024

Prapat Ukranan, M.D.[1], Sipanut Silaket, M.D.[1], Nuttorn Pityaratstian, M.D.[2], Kamonthip Saguanrum, M.Sc.[1], Supattra Sukhawaha, Ph.D.[1], Supranee Phimtra, Ph.D.[1], Supaporn Thongbenjamas, M.Sc.[1]
Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital[1], Faculty of Medicine, Chulalongkorn University[2]

Abstract

Objective: To determine the effects of the Prasri Dialectical Behavior Therapy - Informed (Prasri DBT-Informed) program on depressive symptoms and suicidal ideation in patients with depressive disorder and attempted suicide.

Methods: A quasi-experimental study was employed among outpatients aged 18 years or older with depressive disorder and a history of suicidal attempts within the last six months. The experimental group received nine individual sessions, once a week, of the Prasri DBT-Informed. The control group received standard care. Depression and suicidal ideation severity were evaluated using the Nine-Item Questionnaire - Revision (9Q-Revision) and the Scale for Suicidal Ideation - Thai version 2014, respectively, before the program, after the program, and one month after the program. Data were analyzed on an intention-to-treat basis using descriptive statistics, the Friedman test, and the Mann-Whitney U test.

Results: A total of 24 participants were assigned into experimental (n = 12) and control (n = 12) groups. Both groups were not significantly different in the baseline characteristics, depression, and suicidal ideation. In the experimental group, the depression and suicidal ideation scores after the program and one month after the program were both significantly lower than those before the program. Compared to the control group, the experimental group showed significantly lower scores of both depression and suicidal ideation across follow-up points.

Conclusion: The Prasri DBT-Informed program is effective in reducing depressive symptoms and suicidal ideation among individuals with depressive disorder and previous suicide attempts.

Keywords: depression, suicide, self-Injury, dialectical behavior therapy

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: s_sukawa@yahoo.com

ความรู้เดิม : การบำบัดแบบแบบวิภาษวิธี (Dialectical Behavior Therapy: DBT) เป็นการบำบัดที่มีหลักฐานทางวิชาการในต่างประเทศว่าได้ผลในการลดการฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองซ้ำในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่ง โดยใช้ระยะเวลาบำบัดอย่างน้อย 26 สัปดาห์

ความรู้ใหม่ : โปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed ได้รับการพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดรายบุคคล 9 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายเมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ ทั้งที่ระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผล 1 เดือน

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางในการบำบัดทางจิตสังคมในผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เพื่อลดอาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายซ้ำในบริบทประเทศไทย

บทนำ

โรคซึมเศร้ามีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 2 - 21[1] ผลกระทบที่สำคัญของโรคซึมเศร้าคือการฆ่าตัวตาย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัย 15 เรื่องพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความคิดอยากตาย (suicidal ideation) ร้อยละ 53.1 และพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ร้อยละ 31.0 โดยตลอดชั่วชีวิตผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 3.45 เท่า และมีโอกาสพยายามฆ่าตัวตายในหนึ่งปีสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า 7.34 เท่า[2] ในประเทศไทยพบอัตราการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นจาก 6.12 ต่อแสนประชากรในปี พ.ศ. 2556 มาเป็น 8.95 ต่อแสนประชากร ในปี พ.ศ. 2562[3] ปัจจัยที่ทำนายการฆ่าตัวตายสำเร็จ ได้แก่ เพศชาย การไม่ได้รับการรักษาทางด้านจิตเวช และการใช้วิธีการฆ่าตัวตายที่มีโอกาสสำเร็จสูง ส่วนปัจจัยทำนายการพยายามฆ่าตัวตายได้แก่ เพศหญิง วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ และการมีปัญหาหรือโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้ว และโรคความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด[3] การศึกษาในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาพบว่าร้อยละ 16.8 มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยหญิงมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายมากกว่าชาย และการมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายประมาณ 48 เท่า[4]

การป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจำเป็นต้องใช้วิธีการบำบัดที่ช่วยลดทั้งภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้ Linehan[5] ได้พัฒนาการบำบัดวิภาษวิธี (dialectical behavior therapy: DBT) ซึ่งเป็นจิตบำบัดที่แตกแขนงออกมาจากการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioral therapy: CBT) เพื่อบำบัดหญิงที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่ง (borderline personality disorder: BPD) ที่มีการพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่ได้ตั้งใจจะทำให้ตายจริง (parasuicide) และมีการทำร้ายตัวเอง (self-harm) DBT ประกอบด้วยแนวคิดการเจริญสติ (mindfulness) การอดทนต่อความทุกข์ทรมานใจ (distress tolerance) การยอมรับ (acceptance) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ (interpersonal effectiveness) และการควบคุมอารมณ์ (emotional regulation) ซึ่งใช้ทำจิตบำบัดได้ทั้งรายบุคคล รายกลุ่ม และทางโทรศัพท์โดยเน้นการรับมือกับปฏิกิริยาต่อเหตุการณ์ที่มากระตุ้นตามลำดับความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตนเองและพฤติกรรมก้าวร้าวต่าง ๆ นอกจากนี้ DBT ยังเน้นการยอมรับในประเด็นที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

