



วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

Journal of the Psychiatric Association of Thailand

บรรณาธิการแถลง

Letter to the Editor

Medication Dispensation for Psychiatric Outpatient at UKMMC during the COVID-19 Pandemic

Luke Sy-Cherng Woon, Lydia Gan

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น
ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสถาบันสุขภาพเด็ก
แห่งชาติมหาราชินี

จินณพัชร์ ยอดไกรศรี

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น

จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์,

ศิริโชค ทงษ์สงวนศรี, วศิน พิพัฒน์วัตร

ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) ที่รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสนาม
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

หัตถุกร สำเร็จดี, รสมา สมไชย, ศศิธร ดวงนั้น, วชิราภรณ์ ฤาชา,

พงศธร พทลภาคย์, นรัักษ์ ชาติบุญชาชัย, พงศ์พิสุทธิ์ พูนสวัสดิ์พงศ์

ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสาร
ภายในครอบครัวและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

สุภาพร ไฟฟูกร, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ

ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น

จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง,

เจษฎา สุวรรณรัตน์, ปัทมา ล้อพงศ์พาณิชย์

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพื่อสืบสวน
ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช

บุญกุล โสภะพันธ์, พิชัย แสงชาญชัย, วณิดา รัตนสุมาวงศ์

การศึกษาเบื้องต้นเรื่องความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ

แบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย

ฐานิกา เกียรติชัย, จริญญา ทะรักษา, จิรพันธ์ คันทะสอน,

ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ, พันธ์ ศรีสวัสดิ์

ความบกพร่องและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยง่ายในการเรียน
ของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ศรีอาภา อังฉะสวัสดิ์, สุชัยบุญญา ปาริชาติ, เปี่ยมมอญ,

ธนพร ประเคน, นันทิกานต์ ฤทธิเดช, ภักพร ยิ่งสนองชาติ,

ภาณุพงศ์ อุษณียงามเจริญ

แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การเก็บข้อมูลบรรทัดฐาน
และการหาค่ามาตรฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย

บุรชัย อัสวาทิบุญ, วรวัชร ตั้งจิตจรเจริญ, สุธีรา ภักธายุทธวรรณ

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการสมาคม จิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวพันธ์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปราณี เมืองน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee MOUNGNOI, M.D.

ปฏิคม

พ.อ.พลั้งสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsarn Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปราชญ์ อดิยาภิบาล

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาวน์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริโรจน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ประจำปี 2565-2568

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือน มีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

สำนักงานเลขาธิการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย กองจิตเวชและประสาทวิทยา
ชั้น 15 อาคารเฉลิมพระเกียรติฯ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 315 ถนนราชวิถี
แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400
หมายเลขโทรศัพท์ 081 923 0162 Email: psychiatricjournalthailand@gmail.com

การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ Thai Journals Online (ThaiJO) โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่
www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์ (Honorary Editor)

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ (Editor-in-Chief)

รศ.ดร.นพ. ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Associate Professor Thammanard Charearnboon,
MD, MSc, PhD
Thammasat University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ. วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล

Associate Professor Papan Thaipsisuttikul, MD
Mahidol University

ผศ.ดร.พญ. ทิรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์อํารง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Assistant Professor Woraphat Ratta-apha, MD, PhD
Mahidol University
Assistant Professor Tiraya Lerthattasilp, MD, PhD
Thammasat University
Thitiporn Supasitthumrong, MD
Chulalongkorn University

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ (Managing Staffs)

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 67 ฉบับที่ 1

มกราคม - มีนาคม 2565

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง	1
LETTER TO THE EDITOR	
Medication Dispensation for Psychiatric Outpatient at UKMMC during the COVID-19 Pandemic Luke Sy-Cherng Woon, Lydia Gan	3
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จิณณพัต ยอดไกรศรี	7
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น จินตหรา มีถาวร, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี, วศิน พิพัฒน์นัฏ	21
ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น หัตถุภกร สำเร็จดี, รสมา สมไชย, ศศิธร ดวงมัน, วชิราภรณ์ ฤาชา, พงศธร พหลภาคย์, นรภัช ขาติบุญชัย, พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์	35
ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท สุภาพร ไม้พุทธ, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ์	45
ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น จักรกริช ไชยทองศรี, อาทิตยา บุตรแสง, เจษฎา สุววรรณ, ปัทมา ล้อพงศ์พานิชย์	59
ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพื่อสับสน ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช บุญกุล โลกะพันธ์, พิชัย แสงชาญชัย, วณิดา รัตนสุมาวงศ์	71
การศึกษาเบื้องต้นเรื่องความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรม หลังจากนอนโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย ฐานิกา เกียรติชัย, จริญญา ทะรักษา, จิรนนท์ คันทะสอน, ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ, พัทรี ศรีสวัสดิ์	87
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ศรียาภา อัจฉริยะสวัสดิ์, สุชัยบุญญา ปาริชาติ, เปี่ยมมนอง, ธนพร ประเคน, นันทิกานต์ ฤทธิ์เดช, ภัทรพร ยิ่งสนองชาติ, ภาณุพงศ์ อุษณีย์งามเจริญ	101
แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การเก็บข้อมูลบรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐาน ของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย บุรชัย อัครทวิบุญ, วรวัชร ตั้งจิตจรเจริญ, สุชีรา ภัทรายุตวรตน์	113

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (ปรับปรุงใหม่)

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 67 Number 1

January - March 2022

CONTENTS

PREFACE

Editorial	1
-----------	---

LETTER TO THE EDITOR

Medication Dispensation for Psychiatric Outpatient at UKMMC during the COVID-19 Pandemic	3
<i>Luke Sy-Cherng Woon, Lydia Gan</i>	

ORIGINAL ARTICLES

Factors Affecting Quality of Life in Caregivers of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH)	7
<i>Jinnapat Yodkraisri</i>	
The Factors Associated with Persistent Smoking in Adolescents	21
<i>Jintara Meetawon, Komsan Kiatrungrit, Sirichai Honganguansri, Vasin Pipattanachai</i>	
Predictive Factors of Depressive Symptoms in COVID-19 Patients at Srinagarind Hospital and Field Hospital Khonkean University	35
<i>Hattakorn Samretdee, Rossama Somchai, Sasitorn Duangmun, Wachiraporn Luecha, Pongsatorn Paholpak, Narak Chadbunchachai, Phongpisut Poonsawatphong</i>	
The Relationship between Social Cognition, Communicative Behavior in Family and Social Functioning in Schizophrenia Patients	45
<i>Supaporn Phaiphut, Chanokruthai Choen-arom</i>	
The Effectiveness of Suicide Surveillance and Prevention Guidelines with the Community Participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province	59
<i>Jagkrit Chaitongsri, Arthittaya Butsaeng, Jesada Surawan, Pattama Lophongpanit</i>	
Risk Factors for Delirium Tremens in Patients with Alcohol Withdrawal Syndrome in Psychiatric Ward	71
<i>Boonkul Lokapan, Pichai Saengcharnchai, Wanida Rattanasumawong</i>	
A Pilot Study for Validity and Reliability of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire – Thai version (PHBQ-Th)	87
<i>Taniga Kiatchai, Jariya Tarugsa, Jeeranan Kantasorn, Patompong Ungprasert, Patcharee Sriswasdi</i>	
Prevalence and Associated Factors of Burnout Syndrome among Clinical Medical Students, Ubon Ratchathani University	101
<i>Sriarpa Auchayasawat, Suchanya Parichart Priamnon, Thanaporn Praken, Nuntikarn Ritdejch, Pattarabhorn Yingsanongchat, Panupong Usaneengamcharoen</i>	
MMPI-2-RF Thai Version: Normative Data Collection and Standardization of MMPI-2-RF Thai Version	113
<i>Burachai Asawathaweewoon, Worawach Tungjitcharoen, Sucheera Phattharayuttawat</i>	

Instruction for Authors (Revised)

Contents in Journal of Mental Health of Thailand

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นเล่มที่ 1 ของปี พ.ศ. 2565 (ปีที่ 67) ในปีนี้เป็นปีที่เรามีคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยชุดใหม่ วาระปี พ.ศ. 2565-2568 โดยมีผอ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ รับหน้าที่เป็นประธานวารสารและบรรณาธิการเป็นปีแรก ในปีนี้วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง ได้แก่ การย้ายสำนักงานวารสารฯ มาอยู่ที่เดียวกับสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์และอีเมลที่ใช้ติดต่อกับทางสำนักงาน ผู้นิพนธ์สามารถศึกษาได้ที่หัวข้อ “การติดต่อ” ในปกหน้าของวารสารฯ หรือในเว็บไซต์ www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index นอกจากนี้ยังจะมีการปรับรูปแบบของบทความเล็กน้อย ดังนั้นแนะนำให้ผู้นิพนธ์ศึกษารายละเอียดใน “คำแนะนำผู้นิพนธ์” รวมถึงใช้ template การเขียนบทความซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ในเว็บไซต์ของ Thai Journals Online (ThaiJO) เช่นกัน

สุดท้ายนี้ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความมาลงในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยพิจารณาบทความ

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ



Letter to the Editor

Medication Dispensation for Psychiatric Outpatient at UKMMC during the COVID-19 Pandemic

Luke Sy-Cherng Woon*, Lydia Gan**

* Department of Psychiatry, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Malaysia

** Department of Pharmacy, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Malaysia

Introduction

Following the COVID-19 pandemic in Malaysia since 2020, the federal government has implemented a series of national lockdown measures termed the Movement Control Order (MCO). Since then, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre (UKMMC) has implemented rigorous preventive measures to contain the outbreak. As the outpatient follow-up visits for stable patients substantially reduce in numbers and are supplemented by tele-consultation¹, challenges remain with regards to allowing patients to continue to obtain their medications hassle-free, and to make the process as contact-free as possible, since aggregation of patients at the pharmacy can be a potential occasion for virus exposure and transmission.^{2,3} Realizing the needs, new pharmacy services are made available to psychiatric outpatients to try to dispense medications in safely and efficiently. The main objective of this letter is to describe the innovations in medication dispensation service for psychiatric patients at UKMMC.

Ordinary dispensing service

The ordinary dispensing service for psychiatric outpatients at UKMMC is carried out

via the outpatient pharmacy counter at the hospital. Patients can collect their medications personally at the counter once their doctors have completed their prescriptions in the electronic pharmacy system. According to the UKMMC Pharmacy department client's charter, pharmacists must deliver efficient dispensing service and ensure at least 95% of patients receive their medications within 15 minutes.⁴

All hospital formulary psychotropic drugs are dispensed in this manner. Hospital formulary drugs refer to a list of essential medications which are approved and deemed necessary by the hospital according to their efficacy, safety, and costs. Patients can obtain these medications by paying the standard pharmacy fee. Other non-formulary medications that are available at the hospital's non-formulary drug store that patients need to purchase separately if they are prescribed such medications. These are usually original patented medications with higher prices.

UMP service

The UMP ('Ubat Melalui Pos', translated in Malay which meant for 'Medications by Post') service is a collaboration with Pos Laju Malaysia, the courier branch of the national postal service

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 3-6

Corresponding author: Luke Sy-Cherng Woon Department of Psychiatry, Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre, Jalan Yaacob Latif, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras, Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: +603-91456142, Email: lukewoon@ukm.edu.my

วันรับ : 3 พฤษภาคม 2564 วันที่แก้ไข : 24 กรกฎาคม 2564 วันที่ออกรับ : 30 กรกฎาคม 2564

of Malaysia, which delivers medications to the patient's home with certain minimal fees, depending on the weight and location covered by the postal service. This is similar to the UMP service provided by the facilities under the Ministry of Health Malaysia.

The UMP service has been established before the COVID-19 pandemic in UKMMC. It functioned as an option for patients to receive their discharge medications. After the imposition of the MCO, the UMP service is expanded for all stable outpatients of the Psychiatry Clinic. Upon agreeing to the UMP option, the patient will be directed to send a text request to the designated number in a text messaging application, and the patient will be screened for eligibility within the stipulated period. Once the request is accepted, the patient's medications will be packed and sent to their home within 5 to 7 working days. By utilizing the UMP service, patients can avoid coming to the hospital, thereby minimizing the risk of COVID-19 exposure and prevent wastage of time due to long waits at the pharmacy and delayed travel caused by traffic checkpoints as part of the MCO measures. However, medications that require cold storage or injectable drugs cannot be delivered through this method.

PDA service

The PDA ('*Panggil Dan Ambil*', Malay for 'Call and Collect') service is another initiative which has been made available a few years ago. In the original service, patients will call one day in advance and collect their medications the very next day at the pharmacy, without the need of queuing up and waiting.

Since the MCO came to enforcement, the PDA service has been upgraded into a drive-through

service. A side lobby of the hospital building is transformed into a drive-through counter, where personnel of the Department of Pharmacy dispense medications directly to the patient, who remains in their vehicle. A patient who is interested in the service can call the Department of Pharmacy to make a request. An immediate screening over the phone will be conducted to check for suitability. Once accepted, the patient will be assigned a serial number for reference. A day before the desired day for medication collection, the patient can call to make an appointment and the medications will be packed according to the prescription. Strict social distancing is maintained between the dispenser and the recipient of the medications, with the dispenser donning appropriate Personal Protective Equipment (PPE). The PDA service allows the dispensing of medications without the patient alighting from their vehicle and queuing up. Cold-storage items can also be dispensed via PDA. The workflows for the UMP and PDA services at UKMMC are illustrated in Figure 1.

Eligibility criteria

The choice between the newer PDA or UMP services and the ordinary dispensing service is voluntary. However, there are a few criteria to be met. Patients who are using both PDA and UMP services must be clinically stable, aware of their prescriptions and medications, or supported robustly by caregivers or family members. Nevertheless, UMP service is restricted only for medications which are non-fridge items. Medications to be posted must be within the delivery radius. Meanwhile, PDA patients are not bound to any restrictions and so long the patients or relatives of patients have logistic access to the hospital to obtain the medications.

Payment scheme

Since UKMMC is a partially subsidized public university hospital, a standardized pharmacy fee of 40.00 Malaysian Ringgit (equivalent to about 9.50 US Dollars) is imposed on patients for each formulary prescription. The medication supply of two months will be provided at each dispensation through the UMP or PDA

services. However, such fees are waived for those who hold a disability card under the Malaysian Persons of Disabilities Act 2008, elderly aged 60 and above, and government servants. Patients may pay the fee through online transactions seamlessly for convenience, with terms and conditions applied.

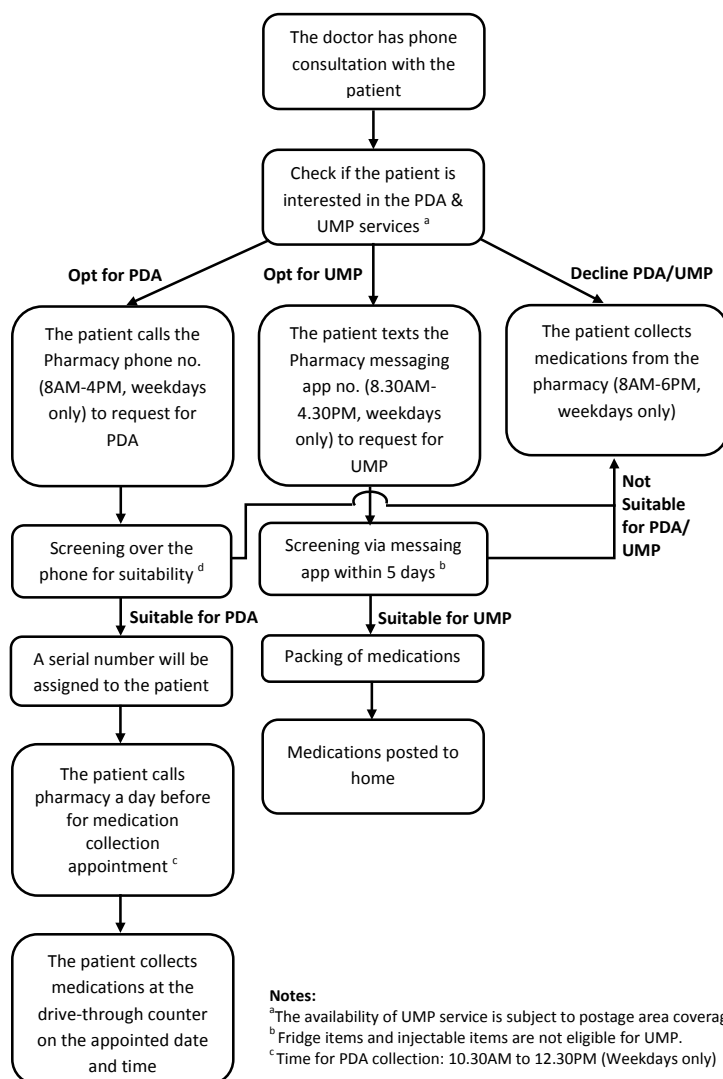


Figure 1. Utilizing the PDA ('Panggil Dan Ambil') and UMP ('Ubat Melalui Pos') services for stable patients at the Psychiatry Clinic, HCTM, UKMMC during the MCO period

Service Utilization

Patient utilization of the UMP and PDA services is reflected in the subscription numbers for the services. At the time of writing, 364 patients receive their psychiatric medications using the UMP service. As for the PDA service, 50 psychiatric patients have signed up for it. Patients prefer UMP over PDA as UMP is more convenient and efficient, not requiring patients to come over to the hospital.

Limitations

Contrary to hospitals under the Ministry of Health Malaysia that provide fully subsidized medications, we have an extra challenge in a university teaching hospital. Some of the prescribed medications are not in the hospital formulary. Hence, they need to be purchased separately by the patient in the non-formulary drug store in the hospital. Patients on non-formulary medications are thus not eligible for the PDA and UMP services. Nonetheless, efforts have also been made to allow patients with state pensioner status who enjoy waiver for medication purchase by emailing their supporting documents to utilize the services.

Conclusion

Despite the difficulties posed by the pandemic and the ensuing movement control orders, efforts are made to improve the medication

dispensation process for psychiatric outpatients at UKMMC. Such value-added services may require wider advertising among psychiatric patients.⁵ Furthermore, innovations in this respect should consider the specific conditions of a healthcare institution.

References

1. Shore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus disease 2019 pandemic—Current and future outcomes of the rapid virtualization of psychiatric care. *JAMA Psychiatry* 2020;77(12):1211-2.
2. Yeo YL, Chang CT, Chew CC, Rama S. Contactless medicine lockers in outpatient pharmacy: A safe dispensing system during the COVID-19 pandemic. *Res Social Adm Pharm* 2021;17(5):1021-3.
3. Liew JES, Abdul Gapar AA, Shim LT. Evaluation of drive-through pharmacy service in Queen Elizabeth Hospital Malaysia. *J of Pharm Policy and Pract* 2020;13:27.
4. Pharmaceutical Services Division. Guide to good dispensing practice. 1st ed. Kuala Lumpur: Ministry of Health Malaysia; 2016.
5. Tan CL, Hassali MA, Saleem F, Shafie AA, Aljadhay H, Gan VB. Building intentions with the theory of planned behaviour: a qualitative assessment of salient beliefs about pharmacy value added services in Malaysia. *Health Expect* 2016;19(6):1215-25.



ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็ก แห่งชาติมหाराชิ

Factors Affecting Quality of Life in Caregivers of Children with Attention-Deficit-Hyperactivity Disorder (ADHD) at Child and Adolescent Psychiatric Clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH)

จิณณพัต ยอดไกรศรี*

Jinnapat Yodkraisri*

* กลุ่มงานจิตเวช กลุ่มภารกิจด้านวิชาการและการแพทย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ

* Psychiatric of Child and Adolescent Department of Queen Sirikit National Institute of Child Health (QSNICH)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ และ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ

วิธีการศึกษา ศึกษาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป กำหนดอายุระหว่าง 20 - 50 ปี ที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิ ตั้งแต่ ธันวาคม 2563 - เมษายน 2564 จำนวน 345 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ 1) แบบสอบถามส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความเครียดในผู้ดูแล 3) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต 4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานโดยใช้การทดสอบ t-test , One-way ANOVA และวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต ได้แก่ ความเครียดและพลังสุขภาพจิต ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ความเครียด สามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ $-.567$ และ $.256$ ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 77.6 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

สรุป ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหाराชิได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น คุณภาพชีวิต ความเครียด พลังสุขภาพจิต
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 7-20

Corresponding author: จิณณพัต ยอดไกรศรี

Email: jinnyleaw@gmail.com

วันรับ : 9 สิงหาคม 2564 วันแก้ไข : 8 พฤศจิกายน 2564 วันตอบรับ : 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Objective: 1) To study quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic , Queen Sirikit National Institute of Child Health and 2) to study factors affecting quality of life in caregivers of children with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD) at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health.

Methods: The samples were chosen from ADHD caregivers who had more than two appointments and were between the ages of 20 and 50 which are got services at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health since December, 2020 - April, 2021. Wayne's formula was used to calculate sample sizes, and the sample size is 345. Four questionnaires were used as research methods, including 1) personal factors questionnaires, 2) parental stress questionnaires, 3) resilience quotient questionnaires, and 4) WHOQOL-BREF-THAI questionnaires. The statistics of percentage, mean, standard deviation were used to descript data, hypothesis test by Independent sample t-test, One-way analysis of variance, and multiple regression analysis.

Results: The quality of life of caregivers of children with ADHD most (55.1 percentages) are in non-good level in overall. The factors are affected quality of life are stress and resilience quotient. Stress can predict carers' quality of life at a high level following the resilience quotient, according to a multiple regression analysis test with a regression coefficient of -.567 and .256 respectively. The coefficient of multiple correlation coefficients (R) was at .776 and the coefficient of forecasting performance prediction (R^2) was 60.2 percentages at the statistical significance level of .05.

Conclusion: The stress and resilience quotient were significantly affected to quality of life of caregivers of children with ADHD at child and adolescent psychiatric clinic, Queen Sirikit National Institute of Child Health

Keywords: ADHD, caregivers, quality of life, stress, resilience quotient

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 7-20

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder--ADHD) เป็นโรคในวัยเด็กที่ส่งผลกระทบต่อเด็กทั่วโลก เป็นภาวะที่สำคัญต่อเด็ก ครอบครัวย และผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง¹ อาการของโรคสมาธิสั้นนั้นส่งผลกระทบต่อในระดับลึกไม่เพียงแต่ต่อเด็กเท่านั้น หากแต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองและสมาชิกในครอบครัวด้วย เช่น การมีลูกที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะเพิ่มปัญหาในครอบครัว การสมรส และการเลี้ยงดูประสิทธิภาพในการเลี้ยงดูบุตรลดลงและเพิ่มระดับความเครียดของผู้ปกครองมากขึ้น²⁻⁴ ครอบครัวที่มีบุตรเป็นเด็กสมาธิสั้นนั้นย่อมก่อให้เกิดภาวะวิกฤติแก่ผู้ปกครองและครอบครัว เนื่องจากผู้ปกครองต้องรับภาระในการเลี้ยงดูเด็กอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องใช้ความเข้มแข็งทั้งทางร่างกายและจิตใจ พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient หรือ RQ) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเป็นตัวช่วยให้ครอบครัวฝ่าฟันปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้⁵ พลังสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดของผู้ปกครองในการรับมือกับโรคสมาธิสั้นและปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคสมาธิสั้นของเด็ก ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความทนทานต่อสภาวะกดดัน จัดการกับความเครียดได้ดี มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีหาทางออกได้อย่างเหมาะสม⁶ และส่งผลต่อเนื่องไปยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตได้รับความสนใจอย่างแพร่หลายในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล เช่น ครอบครัว การทำงาน เพื่อนฝูง เศรษฐกิจ สังคม การเมือง เป็นต้น แต่ในหลายๆ การศึกษา พบว่าสภาวะการเจ็บป่วยมีอิทธิพลสำคัญมากที่สุดปัจจัยหนึ่งต่อคุณภาพชีวิตในหลายๆ ด้าน ซึ่งจากแบบฟอร์มคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้น โดยส่งผลกระทบต่อทั้งทางอารมณ์และ

ส่งผลกระทบต่อกิจกรรมในครอบครัว ความอบอุ่นของผู้ปกครองน้อยลง ในขณะที่ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และโรควิตกกังวลของผู้ปกครองมีระดับสูงขึ้น^{2,4,7-12} มีบางงานวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น งานวิจัยของ Xiang, Luk, & Lai³ โดยศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในฮ่องกง จำนวน 77 คน พบว่า ผู้ปกครองของเด็กที่มีสมาธิสั้นมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นความรุนแรงของอาการทางอารมณ์และสมาธิสั้น/ขาดสมาธิ และมีความบกพร่องของพัฒนาการแบบรอบด้าน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ คุณภาพชีวิตในรายด้าน ตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป ในขณะที่ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป⁹ งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เช่น งานวิจัยของ กมลนัทร คล่องดี พชรินทร์ นินทจันทร์ และโสภณ แสงอ่อน¹³ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2558 ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 138 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดในการดูแลเด็กเฉลี่ย 40.83 โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเครียดสูงกว่าหรือเท่ากับคะแนนเฉลี่ยมี 69 คน (ร้อยละ 50) ปัญหาพฤติกรรมของเด็กสมาธิสั้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดในการดูแลเด็กในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญ และงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล เช่น งานวิจัยของ Karimirad, Seyedfatemi, Dehkordi, and Barasteh¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางใจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต จำนวน 238 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วย โดยความยืดหยุ่นทางใจมีความสัมพันธ์กับ

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴

ทั้งนี้ การศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ยังไม่แพร่หลายมากนัก โดยการศึกษาส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นไปที่การศึกษาในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยจิตเวชหรือผู้ได้รับความเจ็บป่วยทางจิตใจ หรือมีการศึกษาในเด็กออทิสซึม/ออทิสติก เด็กที่มีปัญหาบกพร่องทางการเรียนและเป็นการศึกษาในรายปัจจัยแยกส่วนกัน ซึ่งจากการค้นคว้าวรรณกรรมทางวิชาการยังไม่พบว่ามีการวิจัยที่ศึกษาคุณภาพชีวิต ความเครียด และพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นร่วมกันทั้ง 3 ปัจจัย ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 3 มาทำการศึกษาร่วมกันโดยใช้ความเครียดและพลังสุขภาพจิตเป็นตัวพยากรณ์คุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

จากเหตุผลและความจำเป็นข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น โดยสามารถนำไปใช้ในการดูแลให้คำปรึกษาผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องและตรงจุดมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) โดยศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการนัดหมายจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป กำหนดอายุระหว่าง 20 - 50 ปี ที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 345 ราย ซึ่งได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) และการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Wayne การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กลุ่มตัวอย่างทุกคนเข้า

ร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมด 4 ชุด ได้แก่

1) แบบสอบถามส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และ ผู้เลี้ยงดูหลัก (ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก)

2) แบบสอบถามความเครียดในผู้ดูแล (Parental Stress) พัฒนาโดย Berry and Jones¹⁵ ซึ่ง ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูลและจุฑามาศ พายะปะ¹⁶ ได้แปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบบประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ปานกลาง เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เชิงลบ เท่ากับ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 18 - 90 คะแนน การแปลความหมาย คือ คะแนนสูง หมายถึง มีความเครียดในการดูแลเด็กสูง เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี Cronbach's alpha Coefficient = 0.89 และค่าความตรง (Validity) = 0.94¹³

3) แบบสอบถามพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) พัฒนาโดย กรมสุขภาพจิต⁶ เป็นแบบวัดพลังสุขภาพจิต 3 ด้าน คือ ด้านความทนทานด้านอารมณ์, ด้านกำลังใจ,ด้านการจัดการกับปัญหา รวมทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ เลือกตอบตามระดับความคิดเห็น แบบประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่จริงจริงบางครั้ง ค่อนข้างจริง และ จริงมาก การคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 1 2 3 และ 4 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เป็นลบ เท่ากับ 4 3 2 และ 1 แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 15 ข้อ และคำถามเชิงลบ 5 ข้อ การแปลคะแนนพลังสุขภาพจิตโดยรวมมีค่าตั้งแต่ 20 - 80 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

รายด้าน	ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตดีเยี่ยม	ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตปกติ	ค่าคะแนนพลัง สุขภาพจิตต่ำกว่าปกติ
ความทนทานทางอารมณ์	มากกว่า 34	27-34	น้อยกว่า 27
กำลังใจ	มากกว่า 19	14-19	น้อยกว่า 14
การจัดการกับปัญหา	มากกว่า 18	13-18	น้อยกว่า 13
โดยรวม	มากกว่า 69	55-69	น้อยกว่า 55

เครื่องมือได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha Coefficient = 0.749 และ ค่าความตรง (Validity) = 0.70⁶

4) แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (World Health Organization Quality of Life Brief- Thai; WHOQOL-BREF-THAI) พัฒนามาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก โดย สุวัฒน์ มหัตถินรัตน์กุล และคณะ¹⁷ ศึกษาใน 4 องค์ประกอบ คือ ร่างกาย จิตใจ

ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย ข้อคำถาม 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ โดยวัดในรูปแบบการประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ไม่เลย เล็ก น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด ในการคิดคะแนนในข้อคำถามเชิงบวก เท่ากับ 1 2 3 4 และ 5 ตามลำดับ ในทางตรงกันข้าม คะแนนในข้อคำถามที่เชิงลบ เท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ คุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่า ตั้งแต่ 26-130 คะแนน แบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 3 ระดับ

องค์ประกอบรายด้าน	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
โดยรวม	26-60	61-95	96-130

เครื่องมือได้รับการทดสอบแล้วว่ามีค่าความเที่ยงตรงและมีความเชื่อมั่นที่ดี โดยมีค่า Cronbach's alpha Coefficient = 0.84¹⁷

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS for Windows (Statistical Package for Social Science) นำเสนอข้อมูลคุณภาพชีวิตเป็นค่าเฉลี่ยและระดับคุณภาพชีวิตเป็นค่าร้อยละ ทำการทดสอบระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต โดยใช้ t-test , one-way ANOVA และวิเคราะห์ค่าอิทธิพลการพยากรณ์โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธี enter กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ผู้เข้าร่วมการศึกษาล้วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 88.7 (ตารางที่ 1) มีอายุ 41 - 50 ปี ร้อยละ 55.7 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า ร้อยละ 40.9 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 73.3 รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน) 15,000-30,000 บาท ร้อยละ 39.7 มีจำนวนบุตร 2-3 คน ร้อยละ 58.2 พ่อแม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ร้อยละ 70.7

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	11.3
หญิง	306	88.7
อายุ		
20-30 ปี	38	11.0
31-40 ปี	115	33.3
41-50 ปี	192	55.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	70	20.3
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	141	40.9
อนุปริญญา - ปริญญาตรี	123	35.7
สูงกว่าปริญญาตรี	11	3.1
สถานภาพสมรส		
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	253	73.3
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	92	26.7
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน)		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	113	32.7
15,000 - 30,000 บาท	137	39.7
30,001 - 50,000 บาท	54	15.7
มากกว่า 50,001 บาทขึ้นไป	41	11.9
จำนวนบุตร (เฉพาะบุตรของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น)		
1 คน	128	37.1
2 - 3 คน	201	58.2
4 - 5 คน	14	4.1
6 คน ขึ้นไป	2	.6
ผู้เลี้ยงดูหลัก (ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็ก)		
พ่อหรือแม่	244	70.7
ปู่ย่า-ตายาย	83	24.1
ลุงป้า-น้าอา	15	4.3
อื่น ๆ	3	.9

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความเครียดของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ความเครียด	ค่าพิสัยที่เป็นไปได้ (possible range)	ค่าพิสัยที่ได้จากข้อมูล (actual range)	Mean	S.D.
ภาพรวมความเครียด	18-90	54-78	67.58	4.47

จากตาราง 2 คะแนนความเครียดโดยใช้เกณฑ์คะแนนรวมตามมาตรฐานแบบวัด ซึ่งมีค่าพิสัยที่เป็นไปได้ 18 - 90 คะแนน การแปลผล คือ ยิ่งคะแนนรวมสูง หมายความว่า มีความเครียดสูง โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอก

จิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีมีความเครียดในภาพรวมเฉลี่ย 67.58 คะแนน (mean = 67.58; S.D. = 4.47) เมื่อพิจารณาค่าพิสัยที่ได้จากข้อมูล พบว่า อยู่ระหว่าง 54 - 78 คะแนน

