

เอกสารประกอบเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ KM วิจัย BPSC

ภายใต้โครงการ BPSC ระยะที่ 5 ครั้งที่ 3

ชุดประเด็นเรียนรู้และข้อวิพากษ์เชิงสร้างสรรค์

เรื่อง “ผลของโปรแกรมสติบำบัด (MBTC) ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช”

รายการ	รายละเอียด
วันเวลา	วันพุธที่ 19 สิงหาคม 2569 เวลา 13.00 – 15.00 น. (Zoom Meeting ID: 997 656 6191)
ผู้แบ่งปันความรู้	คุณชนกนุช คลึงเพชร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาล ลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช เขตสุขภาพที่ 11
ผู้ให้การเรียนรู้	อ.นพ.ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และ ดร.กัลลฐพร ชัยประทานพงษ์
สถานะงานวิจัย	โครงร่างวิจัย (Research Proposal) อยู่ระหว่างเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยใน มนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
วัตถุประสงค์ของเอกสาร	ใช้เป็นชุดประเด็นสำหรับผู้ให้การเรียนรู้/ผู้วิพากษ์ เพื่อชี้จุดแข็ง ชี้ช่องว่างที่ควรอุดก่อนเก็บ ข้อมูลจริง และตั้งคำถามชวนคิดที่ทำให้เวทีเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

สารบัญ

ส่วนที่ 1	สาระสำคัญของงานวิจัยโดยย่อ (Research at a Glance).....	4
ส่วนที่ 2	จุดแข็งที่ควรชื่นชมก่อนวิพากษ์.....	6
ส่วนที่ 3	ประเด็นวิพากษ์ด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ.....	7
3.1	ภัยคุกคามความตรงภายในของดีไซน์ “กลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง”	7
3.2	หัวใจของการวิพากษ์: 8Q เหมาะเป็น “ผลลัพธ์หลัก” หรือไม่.....	8
	ข้อจำกัดเชิงเทคนิคของ 8Q ในฐานะเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลง	8
	ข้อเสนอ: เพิ่มผลลัพธ์อีก 3 ชั้น โดยไม่ต้องทิ้ง 8Q	9
3.3	ขนาดกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล	10
3.4	แผนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรเติมให้ครบ	10
3.5	ช่องว่างเชิงทฤษฎี: วัดผลลัพธ์ แต่ไม่ได้วัดกลไก	11
3.6	ทางเลือกในการยกระดับดีไซน์ (เรียงจากง่ายไปยาก).....	12
ส่วนที่ 4	ประเด็นด้านความปลอดภัยและจริยธรรมการวิจัย	13
4.1	สิ่งที่โครงร่างทำได้แล้ว.....	13
4.2	ช่องว่างที่ควรอุด (เรียงตามความสำคัญ).....	13
	(1) ยังไม่ได้พูดถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจาก “การฝึกสติ” เอง	13
	(2) การประเมินความเสี่ยงเป็นระยะยังกำหนดไว้ไม่ชัด	14
	(3) ผู้วิจัยเป็นทั้งพยาบาลผู้ดูแล ผู้บำบัด และผู้เก็บข้อมูล	14
	(4) ความตึงเครียดระหว่างโปรโตคอลความปลอดภัยกับความถูกต้องของผลวิจัย	15
	(5) เอกสารชี้แจงและใบยินยอมยังไม่ครอบคลุม	15
ส่วนที่ 5	เนื้อหาโปรแกรม MBTC 8 ครั้ง: กลไก จุดเสี่ยง และความคงเส้นคงวา.....	17
5.1	แผนที่เชื่อมกิจกรรมกับกลไกและผลลัพธ์.....	17

5.2 จุดเสี่ยงทางคลินิกรายครั้งที่ควรเตรียมรับมือ	18
5.3 ความคงเส้นคงวาในการให้โปรแกรม (Treatment fidelity)	18
5.4 ช่องว่างเชิงเนื้อหาที่สำคัญที่สุด: MBTC ไม่มีองค์ประกอบเฉพาะเรื่องการฆ่าตัวตาย	19
ส่วนที่ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ควรมีติดตัวก่อนวิพากษ์	20
6.1 หลักฐานระดับสากล	20
6.2 หลักฐานในบริบทไทย — และช่องว่างที่งานนี้จะเติม	21
ส่วนที่ 7 จากงานวิจัยสู่การใช้จริง (R2R → Scale-up)	23
7.1 บันได 5 ขั้นจากผลวิจัยสู่แนวปฏิบัติของโรงพยาบาล	23
7.2 เงื่อนไขความสำเร็จที่มักถูกมองข้าม	23
7.3 ตัวชี้วัดที่ควรวางระบบเก็บตั้งแต่ตอนนี้	24
ภาคผนวก ก ตารางสรุปข้อเสนอแนะเรียงตามลำดับความเร่งด่วน	เกิดข้อผิดพลาด! ไม่มีการกำหนดบุ๊กมาร์ก
ก.1 ต้องแก้ก่อนยื่นคณะกรรมการจริยธรรม/ก่อนเก็บข้อมูล	เกิดข้อผิดพลาด! ไม่มีการกำหนดบุ๊กมาร์ก
ก.2 ควรแก้เพื่อยกระดับคุณภาพงาน	เกิดข้อผิดพลาด! ไม่มีการกำหนดบุ๊กมาร์ก
ก.3 นำพิจารณาในระยะถัดไป	เกิดข้อผิดพลาด! ไม่มีการกำหนดบุ๊กมาร์ก
ภาคผนวก ข แหล่งอ้างอิง	25
หลักฐานสากล	25
หลักฐานและเครื่องมือในบริบทไทย	26

ส่วนที่ 1 สารสำคัญของงานวิจัยโดยย่อ (Research at a Glance)

สรุปโครงสร้างงานวิจัย

องค์ประกอบ	สาระที่ปรากฏในโครงร่าง
ชื่อเรื่อง	ผลของโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC) ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลลานสกา จังหวัดนครศรีธรรมราช
ที่มาของปัญหา	ผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายในคลินิกจิตเวช รพ.ลานสกา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ปี 2566 = 35 ราย, 2567 = 41 ราย, 2568 = 43 ราย
วัตถุประสงค์หลัก	เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) ก่อน-หลังได้รับ MBTC
วัตถุประสงค์รอง	เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้า (9Q) ก่อน-หลังได้รับ MBTC
กรอบแนวคิด	แนวคิดสติของ Kabat-Zinn + จิตวิทยาสติ/MBTC ของ นพ.ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานต์ โดยเสนอว่า MBTC ตัดวงจร rumination → ลด emotion dysregulation → เพิ่มการยอมรับตนเอง → ลดซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
รูปแบบวิจัย	กึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง (One-group pretest-posttest design)
สิ่งแทรกแซง	MBTC 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที (ครั้งที่ 1 การจัดการกับความวุ่นใจ ถึงครั้งที่ 8 ชีวิตต้องเดินหน้า)
ประชากร/ตัวอย่าง	ผู้ป่วยซึมเศร้าอายุ ≥ 18 ปี ในคลินิกจิตเวช รพ.ลานสกา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์คัดเข้า 9Q ≥ 7 และ 8Q ≥ 1 (ระดับน้อยถึงปานกลาง)
ขนาดตัวอย่าง	G*Power 3.1, paired t-test, α = .05, power = .80, d = 0.50 → ขั้นต่ำ 34 ราย + เผื่อสูญหาย 10% = 38 ราย
เครื่องมือวัด	(1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (2) 9Q กรมสุขภาพจิต (3) 8Q กรมสุขภาพจิต
สถิติ	พรรณนา: ความถี่ ร้อยละ Mean SD อนุมาน: Paired t-test (ตรวจ normality ก่อน หากไม่ปกติใช้ non-parametric)
ระยะเวลา	เก็บข้อมูล 3-6 เดือน
ระบบความปลอดภัย	คัดออกผู้ที่ 8Q ≥ 17 (แนวโน้มฆ่าตัวตายรุนแรง) เผื่อระวังต่อเนื่อง หากคะแนนเพิ่มถึงระดับรุนแรงให้ประเมินซ้ำทันที ยุติการเข้าร่วม และส่งต่อจิตแพทย์

งานนี้ถามว่า “การเติมโปรแกรมสติบำบัด 8 สัปดาห์เข้าไปในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตายระดับน้อย-ปานกลางของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง จะทำให้คะแนน 8Q และ 9Q ลดลงหรือไม่” — เป็นคำถามที่มีคุณค่าสูงมากต่อระบบบริการ และเป็นคำถามที่ยังไม่มีใครในประเทศไทยตอบด้วย 8Q เป็นผลลัพธ์หลัก