การทดลองแบบสุ่มในหญิงวัยผู้ใหญ่ 99 คน ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติชนิดก้ำกึ่งและมีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายและ/หรือทำร้ายตนเองเป็นเวลา 5 ปีขึ้นไป ได้รับการบำบัดแบบ DBT เป็นเวลา 1 ปีและติดตามต่อเนื่อง 1 ปี พบว่า DBT สามารถลดการทำร้ายตนเองซ้ำ ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[6] การวิเคราะห์อภิมาน (meta-analysis) ในการทดลองแบบมีกลุ่มควบคุม

ที่ใช้ DBT ในการบำบัดผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเองโดยไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย (nonsuicidal self-injury: NSSI) และพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า DBT ช่วยลดพฤติกรรมความรุนแรงต่อตัวเองและความถี่ของการเข้ารับบริการฉุกเฉินทางจิตเวชได้[7] การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะซึมเศร้า และมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่า การบำบัดที่มีขนาดอิทธิพล (effect size) สูงสุดคือ DBT[8] สอดคล้องกับการทดลองแบบสุ่มในวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายสูง 173 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับ DBT 72 คน และกลุ่มที่ได้รับจิตบำบัดจิตแบบประคับประคองรายบุคคลและรายกลุ่ม 51 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับ DBT มีการพยายามฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง และการทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บโดยไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตายลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9] หลักฐานเชิงประจักษ์เหล่านี้แสดงให้เห็นว่าการบำบัดแบบ DBT มีประสิทธิภาพในการช่วยลดความเสี่ยงในการพยายามฆ่าตัวตายได้

อย่างไรก็ตาม การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยทั่วไปใช้จิตบำบัดแบบประคับประคองและ/หรือ CBT โดยพยาบาลจิตเวชหรือนักจิตวิทยาคลินิก ระยะเวลาการบำบัดขึ้นกับการนัดมาพบแพทย์ซึ่งส่วนใหญ่นัดเดือนละ 1 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยยังมีการทำร้ายตัวเองซ้ำและอาการซึมเศร้าไม่ลดลง[10] เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมารับการบำบัดไม่ต่อเนื่องและการบำบัดทางสังคมจิตใจไม่เข้มข้นเพียงพอ และปัจจุบันยังไม่พบการนำ DBT มาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ อาจเนื่องจาก DBT เต็มรูปแบบ (comprehensive DBT) ใช้ระยะเวลาอย่างน้อย 26 สัปดาห์ และผู้บำบัดต้องรับปรึกษาผู้ป่วยทางโทรศัพท์กับเมื่อเกิดภาวะวิกฤตหลังการบำบัดต่อเนื่อง จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำ DBT เต็มรูปแบบมาใช้ในประเทศไทย

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิด้านการบำบัดแบบ DBT ของประเทศไทย ได้มีการวิจัยและพัฒนา (research and development) โปรแกรมบำบัดที่ประยุกต์เทคนิคบางส่วนของ DBT มาใช้ โดยสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทยและมีความเป็นไปได้ในการบำบัดทางจิตสังคมผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่ไม่รุนแรงหรือซับซ้อนจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะที่ 1 ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2565 เป็นการพัฒนาต้นร่างโปรแกรมพระศรี dialectical behavior therapy - informed (DBT-Informed) เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดตามโปรแกรม DBT ของประเทศไทย วิเคราะห์ content validity index (CVI) ได้ค่า 1.00[11] และมีการปรับปรุงตามตามข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจนได้ต้นแบบโปรแกรมที่สมบูรณ์ที่มีความตรงและสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการบำบัดแบบ DBT ระยะที่ 2 ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมพระศรี DBT-informed ต่ออาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

วิธีการ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental study) ชนิดสองกลุ่ม ทดสอบก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมและติดตาม 1 เดือน ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต หนังสือรับรองเลขที่ DMH.IRB.COA 023/2565 เมื่อวันที่ 10 เมษายน 2566

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 โดยจิตแพทย์ 3) มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไปจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q-revision) 7 คะแนนขึ้นไป 4) มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายภายใน 6 เดือนก่อนเข้าร่วมการวิจัย 5) มีคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย

(SSI-Thai version 2014) 1 คะแนนขึ้นไป และ 6) สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) เป็นโรคจิตเภท ติดสารเสพติด หรือปัญญาอ่อน 2) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง วัดจากประเมิน SSI-Thai version 2014 มีเกณฑ์ความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง 20 คะแนนขึ้นไป 3) มีการพยายามฆ่าตัวตายมากกว่า 3 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาด้วยวิธีการรุนแรง เช่น ผูกคอ ใช้อาวุธแทง ยิง โดยตั้งใจให้ตาย และยังมีแผนการรวมถึงความตั้งใจที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง หรือ 4) มีอาการตามเกณฑ์ที่ต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ขาดการมาเข้าร่วมการบำบัดต่อเนื่องเกินกว่า 2 ครั้ง หรือ 2) เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์รุนแรง (serious adverse events) เช่น มีอาการซึมเศร้ารุนแรงหรือพยายามฆ่าตัวตายด้วยวิธีการที่รุนแรงที่ต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล คำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มโดยใช้ค่าเฉลี่ยจากงานวิจัยที่ใช้ DBT วัดผลการฆ่าตัวตายซ้ำในวัยรุ่นที่เคยมีประวัติการฆ่าตัวตาย[12]ได้ขนาดตัวอย่าง 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน แบ่งกลุ่มโดยวิธีจับฉลาก

กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการชี้แจงเชิญชวนเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่ศูนย์วิจัยและฝึกอบรม ซึ่งไม่ใช่บุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกและไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยมาก่อนหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับอาสาสมัครเป็นอย่างดี โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างนำเอกสารกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อการตัดสินใจด้วยตัวเอง เมื่อตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วอาสาสมัครลงนามในเอกสารยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย การบำบัดดำเนินในห้องที่มีความเป็นส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างทุกคนได้รับการรักษาความลับและได้รับการปฏิบัติตามแนวทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

กลุ่มทดลองได้รับการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และได้โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เป็นการบำบัดรายบุคคลที่ประยุกต์จากแนวคิดการฝึกใช้สติ ทักษะการควบคุมอารมณ์ ทักษะประสิทธิภาพทางสังคม และการอดทนต่อความทุกข์ใจ ประกอบด้วยการบำบัด 9 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 60 - 90 นาที ห่างกัน 1 สัปดาห์ ดังตารางที่ 1

คณะผู้บำบัดประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ปี และนักจิตวิทยาคลินิกและนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความเชี่ยวชาญในการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ปี ผ่านการอบรมและฝึกประสบการณ์ในการบำบัดตามโปรแกรมพระศรี DBT-informed โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้าน DBT และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วย DBT 2 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's Kappa coefficient) 0.80 ซึ่งหมายถึงมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในทางปฏิบัติในระดับดีมาก

กลุ่มควบคุมได้รับการบำบัดรักษาตามแนวทางระบบบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งรวมถึงการรักษาด้วยยาโดยจิตแพทย์และจิตบำบัดโดยนักจิตวิทยาคลินิกและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานการบำบัดที่ศูนย์บำบัดทางสังคมจิตใจ (ศูนย์ร่มโพธิ์ใจ) โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 8 - 9 ครั้ง

เครื่องมือในการประเมินประสิทธิผล

ผู้ประเมินเป็นพยาบาลจิตเวชที่ไม่ใช่ผู้บำบัดและไม่ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างคนใดเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม ซึ่งผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลาง ฉบับปรับปรุง (9Q-revision) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ[13] ความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression มีค่าความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี (Pearson's product-moment correlation = 0.719, 95% CI = 0.690 - 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (ค่า ROC area = 0.897, 95% CI = 0.850 - 0.943) แบ่งระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าดังนี้

