

การพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

วันที่รับ : 23 เมษายน 2563

วันแก้ไข : 12 มิถุนายน 2563

วันตอบรับ : 17 กรกฎาคม 2563

ชนิษฐา สนั่นเทห์, พย.ม.

วัชนิ หัตถพนม, พย.ม.

ไพรวลัย รมชัย, พย.ม.

จิตภินันท์ โชครักษ์ศิริชัย, พย.ม.

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และ 2) ศึกษาความแม่นยำตรงระหว่างแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นกับแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Module C (suicidality)

วัสดุและวิธีการ: เป็นการวิจัยและพัฒนา แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ 1) การประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อพัฒนาเครื่องมือ 2) ศึกษาความตรงตามเนื้อหาและทดสอบภาษา 3) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างการจำแนกระดับความเสี่ยงและศึกษาความแม่นยำตรงกับเครื่องมือมาตรฐาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 165 คน การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง การจำแนกระดับความเสี่ยงโดยใช้สถิติ factor analysis สถิติเชิงพรรณนา และ Cronbach's alpha coefficient ศึกษาความแม่นยำตรงกับเครื่องมือมาตรฐานด้วยสถิติ Spearman's rank correlation coefficient ระยะเวลาศึกษา มีนาคม 2557-กันยายน 2558

ผล: แบบประเมินมี 12 ข้อ 4 องค์ประกอบ แบ่งระดับความเสี่ยงเป็น 4 ระดับ คือมาก (15 คะแนนขึ้นไป) ปานกลาง (7-14 คะแนน) เล็กน้อย (1-6 คะแนน) และไม่เสี่ยง (0 คะแนน) จุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนน ค่าความไวร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 ความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.70 แบบประเมินมีความสัมพันธ์กับ M.I.N.I. ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

สรุป: แบบประเมินที่ได้จากการพัฒนามีความตรง น่าเชื่อถือ และง่ายต่อการนำไปใช้เฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช

คำสำคัญ: ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย แบบประเมิน ผู้ป่วยในจิตเวช

The Development of a Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment

Received : 23 April 2563

Revised : 12 June 2563

Accepted : 17 July 2563

Khanistha Sonthe, M.N.S.

Watchanee Huttapanom, M.N.S.

Praiwan Romsai, M.N.S.

Jitpinun Chokrusamehirun, M.N.S.

Khon Kaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

Abstract

Objectives: 1) To develop a Psychiatric Inpatient Suicide Risk Assessment (PISRA), and 2) To examine PISRA's structure using factor analysis and its concurrent validity with the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Module C (suicidality).

Method and method: The research was divided into 3 phases. Phases 1 used an expert panel to develop the PISRA. Phase 2 determined PISRA's content validity and understandability of the Thai language. Phase 3 evaluated PISRA's concurrent validity by correlating PISRA and M.I.N.I. The sample was 165 psychiatric inpatients, selected by purposive sampling according to inclusion criteria. Descriptive statistics explored PISRA's measure of the degree of suicide risk. Cronbach's alpha coefficient examined its internal consistency. Factor analysis uncovered PISRA's structure for construct validity. Spearman's rank correlation coefficient compared PISRA and M.I.N.I. for concurrent validity. The study was conducted between March 2014 – September 2015.

Results: The 12-item PISRA had 4 domains: 1) depressed mood, 2) suicide, 3) Importance behaviors, and 4) suffering. Scores for the degree of suicide were divided into 4 groups: high risk (15-48), moderate risk (7-14), low risk (1-6), and normal or no risk (0 score). The optimum cut point was the score of 1. PISRA had a sensitivity of 90.40%, specificity of 87.50%, and accuracy of test 89.70%. The correlation coefficient between PISRA and M.I.N.I. was strongly positive and statistically significant ($p < 0.001$). The Cronbach's alpha coefficient of PISRA was 0.81.

Conclusion: The PISRA shows acceptable validity and reliability to evaluate the suicide risk of psychiatric inpatients. The instrument is convenient to use for suicide monitoring.

Key word: assessment tool, psychiatric inpatient, suicide risk

บทนำ

ปัญหาการฆ่าตัวตายเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ มีผลกระทบอย่างมากทั้งต่อผู้กระทำ ผู้ใกล้ชิด และสังคม โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณการณั้ว ร้อยละ 1.00 ของการตายทั่วโลก มีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย โดยในแต่ละปีมีผู้ฆ่าตัวตายทั่วโลกปีละ 1 ล้านคน และได้คาดการณ์ว่าปี 2563 ทั่วโลกจะมีผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มสูงขึ้นเป็น 1.53 ล้านคน และมีผู้พยายามฆ่าตัวตายอีกประมาณ 10-20 เท่าของผู้ฆ่าตัวตาย¹ ซึ่งการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช พบว่า 9 ใน 10 รายของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ จะมีการเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่งขณะที่ลงมือทำร้ายตนเอง² หรือร้อยละ 90.00-93.00 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิต โดยผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ร้อยละ 10.00^{3,4} ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (Major Depression) มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตลอดชีวิต ร้อยละ 15.00 ส่วนในผู้ป่วยอารมณ์แปรปรวนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในระหว่างที่มีอาการกำเริบที่ร้อยละ 10.00 -19.00 และจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ป่วยชายที่มีอารมณ์เศร้าและสัมพันธ์กับอาการทางจิต⁵