ส่วนที่ 2 จุดแข็ง

1. คำถามวิจัยมาจากปัญหาหน้างานจริง ไม่ใช่จากตำรา ตัวเลข $35 \rightarrow 41 \rightarrow 43$ รายในสามปีติดต่อกัน เป็น การชี้ปัญหาด้วยข้อมูลของตนเอง (data-driven) ซึ่งเป็นหัวใจของ R2R ที่ดี
2. เลือกสิ่งแทรกแซงที่มีคู่มือมาตรฐานและผู้วิจัยผ่านการอบรมจริง ผู้วิจัยผ่านหลักสูตรผู้บำบัดเบื้องต้น (ม.ค. 2567) และผู้บำบัดอิสระ (ธ.ค. 2567) และเป็นวิทยากรกลุ่มสติบำบัดให้หลายจังหวัด — ประเด็น therapist competence ซึ่งมักเป็นจุดอ่อนของงานกึ่งทดลองในไทย งานนี้แข็งแรงผิดปกติ
3. ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ระบบบริการใช้อยู่จริง 8Q/9Q เป็นเครื่องมือที่ทุก รพ.สต. และ รพช. ใช้อยู่แล้ว ทำให้ผลการวิจัยแปลงเป็นการปฏิบัติได้ทันทีโดยไม่ต้องฝึกเครื่องมือใหม่
4. คำนวณขนาดตัวอย่างอย่างมีหลักการและแสดงวิธีคิดสองทาง ทั้งสูตรและ G*Power พร้อมอธิบายเหตุผลที่ เลือกค่าจาก G*Power (noncentral t distribution) — โครงร่างระดับ รพช. จำนวนมากไม่ทำถึงระดับนี้
5. มีระบบความปลอดภัยที่เขียนเป็นลายลักษณ์อักษร กำหนดเกณฑ์คัดออก $8Q \geq 17$ เกณฑ์ยุติการเข้าร่วม กลางกัน ช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง และเส้นทางส่งต่อจิตแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งที่คณะกรรมการจริยธรรมอง หาทเป็นอันดับแรกในงานที่ทำงานกับผู้เสี่ยงฆ่าตัวตาย
6. ระบุตนเองว่าเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางอย่างตรงไปตรงมา ในข้อ 11.1 ผู้วิจัยเลือก “อื่น ๆ: กลุ่มที่มีความ อ่อนไหวด้านสุขภาพจิตและอาจมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย” พร้อมอธิบายเหตุผลว่าเหตุใดจึงยังถือว่าให้ความ ยินยอมได้ด้วยตนเอง — เป็นการเขียนที่ชัดเจนและถูกหลัก
7. อภิปรายอคติของตนเองไว้ล่วงหน้าครบ 4 ชนิด selection, response, researcher, attrition bias พร้อม มาตรการป้องกันรายชื่อ — ผู้วิจัยรู้ตัวว่าดีไซน์มีข้อจำกัด ซึ่งดีกว่าการอ้างว่างานตนเองไร้จุดอ่อน
8. สไลด์นำเสนอสื่อสารกลไกได้ดีเยี่ยม ภาพ “วงจรกันหอย” ที่แสดง rumination $\rightarrow$ guilt/shame $\rightarrow$ emotion dysregulation $\rightarrow$ hopelessness $\rightarrow$ suicidal ideation แล้ววาง MBTC เป็น “ตัวตัดวงจร” เป็น ภาพที่อธิบายทฤษฎีได้ในสามวินาที ควรชมและควรเก็บภาพนี้ไว้ใช้ตอนตีพิมพ์

ส่วนที่ 3 ประเด็นวิพากษ์ด้านระเบียบวิธีวิจัยและสถิติ

3.1 ภัยคุกคามความตรงภายในของดีไซน์ “กลุ่มเดียววัดก่อน-หลัง”

One-group pretest–posttest เป็นดีไซน์ที่ทำได้จริงในโรงพยาบาลชุมชนและมีความชอบธรรมทางจริยธรรม (ไม่มีใครถูกกันออกจากการศึกษา) แต่ต้องยอมรับตรง ๆ ว่า

ดีไซน์นี้ตอบได้แค่ว่า “ผู้ป่วยดีขึ้นหรือไม่” ตอบไม่ได้ว่า “ดีขึ้นเพราะ MBTC หรือไม่”

ภัยคุกคาม 7 ประการต่อไปนี้ควรถูกเขียนไว้ในบทที่ 5 และควรมีมาตรการรับมือตั้งแต่ตอนออกแบบ ไม่ใช่ไปเขียนแก้ตัวตอนอภิปรายผล

ภัยคุกคาม	ปรากฏในงานนี้อย่างไร	ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ
History (เหตุการณ์แทรก)	ผู้ป่วยทุกรายรับยาต้านเศร้าอยู่แล้ว การปรับขนาดยา/เปลี่ยนยาระหว่าง 8 สัปดาห์ ส่งผลต่อ 9Q โดยตรง	บันทึกชนิด/ขนาดยาและการเปลี่ยนแปลงยาของทุกราย ณ pre และ post แล้วรายงานเป็นตาราง; วิเคราะห์ sensitivity เฉพาะกลุ่มที่ยาไม่เปลี่ยน
Maturation (การดำเนินโรคตามธรรมชาติ)	ภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายมีการทุเลาเองตามธรรมชาติได้ในหลายสัปดาห์	เพิ่มการวัดกลางทาง (สัปดาห์ที่ 4) เพื่อดูรูปทรงของเส้นการเปลี่ยนแปลง; หากลดשובหลังสัปดาห์ที่ 4 จะสนับสนุนว่าเป็นผลของโปรแกรม
Regression to the mean (การถดถอยเข้าสู่ค่ากลาง)	จุดที่อันตรายที่สุดของงานนี้ — คัดคนเข้าโดยใช้ “คะแนนสูง” เป็นเกณฑ์ (9Q ≥ 7 , 8Q ≥ 1) คนที่วัดได้สูงในวันคัดเข้า มีแนวโน้มวัดได้ต่ำลงในครั้งถัดไปโดยไม่ต้องทำอะไรเลย	วัด baseline สองครั้งห่างกัน 1–2 สัปดาห์แล้วใช้ค่าเฉลี่ยเป็นฐาน (double baseline) เป็นวิธีที่ถูกและได้ผลมาก; หรืออย่างน้อยต้องอภิปรายประเด็นนี้อย่างตรงไปตรงมา
Testing effect (ผลจากการทำแบบวัดซ้ำ)	ผู้ป่วยจำข้อความ 8Q/9Q ได้ และเรียนรู้ว่าตอบอย่างไรจะไม่ถูกส่งต่อ	ใช้ผู้เก็บข้อมูลที่ไม่ใช่ผู้บำบัด และย้ำว่าคำตอบไม่มีผลต่อการรักษา; เพิ่มตัวชี้วัดที่ไม่ใช่การรายงานตนเอง (ดูข้อ 3.2)
Instrumentation (ความเที่ยงของเครื่องมือ)	8Q เป็นเครื่องมือคัดกรอง มิได้ออกแบบมาเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลง (ดูข้อ 3.2 โดยละเอียด)	ลงเครื่องมือไว้เพราะเป็นเครื่องมือของระบบ แต่เพิ่มเครื่องมือที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงควบคู่
Attrition bias (อคติจากการสูญหาย)	ประเด็นวิกฤต: โปรโตคอลความปลอดภัยกำหนดให้ “ยุติการเข้าร่วม” ผู้ที่อาการแย่ลงจนถึงระดับรุนแรง แปลว่า	บังคับตัวเองให้วิเคราะห์แบบ Intention-to-treat ควบคู่กับ Per-protocol; รายงานจำนวนและเหตุผลของผู้ยุติทุกรายอย่างละเอียด; ทำ sensitivity

ภัยคุกคาม	ปรากฏในงานนี้อย่างไร	ข้อเสนอเชิงปฏิบัติ
	คนที่แย่งจะหายไปจากการวิเคราะห์ อย่างเป็นระบบ ทำให้คะแนนหลังการ ทดลองดูดีเกินจริง	analysis แบบ worst-case (สมมติผู้ที่ยุติมีคะแนนคง เดิมหรือแย่ง)
Co-intervention (สิ่ง แทรกแซงร่วม)	ทุกรายได้รับ “การดูแลตามปกติ” อยู่ แล้ว (ยา ติดตามอาการ เยี่ยมบ้าน ทีม 3 หมอ) ซึ่งไม่ได้ถูกบรรยายไว้	เขียน “Usual care ประกอบด้วยอะไรบ้าง” ให้ ชัดเจนหนึ่งย่อหน้า เพราะผลที่ได้คือผลของ MBTC + usual care มิใช่ MBTC เดี่ยว ๆ

3.2 หัวใจของการวิพากษ์: 8Q เหมาะเป็น “ผลลัพธ์หลัก” หรือไม่

นี่คือประเด็นที่ควรใช้เวลาามากที่สุดในเวที เพราะกระทบทั้งการแปลผลและโอกาสตีพิมพ์ ขอเรียนว่าประเด็นนี้ไม่ได้
แปลว่าห้ามใช้ 8Q แต่แปลว่าต้อง “ใช้อย่างรู้ข้อจำกัด” และควรมีเครื่องมือเสริม

ข้อจำกัดเชิงเทคนิคของ 8Q ในฐานะเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลง

1. ถูกรออกแบบมาเป็นเครื่องมือคัดกรองและจำแนกระดับความเสี่ยง มิใช่มาตรวัดความรุนแรงเชิงต่อเนื่อง 8Q
ดัดแปลงจาก MINI หมวด Suicidality เพื่อ “แบ่งกลุ่มดูแล” (0 / 1-8 / 9-16 / ≥ 17) จึงไม่ได้ถูกตรวจสอบ
คุณสมบัติด้าน responsiveness หรือ sensitivity to change
2. น้ำหนักคะแนนรายข้อไม่เท่ากันและไม่เป็นเชิงเส้น ข้อ 1 = 1 คะแนน แต่ข้อ 7 (พยายามฆ่าตัวตายโดยตั้งใจให้
ตาย) = 10 คะแนน การลดลง 2 คะแนนที่ช่วงบนกับช่วงล่างจึงมีความหมายทางคลินิกต่างกันมาก การนำมาหา
ค่าเฉลี่ยและทดสอบด้วย paired t-test จึงมีข้อสมมติที่อ่อน
3. ข้อ 8 ถามช่วง “ตลอดชีวิตที่ผ่านมา” (เคยพยายามฆ่าตัวตายหรือไม่ = 4 คะแนน) ข้อนี้ไม่มีทางลดลงได้เลย
หลังการบำบัด ผู้ป่วยที่เคยพยายามฆ่าตัวตายจะคิดเป็น 4 คะแนนถาวร ทำให้คะแนนรวมมี irreducible floor
และบั่นทอน effect size ที่จะได้ — ควรพิจารณารายงานคะแนนรวม และ คะแนนเฉพาะข้อ 1-7 (ช่วง 1
เดือน) แยกกัน
4. Floor effect จากเกณฑ์คัดเข้าที่ตัดคนคะแนนสูงออก เมื่อคัดคนที่ $8Q \geq 17$ ออก กลุ่มตัวอย่างจริงจะกระจุกที่
ช่วง 1-16 และจำนวนมากอาจอยู่ที่ 1-8 พื้นล่างคือ 0 ทำให้ช่องว่างในการ “ลดลง” มีจำกัดโดยโครงสร้าง
5. ระยะเวลา 1 เดือน กับตารางการวัด ข้อ 1-7 ถามถึง “1 เดือนที่ผ่านมา” ขณะที่ 9Q ถาม “2 สัปดาห์ที่ผ่าน
มา” การวัด post-test ทันทีหลังครั้งที่ 8 จึงครอบคลุมช่วงที่ผู้ป่วยอยู่ในโปรแกรมอยู่แล้ว ควรระบุให้ชัดว่า

pre-test เก็บ ก่อน เริ่มกิจกรรมครั้งที่ 1 (ตารางในโครงร่างวง Test1 ไว้ในสัปดาห์ที่ 1 ร่วมกับ MBTC1 ซึ่งกำกวม)

6. ยังไม่พบรายงานค่า sensitivity/specificity หรือ Cronbach's alpha ของ 8Q ที่ตีพิมพ์ ตรวจสอบทั้งคู่มือกรมสุขภาพจิตและฐานข้อมูล ThaiJo แล้วไม่พบ ดังนั้นในหัวข้อ “ความน่าเชื่อถือของเครื่องมือ” ไม่ควรใส่ตัวเลขที่ไม่มีแหล่งอ้างอิง ให้เขียนตามจริงว่าเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่กรมสุขภาพจิตกำหนดให้ใช้ในระบบบริการ และอ้างคู่มือ

ข้อผิดพลาดการอ้างอิงที่ควรแก้ทันที (กรรมการจริยธรรม/บรรณาธิการมักจับได้)

- หน้า 12 ระบุว่า “แบบประเมิน 9Q ฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = 0.79 (Lotrakul และคณะ, 2008)” — ค่า 0.79 นี้เป็นของ PHQ-9 ฉบับภาษาไทยที่แปลโดย Lotrakul และคณะ (BMC Psychiatry 2008) ซึ่งเป็นคนละเครื่องมือกับ 9Q ของกรมสุขภาพจิต แม้จะพัฒนาต่อยอดจากแนวคิดเดียวกัน*****
- ควรอ้างอิงการตรวจสอบคุณสมบัติของ 9Q ฉบับภาษาไทยกลางของ ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2561) ซึ่งรายงานว่าจุดตัด ≥ 7 ให้ sensitivity 86.15% specificity 83.12% และ ROC area 0.897 แทน
- ชื่อ Lotrakul และคณะ (2008) ถูกอ้างในเนื้อหาแต่ ไม่ปรากฏในบรรณานุกรม — ต้องเพิ่ม
- Beck (1996) และ Linehan (1993) ปรากฏในบรรณานุกรมแต่ไม่ถูกอ้างในเนื้อหา — ควรตัดออกหรือใช้จริง
- ตัวเลข WHO “ผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี” เป็นตัวเลขชุดเดิม องค์การอนามัยโลกได้ปรับประมาณการเป็นราว 727,000 ราย (ข้อมูลปี ค.ศ. 2021) แนะนำให้เปิดหน้า fact sheet ล่าสุดตรวจสอบและอัปเดตปีที่อ้าง

ข้อเสนอ: เพิ่มผลลัพธ์อีก 3 ชั้น โดยไม่ต้องทิ้ง 8Q

ชั้นของผลลัพธ์	ตัวชี้วัดที่เสนอ	เหตุผล
ผลลัพธ์หลัก (คงไว้)	8Q คะแนนรวม ก่อน-หลัง	เป็นเครื่องมือของระบบบริการ ตอบโจทย์การนำไปใช้จริงและการสื่อสารกับผู้บริหาร
ผลลัพธ์เชิงคลินิก (เพิ่ม)	สัดส่วนผู้ที่เปลี่ยนระดับความเสี่ยง เช่น จากปานกลาง $\rightarrow$ น้อย, จาก $\geq 1 \rightarrow 0$ และสัดส่วนผู้ที่ 9Q ลดลงต่ำกว่า 7 (remission)	ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติเข้าใจ “ที่คนหายจากความเสี่ยง” ได้ง่ายกว่า “ค่าเฉลี่ยลดลงกี่คะแนน” และไม่ถูกกระทบจากปัญหาน้ำหนักคะแนนไม่เชิงเส้น
ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (เพิ่ม)	จำนวนครั้งของการทำร้ายตนเอง การมารับบริการฉุกเฉิน การนอนโรงพยาบาลจิตเวช และการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน 3 และ	เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ที่ไม่ขึ้นกับการรายงานตนเอง แก้ปัญหา social desirability ได้ตรงจุดที่สุด และเป็นตัวเลขที่ใช้ต่อรองทรัพยากรได้

ชั้นของผลลัพธ์	ตัวชี้วัดที่เสนอ	เหตุผล
	6 เดือน (ดึงจากเวชระเบียน/รายงาน 43 แฟ้ม)	
ตัวแปรกลไก (เพิ่ม)	การครุ่นคิดซ้ำ (rumination) และระดับสติ (mindfulness) ด้วยแบบวัดที่มีฉบับ ภาษาไทย	กรอบแนวคิดของงานอ้างว่า MBTC ทำงานผ่าน การตัดวงจร rumination แต่ปัจจุบันไม่มี เครื่องมือใดวัดกลไกนั้นเลย ถ้าไม่วัด จะพิสูจน์ กลไกไม่ได้ (ดูข้อ 3.5)

3.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการเก็บข้อมูล

การคำนวณ $n = 38$ นั้นถูกต้องตามหลักการ ($34 \div (1 - 0.10) = 37.78 \rightarrow 38$) แต่จุดที่ควรถกในเวทีคือ ความเป็นไปได้เชิงปฏิบัติ (feasibility) มิใช่ความถูกต้องเชิงคณิตศาสตร์

- ข้อมูลของโรงพยาบาลเองระบุว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย 43 รายในปี 2568 ขณะที่แผนเก็บข้อมูลกำหนดไว้ 3–6 เดือน หากคิดตามสัดส่วนจะได้ผู้ป่วยรายใหม่ราว 11–22 ราย ซึ่งยังไม่ถึง 38 ราย เมื่อหักผู้ที่ถูกคัดออกด้วยเกณฑ์ $8Q \geq 17$ หรือมีอาการทางจิตร่วม จำนวนจริงจะยิ่งน้อยลง
- ทางออกที่ควรถามผู้วิจัย: จะรวมผู้ป่วยรายเก่าที่กำลังรักษาอยู่ (prevalent cases) ด้วยหรือไม่ จะขยายไปยังเครือข่าย รพ.สต. ในอำเภอแล่นสกาหรือไม่ หรือจะยืดระยะเวลาเก็บข้อมูลเป็น 9–12 เดือน
- ทางเลือกเชิงสถิติ: งานวิจัยไทยที่ใช้ MBTC ก่อนหน้านี้พบขนาดอิทธิพลใหญ่มาก (เช่น งานของ บุญบาทอง โพธิ์ศรี, 2565: 9Q ลดจาก 12.46 เหลือ 2.86, $t = 13.48$) หากตั้ง $d = 0.80$ ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำจะเหลือราว 15 ราย อย่างไรก็ตาม การคง $d = 0.50$ ไว้เป็นการตั้งสมมติฐานอนุรักษ์นิยมและปลอดภัยกว่า จึงควรอภิปรายเป็น trade-off ระหว่างความเข้มงวดทางสถิติกับความเป็นไปได้หน้างาน มากกว่าจะรีบลดตัวเลข
- คำถามเชิงปฏิบัติที่มักถูกลืม: ผู้เข้าร่วม 38 คน จะจัดเป็นกลุ่มละกี่คน ที่รู้กัน ใครเป็นผู้ช่วยกระบวนการ (co-facilitator) และจะอย่างไรหากบางรุ่นมีคนไม่ครบ — โครงร่างปัจจุบันยังไม่ระบุขนาดกลุ่มและจำนวนรุ่น ซึ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนงานและการเขียนรายงาน

3.4 แผนการวิเคราะห์ข้อมูลที่ควรเตรียมให้ครบ

สิ่งที่ควรเพิ่ม	รายละเอียดและเหตุผล
ระบุ Primary/Secondary endpoint ให้ชัดในแผนวิเคราะห์	โครงร่างระบุวัตถุประสงค์หลัก-รองไว้แล้ว ควรเขียนต่อว่าจะทดสอบตามลำดับชั้น (hierarchical testing) เพื่อไม่ต้องปรับค่า p จากการทดสอบหลายครั้ง
รายงานขนาดอิทธิพลและช่วงความเชื่อมั่น	ค่า p เพียงอย่างเดียวไม่พอสำหรับวารสารในปัจจุบัน ควรรายงาน Cohen's dz หรือ r พร้อม 95% CI ของผลต่างค่าเฉลี่ย เพราะบอก “ขนาด” ของผล ไม่ใช่แค่ “มีหรือไม่มี”
กำหนดวิธีการจัดการข้อมูลสูญหายล่วงหน้า	ระบุว่าจะใช้ Intention-to-treat เป็นหลัก และวิธีเติมข้อมูล (เช่น LOCF หรือ mixed-effects model) พร้อมทำ per-protocol เป็น sensitivity analysis — ต้องเขียนก่อนเก็บข้อมูล ไม่ใช่ตัดสินใจตอนเห็นผล
เตรียมสถิตินอนพารามตริกไว้เป็นแผนหลักสำรอง	โครงร่างเขียนไว้ถูกแล้วว่าตรวจสอบ normality ก่อน แต่ควรระบุข้อสถิติให้ชัดว่าคือ Wilcoxon signed-rank test และเนื่องจาก 8Q มีลักษณะเบ้ขวาและมีพื้นที่ 0 จำนวนมาก มีความเป็นไปได้สูงที่จะต้องใช้จริง
เพิ่มการวิเคราะห์ Reliable Change / นัยสำคัญทางคลินิก	คำนวณสัดส่วนผู้ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกินระดับความคลาดเคลื่อนของเครื่องมือ และสัดส่วนผู้ที่ข้ามเกณฑ์ทางคลินิก ($9Q < 7$, $8Q = 0$) เพื่อตอบคำถาม “แล้วมันสำคัญไหมในทางปฏิบัติ”
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปริมาณการเข้าร่วมกับผลลัพธ์	Dose-response: เปรียบเทียบผู้ที่เข้าร่วม ≥ 6 ครั้ง กับ < 6 ครั้ง หากผู้ที่เข้าครบมีผลดีกว่าอย่างเป็นระบบ จะเป็นหลักฐานสนับสนุนความเป็นเหตุเป็นผลที่แข็งแกร่งมากในดีไซน์ที่ไม่มีกลุ่มควบคุม
วิเคราะห์กลุ่มย่อยตามระดับความเล็ยงตั้งต้น	แยกกลุ่ม 8Q 1-8 กับ 9-16 เพราะทั้งสองกลุ่มมีเพดานการเปลี่ยนแปลงต่างกันมาก การรวมกันอาจกลบผลของกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

3.5 ช่องว่างเชิงทฤษฎี: วัดผลลัพธ์ แต่ไม่ได้วัดกลไก

กรอบแนวคิดของงาน (และสไลด์ที่สวยมาก) เสนอห่วงโซ่เชิงกลไกไว้ชัดเจนว่า MBTC → ลดการกรุ่นคิดซ้ำ → เพิ่มการกำกับอารมณ์ → เพิ่มการยอมรับตนเอง → มองเห็นทางเลือก → ลดซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตาย แต่เครื่องมือที่ใช้จริงมีเพียง 8Q และ 9Q ซึ่งวัดเฉพาะปลายทาง

ผลที่ตามมาคือ ต่อให้คะแนนลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ก็ยังพูดไม่ได้ว่าลดลง “เพราะสติ” ข้อเสนอคือเพิ่มแบบวัดสั้น ๆ อย่างน้อยหนึ่งชิ้นที่วัดตัวแปรกลาง (mediator) เช่น การกรุ่นคิดซ้ำหรือระดับสติ แล้ววิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรกลางกับการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ แม้ $n = 38$ จะยังทำ mediation analysis เต็มรูปแบบไม่ได้ แต่การรายงานค่าสหสัมพันธ์ก็เพียงพอที่จะทำให้ส่วนอภิปรายผลมีน้ำหนักขึ้นมาก

3.6 ทางเลือกในการยกระดับดีไซน์ (เรียงจากง่ายไปยาก)

ทางเลือก	ทำอะไร	ได้อะไรเพิ่ม	ต้นทุน/ข้อจำกัด
A. กงดิไซน์เดิม แต่เติมจุดวัด	วัดที่สัปดาห์ 0, 4, 8 และติดตาม 1 และ 3 เดือน	เห็นรูปทรงการเปลี่ยนแปลง ตอบ เรื่องความคงทนของผล และลดข้อ กังขาเรื่องการดูแลเอง	เพิ่มภาระการติดตาม แต่แทบไม่เพิ่ม ต้นทุน — คุ้มค่าที่สุด แนะนำ
B. เพิ่ม double baseline	วัด 8Q/9Q สองครั้งห่างกัน 1-2 สัปดาห์ ก่อนเริ่มโปรแกรม	ควบคุม regression to the mean ได้โดยตรง ซึ่งเป็นจุดอ่อนใหญ่ ที่สุด	ยืดเวลาก่อนเริ่มกลุ่ม 1-2 สัปดาห์
C. กลุ่มเปรียบเทียบแบบรอคิว	จัดผู้ป่วยเป็น 2 รุ่น รุ่นที่สองเริ่มช้ากว่า 8 สัปดาห์ ใช้ช่วงรอเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ (waitlist / stepped-wedge)	ยกระดับจากกึ่งทดลองกลุ่มเดียว เป็นมีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทุกคน ยังได้รับโปรแกรม จึงไม่มีปัญหา จริยธรรม	ต้องบริหารคิวและ ระยะเวลาโครงการ ยาวขึ้น เป็น ทางเลือกที่คุ้มค่า ที่สุดหากทำได้
D. ควบคุมด้วยข้อมูลย้อนหลัง	ดึงข้อมูล 8Q/9Q ของผู้ป่วยลักษณะ เดียวกันในปีก่อนหน้าเป็นกลุ่ม เปรียบเทียบเชิงประวัตินี้	มีตัวเปรียบเทียบโดยไม่ต้องรอ	เสี่ยงต่อความ แตกต่างของบริบท และความครบถ้วน ของข้อมูลย้อนหลัง ใช้เป็นข้อมูลเสริม ได้ แต่ไม่ควรเป็น หลัก

ส่วนที่ 4 ประเด็นด้านความปลอดภัยและจริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยที่ทำกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดฆ่าตัวตาย ถือเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบาง มาตรฐานที่คณะกรรมการจริยธรรมคาดหวังจึงสูงกว่างานทั่วไป โครงร่างฉบับนี้ทำได้ดีในหลายด้าน แต่ยังมีช่องว่างที่ควรอุดก่อนยื่นพิจารณา

4.1 สิ่งที่โครงร่างทำได้แล้ว

- กำหนดเกณฑ์คัดออกที่ระดับ $8Q \geq 17$ ตั้งแต่ขั้นคัดกรอง และให้ส่งต่อเข้าสู่การดูแลมาตรฐานแทนการเข้าร่วมวิจัย
- กำหนดเกณฑ์และขั้นตอนการยุติการเข้าร่วมกลางคันไว้ 4 ขั้น (ประเมินซ้ำ → หยุดกิจกรรม → ส่งต่อจิตแพทย์ → แจ้งญาติตามความจำเป็น)
- จัดช่องทางติดต่อฉุกเฉิน 24 ชั่วโมง และระบุชื่อผู้รับผิดชอบพร้อมเบอร์โทรในเอกสารชี้แจง
- ใช้รหัสแทนชื่อ เก็บเอกสารในตู้ล็อก เก็บข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์แบบมีรหัสผ่าน เก็บรักษา 5 ปีแล้วทำลายอย่างปลอดภัย
- ยืนยันสิทธิในการปฏิเสธ/ถอนตัวโดยไม่กระทบการรักษา และระบุว่าไม่มีค่าตอบแทนเพื่อไม่ให้เกิดสิ่งจูงใจเกินควร

4.2 ช่องว่างที่ควรอุด (เรียงตามความสำคัญ)

(1) ยังไม่ได้พูดถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจาก “การฝึกสติ” เอง

โครงร่างระบุว่า “ไม่มีการแทรกแซงทางกายภาพ ไม่มีการให้ยา จึงมีความเสี่ยงต่ำ” ซึ่งเป็นการประเมินที่ต่ำกว่าความเป็นจริง งานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า การฝึกสติ/สมาธิมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้จริง โดยเฉพาะในผู้ที่มีบาดแผลทางใจหรืออาการซึมเศร้ารุนแรง