ตารางที่ 1 โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

ครั้งที่	เนื้อหา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
1	พบผู้บำบัด รับฟังทำความเข้าใจปัญหา อธิบายให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในโปรแกรมการบำบัดแบบ DBT-informed และฝึกการใช้สติ (mindfulness)	1. มอบสมุดบันทึกโปรแกรมพระศรี DBT-Informed 2. ทำความเข้าใจโปรแกรมพระศรี DBT-Informed 3. เขียนความคาดหวัง เป้าหมายการบำบัด 4. ฝึกการใช้สติ จิตส่วนเหตุผล จิตส่วนอารมณ์ จิตส่วนปัญญา ทักษะ what's skill, how skill 5. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจและค้นหาปัญหาของผู้รับการบำบัด 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดเข้าใจในรูปแบบการบำบัดแบบ DBT-Informed และมีเป้าหมายในการบำบัดร่วมกัน 3. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
2	ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation) ครั้งที่ 1 เรียนรู้ห่วงโซ่อารมณ์	1. เรียนรู้องค์ประกอบและวิเคราะห์ห่วงโซ่อารมณ์จากแผนภาพห่วงโซ่อารมณ์ 2. วิเคราะห์ห่วงโซ่อารมณ์ พฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของตนตามแผนภาพ 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
3	ฝึกการควบคุมอารมณ์ (emotion regulation) ครั้งที่ 2 เรียนรู้ทักษะการควบคุมอารมณ์	1. ฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ โดยลดความเจ็บปวดทางอารมณ์ ลดช่วงเวลาและความถี่ของการเกิดอารมณ์ที่ไม่ต้องการ และลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดอารมณ์ที่ไม่ต้องการ 2. วิเคราะห์ตามสถานการณ์ในชีวิตจริงของผู้รับการบำบัดตามใบกิจกรรมที่กำหนดให้ 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการควบคุมอารมณ์ที่เหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
4	ฝึกทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal effectiveness) ครั้งที่ 1 ทักษะการร้องขอ ทักษะการสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น	1. ดูคลิปทักษะการร้องขอ โดยใช้ทักษะ DEARMAN และทักษะการคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นโดยใช้ทักษะ GIVE 2. ฝึกทักษะการร้องขอตามสถานการณ์ที่เกิดในชีวิตจริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
5	ฝึกทักษะประสิทธิภาพทางสังคม (interpersonal effectiveness) ครั้งที่ 2 ทักษะการคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าและเคารพนับถือตนเอง	1. ฝึกทักษะการคงไว้ซึ่งการเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง โดยใช้ทักษะ FAST 2. สรุปการใช้ทักษะ 3 ทักษะโดยประยุกต์เข้ากับสถานการณ์ในชีวิตประจำวัดของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
6	ฝึกการอดทนต่อความทุกข์ใจ (distress tolerance) ครั้งที่ 1 ระยะ crisis	1. ฝึกเรียนรู้ทักษะการเผชิญกับภาวะวิกฤตทางจิตใจด้วยวิธีการตามเทคนิค STOP การหยุด การสังเกต การใช้สติ เทคนิค TIPPS การใช้ความเย็น ปล่อยพลัง ฝึกหายใจ และผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 2. ฝึกการใช้ทักษะตามสถานการณ์จริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะวิกฤต 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ

ตารางที่ 1 โปรแกรมพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย (ต่อ)

ครั้งที่	เนื้อหา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
7	ฝึกการอดทนต่อความทุกข์ใจ ครั้งที่ 2 ระยะ long term	1. ฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะยาว ทักษะการยอมรับความจริง 2. ฝึกการใช้ทักษะตามสถานการณ์จริงของผู้รับการบำบัด 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกทักษะการอดทนต่อความทุกข์ใจในระยะยาว 2. เพื่อให้ผู้รับการบำบัดได้รับการฝึกเจริญสติ
8	ฝึกทักษะการนำไปใช้ในภาพรวมทุกทักษะการเรียนรู้ ประยุกต์จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริง	1. ประมวลภาพรวมการเรียนรู้ทักษะตามโปรแกรมและการนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อทบทวนทักษะการเรียนรู้ในทุกกระบวนการของการบำบัดและการนำไปใช้ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในชีวิตของผู้รับการบำบัด
9	สรุป ทบทวน วางแผนการดูแลตัวเองต่อเนื่องและการนำทักษะไปใช้ในอนาคต ประเมินผลการบำบัด	1. การสรุป ประเมินผลการบำบัด สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการบำบัด สิ่งที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวเองของผู้รับการบำบัด 2. การวางแผนการนำทักษะต่าง ๆ ไปใช้ในอนาคต 3. ฝึกการเจริญสติอยู่กับลมหายใจ 3 นาที	1. เพื่อสรุปผลการบำบัดและช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้วางแผนดูแลตัวเองต่อเนื่อง

ระดับเล็กน้อย 7 - 12 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ระดับปานกลาง 13 - 17 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 และระดับรุนแรง 18 คะแนนขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะร้อยละ 95.2[13]

2. แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตายฉบับภาษาไทย (Thai version of the scale for sucidal ideation: SSI-Thai version 2014) เป็นเครื่องมือประเมินความคิดฆ่าตัวตายแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบคุณสมบัติโดยปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และเกสร มุ้ยจีน[14] ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ ได้แก่ 0 ไม่มีเลย 1 เล็กน้อย และ 2 ปานกลางถึงมาก คะแนนรวม 0 - 38 คะแนน โดย 0 - 6 คะแนน มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับต่ำ 7 - 12 คะแนน มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง และ 13 คะแนนขึ้นไป มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง แบบประเมินมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา 0.89 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) 0.81 และมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อมากกว่า 2 ทุกข้อ

3. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการรับการรักษาต่อเนื่อง โดยการรักษาต่อเนื่อง หมายถึง การรับประทานยาสม่ำเสมอและการมาตามนัด ตั้งแต่รับการวินิจฉัยและรับการรักษาโรคซึมเศร้าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลัก intention-to-treat analysis แบบ last observation carried forward (ITT-LOCF) ดังนี้

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ chi-square test ในตัวแปรกลุ่ม และ Mann-Whitney U test ในตัวแปรต่อเนื่อง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่มของคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน 9Q-revision และคะแนนความคิดฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน SSI-Thai version 2014 ระหว่างก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนด้วยสถิติ Friedman test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยเปรียบเทียบที่ก่อนทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และหลังสิ้นสุดการทดลอง 1 เดือนด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