จากสถิติการเฝ้าระวังผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ในปี พ.ศ.2552 – 2556 พบว่ามีจำนวน 662, 848, 617, 712 และ 754 ราย และในจำนวนนี้เกิดอุบัติเหตุผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ

(attempt suicide) จำนวน 8, 11, 18, 10 และ 7 รายตามลำดับ⁶ แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลมีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Fawcett⁷ พบว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ร้อยละ 90.00 มีการเจ็บป่วยทางจิต และในจำนวนนี้มากกว่า ร้อยละ 50.00 อยู่ภายใต้การดูแลด้านจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นเหตุการณ์สำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักรู้ และให้ความสำคัญตลอดระยะเวลาที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล^{8,9,10} ทั้งการคัดกรอง การประเมิน และให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹¹

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์ ได้พัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide Problem: CPG-suicide) ตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นมา จากการประเมินผลลัพธ์การรักษาพยาบาลในปี พ.ศ. 2555-2557 พบว่าผู้ป่วยที่ต้องเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจำนวน 712, 754, 405 ราย มีผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายในโรงพยาบาล จำนวน 10, 7 และ 13 รายตามลำดับ และมีผู้ป่วยฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล 1 คน แต่ไม่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงเพื่อเข้าระบบการดูแลตาม CPG จากปัญหาดังกล่าวจึงได้มีการทบทวนระบบการเฝ้าระวังเพื่อหาแนวทางป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จในโรงพยาบาล โดยทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยในจำหน่ายที่ต้องเฝ้าระวังการ

ฆ่าตัวตายตาม CPG จำนวน 31 แพ้ม (ในเดือน เมษายน 2557) พบว่าผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย จำนวน 20 แพ้ม จำแนกเป็นผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 15 คน ระดับปานกลาง 2 คน และระดับเล็กน้อย 3 คน

เมื่อพิจารณาด้านการประเมินระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายด้วย M.I.N.I.¹² พบว่ามีข้อจำกัดเรื่องความถี่ในการประเมิน คือ ประเมินซ้ำได้ทุก 1 เดือน ซึ่งไม่สอดคล้องกับแผนการดูแลตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹³ ที่ต้องประเมินระดับความรุนแรงทุกวันทุกเวร และให้การดูแลตามระดับความเสี่ยง ดังนั้นเมื่อประเมินความเสี่ยงด้วย M.I.N.I. แรกเรียบร้อยแล้ว 1 ครั้ง จึงต้องใช้เครื่องมือประเภทอื่น คือ HoNos (Health of the Nation Outcome Scales)¹⁴ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังผู้ป่วยต่อเนื่อง แต่แบบประเมิน HoNos ก็มีข้อจำกัดเนื่องจาก เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินครอบคลุมอาการทางจิตหลายอาการ จึงอาจไม่เฉพาะเจาะจงและไวพอ หากต้องประเมินตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในทุกวันหรือทุกเวร ผู้วิจัยจึงสนใจในการพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในครั้งนี้ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาเครื่องมือที่ได้ไปเฝ้าระวังผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การรักษาพยาบาลอย่างรวดเร็วทันต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายภายในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความปลอดภัยและได้รับการดูแลที่มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช โดยศึกษาความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง ความเชื่อมั่น เกณฑ์การจำแนกระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

2. ศึกษาความแม่นยำตรง (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (PISRA) กับแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I.

วัสดุและวิธีการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่

การศึกษาระยะที่ 1 การประชุมวางแผนเพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย องค์ประกอบหลัก การคัดเลือกข้อคำถาม และสนทนากลุ่ม (Focus group) กับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในจิตเวชที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จำนวน 18 คน เพื่อรวบรวมความรู้และประสบการณ์ (Tacit knowledge) ของพยาบาลจิตเวชในการประเมินผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัย เพื่อทบทวนกรอบแนวคิดในการวิจัย องค์ประกอบหลัก และแนวคำถามที่จะจัดทำเครื่องมือฉบับร่าง 1 ซึ่งเบื้องต้นได้ข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ

การศึกษาระยะที่ 2 การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) การทดสอบภาษา และความเชื่อมั่นของเครื่องมือฉบับร่าง โดยส่งเครื่องมือฉบับร่าง 1 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 7 คน (จิตแพทย์ 2 คน พยาบาลจิตเวช 4 คน และนักจิตวิทยา 1 คน) เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผลการศึกษาได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด เท่ากับ 0.92 และได้เครื่องมือฉบับร่าง 2 จำนวน 22 ข้อ การทดสอบภาษาและหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง 2 ไปสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 20 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้ค่า $\alpha = 0.84$ ปรับปรุงข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยแยกคำถามของพฤติกรรมการทำร้ายตนเองและพฤติกรรมฆ่าตัวตายออกจากกัน จำนวน 2 ข้อ ได้เครื่องมือฉบับร่าง 3 จำนวน 24 ข้อ

การศึกษาระยะที่ 3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (construct validity) การจำแนกระดับความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และความแม่นยำ (concurrent validity)

3.1 ศึกษาความตรงตามโครงสร้างหรือตามทฤษฎี (construct validity) ครั้งที่ 1 โดยนำเครื่องมือฉบับร่าง 3 ไปเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทั้งผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและไม่มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 245 คน หลังจากนั้นประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยเพื่อพิจารณาลดข้อคำถาม ได้เครื่องมือฉบับร่าง 4 จำนวน 16 ข้อ

3.2 ศึกษาการวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายตรงกันของพยาบาลจิตเวช 4 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I.¹² ให้พยาบาลจิตเวชแต่ละคนสลับกันวินิจฉัยผู้ป่วยจำนวน 10 คน โดยไม่มีข้อมูลผู้ป่วยและไม่ทราบการวินิจฉัยซึ่งกันและกัน นำมาคำนวณหาค่าความสอดคล้องได้ค่า Kappa statistic = 0.90 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้องดีมาก¹⁵ (95 % CI = 0.72-1.00)

3.3 การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ครั้งที่ 2 และการหาเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับการศึกษาความตรงตามโครงสร้างครั้งที่ 1 จำนวน 165 คน และจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้วิจัยเพื่อพิจารณาความตรงตามโครงสร้าง พิจารณาลดข้อคำถามและเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ค่าความแม่นยำ และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัย

1. แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งผ่านกระบวนการศึกษาในระยะเวลาที่ 1-2 และ 3.1 ดังกล่าวข้างต้น (เครื่องมือฉบับร่าง 4) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ ประวัติการฆ่าตัวตายในอดีต เป็นต้น

1.2 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วยคำถามจำนวน 24 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เลย = 0 คะแนน เล็กน้อย = 1 คะแนน ปานกลาง = 2 คะแนน มาก = 3 คะแนน และมากที่สุด = 4 คะแนน

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย หมวด C (Suicidality)¹²

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลวิชาชีพ ที่ผ่านการประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือในการประเมิน กลุ่มตัวอย่างทุกคน จะถูกประเมินด้วยแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชที่พัฒนาขึ้นใหม่ และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. หมวด C (Suicidality)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง และหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) correlation และ Cronbach' alpha coefficient

3. การศึกษาความแม่นยำ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมิน PISRA กับ M.I.N.I. โดยการหาค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าการทำนายผลบวก คุณค่าการทำนายผลลบ ความถูกต้องของการทดสอบ ค่า ROC และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษาวิจัยในคน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 94/2557 ลงวันที่ 9 กันยายน 2557

ผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) มีจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 77.60 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 33.30 (อายุเฉลี่ย 37.30 ปี SD = 12.60) ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 47.90 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38.20 สถานภาพโสด ร้อยละ 49.10 ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 36.40 จำนวนครั้งที่รับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยใน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 66.10 มีปัญหาไม่สบายใจที่เป็นสาเหตุให้มีความคิดฆ่าตัวตาย คือ ปัญหาครอบครัว ร้อยละ 18.20 มีประวัติเคยทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย ร้อยละ 60.00 จำนวนครั้งที่ทำร้ายตนเอง/ฆ่าตัวตาย 1 ครั้ง ร้อยละ 50.50 วิธีการที่ใช้ คือ การผูกคอตาย ร้อยละ 26.10

2. การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) และค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัย พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมิน

ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชประกอบด้วยคำถามจำนวน 12 ข้อ และ 4 องค์ประกอบ คือ อารมณ์เศร้า การฆ่าตัวตาย พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ และความทุกข์ทรมาน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับเท่ากับ 0.81 ตารางที่ 1, 2

ตารางที่ 1 ค่า factor loading ของรายการคำถามแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชครั้งที่ 2 (n = 165)