- Farias และคณะ (2020) *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374–393 ทบทวนอย่างเป็นระบบ 83 การศึกษา ผู้เข้าร่วม 6,703 ราย พบว่า 55 การศึกษา (ร้อยละ 65) รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์อย่างน้อยหนึ่งชนิด อุบัติการณ์โดยรวมร้อยละ 8.3 (95% CI 0.05–0.12) โดยแตกต่างกันมากตามรูปแบบการศึกษา คือ ร้อยละ 3.7 (95% CI 0.02–0.05) ในการศึกษาเชิงทดลอง และร้อยละ 33.2 (95% CI 0.25–0.41) ในการศึกษาเชิงสังเกต ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ วิตกกังวล (ร้อยละ 33, 18 การศึกษา) ซึมเศร้า (ร้อยละ 27, 15 การศึกษา) และความผิดปกติทางการรู้คิด (cognitive anomalies)

(ร้อยละ 25, 14 การศึกษา) ส่วนพฤติกรรมฆ่าตัวตายพบน้อยที่สุดร่วมกับปัญหาทางเดินอาหาร (ร้อยละ 11, 6 การศึกษา)

- Britton และคณะ (2021) Clinical Psychological Science, 9(6), 1185–1204 ใช้แบบสัมภาษณ์ประสบการณ์การฝึกสมาธิ 44 ข้อ (Meditation Experiences Interview: MedEx-I) โดยผู้ประเมินอิสระ ในผู้เข้าโปรแกรม MBCT 8 สัปดาห์ 3 รูปแบบ รวม 96 ราย พบว่า ร้อยละ 83 รายงานผลข้างเคียงจากการฝึกสมาธิอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ร้อยละ 58 เป็นชนิดที่ให้ความรู้สึกลบ ร้อยละ 37 กระทบต่อการทำหน้าที่ และร้อยละ 6–14 มีผลทางลบที่คงอยู่ต่อเนื่อง ซึ่งสัมพันธ์กับสัญญาณของภาวะตื่นตัวผิดปกติ (hyperarousal และ dissociation) โดยผู้วิจัยสรุปว่าอัตราดังกล่าวใกล้เคียงกับการบำบัดทางจิตวิทยาชนิดอื่น

ข้อเสนอ: เพิ่มหัวข้อ “การเฝ้าระวังและรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์” โดย (ก) นิยาม AE และ SAE ให้ชัด (ข) ทำแบบบันทึก AE รายครั้งสั้น ๆ ตามหลังจบทุกครั้งว่ามีอาการไม่สบายใจ หงุดหงิด ใจสั่น วูบ หรือความทรงจำเก่าๆ หวนคืนหรือไม่ (ค) กำหนดเกณฑ์รายงาน SAE ต่อคณะกรรมการจริยธรรมภายในที่วัน — สิ่งนี้จะทำให้โครงร่างดูเป็นมืออาชีพขึ้นทันที และเป็นประโยชน์จริงต่อผู้ป่วย

(2) การประเมินความเสี่ยงเป็นระยะยังกำหนดไว้ไม่ชัด

โครงร่างระบุการเฝ้าระวังด้วย “การสังเกตอารมณ์ พฤติกรรม และความเปลี่ยนแปลง” ซึ่งขึ้นกับดุลยพินิจ ขณะที่การวัด 8Q อย่างเป็นทางการมีเพียงก่อนและหลังโปรแกรมเท่านั้น ในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ช่วงห่าง 8 สัปดาห์ถือว่ายาวเกินไป

ข้อเสนอ: กำหนดการตรวจสอบความเสี่ยงแบบสั้นทุกครั้งที่พบ (เช่น ตาม 8Q ข้อ 1 และข้อ 3 หรือใช้ 8Q ทั้งหมดในครั้งที่ 4) พร้อมช่องบันทึกในแบบฟอร์มติดตามรายครั้ง และระบุว่าใครเป็นผู้ตัดสินใจส่งต่อในกรณีที่ผู้วิจัยไม่อยู่

(3) ผู้วิจัยเป็นทั้งพยาบาลผู้ดูแล ผู้บำบัด และผู้เก็บข้อมูล

โครงร่างระบุชัดเจนว่า “ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง” ซึ่งสร้างปัญหาสองชั้นพร้อมกัน คือ (ก) ความรู้สึกเกรงใจของผู้ป่วยต่อพยาบาลที่ดูแลตน ทำให้ยากจะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัว (therapeutic misconception) และ (ข) อคติในการตอบแบบประเมิน โดยเฉพาะข้อคำถามเรื่องความคิดฆ่าตัวตาย ซึ่งผู้ป่วยอาจตอบให้ “ดูดีขึ้น” หลังจากใช้เวลาร่วมกันมา 8 สัปดาห์ — อคตินี้ส่งผลไปในทิศทางเดียวกับสมมติฐานพอดี

ข้อเสนอ: ให้นักลที่สามซึ่งไม่ใช่ผู้บำบัดเป็นผู้ขอความยินยอมและเป็นผู้เก็บแบบประเมินทั้งก่อนและหลัง (จะเป็นพยาบาลอีกท่านในกลุ่มงานหรือเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมก็ได้) ให้ผู้ป่วยกรอกเองแล้วใส่ซองปิดผนึก และเขียนไว้ใน

โครงสร้างว่าผู้บำบัดจะไม่เห็นคำตอบรายบุคคลจนกว่าจะจบโครงการ ยกเว้นกรณีที่พบความเสี่ยงสูงซึ่งต้องแจ้งทันที เพื่อความปลอดภัย

(4) ความตึงเครียดระหว่างโปรโตคอลความปลอดภัยกับความถูกต้องของผลวิจัย

ตามโปรโตคอล ผู้ที่อาการแย่ลงจะถูกยุติการเข้าร่วมและส่งต่อ ซึ่งถูกต้องอย่างยิ่งในทางคลินิก แต่ในทางวิจัย หมายความว่า ข้อมูลของผู้ที่แย่ลงจะหายไปจากการวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ ประเด็นนี้ต้องได้รับการจัดการอย่างเปิดเผย

ข้อเสนอ: เขียนไว้ล่วงหน้าว่า ผู้ที่ยุติการเข้าร่วมด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยจะยังถูกนับใน denominator ของการวิเคราะห์แบบ ITT พร้อมรายงานจำนวน เหตุผล และช่วงเวลาที่เกิดขึ้นในผังการไหลของผู้เข้าร่วม (participant flow diagram) และขอความยินยอมล่วงหน้าให้ใช้ข้อมูลที่เก็บไปแล้วได้แม้ถอนตัว — จุดนี้ต้องระบุในใบยินยอม

(5) เอกสารชี้แจงและใบยินยอมยังไม่ครอบคลุม

สิ่งที่พบ	ควรแก้เป็น
แบบสอบถามระบุว่า “แบ่งออกเป็น 3 ส่วน” แต่ระบุรายการเพียง 2 ส่วน (ข้อมูลทั่วไป และ 8Q)	เพิ่ม 9Q เป็นส่วนที่ 2 หรือ 3 ให้ครบตามที่ประกาศ และตรวจการนับส่วนให้ตรงกัน
ใบยินยอมกล่าวถึงการประเมินด้วย 8Q เท่านั้น ไม่ได้กล่าวถึง 9Q ทั้งที่เป็นผลลัพธ์รอง	ระบุเครื่องมือทั้งหมดที่ผู้เข้าร่วมต้องทำ พร้อมเวลาที่ใช้โดยประมาณ
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปในเนื้อหา (ข้อ 8.5.2) ระบุ 6 รายการ แต่แบบสอบถามจริงมี 11 รายการ (เพิ่มศาสนา รายได้ ภูมิฐานะ ประวัติการรักษา)	ทำให้ตรงกันทั้งสองที่ และพิจารณาว่าจำเป็นต้องเก็บ “รายได้เฉลี่ยต่อเดือน” หรือไม่ หากไม่ได้นำไปวิเคราะห์ ควรตัดออกตามหลักการเก็บข้อมูลเท่าที่จำเป็น
ยังไม่มีข้อความเรื่องการใช้ข้อมูลหลังถอนตัว และเรื่องการติดต่อญาติ/ผู้ดูแลในกรณีฉุกเฉิน	เพิ่มสองย่อหน้า: (ก) หากถอนตัว ข้อมูลที่เก็บไปแล้วจะถูกใช้/ทำลายอย่างไร (ข) ขออนุญาตล่วงหน้าในการติดต่อบุคคลที่ผู้ปวยระบุ เมื่อพบความเสี่ยงสูง พร้อมช่องให้ระบุชื่อและเบอร์โทร
หัวข้อ 12 งบประมาณและแหล่งทุน เว้นว่าง	ระบุอย่างน้อยว่า “ไม่มีแหล่งทุนภายนอก ผู้วิจัยรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง/ใช้ทรัพยากรของหน่วยงาน” และแจ้งว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน

ประเด็นชวนคิดเชิงจริยธรรมที่ลึกขึ้น (เหมาะใช้ในช่วงท้ายเวที)