ผล

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน ขณะดำเนินการวิจัยมีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 3 คนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย ได้แก่ มีการพยายามฆ่าตัวตายและต้องเข้ารับการรักษาตัวแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2 คน และขาดการมาเข้าร่วมการบำบัดต่อเนื่องตามนัดเกิน 2 ครั้ง 1 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม 3 คนขาดการมารับการบำบัดต่อเนื่องตามนัดเกิน 2 ครั้ง จึงพิจารณาให้ออกจากโครงการวิจัยเช่นกัน เหลือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่เข้าร่วมจนสิ้นสุดการทดลองกลุ่มละ 9 คน รวม 18 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทั่วไปก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายภายในกลุ่ม พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนอาการซึมเศร้าในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่า Friedman test เท่ากับ 13.77 (p = .001) กลุ่มควบคุมมีค่า Friedman test เท่ากับ 8.62 (p = .013) แต่เมื่อพิจารณาคะแนนความคิดฆ่าตัวตาย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความคิดค่าตัวตายในระยะก่อนทดลอง หลังทดลองและติดตามผล 1 เดือนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า Friedman test เท่ากับ 11.53 (p = .003) ส่วนในกลุ่มควบคุมคะแนนความคิดฆ่าตัวตายทั้ง 3 ระยะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีค่า Friedman test เท่ากับ 3.00 (p = .223)

การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนอาการซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและการติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .033 และ p = .045 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนทดลองไม่มีความแตกต่างกัน แต่ในระยะหลังการทดลองและติดตามผล 1 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .014 และ p = .010 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าโปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย ช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการบำบัดรักษาตามระบบบริการปกติ สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มผู้มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งที่พบว่า DBT สามารถลดพฤติกรรมการฆ่าตัวตายและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ โดยมีขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (g = -0.62, 95% CI = -0.98, -0.26)[8] เช่นเดียวกับการวิเคราะห์อภิมานในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าและมีการทำร้ายตัวเองแต่ไม่ได้ตั้งใจจะฆ่าตัวตาย (NSSI) ที่พบว่า DBT ช่วยลดการทำร้ายตนเองด้วยขนาดอิทธิพลระดับสูง (g = 0.81, 95% CI = 0.59 - 1.03) และช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้ด้วยขนาดอิทธิพลระดับต่ำ (g = 0.36, 95% CI = 0.30 - 0.42)[15] และสอดคล้องกับการศึกษาแบบกึ่งทดลองในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและการทำร้ายตัวเองที่มารับการรักษาในสถานบริการของรัฐ ประเทศซาอุดิอาระเบีย โดยกลุ่มทดลอง 20 คน ได้รับการบำบัดแบบ DBT รายบุคคล โดยพบกับผู้บำบัด 1 - 2 สัปดาห์ต่อครั้งต่อเนื่อง 33 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม 20 คนได้รับการบำบัดรักษาแบบปกติ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายและอาการซึมเศร้าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วยขนาดอิทธิพลระดับปานกลางถึงสูง (Cohen's d = 0.50 - 1.32, p < .001)[16] เมื่อเปรียบเทียบกับ DBT ในการศึกษาที่ผ่านมา

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

	กลุ่มทดลอง (n = 12)		กลุ่มควบคุม (n = 12)		χ^2	p
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
อายุ (ปี)						
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	26.91 (6.67)		24.91 (8.34)			.201[a]
เพศ					4.56	.682
ชาย	2	16.6	2	16.6		
หญิง	7	58.4	7	58.4		
LGBT	3	25.0	3	25.0		
ระดับการศึกษา					7.00	.723
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	25.0	4	33.3		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	3	25.0	2	25.0		
ประกาศนียบัตร/ปวส./อนุปริญญา	1	8.4	1	8.4		
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	5	41.6	4	33.3		
อาชีพ					14.34	.850
เกษตรกรรม	2	16.6	1	8.4		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	16.6	2	16.6		
ค้าขาย	1	8.4	2	16.6		
พนักงานบริษัท	0	0.0	1	8.4		
นักเรียน/นักศึกษา	4	33.3	3	25.0		
ว่างงาน	3	25.0	3	25.0		
รายได้ต่อเดือน					22.75	.678
ต่ำกว่า 5,000 บาท	8	66.7	8	66.7		
5,001 - 15,000 บาท	2	16.6	3	25.0		
15,000 - 30,000 บาท	2	16.6	1	8.4		
ระยะเวลาการเจ็บป่วย					4.75	.311
1 ปี	5	41.7	6	50.0		
2 ปี	4	33.3	2	16.6		
3 ปี	2	16.6	1	8.4		
5 ปี	1	8.4	3	25.0		
การรักษาต่อเนื่องก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย					1.67	.683
ต่อเนื่อง	5	41.6	6	50.0		
ไม่ต่อเนื่อง	7	58.4	6	50.0		