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระดับพลังสุขภาพจิต	Mean± SD	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ		ดีเยี่ยม	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความทนทานทางอารมณ์	23.14±3.21	292	84.6	52	15.1	1	0.3
กำลังใจ	10.97±1.98	311	90.1	34	9.9	-	-
การจัดการกับปัญหา	11.23±1.58	266	77.1	79	22.9	-	-
โดยรวม	45.34±4.93	331	95.9	14	4.1	-	-

จากตาราง 3 คะแนนเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 45.34 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 95.9) อยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านความทนทานทางอารมณ์เท่ากับ 23.14 คะแนน ด้านกำลังใจเท่ากับ 10.97 และด้านการจัดการกับปัญหา 11.23 คะแนน ระดับพลังสุขภาพจิตแต่ละด้านอยู่ในระดับต่ำกว่าปกติ

ตารางที่ 4 ระดับคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น

ระดับคุณภาพชีวิต	Mean±SD	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย	15.48±2.45	235	68.1	110	31.9	-	-
ด้านจิตใจ	13.80±2.47	244	70.7	97	28.1	4	1.2
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	6.64±1.28	260	75.4	85	24.6	-	-
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.95±3.27	179	51.9	166	48.1	-	-
โดยรวม	59.73±6.16	190	55.1	155	44.9	-	-

จากตาราง 4 คะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเท่ากับ 59.73 คะแนน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี เมื่อพิจารณาแต่ละด้านพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านร่างกายเท่ากับ 15.48, ด้านจิตใจเท่ากับ 13.80 คะแนน ด้านสัมพันธภาพทางสังคมเท่ากับ 6.64 คะแนน และด้านสิ่งแวดล้อม 17.95 คะแนน ระดับคุณภาพชีวิตแต่ละด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตไม่ดี

ตารางที่ 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (เพศและสถานภาพ) กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัย		คุณภาพชีวิต		t-test for Equality of Means		
		Mean ± SD	t	df	p-value	
เพศ	ชาย (n = 39)	2.20 ± 0.21	-.653	47.668	.517	
	หญิง (n = 306)	2.23 ± 0.20				
สถานภาพ	แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (n = 253)	2.23 ± 0.20	1.441	155.368	.152	
	หย่าร้าง/หม้าย/แยกกัน (n = 92)	2.20 ± 0.21				

จากตาราง 5 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามเพศและสถานภาพ กับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศและสถานภาพสมรสต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ค่า p-value = .517, .152 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ,ระดับการศึกษา,รายได้ครอบครัวต่อเดือน,จำนวนบุตรและผู้เลี้ยงดูหลัก) กับคุณภาพชีวิต

ปัจจัย	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	15.168	30	.506	1.071	.370
	ภายในกลุ่ม	148.195	314	.472		
	Total	163.362	344			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	13.486	30	.450	.681	.898
	ภายในกลุ่ม	207.209	314	.660		
	Total	220.696	344			
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (รวมทุกคนในบ้าน)	ระหว่างกลุ่ม	33.002	30	1.100	1.165	.258
	ภายในกลุ่ม	296.465	314	.944		
	Total	329.467	344			
จำนวนบุตร (เฉพาะบุตร ของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น)	ระหว่างกลุ่ม	11.667	30	.389	1.183	.240
	ภายในกลุ่ม	103.260	314	.329		
	Total	114.928	344			
ผู้เลี้ยงดูหลัก (เฉพาะบุตร ของพ่อ-แม่เด็กสมาธิสั้น)	ระหว่างกลุ่ม	11.449	30	.382	1.038	.415
	ภายในกลุ่ม	115.409	314	.368		
	Total	126.858	344			

จากตาราง 6 การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลัก กับคุณภาพชีวิต พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ที่มีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัวต่อเดือน จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักต่างกัน มีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (ค่า p -value = .370, .898, .258, .240, และ .415 ตามลำดับ)

ตารางที่ 7 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณระหว่างความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ($n = 345$)

ปัจจัย	คุณภาพชีวิต (QoL)			
	B	β	t	p-value
ค่าคงที่	3.485		15.152	.000
ความเครียด	-.464	-.567	-11.428*	.000
พลังสุขภาพจิต	.212	.256	5.156*	.000
$R = .776^a$, $R^2 = .602$, $F = 267.182$,		Adjusted $R^2 = .599$,		$SE_{\text{e}} = .12911$

* นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณระหว่างความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบัน

สุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ โดยความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ -.567 และ .256 ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ .776 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับไม่ดี ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเผชิญกับความยากลำบาก ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ความวิตกกังวลหรือความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมาก เช่น พ่อแม่ นอกเหนือไปจากความกังวลเกี่ยวกับอาการสมาธิสั้นแล้ว ยังมีความกังวลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนและการใช้ชีวิตในโรงเรียนหรือในสังคมของเด็กสมาธิสั้นอีกด้วย อีกทั้งยังมีความกังวลในเรื่องส่วนตัวของผู้ดูแลเอง ไม่ว่าจะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับหน้าที่การงาน ชีวิตสมรส สัมพันธภาพกับครอบครัวหรือสังคม การหาเวลาเพื่อตนเองที่น้อยลง หรือการเข้าสังคมพบปะเพื่อนฝูงลดน้อยลง อันเป็นเหตุมาจากการต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรหลานที่เป็นสมาธิสั้นเป็นหลัก ในบางรายอาจมีความรู้สึกถึงภาระที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสุข ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตลดลงหรือไม่ดีในหลายๆ ด้าน สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการ อาทิ Zhong, et al.¹⁸ Hastrup, et al.¹⁹ Ho, et al.²⁰ Rachel, et al.²¹ Golińska and Bidzan²² Bartoszek, et al.²³ ที่ระบุว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีพื้นฐานมาจากด้านต่างๆ หลายด้าน เช่น การรับรู้ตนเอง ความสัมพันธ์ในครอบครัว ผลของความเครียดเรื้อรัง การรับมือกับสิ่งต่างๆ ตลอดจนสุขภาพร่างกาย (เช่น ภาวะที่เกิดจากการใช้ระบบกล้ามเนื้อและโครงกระดูกมากเกินไป) และสุขภาพของจิตใจ (เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล ความผิดปกติของการนอนหลับ) ซึ่งการมีผู้ป่วยในครอบครัวมักส่งผลกระทบต่อการทำงานของทั้งครอบครัว การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ทำให้เกิดการเสียสมดุลของชีวิต และทำให้การทำงานยุ่งเหยิงขาดระเบียบ อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงบทบาททาง

สังคม วิถีชีวิต ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตลอดจนความคาดหวังและแผนการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งสิ้น คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความเชื่อมโยงกับภาวะที่มีเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับแนวคิดของ Thirumoorthy et al.²⁴ ที่นำเสนอว่า สุขภาวะของผู้ดูแลมีผลกระทบในหลายปัจจัย อาทิ ด้านจิตใจ ร่างกาย สังคม การเงินและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพหรือมีปัญหามาจากส่วนอื่นๆ ของชีวิตอาจทำให้บทบาทของการเป็นผู้ดูแลนั้นหนักหนาขึ้น สำหรับผู้ดูแลที่มีอายุมากอาจเป็นปัญหาที่ทำให้บทบาทของการเป็นผู้ดูแลทำได้ยากขึ้น ปัญหาทางด้านสังคมของผู้ดูแล คือ มักมีเวลาอยู่ร่วมกับเพื่อนและวงสังคมน้อยลง เนื่องจากต้องให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากเกิดปัญหาในความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยวมากขึ้น และติดต่อกับเพื่อนฝูงน้อยลง ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Andrade et al.⁴ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลมาตรฐานโดยผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในบราซิลมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยสรุป ผู้ป่วยสมาธิสั้นมีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

ผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีที่มีปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักไม่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก ปัจจัยส่วนบุคคลนั้นอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มาใช้บริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลนั้นมีความสัมพันธ์กับเด็กสมาธิสั้นทางญาติสายตรง ได้แก่ พ่อแม่ ลุงป้า-น้าอา ปู่ย่า-ตายาย ย่อมต้องการดูแลเด็กซึ่งเป็นสมาชิก

คนสำคัญในครอบครัวของตนเอง ปัจจุบันผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้ง่ายและสะดวก นอกจากนี้ การดูแลเด็กสมาธิสั้นนั้นสามารถทำได้จากการเรียนรู้และการให้คำแนะนำจากจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ซึ่งสามารถหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมตามข้อจำกัดหรือความต้องการของผู้ดูแลที่เหมาะสมได้ เช่น การดูแลเด็กสมาธิสั้นในกรณีที่เป็นครอบครัวเดียว การทำความเข้าใจกับผู้ปกครองในระดับการศึกษาต่างๆ ให้เข้าใจวิธีการดูแลบุตรหลานสมาธิสั้น หรือการแนะนำเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษาบุตรหลานสมาธิสั้นในสถานพยาบาลอื่นๆ ตามขอบเขตของรายได้ของครอบครัว เป็นต้น ดังนั้น ไม่ว่าปัจจัยด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ครอบครัว (ต่อเดือน) จำนวนบุตร และผู้เลี้ยงดูหลักจึงมีคุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ก็สามารถมีความพร้อมและเข้าใจในการดูแลเด็กสมาธิสั้นได้ มีการเตรียมตัวเพื่อที่จะดูแลเด็กสมาธิในแนวทางที่แต่ละคนจะสามารถรับมือได้ ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xiang, Luk & Lai⁸ ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในฮ่องกง โดยพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อเดือน และการมีโรคประจำตัวของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต อาจมีปัจจัยอื่นอีกมากมายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น ความรุนแรงของอาการ ADHD, Co-morbidity, การตอบสนองต่อการรักษา เป็นต้น

ความเครียด และพลังสุขภาพจิต สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่มารับบริการ ณ แผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีได้ โดยความเครียดสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มากที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต ซึ่งความเครียดส่งผลทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้นต้องอาศัยทั้งทักษะ ความรู้ เวลา พลังกำลังและความเอาใจใส่จากผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจมาจากการจัดการกับ

พฤติกรรมและอาการที่เป็นปัญหาต่างๆ ของเด็กที่มีความยุ่งยากและซับซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่มาจากการแสดงออกทางอารมณ์ของเด็กที่อาจทำให้ผู้ดูแลรับมือได้ยาก นอกจากนี้ การดูแลรักษาเด็กสมาธิสั้นนั้นต้องอาศัยระยะเวลาที่ยาวนานตามความรุนแรงของอาการของเด็ก ความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้าของผู้ดูแล การมีเวลาและความยืดหยุ่นในชีวิตน้อยลง ความคาดหวังที่สูงและความกดดันจากครอบครัวหรือคนรอบข้างในการดูแลเด็กให้หายหรือมีอาการดีขึ้น สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดสะสมและเรื้อรังได้ ความเครียดที่สูงขึ้นส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลง ไม่ว่าจะเป็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกาย การเจ็บป่วยตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย การพักผ่อนนอนหลับ การรับมือขอภาระหน้าที่อื่นๆ เช่น การทำงาน หรือการทำงานบ้าน ชีวิตส่วนตัว เป็นต้น สุขภาพทางใจ อาทิ โอกาสในการได้พักผ่อนคลายเครียด การมีความสงบ เป็นต้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีความเครียดที่มากขึ้นหรืออยู่ในระดับสูงสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นลดลง ในทางตรงกันข้ามการมีความเครียดน้อยหรืออยู่ในระดับต่ำสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้นได้ สอดคล้องกับแนวคิดของสมัย ศิริทองถาวร และคณะ²⁵ ที่ระบุว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวอย่างเข้าใจและเอาใจใส่ ซึ่งพ่อแม่ผู้ปกครองเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการแก้ปัญหา เนื่องจากอาการสมาธิสั้นมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนในการดูแลรักษา เช่นเดียวกับ Deater-Deckard²⁶ ที่นำเสนอว่า ครอบครัวของเด็กสมาธิสั้นอาจไม่แน่ใจว่าจะจัดการกับเด็กอย่างไร พฤติกรรมและปัญหาที่เกิดขึ้นจากอาการสมาธิสั้นของเด็กจึงส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องดูแลเด็ก จนเกิดเป็นความเครียดขึ้น สอดคล้องกับ García Castellar et al.²⁷ ที่นำเสนอว่า เนื่องจากผู้ดูแลต้องดูแลควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ในการเลี้ยงดูเด็ก การพาเด็กไปรับการรักษา การให้ยา การมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ความเครียดที่เกิดขึ้นอาจ

ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัวได้ เช่น ความขัดแย้งกันภายในครอบครัว การใช้ชีวิตในสังคมที่ต้องลดลงเนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลบุตร หรือไม่สามารถพาบุตรออกไปทำธุระด้วยได้ เพราะปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่อาจควบคุมไม่ได้ และ Minkoff²⁸ ได้นำเสนอว่า ความเครียดจากความยากลำบากที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลมากมายต่อคุณภาพชีวิตที่ลดลงทั้งของเด็กสมาธิสั้นและครอบครัว

พลังสุขภาพจิตส่งผลทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผู้ดูแลต้องอาศัยทั้งพลังร่างกายแรงใจในการรับมือและดูแลเด็ก การปรับตัวเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลเด็กสมาธิสั้นที่อาจทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทำให้ผู้ดูแลมีปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจหลายประการ เช่น ความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ทั้งจากพฤติกรรมและอาการของเด็กสมาธิสั้น ความรับผิดชอบและความกดดันจากหลายสิ่งรอบตัว ซึ่งผลกระทบที่เกิดจากสภาวะทางอารมณ์ดังกล่าวอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ กำลังใจถดถอย ทำให้พลังใจหรือพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลถดถอยลงได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องแบกรับภาระหน้าที่หลายอย่าง ทั้งการดูแลเด็ก การดูแลครอบครัว การทำหน้าที่สามี-ภรรยา รวมถึงการทำงานและสังคมส่วนตัว เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อยหรือพลังใจถดถอยก็ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้จากการไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากพอ หรือการต้องละทิ้งหน้าที่ หรือการสูญเสียชีวิตบางส่วนไป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีพลังสุขภาพจิตที่มากขึ้นหรืออยู่ในระดับสูง สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มขึ้น ในทางตรงกันข้ามการมีพลังสุขภาพจิตน้อยหรืออยู่ในระดับต่ำสามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ สอดคล้องกับแนวคิดของนักวิชาการ อาทิ Zauszniewski, et al.²⁹ Mohammadi, et al.³⁰ Wilks and Croom³¹ Chou and Hunter³² Mautner, et al.³³ Van Riper³⁴ Chappell and Dujela³⁵ Grant and Whittell³⁶ ที่ระบุว่าปัจจัย

ต่างๆ เช่น ความกดดันในการดูแลผู้ป่วย ความผิดปกติของครอบครัว ความรู้สึกถูกตีตรา และการพึ่งพาของผู้ป่วย ล้วนส่งผลเสียต่อพลังใจของผู้ดูแลและส่งผลต่อความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว และบางครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง ผลจากการศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลจะเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงพลังสุขภาพจิตของตัวผู้ดูแล ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา นักวิจัยมีความพยายามอย่างมากในการเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตและได้ระบุว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยนักวิจัยต่างมีความต้องการใช้พลังสุขภาพจิตสำหรับเพิ่มความยืดหยุ่นในระดับบุคคลและเพิ่มความเข้มแข็งในระดับครอบครัว และสอดคล้องกับแนวคิดของกรมสุขภาพจิต⁶ ที่ระบุว่า พลังสุขภาพจิตเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่เหมาะสมที่สุดของผู้ปกครองในการรับมือกับโรคสมาธิสั้นและปัญหาต่างๆ ที่เป็นผลมาจากโรคสมาธิสั้นของเด็ก ผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตที่ดีจะมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มีความทนทานต่อสภาวะกดดัน จัดการกับความเครียดได้ดี มีทักษะในการแก้ปัญหาได้ดีหาทางออกได้อย่างเหมาะสม และส่งผลต่อเนื่องไปยังการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งของเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นและครอบครัว ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยของ Karimirad et al.¹⁴ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความยืดหยุ่นทางใจและคุณภาพชีวิตของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิต พบว่า ความยืดหยุ่นทางใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีข้อสรุปที่ว่า ความยืดหยุ่นทางใจเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพชีวิต โดยความยืดหยุ่นทางใจนั้นสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้

สรุป

คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น ณ แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับไม่ดี ปัจจัยความเครียด สามารถร่วมกันพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นได้มาก

ที่สุด รองลงมาคือ พลังสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐานเท่ากับ $-.567$ และ $.256$ ตามลำดับ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) เท่ากับ 77.6 มีอำนาจในการพยากรณ์ (R^2) ได้ร้อยละ 60.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนและกำหนดกรอบการให้คำปรึกษาการแนะนำหรือการปรับพฤติกรรมในกลุ่มผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้น เพื่อให้สามารถรับมือและดูแลเด็กสมาธิสั้นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อันจะช่วยให้การรักษาอาการสมาธิสั้นในเด็กประสบผลสำเร็จมากขึ้น ลดภาระผู้ปกครองและบุคลากรในกรณีที่ต้องรักษาเด็กเป็นระยะเวลานาน ซึ่งเมื่อคนไข้รายเก่าประสบความสำเร็จในการรักษา จะมีจำนวนลดลงก็จะช่วยให้บุคลากรมีเวลาในการดูแลคนไข้รายใหม่ได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรทำศึกษาตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตในบริบทที่ต่างออกไป อาทิ การศึกษาในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นในสถานพยาบาลอื่น หรือการศึกษาในผู้ดูแลเด็กที่ประสบปัญหาอื่น เช่น ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ ในผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อตรวจสอบผลการวิจัยในหลากหลายบริบทให้ครอบคลุมมากขึ้น

3. ควรศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นเพิ่มเติม เช่น การเผชิญปัญหาและพื้นที่อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น เพื่อขยายผลการวิจัยให้มีขอบเขตกว้างขวางขึ้น

4. ควรมีการศึกษาตัวแปรความเครียด พลังสุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต ในเชิงคุณภาพ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกต การทำ Focus group และการสัมภาษณ์ หรือการศึกษาในรูปแบบการทดลองเข้าไปแทรกเพื่อนำผลก่อน-หลังมาเปรียบเทียบกัน เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกและผลการวิจัยที่มีความละเอียดมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พญ.ศิริรัตน์ อุฬารัตินนท์ และ พญ.กิริพร ตั้งจิตติพร ที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ที่ให้ความอนุเคราะห์และความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลจนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย ขอขอบคุณเจ้าของงานวิชาการ งานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Harazni L, Alkaissi A. The experience of mothers and teachers of attention deficit / hyperactivity disorder children, and their management practices for the behaviors of the child a descriptive phenomenological study. J Educ Pract 2016; 7(6): 1-21.
2. Harpin VA. The effect of ADHD on the life of an individual, their family, and community from preschool to adult life. Arch Dis Child 2005; 90(Suppl 1): i2-i7.
3. Danckaerts M, Sonuga-Barke EJS, Banaschewski T, Buitelaar J, Döpfner M, Hollis C, et al. The quality of life of children with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review. Eur Child Adolesc Psychiatry 2010; 19: 83-105.
4. Andrade ME, Geha ML, Duran P, Suwvan R, Machado F, Conceição do Rosário M. Quality of life in caregivers of ADHD children and diabetes patients. Front Psychiatry 2016; 7(127): 1-6.
5. Watthong A, Techameena S. The effect of the E&R Program on mental health of caregivers of children with developmental and intellectual

- disabilities Rajanukun Development Center (Muangkae) Rajanukun Institute. Nonthaburi: Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2011.
6. Department of Mental Health. Turn bad into good RQ: Resilience Quotient. Nonthaburi: Office of Social Psychology Mental Health, Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009.
 7. Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Cetin I. Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. *J Clin Nurs* 2007; 16: 1353-60.
 8. Xiang Y-T, Luk ESL, Lai KYC. Quality of life in parents of children with attention-deficit-hyperactivity disorder in Hong Kong. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 731-8.
 9. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. *CNS Drugs* 2010; 24: 843-66.
 10. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J. Practitioner review: quality of life in child mental health - conceptual challenges and practical choices. *J Child Psychol Psychiatry* 2009; 50: 544-61.
 11. Kim Y, Kim B, Chang J-S, Kim B-N, Cho S-C, Hwang J-W. Parental quality of life and depressive mood following methylphenidate treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 68(7): 506-14.
 12. Cussen A, Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D. Relationship between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and family functioning: a community-based study. *Eur J Pediatr* 2012; 171: 271-80.
 13. Klongdee K, Nintachan P, Sangon S. Factors related to parenting stress in caregivers of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*. 2016; 30(1): 52-68.
 14. Karimirad RM, Seyedfatemi N, Dehkordi HA, Barateh S. The relationship between resilience and quality of life in family caregivers of patients with mental disorders. *J Clin Diagn Res* 2018; 12(11): 4-8.
 15. Berry JO, Jones WH. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *J Soc Pers Relat* 1995; 12(3): 463-72.
 16. Kongsaktrakul C, Payjapoh C. Psychological properties and dimensions of the Parental Stress Scale, Thai version. The Research of Ramathibodi School, Faculty of Medicine Ramathibodi, Mahidol University; 2015.
 17. Mahatnirunkul S, Tuntipivanakul W, Pumpisarnchai W, Vongsuwan K, Pornman-agirunkul R. Comparison of the WHOQOL-100 and WHOQOL-BREF (26 times J Ment Health Thai. 1998; 5: 4-15.
 18. Zhong M, Peppard R, Velakoulis D, Evans HA. The relationship between specific cognitive defects and burden of care in Parkinson's disease. *Int psychogeriatrics*. 2016; 28: 275-81.
 19. Hastrup LH, Van den Berg B, Hansen GD. Do informal caregivers in mental illness feel more burdened? a comparative study of mental versus somatic illnesses. *Scand J Public Health* 2011; 39: 598-607.
 20. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of

- life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and non-caregivers. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 873-9.
21. Rachel W, Datka W, Zyss T. Obciążenie opiekunów pacjentów z otępieniem w chorobie alzheimera. *Gerontol Pol* 2014; 22: 14-23 (in Polish).
 22. Golińska P, Bidzan M. Poczucie obciążenia opiekunów osób z chorobą Parkinsona. *Przegląd badań. Geriatria* 2017; 11: 22-8 (in Polish).
 23. Bartoszek A, Gałęziowska E, Hanna KaChaniuk BŚ, Piasecka K, dEluGa A, domżał-drzEwiCka R, Kocka K, NowiCki G. Quality of life and burden of informal caregivers providing care for patients with low function agility in the home environment. *Fam Med Prim Care Rev* 2019; 21(1): 12-6.
 24. Thirumoorthy A, Saraswati Devi P, Thennarusu K. Quality of life among the caregivers of persons living with cancer. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*. 2016; 21(2): 23-30.
 25. Sirithongthaworn S, Itsarapong P, Kanjanarat P, Sonsingh W, Sarakan K, Pila S, Pattanakitkosol P, Kamduang N. The manual of ADHD children screening and behavioral adjustment for parents. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI), Ministry of Public Health; 2017.
 26. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clin Psychol Sci Pr* 1998; 5(3): 314-32.
 27. García Castellar R, Roselló B, Mulas F, Tárraga-Mínguez R. The role played by parents in the development and learning of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol* 2003; 36(supl.1): 79-84.
 28. Minkoff NB. An assessment of the burden of illness and proposed initiatives to improve outcomes. *Am J Manag Care* 2000; 15(5): 151-59.
 29. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Suresky MJ. Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nurs Clin North Am* 2010; 45(4): 613-26.
 30. Mohammadi N, HassanpourDehkordi A, NikbakhatNasrabadi A. Iranian patients with chronic hepatitis struggle to do self-care. *Life Sci J* 2013; 10 (1): 457- 62.
 31. Wilks SE, Croom B. Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging Ment Health* 2008; 12(3): 357-65.
 32. Chou LN, Hunter A. Factors affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *J Adv Nurs* 2009; 65(10): 2131-41.
 33. Mautner E, Stern C, Deutsch M, Nagele E, Greimel E, Lang U, et al. The impact of resilience on psychological outcomes in women after preeclampsia: an observational cohort study. *Health Qual Life Outcomes* 2013; 11(1): 1.
 34. Van Riper M. Families of children with Down syndrome: responding to "a change in plans" with resilience. *J Pediatr Nurs* 2007; 22(2): 116-28.
 35. Chappell NL, Dujela C. Caregiving: predicting at-risk status. *Can J Aging* 2008; 27(2): 169-79.
 36. Grant G, Whittell B. Differentiated coping strategies in families with children or adults with intellectual disabilities: The relevance of gender, family composition and the life span. *J Appl Res Intellect Disabil* 2000; 13(4): 256-75.



ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น

The Factors Associated with Persistent Smoking in Adolescents

จินตหรา มีถาวร*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์**, ศิริไชย หงษ์สงวนศรี**, วสิน พิพัฒน์ฉัตร***

Jintara Meetawon*, Komsan Kiatrungrit**, Sirichai Hongsanguansri**,

Vasin Pipattanachat***

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development

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

*** Tobacco Control Research and Knowledge Management Center

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการเคยสูบบุหรี่ และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าว

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 สังกัดกรุงเทพมหานคร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ข้อมูลส่วนตัว 2) การสูบบุหรี่ 3) ระดับการตัดสินใจ 4) ความภาคภูมิใจในตนเอง 5) ภาวะซึมเศร้า และ 6) ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ (chi-square test, ANOVA, t-test และ multiple regression analysis)

ผลการศึกษา จากกลุ่มตัวอย่าง 1,014 คน เป็นวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ 108 คน (ร้อยละ 10.61) ในจำนวนนี้เป็นวัยรุ่นที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 29 คน (ร้อยละ 2.85) ปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเคยสูบบุหรี่คือมีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 (OR (CI) = 29.2 (1.52-5.62)) มีเพื่อนเคยชักชวนให้สูบบุหรี่ (OR (CI) = 3.93 (2.23-6.92)) การมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ (OR (CI) = 5.42 (3.20-9.18)) มองว่าสามารถหาบุหรี่มาสูบได้ง่าย (OR (CI) = 3.19 (1.74-5.84)) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูง (OR (CI) = 1.06 (1.03-1.10)) แต่มีปัจจัยปกป้องการสูบบุหรี่คือคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจ (trust) สูง (OR (CI) = 0.09 (0.82-0.99)) และมีปัจจัยที่เสี่ยงต่อการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องคือการยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง (OR (CI) = 5.64 (1.67-19.60))

สรุป วัยรุ่นที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องมีปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างจากวัยรุ่นที่เคยสูบบุหรี่ โดยผู้ปกครองที่แสดงความไม่เห็นด้วยกับการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยที่อาจช่วยป้องกันการสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้ อย่างไรก็ตามการลดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มสูบบุหรี่ เช่น ปัญหาการเรียน การมีเพื่อนที่สูบบุหรี่ การเข้าถึงบุหรี่ได้ง่าย และภาวะซึมเศร้านั้นมีความสำคัญเช่นกัน เพื่อช่วยป้องกันการเริ่มสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพระยะยาวได้

คำสำคัญ วัยรุ่น การสูบบุหรี่ต่อเนื่อง การเคยสูบบุหรี่ ความผูกพัน ซึมเศร้า

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 21-34

Corresponding author: ผศ.นพ.คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทร 02-201-1478 อีเมล: komsan.kei@gmail.com

วันรับ : 27 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข : 29 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ : 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Objective: To study the prevalence of ever smoking and persistent smoking among Thai students in the high school level as well as factors associated with those behaviours.

Methods: This study was a cross-sectional survey in students in high school grade 7-12 under supervision of the Bangkok Metropolitan Administration. The research instrument was the questionnaire to investigate: 1) personal data, 2) smoking, 3) nicotine addiction level, 4) self-esteem, 5) depression level, and 6) attachment with parents. Data was analysed by descriptive and analytical statistics (chi-square test, ANOVA, t-test, and Multiple Regression Analysis).

Results: From the sample consisting of 1,014 students, 108 of them ever smoked (10.61%) while 29 of them were the persistent smokers (2.85%). The risk factors associated with ever smoking behavior were: achieving the GPA less than or equal to 2.00 (OR (CI) = 29.2 (1.52-5.62)), being induced by friends to smoke (OR (CI) = 3.93 (2.23-6.92)), having close friends who smoked (OR (CI) = 5.42 (3.20-9.18)), percept that getting cigarettes to smoke is easy (OR (CI) = 3.19 (1.74-5.84)), and having high depression scores (OR (CI) = 1.06 (1.03-1.10)). However, the protective factor against smoking was the high scores of attachment with parents in term of trust (OR (CI) = 0.09 (0.82-0.99)). The risk factor of persistent smoking was their parents' acceptance in smoking (OR (CI) = 5.64 (1.67-19.60)).

Conclusion: Adolescents who are persistent smokers have certain different risk factors from the adolescents who ever smoked, that is, the parents' disapproval of smoking were the factors preventing students from the persistent smoking. However, reducing the factors related to smoking initiation, such as learning problems, having friends who smoke, easily access to cigarettes, and depression, were also important to prevent the initiation of smoking which may take effect to health in the long term.