ในดิฉันกลุ่มเดิวนี้อย่างไรก็ตามไม่มีใครถูกกันออกจากการรักษา จึงเป็นดิฉันที่ “ปลอดภัยทางจริยธรรม” — แต่คำถามที่ควรถามกลับคือ การทำวิจัยที่ตอบคำถามเชิงสาเหตุไม่ได้เลย ถือว่าเป็นภาระต่อผู้ป่วยเพราะบางโดยไม่จำเป็นหรือไม่

คำตอบที่ผมเสนอคือ ไม่ ตราบใดที่ (1) โปรแกรมถูกให้เพิ่มเติมจากการดูแลมาตรฐาน มิใช่แทนที่ (2) มีการเฝ้าระวังความปลอดภัยที่เข้มกว่าการดูแลปกติ และ (3) ผลที่ได้จะถูกนำไปพัฒนาบริการจริง มิใช่จบที่รายงาน — ทั้งสามข้อนี้ควรถูกเขียนไว้อย่างชัดเจนในส่วนความเหมาะสมผลของการวิจัย

ส่วนที่ 5 เนื้อหาโปรแกรม MBTC 8 ครั้ง: กลไก จุดเสี่ยง และความคงเส้นคงวา

5.1 แผนที่เชื่อมกิจกรรมกับกลไกและผลลัพธ์

ตารางนี้ใช้ได้สองทาง คือใช้เป็นเครื่องมือถามในเวที และผู้วิจัยนำไปใส่ในบทที่ 2-3 ได้เลย เพราะเป็นการเชื่อม “ทำอะไร” กับ “ทำไม” ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ประเมินบทความมักถามหา

ครั้งที่	กิจกรรม	กลไกทางจิตวิทยาที่มุ่งเปลี่ยน	เชื่อมกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างไร
1	การจัดการกับความวุ่นใจ (สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ ฝึกสมาธิลมหายใจ)	Psychoeducation + การสร้าง พันธมิตรการบำบัด (therapeutic alliance)	ความรู้สึคว่ามีคนเข้าใจและมีที่พึ่ง เป็นปัจจัยปกป้อง (protective factor) ที่แข็งแกร่งที่สุดตัวหนึ่ง
2	ดำเนินชีวิตอย่างมีสติ (สติในกิจวัตร)	ลดการใช้ชีวิตแบบอัตโนมัติ เพิ่ม present-moment awareness	สร้าง “ช่องว่างระหว่างสิ่งเร้ากับการตอบสนอง” ซึ่งคือช่องว่างเดียวกันกับที่ทำให้ยับยั้งการลงมือได้
3	รู้จักปล่อยวางอารมณ์ (focusing, body scan)	การรับรู้อารมณ์ทางกาย ลดการต่อต้าน อารมณ์ (experiential avoidance)	ลดแรงกดดันที่ทำให้ต้องหาทาง “หนีจากความรู้สึก” ซึ่งเป็นแรงขับเคลื่อนของพฤติกรรมทำร้ายตนเอง
4	รู้ทันความคิดและปล่อยวาง	Cognitive defusion — เห็นความคิด เป็นเพียงเหตุการณ์ในใจ	ตรงเป้าที่สุด: ทำให้ความคิด “ตายเสียดีกว่า” ถูกมองเป็นความคิด ไม่ใช่คำสั่ง
5	ทบทวนสัมพันธภาพใหม่	ปรับมุมมองต่อความสัมพันธ์ ลดการยึดติดความรู้สึกด้านลบ	ความขัดแย้งในครอบครัว/คู่สมรส เป็นตัวกระตุ้นเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุดในบริบทชนบทไทย
6	ปรับการสื่อสารให้ดีขึ้น	ทักษะการฟังและการสื่อสารอย่างมีสติ	เพิ่มโอกาสได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ลดความรู้สึกโดดเดี่ยว (thwarted belongingness)
7	เมตตาและให้อภัย	ลดการตำหนิตนเอง ความรู้สึกผิดและละอาย เพิ่ม self-compassion	ตรงกับ “ความรู้สึกผิดและละอาย” และ “ความรู้สึกเป็นภาระต่อผู้อื่น” ซึ่งเป็นแกนของ

ครั้งที่	กิจกรรม	กลไกทางจิตวิทยาที่มุ่งเปลี่ยน	เชื่อมกับความเสี่ยงฆ่าตัวตายอย่างไร
			ทฤษฎีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย
8	ชีวิตต้องเดินหน้า	การตั้งเป้าหมาย มองเห็นคุณค่าและความหมาย	ตรงกับ “ความสิ้นหวัง” (hopelessness) ซึ่งเป็นตัวทำนายการฆ่าตัวตายที่แข็งแกร่งกว่าความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเสียอีก

5.2 จุดเสี่ยงทางคลินิกในรายครั้งที่ควรเตรียมรับมือ

- ครั้งที่ 3 (body scan / focusing) เป็นครั้งที่มียารายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุดในการรณรงค์ โดยเฉพาะการรื้อฟื้นความทรงจำบาดแผลและการแยกจากตนเอง ควรพิจารณาเลือกให้ผู้ป่วยลืมนั่งเก้าอี้ ย่นเวลาให้สั้นลง และสอนเทคนิคดึงกลับสู่ปัจจุบัน (grounding) ไว้ก่อนเริ่ม
- ครั้งที่ 5 (ทบทวนสัมพันธภาพ) อาจเปิดเผยเรื่องความขัดแย้งในครอบครัวซึ่งเป็นตัวกระตุ้นเฉียบพลัน ควรพิจารณาสำหรับผู้ที่มีอารมณ์ท่วมท้นระหว่างกลุ่ม และมีเวลากันไว้พูดคุยรายบุคคลหลังจบกลุ่ม
- ครั้งที่ 7 (เมตตาและให้อภัย) การฝึกเมตตาต่อตนเองในผู้ที่มีความรู้สึกไร้ค่ารุนแรง อาจกระตุ้นการต่อต้านและความรู้สึกผิดมากขึ้นในระยะแรก (backdraft) ควรเตรียมคำอธิบายให้ผู้เข้าเข้าใจว่าเป็นปฏิกิริยาปกติ
- การจบโปรแกรม (หลังครั้งที่ 8) ช่วงสิ้นสุดความสัมพันธ์ที่เข้มข้น 8 สัปดาห์เป็นช่วงเปราะบาง ควรพิจารณาติดตามที่ชัดเจน ไม่ควรจบแล้วปล่อย — ข้อเสนอคือกำหนด booster session ที่ 1 เดือน และการโทรติดตามเชิงห่วงใย (caring contact) ซึ่งเป็นมาตรการที่มีหลักฐานสนับสนุนในการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง

5.3 ความคงเส้นคงวาในการให้โปรแกรม (Treatment fidelity)

โครงร่างระบุว่าผู้วิจัยผ่านการอบรมและดำเนินกิจกรรมตามคู่มือ ซึ่งดีแล้ว แต่ผู้ประเมินบทความจะถามต่อว่า “แล้วรู้ได้อย่างไรว่าทำตามคู่มือจริง” ควรเสริมสื่ออย่างต่อไปนี้ ซึ่งใช้แรงน้อยแต่เพิ่มความน่าเชื่อถือมาก

1. แบบตรวจสอบความครบถ้วนรายครั้ง (fidelity checklist) ระบุงค์ประกอบหลักของแต่ละครั้ง แล้วให้ผู้ช่วยกระบวนการหรือผู้สังเกตเด็ก แล้วรายงานเป็นร้อยละความครบถ้วน
2. บันทึกการเข้าร่วมรายครั้งและการทำการบ้าน (home practice log) เพื่อนำไปวิเคราะห์ dose-response
3. การนิเทศ/ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะ (supervision) อย่างน้อยเดือนละครั้ง พร้อมระบุข้อผู้นิเทศในโครงร่าง
4. ระบุขนาดกลุ่ม จำนวนรุ่น สถานที่ และผู้ร่วมดำเนินกิจกรรม เพื่อให้คนอื่นทำซ้ำได้ (replicability)

5.4 ช่องว่างเชิงเนื้อหาที่สำคัญที่สุด: MBTC ไม่มีองค์ประกอบเฉพาะเรื่องการฆ่าตัวตาย

MBTC เป็นโปรแกรมที่ออกแบบมาเพื่อจัดการอารมณ์และความคิดลบ ซึ่งเป็นกลไกร่วมของภาวะซึมเศร้า แต่ไม่มีองค์ประกอบใดที่จัดการความเสี่ยงฆ่าตัวตายโดยตรง เช่น การวางแผนความปลอดภัย การจำกัดการเข้าถึงวิธีการ หรือการซ่อมรับมือช่วงวิกฤต ในขณะที่แนวปฏิบัติสากลถือว่าองค์ประกอบเหล่านี้เป็นแกนกลางของการดูแลผู้เสี่ยงฆ่าตัวตาย

ข้อเสนอที่ผมคิดว่าจะทำให้งานนี้แข็งแกร่งขึ้นมากที่สุดเพียงข้อเดียว: สอดแทรก “การวางแผนความปลอดภัยร่วมกัน” (collaborative safety plan) เข้าไปในครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 8 โดยให้ผู้ป่วยเขียนการ์ดของตนเองว่า สัญญาณเตือนของมันเป็นอะไร มันจะทำอะไรก่อน มันจะโทรหาใคร และของอันตรายในบ้านจะจัดการอย่างไร แล้วเชื่อมกับทักษะสติที่เรียนมา เช่น “เมื่อสัญญาณเตือนมา ให้กลับมาที่ลมหายใจก่อน แล้วจึงโทร” วิธีนี้ทำให้ MBTC ทำงานร่วมกับการดูแลมาตรฐานได้อย่างกลมกลืน และทำให้การอ้างว่าโปรแกรมลดความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีความสมเหตุสมผลเชิงเนื้อหามากขึ้น