[a] Mann-Whitney U test

หมายเหตุ : กลุ่มตัวอย่างเข้าเกณฑ์ withdrawal criteria กลุ่มทดลอง 3 คน (ร้อยละ 25.0) กลุ่มควบคุม 3 คน (ร้อยละ 25.0)

โปรแกรมพระศรี DBT-Informed ที่พัฒนาขึ้นนี้มีระยะเวลาการบำบัดที่สั้นกว่า จึงเหมาะสมในการช่วยลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย โดยไม่จำเป็นต้องทำการบำบัดเต็มรูปแบบตามแนวคิดของ DBT ที่ต้องใช้เวลาและบุคลากรที่เชี่ยวชาญ ซึ่งถือเป็นข้อจำกัดที่สำคัญในการนำ DBT เต็มรูปแบบมาใช้กับบริบทของระบบการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าในประเทศไทย

กลไกที่ช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองลดลง คือ การฝึกทักษะต่าง ๆ ตามแนวคิดที่เป็นองค์ประกอบของการบำบัดแบบ DBT อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระยะก่อนทดลอง หลังการทดลอง และติดตามผล 1 เดือน ภายในกลุ่มทดลอง (n = 12) และภายในกลุ่มควบคุม (n = 12) ด้วย Friedman test

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		ติดตามผล 1 เดือน		Friedman test	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
อาการซึมเศร้า (9Q-revision)								
กลุ่มทดลอง	36.25	20.46	16.30	16.12	15.50	18.89	13.77	.001
กลุ่มควบคุม	31.75	17.40	13.13	15.73	26.50	17.57	8.62	.013
ความคิดฆ่าตัวตาย (SSI-Thai version 2014)								
กลุ่มทดลอง	23.33	16.30	8.00	8.51	6.22	5.24	11.53	.003
กลุ่มควบคุม	22.33	13.13	17.44	11.95	16.22	9.17	3.00	.223

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายระหว่างกลุ่มทดลอง (n = 12) และกลุ่มควบคุม (n = 12) รายคู่ ด้วย Mann-Whitney U test

	mean rank	sum of ranks	Mann-Whitney U test	asymp. sig. (2-tailed)
อาการซึมเศร้า				
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.92	155.00	67.00	.799
กลุ่มควบคุม	12.08	145.00		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	9.46	113.50	35.50	.033
กลุ่มควบคุม	15.54	186.5		
ติดตามผล 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง	9.58	115.00	37.00	.045
กลุ่มควบคุม	15.42	185.00		
ความคิดฆ่าตัวตาย				
ก่อนทดลอง				
กลุ่มทดลอง	12.29	147.50	69.50	.887
กลุ่มควบคุม	12.71	152.50		
หลังทดลอง				
กลุ่มทดลอง	9.04	108.50	30.40	.014
กลุ่มควบคุม	15.96	191.50		
ติดตามผล 1 เดือน				
กลุ่มทดลอง	8.88	106.50	28.50	.010
กลุ่มควบคุม	16.13	193.50		

ได้แก่ การใช้สติในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การฝึกควบคุมอารมณ์ การฝึกอดทนต่อความทุกข์ใจ รวมทั้งเพิ่มทักษะในการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ทำให้ผู้รับการบำบัดนำไปใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาและเกี่ยวข้องกับการทำร้ายตัวเอง ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าและผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งมีความยากลำบากมากในการควบคุมพฤติกรรมอันเนื่องมาจากความหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรม

ทำร้ายตนเอง[17] ซึ่งทักษะที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการควบคุมการทำร้ายตัวเอง คือ การควบคุมกำกับอารมณ์ การบำบัดแบบ DBT มีผลให้ผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ปัญหา ยอมรับปัญหาและตอบสนองต่อปัญหาด้วยสติเพิ่มขึ้น โดยไม่กระทำด้วยความหุนหันพลันแล่นจนทำร้ายตัวเองเหมือนก่อนการฝึก จึงทำให้การทำร้ายตัวเองลดลง[18] โดยมีการศึกษาที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพชนิดก้ำกึ่งที่ได้รับการบำบัดด้วย DBT มีการลดลงของอารมณ์ด้านลบที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล ได้แก่ ความกลัว ความอับอาย ความรู้สึกผิด และความเสียใจ[19] จึงมีผลให้ทั้งอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าลดลงด้วย