ข้อที่	Domain/Item	Factor loading	Eigenvalue	% of variance
Domain 1 อารมณ์เศร้า (Depress mood)				
2	คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดเวลาทั้งวัน)	0.80	2.40	20.03
3	คุณรู้สึกไม่มีความสุขหมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเคยทำ	0.83		
9	คุณรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว	0.81		
Domain 2 การฆ่าตัวตาย (Suicide)				
14	คุณกำลังคิดฆ่าตัวตาย	0.84	2.33	19.41
16	คุณได้วางแผนทำร้ายตนเองและตั้งใจให้เสียชีวิต	0.83		
21	มีการสื่อสาร (พูด เขียน) ถึงความตั้งใจฆ่าตัวตาย	0.60		
24	ขณะอยู่ในโรงพยาบาลผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย และต้องการให้เสียชีวิต	0.70		
Domain 3 พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Important Behaviors)				
13	วันนี้มีเหตุการณ์ทำให้คุณโกรธไม่พอใจ น้อยใจจนควบคุมตนเองไม่ได้	0.75	1.70	14.16
15	คุณได้ทำร้ายตนเองแต่ไม่ตั้งใจให้เสียชีวิต	0.71		
20	กระวนกระวายผิดปกติคุณนั่งอยู่ไม่ติดที่	0.60		
Domain 4 ความทุกข์ทรมาน (Suffering)				
11	ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยจนไม่อยากมีชีวิตอยู่ต่อไป	0.65	1.51	12.61
12	ทรมานกับหูแว่ว ภาพหลอน และหวาดกลัวจนคิดทำร้ายตนเอง	0.78		

หมายเหตุ Cumulative % = 66.21

ตารางที่ 2 สถิติเชิงบรรยายและค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชจำแนกตาม Domain (n = 165)

Factor	Number of item	X	SD	Potential range	Obtained range	Cronbach's alpha
เครื่องมือทั้งชุด	12	8.60	8.50	0-48	0-37	0.81
Domain 1	3	2.70	3.00	0-12	0-12	0.83
Domain 2	4	2.40	3.90	0-16	0-16	0.78
Domain 3	3	1.50	2.40	0-12	0-10	0.56
Domain 4	2	2.00	2.50	0-8	0-8	0.48

หมายเหตุ 1. Potential range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่เป็นไปได้ใน domain นั้น
 2. Obtained range หมายถึง คะแนนต่ำสุดถึงสูงสุดที่กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามใน domain นั้น

3. การศึกษาการแบ่งระดับความรุนแรง ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมิน ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษา ในโรงพยาบาลจิตเวช

ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการแจกแจง ข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, 50 และ 75 เพื่อใช้เป็นเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยง

ต่อการฆ่าตัวตายออกเป็น 4 ระดับ คือ 15 คะแนน ขึ้นไป = มีความเสี่ยงมาก 7-14 คะแนน = มีความเสี่ยงปานกลาง 1-6 คะแนน = มีความเสี่ยงเล็กน้อย และ 0 คะแนน = ไม่มีความเสี่ยง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การศึกษาเกณฑ์การแบ่งระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (n = 165)

Statistics	ค่าคะแนน
25 th percentile	0
50 th percentile	7
75 th percentile	14
Maximum	37
Minimum	0
Range	37

หมายเหตุ ค่าความเชื่อมั่น = 0.81

4. การศึกษาความแม่นยำ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายฯ และแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I.

ผลการศึกษาระดับความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างเมื่อประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I. พบว่าส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (ครั้งที่ 2) มีความเสี่ยงระดับมาก ร้อยละ 35.20 รองลงมาไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 24.20 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละระดับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของกลุ่มตัวอย่างที่ทำศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ถึงโครงสร้าง M.I.N.I. (n = 165)

ระดับความเสี่ยง	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีความเสี่ยง	40	24.20
เสี่ยงเล็กน้อย	37	22.40
เสี่ยงปานกลาง	30	18.20
เสี่ยงมาก	58	35.20

ผลการศึกษาจุดตัดที่เหมาะสม คือ 1 คะแนน โดยมีค่าความไว ร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ

95.80 คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 74.50 คุณค่าของการทำนาย ร้อยละ 89.70 และ ROC = 0.89 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าความไว ความจำเพาะ คุณค่าของการทำนาย ความถูกต้องของการทดสอบของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (n=165)

Cut off point	Sevnsitivity 95%CI (Lower-Upper)	Specificity 95%CI (Lower-Upper)	PPV 95%CI (Lower-Upper)	NPV 95%CI (Lower-Upper)	Accuracy
1	90.40 (83.80-94.90)	87.50 (73.50-95.80)	95.80 (90.40-98.60)	74.50 (59.70-86.10)	89.70
2	89.60 (82.90-94.30)	87.50 (73.20-95.80)	95.70 (90.30-98.60)	72.90 (58.20-84.70)	89.10
3	84.80 (77.30-90.60)	100.00 (91.20-100.00)	100.00 (96.60-100.00)	67.80 (54.40-79.90)	88.50
4	83.20 (75.50-89.30)	100.00 (91.20-100.00)	100.00 (96.50-100.00)	65.60 (52.30-77.30)	87.30

หมายเหตุ: 95% confidence interval (lower – upper) คือค่าที่อยู่ในวงเล็บ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมิน
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษา

ในโรงพยาบาลจิตเวช และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง
M.I.N.I. ได้ค่า Correlation coefficients = 0.82
ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วย
ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง M.I.N.I. (n=165)

Pairs	Correlation (95% CI)	p-value
PISRA และ M.I.N.I.	0.82 (0.77-0.87)	<.001

วิจารณ์

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือ โดยทำการศึกษาความตรงของเครื่องมือ ในการวัดซึ่งเป็นพื้นฐานของการวัด 3 ประเภท ประกอบด้วย ความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) และความแม่นยำตรง (concurrent validity) ดังนี้

1. การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อศึกษาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ในกรณีที่ผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า 6 คน ขึ้นไป ต้องมีค่า CVI ประมาณ 0.80^{16,17} ผลการศึกษาพบว่าค่า CVI มีค่าเท่ากับ 0.92 ซึ่งถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาผ่านเกณฑ์ที่กำหนดและยอมรับได้

2. ความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ปัจจัย 2 ครั้ง โดยใช้กลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 จำนวน 245 คน ครั้งที่ 2 จำนวน

165 คน ผลการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) พบว่าแบบประเมินมีจำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย 4 ปัจจัย ได้แก่ อารมณ์เศร้า (Depressed mood) การฆ่าตัวตาย (Suicide) พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Importance behaviors) และความทุกข์ทรมาน (Suffering) สอดคล้องกับการพัฒนาเครื่องมือในหลายการศึกษาของ Beck & Sreer¹⁸, Firestone & Firestone¹⁹, Cutcliffe & Bark²⁰, Bjorkdahl, et al²¹ ทั้งนี้เนื่องจากเครื่องมือที่ประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจะเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้า ความคิด การวางแผน การเตรียมการ และการลงมือกระทำการฆ่าตัวตาย อาการที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกควบคุมตนเองไม่ได้ และเกิดความทุกข์ใจ ซึ่งการพัฒนาเครื่องมือครั้งนี้ได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำคำถามสำคัญจากแบบประเมินต่างมาประยุกต์ใช้ในการศึกษานี้ด้วย

ในขั้นตอนการสกัดปัจจัยจะพิจารณาจากค่าไอเกน (Eigenvalue) ซึ่งภายหลังการสกัดปัจจัยแล้ว ในแต่ละปัจจัยต้องมีค่าไอเกนมากกว่า 1 การศึกษานี้พบว่ามีเพียง 4 ปัจจัยเท่านั้นที่มีค่า

มากกว่า 1 ส่วนเกณฑ์ในการพิจารณาคัดข้อคำถาม โดยผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อตัดคำถามที่ซ้ำซ้อน และความหมายที่ใกล้เคียงกันออกไป พิจารณาได้จากค่าน้ำหนักปัจจัย (Factor loading) ซึ่งถ้าต่ำกว่า 0.40 ถือว่ามีน้ำหนักปัจจัยต่ำ จะพิจารณาตัดออกไป¹⁹ และการพิจารณาจากร้อยละของค่าความแปรปรวน (% of variance) ซึ่งต้องได้ค่าผลรวมร้อยละของค่าความแปรปรวน (Cumulative % of variance) มากกว่าร้อยละ 50^{22,23} ซึ่งการศึกษานี้ได้ค่าผลรวมร้อยละของค่าความแปรปรวนเท่ากับ 66.21 ภายหลังการสกัดปัจจัยและพิจารณาตัดข้อคำถาม ได้แบบประเมินประกอบด้วย 4 ปัจจัยดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 อารมณ์เศร้า (Depressed mood) ในองค์ประกอบนี้เหลือคำถาม เพียง 3 ข้อ คือ คุณรู้สึกจิตใจหม่นหมองเป็นทุกข์จนอยากร้องไห้ (เกือบตลอดทั้งวัน) มีค่า factor loading = 0.80 คุณรู้สึกไม่มีความสุขหมดสนุกกับสิ่งที่เคยชอบเคยทำ มีค่า factor loading = 0.83 และคุณรู้สึกเหงาโดดเดี่ยว มีค่า factor loading = 0.80 ซึ่งทั้ง 3 ข้อ เป็นอาการแสดงของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยจิตเวช⁵

องค์ประกอบที่ 2 การฆ่าตัวตาย (Suicide) ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อ คือ กำลังคิดฆ่าตัวตาย วางแผนทำร้ายตนเองและตั้งใจให้เสียชีวิต มีการสื่อสาร (พูด เขียน) ถึงความตั้งใจฆ่าตัวตาย และขณะอยู่ในโรงพยาบาลพยายามฆ่าตัวตายและต้องการให้เสียชีวิต มีค่าน้ำหนักปัจจัยเท่ากับ 0.84, 0.85, 0.60 และ 0.70 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาจากคำถามดังกล่าวข้างต้นจะมีคำถามคล้ายคลึง