Keywords: adolescence, persistent smoking, ever smoking, attachment, depression
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 21-34

บทนำ

การสูบบุหรี่เป็นพฤติกรรมที่สร้างความเสี่ยงต่อสุขภาพนำมาซึ่งความเจ็บป่วยและเสียชีวิต สร้างความเสียหายด้านเศรษฐกิจและสังคม ตามรายงานของ WHO Global Status Report on Alcohol and Health 2011 พบว่าการบริโภคยาสูบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค เป็นอันดับ 3 รองจากการดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย¹ จากรายงานภาวะโรคจากปัจจัยเสี่ยงของประชากรไทยในปี พ.ศ. 2557 พบว่ามีการเสียชีวิตของประชากรไทยจากปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่สูงถึง 54,610 คน จัดเป็นอันดับ 1 ของปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของประชากรไทยและก่อให้เกิดความสูญเสียทางสุขภาพ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 11.2 ของจำนวนการเสียชีวิตทั้งหมดในระหว่างปี พ.ศ. 2550-2557²

ผลการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2557 พบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ครั้งแรกคือ 17.8 ปี ซึ่งเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 พบว่าทุกวัยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลง โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนอายุ (15-24 ปี) จะมีอายุที่เริ่มสูบบุหรี่น้อยลงมากกว่ากลุ่มอื่นคือลดจากอายุ 16.8 ปี ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 15.6 ปี ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งชี้ให้เห็นว่า อายุของนักสูบหน้าใหม่ลดลง สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในเยาวชนไทยพบว่าร้อยละ 19 เริ่มหัดหรือลองสูบบุหรี่มีวนแรกตั้งแต่อายุ 13-14 ปี³ โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562 ซึ่งสอดคล้องกับกรอบอนุสัญญาการควบคุมยาสูบ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, Framework Convention on Tobacco Control: WHO FCTC) โดยมีจุดมุ่งหมายสูงสุดคือ เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักถึงภาวะเสพติดและพิษภัยร้ายแรงของยาสูบ ป้องกันไม่ให้เกิดผู้เสพนหน้าใหม่ เฝ้าระวังธุรกิจยาสูบ และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการที่มีประสิทธิภาพนั้นจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยหลายประการ

ซึ่งรวมถึงข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่และการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนในสถานศึกษา⁴

การป้องกันการสูบบุหรี่ที่มีความสำคัญดังได้กล่าวมา ดังนั้นการทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จึงมีความสำคัญ จากงานวิจัยในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ โดยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันและอัตราการเริ่มสูบบุหรี่ของทั้งสองเพศมีความใกล้เคียงกันในทวีปอเมริกาเหนือ⁵ ในขณะที่การศึกษาในกลุ่มประเทศ จีน กลับแตกต่างกับประเทศที่มีวัฒนธรรมตะวันตก คือพบว่าเพศชายมีอัตราการสูบบุหรี่และเริ่มต้นสูบบุหรี่สูงกว่าเพศหญิง⁶ ปัจจัยส่วนบุคคลที่สำคัญต่อมาคือโครงสร้างของครอบครัว ในครอบครัวที่มีทั้งพ่อแม่และสมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่เป็นปัจจัยป้องกัน⁷ ในขณะที่เยาวชนที่มีเงินใช้จ่ายมากขึ้น มีระดับการสูบบุหรี่ที่สูงขึ้น⁸ งานวิจัยในอเมริกาและจีนพบว่าปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การสูบบุหรี่ระหว่างพ่อแม่พี่น้องและคนรอบข้างรวมถึงปฏิกิริยาของผู้ปกครองต่อการสูบบุหรี่ของเด็ก สภาพแวดล้อมภายในครอบครัว และการสูบบุหรี่ของเพื่อนฝูง ความพร้อมและความสะดวกในการที่จะได้บุหรี่ อีกทั้งความสัมพันธ์ของปัจจัยทางจิตสังคมกับการสูบบุหรี่วัยรุ่น เป็นไปในทิศทางเดียวกันนั่นคือ การเริ่มต้นและความชุกของการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นมักเพิ่มขึ้นตามอายุ วัยรุ่นที่เริ่มสูบบุหรี่ในวัยหนุ่มสาวมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นผู้สูบบุหรี่เป็นประจำ และมีโอกาสน้อยที่จะเลิกสูบบุหรี่^{4,5} สอดคล้องกับงานวิจัยของไทยซึ่งศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาในเขตเทศบาลนครนครราชสีมาพบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการดูแลจากครอบครัวที่ดี มีความนับถือตนเอง มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีการยับยั้งใจตนเอง ปัจจัยทางด้านจิตในเหล่านี้อมีส่วนในการลดพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นรวมถึงพฤติกรรมการสูบบุหรี่ได้⁹

แม้จะมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ดังได้กล่าวมา ในปัจจุบันยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่อยู่และกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ว่ามีปัจจัยแตกต่างกันอย่างไร ซึ่งการทราบถึงปัจจัยดังกล่าวอาจจะช่วยในการป้องกันผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่ไม่ให้เกิดกลายเป็นผู้ที่สูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องหรือติดบุหรี่ในที่สุด รวมถึงยังไม่มีการศึกษาถึงความชุกของผู้ที่ทดลองสูบและยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง จึงเป็นที่มาของการวิจัยนี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ 1) ศึกษาความชุกของผู้ที่ทดลองสูบและยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง และ 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่และการสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องในวัยรุ่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านจิตใจ (ความภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า) ความผูกพันกับครอบครัวและเพื่อน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อกำหนดแนวทางการเฝ้าระวังการวางแผนให้การศึกษาเพื่อป้องกันควบคู่กับการแก้ไขปัญหาไปพร้อมกัน และนำไปสู่การกำหนดมาตรการควบคุม การจัดหลักสูตรต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบสำรวจ (survey research) เชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ต่อเนื่องของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1-6 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2560 กรุงเทพมหานคร กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยยอมรับค่าคลาดเคลื่อนของการสุ่มที่เกิดขึ้นร้อยละ 5 จำนวน โดยใช้สูตร

$$n = \frac{N}{1 + N(e)^2}$$

เมื่อ e แทน ความคลาดเคลื่อน

N แทน ขนาดประชากร (N = 37,234)

n แทน ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

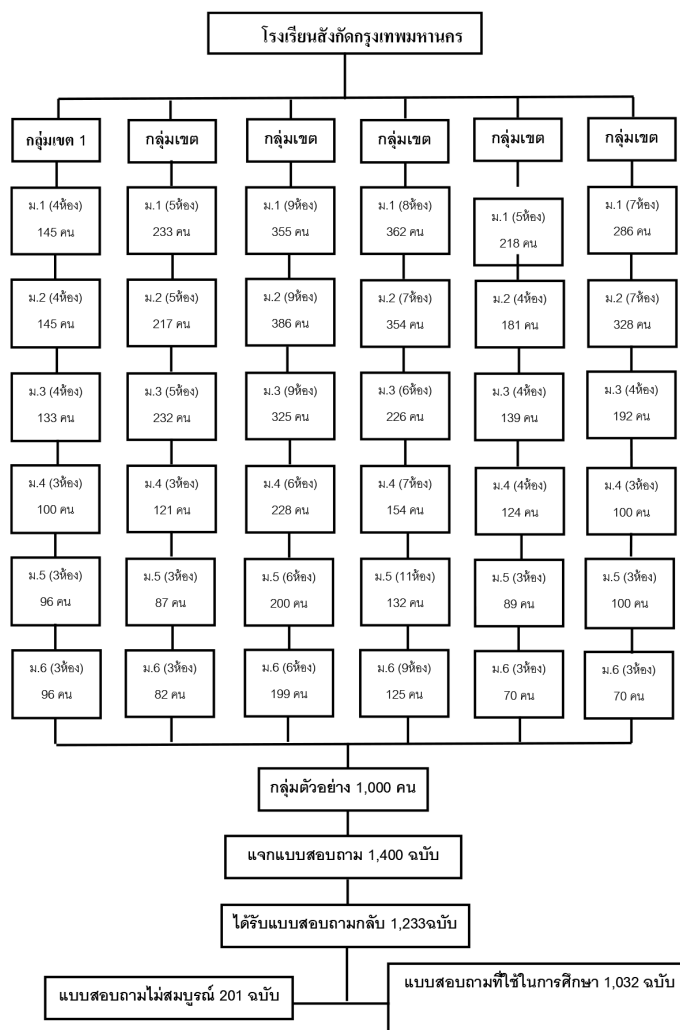
จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 400 คน และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 (100 คน) เพื่อป้องกันการได้รับข้อมูลกลับคืนไม่ครบถ้วน ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อย 500 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) จากโรงเรียนในสังกัดกรุงเทพมหานครที่มีนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ซึ่งแบ่งเป็น 6 กลุ่มเขต ได้แก่ 1) กลุ่มกรุงเทพมหานครกลาง 2) กลุ่มเขตกรุงเทพใต้ 3) กลุ่มเขตกรุงเทพเหนือ 4) กลุ่มกรุงเทพตะวันออก 5) กลุ่มกรุงเทพมหานครเหนือ 6) กลุ่มกรุงเทพมหานครใต้ โดยสุ่มเลือกกลุ่มเขตละ 1 โรงเรียนโดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก จากนั้นใช้การเลือกชั้นเรียนแบบตามสะดวก (convenient sampling) โดยให้ครูผู้ประสานงานแต่ละโรงเรียนเป็นผู้เลือกมาชั้นปีละ 1 ห้องเรียน ได้ทำการแจกแบบสอบถามต่อหนึ่งห้องเรียนจำนวน 40 ชุด รวมแจกแบบสอบถามทั้งหมดจำนวน 1,440 ชุด ได้รับแบบสอบถามกลับจำนวน 1,233 ชุด และเป็นแบบสอบถามที่สมบูรณ์ 1,032 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

- 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นที่ศึกษา เกรดเฉลี่ย ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน อาศัยอยู่กับใคร
- 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ประกอบด้วย พ่อแม่ของท่านสูบบุหรี่หรือไม่, พ่อแม่ของครูจะรู้สึกอย่างไรเมื่อพบว่าครูสูบบุหรี่, คุณมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่หรือไม่, คุณเคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่หรือไม่, เป็นเรื่องง่ายหรือยากสำหรับท่านในการหาบุหรี่มาสูบ และคำถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ดังนี้ 1) ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยสูบบุหรี่หรือไม่ 2) ตลอดชีวิตที่ผ่านมาคุณเคยสูบบุหรี่ต่อเนื่องทุกวัน เป็นเวลาต่อกันเกิน 30 วันหรือไม่ แต่ละข้อมี 2 ตัวเลือกได้แก่ “เคย” และ “ไม่เคย” และข้อ 3) ในช่วง 30 วันที่ผ่านมาคุณสูบบุหรี่หรือไม่ โดยมีตัวเลือกได้แก่ “สูบ” และ “ไม่สูบ” โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มผู้สูบดังนี้



รูปภาพที่ 1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มไม่สูบบุหรี่คือผู้ตอบ “ไม่เคย” ในข้อ 1-2 และ “ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มเคยสูบบุหรี่คือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “เคย/ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มทดลองสูบบุหรี่คือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “ไม่สูบบุหรี่” ในข้อ 3

กลุ่มสูบบุหรี่ต่อเนื่องคือผู้ตอบ “เคย” ในข้อ 1 และตอบ “เคย/ไม่เคย” ในข้อ 2 และ “สูบบุหรี่” ในข้อ 3

3) แบบทดสอบวัดระดับการตัดสินใจตัดสินใจ
ฉบับภาษาไทย แปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงโดย

ผอ.ศรี ศรีมรกต เป็นแบบประเมินแบบตอบด้วยตนเอง มีจำนวน 6 ข้อ โดยมีคำถาม มีการแปลผลการตัดสินใจตัดสินใจเป็น 5 ระดับดังนี้ 1) 0-2 คะแนนคือ ตัดสินใจน้อยมาก 2) 3-4 คะแนนคือ ตัดสินใจน้อย 3) 5-6 คะแนนคือ ตัดสินใจระดับปานกลาง 4) 7 คะแนนคือ ตัดสินใจในระดับหนัก และ 5) 8-10 คะแนนคือ ตัดสินใจในระดับหนักมาก¹⁰

4) แบบวัดความภาคภูมิใจในตนเองของโรเซนเบิร์ก ฉบับปรับปรุง แปลโดย ทินกร วงศ์ปาริณัย มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทาง

บวก 6 ข้อได้แก่ข้อที่ 1, 3, 4, 7, 8, 10 และข้อคำถามทางลบ 4 ข้อได้แก่ข้อที่ 2, 5, 6, 9 แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) โดยจะมีคะแนนกลับกันในข้อที่เป็นคำถามทางลบ ผู้ที่ได้คะแนนมากจะหมายถึงมีความภาคภูมิใจในตนเองมาก แบบคัดกรองนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงโดยการวัด Cronbach's alpha coefficient = 0.86 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ดี¹¹

5) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าใช้แบบคัดกรอง Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย อุมพร ตรังคสมบัติ เป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง (self-report) มีคำถามเกี่ยวกับอาการซึมเศร้าในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาจำนวน 20 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกได้แก่ คือ ไม่เคย (<1 วัน) (0 คะแนน) นานๆ ครั้ง (1-2 วัน) (1 คะแนน) บ่อยๆ (3-4 วัน) (2 คะแนน) และตลอดเวลา (5-7 วัน) (3 คะแนน) โดยมีจุดตัดคะแนนว่ามีภาวะซึมเศร้าตั้งแต่ 22 คะแนนขึ้นไป แบบคัดกรองนี้มีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยง (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.86 โดยมีค่าความไว (sensitivity) ร้อยละ 72 ค่าความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 85 และค่าความแม่นยำ (accuracy) ร้อยละ 82¹²

6) ความผูกพันกับพ่อแม่ ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่และเพื่อน Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA-R) ที่สร้างขึ้นโดย Gullone และ Robinson และแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย อักษรวิภาค หลักทอง ซึ่งการศึกษานี้ใช้เพียงส่วนของ การประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่เท่านั้น โดยมีข้อคำถามประเมินความสัมพันธ์กับพ่อแม่ทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความไว้วางใจ (trust) ได้แก่ข้อ 1, 2, 4, 13, 14, 21, 23, 24 และกลับคะแนนในข้อ 3, 10 2) การสื่อสาร (communication) ได้แก่ข้อ 6, 8, 16, 17, 20, 26, 28 และกลับคะแนนในข้อ 5, 7, 15 3) ความแปลกแยก (alienation) ได้แก่ข้อ 9, 11, 12, 18, 19, 22, 25, 27 โดยแต่ละข้อมีตัวเลือกเป็นแบบ

มาตราส่วนประมาณค่า 3 ข้อ คือ (1) ไม่เป็นจริง (2) จริงบ้างบางครั้ง (3) จริงเสมอ แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.88)¹³

โดยเครื่องมือที่ใช้ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือในการนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เลขที่รับรอง COA. MURA2018/436

ผลการศึกษา

การศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,014 คน เป็นเพศหญิงและชายจำนวนใกล้เคียงกัน และเป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลายจำนวนใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 15.6 ปี มีผู้ที่มิเกรตเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 จำนวน 107 คน (ร้อยละ 11.37) ค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน 94 บาท และส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับทั้งพ่อและแม่จำนวน 539 คน (ร้อยละ 53.26)

กลุ่มตัวอย่าง 108 คน (ร้อยละ 10.61) เคยสูบบุหรี่มาก่อนโดยในจำนวนนี้ 79 คน (ร้อยละ 7.76) เป็นผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่ (เคยสูบบุหรี่แต่ไม่สูบในช่วง 30 วันที่ผ่านมา) และเป็นผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง 29 คน (ร้อยละ 2.85) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่มีระดับการติดสารนิโคตินในระดับน้อยมาก (0-2 คะแนน) จำนวน 84 คน (ร้อยละ 8.28) กลุ่มตัวอย่างมีพ่อเท่านั้นที่สูบบุหรี่จำนวน 365 คน (ร้อยละ 35.85) มีแม่เท่านั้นที่สูบบุหรี่ 23 คน (ร้อยละ 2.27) และมีทั้งพ่อและแม่สูบบุหรี่ 36 คน (ร้อยละ 3.55) มีผู้ที่มีมองว่าพ่อแม่จะยอมรับการสูบบุหรี่จำนวน 56 คน (ร้อยละ 5.50) และมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่จำนวน 250 คน (ร้อยละ 24.70) และเคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่จำนวน 310 คน (ร้อยละ 30.51) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้ามีจำนวน 446 คน (ร้อยละ 43.98) (ตารางที่ 1)

เมื่อเปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ กับการสูบบุหรี่พบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่จะมี

แนวโน้มเป็นผู้ที่เกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีได้รับรายได้ต่อวันตั้งแต่ 100 บาทขึ้นไป มองว่า ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่และมีภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.007$, $p = 0.002$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ และ $p < 0.001$ ตามลำดับ) ในขณะที่ผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเมื่อเทียบกับผู้ที่ทดลองสูบบุหรี่พบว่าบิดาทำงาน มองว่าผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ และมีเพื่อนสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.042$, $p = 0.006$ และ $p = 0.017$ ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความภาคภูมิใจเฉลี่ยเท่ากับ 29.08 (SD = 3.82, min-max = 15-40) มีคะแนนภาวะซึมเศร้าเฉลี่ยเท่ากับ 20.86 (SD = 7.20, min-max = 0-48) และมีคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่เฉลี่ยเท่ากับ 56.67 (SD = 7.67, min-max = 12-82) จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยสูบบุหรี่มีคะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเองต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.012$) รวมถึงพบว่าผู้ที่เคยสูบบุหรี่มีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจและการสื่อสารต่ำกว่า และมีความรู้สึกแปลกแยกกับพ่อแม่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p = 0.012$ และ $p = 0.01$ ตามลำดับ) แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยต่างๆ ระหว่างกลุ่มที่ทดลองสูบบุหรี่กับผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องไม่พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในค่าใดๆ (ตารางที่ 2)

3. ปัจจัยทำนายการเคยสูบบุหรี่ และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

จากสถิติ simple logistic regression พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเคยสูบบุหรี่ที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ ได้แก่ อายุ เกรดเฉลี่ยน้อยกว่า 2.00 มีรายได้มากกว่า 100 บาทต่อวัน ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ เคยถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ การหาบุหรี่มาสูบได้ง่าย มีภาวะซึมเศร้า และมีคะแนน

ความภาคภูมิใจในตนเองและความผูกพันกับพ่อแม่ ด้านความไว้วางใจและการสื่อสารต่ำ และการรู้สึกแปลกแยกสูง ในส่วนของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องที่มีค่า $p\text{-value} < 0.05$ คือ ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ ซึ่งทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) เป็นโมเดลเริ่มต้น (initial model) (ตารางที่ 3)

จากผลการวิเคราะห์พหุตัวแปร (multivariable analysis) โดยใช้ multiple logistic regression ด้วยวิธี backward elimination พบว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2.00 มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่มีผลการศึกษา (เกรด) มากกว่า 2.00 ถึง 2.92 เท่า (CI = 1.52-5.62, $p\text{-value} = 0.001$) นักเรียนที่มีเพื่อนเคยชักชวนให้สูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่าผู้ที่ไม่เคยถูกชักชวน 3.93 เท่า (CI = 2.33-6.92, $p\text{-value} < 0.001$) นักเรียนที่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ 5.42 เท่า (CI = 3.20-9.18, $p\text{-value} < 0.001$) นักเรียนที่เห็นว่าการหาบุหรี่มาสูบได้ง่ายหรือค่อนข้างง่าย มีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่เห็นว่าการหาบุหรี่ยากเป็นเรื่องยากหรือค่อนข้างยาก ถึง 3.19 เท่า (CI = 1.74-5.85, $p\text{-value} < 0.001$) นักเรียนที่มีคะแนนภาวะซึมเศร้าสูงขึ้นทุกๆ 1 คะแนนจะมีแนวโน้มเคยสูบบุหรี่สูงขึ้น 1.06 เท่า (CI = 1.03-1.10, $p\text{-value} = 0.001$) และนักเรียนที่มีคะแนนความผูกพันกับพ่อแม่ด้านความไว้วางใจ (trust) สูงขึ้น 1 คะแนนจะทำให้มีแนวโน้มมีพฤติกรรมเคยสูบบุหรี่ลดลง 0.92 เท่า (CI = 0.87-0.96, $p\text{-value} = 0.001$) (ตารางที่ 4)

ในขณะที่พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องเพียงปัจจัยเดียวเมื่อควบคุมปัจจัยต่างๆ คือ การยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครอง โดยพบว่านักเรียนที่ผู้ปกครองยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่มีแนวโน้มที่จะยังคงสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองไม่ยอมรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ 22.76 เท่า (CI = 3.06-169.12, $p\text{-value} = 0.002$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่กับกลุ่มเคยสูบบุหรี่ และกลุ่มทดลองสูบบุหรี่กับกลุ่มยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง

ข้อมูล		รวม (N = 1,014) N (%) ^a	ไม่เคยสูบ (N = 906) N (%) ^b	เคยสูบ (N = 108) N (%) ^b	χ^2/U	p	ทดลองสูบ (N = 79) N (%) ^c	ยังคงสูบอยู่ (N = 29) N (%) ^c	χ^2/U	P
เพศ	ชาย	473 (46.65)	419 (88.58)	54 (11.42)	0.70	0.402	37 (68.52)	17 (31.48)	1.06	0.304
	หญิง	541 (53.35)	488 (90.20)	53 (9.80)			41 (77.36)	12 (22.64)		
ชั้นเรียน	มัธยมต้น	526 (51.82)	480 (91.08)	47 (8.92)	3.33	0.068	35 (74.47)	12 (25.53)	0.07	0.786
	มัธยมปลาย	488 (48.18)	429 (87.55)	61 (12.45)			44 (72.13)	17 (27.87)		
เกรดเฉลี่ย	≤ 2.00	107 (11.37)	80 (74.77)	27 (25.23)	25.88	< 0.001***	17 (62.96)	10 (37.04)	1.69	0.193
	> 2.00	834 (88.63)	759 (91.01)	75 (8.99)			57 (76)	18 (24)		
รายได้ (บาท/วัน)	< 100	414 (40.67)	383 (92.51)	31 (7.49)	7.17	0.007*	26 (83.87)	5 (16.13)	2.55	0.111
	100-200	604 (59.33)	527 (87.25)	77 (12.75)			53 (68.83)	24 (31.17)		
อาศัยอยู่กับ	ทั้งพ่อและแม่	539 (53.26)	487 (90.35)	52 (9.65)	1.05	0.593	37 (71.15)	15 (28.85)	1.05	0.591
	พ่อหรือแม่	336 (33.2)	297 (88.39)	39 (11.61)			31 (79.49)	8 (20.51)		
	บุคคลอื่นๆ	137 (13.54)	121 (88.32)	16 (11.68)			11 (68.75)	5 (31.25)		
การทำงานของบิดา	ไม่ได้ทำงาน	53 (5.20)	43 (81.13)	10 (18.87)	3.58	0.059	10 (100)	0 (0)	4.12	0.042*
	ทำงาน	885 (86.93)	792 (89.49)	93 (10.51)			65 (69.89)	28 (30.11)		
การทำงานของมารดา	ไม่ได้ทำงาน	82 (8.05)	69 (84.15)	13 (15.85)	3.37	0.067	7 (53.85)	6 (46.15)	2.87	0.103
	ทำงาน	885 (86.93)	801 (90.51)	84 (9.49)			64 (76.19)	20 (23.81)		
ผู้ปกครองยอมรับการสูบ	ไม่ยอมรับ	980 (96.26)	855 (87.24)	95 (9.69)	9.64	0.002**	74 (77.89)	21 (22.11)	9.05	0.006**
	ยอมรับ	56 (5.50)	43 (76.79)	13 (23.21)			5 (38.46)	8 (61.54)		
การมีเพื่อนสนิทสูบ	ไม่มี	762 (75.30)	723 (94.88)	39 (5.12)	99.80	< 0.001***	32 (82.05)	7 (17.95)	2.46	0.017*
	มี	250 (24.70)	181 (72.40)	69 (27.60)			47 (68.12)	22 (31.88)		
เคยถูกชักชวนให้สูบ	ไม่เคย	706 (69.49)	677 (95.89)	29 (4.11)	103.61	< 0.001***	23 (79.31)	6 (20.69)	0.77	0.381
	เคย	310 (30.51)	231 (74.52)	79 (25.48)			56 (70.89)	23 (29.11)		
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	565 (55.89)	522 (92.38)	43 (7.61)	4.31	< 0.001***	32 (74.42)	11 (25.58)	0.17	0.862
	มีภาวะซึมเศร้า	446 (44.11)	381 (71.30)	65 (14.57)			47 (72.30)	18 (27.69)		
การติดยาโคเคน	น้อยมาก	84 (8.28)	0 (0)	84 (88.22)	NA	NA	64 (76.19)	20 (23.80)	2.19	0.120
	น้อยถึงหนักมาก	24 (2.36)	0 (0)	24 (24.78)			15 (62.50)	9 (37.50)		

a = ร้อยละตามคอลัมน์ (column), b = ร้อยละตามแถว (row), c = ร้อยละกลุ่มเคยสูบตามแถว (row) * = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า และความผูกพันกับพ่อแม่ กับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนต่างๆ กับการสูบบุหรี่

ข้อมูล	ภาพรวม	ไม่เคยสูบบุหรี่	เคยสูบบุหรี่	t	p	ทดลองสูบ บุหรี่	ยังคงสูบบุหรี่ต่อ เนื่อง	t	P
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)			Mean (SD)	Mean (SD)		
self-esteem	29.08 (3.82)	29.18 (3.76)	28.20 (4.20)	-2.52	0.012*	27.96 (3.97)	28.86 (4.76)	0.99	0.325
parental attachment	56.67 (7.67)	56.77 (7.54)	55.85 (8.76)	-1.16	0.247	55.94 (7.61)	55.59 (11.6)	-0.46	0.647
Trust	20.12 (3.84)	21.68 (3.80)	20.22 (3.79)	-1.45	<0.001***	20.12 (3.84)	20.52 (3.68)	0.40	>0.999
Communication	20.40 (3.4)	21.40 (3.97)	20.36 (4.35)	-1.05	0.012*	20.4 (4.3)	20.22 (4.56)	-0.18	>0.999
Alienation	14.39 (2.99)	13.43 (3.16)	14.23 (3.38)	0.80	0.016*	14.39 (2.99)	13.78 (4.34)	-0.61	1.000

* = $p < 0.05$, ** = $p < 0.01$, *** = $p < 0.001$

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ความภาคภูมิใจในตนเอง ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันกับพ่อแม่ และระดับการติดสารนิโคติน กับการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่อง

ข้อมูล		ไม่เคยสูบ N (%)	เคยสูบ N (%)	COR (95%CI)	p	ทดลองสูบ N (%)	ยังคงสูบ N (%)	COR (95%CI)	P
เพศ	ชาย	419 (46.2)	54 (50.47)	1	0.403	37 (47.44)	17 (58.62)	1	0.305
	หญิง	488 (53.8)	53 (49.53)	1.19 (0.79 - 1.77)		41 (52.56)	12 (41.38)	1.57 (0.66 - 3.72)	
อายุ (ปี)				1.18 (1.06 - 1.31)	0.003**			1.06 (0.82 - 1.37)	0.673
ชั้นเรียน	มัธยมต้น	480 (52.81)	47 (43.52)	1	0.069	35 (44.3)	12 (41.38)	1	0.786
	มัธยมปลาย	429 (47.19)	61 (56.48)	1.45 (0.97 - 2.17)		44 (55.7)	17 (58.62)	1.13 (0.48-2.67)	
เกรดเฉลี่ย	> 2.00	759 (90.46)	75 (73.53)	1	<0.001***	38 (51.35)	12 (42.86)	1	0.445
	<= 2.00	80 (9.54)	27 (26.47)	3.42 (2.08 - 5.61)		36 (48.65)	16 (57.14)	1.41 (0.59 - 3.38)	
ช่วงรายได้	ต่ำกว่า 100 บาท	383 (42.09)	31 (28.7)	1	0.008**	26 (32.91)	5 (17.24)	1	0.117
	100 บาทขึ้นไป	527 (57.91)	77 (71.3)	1.81 (1.17 - 2.8)		53 (67.09)	24 (82.76)	2.35 (0.81 - 6.88)	
อาศัยอยู่กับ	พ่อแม่แม่	487 (53.81)	52 (48.6)	1	0.594	31 (39.24)	8 (28.57)	1	0.594
	พ่อหรือแม่	297 (32.82)	39 (36.45)	1.23 (0.79 - 1.91)		37 (46.84)	15 (53.57)	1.57 (0.59 - 4.19)	
	บุคคลอื่น	121 (13.37)	16 (14.95)	1.24 (0.68 - 2.24)		11 (13.92)	5 (17.86)	1.76 (0.47 - 6.54)	
ผู้ปกครอง ยอมรับการสูบ	ไม่ยอมรับ	855 (95.21)	95 (87.96)	1	0.003**	74 (93.67)	21 (72.41)	1	0.005**
	ยอมรับ	43 (4.79)	13 (12.04)	2.72 (1.41 - 5.24)		5 (6.33)	8 (27.59)	5.64 (1.67 - 19.06)	
มีเพื่อนสนิทสูบ บุหรี่	ไม่มี	723 (79.98)	39 (36.11)	1	<0.001***	32 (40.51)	7 (24.14)	1	0.121
	มี	181 (20.02)	69 (63.89)	7.07 (4.62 - 10.81)		47 (59.49)	22 (75.86)	2.14 (0.82 - 5.6)	
เพื่อนเคยชวน สูบบุหรี่	ไม่เคย	677 (74.56)	29 (26.85)	1	<0.001***	23 (29.11)	6 (20.69)	1	0.384
	เคย	231 (25.44)	79 (73.15)	7.98 (5.09 - 12.53)		56 (70.89)	23 (79.31)	1.57 (0.57 - 4.37)	
การหาบุหรี่มา สูบ	ยาก/ค่อนข้างยาก	446 (52.29)	20 (18.52)	1	<0.001***	15 (18.99)	5 (17.24)	1	0.836
	ง่าย/ค่อนข้างง่าย	407 (47.71)	88 (81.48)	4.82 (2.91 - 7.98)		64 (81.01)	24 (82.76)	1.13 (0.37 - 3.43)	
ความภาคภูมิใจ ในตนเอง		29.18 (3.76)	28.2 (4.20)	0.93 (0.89 - 0.99)	0.012*	27.96 (3.97)	28.86 (4.76)	1.05 (0.95 - 1.16)	0.323
ภาวะซึมเศร้า	ไม่มีภาวะซึมเศร้า	522 (57.81)	43 (39.81)	1	<0.001***	32 (40.51)	11 (37.93)	1	0.644
	มีภาวะซึมเศร้า	381 (42.19)	65 (60.19)	2.07 (1.38 - 3.11)		47 (59.49)	18 (62.07)	1.11 (0.46 - 2.67)	
ความผูกพันกับ พ่อแม่	Trust	21.68 (3.80)	20.22 (3.79)	0.92 (0.87-0.96)	<0.001***	20.12 (3.84)	20.52 (3.68)	1.03 (0.92-1.16)	0.634
	Communication	21.40 (3.97)	20.36 (4.35)	0.94 (0.90-0.99)	0.012*	20.4 (4.3)	20.22 (4.56)	0.99 (0.90-1.10)	0.852
	Alienation	13.43 (3.16)	14.23 (3.38)	1.09 (1.02-1.17)	0.016*	14.39 (2.99)	13.78 (4.34)	0.95 (0.84-1.08)	0.419
ระดับการ ติดสารนิโคติน ^a	น้อยมาก (0-2)	0 (0)	84 (78.22)		NA ^a	64 (82.19)	20 (67.86)	1	0.123
	น้อย-หนักมาก (3-10)	0 (0)	24 (21.78)			15 (17.81)	9 (32.14)	2.19 (0.81 - 5.91)	

a = เนื่องจากไม่มีข้อมูลระดับการติดสารนิโคตินในผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ดังนั้นจึงไม่สามารถหาการทำนายของระดับการติดระหว่างผู้ที่เคยสูบและไม่เคยสูบบุหรี่ได้, COR = crude odd ratio, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อมูล	เคยสูบบุหรี่				ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่อง			
	COR (95%CI)	P	AOR (95%CI)	p	COR (95%CI)	p	AOR (95%CI)	P
เกรดเฉลี่ย $\leq 2.00^a$	3.42 (2.08 - 5.61)	<0.001***	2.92 (1.52-5.62)	0.001**	1.86 (0.72 - 4.79)	0.196	1.55 (0.51- 4.72)	0.444
รายได้ 100 บาทขึ้นไป ^b	1.81 (1.17 - 2.8)	0.008**	1.03 (0.60-1.78)	0.905	2.35 (0.81 - 6.88)	0.117	4.54 (0.9 - 22.93)	0.067
ผู้ปกครองยอมรับการสูบ ^c	2.72 (1.41 - 5.24)	0.003**	1.86 (0.82-4.22)	0.141	5.64 (1.67 - 19.06)	0.005**	22.76 (3.06 - 169.12)	0.002*
เพื่อนเคยชวนสูบบุหรี่ ^d	7.98 (5.09 - 12.53)	<0.001***	3.93 (2.23 - 6.92)	<0.001***	1.57 (0.57 - 4.37)	0.384	4.48 (0.65 - 30.71)	0.127
มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ ^e	7.07 (4.62 -10.81)	<0.001***	5.42 (3.20-9.18)	<0.001***	2.14 (0.82 - 5.60)	0.121	1.76 (0.62-5.00)	0.287
หาบุหรี่ได้ง่าย/ ค่อนข้างง่าย ^f	4.82 (2.91 -7.98)	<0.001***	3.19 (1.74-5.85)	<0.001***	1.13 (0.37 - 3.43)	0.836	0.97 (0.30 -3.21)	0.963
ความภาคภูมิใจใน ตนเอง	0.93 (0.89 - 0.99)	0.012*	1.02 (0.95-1.09)	0.583	1.05 (0.95 - 1.16)	0.323	1.06 (0.94-1.20)	0.335
ภาวะซึมเศร้า ^g	1.07 (1.05 -1.10)	<0.001***	1.06 (1.03-1.10)	0.001**	0.99 (0.94 - 1.04)	0.644	1.02 (0.96-1.08)	0.580
ความผูกพันกับพ่อแม่								
Trust	0.92 (0.87- 0.96)	<0.001***	0.90 (0.82 -0.99)	0.024*	1.03 (0.92 -1.16)	0.634	1.10 (0.87 -1.38)	0.451
Communication	0.94 (0.90- 0.99)	0.012*	1.05 (0.96-1.15)	0.316	0.99 (0.90 -1.10)	0.852	0.95 (0.77 -1.17)	0.641
Alienation	1.09 (1.02 -1.17)	0.016*	1.03 (0.95-1.12)	0.447	0.95 (0.84-1.08)	0.419	0.98 (0.82 -1.18)	0.853
การติดสารนิโคติน น้อย-รุนแรง		NA		NA	.19 (0.81 - 5. 291)	0.123	1.77 (0.44 - 7.16)	0.425
อายุ (ปี)	1.18 (1.06 -1.31)	0.003**	1.15 (1.00-1.33)	0.052	1.06 (0.82-1.37)	0.673	0.94 (0.70 - 1.26)	0.687