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลอง 3 คน (ร้อยละ 25.0) ที่เข้าเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัย โดยมี 2 คนทำร้ายตนเองระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยที่ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยคนที่ 1 ออกจากโครงการหลังรับการบำบัดครั้งที่ 3 คนที่ 2 หลังรับการบำบัดครั้งที่ 4 และคนที่ 3 ไม่มารับการบำบัดตามนัดนานกว่า 2 สัปดาห์ ในช่วงการบำบัดครั้งที่ 3 และ 4 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 คนนี้มีประวัติมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ รวมถึงมีปัญหาสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ขาดเรียนขาดงานบ่อย และอยู่คนเดียวที่หอพักไม่ได้อยู่กับครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุม 3 คน (ร้อยละ 25.0) เข้าเกณฑ์การถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจากการไม่มารับการบำบัดตามนัด ซึ่งความต่อเนื่องของการบำบัดอาจเกี่ยวข้องกับการตอบสนองต่อการรักษา (response) และการหายทุเลา (remission) ของโรคซึมเศร้าและการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่าง[20] เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับการบำบัดตามนัดอย่างสม่ำเสมอมีอาการซึมเศร้าและความเสี่ยงการฆ่าตัวตายลดลงอย่างชัดเจนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กล่าวคือ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ออกจากการวิจัยเมื่อคิดคะแนนจากครั้งสุดท้ายที่มารับการบำบัด มีค่าเฉลี่ยคะแนน 9Q เท่ากับ 38 และ 39.3 คะแนน ตามลำดับ และค่าเฉลี่ย SSI เท่ากับ 16 และ 24.3 คะแนน ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่รับการบำบัดจนครบมีค่าเฉลี่ย 9Q เท่ากับ 11.8 และ 21.9 คะแนน ตามลำดับ และค่าเฉลี่ย SSI เท่ากับ 8 และ 17.4 คะแนน ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้วิจัยใช้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบ ITT-LOCF เนื่องจากเป็นวิธีการที่นำค่าคะแนนของกลุ่มตัวอย่างทุกคนมาวิเคราะห์ทั้งผู้ที่รับการบำบัดจนครบและออกไปจากการศึกษาในระหว่างการวิจัย ซึ่งวิธีการนี้ถือเป็นการวิเคราะห์ในสถานการณ์ที่แย่ที่สุด (worst-case scenario) เพื่อแสดงให้เห็นว่าแม้นำค่าคะแนนครั้งสุดท้ายของกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากวิจัยมาร่วมวิเคราะห์ด้วยก็ยังให้ผลลัพธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเฉพาะกลุ่มที่รับการบำบัดครบตามโปรแกรม จึงสามารถกล่าวได้ว่าโปรแกรมพระศรี DBT-Informed สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติการฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติ แม้มีผู้ที่ได้รับการบำบัดไม่ครบ

การศึกษานี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ ซึ่งอาจส่งผลต่อความแม่นยำของการทดสอบทางสถิติ อย่างไรก็ตามการทดสอบผลเบื้องต้นพบว่าโปรแกรมพระศรี DBT-Informed สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้มีระยะเวลาการติดตามหลังการบำบัดเพียง 1 เดือน จึงไม่สามารถยืนยันความยั่งยืน (sustainability) ของประสิทธิผลโปรแกรมในระยะยาว การศึกษาครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามผลการบำบัดในระยะ 6 เดือนขึ้นไป นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นผู้ป่วยซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จึงไม่สามารถสรุปผลของโปรแกรมในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายหรือผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล จึงควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมในประชากรที่หลากหลายมากขึ้น โดยผู้ที่จะนำโปรแกรม DBT-Informed ไปใช้ต้องผ่านการฝึกอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม ทั้งนี้ในกรณีผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายอาจพิจารณาใช้การบำบัดทางจิตสังคมอื่นที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในการลดอาการซึมเศร้า

เนื่องจากโปรแกรมนี้ได้รับการพัฒนาเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย

สรุป

โปรแกรมการบำบัดพระศรี DBT-Informed เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย เป็นการบำบัดรายบุคคลจำนวน 9 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ครั้งละ 60 - 90 นาที สามารถลดอาการซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายได้เมื่อเปรียบเทียบกับการดูแลตามปกติ เหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในการบำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีประวัติพยายามการฆ่าตัวตายและรับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ต้องได้รับการอบรมจากผู้พัฒนาโปรแกรม

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัย และนวัตกรรม (สกสว.) ขอขอบคุณพันตรีหญิง ผศ.วนิดา รัตนสุมาวงศ์ รพ.พระมงกุฎเกล้า ในการให้คำแนะนำด้านเนื้อหาของโปรแกรมที่ถูกต้องสอดคล้องกับทฤษฎีการบำบัด DBT และขอขอบคุณนักวิจัยภาคสนามที่เป็นผู้บำบัดรายบุคคล ได้แก่ นายทัศไนย วงศ์สุวรรณ นางหทัยรัตน์ ดิษฐ์อ๊ึง นางพนิดา กองสุข นางจิราภรณ์ สีดำ นางอุ้งฟ้าวดี วงศ์อนันต์ น.ส.สุธิสา ดีเพชร น.ส.พลับพลึง หาสุข และน.ส.ปิยวรรณ พลศรี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