กับ Firestone & Firestone¹⁹ ที่ทำการศึกษาแบบประเมินความคิดในการทำร้ายตนเองในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่ตึกผู้ป่วย และสอดคล้องกับคำถามในการศึกษาของ Cutcliffe & Barker²⁰ ซึ่งทำการศึกษาเรื่องแบบสัมภาษณ์ประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเวชที่ตึกผู้ป่วยใน ทั้งนี้เนื่องจากผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจากทั้ง 2 การศึกษานี้

องค์ประกอบที่ 3 พฤติกรรมการแสดงออกที่สำคัญ (Importance behaviors) ประกอบด้วยคำถาม 3 ข้อ คือ มีเหตุการณ์ทำให้โกรธ ไม่พอใจ น้อยใจ จนควบคุมตนเองไม่ได้ มีค่า factor loading = 0.75 ทำร้ายตนเองแต่ไม่ตั้งใจให้เสียชีวิต มีค่า factor loading = 0.71 และกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่งอยู่ไม่ติดที่มีค่า factor loading = 0.60 ซึ่งคำถามทั้ง 3 ข้อ ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจากแบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตาย ของเบค^{10,18,21} ภายหลังการพิจารณาคัดข้อคำถามทำให้คำถามที่เหลือจึงสอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะคำถามที่เกี่ยวกับมีเหตุการณ์ทำให้โกรธ ไม่พอใจ น้อยใจจนควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือกระวนกระวาย ผุดลุกผุดนั่ง อยู่ไม่ติดที่เป็นคำถามที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยฆ่าตัวตายจากความคิดว่าตนเองควบคุมตนเองไม่ได้เลย²⁴

องค์ประกอบที่ 4 ความทุกข์ทรมาน (Suffering) ประกอบด้วย 2 ข้อ คือ ทุกข์ใจจากการเจ็บป่วยจนไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อไป มีค่า factor loading = 0.65 และทรมานกับหิวแหว่ ภาพหลอน และหวาดกลัวจนคิดทำร้ายตนเอง มีค่า factor loading = 0.78 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์คำถามมาจาก

ประภาส อุครานันท์ และคณะ²⁵ และจากการทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

3. ผลการศึกษาความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ระหว่างแบบประเมินฉบับใหม่ กับแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. พบว่ามีค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman correlation) เท่ากับ 0.82 หมายถึงมีความสัมพันธ์กันระดับสูง (Strong correlation) และมีความสัมพันธ์ทางบวก^{22,26,27} สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ทำการพัฒนาเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เช่น แบบสอบถามความคิดฆ่าตัวตายของ Beck & Steer¹⁸ โดยผลการทดสอบความตรงตามสภาพของเครื่องมือนี้กับแบบทดสอบ Scale for Suicide Ideation (SSI) มีค่า correlation coefficients เท่ากับ 0.90 และการศึกษาแบบวัดความตั้งใจในการฆ่าตัวตาย (Suicide Intent Scale : SIS) ซึ่งพัฒนาโดย Beck, et al²⁸ พบว่ามี correlation coefficients ระหว่างเครื่องมือฉบับนี้กับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Beck และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression)

การแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการกระจายของข้อมูลเป็นการกระจายที่ไม่ปกติ (Non-normal distribution) ผู้วิจัยได้ใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25, 50 และ 75 เป็นตัวกำหนดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตาย ออกเป็น 4 ระดับ คือ ปกติหรือไม่มีความเสี่ยง 0 คะแนน เสี่ยงเล็กน้อย 1-6 คะแนน เสี่ยงปานกลาง 7-14 คะแนน และเสี่ยงมาก 15 คะแนนขึ้นไป (คะแนนเต็ม 48 คะแนน) ซึ่งใกล้เคียงกันกับการศึกษาแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างเพื่อวินิจฉัยความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (M.I.N.I.) ของพันธุณา กิตติรัตนไพบูลย์ และมธุรีน คำวงศ์ปิ่น¹² ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (1-8 คะแนน) ปานกลาง (9-16 คะแนน) และรุนแรง (≥ 17 คะแนน) โดยมีคะแนนเต็ม 52 คะแนน โดยมีการประเมินอาการทุก 1 เดือน แต่เครื่องมือนี้ได้ผ่านการทดลองเก็บข้อมูลโดยการประเมินทุกวัน พบว่าสามารถประเมินได้ดีในทางปฏิบัติ นอกจากนี้เครื่องมือฉบับนี้อาจแตกต่างจากแบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง M.I.N.I. เพราะเป็นเครื่องมือที่ประเมินความเสี่ยงในระยะยาว เช่น ถามว่าตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนหรือไม่ ถ้าตอบว่าเคยจะได้ 4 คะแนน เมื่อแปลผลผู้ป่วยจะอยู่ในความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน้อย (1-8 คะแนน) ทันที ในขณะที่เครื่องมือนี้เป็นคำถามในช่วง 1 วันที่ผ่านมา หรือในช่วงของการประเมิน