อนึ่ง หากเพิ่มองค์ประกอบนี้ ต้องระบุให้ชัดในรายงานว่าสิ่งที่ทดสอบคือ “MBTC ฉบับปรับใช้ในผู้เสี่ยงฆ่าตัวตาย” มิใช่ MBTC ต้นฉบับ เพื่อความซื่อตรงทางวิชาการ และควรหารือกับผู้พัฒนาโปรแกรมก่อน

ส่วนที่ 6 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ควรมีติดตัวก่อนวิพากษ์

ส่วนนี้เตรียมไว้เพื่ออ้างอิงได้อย่างมั่นใจ และเพื่อช่วยผู้วิจัยเขียนบทที่ 2 ให้แข็งแรงขึ้น ขอให้สังเกตว่าหลักฐานเรื่องสถิติกับ “ภาวะซึมเศร้า” แข็งแรงกว่าหลักฐานเรื่องสถิติกับ “ความคิดฆ่าตัวตาย” อย่างชัดเจน ซึ่งเป็นสาระสำคัญที่ควรสื่อสารอย่างตรงไปตรงมาแต่ให้กำลังใจ

6.1 หลักฐานระดับสากล

ประเด็น	หลักฐาน	ความหมายต่องานวิจัยชิ้นนี้
MBCT กับการป้องกันการกำเริบซ้ำของภาวะซึมเศร้า — หลักฐานแข็งแรงที่สุด	Kuyken และคณะ (2016) JAMA Psychiatry วิเคราะห์ห่อถักมึนระดับข้อมูลรายบุคคลจาก 9 RCT รวม 1,258 ราย คิดตาม 60 สัปดาห์: MBCT เทียบการดูแลปกติ HR 0.69 (95% CI 0.58–0.82) และเทียบการรักษาแบบออกฤทธิ์อื่น HR 0.79 (95% CI 0.64–0.97) โดยผู้ที่มีอาการรุนแรงกว่าได้ประโยชน์มากกว่า	สนับสนุนอย่างหนักแน่นว่าโปรแกรมฐานสติมีประโยชน์จริงในภาวะซึมเศร้า จึงควรใช้อ้างอิงในวัตถุประสงค์รอง (9Q) เป็นหลัก
สถิติกับความคิดฆ่าตัวตาย — หลักฐานยังไม่สม่ำเสมอ	Schmelefske และคณะ (2022) Archives of Suicide Research สรุปว่า MBI ลดความคิดฆ่าตัวตายและภาวะซึมเศร้าได้ในระดับที่มีความหมายทางคลินิก แต่จำนวน RCT ยังน้อยและความคิดฆ่าตัวตายมักเป็นผลลัพธ์รอง (หมายเหตุ: ยังไม่สามารถยืนยันค่าขนาดอิทธิพลตัวเลขจากฉบับเต็มได้ จึงไม่ควรอ้างตัวเลข)	ควรเขียนความคาดหวังของงานอย่างระมัดระวัง ว่าเป็นการ “สำรวจ” ผลต่อความเสี่ยงฆ่าตัวตาย มิใช่การยืนยัน
การทดลองแบบสุ่มที่ตรงประเด็นที่สุด	Interian และคณะ (2021) J Clin Psychiatry ศึกษา MBCT ฉบับปรับสำหรับการป้องกันการฆ่าตัวตาย (MBCT-S) ในทหารผ่านศึกเสี่ยงสูง 140 ราย: ผลลัพธ์หลักคือระยะเวลาจนเกิดเหตุการณ์ฆ่าตัวตาย ไม่มีนัยสำคัญ (HR 0.86, 95% CI 0.52–1.41) แต่จำนวนเหตุการณ์รวมลดลง (IRR 0.59, 95% CI 0.36–0.99) และไม่พบความแตกต่างในตัวชี้วัดความคิดฆ่าตัวตาย	เป็นข้อมูลสำคัญที่สุดที่ผู้วิจัยควรรู้ก่อนตั้งความคาดหวัง และเป็นเหตุผลว่าทำไมจึงควรเพิ่มตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรมและตัวแปรกลไก
ความเสี่ยงจากการฝึกสติเอง	Farias และคณะ (2020) Acta Psychiatrica Scandinavica, 142(5), 374–393: ทบทวน 83 การศึกษา ผู้ฝึก 6,703 ราย อุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์โดยรวมร้อยละ 8.3 (95% CI 0.05–0.12) แยกเป็นการศึกษาเชิงทดลองร้อยละ 3.7 และเชิงสังเกตร้อยละ 33.2; Britton และคณะ (2021) Clinical Psychological Science, 9(6), 1185–1204: ผู้เข้าโปรแกรม MBCT 96 ราย ร้อยละ 83 รายงานผลข้างเคียงอย่างน้อยหนึ่งอย่าง ร้อยละ 37 กระทั่งการ	ต้องมีระบบเฝ้าระวังและรายงาน AE (ดูข้อ 4.2)

ประเด็น	หลักฐาน	ความหมายต่องานวิจัยชิ้นนี้
	ทำหน้าที่ และร้อยละ 6–14 มีผลทางลบที่คงอยู่	
สิ่งที่แนวปฏิบัติสากล แนะนำสำหรับผู้เสี่ยงฆ่า ตัวตาย	NICE NG225 (2022) แนะนำการบำบัดทางจิตวิทยาแนว CBT เฉพาะสำหรับการทำร้ายตนเอง และแผนความปลอดภัยเชิงร่วมมือ; VA/DoD CPG (2024) ให้น้ำหนักกับ CBT-SP และการติดต่อเชิง ห่วงใย (Caring Contacts) ; WHO LIVE LIFE (2021) เน้นการจำกัด การเข้าถึงวิธีการ การรายงานข่าวอย่างรับผิดชอบ ทักษะชีวิตใน วัยรุ่น และการค้นหา-ประเมิน-ดูแล-ติดตาม โดยทั้งสามฉบับไม่ได้ ระบุการฝึกสติเป็นข้อแนะนำ	ไม่ได้แปลว่าสติไม่มีประโยชน์ แต่แปลว่าควรวางตำแหน่งของ MBTC เป็น “ส่วนเสริม” บน ฐานการดูแลมาตรฐาน มิใช่ มาตรการเดี่ยว ๆ และควรระบุ จุดยืนนี้ในบทนำเพื่อกันข้อ โต้แย้ง

6.2 หลักฐานในบริบทไทย — และช่องว่างที่งานนี้จะเติม

งาน	รูปแบบ/จำนวน	เครื่องมือ	ผล
วิภาวี โพธิ์คุณธรรมกุล และ นภา จิรัฐจินตนา (2564)	RCT จับคู่ n = 44 (22/22), MBTC 8 ครั้ง	BDI-IA, WHOQOL- BREF-THAI	ซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญและต่างจาก กลุ่มควบคุม; ติดตาม 6 เดือน กำเริบ 2 ราย เทียบกับ 10 ราย
บุษบา ทองโพธิ์ศรี (2565)	กึ่งทดลองกลุ่มเดียว n = 30	9Q	9Q ลดจาก 12.46 (SD 4.51) เหลือ 2.86 (SD 2.09), t = 13.48, p < .001
ปรีสิทธิ์ โพธิ์งาม และ ศรียรัตน์ ส้อมพงศ์ (2565)	กึ่งทดลอง 2 กลุ่ม n = 80 (พยาบาล), MBTC ออนไลน์	DASS-21, MBI-GS	ความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญ — น่าสนใจว่ารูปแบบออนไลน์ก็ใช้ได้
วรัญจนา เร่งไพบูลย์ วงศ์ (2567)	กึ่งทดลอง n = 30	9Q	ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ p < .05
Kenbubpha และคณะ (2566)	กึ่งทดลองไม่สุ่ม n = 68 (34/34)	BDI, การรื้อฟื้นคิดซ้ำ, ระดับสติ	ลดซึมเศร้าและการรื้อฟื้นคิดซ้ำต่อเนื่องถึง 3 เดือน ไม่พบการกำเริบที่ 3 และ 6 เดือน — เป็นงานเดียวที่วัดกลไกด้วย

ช่องว่างที่งานของคุณชมภูจะเติมได้ — และควรพูดในบทนำ

จากการสืบค้น ยังไม่พบงานวิจัยไทยที่ใช้ 8Q เป็นผลลัพธ์หลักในการประเมินผล MBTC — งานส่วนใหญ่วัดที่ภาวะซึมเศร้า

(9Q/BDI) แล้วอนุมานว่าความเสี่ยงฆ่าตัวตายน่าจะลดตาม

นี่คือจุดขายที่แท้จริงของงานชิ้นนี้ และควรถูกเขียนเป็นประโยคเดียวชัด ๆ ในบทนำ ขณะเดียวกันก็เป็นเหตุผลว่าทำไมข้อจำกัดของ 8Q ในฐานะเครื่องมือวัดการเปลี่ยนแปลง (ข้อ 3.2) จึงต้องถูกอภิปรายอย่างรอบคอบ — เพราะผู้อ่านจะพุ่งไปที่จุดนั้นเป็นจุดแรก