COR = crude odd ratio, AOR = adjust odd ration, a = เทียบกับผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ย > 2.00, b = เทียบกับผู้ที่รายได้น้อยกว่า 100 บาท, c = เทียบกับผู้ที่ผู้ปกครองไม่ยอมรับการสูบบุหรี่, d = เทียบกับผู้ที่เพื่อนไม่เคยชวนสูบบุหรี่, e = เทียบกับผู้ที่ไม่มีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่, f = เทียบกับผู้ที่หาบุหรืมาสูบได้ยากหรือค่อนข้างยาก, g = เทียบกับผู้ที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า, * = p < 0.05, ** = p < 0.01, *** = p < 0.001

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.7 เคยทดลองสูบบุหรี่ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในนักเรียนมัธยมปลายประเทศตุรกีปี ค.ศ. 2015 ซึ่งพบว่ามี ความชุกของการทดลองสูบบุหรี่ที่ร้อยละ 8.7¹⁴ และจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 2.8 ยังสูบบุหรี่ต่อเนื่อง ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษา Youth and Tobacco Use-2020 ของ Centers for Disease Control and Prevention ประเทศอเมริกาที่พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ต่อเนื่องของนักเรียนมัธยมต้นที่ร้อยละ 1.6 และนักเรียนมัธยมปลายที่ร้อยละ 4.2¹⁵ แต่ผลการศึกษาของการสูบบุหรี่ต่อเนื่องในครั้งนี้ต่ำกว่าผลการศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนในจังหวัดนนทบุรีพบว่าความชุกของเยาวชนที่สูบบุหรี่ต่อเนื่อง (สูบใน 30 วันที่ผ่านมา) ในเขตอำเภอเมืองที่ร้อยละ 14.1 และเยาวชนนอกเขตอำเภอเมืองที่ร้อยละ 9.10 ซึ่งหากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาข้างต้น จะพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อเนื่องของวัยรุ่นมี

ความแตกต่างกัน ซึ่งส่วนหนึ่งน่าจะเป็นผลของระเบียบวิธีวิจัย ได้แก่กรอบการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มสถาบันการศึกษา ระดับการศึกษา และลักษณะทางประชากร¹⁶

จากผลการวิจัยพบว่าการมีภาวะซึมเศร้าเป็นปัจจัยซึ่งสามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่มีการสูบบุหรี่มาก และพบมีภาวะซึมเศร้าแฝงอยู่ร้อยละ 61.5 และระยะเวลาที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับภาวะซึมเศร้า¹⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่และภาวะซึมเศร้าของนักเรียนอายุ 9-18 ปี ในโรงเรียนมัธยมของรัฐหนึ่งในห้าแห่งทางตอนเหนือของเวอร์จิเนียจำนวน 1,093 คน และติดตามเป็นระยะเวลา 2 ปี พบว่าอาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยพยากรณ์การเริ่มสูบบุหรี่ที่สำคัญ¹⁸ แต่ไม่พบว่าการมีภาวะซึมเศร้าสามารถทำนายการสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการสูบบุหรี่และอารมณ์ซึมเศร้าในวัยเด็ก

ตอนปลายและวัยรุ่นตอนต้นที่เข้าเรียนในโรงเรียนของรัฐในเขตแอตแลนติกตอนกลาง (mid-Atlantic metropolitan area) พบว่าการสูบบุหรี่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นเล็กน้อยสำหรับอารมณ์ซึมเศร้าที่ตามมา แต่อารมณ์ซึมเศร้ามักก่อนหน้านี้ไม่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่จะสูบบุหรี่ต่อไปในภายหลัง¹⁹ และสอดคล้องกับการศึกษาแบบทบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าการศึกษาสองในหกเรื่องรายงานว่า การสูบบุหรี่เป็นตัวทำนายที่สำคัญของภาวะซึมเศร้า แต่ภาวะซึมเศร้าไม่สามารถที่จะทำนายการสูบบุหรี่ต่อไปได้²⁰ หากพิจารณาเปรียบเทียบผลการศึกษาข้างต้นจะพบว่าความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและการสูบบุหรี่ต่อเนื่องอาจแตกต่างกันไปตามปัจจัยบริบท เช่น ความสุขของภาวะซึมเศร้าหรือการสูบบุหรี่ในประชากร รวมถึงอาจเนื่องมาจากผู้ที่ยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องในการศึกษานี้ส่วนมากไม่ได้มีภาวะติดนิโคติน (มีผู้ติดระดับน้อยมากและน้อยถึงหนักมากเพียงร้อยละ 7.79 และ 2.16 ตามลำดับ) รวมถึงไม่ทราบถึงระยะเวลาที่ผู้สูบบุหรี่สูบบมา

จากผลการวิจัยพบว่าความภาคภูมิใจในตนเองไม่สามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกระบวนการพัฒนาความภาคภูมิใจในตนเองเป็นกระบวนการซึ่งเกิดขึ้นต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงไปตามปัจจัยต่างๆ เช่น วุฒิภาวะและสิ่งแวดล้อม การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ความสัมพันธ์ต่อกลุ่มเพื่อนและต่อโรงเรียน²¹ ดังนั้นผู้ที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมเดียวกันอาจมีระดับความภาคภูมิใจที่แตกต่างกันไม่มากพอที่จะพบความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซึ่งสูบบุหรี่นั้นอาจมีสังคมและกลุ่มเพื่อนที่มีลักษณะคล้ายกัน เกิดการยอมรับกันซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญกับความภาคภูมิใจในตนเองของวัยรุ่นตามทฤษฎีจิตสังคมของอีริกสัน (Erikson) ที่จะลดการให้ความสำคัญกับครอบครัว มีความขัดแย้งกับครอบครัวมากขึ้น แต่ให้ความสำคัญกับเพื่อน และต้องการการยอมรับจากเพื่อนมากขึ้น²² ทำให้ไม่มีความภาคภูมิใจ

ที่แตกต่างกันมากพอที่จะทำนายทั้งการเคยสูบบุหรี่และการยังคงสูบบุหรี่ต่อเนื่องได้

ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันด้านการไว้วางใจเป็นปัจจัยที่ทำนายการเคยสูบบุหรี่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในสหรัฐอเมริกาที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีเชื้อชาติ Hispanic และ African American พ่อแม่มักจะคอยถามไถ่แม้ว่าวัยรุ่นจะไม่ได้อยู่กับครอบครัวบ่อยๆ ก็ตามและวัยรุ่นมีความไว้วางใจที่จะบอกข้อมูลต่างๆ กับพ่อแม่ ซึ่งเป็นปัจจัยปกป้องจากการเริ่มสูบบุหรี่ ในขณะที่ผู้ที่มีเชื้อชาติ Caucasian ซึ่งผู้ปกครองขาดการสอดส่องดูแล (monitor) จึงพบว่ามี การเริ่มสูบบุหรี่มากกว่า²³ และสอดคล้องกับผลการศึกษาลักษณะความผูกพันกับการสูบบุหรี่ในวัยรุ่นประเทศเลบานอน ซึ่งพบว่าผู้ที่มีความผูกพันแบบมั่นคงจะมีความสุขของการสูบบุหรือน้อยกว่าผู้ที่มีความผูกพันแบบไม่มั่นคง²⁴ โดยผู้ที่มีความผูกพันไม่มั่นคง เวลาเผชิญความเครียดมักใช้การแก้ปัญหา (coping mechanism) จากภายนอกเช่นการใช้เหล้า บุหรี่ หรือสารเสพติดในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นมากกว่าการแก้ไขปัญหาหรือการจัดการภายในตนเอง²⁵

นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยอื่นๆ ที่สามารถทำนายการเคยสูบบุหรี่คือ นักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยน้อยมีแนวโน้มที่จะเคยสูบบุหรี่สูงกว่านักเรียนที่มีเกรดเฉลี่ยมากกว่าถึง 2.92 เท่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยาที่พบว่าผลการเรียนเป็นปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเคยสูบบุหรี่ของวัยรุ่น²⁶ สอดคล้องกับการสำรวจระดับประเทศที่พบว่าวัยรุ่นที่สูบบุหรี่เกือบทั้งหมดมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่อย่างน้อย 1 คน²⁷ ซึ่งวัยรุ่นเป็นวัยที่พยายามค้นหาอัตลักษณ์ของตนเองโดยการออกห่างจากพ่อแม่และพยายามเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม วัยรุ่นจึงมักได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มเพื่อนและยอมรับการชักชวนให้สูบเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมากกว่าช่วงวัยอื่น²⁸ และอีกปัจจัยที่มีความสำคัญคือการที่มองว่าการหาบุหรี่มาสูบเป็นเรื่องง่าย ซึ่ง

สอดคล้องกับการศึกษาต้นทุนชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ระยะแรกของนักเรียนชายชั้นประถมศึกษาตอนปลายจังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่าผู้ที่เข้าถึงบุหรี่ได้ง่ายมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูบบุหรี่มากกว่า²⁹

ในส่วนของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อเนื่องพบว่า ปัจจัยเดียวที่สามารถทำนายได้คือการที่ผู้ปกครองยอมรับการสูบบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงพฤติกรรมสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา ซึ่งพบว่า การยอมรับการสูบบุหรี่ของบิดามารดาเป็นตัวแปรที่มีผลทางตรงต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ต่อเนื่องของวัยรุ่น²⁶ จากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมเชิงพุทธิปัญญา (Social Cognitive Learning Theory) ของ Albert Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่ต่างก็มีอิทธิพลต่อกันและกันโดยการยอมรับการสูบบุหรี่ของผู้ปกครองถือเป็นการจูงใจ (motivation) ทำให้เกิดกระบวนการที่กระตุ้น ส่งเสริม หรือเป็นพลังที่ผลักดันให้พฤติกรรมการสูบบุหรี่คงอยู่ต่อเนื่อง³⁰ อย่างไรก็ตาม กระบวนการที่ผู้ปกครองจะแสดงการไม่ยอมรับ หรือห้ามการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพยังคงต้องมีการศึกษาต่อไป

ข้อจำกัดของงานวิจัย

1. การศึกษางานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงทำให้ไม่สามารถระบุถึง causal relationship ได้ จึงควรมีการศึกษางานวิจัยในระยะยาวเพื่อให้ทราบถึง causal relationship ของปัจจัยต่างๆ กับการสูบบุหรี่ในการศึกษาถัดไป รวมถึงควรมีการศึกษาติดตามในระยะยาวเพื่อให้ทราบถึงระยะเวลาที่สูบบุหรี่มาซึ่งนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดบุหรี่ต่อไป

2. การวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นเฉพาะนักเรียนในระบบการศึกษาปกติในกรุงเทพมหานคร

เท่านั้นยังไม่สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของประชากรวัยรุ่นทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในประชากรกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา

3. การเก็บข้อมูลเป็นการรายงานโดยตัวผู้เข้าศึกษาวิจัยเอง ดังนั้นอาจมีความซุกของการสูบบุหรี่น้อยกว่าความเป็นจริงเนื่องจากการรายงานพฤติกรรมด้านลบ การมีข้อมูลจากบุคคลรอบข้าง เช่น ครู เพื่อน หรือผู้ปกครองอาจลดอคติที่เกิดจากการรายงานข้อมูลน้อยกว่าความเป็นจริงได้ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้พบว่าความซุกของการเคยสูบบุหรี่ยังมากกว่าการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยจึงอาจเป็นผลการรายงานที่เชื่อถือได้

4. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับ การสูบบุหรี่ให้ครอบคลุม เช่น การใช้สื่อเทคโนโลยี รูปแบบความสัมพันธ์กับเพื่อน การดูแลของผู้ปกครอง เป็นต้น ตลอดจนศึกษาการสูบบุหรี่ด้วยอุปกรณ์อื่นๆ ที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่น เช่น บุหรี่ไฟฟ้า บารากู่ เป็นต้น เพื่อสอดคล้องกับบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลตากสินมอบทุนสนับสนุนวิทยานิพนธ์บางส่วน เพื่อสนับสนุนการทำวิจัยนี้ ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาที่ให้การดูแลและคำแนะนำการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณอาจารย์จิตรจิรา ไชยฤทธิ์ ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบการวิเคราะห์สถิติในวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณนักเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: WHO; 2011.

2. Burden of Disease Thailand, Ministry of Public Health. Disability adjusted life years (DALYs) Thailand 2014. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2014.
3. Supawongse C. Evolution of tobacco control in Thailand. In: Slama K, editor. Tobacco and health: Proceedings of the 9th World Conference Held; 1994 Oct 10-14; Paris, France: Springer, 1995. p.1-6.
4. Preechawong S. Project on knowledge management for driving tobacco control in schools. Bangkok: Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, Mahidol University; 2012.
5. Macdonald DI. Drugs, drinking, and adolescents. Chicago: Year Book Medical; 1984.
6. Zhu BP, Liu M, Shelton D, Liu S, Giovino GA. Cigarette smoking and its risk factors among elementary school students in Beijing. Am J Public Health 1996; 86(3):368-75.
7. Isohanni M, Moilanen I, Rantakallio P. Determinants of teenage smoking, with special reference to non standard family background. Br J Addict 1991; 86(4):391-8.
8. Stanton WR, Oei TP, Silva PA. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. Int J Addict 1994; 29(7):913-25.
9. Arimitt R. Textbook of adolescent medicine. Bangkok: Child Health Supervision; 2016.
10. Heatherston TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. Br J Addict 1991; 86(9):1119-27.
11. Wongpgarun T, Wongpakaran N. Confirmatory factor analysis of Rosenberg self-esteem scale: a study of Thai student sample. J Psychiatr Assoc Thailand 2011; 56(1):59-70.
12. Jiamjaroenkul J, Limsuwan N. Depression among junior high school students in Muang District, Chiang Mai Province. J Psychiatr Assoc Thailand 2015; 60(4):253-63.
13. Lucktong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. Int J Adolesc Youth 2016.; 23(2):1-15
14. Murat A, Memis CO, Turan MK, Benli AR, Taskin E, Yasar Z, et al. Smoking prevalence, associated attitudes and comparison of negative automatic thoughts among high school students in Turkey. Eur Respir J 2015; 6(46):1-6.
15. Centers for Disease Control and Prevention [homepage on the Internet]. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2020 [updated 2020 Dec 16; cited 2021 Feb 12]. Youth and tobacco use: youth use of tobacco products in any form is unsafe; [about 9 screens]. Available from: https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
16. Wilawan P, Pornthep L, Wanpha P, Studying in the smoking behavior of youth in Nonthaburi Province. Bangkok.; 2017. [updated 2020 Dec 16; cited 2021 May 12]. The Tobacco Control Research and Knowledge Management Center (TRC).

17. Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. A knowledge collection for researching on tobacco control. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2011.
18. Audrain-McGovern J, Rodriguez D, Kassel JD. Adolescent smoking and depression: evidence for self medication and peer smoking mediation. *Addiction* 2009; 104(10): 1743-56.
19. Wu LT, Anthony JC: Tobacco smoking and depressed mood in late childhood and early adolescence. *Am J Public Health* 1999, 89 (12): 1837-1840.
20. Chaiton MO, Cohen JE, O'Loughlin J, Rehm J. A systematic review of longitudinal studies on the association between depression and smoking in adolescents. *BMC Public Health* 2009; 9:356.
21. Yeepoo C, Kongthong U, Sriherun B. The development of a learning activity model for reducing and stop smoking behavior of drug addiction for children and adolescent patients. *Journal of Humanities and Social Sciences Valaya Alongkorn* 2018; 8(1):131-46.
22. Orenstein GA, Lewis L. Eriksons stages of psychosocial development. [Updated 2020 Nov 22]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556096/>.
23. Mahabee-Gittens EM, Khoury JC, Huang B, Dorn LD, Ammerman RT, Gordon JS. The protective influence of family bonding on smoking initiation in adolescents by racial/ethnic and age subgroups. *J Child Adolesc Subst Abuse* 2011; 20(3):270-87
24. Nakhoul L, Obeid S, Sacre H, Haddad C, Soufia M, Hallit R, et al. Attachment style and addictions (alcohol, cigarette, waterpipe and internet) among Lebanese adolescents: a national study. *BMC Psychol* 2020; 8(33):1-10.
25. Wise MH. Tobacco use and attachment style (Dissertation). Tennessee, East Tennessee State University; 2015. 25p.
26. Chaikoolvatana C, Sutti P, Jaimalai W. Smoking behaviors and risk factors associated with smoking of elderly adolescents in Pha Yao Province, Thailand. *Nurs J Ministry Public Health* 2017; 27(3):57-67.
27. Wiangkamon S, Homsin P, Srisuriyawet R. Life assets and factors related to early smoking stage among male upper primary school students, Kalasin Province. *Public Health Nurs* 2017; 31(2):89-107.
28. Bandura A. Social learning theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
29. Action on Smoking and Health Foundation. Cigarettes divided for sale, so the harder it is to quit smoke [Internet]. Bangkok: Action on Smoking and Health Foundation; 2016 [updated 2016 Nov 24; cited 2021 Feb 25]. Available from: http://www.ashthailand.or.th/th/news_page.php?id=1014
30. Phetcharaporn K. Learning theory [Internet]. Bangkok: Suan Sunandha Rajabhat University; 2020 [cited 2021 Feb 5]. Available from: http://www.eledu.ssru.ac.th/kalanyoo_pe/file.php/3/_2_.pdf



ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ และ โรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Predictive Factors of Depressive Symptoms in COVID-19 Patients at Srinagarind Hospital and Field Hospital Khonkean University

หัตถกอร์ สัมเรตดี*, รสมา สมไชย*, ศศิธร ดวงมัน**, วชิราภรณ์ ฤาชา**, พงศธร พหลภาคย์*, นรกริช ชาติปัญชาชัย*, พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์*

Hattakorn Samretdee*, Rossama Somchai*, Sasitorn Duangmun**, Wachiraporn Luecha**, Pongsatorn Paholpak*, Narak Chadbunchachai*, Phongpisut Poonsawatphong*

* ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** งานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์

* Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

** Nursing services, Srinagarind Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสมการทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง จากข้อมูลย้อนหลังของระเบียบผู้ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์หรือโรงพยาบาลสนาม มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 จำนวน 959 คน โดยใช้ข้อมูลจากแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) แบบประเมินความเครียด 5 คำถาม (ST-5) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) และแบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (HADS) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนพบสมการทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่สามารถทำนายความรุนแรงของอาการได้ร้อยละ 64 ($R^2 = 0.64$, $F = 855.34$, $p < 0.001$) โดยปัจจัยทำนายที่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ตัวแปร ได้แก่ ค่าคะแนนอาการวิตกกังวลจาก HADS ($p < 0.001$) และ ค่าคะแนนความเครียดจาก ST-5 ($p < 0.001$) โดยสมการทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าในรูปแบบคะแนนดิบ คือ $9Q = -0.09 + (0.39)HADS \text{ anxiety} + (0.78)ST5$

สรุป ปัจจัยทำนายความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ป่วย COVID-19 ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลสนาม คือ อาการวิตกกังวลและความเครียด ดังนั้นการประเมินอาการข้างต้นร่วมกับการประเมินอาการซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งควรแนะนำให้ทำในผู้ป่วยกลุ่มนี้

คำสำคัญ ปัจจัยทำนาย อาการซึมเศร้า โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 35-44

Corresponding author: พงศ์พิสุทธิ พูนสวัสดิ์พงศ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โทรศัพท์ 0925320366, Email: phonpo@kku.ac.th

วันรับ XXX วันแก้ไข XXX วันตอบรับ XXX

Abstract

Object: To create a predictive model for depressive symptoms in COVID-19 patients.

Methods: This was a cross-sectional analytic, retrospective study from a total of 959 COVID-19 patient records who were quarantined at Srinagarind hospital or field hospital at Khon Kean University during April 1 - September 31, 2021. Data of 9Q depression questionnaire, 8Q suicidal risk assessment questionnaire, stress questionnaire 5-item (ST-5), and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) were analyzed using stepwise multiple linear regression.

Results: The analyses found a statistically significant predictive model of depressive symptoms which could predict 64% of depressive symptoms ($R^2=0.64$, $F=855.34$, $p < 0.001$). The statistically significant predictors were HADS anxiety subscale score ($p < 0.001$) and ST-5 score ($p < 0.001$). The predictive model of depression by using raw score was $9Q = -0.09 + (0.39)HADS \text{ anxiety} + (0.78)ST5$.

Conclusion: The predictive factors of depressive symptoms in COVID-19 patients were anxiety and stress symptoms. Assessment of these symptoms along with depressive symptoms is highly suggested in this population.

Keywords: predictive factors, depressive symptoms, COVID-19

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 35-44

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคทางเดินหายใจลำบากเฉียบพลันชนิดรุนแรงจากไวรัสโคโรนา (severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; SARS-CoV-2)¹ ติดต่อจากคนสู่คนจากการพูดคุยไอจาม หรือการใช้มือสัมผัสกับละอองเชื้อแล้วสัมผัสจมูก ตา หรือปาก ซึ่งเป็นช่องทางการนำเข้าของเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย² ในอุณหภูมิห้อง เชื้อไวรัสสามารถมีชีวิตรอดอยู่บนพื้นผิวสิ่งของได้นานถึง 9 วัน³ มีระยะฟักตัว 2 - 14 วัน อาการที่มักเป็นคือ มีไข้ ไอแห้งเหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย เป็นต้น ส่วนอาการที่พบไม่บ่อยคือ สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส คัดจมูก ตาแดง เจ็บคอ ปวดหัว ปวดตามกล้ามเนื้อหรือข้อ เป็นผื่น คลื่นไส้อาเจียน หรือท้องเสีย⁴ โรคอาจพัฒนาทำให้ปอดติดเชื้อ (pneumonia) ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome; ARDS) หรือมีภาวะอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ¹ ต้องรักษาในโรงพยาบาล และความรุนแรงดังกล่าวนำไปสู่ความตาย อัตราการตายจากโรค COVID-19 ร้อยละ 0.8 - 3.0⁵ สถานการณ์ประเทศไทย กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข⁶ แจ้งข้อมูลวันที่ 9 สิงหาคม 2564 มีผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อสะสม 776,108 คน เสียชีวิต 6,353 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8

การระบาดของโรค COVID-19 ระลอกสาม (third wave) ในประเทศไทย เริ่มระบาดในสัปดาห์แรกของเดือนเมษายน 2564⁷ สำหรับจังหวัดขอนแก่น สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ได้รายงานผู้ติดเชื้อยืนยันระลอก 3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 มียอดรวมผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,417 คน และเสียชีวิต 25 คน (ข้อมูลวันที่ 10 สิงหาคม 2564) เนื่องจากยอดผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ในจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นจำนวนมาก วันที่ 15 เมษายน 2564 ทางมหาวิทยาลัยขอนแก่นได้ใช้หอพักหญิง 26 จัดตั้งเป็นโรงพยาบาลสนามแห่งที่ 1 จำนวน 258 เตียง เพื่อรองรับผู้ป่วย COVID-19 ระลอกสามซึ่งมีการกลับมาระบาดเพิ่มขึ้นมาก

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วย COVID-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม พบว่าผู้ป่วย COVID-19 อาจเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล และอาจนำมาสู่ภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตายได้⁸ จากงานวิจัยพบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องความชุกของภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และการนอนของผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่รักษาตัวในโรงพยาบาล⁹ พบความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 45 ภาวะวิตกกังวล ร้อยละ 47 และภาวะรบกวนการนอนหลับ ร้อยละ 34 การอยู่อาศัยเพียงลำพังมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้ามากกว่าการอยู่ร่วมกับผู้อื่น 2.4 เท่า¹⁰ และกรณีที่ผู้ป่วยมีโรคทางจิตเวชเดิม เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด นอนไม่หลับ มีประวัติการพยายามฆ่าตัวตาย ล้วนมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย¹¹ และจากการสำรวจภาวะสุขภาพจิตประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จาก 63 ประเทศทั่วโลก ปรากฏโมเดลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางตรง (direct effects) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วย multiple regression และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้า พบคะแนนที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าสูงสุด คือ การรับรู้ความเครียด และอีกหนึ่งการศึกษาที่พบว่าความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กันทั้งหมด¹²

ทั้งนี้ทั้งหมดเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาปัจจัยทำนายและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรจากงานวิจัยในต่างประเทศเท่านั้น แต่ยังไม่มีการศึกษาในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจในประเด็นวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว เพื่อนำมาสร้างสมการทำนายอาการซึมเศร้า (9Q) จากตัวแปรอื่นๆ จากการประเมินสุขภาพจิตได้แก่ คะแนนจากแบบประเมินความเครียด (ST-5) คะแนนจากแบบประเมินความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) และคะแนนจากแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล

และอาการซึมเศร้า Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS)

วิธีการศึกษา

เป็นงานวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) จากข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ของข้อมูลจากระเบียนผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลสนาม และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ สังกัดมหาวิทยาลัยขอนแก่น ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 สิงหาคม 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้าของข้อมูล คือ อายุ 15 ปีขึ้นไป และตอบแบบประเมินครบถ้วน ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลทั้งหมดไม่ครบถ้วน และเมื่อนำเสนอผลวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอภาพรวมโดยนำรหัสโรงพยาบาลออก เพื่อพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยป้องกันการสืบถึงตัวบุคคล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณตามวัตถุประสงค์หลักคือวิเคราะห์สมการถดถอยพหุ (multiple linear regression) มีสูตรในการคำนวณ¹³ ซึ่งจากงานวิจัยของ Prema Varma และคณะ (2021)¹⁴ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความเครียด ในกลุ่มอายุ 18-34 ปี พบค่า R^2 เท่ากับ 0.49 โดยศึกษาจากข้อมูล 492 ราย กำหนดอำนาจทดสอบ 0.90 และระดับความเชื่อมั่นที่ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 จึงมีขนาดตัวอย่างเท่ากับ 13 ราย ผู้วิจัยจึงเลือกตัวอย่างทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบประเมินความเครียด (ST-5) มีทั้งหมด 5 ข้อ ถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะ 2 - 4 สัปดาห์ มีความถี่ 4 ระดับ คือ แทบไม่มี (0 คะแนน) เป็นบางครั้ง (1 คะแนน) บ่อยครั้ง (2 คะแนน) และเป็นประจำ (3 คะแนน) คะแนนรวม 15 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.08¹⁵

2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) มีทั้งหมด 9 ข้อ ถามอาการซึมเศร้าทั้งด้านพฤติกรรมและความรู้สึกในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่ให้คำตอบ ความถี่มี 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (0 คะแนน) เป็นบางวัน 1-7 วัน (1 คะแนน) เป็นบ่อย > 7 วัน (3 คะแนน) และเป็นทุกวัน (4 คะแนน) คะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ค่าความไว 75.7% ค่าความจำเพาะ 93.37%¹⁵ ค่า ROC เท่ากับ 0.93 (95%CI: 0.89 - 0.96)¹⁶ ใช้ได้กับบุคคลอายุ 15 ปีขึ้นไป

3) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) มีทั้งหมด 8 ข้อ ถามความคิดและแผนการที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันประเมิน ส่วนข้อ 8 ถามความพยายามฆ่าตัวตายในทุกช่วงชีวิต คำตอบมี 2 คำตอบ คือ ไม่มี และมี คะแนนรวม 52 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน เผยแพร่โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.90¹⁷

4) แบบคัดกรองอาการวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย (hospital anxiety and depression scale; Thai HADS) มีทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น ข้อคำถามอาการวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อ 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) และคำถามอาการซึมเศร้า 7 ข้อ (ข้อ 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) คิดคะแนนแยกกัน โดยระบบคะแนน เป็น 0 - 3 คะแนน คะแนนรวม 21 คะแนน ต่ำสุด 0 คะแนน ค่าความไว 85.74 - 100% ค่าความจำเพาะ 86.00 - 91.30%¹⁵ โดยผู้ป่วยส่งคำตอบด้วย Google form

5) ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ จังหวัด ภูมิถิ่นที่ได้ข้อมูลจากการสืบค้นด้วยโปรแกรมสุขภาพโรงพยาบาลศรีนครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลแจกแจงความถี่ นำเสนอด้วยจำนวนร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนผลลัพธ์การวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นหลายตัว และตัวแปรตาม 1 ตัวซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง ใช้สถิติ multiple linear regression และการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย มีการนำตัวแปรเข้าโมเดลด้วยกระบวนการ stepwise คัดตัวแปรที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดออก เพื่อประโยชน์ในการวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย ลำดับถัดมาเป็นการตรวจสอบสมมติฐาน และตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม R version 4.1.1

การพิทักษ์สิทธิ์อาสาสมัคร

โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE641479 วันที่ 18 กันยายน 2564

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 959 คน เป็นเพศชาย 405 คน (42.23%) เพศหญิง 554 คน (57.77%) เป็นกลุ่มอายุ 19 - 30 ปีมากถึง 460 คน (47.97%) รองลงมาเป็นกลุ่มอายุ 31 - 40 ปี 226 คน (23.57%) อายุเฉลี่ย 32 ปี อายุน้อยสุด 15 ปี อายุมากที่สุด 71 ปี ภูมิลาเนาเป็นผู้ป่วยภายในจังหวัดขอนแก่น 709 คน (81.03%) ภายนอกจังหวัดขอนแก่น 166 คน (18.97%) รับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามมหาวิทยาลัยขอนแก่น 797 คน (83.11%) และโรงพยาบาลศรีนครินทร์ 162 คน (16.89%) รายละเอียดดังตารางที่ 1

จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 9Q และ HADS พบว่า ไม่มีภาวะซึมเศร้าสูงถึง 77.48% และ 79.87% ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ย 9Q เท่ากับ 3.97 (S.D.=3.64) ซึ่งจัดอยู่ในเกณฑ์ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน) ระดับความเครียด ประเมินด้วยแบบวัด ST-5 พบความเครียดระดับน้อย 69.89% รองลงมาเป็นเครียดระดับปานกลาง 24.29% และเครียดมาก 3.96% ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายประเมินด้วย 8Q พบว่า ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 54.33% มีความเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายระดับน้อย 39.94% และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายระดับรุนแรง 3.13% อาการวิตกกังวลประเมินด้วย HADS โดยรวมไม่มีอาการวิตกกังวล 95.62% รายละเอียดดังตารางที่ 2

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) พบว่าตัวแปรที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคะแนน 9Q คือ HADS depression และ 8Q ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคะแนนภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการวิตกกังวล ประเมินด้วย HADS anxiety ($\beta=0.39$, $p\text{-value}=0.00$) และความเครียด ประเมินด้วย ST-5 ($\beta=0.78$, $p\text{-value}=0.00$) รายละเอียดดังตารางที่ 3 สร้างเป็นสมการทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้า 9Q ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้ $9Q = -0.09 + (0.39)\text{HADS anxiety} + (0.78)\text{ST5}$

การทดสอบสมมติฐาน (assumption test) ประกอบการวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้น มีดังนี้ 1) ทดสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนด้วย one sample t-test พบค่าเฉลี่ย เท่ากับ 0 (95%CI: -0.14-0.14, $p\text{-value}=1$) 2) การแจกแจงของค่าความคลาดเคลื่อนทดสอบด้วย Shapiro-Wilk test พบว่าตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นแจกแจงไม่ปกติ ($p\text{-value}<0.01$) ภาพที่ 1 3) ความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกันทดสอบด้วยสถิติ Durbin Watson พบว่าความคลาดเคลื่อนเป็นอิสระต่อกัน หรือตัวแปรอิสระที่นำมาทดสอบไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (Durbin Watson=2.0, $p\text{-value}=0.52$) 4) ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อน พบการกระจายตัวไม่มีรูปแบบ ดังภาพที่ 1 5) ตรวจสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ (multicollinearity) พบว่าตัวแปร HADS anxiety และ ST5 มีความแปรปรวนไม่แตกต่างกัน คือ variance inflation factor, $VIF=1.8$ ($VIF<10$) สรุปได้ว่าตัวแปรทั้งสองตัวเป็นอิสระต่อกัน และมีความเหมาะสมในการนำตัวแปรเข้าสมการทำนาย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=959)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	405	42.23
หญิง	554	57.77
อายุ (ปี)		
15 - 18	62	6.47
19 - 30	460	47.97
31 - 40	226	23.57
41 - 50	153	15.95
51 - 60	49	5.11
61 ปีขึ้นไป	9	0.94
$\bar{X} = 31.69$ S.D. = 10.67 Min = 15 Max = 71		
ภูมิลำเนา		
ภายในจังหวัดขอนแก่น	709	81.03
ภายนอกจังหวัดขอนแก่น	166	18.97
โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลสนาม	797	83.11
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	162	16.89