ประภาส อุครานันท์ : ทบทวนแนวคิด ออกแบบการวิจัย และตรวจสอบแก้ไขบทความ ; สิปณัฐ ศิลาเกษ : ร่วมออกแบบโปรแกรม เก็บข้อมูล และเขียนบทความวิจัย ; ณัทธร พิทยรัตน์สเถียร : ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี ออกแบบโปรแกรมและวิธีการศึกษา ; กมลทิพย์ สงวนรัมย์ : ออกแบบโปรแกรม วิธีการเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ ; สุพัตรา สุขาวห : เขียนโครงการร่างการวิจัย ออกแบบโปรแกรมและวิธีการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ ; สุปราณี พิมพ์ตรา : ออกแบบโปรแกรม เก็บข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูล ; สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ : เก็บข้อมูลและประสานงานระหว่างทีมนักวิจัยภาคสนาม

เอกสารอ้างอิง

1. Gutiérrez-Rojas L, Porras-Segovia A, Dunne H, Andrade-González N, Cervilla JA. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Braz J Psychiatry. 2020;42(6):657-72. doi:10.1590/1516-4446-2020-0650.
2. Cai H, Xie XM, Zhang Q, Cui X, Lin JX, Sim K, et al. Prevalence of suicidality in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of comparative studies. Front Psychiatry. 2021;12:690130. doi:10.3389/fpsyt.2021.690130.
3. Arunpongpaisal S, Assanagkornchai S, Chongsuvivatwong V, Jampathong N. Time-series analysis of trends in the incidence rates of successful and attempted suicides in Thailand in 2013-2019 and their predictors. BMC Psychiatry. 2022;22(1):579. doi:10.1186/s12888-022-04125-5.
4. Sukhawaha S, Kenbubpha K, Saguanrum K, Pianthong K, Thongbenjamas S, Hasook P. Prevalence of depression and its association with suicide risk in junior high school students of Ubon Ratchathani province. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2020;65(1):15-24.
5. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Publications; 2018.
6. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. JAMA Psychiatry. 2015;72(5):475-82. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
7. DeCou CR, Comtois KA, Landes SJ. Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: a meta-analysis. Behav Ther. 2019;50(1):60-72. doi:10.1016/j.beth.2018.03.009.

8. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(2):97-107.e2. doi:10.1016/j.jaac.2014.10.009.
9. McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, et al. Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry. 2018;75(8): 777-85. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.1109.
10. Division of planning Prasrimahabodi psychiatric hospital. Prasrimahabodi psychiatric hospital annual report. Ubonratchathani: Prasrimahabodi psychiatric hospital; 2023.
11. Ukranan P, Silaket S, Pityaratstian N, Saguanrum K, Sukhawaha S, Phimtra S, Thongbenjamas S. Development and testing efficacy of Prasri – Dialectical Behavior Therapy – Informed for re-attempts suicide prevention in patients with major depressive disorder and history of suicide attempts: Research report Prasrimahabodi psychiatric hospital. Ubonratchathani: Siritham offset; 2023.
12. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014;53(10):1082-91. doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003.
13. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 questions depression rating scale revised for Thai central dialect. Journal of the Psychiatric Association of Thailand. 2018;64(4):321-34.
14. Kittiteerasack P, Muijeen K. Psychometric properties of the Thai version of the scale for sucidal ideation (SSI-Thai version 2014). The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health. 2015;29(1):93-102.
15. Cook NE, Gorraiz M. Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. Child Adolesc Ment Health. 2016;21(2):81-9. doi:10.1111/camh.12112.
16. El-Sayad SM, Alghtani IM. Effect of dialectical behavioral therapy on suicidal attempts and non- suicidal self-injury among depressed patients. Port Said Scientific Journal of Nursing. 2022;9(3):214-43.
17. Dixon-Gordon KL, Weiss NH, Tull MT, DiLillo D, Messman-Moore T, Gratz KL. Characterizing emotional dysfunction in borderline personality, major depression, and their co-occurrence. Compr Psychiatry. 2015;62: 187-203. doi:10.1016/j.comppsych.2015.07.014.
18. Kells M, Joyce M, Flynn D, Spillane A, Hayes A. Dialectical behaviour therapy skills reconsidered: applying skills training to emotionally dysregulated individuals who do not engage in suicidal and self-harming behaviours. Borderline Personal Disord Emot Dysregul. 2020;7:3. doi:10.1186/s40479-020-0119-y.
19. Fitzpatrick S, Bailey K, Rizvi SL. Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. Behav Ther. 2020;51(6): 946-57. doi:10.1016/j.beth.2019.12.009.
20. Jeffrey J, Klomhaus A, Aralis H, Barrera W, Rosenberg S, Grossman M, et al. Factors associated with response and remission from depression at 6-months of treatment in a retrospective cohort treated within an integrated care program. BMC Health Serv Res. 2021;21(1):703. doi:10.1186/s12913-021-06729-1.