ส่วนที่ 7 จากงานวิจัยสู่การใช้จริง (R2R → Scale-up)

“ถ้าผลออกมาดี แล้วอย่างไรต่อ” ส่วนนี้เสนอเส้นทางที่เป็นรูปธรรม

7.1 บันได 5 ขั้นจากผลวิจัยสู่แนวปฏิบัติของโรงพยาบาล

ขั้น	สิ่งที่ต้องทำ	ผลผลิตที่จับต้องได้
ขั้นที่ 1 พิสูจน์ผล	ทำวิจัยตามโครงร่างนี้ให้จบ พร้อมรายงานตามแนวทาง TREND (สำหรับงานประเมินที่ไม่สุ่ม)	รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ + บทความตีพิมพ์ในวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย หรือวารสารของวิทยาลัยพยาบาลในเครือข่าย
ขั้นที่ 2 ทำให้ทำซ้ำได้	แปลงกระบวนการเป็นเอกสารปฏิบัติ: ใคร คัดกรอง เกณฑ์อะไร ส่งเข้ากลุ่มอย่างไร ใคร นำกลุ่ม ประเมินเมื่อไร ส่งต่อเมื่อใด	Work instruction 1 หน้า + ผังการไหลของผู้ป่วย (patient flow) + แบบฟอร์มมาตรฐาน
ขั้นที่ 3 ยกเป็นแนวปฏิบัติ	เสนอคณะกรรมการ PCT/องค์กรแพทย์ ประกาศเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิกของโรงพยาบาล พร้อมกำหนดตัวชี้วัดกำกับ	CPG การดูแลผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย รพ.ลานสกา
ขั้นที่ 4 สร้างคน	ผู้วิจัยเป็นวิทยากรอยู่แล้ว จึงควรใช้จุดแข็งนี้ สร้างผู้บำบัดรุ่นถัดไปในเครือข่าย พร้อมระบบพี่เลี้ยงและการนิเทศ	ทีมผู้บำบัดอย่างน้อย 3–5 คนในอำเภอ เพื่อไม่ให้ระบบสุกกับคนคนเดียว
ขั้นที่ 5 ขยายผล	ขยายสู่ รพ.สต. และเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 11 โดยพิจารณาแบบผสม (on-site + online) ซึ่งมีหลักฐานไทยรองรับแล้ว	ข้อเสนอเชิงนโยบายระดับจังหวัด/เขต พร้อมประมาณการทรัพยากร

7.2 เงื่อนไขความสำเร็จที่มักถูกมองข้าม

- ความยั่งยืนเมื่อไม่มีผู้วิจัย คำถามที่โหดที่สุดแต่ต้องถาม — ถ้าคุณชมภูชยาย โปรแกรมนี้จะยังอยู่หรือไม่ คำตอบต้องอยู่ในรูปของ “มีคนที่สอง” และ “มีเอกสาร” ไม่ใช่ในรูปของความตั้งใจ
- ภาระงานจริง 8 ครั้ง × 60–90 นาที ต่อหนึ่งรุ่น เท่ากับราว 8–12 ชั่วโมงของพยาบาลจิตเวชต่อรุ่น ยังไม่รวมการเตรียมและติดตาม ควรคำนวณเป็นตัวเลขให้ผู้บริหารเห็น และเจรจาเรื่องเวลาที่กันไว้ให้เป็นทางการ

- การเข้าถึงของผู้ป่วย ผู้ป่วยในอำเภอแลนสกาต้องเดินทางมา 8 ครั้ง ค่าเดินทางและการลงงานเป็นอุปสรรคจริง ควรเก็บข้อมูลเหตุผลของการขาดกิจกรรมไว้ด้วย เพราะจะเป็นข้อมูลสำคัญสำหรับการออกแบบบริการรอบถัดไป (เช่น จัดที่ รพ.สต. หรือรูปแบบผสม)
- การเชื่อมกับระบบข้อมูลที่มีอยู่ คะแนน 8Q/9Q ถูกบันทึกในระบบรายงานอยู่แล้ว หากออกแบบให้ดึงข้อมูลจากระบบได้ตั้งแต่ต้น จะลดภาระการกรอกซ้ำ และทำให้การติดตามระยะยาวเป็นไปได้จริงโดยไม่ต้องพึ่งโครงการวิจัย

7.3 ตัวชี้วัดที่ควรวางระบบเก็บตั้งแต่ตอนนี้

ระดับ	ตัวชี้วัด	แหล่งข้อมูล
ผลลัพธ์ต่อผู้ป่วย	สัดส่วนผู้ที่ 8Q ลดลงจนถึงระดับ 0 และสัดส่วนผู้ที่ 9Q < 7 ณ สิ้นสุดโปรแกรม และที่ 3, 6 เดือน	แบบประเมินและเวชระเบียน
ผลลัพธ์เชิงระบบ	อัตราการพยายามฆ่าตัวตายซ้ำภายใน 6 เดือน และอัตราการเข้ารับบริการฉุกเฉินด้วยเหตุทำร้ายตนเอง	ระบบรายงานของโรงพยาบาล/ระบบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย
กระบวนการ	ร้อยละของผู้ป่วยเสี่ยงที่ได้รับการเสนอเข้าโปรแกรม, อัตราการเข้าร่วมครบ ≥ 6 ครั้ง, ร้อยละความครบถ้วนตาม fidelity checklist	ทะเบียนโครงการ
ความยั่งยืน	จำนวนผู้บำบัดที่ผ่านการอบรมและยังปฏิบัติจริง, จำนวนรุ่นที่จัดได้ต่อปี	รายงานกลุ่มงาน

ภาคผนวก ข แหล่งอ้างอิง

รายการต่อไปนี้เป็น การตรวจสอบแหล่งที่มาแล้ว ยกเว้นรายการที่กำกับไว้ว่ายังไม่สามารถยืนยันตัวเลขจากฉบับเต็มได้

หลักฐานสากล

- Kuyken, W., et al. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2517515>
- Schmelefske, E., Per, M., Khoury, B., Bergeron, K., & Heath, N. (2022). The effects of mindfulness-based interventions on suicide outcomes: A meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 26(2), 447–464. (หมายเหตุ: ยังไม่สามารถเปิดฉบับเต็มเพื่อยืนยันค่าขนาดอิทธิพลได้ โปรดอย่าอ้างตัวเลข)
- Interian, A., et al. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing suicide in military veterans: A randomized clinical trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. <https://www.psychiatrist.com/jcp/mindfulness-based-cognitive-therapy-preventing-suicide-military-veterans-randomized-clinical-trial/>
- Farias, M., Maraldi, E., Wallenkampf, K. C., & Lucchetti, G. (2020). Adverse events in meditation practices and meditation-based therapies: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(5), 374–393. <https://doi.org/10.1111/acps.13225> (PMID: 32820538)
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clinical Psychological Science*, 9(6), 1185–1204. <https://doi.org/10.1177/2167702621996340> (PMID: 35174010)
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence (NG225). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225>
- U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2024). VA/DoD clinical practice guideline for the assessment and management of patients at risk for suicide. <https://www.healthquality.va.gov/>

- World Health Organization. (2021). LIVE LIFE: An implementation guide for suicide prevention in countries. <https://www.who.int/initiatives/live-life-initiative-for-suicide-prevention>
- Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the TREND Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3), 361–366.
- Ogrinc, G., et al. (2016). SQUIRE 2.0: Revised standards for quality improvement reporting excellence. <https://www.squire-statement.org>

หลักฐานและเครื่องมือในบริบทไทย

- ธรณินทร์ กองสุข และคณะ. (2561). ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ของแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (จุดตัด ≥ 7 : sensitivity 86.15%, specificity 83.12%, ROC area 0.897)
- Lotrakul, M., Sumrithe, S., & Saipanish, R. (2008). Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*, 8, 46. (Cronbach's alpha = 0.79 — เป็นค่าของ PHQ-9 ฉบับไทย มีใช้ 9Q)
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้แบบประเมิน 2Q 9Q 8Q. (แหล่งอ้างอิงหลักสำหรับการแปลผลและเกณฑ์การช่วยเหลือ)
- ขงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ และคณะ. (2560). คู่มือโปรแกรมสติบำบัด (Mindfulness-Based Therapy and Counseling: MBTC). สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต.
- วิภาวี โพธิ์คุณธรรมกุล และ นภา จิรัฐจินตนา. (2564). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.
- นุชบา ทองโพธิ์ศรี. (2565). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรบุรี.
- ปรีสิทธิ์ โพธิ์งาม และ ศิริรัตน์ ล้อมพงศ์. (2565). ผลของโปรแกรมสติบำบัดออนไลน์ต่อความเครียดและภาวะหมดไฟของพยาบาล. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.

- วรังคณา เร่งไพบูลย์วงศ์. (2567). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ.
- Kenbubpha, K., et al. (2566). ผลของโปรแกรมสติบำบัดต่อภาวะซึมเศร้าและการรบกวนจิตใจ. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.