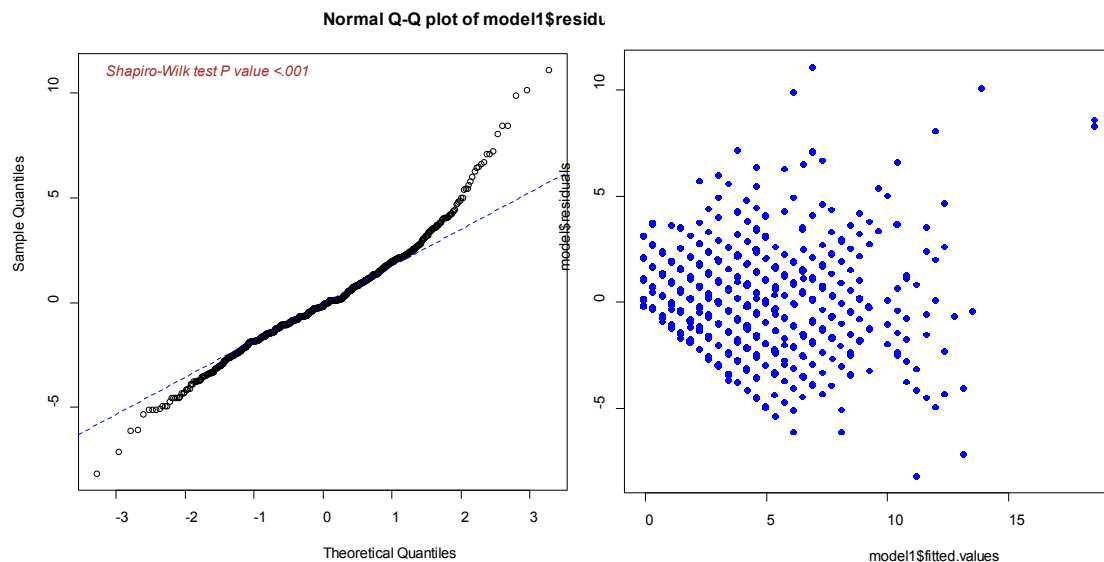
ตารางที่ 2 ระดับความเครียด ภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และอาการวิตกกังวล (n=959)

แบบประเมิน	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียด (ST-5)		
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	670	69.89
เครียดปานกลาง (5-7 คะแนน)	232	24.19
เครียดมาก (8-9 คะแนน)	38	3.96
เครียดมากที่สุด (10-15 คะแนน)	19	1.98
$\bar{X} = 3.25$ S.D. = 2.51 Min = 0 Max = 15		
ภาวะซึมเศร้า (9Q)		
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)	743	77.48
ระดับน้อย (7-12 คะแนน)	192	20.02
ระดับปานกลาง (13-18 คะแนน)	20	2.09
ระดับรุนแรง (มากกว่า 19 คะแนน)	4	0.42
$\bar{X} = 3.97$ S.D. = 3.64 Min = 0 Max = 27		
ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (8Q)		
ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในปัจจุบัน (0 คะแนน)	521	54.33
ระดับน้อย (1-8 คะแนน)	383	39.94
ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน)	25	2.61
ระดับรุนแรง (มากกว่า 17 คะแนน)	30	3.13
$\bar{X} = 4.70$ S.D. = 7.98 Min = 0 Max = 52		
อาการวิตกกังวล (HADS anxiety)		
ปกติ (0-10 คะแนน)	917	95.62
ผิดปกติ (มากกว่า 11 คะแนน)	42	4.38
$\bar{X} = 3.97$ S.D. = 3.16 Min = 0 Max = 18		
อาการซึมเศร้า (HADS depression)		
ปกติ (0-10 คะแนน)	766	79.87
ผิดปกติ (มากกว่า 11 คะแนน)	193	20.13
$\bar{X} = 6.96$ S.D. = 3.82 Min = 0 Max = 19		

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้า (9Q)	Coef.	SE	t	p-value	95% Conf. Interval
อาการวิตกกังวล (HADS anxiety)	0.39	0.03	12.87	0.00	0.33 - 0.44
ความเครียด (ST-5)	0.78	0.04	20.62	0.00	0.7 - 0.85
constant	-0.09	0.12	-0.80	0.42	-0.33 - 0.14

$R^2=0.64$, Adjust $R^2=0.64$, $F(2,956)=855.34$, $p\text{-value}=0.00$



ภาพที่ 1 การทดสอบการแจกแจงปกติ และค่าความแปรปรวนของความคาดเคลื่อนกระจายตัวรอบศูนย์

วิจารณ์

ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือทำนายคะแนนภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 9Q คือ อาการวิตกกังวล และความเครียด ประเมินด้วยด้วยแบบวัด HADS และ ST-5 ตามลำดับ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลน้อยหรือไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ได้แก่ อาการซึมเศร้าจากแบบประเมิน HADS และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายจากแบบประเมิน 8Q สะท้อนว่าในกรณีนี้ผู้ป่วยให้คำตอบในแบบคัดกรองอาการวิตกกังวล HADS และความเครียด ST-5 ในระดับสูง จะมีแนวโน้มเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าในสถานการณ์โรคระบาดโควิด ความเครียดและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ต่อ

ภาวะซึมเศร้า^{12 14} ซึ่งการวัดผลดังกล่าวเกิดขึ้นในวันแรก ที่รับเข้าโรงพยาบาลเพื่อการรักษา สอดคล้องกับงานวิจัยของ Xueyi Li และคณะ (2021)¹⁸ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้ป่วยโควิดที่รักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 14 วัน มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงกว่าที่รักษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 วัน และผู้ป่วยอายุ 46 - 60 ปี มีสัดส่วนของภาวะวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น (p-value=0.006) และการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นและวัยกลางคนประกอบด้วยอายุ 19 - 40 ปี จำนวนมากถึง 686 คน (71.53%) ซึ่งอธิบายได้ว่าผลของการสำรวจภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลจะพบความเสี่ยงในระดับต่ำ

กรณีวันที่ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Catherine Parker และคณะ (2021)¹⁹ ประเมินภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ด้วยแบบประเมิน HADS 2 ครั้ง คือวันแรกที่รับการรักษา และติดตามเมื่อผ่านไป 2 สัปดาห์ของผู้ป่วยโรคโควิดที่รักษาในโรงพยาบาล อายุเฉลี่ย 59 ปี พบว่า เมื่อวัดครั้งแรกมีภาวะวิตกกังวล 14% เมื่อติดตาม 2 สัปดาห์ลดเหลือ 5.2% เช่นเดียวกับภาวะซึมเศร้า 21% และ 4% ตามลำดับ (cut of point ≥ 11)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนอาการซึมเศร้า จากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า HADS ไม่สัมพันธ์กับคะแนน 9Q เนื่องจากแบบคัดกรอง HADS เปรียบเทียบกับเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าจากจิตแพทย์ ด้วย DSM-IV พบว่ามีความไว และความถูกต้อง (corresponding specificities) ต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ และ WBI-5²⁰ ในส่วนของความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย จากการศึกษาค้นคว้าพบว่าผู้ป่วยให้คะแนนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ระดับน้อยสูงถึง 39.94% คะแนนเฉลี่ย 8Q เท่ากับ 4.70 (S.D.=7.98) ในการวิเคราะห์แบบนำตัวแปรเข้าทั้งหมดพบว่าความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายไม่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า ($\beta=0.01$, p-value=0.52) ซึ่งไม่สอดคล้องกับศึกษาก่อนหน้านี้ที่กล่าวว่าภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ต่อแนวโน้มฆ่าตัวตาย¹¹ ซึ่งความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจนระหว่างแบบคัดกรอง 9Q และ 8Q นี้ก็นำไปสู่ศึกษาความสัมพันธ์ดังกล่าวในงานวิจัยในอนาคต

ประโยชน์ของการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยพหุเชิงเส้นจะทำให้เห็นความสัมพันธ์จากสาเหตุไปหาผลลัพธ์ เช่น ความเครียดและความวิตกกังวลส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าให้มีความรุนแรงมากขึ้น แต่อย่างไรก็ตามเป็นการกำหนดความสัมพันธ์เพียงทิศทางเดียวจากผู้วิจัย กรณีที่ต้องการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายทิศทาง การวิเคราะห์ตัวแปรแฝง อาจต้องใช้โมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling

analysis; SEM) และข้อจำกัดการศึกษา (limitation) คือตัวแปรที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้ามีจำกัด ซึ่งเป็นเพียงการวิเคราะห์คะแนนรวมจากแบบคัดกรองสุขภาพจิต 8Q, ST-5, HADS กับภาวะซึมเศร้า 9Q เท่านั้น อีกทั้ง ประชากรส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ไม่มีภาวะซึมเศร้าจากคะแนน 9Q และ HADS ซึ่งอาจจะเป็นเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยที่ถูกแยกตัวในโรงพยาบาลสนาม ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการทางระบบหายใจไม่รุนแรง หรือไม่มีอาการเลย อีกทั้งการศึกษานี้ยังขาดการเก็บข้อมูลปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้า เช่น ประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากโรค COVID-19 ปัญหาความสัมพันธ์ในขณะกักตัว การตกงานหลังเจ็บป่วย สถานะทางการเงิน และปัจจัยอื่นๆ และการศึกษาค้นคว้านี้เป็นการศึกษาประเมินปัจจัยต่างๆ จากผู้ป่วยในวันแรกที่เข้ากักตัวในสถานพยาบาลเพียงวันเดียว และไม่มีข้อมูลติดตามในระหว่างการรักษา ดังนั้นประเด็นในข้อจำกัดดังกล่าวอาจจำเป็นต้องศึกษาต่อไปในอนาคตจากการศึกษาที่มีความซับซ้อนมากกว่านี้

สรุป

ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ อาการวิตกกังวล และความเครียดในวันแรกที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นการประเมินอาการวิตกกังวลและความเครียดร่วมกับอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกลุ่มวิจัยสุขภาพสมองและจิตใจ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ที่สนับสนุนทุนวิจัย และขอขอบคุณพยาบาลโรงพยาบาลสนาม และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์ความรู้ด้านสุขภาพจิต

เอกสารอ้างอิง

1. Singhal T. A Review of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* 2020; 87(4):281-6.
2. Otter JA, Donskey C, Yezli S, Douthwaite S, Goldenberg SD, Weber DJ. Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination. *J Hosp Infect* 2016;92(3):235-50.
3. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect* 2020;104(3):246-51.
4. WHO. What are the symptoms of COVID-19? [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 9]. p. 1. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19#:~:text=symptoms>
5. Wang L, Li J, Guo S, Xie N, Yao L, Cao Y, et al. Real-time estimation and prediction of mortality caused by COVID-19 with patient information based algorithm. *Sci Total Environ* 2020;727:138394.
6. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 9]. p. 1. Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
7. Tanomkiat W. The third COVID-19 wave in Thailand. *ASEAN J Radiol* 2021;22(1):3-4.
8. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลจิตใจสำหรับโรงพยาบาลสนาม ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 [Internet]. 2564. 12 p. Available from: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/view.asp?id=100>
9. Deng J, Zhou F, Hou W, Silver Z, Wong CY, Chang O, et al. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: a meta-analysis. *Ann N Y Acad Sci* 2021;1486(1):90-111.
10. Tang F, Liang J, Zhang H, Kelifa MM, He Q, Wang P. COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents. *Psychol Health* 2021;36(2):164-78.
11. Mamun MA. Suicide and suicidal behaviors in the context of CoViD-19 pandemic in Bangladesh: a systematic review. *Psychol Res Behav Manag* 2021;14:695.
12. Rehman U, Shahnawaz MG, Khan NH, Kharshiing KD, Khursheed M, Gupta K, et al. Depression, anxiety and stress among Indians in times of Covid-19 lockdown. *Community Ment Health J* 2021;57(1):42-8.
13. Maxwell SE. Sample size and multiple regression analysis. *Psychol Methods* 2000; 5(4):434.
14. Varma P, Junge M, Meaklim H, Jackson ML. Younger people are more vulnerable to stress, anxiety and depression during COVID-19 pandemic: A global cross-sectional survey. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2021;109:110236.
15. Foongfaung S, Thangthum W, Phawo P, Natjumnong S. Mental health care of adult cancer survivor in the community. *Qual Life Law J* 2020;16(1):1-14.

16. 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. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63:321-34.
17. Pechkul P, Sriwichai P. Stress, depression and stress management methods of first year students of Bachelor of Nursing Program Boromarajonani, College of Nursing, Phayao Province. *Thai J Clin Psychol* 2020;51(1):5.
18. Li X, Tian J, Xu Q. The associated factors of anxiety and depressive symptoms in COVID-19 patients hospitalized in Wuhan, China. *Psychiatr Q* 2021;92(3):879-87.
19. Parker C, Shalev D, Hsu I, Shenoy A, Cheung S, Nash S, et al. Depression, anxiety, and acute stress disorder among patients hospitalized with COVID-19: A prospective cohort study. *J Acad Consult Psychiatry* 2021;62(2):211-9.
20. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord* 2004;78(2):131-40.



ความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัวและการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

The Relationship between Social Cognition, Communicative Behavior in Family and Social Functioning in Schizophrenia Patients

สุภาพร ไม้พุทธร*, ชนกฤทัย ชื่นอารมณ*

Supaporn Phaiphut*, Chanokruthai Choen-arom*

* คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Faculty of Nursing, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 62 คนที่มารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือสองแห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) แบบสอบถามเพื่อคัดกรองการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition Screening Questionnaire : SCSQ) แบบประเมินการรับรู้อารมณ์ (The Face Test) แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว (Family Communication Behaviour Assessment) และแบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต (Living Skills Assessment : LSD 30) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ไบซีเรียล และสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุตัวแปร

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (69.4%) อายุเฉลี่ย 42.2 ปี ส่วนใหญ่มีความบกพร่องของการรู้คิดทางสังคมในทุกด้าน การรู้คิดทางสังคมด้านการอนุมานแบบแผน ($b = 3.472$, $p = 0.008$) และความรุนแรงของอาการทางจิต ($b = -1.244$, $p = 0.001$) สามารถร่วมกันทำนายคะแนนทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 25.9 ($R^2 = .259$) อย่างไรก็ตาม การศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรู้คิดทางสังคมกับพฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว ($r = .033$, $p = 0.796$) และพบว่าอาชีพเป็นตัวแปรเดียวที่มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท ($r = .252$, $p < 0.05$)

สรุป ความรุนแรงของอาการทางจิต และการรู้คิดทางสังคมโดยเฉพาะการอนุมานแบบแผนสามารถทำนายคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตระดับเล็กน้อยถึงปานกลางได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพได้ ก็มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ จึงควรเน้นการฝึกทักษะการจัดการอาการทางจิตของตนเอง และการอนุมานแบบแผน เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพและดำรงชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้

คำสำคัญ การรู้คิดทางสังคม การสื่อสารในครอบครัว การทำหน้าที่ทางสังคม วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 45-58

Corresponding author: สุภาพร ไม้พุทธร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: supaph@kku.ac.th

วันรับ : 6 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข : 16 กันยายน 2564 วันตอบรับ : 17 กันยายน 2564

Abstract

Objective: To examine the relationship among social cognition, family communication behavior, and social functioning in schizophrenic patients

Methods: The analytical study with predictive correlational design. Study samples were 62 schizophrenic patients who came to receive service at the inpatient and outpatient departments of two psychiatric hospitals in the northeastern region. Data collection tools include personal demographic record, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Social Cognition Screening Questionnaire (SCSQ), The Face Test, Family Communication Behaviour Assessment, and Living Skills Assessment (LSD 30). The data were analysed using descriptive statistics, Pearson correlation, Biserial correlation and multiple regression.

Results: The majority of samples were male (69.4%) with average age of 42.2 years. Most of them demonstrated deficits in every aspect of social cognition. Schematic inference ($b = 3.472$, $p = 0.008$) and severity of psychiatric symptoms ($b = -1.244$, $p = 0.001$) were jointly predicted 25.9 ($R^2 = .259$) variance of the psychiatric patients' social functioning scores. This study, however, did not find the significant relationship between social cognition and family communication behaviour ($r = .033$, $p = 0.796$). The only demographic variable found to be significantly related to the social functioning was the occupation ($r = .252$, $p < 0.05$).

Conclusion: Severity of symptoms and social cognition, schematic inference dimension of social cognition to be specific, together can predict the social functioning score of the psychiatric patients who have mild to moderate psychiatric symptoms. Also, the ability to engage in occupations is significantly related to the social functioning score. The therapeutic care of this group of patients should focus on the training of symptom management and schematic inference skills in order to decrease the likelihood of disability and increase the chance of building social relationships and living the life as part of the community.

Keywords: Social cognition, Family communication behavior, Social functioning
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 45-58

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถพัฒนาไปสู่ภาวะทุพพลภาพได้ ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภท 26 ล้านคน คิดเป็นอัตราความชุก 7 ต่อ 1,000 คนในประชากรวัยผู้ใหญ่โดยโรคจิตเภทถูกจัดอยู่ในกลุ่ม 20 โรคที่เป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ ตามดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพจากการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years; DALY's) ของประชากรไทย ซึ่งมีอัตราการเจ็บป่วยร้อยละ 5.8 ในเพศชาย และร้อยละ 3.4 ในเพศหญิง¹ ในด้านพยาธิสภาพนั้น ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมในผู้ป่วยจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยเฉพาะในช่วง 5-10 ปีแรก ซึ่งแต่ละครั้งที่อาการกำเริบจะมีอาการหลงเหลือ ทำให้พยาธิสภาพเรื้อรังสะสม จนส่งผล ให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองและการใช้ชีวิตในสังคมในที่สุด² เมื่อมีอาการหลงเหลือมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่อการรักษาลดลง และอาการทางจิตกำเริบถี่ขึ้น ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำสูงถึงร้อยละ 70³

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างชัดเจน และเป็นอุปสรรคต่อการบำบัดรักษา เนื่องจากเข้าสังคมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ และเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิตและมีสุขภาพจิตที่ดี ในปัจจุบันได้มีคำอธิบายจากแง่มุมของการทำหน้าที่สมอง ว่าความสามารถในการเข้าสังคมของบุคคลเกี่ยวข้องกับสมองส่วนรู้คิดโดยเฉพาะหน้าที่ด้านบริหารจัดการ (executive function) ซึ่งหนึ่งในพยาธิสภาพสำคัญของโรคจิตเภทก็คือความผิดปกติด้านการรู้คิด (cognitive dysfunction) นั่นเอง และถึงแม้ว่าการฟื้นฟูการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภทด้วยการฝึกการรับรู้และการคิดได้ มีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็เป็นการฝึกกระบวนการรู้คิดโดยทั่วไป ที่เน้นการรับรู้ จำได้ และการเชื่อมโยงตรรกะ อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน แนวคิดการฟื้นฟูสมรรถนะผู้ป่วยจิตเภท ได้หันมาให้ความสำคัญกับความสามารถด้านการรู้คิดทางสังคม (social

cognition) ซึ่งประกอบ ด้วย การรับรู้บริบทของสังคม การตีความความคิดหรืออารมณ์ของบุคคลอื่น การคาดเดาความรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นได้ การเห็นอกเห็นใจ และแปลความหมายการกระทำของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการบำบัดรูปแบบนี้ มีความเฉพาะเจาะจงในการฟื้นฟูทักษะการรู้คิด โดยเฉพาะในบริบทด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

Green และคณะ^{4,5} ให้ความหมายของการรู้คิดทางสังคม ว่าประกอบด้วย การรับรู้อารมณ์ (emotional perception) การเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคม หรือการอนุมานแบบแผน (social perception and social rules/schematic inferences) การเข้าใจใจ ความคิดความรู้สึกของคนอื่น หรือทฤษฎีของจิต (theory of mind) และความมีอคติในการเข้าใจพฤติกรรมของผู้อื่น (attributional style) และจาก การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับคะแนนการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับ ความสามารถและทักษะในการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเภทและยังเป็นปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย^{6,7} ($\beta = -.085$, $p=0.02$) ซึ่งสอดคล้องกับอาการแสดงทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรู้คิดทางสังคมบกพร่องว่ามักมีปัญหาปฏิสัมพันธ์ กับผู้อื่นและแยกตัวจากสังคม นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมา ยังพบปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย^{8,9} อาชีพ และอาการทางจิต¹⁰ ทั้งนี้ ปัจจัยด้านการสื่อสารในครอบครัว เป็นอีกสิ่งหนึ่ง ที่มักพบว่าส่งผลต่อการฟื้นฟูและการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยพฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทจัดอยู่ในระดับที่ 'ไม่ดี'^{11,12} และมักเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีอาการกำเริบ จนต้องกลับมารักษาซ้ำ

เป้าหมายของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ใกล้เคียงปกติ สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ พยาบาลจึงมุ่งเน้นการสร้างทักษะในการดูแลตนเอง และการทำบทบาทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

รวมทั้งขนาดอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ นี้จะสามารถช่วยให้วางแผนการพยาบาลได้อย่างมีทิศทาง ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากเป็นการศึกษาแบบแยกส่วนและการศึกษาเรื่องการรู้คิดทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยยังมีไม่มาก การศึกษาคครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารภายในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรู้คิดทางสังคม พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางเพื่อหาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่างตัวแปร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิง ที่มารับบริการทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชสองแห่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้ 1) อายุ 18 ถึง 60 ปี 2) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท 3) ไม่ได้อยู่ในช่วงที่ อาการกำเริบ และไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรงโดยประเมินจากคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน 4) สามารถพูดคุย สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก คือ 1) มีโรคทางสมอง มีประวัติโรคหลอดเลือดสมอง หรือมีประวัติอุบัติเหตุทางศีรษะ ที่ทำให้หมดสติและชัก 2) เป็นผู้ป่วยที่รับการวินิจฉัยว่ามีโรคร่วมเป็นโรคติดสุรา หรือติดสารเสพติด 3) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าภายใน 2 เดือน

จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 62 คน คำนวณโดยใช้สูตรการกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับ linear regression: R program (Hsieh, Bloch, & Larsen, 1998) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ .05 และขนาดความ

สัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรระดับปานกลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ของ Overall & Gorham นำมาแปล เป็นภาษาไทยโดย พันธน์ภากิตติรัตน์ไพบุลย์¹³ จำนวน 18 ข้อ มีค่าคะแนนได้ตั้งแต่ 18-126 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน ตั้งแต่จากไม่มีอาการเลยเป็น 0 จนถึงอาการรุนแรงมากเป็น 7 คะแนน และถ้ามีคะแนนรวมมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการทางจิตที่รุนแรงมาก มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) เท่ากับ 0.82 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรู้คิดทางสังคม ประกอบด้วย แบบประเมิน 2 ชุดคือ

1) แบบสอบถามเพื่อคัดกรองการรู้คิดทางสังคม (Social Cognition Screening Questionnaire : SCSQ) ที่พัฒนาขึ้นโดย โรเบิร์ต และคณะ¹⁴ เป็นแบบสอบถามที่วัดการรู้คิดทางสังคม 4 ด้าน คือ ทฤษฎีของจิต (theory of mind), การอนุมานแบบแผน (schematic inference), การมีอคติไปในทางก้าวร้าว (hostility bias) และ ความทรงจำจากการบอกเล่า (verbal memory) มีผลคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 0 ถึง 29 คะแนน โดยคะแนนที่มากกว่า หมายถึง ระดับการรู้คิดทางสังคมที่ดีกว่า ผู้วิจัยแปลเป็นภาษาไทยโดยใช้เทคนิคแปล แบบย้อนกลับ (back translation) และปรับเนื้อหาคำถามให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) ได้คะแนนระหว่าง 0.7 -1 วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.7

2) แบบประเมินการรับรู้อารมณ์ (The Face test) พัฒนาโดย Baron-Cohen et al. และแปลเป็นภาษาไทยโดย ธรรมชาติ เจริญบุญ¹⁵ ใช้วัดการรู้คิดทางสังคมด้านการรับรู้อารมณ์ เป็นแบบทดสอบที่ประกอบด้วยภาพใบหน้าคนที่แสดง อารมณ์พื้นฐานจำนวน 10 รูป และอารมณ์ที่ซับซ้อนอีก 10 รูป มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20 คะแนน โดยคะแนนที่สูงหมายถึง มีการรับรู้อารมณ์ที่ดี ทดสอบค่า internal consistency เท่ากับ 0.62 และค่า test-retest reliability ด้วย intraclass correlation เท่ากับ 0.85¹⁶

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว (Family Communication Behaviour Assessment) พัฒนาโดย ชินานาญ จิตตารมณ¹⁷ โดยใช้แนวคิดของกอร์ดอน มีจำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยพื้นฐานความเข้าใจของบุคคล การฟังอย่างตั้งใจ การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตนเอง และการสื่อสารความรู้สึกและร่วมกันแก้ปัญหา คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4 คะแนน คะแนนรวมมีค่าระหว่าง 0-112 คะแนน คะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวที่มีประสิทธิภาพดี โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.7-1 และตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 5 แบบประเมินทักษะการดำรงชีวิตเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชในชุมชน (Living Skills Assessment: LSD 30)¹⁸ เพื่อใช้ประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พัฒนาโดยนายแพทย์ พัทธพงศ์ พูนยมาลิก และคณะประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านสุขภาพอนามัยส่วนตัว ทักษะด้านการอยู่อาศัยในครัวเรือน ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการอยู่อาศัยในชุมชน ทักษะด้านการผ่อนคลาย และทักษะด้านการงานเพื่อหาเลี้ยงชีพ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94 มีผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบประเมิน

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE621196

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป SPSS version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความรุนแรงของอาการทางจิต การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัว และการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (point biserial correlation coefficients) และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation)
3. อำนาจการทำนายของข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล การรู้คิดทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการสื่อสาร ในครอบครัว ต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ (multiple linear regression analysis) แบบเป็นขั้นตอน (step wise)

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างมีดังนี้ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 62 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (69.4%) มีสถานะโสด (59.7%) อายุเฉลี่ย 42 ปี จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (60%) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (67.7%) ประมาณ 3 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างมีระยะ เวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (75%) และมีความรุนแรงของอาการทางจิตอยู่ในระดับปกติ (75%) คือ คะแนน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 18

ตารางที่ 1 แสดงค่าคะแนนของตัวแปรหลักในการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรู้คิดทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 15.4 คะแนนการรับรู้อารมณ์เฉลี่ย

เท่ากับ 13.9 คะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 99.7 และคะแนนพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัวเฉลี่ยเท่ากับ 85.9

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปรหลัก (n = 62)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD
การรู้คิดทางสังคม	29	8.04 - 26	15.4	3.5
การรับรู้อารมณ์	20	7 - 19	13.9	2.7
พฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว	112	48 - 100	85.9	9.9
การทำหน้าที่ทางสังคม	150	46 - 116	99.7	16.7

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความรุนแรงของอาการทางจิต กับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบเซเรียล (point biserial correlation coefficient) และและสถิติ

สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient) พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิต ($r = -.405, p = .001$) และการประกอบอาชีพ ($r = .252, p = .047$) มีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคล	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
เพศ	.059	.643
อายุ	.193	.132
ระดับการศึกษา	.114	.374
การประกอบอาชีพ	.252*	.047
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-.019	.882
ความรุนแรงของอาการทางจิต	-.405*	.001

ตารางที่ 3 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความรุนแรงของอาการทางจิต ($r = -.405, p < 0.01$) การรับรู้อารมณ์ ($r = .280, p < 0.05$) และการรู้คิดทางสังคมทั้งรายรวม ($r = .344, p < 0.01$) และรายด้านใน 2 ด้าน คือด้านอนุมานแบบแผน ($r = .323, p < 0.01$) และด้านความจำจากการบอกเล่า ($r = .284, p < 0.05$) นอกจากนี้ยังพบว่า ความรุนแรงของอาการทางจิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว ($r = -.410, p < 0.01$) และการรับรู้อารมณ์มีความสัมพันธ์กับ

การรู้คิดทางสังคม ($r = .386, p < 0.01$) การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น ($r = .305, p < 0.05$) และความจำจากการบอกเล่า ($r = .440, p < 0.01$) ส่วนการรู้คิดทางสังคมรายรวมก็มีความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมรายด้านทั้ง 4 ด้าน และเมื่อดูความสัมพันธ์ระหว่างรายด้านของการรู้คิดทางสังคม พบว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นสัมพันธ์กับการอนุมานแบบแผน การมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่า ในขณะที่ทั้งการอนุมานแบบแผน การมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่าไม่ได้มีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษากับคะแนนการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1									
2	.033	1								
3	.280*	.212	1							
4	.344**	.153	.386**	1						
5	.189	.195	.305*	.696**	1					
6	.323*	.207	.205	.696**	.329**	1				
7	-.097	-.190	-.152	-.385**	-.608**	-.139	1			
8	.284*	.026	.440**	.639**	.251*	.159	-.071	1		
9	-.405**	-.410**	-.161	-.119	-.203	-.039	.196	-.164	1	
10	.193	-.079	-.218	-.026	.052	-.091	.135	.027	-.262	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

1 = การทำหน้าที่ทางสังคม

2 = พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว

3 = การรับรู้อารมณ์

4 = การรู้คิดทางสังคม (รายการรวม)

5 = การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น

6 = การอนุมานแบบแผน

7 = การมีอคติไม่เป็นมิตร

8 = ความจำจากการบอกเล่า

9 = ความรุนแรงของอาการทางจิต

10 = อายุ

ตารางที่ 4 เป็นการแสดงผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression) โดยวิธีกำจัดตัวแปรแบบถอยหลัง (backward elimination) พบว่าจากตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด มี 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรุนแรงของอาการทางจิต ($b = -1.169$, $p = 0.002$) และการรู้คิดทางสังคม (รายการรวม) ($b = 1.441$, $p = 0.010$) โดยทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการทำหน้าที่

ทางสังคมได้ร้อยละ 25.3 ($R^2 = .253$)

อย่างไรก็ตามเมื่อนำตัวแปรการรู้คิดทางสังคมรายด้านมาวิเคราะห์อำนาจการทำนาย พบว่าการอนุมานแบบแผนเป็นด้านเดียวที่สามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ($b = 3.472$, $p = 0.008$) โดยร่วมกับความรุนแรงของอาการทางจิต ($b = -1.244$, $p = 0.001$) ทั้งสองปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้ร้อยละ 25.9 ($R^2 = .259$)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท โดยนำตัวแปรการรู้คิดทางสังคมด้านการอนุมานแบบแผนเข้าในสมการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ตัวแปร	b	SE _b	Beta (R)	t	P-value
ความรุนแรงของอาการทางจิต	-1.244	.355	-.393	-3.505	.001
การอนุมานแบบแผน	3.472	1.265	.308	2.744	.008

R = .509 $R^2 = .259$ F = 10.298 Constant = 111.641 SE_{est} = 14.578

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนการรู้คิดทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคม ($r = .344$, $p < 0.01$) และสามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทาง

สังคมได้ ($b = 1.441$, $p = 0.010$) และเมื่อแยกตามองค์ประกอบย่อยของตัวแปรการรู้คิดทางสังคมแล้วพบว่า การอนุมานแบบแผน เป็นด้านเดียวที่มีอำนาจทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ($b = 3.472$,

$p = 0.008$) ส่วนองค์ประกอบย่อยด้านอื่น ทั้งการรับรู้อารมณ์ การเข้าใจความคิดความรู้สึกคนอื่น ความมีอคติไม่เป็นมิตร และความจำจากการบอกเล่านั้น มีเพียงความจำจากการบอกเล่าที่มีความสัมพันธ์ ($r = .284, p < 0.05$) แต่ไม่สามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการวิเคราะห์อภิมานของ Fett และคณะ⁷ ที่พบว่า การรู้คิดทางสังคมส่งผลต่อทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และ Benjamin E. Buck¹⁹ ที่พบว่า ในโครงสร้างของการรู้คิดทางสังคมนั้น มิติด้านทักษะการรู้คิดทางสังคมจะมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับอาการทางลบ และระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนมิติด้านการมีอคติและความไม่เป็นมิตรจะสัมพันธ์กับอาการทางบวกมากกว่า ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่มีอาการทางจิตสงบและมีอาการทางลบสะสม ซึ่งอาจทำให้กระบวนการรู้คิดช้าลง^{45,46} ส่งผลกระทบต่อการอนุมานแบบแผนและความจำเชิงคำพูด แต่ไม่ได้สูญเสียหน้าที่ด้านอารมณ์และการรับรู้และเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น ซึ่งมักจะพบในผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงมีอาการทางบวกอยู่

การรับรู้ทางสังคมหรือในการศึกษานี้คือการอนุมานแบบแผน (schematic inferences) คือความสามารถที่จะรับรู้และแปลความสัญญาณทางสังคมและพฤติกรรมผู้อื่นได้ เป็นบ่อเกิดของความไว้วางใจในสัมพันธภาพ ส่งผลต่อการแก้ไขสถานการณ์ปัญหา การทำบทบาทหน้าที่ในชุมชน และคุณภาพชีวิต²⁰ สาเหตุที่การอนุมานแบบแผนเป็นด้านเดียวของการรู้คิดทางสังคมที่พบว่ามีอำนาจทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมในการศึกษานี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มผู้ป่วยนอก และเป็นกลุ่มที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างสูง คือ สูงกว่ามัธยมศึกษาถึงประมาณ 60% ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pinkham และคณะ²¹ ที่พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการศึกษาสูงจะพบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางสังคมและทักษะทางสังคม และการศึกษาของ Revheim and Medalia²² ที่พบว่าความสามารถในการอนุมานแบบแผนและแก้ไขปัญหามีการทำนาย

สถานะสังคมในชุมชนของผู้ป่วย รวมถึงสถานะการเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอกได้ รวมถึงการศึกษาวเคราะห์อภิมานของ Savila et al⁹ ที่พบว่า การรับรู้ทางสังคมเป็นองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากกลุ่มควบคุมมากที่สุด นอกจากนี้ ยังมีการศึกษา แบบวิเคราะห์สหสัมพันธ์ที่อธิบายว่าการรับรู้ทางสังคมเป็นตัวแปรด้านการรู้คิดสังคมที่ทำหน้าที่ส่งผ่าน (mediator) อิทธิพลของประสาทวิทยาการรู้คิด (neurocognition) ไปยังผลลัพธ์ในการทำหน้าที่ทางสังคม (social function)^{23,24}

ในการศึกษาค้างนี้ การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น (theory of mind) ถูกพบว่ามีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบด้านอื่นๆ ทั้งหมดของตัวแปรการรู้คิดทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fett และคณะ⁷ ที่พบว่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น เป็นองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์ชัดเจนที่สุดต่อการทำหน้าที่ทางสังคม อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นไม่ได้เป็นตัวทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งก็อาจอธิบายได้จากผลการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่พบว่า การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่แสดงอาการทางลบอย่างชัดเจน²⁵ และในผู้ที่มีอาการทางบวกในระดับปานกลางถึงสูงจึงจะพบว่ามีความสามารถในการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นที่แย่งแต่ในผู้ป่วยที่มีอาการทางบวกเพียงเล็กน้อย (low positive symptoms) จะมีความสามารถนี้ไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป²⁶ การเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นจึงถูกพบว่าเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน¹⁰ นอกจากนี้ยังพบอีกว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่โดยทั่วไป (global functioning) ในขณะที่การเข้าใจกฎเกณฑ์ทางสังคม (หรือการอนุมานแบบแผนในการศึกษานี้) เป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning)²⁷

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้อารมณ์ (emotional perception) มีความสัมพันธ์ กับการทำหน้าที่ทางสังคม ($r = .280, p < 0.05$) การเข้าใจความคิดความ

รู้สึกผู้อื่น ($r = .305, p < 0.01$) และความจำจากการบอกเล่า ($r = .440, p < 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับ กรอบมโนทัศน์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่เสนอโดย Couture และคณะ²⁸ ที่อธิบายว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้อารมณ์บกพร่อง จะไม่สามารถเข้าใจความคิดและความรู้สึกผู้อื่น จึงอาจแปลความเจตนาของผู้อื่นคลาดเคลื่อน นำมาสู่การแสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม ส่งผลต่อการอยู่ร่วมสังคม ส่วนคำอธิบายว่าทำไมการรับรู้อารมณ์ไม่มีอำนาจทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่มีอาการทางจิตสงบ ซึ่งสถานะการเป็นผู้ป่วยในมีอิทธิพลมากต่อความสัมพันธ์ของการรับรู้อารมณ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท⁹ และการศึกษาที่พบว่าการรับรู้อารมณ์มีอำนาจทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมได้นั้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยใน

ส่วนขององค์ประกอบด้าน การมีอคติไม่เป็นมิตร (attributional bias) นั้น ในการศึกษาพบว่ามีเพียงความสัมพันธ์กับการรู้คิดทางสังคมโดยรวม ($r = -.385, p < 0.01$) และกับองค์ประกอบย่อยด้านการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นเท่านั้น ($r = -.608, p < 0.01$) ซึ่งความสัมพันธ์นี้ สอดคล้องกับคำอธิบายตามกรอบมโนทัศน์รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบย่อยของการรู้คิดทางสังคมของ Couture และคณะ²⁸ ว่าการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดอคติและความไม่เป็นมิตรได้ อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาไม่พบคำอำนาจทำนายของการมีอคติไม่เป็นมิตรต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยในการศึกษานี้เป็นกลุ่มที่มีอาการทางจิตสงบ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในหลายการศึกษาที่พบว่า องค์ประกอบด้านนี้ มีความเจาะจงในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการทางบวกคือ ก้าวร้าว หวาดระแวงอยู่^{29,30} โดยหลายการศึกษาที่ผ่านมา ยังพบว่ามีมิติด้านการมีอคติไม่เป็นมิตร กับมิติด้าน

การรับรู้อารมณ์และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่น มักมีโครงสร้างที่แยกจากกัน^{19,31,32} ซึ่งการรับรู้อารมณ์และการเข้าใจความคิดความรู้สึกผู้อื่นนั้นเป็น cognitive skill คือความสามารถที่จะรับรู้และเข้าใจผู้อื่นได้ถูกต้องหรือไม่ มักจะเป็นตัวทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมโดยทั่วไปได้ดี ในขณะที่การมีอคติไม่เป็นมิตร นั้นเป็น cognitive style ว่า จะแปลความไปในทางใด ซึ่งมักพบว่าสามารถทำนายอาการของผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะที่มีอาการก้าวร้าวได้

ในการศึกษานี้ ความรุนแรงของอาการทางจิตเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญรองลงมา จากปัจจัยการรู้คิดทางสังคม ($\beta = -.317, p = 0.002$) โดยมีอิทธิพลทางลบต่อการทำหน้าที่ทางสังคม นั่นคือเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงของอาการทางจิตเพิ่มขึ้น จะทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมได้^{10,33,34} นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังได้เสนอแนะไปในทางเดียวกันว่า อาการทางลบ (negative symptoms) และการบกพร่องด้านการรู้คิดเป็นสองอาการหลักที่ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท⁴⁴ โดยอาการทางลบนี้ เป็นตัวบ่งชี้ถึงการมีความบกพร่องด้านการรู้คิด (cognitive impairment) โดยอาการทางลบส่งผลให้กระบวนการรู้คิดช้าลง^{45,46} จึงเป็นปัจจัยส่งผ่าน (mediator) และกำกับ (moderator) อิทธิพลของความสามารถด้านการรู้คิดต่อการทำหน้าที่ทางสังคม³⁵⁻³⁷ ผลการศึกษาเหล่านี้ สอดคล้องกับคำอธิบายด้านการทำงานของสมองและระบบประสาทที่เปลี่ยนแปลงไปในผู้ป่วยจิตเภท⁴⁷ ซึ่งพบว่าสารสื่อประสาทโดปามีนในเส้นทางที่ไปยังระบบลิมบิกนั้นทำงานมากเกินไป (hyperactivity of mesolimbic pathway) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางบวก ส่วนเส้นทางที่โดปามีนไปยังเปลือกสมองลดลง (hypoactivity of mesocortical pathway) ส่งผลให้เกิดอาการทางลบและการรู้คิดบกพร่อง และการศึกษาที่ผ่านมา ยังแสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเชิง

โครงสร้างของสมองในผู้ป่วยจิตเภท คือ มีขนาดของสมองกลีบหน้าและกลีบขมับลดลง รวมถึงมีเนื้อสมองสีเทาซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ของจำนวนเซลล์ประสาทลดลง⁴⁸ แสดงให้เห็นในอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่สมองมีการทำงานเชิงบริหารลดลง มีปัญหาด้านความจำ (โดยเฉพาะความจำเชิงคำพูด) และมีกระบวนการเรียนรู้บกพร่องเพราะความยืดหยุ่นของสมองลดลง การบำบัดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการฟื้นฟูหน้าที่ด้านการรู้คิดของสมองจึงเป็นเป้าหมายที่สำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นที่น่าสนใจว่า ในปัจจัยพื้นฐานของบุคคลทั้งหมด การประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคม ($r = .252$, $p < 0.05$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการทำงานหรือการประกอบอาชีพเป็นกลุ่มโดเมนย่อยของการทำหน้าที่ทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Arsova และคณะ³⁸ และ Bae และคณะ³⁹ ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการจ้างงานเนื่องจากต้องรักษาตัวและอาการทั้งทางด้านบวกและด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพการทำงาน และการไม่ได้ประกอบอาชีพก็จะส่งผลกระทบต่อเนื้อหาให้ผู้ป่วยขาดโอกาสมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การทำหน้าที่ทางสังคมลดลง และส่งผลกระทบต่อสถานะทางการเงินของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งหากผู้ป่วยขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยเฉพาะจากครอบครัว อาจยังส่งผลให้การทำงานที่ทางสังคมลดลง โดยการศึกษที่ผ่านมาพบว่าสถานะการจ้างงานและระยะเวลาในการถูกจ้างงานของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการมีอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการทางลบ⁴⁰ โดยสถานการณ์จ้างงานเป็นปัจจัยกำกับ (moderator) อิทธิพลของความรุนแรงของอาการทางลบต่อระดับการทำงานที่ทางสังคม⁴¹

อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้างนี้ ไม่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ของสองปัจจัยนี้^{42,43} แต่ในการศึกษาค้างนี้ พบความสัมพันธ์

ขนาดปานกลางระหว่างพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัว กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ($r = -.410$, $p < 0.01$) โดยที่ความรุนแรงของอาการทางจิตสามารถทำนายระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทได้ แต่พฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวนั้นไม่มีอำนาจทำนาย คำอธิบายว่าทำไมพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวไม่สัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยกลุ่มนี้ อาจเนื่องมาจาก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง (เกณฑ์คัดเข้าคือคะแนน BPRS ไม่เกิน 36 คะแนน) และเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 85.9) นั่นคือบุคคลในครอบครัวรับรู้ว่าคุณสามารถสื่อสารกับครอบครัวและสังคมได้ดี ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตค่อนข้างรุนแรงและมีปัญหาในการสื่อสารมาก นอกจากนี้ วิธีการประเมินพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยในการศึกษานี้ มาจากการรับรู้ของผู้ดูแลคือสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นการรับรู้ผ่านมุมมองและการตัดสินส่วนบุคคล (subjective data) ซึ่งอาจแตกต่างจากการประเมินโดยใช้บุคคลอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย (objective data) เพราะสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยอาจมีความคุ้นเคยกับวิธีการสื่อสารเฉพาะตัวของผู้ป่วยทำให้การสื่อสารเป็นไปได้ดีด้วยดี และอาจมีความแตกต่างหากผู้ป่วยสื่อสารกับบุคคลอื่นในสังคม

ข้อจำกัดในการศึกษานี้ คือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีข้อจำกัดในด้านความหลากหลายของระดับความรุนแรงของอาการทางจิต จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตระดับรุนแรง การศึกษาค้างนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างค่อนข้างน้อย เมื่อเทียบกับจำนวนตัวแปรที่ต้องการวิเคราะห์ และยังมีปัจจัยที่สำคัญที่สัมพันธ์กับการทำหน้าที่ทางสังคมอย่างชัดเจนที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมด้วยในการศึกษานี้ ได้แก่ neurocognition และ negative symptoms

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ ผักหักชะการรู้คิดทางสังคม ควบคู่กับการบำบัดเพื่อลดอาการทางจิต โดย

เน้นทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ทางสังคมและการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

สรุป

การรู้คิดทางสังคมและระดับความรุนแรงของอาการทางจิต มีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยที่ร่วมทำนายการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท แม้ไม่พบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับการทำหน้าที่ทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ แต่พบความสัมพันธ์ขนาดปานกลางระหว่างพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวกับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต การช่วยเหลือผู้ป่วยจึงควรเน้นการฟื้นฟูทักษะการรู้คิดทางสังคม โดยเฉพาะการออกแบบแผนซึ่งหมายถึงการเข้าใจความสามารถในการเข้าใจกฎหรือบริบททางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับคนในสังคมและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลด้านการประกอบอาชีพเป็นปัจจัยเดียวที่มีความสัมพันธ์กับระดับการทำหน้าที่ทางสังคมอีกด้วย ดังนั้น การฟื้นฟูด้านอาชีพ (vocational rehabilitation) จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนงบประมาณโครงการจาก ศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น “Research and Training Center for Enhancing Quality of Life of Working-Age People” and “Research and Graduate Studies” Khon Kaen University

เอกสารอ้างอิง

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and

substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.

2. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi Essential Psychiatry. Fourth Edition. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
3. Udomratn P, Vasiknanonte S. Textbook of schizophrenia. Bangkok: Psychiatric Associations; 2009.
4. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: An NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull* 2008;34(6):1211-20.
5. Green MF, Horan WP. Social cognition in schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci* 2010; 19(4):243-8.
6. Barbato M, Liu L, Penn DL, Keefe RSE, Perkins DO, Woods SW, et al. Social cognition as a mediator between neurocognition and functional outcome in individuals at clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2013;150(2-3):542-6.
7. Fett A-KJ, Viechtbauer W, Dominguez M-G, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2011;35(3):573-88.
8. Amminger GP, Schäfer MR, Klier CM, Schlögelhofer M, Mossaheb N, Thompson A, et al. Facial and vocal affect perception in people at ultra-high risk of psychosis, first-episode schizophrenia and healthy controls: Affect perception in early psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2012;6(4):450-4.

9. Savla GN, Vella L, Armstrong CC, Penn DL, Twamley EW. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: A meta-analysis of the empirical evidence. *Schizophr Bull* 2013;39(5):979-92.
10. Brown EC, Tas C, Can H, Esen-Danaci A, Brüne M. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2014;55(1):25-32.
11. Chouvong C. The factor effecting communication behavior of schizophrenic patient and their family member in out patients department of Suansaranrom Hospital. [dissertation]. Suansaranrom Hospital. Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2002.
12. Chuamor P. Family communication behaviours as perceived by persons with relapsed schizophrenia in Suan Prung Psychiatric Hospital. [dissertation]. Chiang Mai University; 2005.
13. Kittirattanapaiboon P. Lecture documents assessment of psychiatric symptoms Suanprung Hospital. Training Program Guidelines for interviewing and scoring BPRS in the format of T-PANSS. Chiang Mai: Suanprung Hospital; 2001
14. Roberts DL, Fiszdon J, Tek C. Ecological validity of the social cognition screening questionnaire (SCSQ). In: William T. Carpenter, Baltimore, editors. Abstracts for the 13th International Congress on Schizophrenia Research (ICOSR). *Schizophrenia Bulletin*. 2011 Mar 1;37(suppl_1):1-327.
15. Charernboon T, Patumanond J. Social cognition in schizophrenia. *Ment Illn* 2017; 9(1):7054.
16. Charernboon T. Validity and reliability of the Thai version of the Faces Test. *J Med Assoc Thai* 2017;100 (suppl. 5): S42-S45.
17. Chittarom C. The effect of effective communication skills training program on communication in families with adolescent children. The 8th International Mental Health Academic Conference 2002; Mental Health and Drugs.
18. Boonyamalik P, Suksawang S, Sawangwongsin S. Development of the living skills assessment for psychiatric rehabilitation (LSD 30). *Journal of Srithanya Hospital* 2012; 13: 1-12.
19. Buck BE, Healey KM, Gagen EC, Roberts DL, Penn DL. Social cognition in schizophrenia: factor structure, clinical and functional correlates. *J Ment Health* 2016;25(4):330-7.
20. Javed A, Charles A. The importance of social cognition in improving functional outcomes in schizophrenia. *Front Psychiatry* 2018;9: 157.
21. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Harvey PD. Social Cognition Psychometric Evaluation: Results of the Initial Psychometric Study. *Schizophr Bull* 2016;42(2):494-504.
22. Revheim N, Medalia A. Verbal memory, problem-solving skills and community status in schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 68(2-3), 149-58.
23. Sergi M, Rassovsky Y, Widmark C, Reist C, Erhart S, Braff D, et al. Social cognition in schizophrenia: Relationships with neurocognition and negative symptoms. *Schizophr Res* 2007; 90(1-3):316-24.

24. Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *Br J Psychiatry*. 2006; 189(4):373-8.
25. Mazza M, Pollice R, Pacitti F, Pino MC, Mariano M, Tripaldi S, et al. New evidence in theory of mind deficits in subjects with chronic schizophrenia and first episode: correlation with symptoms, neurocognition and social function. *Riv Psichiat* 2012; 47: 327-36.
26. Okruszek L, Bala A, Wordecha M, Jarkiewicz M, Wysokinski A, Szczepocka E, et al. Social cognition in neuropsychiatric populations: a comparison of theory of mind in schizophrenia and mesial temporal lobe epilepsy. *Sci Rep*. 2017;7(1):484.
27. Roncone R, Falloon IRH, Mazza M, De Risio A, Pollice R, Necozone S, et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology* 2002;35(5):280-8.
28. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S44-S63. doi:10.1093/schbul/sbl029
29. Martin JA, Penn DL. Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions. *Schizophr Bull*. 2002;28(1):131-41.
30. Bentall RP, Rowse G, Shryane N, Kinderman P, Howard R, Blackwood N, et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66(3): 236-47.
31. van Hooren S, Versmissen D, Janssen I, Myin-Germeys I, à Campo J, Mengelers R, et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis. *Schizophr Res* 2008; 103(1-3):257-65.
32. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: Multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. *Schizophr Res* 2011; 125(2-3):143-51.
33. Andrzejewska M, Wójciak P, Domowicz K, Rybakowski J. Emotion recognition and theory of mind in chronic schizophrenia: association with negative symptoms. *Arch Psych Psych* 2017;19(4):7-12.
34. Harvey PD, Strassnig MT, Silberstein J. Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *J Exp Psychopathol* 2019;10(3):204380871 986569.
35. Lindgren M, Holm M, Kieseppä T, Suvisaari J. Neurocognition and social cognition predicting 1-year outcomes in first-episode psychosis. *Front Psychiatry* 2020;11:603933.
36. Rajji TK, Miranda D, Mulsant BH. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Can J Psychiatry* 2014; 59:13-7.
37. Ventura J, Helleman GS, Thames AD, Koellner V, Nuechterlein KH. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2009; 113:189-99.

38. Arsova S, Bajraktarov S, Barbov I, Hadzihamza K. Patients with schizophrenia and self-care. *Open Access Maced J Med Sci* 2014;2(2): 289-92.
39. Bae S-M, Lee S-H, Park Y-M, Hyun M-H, & Yoon H. Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: Exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investig* 2010;7(2):93-101.
40. Mihwa H, Seong S-J. Effects of psychotic symptoms and social cognition on job retention in patients with schizophrenia in Korea. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17,2628.
41. Weinberg D, Shahar G, Davidson L, McGlashan TH, Fennig S. Longitudinal associations between negative symptoms and social functioning in schizophrenia: The moderating role of employment status and setting. *Psychiatry* 2009;72(4):370-81.
42. Bowie CR, Harvey PD. Communication abnormalities predict functional outcomes in chronic schizophrenia: Differential associations with social and adaptive functions. *Schizophr Res* 2008 ;103(1-3): 240-7.
43. Bowie CR, Gupta M, Holshausen K. Disconnected and underproductive speech in schizophrenia: Unique relationships across multiple indicators of social functioning. *Schizophr Res* 2011;131(1-3):152-6.
44. Zhu R, Wang D, Wei G, Wang J, Zhou H, Xu H, et al. Association of negative symptoms with cognitive impairment in Chinese Han patients with chronic schizophrenia. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2021; 25(3):292-298.
45. Flavia S, Galaverna, Carlos A, Morra, Adrián MB. Severity of negative symptoms significantly affects cognitive functioning in patients with chronic schizophrenia: The slowing in cognitive processing. *Eur Psychiatry* 2014;28(3):145-153.
46. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull* 2006;32(Suppl. 1):S44-S63. doi:10.1093/schbul/sbl029
47. Toda M, Abi-Dargham A. Dopamine hypothesis of schizophrenia: Making sense of it all. *Curr Psychiatry Rep* 2007;9(4):329-36.
48. DeLisi LE, Szulc KU, Bertisch HC, Majcher M, Brown K. Understanding structural brain changes in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8(1):71-8.



ประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น The Effectiveness of Suicide Surveillance and Prevention Guidelines with the Community Participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province

จักรกริช ไชยทองศรี*, อาทิตยา บุตรแสง*, เจษฎา สุรวรรณ**, ปัทมา ล้อพงศ์พานิช***

Jagkrit Chaitongsri*, Arthittaya Butsaeng*, Jesada Surawan**, Pattama Lophongpanit***

* โรงพยาบาลซำสูง

** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

*** คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

* Sam Sung Hospital

** Strategy for Health Development Subdivision, Khon Kaen Provincial Health Office

*** Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น

วิธีการศึกษา การวิจัยแบบกึ่งทดลอง รูปแบบ Pretest Posttest Design เก็บข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม 2563 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือการวิจัยคุณภาพ ซ้ำสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและครอบคลุมวัดดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย 1) แผนการสอน 2) แบบประเมินความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และระบบส่งต่อผู้ป่วย 3) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา เครื่องมือการวิจัยคุณภาพซ้ำสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมวัดดี ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .01$, $\leq .05$ และ $\leq .01$ ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 80.00 มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย ร้อยละ 20.00 ระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 93.33 ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.67 มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบวาระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .05$)

สรุป การให้ความรู้และพัฒนาทักษะการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยแก่ครอบครัว และชุมชน ร่วมกับการแก้ไขปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตรายบุคคล พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมความคิดเชิงบวก สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายลดลง

คำสำคัญ ประสิทธิภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีส่วนร่วมของชุมชน
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 59-70

Corresponding author: จักกริช ไชยทองศรี โรงพยาบาลซำสูง 231 หมู่ 3 อำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น 40170

Email: Jagkrit.chai@gmail.com

วันรับ : 28 มิถุนายน 2564 วันแก้ไข : 1 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ : 5 ตุลาคม 2564

Abstract

Objective: To study the effectiveness of suicide surveillance and prevention guidelines with the community participation in Sam Sung District, Khon Kaen Province

Methods: This was a quasi-experimental pre-test and post-test studies research design. Data were collected from September 1 - December 31, 2020. The sample groups were purposive sampling include the suicidal risk groups, which were divided into the control and experimental group, 30 people for each group, Sam Sung health service network, suicide risk families, and buddy families. The research tools consisted of 1) teaching plans, 2) assessment of the knowledge, attitudes, surveillance behaviors of suicide prevention, and referral system 3) the 2-questions depression screening form, the 9-questions depression screening form, and the 8-questions suicidal ideation form (8Q) from the Department of Mental Health, Ministry of Health. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics.

Results: The mean score of knowledge, attitude, surveillance behaviors of suicide prevention, and referral system in Sam Sung health service network group, suicide risk families, and buddy families after participating in a research project was statistically significantly higher than before participating. ($p\text{-value} \leq .01$, $\leq .05$, and $\leq .01$ respectively) Before participating in a research project, 80.00% of the experimental suicidal risk group had the current suicidal tendencies/ideas at a low level and 20.00% at a medium level. After participating in a research project 93.33% had no suicidal tendencies/ideas and 6.67% had the current suicidal tendencies/ideas at a low level. The levels of current suicidal tendencies/ideas were statistically different between the control and experimental group. ($p\text{-value} \leq .05$)

Conclusion: Provide education and developing surveillance suicide prevention, and referral system skills to the families and communities together with solving individual physical and mental health problems, develop knowledge of mental health and promote positive thinking to the suicidal risk groups. It can help reduce the current suicidal tendencies/ideas.

Keywords: effectiveness, suicide surveillance and prevention, community participation
J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 59-70

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาทางสุขภาพจิตที่มีความรุนแรงทั้งในแง่สังคมและสาธารณสุข จากสถิติองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2016 (พ.ศ. 2559) ร้อยละ 79 ของการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ-รายได้ปานกลางพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (13.5 และ 7.7 ต่อประชากรแสนคน) และ เป็นอันดับที่ 18 ของสาเหตุการตายทั่วโลก¹ สำหรับประเทศไทยพบแนวโน้มการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเพิ่มขึ้นจาก 6.03 ต่อประชากรแสนคนในปี พ.ศ. 2560 เป็น 6.30 และ 6.64 ในปี พ.ศ. 2561 และ 2562 ตามลำดับ² เช่นเดียวกับกับจังหวัดขอนแก่น พบแนวโน้มอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 - 2562 เท่ากับ 5.89, 7.21 และ 7.54 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ อำเภอที่พบอัตราการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จสูงสุด ระหว่างปี พ.ศ. 2561 - 2562 คืออำเภอชำสูง เท่ากับ 21.01 และ 21.13 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ³

จากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตาย ทฤษฎีการฆ่าตัวตาย 3 ขั้นตอน (Three-step theory) ของ E. David Klonsky และ Alexis M. May⁴ อธิบายว่า ก่อนการคิดฆ่าตัวตายนุบุคคลจะเริ่มจากความเจ็บปวด ความทุกข์ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ร่วมกับความรู้สึกสิ้นหวังในชีวิต ถ้าบุคคลนั้นมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลรอบข้าง จะทำให้ความคิดฆ่าตัวตายลดลง แต่ถ้าสัมพันธภาพนั้นไม่ดีจะส่งผลให้เกิดความคิดฆ่าตัวตายอย่างจริงจังและเมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการฆ่าตัวตายทำให้มีโอกาสที่จะฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ ได้แก่ เป็นเพศชาย มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง มะเร็ง เป็นโรคทางจิตเวช เช่น ปัญหาติดยาเสพติด ภาวะซึมเศร้า และปัญหา ยาเสพติด⁵⁻⁷ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ แนะนำแนวทางป้องกันและลดปัญหาการฆ่าตัวตาย

ประกอบด้วย 1) บุคคล ควรได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายที่ดีอย่างต่อเนื่องควบคู่ไปกับการเสริมแรงด้านจิตใจให้ยังคงมีความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่ 2) ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน 3) ชุมชนและการมีระบบบริการการดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจอย่างต่อเนื่อง จากชุมชน ชูชุมชน เน้นการเสริมปัจจัยปกป้องที่แข็งแรงจากครอบครัว ชุมชน และสังคมรอบข้าง⁸

โรงพยาบาลชำสูง อำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น เห็นความสำคัญดังกล่าว จึงใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ พัฒนาแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง จากนั้นจึงประเมินประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย เพื่อนำผลที่ได้ไปปรับปรุงกระบวนการดำเนินงานและนำไปใช้ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้า และได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน 1 - 16 คะแนน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย - ปานกลาง อาศัยอยู่ในอำเภอชำสูง จังหวัดขอนแก่น
2. ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลในครอบครัวกลุ่มเสี่ยง
3. ครอบครัวบัดดี หมายถึง เพื่อนบ้านที่มีความสนิทสนมใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยง
4. เครือข่ายบริการสุขภาพชำสูง หมายถึง ผู้นำชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู นักเรียน ตำรวจ

พระสงฆ์ บุคลากรจากโรงพยาบาล ส่วนราชการ และองค์กรบริหารส่วนตำบล

4. แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง การดำเนินงานเพื่อดูแลและเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย ประกอบด้วย 1) กลุ่มเสี่ยง ได้รับการเสริมสร้างภาวะสุขภาพกายและจิตที่ดีอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับการเสริมแรงทางบวกด้านจิตใจให้ยังคงมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความหวัง เหตุผลของการมีชีวิตอยู่ และมีความสุขตามบริบทที่เป็นอยู่ 2) ครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน มีความผูกพันในระหว่างสมาชิกของครอบครัว ยอมรับ สนับสนุนให้กำลังใจ สร้างสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย รวมทั้งการตระหนักถึงความสำคัญ เข้าใจและสังเกตถึงสัญญาณเตือน ทำให้ส่งต่อการรักษาอย่างถูกขั้นตอน ถูกเวลา ทันทั่วทั้ง 3) ชุมชน ปรับมุมมองด้านบวก ลดอคติและการสร้างตราบาปของการฆ่าตัวตาย จัดกิจกรรมดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูจิตใจให้กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง

5. ประสิทธิภาพแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประเมินจาก 1) ระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ในกลุ่มเครือข่ายบริการสุขภาพฯ ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและครอบครัวที่ดี เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรมให้ความรู้ 2) ระดับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) รูปแบบ Pretest Posttest Design⁹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ณ อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาศึกษาวิจัย ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน - 31 ธันวาคม 2563

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ กลุ่มเสี่ยง เครือข่ายบริการสุขภาพฯ ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวที่ดี อาศัยอยู่ในอำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น

1.2 กลุ่มตัวอย่าง มี 3 กลุ่ม ได้แก่

1.2.1 กลุ่มเสี่ยง จำนวน 66 คน แบ่งเป็น

2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน

1.2.2 เครือข่ายบริการสุขภาพฯ จำนวน 94 คน

1.2.3 ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มทดลอง) และครอบครัวที่ดี ครอบครัวละ 1 คน จำนวน 66 คน

1.3 การคำนวณขนาดตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง

1.3.1 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

1.3.1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยง กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) = 0.80 ประมาณค่าอิทธิพล (effect size) จากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่ม เมื่อทดสอบสมมติฐานด้วย t-test¹⁰ จากสูตร

$$d = \frac{\bar{x}_E - \bar{x}_C}{SD_C}$$

โดยที่ d = ขนาดอิทธิพล

$\bar{x}_E$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{x}_C$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_C = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

จากทบทวนวรรณกรรมเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในชุมชน¹¹ พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.30 คะแนน กลุ่มควบคุมเท่ากับ 14.05 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุมเท่ากับ 3.97 นำค่าที่ได้มาแทนค่าในสูตร $d = 0.7$ กำหนดค่า $\alpha = 0.05$ Power analysis = 0.80 จากตาราง Power Tables for Effect Size d ¹² ได้ค่าขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 33 คน

1.3.1.2 กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของ Krejcie and Morgan¹³ ดังนี้

$$n = \frac{x^2 NP(1-P)}{e^2(N-1) + x^2 P(1-p)}$$

โดยที่ n = ค่าขนาดตัวอย่าง

x^2 = ค่า chi-square value ที่ความเชื่อมั่น 95% และองศาความเป็นอิสระ (degree of freedom) เท่ากับ 1 มีค่าเท่ากับ 3.84

N = ขนาดประชากร เท่ากับ 124 คน

P = ค่าสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจ เท่ากับ 0.50

e^2 = ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร เท่ากับ 93.95 คน ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูงเท่ากับ 94 คน

1.4 การสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เพื่อเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สุ่มเลือกจากตำบลที่มีการคัดเลือกรักษาสำเร็จ จำนวน 2 ตำบลเป็นฐานในการคัดเลือกรักษาควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ใช้ลำดับเลขที่การลงทะเบียนเข้ารับการรักษาและอยู่ภูมิลำเนาเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็นฐานในการสุ่ม กลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ ใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง

1.5 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่

1.5.1 กลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4-5 เป็นต้น มีภาวะซึมเศร้า คัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนนระหว่าง 1 - 16 คะแนน กลุ่มควบคุม อาศัยอยู่ในตำบล ก. กลุ่มทดลองอาศัย