เพื่อเป็นการศึกษายืนยันผลการแบ่งระดับคะแนนของแบบประเมิน PISRA ที่ผู้วิจัยใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์ในการแบ่งคะแนนตั้งแต่ 1 ขึ้นไปว่าสอดคล้องกับค่าความไว ความจำเพาะที่ดีที่สุดหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าที่จุดตัดที่ 1 คะแนน มีค่าความไว ร้อยละ 90.40 ความจำเพาะ ร้อยละ 87.50 คุณค่าการทำนายผลบวก ร้อยละ 95.80

คุณค่าการทำนายผลลบ ร้อยละ 74.50 และความถูกต้องของการทดสอบ ร้อยละ 89.70 (ดังตารางที่ 5) แสดงว่าแบบประเมินที่มีค่าความไวสูง หมายถึงโอกาสที่คนจะเป็นโรคเมื่อมีผลการทดสอบเป็นบวก^{29,30}

4. ผลการศึกษาความเชื่อมั่นหรือความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่สำคัญอย่างหนึ่งของการพัฒนาเครื่องมือ พบว่าแบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับ 0.81 ซึ่งถือว่าเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ หากเป็นเครื่องมือใหม่ที่ผู้วิจัยริเริ่มพัฒนาควรมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 ขึ้นไป^{22,29}

5. ข้อจำกัดของการศึกษา คือ ลักษณะทางประชากรที่นำมาศึกษาเป็นตัวอย่างครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นชาย อายุระหว่าง 31 -40 ปี และมีการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้เป็นข้อจำกัดของเครื่องมือนี้ที่ไม่สามารถนำไปใช้ได้ทั่วไปครอบคลุมทุกเพศและกลุ่มอายุ

สรุป

แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช เป็นเครื่องมือที่มีความตรงตามเนื้อหาและและความตรงเชิงโครงสร้างในระดับดี ทำให้มีความน่าเชื่อถือในการประเมิน เครื่องมือมีจำนวนข้อน้อยทำให้มีความง่ายต่อการนำไปใช้ในการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในหอผู้ป่วยจิตเวช แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากเครื่องมือนี้ ถูกพัฒนาขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 31-40 ปีและเป็นเพศชาย ดังนั้นการนำเครื่องมือไปใช้ จึงควรคำนึงและพิจารณาถึง

ข้อจำกัดของเครื่องมือดังกล่าวด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์ ประภาส อุครานันท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัย รศ.ดร.จิราพร เขียวอยู่ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และ ดร. แก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในด้านระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลวิจัย

ข้อเสนอแนะ

3. ด้านบริการ

1) เครื่องมือนี้ควรนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำหรับความถี่ของการประเมินซ้ำ ควรประเมินตามระดับความรุนแรงของความเสี่ยง เช่น เสี่ยงมากประเมินทุก 24 ชั่วโมง เสี่ยงปานกลางประเมินทุกวันที่ 1, 3, 5, 7 หลังรับไว้รักษาในโรงพยาบาล และเสี่ยงต่ำประเมินทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามผู้ป่วยอาจมีระดับความเสี่ยงขึ้นลงขึ้นอยู่กับอาการ ความกดดันทางจิตใจหรือเหตุการณ์ที่มากระตุ้น จึงควรปรับการประเมินโดยเน้นผู้ป่วยเป็นสำคัญ (Patient center)

2) ควรจัดประชุมเชิงปฏิบัติการแก่พยาบาลที่ต้องนำเครื่องมือนี้ไปใช้ เพื่อให้เข้าใจตรงกัน เนื่องจากการใช้เครื่องมือนี้ไปประเมินต้องใช้ทั้งการสอบถามข้อมูลร่วมกับการสังเกตอาการรวมกัน และพยาบาลควรมีความรู้ทักษะพื้นฐานในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

3) เพื่อให้สามารถประเมินได้คำตอบที่เป็นจริง และ แปลผลได้สอดคล้องกับความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจริงในตัวผู้ป่วย ต้องขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ตลอดจนทักษะในการสัมภาษณ์ตามโครงสร้างของแบบประเมิน และการสังเกตของพยาบาลว่าคำตอบที่ได้รับสัมพันธ์กับอาการ พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยหรือไม่เพียงใด ในกรณีไม่แน่ใจควรปรึกษากับพยาบาลผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า

3.2 ด้านบริหาร กลุ่มการพยาบาล หากต้องการนำแบบประเมินนี้ไปใช้ ต้องมีการจัดประชุมพยาบาลทุกระดับ ตั้งแต่ระดับบริหาร ถึงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจร่วมกัน ตลอดจนการสรุปปัญหาอุปสรรค แนวทางแก้ไข ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อการพัฒนางานบริการต่อไป

3.3 ด้านวิชาการ เนื่องด้วยมีข้อจำกัดของการศึกษานี้ เกี่ยวกับลักษณะทางประชากรที่นำมาศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ผู้วิจัยควรมีการควบคุมตัวแปรดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมให้สอดคล้องกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของประเทศ ทั้งนี้เพื่อให้เครื่องมือนี้สามารถนำไปใช้ประเมินผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทุกเพศ ระดับการศึกษา และทุกกลุ่มอายุ

3.3 การพัฒนาบริการแก่โรงพยาบาล เครือข่าย โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีตึกผู้ป่วยในและรับผู้ป่วยจิตเวชไว้ดูแล สามารถนำแบบประเมินนี้ไปใช้ในกลุ่มเสี่ยง แต่ก็ควรมีการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทำความเข้าใจเครื่องมือนี้ก่อนนำเครื่องมือไปใช้เช่นกัน

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. World Report on Violence and Health. Geneva: WHO; 2002.
2. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. Oxford textbook of Psychiatry. 5th ed. Oxford University Press release; 2006.
3. สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภักดิ์ออฟเซ็ท; 2542.
4. Lorenzo RD, Fiorini F, Simoni E, Mimmi S, Rigatelli, Rigatelli M. Suicide and other causes of death in the psychiatric patients of a mental health service over 5 year period. International Neuropsychiatric Disease Journal 2013; 1(1): 46-63.
5. Novick D, Haro J, Suarez D, Perez V, Dittmann R, and Haddad P. Predictors and clinical consequences of non-adherence with antipsychotic medication in the outpatient treatment of schizophrenia. Psychiatry Res. 2010; 176: 109-13.
6. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2556. ขอนแก่น:
7. Fawcett J. Treating impulsivity and anxiety in the suicidal patient. Ann N Y Acad Sci 2001; 932(1): 94-102.
8. Powell J, Geddes J, Deeks J, Goldacre M, Hawton K. Suicide in psychiatric

- hospital inpatients: Risk factors and their predictive power. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 266-72.
9. Lieberman D, Resnik H, Holder-Perkins V. Environmental risk factors in hospital suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2004; 34(4): 448-53.
 10. Temkin TM, Crotty M. Suicide and other risk monitoring in inpatient psychiatry. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2004;10(2): 72-80.
 11. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO).(2007) Assessment and care of adults with suicide ideation and behavior. [Internet] 2007 Retrieved from http://www.rnao.org/Storage/58/5263_Suicide_-Final-web.pdf. [10 Sep 2014].
 12. พันธุ์ภา กิตติรัตน์ไพบูลย์, มธุรินทร์ คำวงศ์ปิ่น. ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2548; 13(3): 125-35.
 13. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. แนวทางการดูแลรักษาผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Clinical Practice Guideline for Suicide Problem). ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2555.
 14. บุปผวรรณ พัวพันธ์ประเสริฐ, มานิต ศรีสุรกานนท์, ชัชวาลย์ศิลปกิจ, ศุภสิทธิ์ พรณนารุโนทัย ,พิเชษฐ อุดมรัตน์, อลัน กิเตอร์, และคณะ. Reliability and validation of Thai Version of the Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS). *จดหมายเหตุทางการแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์* 2550; 90(11): 2487-93.
 15. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. 4th ed . Oxford: Oxford University Press; 2008.
 16. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. *Nursing Research* 1986; 35: 382-85.
 17. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Res Nurs Health* 2006; 29(5): 489-97.
 18. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
 19. Firestone RW, Firestone LA. Firestone assessment of self-destructive thought. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.

20. Cutcliffe JR, Barker P. The nurses' global assessment of suicide risk: developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004; 11: 393-400.
21. Bjorkdahl A, Nymberg D, Runeson B, Omerov P. The development of the suicidal patient observation chart (SPOC): Delphi study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2011; 18:558-561.
22. บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์.ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: The methodology in nursing research. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย, 2553.
23. Pett MA, Lackey NR, Sullivan JJ. Making sense of factor analysis the use of factor analysis for instrument development in health care research. United States of America: Sage Publications, Inc; 2003.
24. มาโนช หล่อตระกูล. การฆ่าตัวตาย: การรักษาและการป้องกัน. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์; 2553.
25. ประภาส อุครานันท์, อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี, วัชณี หัตถพนม, ไพรวลัย รมซ้าย, ไพลิน ปรัชญคุปต์. การพัฒนาแบบคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย(SU-9). ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2555.
26. กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร; 2553.
27. Fowler J, Jarvis P, Chevannes M. Practice statistics for nursing and health care. New York:
28. Beck AT, Schuyler D, Herman I. Development of suicidal intent scales. In: Beck AT, ResnikHLP, Lettieri DJ. editors. The prediction of suicide. Bowie, MD: Charles Press; 1974.
29. จิราพร เขียวอยู่. วิธีสถิติสำหรับการวัดด้านสุขภาพ statistical Methods for Health Measurement. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2557.
30. Altman DG, Bland JM. Diagnostic test. 1: Sensitivity and specificity. *Br Med J*. 1994; 308: 1552.