อยู่ในตำบล ข. อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.5.2 เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เครือข่ายกู้ชีพ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู นักเรียน ตำรวจ พระสงฆ์ บุคลากรจากโรงพยาบาล ส่วนราชการ หรือองค์การบริหารส่วนตำบล อยู่ภูมิลำเนาเดียวกันกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.5.3 ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ ได้แก่ บุคคลในครอบครัวกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และเพื่อนบ้าน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ และเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

1.6 เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่

1.6.1 กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกกิจกรรม

1.6.2 กลุ่มตัวอย่างต้องการออกจากโครงการวิจัย

1.6.3 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงคัดกรองด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย (8Q) ได้คะแนน ≥ 17 คะแนน มีแนวโน้มการฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง ให้นำตัวส่งเข้ารับการรักษาทันที

2. เครื่องมือและคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

2.1 เครื่องมือการวิจัย จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 เครื่องมือการอบรมให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ แผนการให้ลูกศึกษาแก่

เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมได้ดี ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ผิดทักษะการใช้แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย วิธีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ระยะเวลาอบรม 1 วัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย สำหรับให้เครือข่ายบริการสุขภาพข้ามสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมได้ดีเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา บทบาทหน้าที่ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ เรื่องการเฝ้าระวัง และป้องกันการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามเป็นคำถามปลายปิด แบบเลือกตอบ ใช่ และ ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติการเป็นผู้เฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย มีข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย เห็นด้วยไม่เห็นด้วยเท่า ๆ กัน ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 10 ข้อ เชิงลบจำนวน 5 ข้อ และ ส่วนที่ 4 การประเมินตนเองด้านพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) เลือกตอบ 5 ข้อ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

ชุดที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย สำหรับให้กลุ่มเสี่ยงเป็นผู้ตอบ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการดื่มสุราและ/หรือสารเสพติด และ

เหตุการณ์สำคัญที่กระทบการดำเนินชีวิตของกลุ่มเสี่ยง การฆ่าตัวตาย ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข การตอบคำถามแบบประเมิน 2Q ตอบว่าใช่/มี ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ใช้แบบประเมิน 9Q เพื่อประเมินระดับภาวะซึมเศร้า การแปลผล คะแนน < 7 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าน้อยมากหรือไม่มีภาวะซึมเศร้า 7 - 12 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าน้อย 13 - 18 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥ 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยที่ผู้ตอบแบบประเมิน 9Q ได้คะแนน ≥ 7 คะแนน ให้ใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8Q การแปลผล 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน 1 - 8 คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง ≥ 17 คะแนน มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง

2.2 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย ได้ทำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพได้รับการอบรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ อาจารย์พยาบาลสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เครื่องมือการวิจัยชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of Item-Objective Congruence: IOC) เท่ากับ 0.92 หลังจากนั้นนำเครื่องมือชุดที่ 2 ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สถิติ Cronbach's alpha ได้เท่ากับ 0.86

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

นักวิจัยทำหนังสือขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เมื่อได้

รับอนุญาตและผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC 63071 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ดังนี้

3.1 ขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลข้าสูง หลังจากนั้นจึงคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ตัดสินใจว่าจะเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ ในกรณีที่ ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัย จะไม่มีผลต่อการรับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ที่ยินดียใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารและนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรม โดยกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามแนวทางเดิมที่โรงพยาบาลข้าสูงเคยปฏิบัติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่ที่พัฒนาขึ้น

3.2 นักวิจัยจัดประชุมผู้มีความเกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง ได้แก่ ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง ครอบครัวปกติ และเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง เพื่ออธิบายโครงการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และให้ตัดสินใจเข้าร่วม/ไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ ให้กับเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตายและการส่งต่อผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายเข้ารับการรักษา ฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2 Q) 9 คำถาม (9 Q) และแบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) จากกรณีตัวอย่าง ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย และแจกโปสเตอร์สัญญาณเตือนความเสี่ยงการฆ่าตัวตายไปติดในบ้านและสถานที่สาธารณะ เพื่อแจ้งเตือนต่อชุมชนให้ร่วมกันเฝ้าระวังและทราบบวิธีส่งต่ออย่างทันท่วงที

สัปดาห์ที่ 2 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง ประเมินสภาพร่างกายตามโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่ รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการฆ่าตัวตาย เพื่อวิเคราะห์และวางแผนแก้ไขสาเหตุเป็นรายบุคคล รวมทั้งการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อลดโอกาสฆ่าตัวตาย เช่น การจัดเก็บเชื้อเพลิง อุปกรณ์ของมีคม การเก็บน้ำยา สารเคมีต่าง ๆ ในที่ปลอดภัย การปรับเวลานุคนอนในครอบครัวให้สามารถสลับกันอยู่เป็นเพื่อนกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

สัปดาห์ที่ 3 นักวิจัยเยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง เปิดโอกาสให้กลุ่มเสี่ยงได้พุดระบายความรู้สึกของตนเอง จัดกิจกรรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจิต (mental health literacy) ได้แก่ การรู้เท่าทันภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การให้กำลังใจ การส่งเสริมทักษะในการแสวงหาความช่วยเหลือจากชุมชนและสังคม สายด่วนกรมสุขภาพจิต การส่งเสริมความคิดเชิงบวก และการมองโลกในแง่ดี

สัปดาห์ที่ 4 - 7 จัดกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง โดยส่งเสริมให้ครอบครัวปกติหรือเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ผลัดเปลี่ยนมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจกลุ่มเสี่ยง การโทรศัพท์พูดคุยกับญาติพี่น้อง รวมทั้งการชักจูงให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ออกไปนอกบ้านพบปะกับผู้อื่นมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านกลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง เพื่อประเมินภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 2Q 9Q และ 8Q สำหรับเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัวปกติ (กลุ่มทดลอง) ประเมินความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เมื่อสิ้นสุดการเก็บข้อมูลการวิจัย นักวิจัยจะจัดกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็งให้กับกลุ่มเสี่ยง (กลุ่มควบคุม)

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และ ครอบคลุมได้ดี ในรูปแบบเดียวกันกับที่กลุ่มทดลองได้รับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย ก่อนและ หลังการอบรม โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Paired t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะซึมเศร้าและความต้องการการฆ่าตัวตายของกลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อน และ หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้สถิติ Chi-Square Test

ผลการศึกษา

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมได้ดี ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการ

ฆ่าตัวตายกลุ่มทดลอง เข้าร่วมโครงการวิจัยครบทุกกิจกรรม มีจำนวน 90 คน แบ่งเป็น เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ร้อยละ 62.22 (56 คน) ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 33.33 (30 คน) และ ครอบคลุมได้ดี ร้อยละ 4.44 (4 คน) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.20 (65 คน) เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 51.01 ปี (SD 10.37) ร้อยละ 60.00 (54 คน) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40.00 (36 คน) มีสถานภาพเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 33.33 (30 คน) เป็นครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และร้อยละ 10.00 (9 คน) เป็นอาสาสมัครกู้ภัย ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรม การเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .01$, $\leq .05$ และ $\leq .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะคิด และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย เปรียบเทียบก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการ (n=90 คน)

การทดสอบสมมติฐาน	$\bar{X}$	SD	$\bar{D}$	t	p-value
ความรู้					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	9.18	1.34	2.21	10.09	$\leq .01^{**}$
หลังเข้าร่วมโครงการ	11.39	1.71			
ทัศนคติ					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	3.79	0.36	0.20	3.39	$\leq .05^{*}$
หลังเข้าร่วมโครงการ	4.00	0.35			
พฤติกรรม					
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	2.48	1.11	0.72	4.10	$\leq .01^{**}$
หลังเข้าร่วมโครงการ	3.20	0.90			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมโครงการวิจัยครบทุกกิจกรรม มีจำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน กลุ่มทดลอง 30 คน ส่วนใหญ่ ร้อยละ 76.67 (23 คน) ของกลุ่มควบคุม และร้อยละ 60.00 (18 คน) กลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value .165) อายุเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเท่ากับ 59.57 ปี (SD 7.61) และ 66.23 ปี

(SD 9.35) ตามลำดับ ทดสอบด้วยสถิติ independent t-test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยของอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .01$) กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.33 (25 คน) และกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.00 (15 คน) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .01$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะกลุ่มเสี่ยง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ($n=60$ คน)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มเสี่ยง		กลุ่มเสี่ยง		x²/t	p-value
	กลุ่มควบคุม (N 30 คน)		กลุ่มทดลอง (N 30 คน)			
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ					1.93	.165
ชาย	7	23.33	12	40.00		
หญิง	23	76.67	18	60.00		
อายุ (ปี)	59.57 ปี (SD 7.61)		66.23 ปี (SD 9.35)		3.02	≤.01**
การศึกษา					15.17	≤.01**
ไม่ได้เรียน	0	0.00	12	40.00		
ประถมศึกษา	25	83.33	15	50.00		
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	13.33	2	6.67		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	3.33	1	3.33		
ปริญญาตรี	0	0.00	0	0.00		

******มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มเสี่ยงที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม กลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย ร้อยละ 70.00 (21 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ร้อยละ 30.00 (9 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง กลุ่มทดลอง ร้อยละ 80.00 (24 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ร้อยละ 20.00 (6 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับปานกลาง ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value .371)

หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มควบคุม ร้อยละ 73.33 (22 คน) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 26.67 (8 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย กลุ่มทดลอง ร้อยละ 93.33 (28 คน) ไม่มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ร้อยละ 6.67 (2 คน) มีความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ระดับน้อย ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square Test พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความคิดฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมินความคิดฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย (n=60 คน)

ระดับความคิดฆ่าตัวตาย	กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุม (n 30 คน)		กลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลอง (N 30 คน)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)			
ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย					.800	.371
ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	0	0.00	0	0.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	21	70.00	24	80.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	9	30.00	6	20.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง	0	0.00	0	0.00		
หลังเข้าร่วมโครงการวิจัย					4.32	≤.05*
ไม่มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบัน	22	73.33	28	93.33		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับน้อย	8	26.67	2	6.67		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับปานกลาง	0	0.00	0	0.00		
มีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันระดับรุนแรง	0	0.00	0	0.00		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์

ผลการประเมินประสิทธิผลแนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง และครอบคลุมบัดดี้ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วย หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .01$, $\leq .05$ และ $\leq .01$ ตามลำดับ) กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโครงการวิจัยมีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value $\leq .05$)

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงและครอบคลุมบัดดี้ (กลุ่มทดลอง) ที่เข้าร่วมกิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะ

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย การส่งต่อไปรับการรักษา รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หลังเข้าร่วมกิจกรรมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันการฆ่าตัวตาย และการส่งต่อผู้ป่วยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของหยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายโดยชุมชนมีส่วนร่วมที่ตำบลจรม อำเภอท่าปลา จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข แกนนำในชุมชน ครู และครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง มีคะแนนความรู้ หลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อนบ้านและครอบครัว ให้มีความรู้และทักษะการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาของหยกฟ้า เพ็งเลีย และคณะ¹⁴ สุภาพร

จันทรสาม, เรณูการ์ ทองคำรอด และ กชพงศ์ สารการ¹⁵ James Allen และคณะ¹⁶ พบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชนและญาติสนิทของกลุ่มเสี่ยงการฆ่าตัวตาย จะทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และยินดีให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลทำให้กลุ่มเสี่ยง กลุ่มทดลองมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายในปัจจุบันลดลง

หลังการเข้าร่วมโครงการวิจัย กลุ่มเสี่ยง กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีระดับความคิดฆ่าตัวตายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq .05$) สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าของธีรพงษ์ ธงหิมะ, สุทธิพร มูลศาสตร์ และปราการณมยางกูร¹¹ พบว่าการจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย การป้องกันภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ การฝึกทักษะวิเคราะห์อาการ สาเหตุ และการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ร่วมกับการส่งเสริมการคิดเชิงบวก ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายลงได้

สรุป

แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอข้าสูง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย กิจกรรมรู้ก่อนป้องกันได้ และกิจกรรมสร้างครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง เน้นการให้ความรู้แก่เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยงและครอบครัววัดดี การฝึกทักษะการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตายจากกรณีศึกษา สำหรับกลุ่มเสี่ยง เน้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสุขภาพจิตรายบุคคล พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมความคิดเชิงบวก จากผลการวิจัยพบว่า สามารถช่วยให้กลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้ม/ความคิดฆ่าตัวตายลดลง

ข้อเสนอแนะ

เครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัววัดดี ควรได้รับการทบทวนความรู้ทัศนคติการเฝ้าระวังและป้องกันการฆ่าตัวตายทุกปี เพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกรณีที่กลุ่มเสี่ยงมีสภาวะโรคที่แย่ลงกว่าเดิม จะต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบการจัดกิจกรรมครอบครัวอบอุ่น ภายใต้คำแนะนำของนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์เป็นรายบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลงไปได้ด้วยดี เพราะได้รับความกรุณาอย่างยิ่งจาก นายแพทย์สมชายโชติ ปิยวัชรเวลา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ที่สนับสนุนให้มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณนายแพทย์ศักรินทร์ แก้วเจ้า นางศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร และ ดร.กชพงศ์ สารการ ที่ได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข จนทำให้เครื่องมือในการวิจัยมีความสมบูรณ์ ขอขอบคุณเครือข่ายบริการสุขภาพข้าสูง ครอบครัวกลุ่มเสี่ยง และครอบครัววัดดี ที่ช่วยให้ข้อมูลในการทำวิจัย ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. World Health Statistics 2019: Monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2019.
2. National suicide prevention center. Success rate of suicide per 100,000 populations [Internet]. 2021. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp

3. National suicide prevention center. Suicide rate Khon Kaen Province during the year 2017 - 2019 [Internet]. 2021. Available from: https://suicide.dmh.go.th/report/suicide/s_stat.
4. Klonsky ED, May AM. The Three-Step Theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *Int J Cogn Ther*. 2015; 8(2): 114-29.
5. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R et.al. The suicidality in Thai population: A national survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4): 413-24.
6. Khamma A. Risk factors associated with suicide: A case - control study in Sukhothai province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2013; 58(1): 3-16.
7. Hataiyusuk S, Apinuntavech S. Adolescent suicide in Thailand: Incidence, causes and prevention. *Siriraj Medical Bulletin* 2020; 13(1): 40-7.
8. Yodklang O, Tipayamongkholgul M. Suicide Prevention and Self-Harm Reduction in Thailand. [Internet]. 2021. Available from: <https://suicide.dmh.go.th/download>
9. Choochom O. Quasi - experimental research. *Journal of Behavioral Science* 2009; 15(1):1-15.
10. Sukamonson S. Effect size: Practical significance in research. *Pasaa Paritat Journal* 2010; 25:26-37.
11. Thonghima T, Moolsart S, Thomyangkoon P. The effectiveness of a suicide prevention program in elderly with depression in a community. *Journal of Nursing and Health Research* 2019;20(2):105-18.
12. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum; 1988.
13. Pasunon P. Sample size determination from Krejcie and Morgan (1970) approach in quantitative research. *The Journal of Faculty of Applied Arts*. 2014;7(2):112-25.
14. Penglia Y, Tippunya S, Puksorn K, Likasitdamrongkul W, Thanee S, Luprasong S. Application of community participatory programs for suicide prevention: a case study at Jarim sub-district, Tha-Pla district, Uttaradit province. *J Ment Health Thai* 2018; 26(3): 186-96.
15. Junsam S, Thongkhamrod R, Sarakan K. The development of a community participatory model in preventing suicide of Yasothon province. In: *The 8th STOU National Research Conference Sukhothai Thammathirat Open University*. Nonthaburi; 2018. p. 405-12.
16. Allen J, Mohatt G, Ching C, Fok T, Henry D, People Awakening Team. Suicide prevention as a community development process: understanding circumpolar youth suicide prevention through community level outcomes. *Circumpolar Heal* 2009; 68: 274-91.



ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพื่อสับสน ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช

Risk Factors for Delirium Tremens in Patients with Alcohol Withdrawal Syndrome in Psychiatric Ward

บุญกุล โลกะพันธุ์*, พิชัย แสงชาญชัย*, วนิดา รัตนสมาวงค์*

Boonkul Lokapan*, Pichai Saengcharnchai*, Wanida Rattanasumawong*

* กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

* Department of Psychiatry and Neurology, Phramongkutklao hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพื่อสับสนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นแบบ การศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของแผนกจิตเวชโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างช่วงธันวาคม 2548 ถึง เมษายน 2562 จำนวน 209 คน โดยศึกษาข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยจากแบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในครั้งนี้อย่างดีประวัติอดีต ข้อมูลเกี่ยวกับเกี่ยวกับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้ข้อมูลจาก MINDs Score และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ

ผลการศึกษา ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย 14 ปัจจัย ได้แก่ เหตุผลการหยุดดื่มจากสาเหตุไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้ถูกบังคับให้มาบำบัด ($P < 0.001$), เคยมีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ($P < 0.001$), เคยมีประวัติแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ($P = 0.016$), เคยมีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ($P = 0.001$), ได้รับการรักษาด้วย fixed-dose regimen ($P < 0.001$), ยาที่ใช้รักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์กลุ่ม benzodiazepine ในรูปแบบ diazepam IV ($P < 0.001$), อุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก ($P = 0.002$), อาการกระสับกระส่าย ($P = 0.047$), มีอาการชัก ($P < 0.001$), มีอาการสับสนวันเวลาสถานที่ ($P = 0.035$), ระดับเกล็ดเลือด, ($P < 0.001$), ระดับโพแทสเซียมในเลือด ($P < 0.001$), ระดับ creatinine ในเลือด ($P = 0.031$) และระดับ AST ในเลือด ($P < 0.001$) โดยเมื่อนำปัจจัยทั้ง 14 ปัจจัยไปวิเคราะห์ด้วย Multiple logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ เหตุผลการหยุดดื่มแบบไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้ถูกบังคับให้มาบำบัด, มีอาการชัก, มีประวัติแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ และอุณหภูมิ ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลป้องกันให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ ระดับเกล็ดเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือด

สรุป พบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมากขึ้นกว่างานวิจัยก่อนหน้านี้ในประเทศไทย ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเหตุผลการหยุดดื่ม, มีประวัติแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์, อุณหภูมิสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก, มีอาการชัก, ระดับเกล็ดเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้

คำสำคัญ ปัจจัยเสี่ยง ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 71-86

Corresponding author: พันตรีหญิง แพทย์หญิง วนิดา รัตนสมาวงค์ กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
315 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โทร 027633187 e-mail: drwanida.rat@gmail.com
วันรับ: 6 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข: 29 กันยายน 2564 วันตอบรับ: 5 ตุลาคม 2564

Abstract

Objective: To study the risks factors related to delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in Psychiatric ward.

Methodology: The Retrospective cohort study was done for 209 patients who were diagnosed with alcohol dependence and admitted in Psychiatry department of Phramongkutklao Hospital between December of 2005 to April 2019. The questionnaire was applied including general information, medical information record, alcohol consumed record, information about rating scale of symptom from MINDs Score and laboratory examinations.

Result: The risk factors among Alcohol withdrawal syndrome's patient statistically significant consisted 14 items which are, reason for stopping consumption unintentional and unforced ($P < 0.001$), past history of severe alcohol withdrawal ($P < 0.001$), past history of Delirium tremens ($P = 0.016$), past history of alcohol withdrawal seizure ($P = 0.001$), had treated by fixed-dose regimen ($P < 0.001$), medicine of detoxification (benzodiazepine / diazepam IV) ($P < 0.001$), the highest average temperature in the first 24 hours ($P = 0.002$), agitation ($P = 0.047$), alcohol withdrawal seizure ($P < 0.001$), disoriented ($P = 0.035$), blood level of platelets ($P < 0.001$), blood level of Potassium ($P < 0.001$), blood level of Creatinine ($P = 0.031$), and blood level of AST ($P < 0.001$). Multiple logistic regression was done factors that increasing severe alcohol withdrawal are reason for stopping consumption unintentional and unforced, alcohol withdrawal seizure, past history of Delirium tremens, and temperature and the factors that preventing severe alcohol withdrawal among Alcohol withdrawal syndrome's patient are average of platelets and blood Potassium level.

Conclusion: The study found that the risk factors related to severe alcohol withdrawal is more increasing than researches in the formal time of Thailand included factors of reason for stopping consumption, past history of Delirium tremens, the highest average temperature in the first 24 hours, alcohol withdrawal seizure, blood platelets level and blood Potassium level. From all of the factors, we could be prognosticated severe alcohol withdrawal among Alcohol withdrawal syndrome's patient.

Keywords: Risk factors, delirium tremens, alcohol withdrawal syndrome

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 71-86

บทนำ

ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง จะเกิดภาวะถอนแอลกอฮอล์ในระดับความรุนแรงแตกต่างกันออกไป โดยทั่วไปภาวะถอนแอลกอฮอล์จะมีอาการและอาการแสดงใน 6-24 ชั่วโมงหลังจากหยุดดื่มแอลกอฮอล์ เป็นได้ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงถึงขั้นเกิดภาวะเพ้อจากการถอนแอลกอฮอล์ (alcohol withdrawal delirium) รวมถึงอาการชักได้ ซึ่งมักเกิดใน 72 ชั่วโมงแรกหลังหยุดดื่มแอลกอฮอล์¹ มีผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่เกิดภาวะเพ้อจากการถอนแอลกอฮอล์ พบความชุกของการเกิดภาวะเพ้อจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังร้อยละ 5-56 ภาวะนี้ส่งผลให้มีอัตราการตายเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5-15 ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ในประเทศไทยพบความชุกของภาวะเพ้อจากการถอนแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาคือเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวช ร้อยละ 28² พบอุบัติการณ์ของภาวะเพ้อจากการถอนแอลกอฮอล์สูงถึงร้อยละ 52.6³

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในและ ต่างประเทศพบว่า มีหลายประการ คือ ปัจจัยเรื่องจำนวนครั้งในการชักจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์⁴, ประวัติการเกิดภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในอดีต^{5,6,7}, ค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 150 มิลลิเมตรปรอท⁴, ค่าความดันโลหิตตัวบนมากกว่า 145 มิลลิเมตรปรอท⁶, อุณหภูมิ มากกว่า 38 °C⁴, มีอัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที⁵, โรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคเส้นเลือดหัวใจ (coronary artery disease) โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (chronic pulmonary disease)⁶ และความชุกของประวัติการมีพยาธิสภาพในสมอง⁸ นอกจากนี้ยังพบผลทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติได้แก่ ผู้ป่วยที่มีเกล็ดเลือดต่ำและระดับสารโฮโมซิสทีน (homocysteine) สูงในเลือด⁹, blood urea nitrogen

(MMOL/L) และ Creatinine (MMOL/L)⁷, การมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ และระดับเกล็ดเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษารูปแบบและปัจจัยเสี่ยงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รวมทั้งศึกษาถึงปัจจัยที่ทำให้ภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ซับซ้อนยาวนานขึ้นในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเพื่อเลิกแอลกอฮอล์ ประชากรผู้ป่วยซึ่งเข้ารับการรักษาคือแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และศูนย์บำบัดรักษายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 19 คน ผลการศึกษาพบว่า เกิดภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์แม้จะได้รับการรักษาด้วยยากลุ่มเบนโซไดอาซีปีน จำนวน 10 คนหรือร้อยละ 52.6 แต่ยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำนายการเกิดภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในงานวิจัยนี้ พบเพียงว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) สูงกว่า 120 มิลลิเมตรปรอทขณะแรกเริ่มมีระยะเวลาการเกิดภาวะเพ้อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ยาวนานกว่ากลุ่มที่มีค่าความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) ไม่เกิน 120 มิลลิเมตรปรอท⁷ มีการศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยนอกที่ได้รับกรวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดแอลกอฮอล์เรื้อรังตาม ICD10 ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมาราชนครินทร์ ได้จำนวน 154 คน พบว่าพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์ การคาดการณ์ต่อความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ การสนับสนุนทางสังคม และภาวะความดันโลหิตสูง สามารถทำนายภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้เสพติดแอลกอฮอล์ได้ ร้อยละ 38^{10,11} นอกจากนี้มีการศึกษาหาสาเหตุวิทยา

ของภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังจำนวน 125 คน ที่รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะดังกล่าว ในช่วงปีพ.ศ. 2554 ถึง 2557 พบว่า มีความชุกของภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังที่รับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช ร้อยละ 28 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์เพียงปัจจัยเดียว คือ จำนวนเม็ดเลือดแดง (red blood cell count) ดังนั้นการประเมินผล complete blood cell (CBC) ของผู้ป่วยจะทำให้ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างเหมาะสมจึงสามารถช่วยลดอัตราการตายจากภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ได้^{2,12}

จะเห็นได้ว่าในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังไม่แพร่หลายมากนัก ซึ่งในประเทศไทยมีผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังเป็นจำนวนมาก เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นภาวะที่ส่งผลให้มีอัตราการตายสูงขึ้น ก่อนหน้าอาจมีบางงานวิจัยเคยศึกษาปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์แต่ทำในผู้ป่วยนอกซึ่งภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์อยู่ในระดับเล็กน้อย บางงานวิจัยมีจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวนน้อย จึงยังไม่พบปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลอย่างชัดเจนในผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าเป็นโรงพยาบาลที่รับดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างมาก การศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ในผู้ป่วยติดแอลกอฮอล์เรื้อรังจึงอาจมีผลชัดเจนมากขึ้น

วิธีการศึกษา

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงแบบเพ้อสับสนในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ในหอผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นแบบการศึกษาจากเหตุไปหาผลแบบย้อนหลัง เพื่อหาความชุกและความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlation)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรังที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของกองจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ระหว่างช่วงธันวาคม 2548 ถึง เมษายน 2562 จำนวน 209 คน งานวิจัยได้ผ่านการรับรองจาก คณะอนุกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย กรมแพทยทหารบก หมายเลขงานวิจัยเลขที่ R084h/62

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มประชากรมาทำการศึกษา (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง (alcohol dependence) โดยจิตแพทย์ หรือ แพทย์ประจำบ้านจิตเวช กองจิตเวช และประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โดยยึดเกณฑ์วินิจฉัย Alcohol dependence ตาม DSM-IV TR criteria หรือ ICD-10 criteria

- เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน แผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ที่ได้รับการประเมินความรุนแรงของภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้ MIND Scores ระหว่างช่วงธันวาคม 2548 ถึง เมษายน 2562

- หากเป็นผู้ป่วยคนเดิมที่เคยเข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในหลายครั้ง จะใช้ข้อมูลจากการนอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุดที่เข้ารับการรักษา

- เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ทุกราย

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มประชากรออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

- มีภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal state with delirium) ตั้งแต่แรกเริ่ม

- มีภาวะเพื่อจากหลายสาเหตุ (delirium due to multiple etiology) เป็นหลัก

ขนาดตัวอย่าง (sample size) ในการศึกษา
คำนวณจากการศึกษาของ R. Monte (2009) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเท่ากับ 37.1% และความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีอาการชัก 1 หรือ 2 ครั้งเท่ากับ 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชัก

กำหนดค่า

$\alpha = 0.05$ (two-side test) ค่า $Z_{0.025} = 1.96$

$\beta = 0.20$ $Z_{0.02} = 0.84$

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 pq}{(p_1 - p_0)^2}$$

$$= \frac{(1.96 + 0.84)^2 (0.467)(0.533)}{(0.564 - 0.371)^2}$$

$$= 103.99$$

$$\approx 104$$

ดังนั้น ต้องใช้ตัวอย่างจำนวนอย่างน้อยกลุ่มละ 104 คน รวมทั้งสิ้น 208 คน

หมายเหตุ

n = จำนวนตัวอย่างแต่ละกลุ่ม

p_0 = ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชักเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงเท่ากับ 37.1%

R = ความเสี่ยง (relative risk หรือ odds ratio) ในการเกิดภาวะพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีอาการชัก 1 หรือ 2 ครั้งเท่ากับ 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีอาการชัก

$$p_1 = \frac{p_0 R}{[1 + p_0 (R - 1)]}$$

$$= \frac{(0.371)(2.2)}{[1 + (0.371)(2.2 - 1)]} = 0.564$$

$$p = \frac{(p_1 + p_0)}{2} = \frac{(0.564 + 0.371)}{2} = 0.467$$

$$q = 1 - p = 1 - 0.467 = 0.533$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะแบบฟอร์มการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น

5 ส่วน

ส่วนที่ 1. เป็นแบบการเก็บข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะประชากรของผู้ที่ถูกคัดเลือกในงานวิจัยนี้มีจำนวน 8 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 1.1-1.8

ส่วนที่ 2. เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาในครั้งนี้ และประวัติอดีต มีจำนวน 18 ข้อ ตั้งแต่ข้อ 2.1-2.18 ประกอบด้วย ข้อมูลด้านการวินิจฉัย สาเหตุของการนอนโรงพยาบาล เหตุผลของการหยุดดื่ม ประวัติโรคทางกาย ประวัติการได้รับกระทบกระเทือนรุนแรงทางสมอง ประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ระยะเวลาที่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ระยะเวลาที่ดื่มครั้งสุดท้ายก่อนมีการบันทึก MINDs Score regimen ที่ใช้รักษา จำนวนยาในกลุ่ม benzodiazepine และจำนวนยา Haloperidol แบบฉีด ที่ได้รับทั้งหมดที่ได้รับทั้งหมดภายใน 7 วันหลังดื่มครั้งสุดท้ายหรือก่อนหน้าที่จะเกิดภาวะเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์

ส่วนที่ 3. เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประกอบด้วย ความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์ ในช่วง 1 ปี ก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ และปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน

ส่วนที่ 4. เป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการ เมื่อผู้ป่วยได้รับวินิจัยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (Alcohol withdrawal state) ประกอบด้วย อัตราการเต้นของหัวใจ (ครั้งต่อนาที) ความดันโลหิตตัวบน (มิลลิเมตรปรอท) ความดันโลหิตตัวล่าง (มิลลิเมตรปรอท) อุณหภูมิสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก อาการสั่น อาการเหงื่อแตก อาการหนาวว้าพ หลอน อาการกระสับกระส่าย อาการหลงผิด อาการสับสนวันเวลาหรือสถานที่ และอาการชัก โดยได้ข้อมูลจาก MINDs Score ที่บันทึกไว้เมื่อมีการวินิจัยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งเป็นการประเมินตามแนวทาง

ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ของโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ส่วนที่ 5. เป็นการเก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ โดยในต่างประเทศพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้แก่ การมีเกล็ดเลือดต่ำ, blood urea nitrogen, Creatinine, การมีระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำ เป็นต้น ในงานวิจัยนี้จึงเก็บข้อมูลดังกล่าว นอกจากนี้ยังเก็บข้อมูลอื่นๆ ประกอบด้วย ฮีโมโกลบิน, เม็ดเลือดแดง, เม็ดเลือดขาว, โซเดียม, aspartate transaminase (AST), alanine transaminase (ALT), Gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), แอมิโนเอมิโนและ albumin

แบบสอบถามที่ผ่านการตอบแล้วจากผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเข้ารหัสไว้ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ไปยังหน่วยงานต้นสังกัด จึงไม่ส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานของผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมงานวิจัยและผู้ป่วยทั่วไป

ข้อมูลจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และบันทึกในรูปแบบของแฟ้มข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA/MP 12 จากนั้นนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS version 23.0 เพื่อวิเคราะห์ทางสถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่า Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และค่าสูงสุดต่ำสุด

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analysis Statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

- หากความสัมพันธ์ตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ Categorical data เช่น เพศ, โรคประจำตัว, การศึกษา, เหตุผลการหยุดดื่ม, Regimen และการใช้ยากกลุ่ม benzodiazepine ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ และกลุ่มที่ไม่พบภาวะแพ้ โดยใช้สถิติ Chi-square test ส่วนกรณีที่มี Expected cell น้อยกว่า 5 เกิน 25% จะใช้สถิติ Fisher Exact test

- เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรที่เป็นข้อมูลเชิงปริมาณ Continuous data เช่น อายุ, Duration, ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน และข้อมูลทางห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ และกลุ่มที่ไม่พบภาวะแพ้ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ ถ้าข้อมูลไม่มีการกระจายแบบปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U-test

- การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาผู้ที่เข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในของกองจิตเวช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าทั้งหมด 209 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะติดแอลกอฮอล์เรื้อรัง (alcohol dependence) ช่วงธันวาคม 2548 ถึง เมษายน 2562 พบผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ไม่รุนแรง จำนวน 105 คน และผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ จำนวน 104 คน คิดเป็น 49.8% จากผู้ป่วยทั้งหมดที่นำมาศึกษาในงานวิจัยนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จำแนกตามอาการจากการถอนพิษแอลกอฮอล์

	Total (n =209)		มีภาวะเพื่อ (n =104)		ไม่พบภาวะเพื่อ (n =105)		p-value
	n	%	n	%	n	%	
เพศ							0.170
ชาย	200	95.7%	102	98.1%	98	93.3%	
หญิง	9	4.3%	2	1.9%	7	6.7%	
อายุ							0.516
<30	9	4.3%	2	1.9%	7	6.7%	
30-39	37	17.7%	19	18.3%	18	17.1%	
40-49	79	37.8%	41	39.4%	38	36.2%	
50-59	70	33.5%	36	34.6%	34	32.4%	
≥60	14	6.7%	6	5.8%	8	7.6%	
Mean±SD.	47.06	±9.93	47.55	±8.95	46.57	±10.84	0.479
ศาสนา							0.498
พุทธ	1	0.5%	1	1.0%	0	0%	
ไม่ได้ระบุ	208	99.5%	103	99.0%	105	100%	
การศึกษา							0.445
ประถมศึกษา	28	15.3%	17	20.5%	11	11.0%	
มัธยมศึกษาตอนต้น	37	20.2%	14	16.9%	23	23.0%	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	77	42.1%	34	41.0%	43	43.0%	
อนุปริญญา/ปวส.	9	4.9%	4	4.8%	5	5.0%	
ปริญญาตรี	27	14.8%	13	15.7%	14	14.0%	
สูงกว่าปริญญาตรี	5	2.7%	1	1.2%	4	4.0%	

p-value from Chi-Square test, Fisher's Exact Test and Independent t-test

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยที่นำมาศึกษา พบเป็นเพศชาย 200 คน (95.7%) เป็นเพศหญิง 9 คน (4.3%) พบเพศชายมีภาวะเพื่อสืบสน 102 คน (98.1%) เพศหญิงมีภาวะเพื่อสืบสน 2 คน (1.9%) พบอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 47.06±9.93 ปี โดยอายุในช่วง 40-49 ปี จะพบภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์มากที่สุดจำนวน 41 คน (39.4%) มีระดับ

การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช.จำนวน 77 คน (42%) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 37 คน (20.2%) พบภาวะเพื่อสืบสนในศาสนาพุทธ 1 คน ศาสนาอื่นๆ 103 คน แต่เนื่องจากในเวชระเบียนไม่ได้ระบุว่าศาสนาใดบ้าง จึงยังมีข้อมูลไม่ชัดเจน

ตารางที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา จำแนกตามอาการจากการถอนพิษแอลกอฮอล์

	Total (n =209)		มีภาวะเพ้อ (n =104)		ไม่พบภาวะเพ้อ (n =105)		p-value
	N	%	N	%	N	%	
สาเหตุการนอนหลับ.							0.376
ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์	190	90.9%	94	90.4%	96	91.4%	
โรคอื่นๆ ทางกาย	5	2.4%	4	3.8%	1	1.0%	
โรคอื่นๆ ทางจิตเวช	14	6.7%	6	5.8%	8	7.6%	
เหตุผลการหยุดดื่ม							<0.001*
ตั้งใจบำบัดเอง	105	50.2%	52	50.0%	53	50.5%	
ถูกบังคับบำบัด	72	34.4%	23	22.1%	49	46.7%	
อื่นๆ	32	15.3%	29	27.9%	3	2.9%	
มีโรคเรื้อรังทางกาย							0.630
ใช่	79	37.8%	41	39.4%	38	36.2%	
ไม่ใช่	130	62.2%	63	60.6%	67	63.8%	
Cirrhosis	20	9.6%	10	9.6%	10	9.5%	1.000
Hepatitis	26	12.4%	17	16.3%	9	8.6%	0.098
DM	16	7.7%	7	6.7%	9	8.6%	0.796
HT	40	19.1%	22	21.2%	18	17.1%	0.461
COPD	1	0.5%	1	1.0%	0	0%	0.498
CAD	4	1.9%	1	1.0%	3	2.9%	0.621
Cirrhosis stage							-
Child-Pugh class A	5	2.4%	3	2.9%	2	1.9%	
Child-Pugh class B	2	1.0%	2	1.9%	1	1.0%	
Child-Pugh class C	1	0.5%	2	1.9%	4	3.8%	
ไม่ระบุ	6	2.9%	97	93.3%	98	93.3%	
ไม่เป็น	195	93.3%	3	2.9%	2	1.9%	
Hepatitis แบบใด							-
มี AST > ALT 2 เท่า	12	5.7%	7	6.7%	5	4.8%	
มี AST > ALT ไม่ถึง 2 เท่า	9	4.3%	7	6.7%	2	1.9%	
ไม่พบข้อมูล	4	1.9%	4	3.8%	0	0%	
ไม่เป็น	184	88.0%	86	82.7%	98	93.3%	
มีประวัติการทบทวนกระเทือนรุนแรงทางสมอง	34	16.7%	13	13.3%	21	20.0%	0.199
มีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง	81	39.1%	55	53.9%	26	24.8%	<0.001*
มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์	37	18.7%	24	25.8%	13	12.4%	0.016*
มีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์	69	33.8%	46	45.1%	23	22.5%	0.001*
จำนวนประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ (n=69)	1.52 ± 1.18		1.71 ± 1.37		1.10 ± 0.30		0.067
ช่วงเวลาที่มีอาการของการถอนพิษแอลกอฮอล์หลังการดื่มครั้งสุดท้าย	25.90 ± 36.75		20.49 ± 16.46		31.48 ± 49.25		0.897
ช่วงเวลาที่มีการบันทึก minds score	30.91 ± 38.30		28.99 ± 24.35		32.62 ± 47.43		0.110
ช่วงเวลาห่างระหว่างการเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์กับการบันทึก minds score (ชั่วโมง)	24.97 ± 13.45		25.34 ± 13.50		24.61 ± 13.46		0.470
รูปการการให้ยา							< 0.001*
Symptom-trigger regimen	128	63.1%	48	48.5%	80	76.9%	
Fixed-dose regimen	75	36.9%	51	51.5%	24	23.1%	
ยากลุ่ม benzodiazepine							
L. oral	121	57.9%	64	61.5%	57	54.3%	0.288
D. oral	8	3.8%	4	3.8%	4	3.8%	1.000
D. IV	91	43.5%	60	57.7%	31	29.5%	< 0.001*
C. oral	7	3.3%	3	2.9%	4	3.8%	1.000
ยา Haloperidol แบบฉีด	9	4.3%	6	5.8%	3	2.9%	0.332

p-value from Chi-Square test, Fisher's Exact Test and Mann-Whitney U-test, *Significant at the 0.05 level

ตารางที่ 2 จากการเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่มีภาวะเพื่อสืบสน กับไม่พบภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ พบว่าสาเหตุการนอนโรงพยาบาลในผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์มาจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ 190 คน (90.9%), โรคอื่นๆ ทางจิตเวช 5 คน (6.7%) และโรคอื่นๆ ทางกาย 5 คน (2.4%) ตามลำดับ มีเหตุการณ์การหยุดดื่มจากการตั้งใจบำบัดเอง 105 คน (50.2%), ถูกบังคับบำบัด 72 คน (34.4%) และอื่นๆ 32 คน (15.3%) ซึ่งเหตุการณ์การหยุดดื่มจากสาเหตุอื่นๆ เช่น มารักษาด้วยอาการทางกาย, อาการทางจิตเวชอื่นๆ และไม่ได้มีข้อมูลระบุเหตุผลที่ชัดเจน เป็นต้น ในกลุ่มนี้ภาวะเพื่อสืบสนมีจำนวน 29 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนมีจำนวน 3 คน (27.9% vs 2.9% : $P < 0.001$)

มีโรคเรื้อรังทางกาย เช่น cirrhosis, hepatitis, diabetic mellitus, hypertension, COPD, coronary artery disease จำนวน 79 คน ไม่พบโรคเรื้อรังทางกายจำนวน 130 คน โรคร่วมที่พบมากที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ โรคความดันโลหิตสูง โดยพบในกลุ่มมีภาวะเพื่อสืบสนจำนวน 22 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนมีจำนวน 18 คน (21.2% vs 17.1% : $P = 0.461$) โรคร่วมทางกายที่พบบรองลงมาคือโรคตับอักเสบ (hepatitis) โดยในกลุ่มมีภาวะเพื่อสืบสนจำนวน 17 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนมีจำนวน 9 คน (16.3% vs 8.6% : $P = 0.098$)

มีประวัติการกระทบกระเทือนรุนแรงทางสมองทั้งหมด 34 คน (16.7%) อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 13 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 21 คน (13.3% vs 20.0% : $P=0.199$)

มีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงทั้งหมด 81 คน (39.1%) อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 55 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 26 คน (53.9% vs 24.8% : $P<0.001$) โดยเคยมีประวัติเพื่อ

สืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ทั้งหมด 37 คน (18.7%) อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 24 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 13 คน (25.8% vs 12.4% : $P=0.016$) และเคยมีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ทั้งหมด 69 คน (33.8%) อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 46 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 23 คน (45.1% vs 22.5% : $P=0.001$) ซึ่งพบว่าเคยมีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวนเฉลี่ย 1.52 ± 1.18 ครั้ง (1.71 ± 1.37 vs 1.10 ± 0.30 : $P=0.067$)

ช่วงเวลาที่มีอาการแสดงของการถอนพิษแอลกอฮอล์ หลังดื่มครั้งสุดท้ายเฉลี่ย 25.90 ± 36.75 ชั่วโมง (1.71 ± 1.37 vs 31.48 ± 49.25 : $P=0.897$) ช่วงเวลาที่มีการบันทึก minds score เฉลี่ย 30.91 ± 38.30 ชั่วโมง (28.99 ± 24.35 vs 32.62 ± 47.43 : $P=0.110$)

ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย symptom-trigger regimen ทั้งหมด 128 คน อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 48 คน (48.5%) ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 80 คน (76.9%) และมีการรักษาด้วย fixed-dose regimen ทั้งหมด 75 คน อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 51 คน (51.5%) ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 24 คน (23.1%) $P < 0.001$ โดยยาที่ใช้รักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์เป็นกลุ่ม benzodiazepine พบมากที่สุดในรูปแบบ lorazepam oral จำนวน 121 คน อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 64 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 57 คน (61.5% vs 54.3% : $P=0.288$) รองลงมาเป็นรูปแบบ diazepam IV จำนวน 91 คน อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 60 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสืบสนจากการถอนพิษ

แอลกอฮอล์จำนวน 31 คน (57.7% vs 29.5% : $P < 0.001$) นอกจากนี้ยังพบการใช้ยากกลุ่ม antipsychotic (haloperidol ชนิดฉีด) จำนวน 9 คน อยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 6 คน ในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 3 คน (5.8% vs 2.9% : $P = 0.332$)

จากตารางที่ 3 ข้อมูลการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์เปรียบเทียบผู้ป่วยในกลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่มีภาวะเพื่อสับสนกับไม่มีภาวะเพื่อสับสน พบว่าปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์เฉลี่ยต่อวัน คือ 16.62 ± 15.39 กรัมต่อวัน (14.99 ± 9.01 vs 18.09 ± 19.37 : $P = 0.960$)

ตารางที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	Total (n =209)		มีภาวะเพื่อ (n =104)		ไม่พบภาวะเพื่อ (n =105)		p-value
	n	%	n	%	N	%	
ปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน (กรัมต่อวัน)	16.62	± 15.39	14.99	± 9.01	18.09	± 19.37	0.960

p-value from Mann-Whitney U-test

ตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการ MINDs Score

	Total (n =209)		มีภาวะเพื่อสับสน (n =104)		ไม่พบภาวะเพื่อสับสน (n =105)		p-value
	N	%	N	%	n	%	
HR	90.13	± 16.26	90.94	± 17.12	89.35	± 15.44	0.485
SBP	139.86	± 20.70	141.04	± 21.10	138.72	± 20.35	0.424
DBP	85.90	± 12.86	86.75	± 13.84	85.09	± 11.85	0.601
BT	37.27	± 0.54	37.38	± 0.54	37.17	± 0.52	0.002*
สับสน	182	87.5%	89	86.4%	93	88.6%	0.637
เหงื่อแตก	52	24.9%	26	25.0%	26	24.8%	0.968
หิวแหว่ ภาพหลอน	16	7.7%	10	9.6%	6	5.7%	0.289
กระสับกระส่าย	39	18.7%	25	24.0%	14	13.3%	0.047*
ชัก	57	27.3%	47	45.2%	10	9.5%	$< 0.001^*$
จำนวนการชัก							0.210
1	39	68.4%	29	61.7%	10	100%	
2	9	15.8%	9	19.1%	0	0%	
3	6	10.5%	6	12.8%	0	0%	
4-5	3	5.3%	3	6.4%	0	0%	
Disorientation	8	3.8%	7	6.7%	1	1.0%	0.035*

p-value from Chi-Square test, Fisher's Exact Test and Mann-Whitney U-test, * Significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรงของอาการโดยใช้ minds score เปรียบเทียบผู้ป่วยในกลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่มีภาวะเพื่อสับสนกับไม่มีภาวะเพื่อสับสน พบว่า มีอัตราการเต้น

ของหัวใจเฉลี่ย 90.13 ± 16.26 ครั้งต่อนาที (90.94 ± 17.22 vs 89.35 ± 15.44 : $P = 0.485$) มีความดันโลหิตตัวบน (SBP) เฉลี่ย 139.86 ± 20.70 มิลลิเมตรปรอท (141.04 ± 21.20 vs 138.72 ± 20.35 : $P = 0.424$) ความ

ดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เฉลี่ย 85.90 ± 12.86 มิลลิเมตรปรอท (86.75 ± 13.84 vs 85.09 ± 11.85 : $P=0.601$) อุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก 37.27 ± 0.54 C (37.38 ± 0.54 vs 37.17 ± 0.52 : $P=0.002$) มีอาการสั่นจำนวน 182 คน (86.4% vs 88.6% : $P=0.637$) มีอาการเหวี่ยงตัวจำนวน 52 คน (25.0% vs 24.8% : $P=0.968$) มีอาการหนาว ภาพหลอนจำนวน 16 คน (9.6% vs 5.7% : $P=0.289$) มีอาการกระสับกระส่ายจำนวน 39 คน (24.0% vs 13.3% : $P=0.047$) มีชักจำนวน 57 คน (45.2% vs 9.5% : $P<0.001$) โดยมีชักจำนวน 1 ครั้ง

มากที่สุด (68.4%) พบในกลุ่มที่มีภาวะเพื่อสับสน 61.7% รองลงมาจะมีชักจำนวน 2 ครั้ง, 3 ครั้ง และ 4-5 ครั้งตามลำดับ และไม่พบว่ามีอาการชักมากกว่า 1 ครั้งในกลุ่มไม่มีภาวะเพื่อสับสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ มีอาการสับสนวันเวลาสถานที่ (disorientation) จำนวน 8 คน โดยมี 1 รายมีลักษณะสับสนวันเวลาสถานที่แต่ไม่มีอาการกระสับส่าย ไม่เป็นลักษณะเฉพาะจากการมีภาวะสับสนจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ จึงจัดอยู่ในกลุ่มไม่เพื่อสับสนจากภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ (6.7% vs 1.0% : $P=0.035$)

ตารางที่ 5 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ

	Total		มีภาวะเพื่อ		ไม่พบภาวะเพื่อ		p-value
	n	Mean $\pm$ S.D.	n	Mean $\pm$ S.D.	N	Mean $\pm$ S.D.	
5.1 Hemoglobin (g/dl)	205	13.21 $\pm$ 1.75	103	13.20 $\pm$ 1.55	102	13.21 $\pm$ 1.93	0.988
5.2 WBCs (/mm ³)	205	7.55 $\pm$ 3.27	103	7.64 $\pm$ 2.76	102	7.46 $\pm$ 3.73	0.168
5.3 Rbc (/mm ³)	205	4.32 $\pm$ 0.68	103	4.23 $\pm$ 0.65	102	4.41 $\pm$ 0.71	0.055
5.3 Platelets (/mm ³)	205	159.04 $\pm$ 80.86	103	137.47 $\pm$ 68.13	102	180.82 $\pm$ 86.97	<0.001*
5.4 Na (mEq/l)	205	138.31 $\pm$ 4.74	102	137.75 $\pm$ 5.10	103	138.88 $\pm$ 4.30	0.088
5.5 K (mEq/l)	205	3.48 $\pm$ 0.54	102	3.33 $\pm$ 0.54	103	3.62 $\pm$ 0.50	<0.001*
5.6 Bun (mg/dl)	204	8.02 $\pm$ 4.56	101	7.72 $\pm$ 3.81	103	8.32 $\pm$ 5.19	0.278
5.7 Cr (mg/dl)	205	0.76 $\pm$ 0.23	101	0.72 $\pm$ 0.22	104	0.79 $\pm$ 0.24	0.031*
5.8 ALT (U/l)	201	60.07 $\pm$ 46.95	99	59.33 $\pm$ 37.01	102	60.79 $\pm$ 55.09	0.256
5.9 AST (U/l)	201	153.49 $\pm$ 121.13	99	173.03 $\pm$ 106.41	102	134.52 $\pm$ 131.64	<0.001*
5.10 GGT (U/l)	117	805.33 $\pm$ 854.59	51	922.02 $\pm$ 866.62	66	715.17 $\pm$ 840.64	0.082
5.11 Mg (mg/dl)	132	1.63 $\pm$ 0.32	72	1.59 $\pm$ 0.32	60	1.69 $\pm$ 0.31	0.095
5.12 Albumin (g/dl)	198	4.13 $\pm$ 0.59	98	4.18 $\pm$ 0.56	100	4.08 $\pm$ 0.63	0.249

p-value from Mann-Whitney U-test and Independent t-test

*Significant at the 0.05 level

จากตารางที่ 5 ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยในกลุ่มภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ที่มีภาวะเพื่อกับไม่มีภาวะเพื่อ พบว่าค่าที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ คือ platelet (/mm³) มีค่าเฉลี่ย 159.04 ± 80.86 (137.47 ± 68.13 vs 180.82 ± 86.97 : $P<0.001$), K (mEq/l) มีค่าเฉลี่ย 3.48 ± 0.54 (3.33 ± 0.54 vs 3.62 ± 0.50 : $P<0.001$), Cr (mg/dl) มีค่าเฉลี่ย 0.76 ± 0.23 (0.72 ± 0.22 vs 0.79 ± 0.24 :

$P=0.031$), AST (U/l) มีค่าเฉลี่ย 153.49 ± 121.13 (173.03 ± 106.41 vs 134.52 ± 131.64 : $P<0.001$)

ตารางที่ 1-5 จากผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์จำนวน 14 ปัจจัย คือ เหตุผลการหยุดดื่ม ($p<0.001$), มีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ($p<0.001$), มีประวัติแพ้จากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ($p=0.016$), มีประวัติชักจากการ

ถอนพิษแอลกอฮอล์ ($p=0.001$), Regimen ที่ใช้ในการรักษา ($p<0.001$), ยาที่ได้รับในกลุ่ม benzodiazepine แบบฉีด ($p<0.001$), อุณหภูมิสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก ($p=0.002$), มีอาการกระสับกระส่าย ($p=0.047$), มีอาการชัก ($p<0.001$), มีอาการสับสนวันเวลาสถานที่

(Disorientation) ($p=0.035$), ค่า Platelets ($p<0.001$), ค่า K ($p<0.001$), ค่า Cr ($p=0.031$), ค่า AST ($p<0.001$) นำทั้ง 12 ปัจจัย มาเข้าสมการ multiple logistic regression

ตารางที่ 6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยใช้ multivariate logistic regression analysis ด้วยวิธี Forward: LR ($n=176$)

	Adj OR	95% C.I. for OR		p-value
		Lower	Upper	
เหตุการณ์การหยุดดื่ม				
ตั้งใจบำบัด	Ref			
ถูกบังคับบำบัด	0.636	0.282	1.437	0.277
ไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้อุปการะให้มาบำบัด	14.321	3.373	60.792	<0.001*
มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์	2.985	1.149	7.757	0.025*
มีอาการชัก	3.676	1.450	9.318	0.006*
BT	2.137	1.036	4.410	0.040*
Platelets	0.993	0.988	0.998	0.008*
K	0.288	0.125	0.660	0.003*

Adj. OR was adjusted for เหตุผลการหยุดดื่ม, มีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง, มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, มีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, จำนวนยา diazepam แบบฉีดที่ได้รับ, อุณหภูมิ (BT), มีอาการกระสับกระส่าย, มีอาการชัก, ระดับเกล็ดเลือด (Platelets), ระดับโพแทสเซียมในเลือด (K), ระดับ creatinine (Cr), และระดับ AST

* Significant at the 0.05 level

ตารางที่ 6 เมื่อทำการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ทั้งหมด 6 ปัจจัย คือ เหตุผลการหยุดดื่ม, มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, อุณหภูมิ (BT), มีอาการชัก, ระดับเกล็ดเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือด

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านเหตุการณ์การหยุดดื่ม โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่าเหตุการณ์การหยุดดื่มจากไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้อุปการะให้มาบำบัด จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 14.321 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ตั้งใจบำบัด ($OR=14.321$, 95%CI 3.373-60.792, $p<0.001$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่ากลุ่มที่มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 2.985 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีประวัติ ($OR=2.985$, 95%CI 1.149-7.757, $p=0.025$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอาการชัก โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่ากลุ่มที่มีอาการชัก จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 3.676 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีอาการชัก ($OR=3.676$, 95%CI 1.450-9.318, $p=0.006$)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านอุณหภูมิ (BT) โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่าเมื่ออุณหภูมิผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 องศา จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะ

ถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 2.137 เท่า (OR =2.137 ,95%CI 1.036-4.410, p=0.040)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับเกล็ดเลือด (Platelets) โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่าเมื่อระดับเกล็ดเลือด (Platelets) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (mm^3) จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะถอนพิษ

แอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 0.993 เท่า กล่าวคือถ้า Platelets เพิ่ม โอกาสเพื่อจะลดลง (OR =0.993 ,95%CI 0.988-0.998, p=0.008)

เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) โดยควบคุมปัจจัยอื่นๆ ให้คงที่ พบว่าเมื่อระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (mEq/l) จะมีโอกาสเกิดภาวะเพื่อ (ภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง) เป็น 0.288 เท่า กล่าวคือ ถ้า K เพิ่ม โอกาสเพื่อจะลดลง (OR =0.288, 95%CI 0.125-0.660, p=0.003)

จากปัจจัยทั้ง 6 ปัจจัย พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งเสริมให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ เหตุผลการหยุดดื่มจากสาเหตุไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้ถูกบังคับให้มาบำบัด, มีอาการชัก, มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ และอุณหภูมิ (BT) ส่วนปัจจัยที่มีอิทธิพลป้องกันให้เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ ระดับเกล็ดเลือด (platelets) และระดับโพแทสเซียมในเลือด (K)

วิจารณ์

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติพบทั้งหมด 14 ปัจจัย ได้แก่ เหตุผลการหยุดดื่มจากสาเหตุไม่ได้ตั้งใจและไม่ได้ถูกบังคับให้มาบำบัด ($P < 0.001$), เคยมีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ($P < 0.001$), เคยมีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ($P=0.016$), เคยมีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ($P=0.001$), ได้รับการรักษาด้วย

fixed-dose regimen ($P < 0.001$), ยาที่ใช้รักษามาระถอนพิษแอลกอฮอล์กลุ่ม benzodiazepine ในรูปแบบ diazepam IV ($P < 0.001$), อุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก 37.27 ± 0.54 C ($P=0.002$), อาการกระสับกระส่าย ($P=0.047$), มีอาการชัก ($P < 0.001$), มีอาการสับสนวันเวลาสถานที่ ($P=0.035$), ระดับเกล็ดเลือด มีค่าเฉลี่ย 159.04 ± 80.86 (mm^3) ($P < 0.001$), ระดับโพแทสเซียมในเลือด มีค่าเฉลี่ย 3.48 ± 0.54 (mEq/l) ($P < 0.001$), ระดับ creatinine ในเลือด มีค่าเฉลี่ย 0.76 ± 0.23 (mg/dl) ($P=0.031$) และระดับ AST ในเลือด มีค่าเฉลี่ย 153.49 ± 121.13 (U/l) ($P < 0.001$)

สำหรับปัจจัยด้านเหตุผลการหยุดดื่ม มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์นั้น เป็นเหตุผลการหยุดดื่มจากการไม่ได้ตั้งใจบำบัดและไม่ได้ถูกบังคับบำบัด ที่พบในงานวิจัยนี้ คือ มีภาวะเจ็บป่วยจากโรคทางกาย เช่น มีไข้ ปวดท้อง ถ่ายเหลว ชัก หรือมีภาวะเจ็บป่วยจากโรคทางจิตเวชร่วมด้วย เป็นต้น เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่าเหตุการณ์การหยุดดื่มจากการไม่ได้ตั้งใจบำบัดและไม่ได้ถูกบังคับบำบัด สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 15.13 เท่าเมื่อเทียบกับการตั้งใจมาบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยนี้ที่ยังไม่เคยมีการศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทย

ปัจจัยด้านเคยมีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ โดยแบ่งเป็นเคยมีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ JUN HO LEE และคณะ David A. Fiellin และคณะ Tara Wright และคณะ และเคยมีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ของ R.Monte และคณะ เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า คนที่เคยมีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์ สัมพันธ์

กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 2.72 เท่าเมื่อเทียบกับคนที่ไม่เคยมีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์

ปัจจัยด้านได้รับการรักษาด้วย fixed-dose regimen มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เป็นไปได้จากที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงสูงในช่วงก่อนเกิดอาการถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง จึงได้รับการรักษาแบบ fixed-dose regimen มากกว่าแบบ symptom-trigger regimen แต่ปัจจัยนี้ไม่ได้นำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression เนื่องจาก fixed-dose regimen มีความสัมพันธ์กับการมีอาการชักสูง

ยาที่ใช้รักษาภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์กลุ่ม benzodiazepine จำนวนยาในรูปแบบ diazepam IV มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เนื่องจากก่อนที่ผู้ป่วยจะมีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง อาจมีอาการชัก กระสับกระส่าย หรือได้รับรูปแบบการรักษาแบบ symptom-trigger regimen ซึ่งเป็นช่วงที่จะได้รับการรักษาโดยใช้ยาในรูปแบบ diazepam IV จำนวนมากได้ จึงพบจำนวนได้ยาดังกล่าวในกลุ่มที่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมากกว่ากลุ่มที่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ไม่รุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Tara Wright และคณะ ที่พบว่าในกลุ่มที่เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงจะมีการใช้จำนวนยา diazepam มากกว่า แต่เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า จำนวนยาที่ได้รับรักษาในรูปแบบ diazepam IV สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง โดยไม่ได้มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ จำนวนยาที่ได้รับในรูปแบบอื่นๆ เช่น lorazepam oral, diazepam oral, clonazepam oral และไม่ได้ยาในกลุ่ม benzodiazepine

ปัจจัยด้านอุณหภูมิเฉลี่ยสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์

รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลสอดคล้องกับงานวิจัยของ R.monte และคณะ ที่พบว่าอุณหภูมิมากกว่า 38°C จะความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ในการศึกษาเมื่อ นำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่าเมื่ออุณหภูมิผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 1 องศา จะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 2.137 เท่า

ปัจจัยด้านอาการกระสับกระส่าย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า คนที่มีอาการกระสับกระส่าย สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีอาการกระสับกระส่าย

ปัจจัยด้านมีอาการชัก มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ R.monte และคณะ เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า คนที่มีอาการชัก สัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 3.01 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่มีอาการชัก โดยไม่พบความแตกต่างของจำนวนครั้งในการชัก

ปัจจัยด้านผลทางห้องปฏิบัติการ พบว่า ระดับเกล็ดเลือด, ระดับโพแทสเซียมในเลือด, ระดับ creatinine ในเลือด และระดับ AST ในเลือด มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Florian Eyer และคณะ โดยพบว่าการมีระดับเกล็ดเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่าเมื่อระดับเกล็ดเลือด (Platelets) ของผู้ป่วย เพิ่มขึ้น 1 หน่วย (mm^3) จะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 0.993 เท่า กล่าวคือถ้า Platelets เพิ่มขึ้น โอกาส

เกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงจะลดลง และระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) ของผู้ป่วย หากเพิ่มขึ้น 1 หน่วย (mEq/l) จะมีโอกาสเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง เป็น 0.288 เท่า กล่าวคือถ้าระดับโพแทสเซียมในเลือด (K) เพิ่มขึ้นโอกาสเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงจะลดลง ส่วนระดับ creatinine และระดับ AST ในเลือด เมื่อนำไปวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า มีสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษานี้มีจุดแข็งคือเป็นการศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ ที่มีผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวนมากที่สุดในประเทศไทย ทำให้ศึกษาความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ได้ค่อนข้างครอบคลุมหลายปัจจัย มีการประเมินความรุนแรงโดยใช้ minds score ในการช่วยประเมินระดับความรุนแรงในการถอนพิษแอลกอฮอล์ ได้ชัดเจนทำให้เห็นภาพความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมากขึ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้เป็นจากการทบทวนจากแหล่งข้อมูลซึ่งอาจมีคุณภาพของการจัดบันทึกไว้แตกต่างกัน อาจไม่ได้บันทึกข้อมูลบางส่วนไว้ครบถ้วนหรือมองเห็นอาการได้น้อยกว่าความเป็นจริงทำให้ได้ข้อมูลไม่ถูกต้องบ้าง จึงเป็นเหตุผลที่การศึกษานี้เลือกเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่รับตัวเป็นผู้ป่วยในของกองจิตเวชเท่านั้น เพื่อจะได้รับการจัดบันทึกจากทีมแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ที่มีความชำนาญเฉพาะทาง

สรุป

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ คือ เหตุผลการหยุดดื่ม, มีประวัติถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง, มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษ

แอลกอฮอล์, มีประวัติชักจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, Regimen ที่ใช้ในการรักษา, ยาที่ได้รับในกลุ่ม diazepam แบบฉีด, อุณหภูมิสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก, มีอาการกระสับกระส่าย, มีอาการชัก, มีอาการสับสนวันเวลาหรือสถานที่, ระดับเกล็ดเลือด, ระดับโพแทสเซียมในเลือด, ระดับ creatinine และค่า AST โดยนำปัจจัยดังกล่าวมาวิเคราะห์ multiple logistic regression ต่อเพื่อดูอิทธิพลของแต่ละตัวแปร เมื่อนำมาวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านเหตุการณ์การหยุดดื่ม, มีประวัติเพื่อจากการถอนพิษแอลกอฮอล์, อุณหภูมิสูงสุดใน 24 ชั่วโมงแรก, มีอาการชัก, ระดับเกล็ดเลือด และระดับโพแทสเซียมในเลือด เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงในผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ได้

จากผลการวิจัยนี้ ทำให้ทราบปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์ว่าจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะถอนพิษแอลกอฮอล์รุนแรงมากน้อยเพียงใด เพื่อผู้ป่วยจะได้รับการดูแลรักษา เฝ้าระวัง ติดตามอาการได้อย่างเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิชัย แสงชาญชัย. ตำราจิตเวชศาสตร์การติดสารเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2549.
2. Teetharatkul T, Vittayanont A. Delirium tremens in psychiatric ward at Songklanagarind Hospital. J Health Sci Med Res 2018;36: 205-14.
3. Burapakajornpong N, Maneeton B, Srisurapnont M. Pattern and risk factors of alcohol withdrawal delirium. J Med Assoc Thai 2011;94:991-7.

4. Monte R, Rabunal R, Casariego E, Bal M, Pertega S. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *Eur J Intern Med* 2009;20:690-4.
5. Lee JH, Jung MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol and Hepatol*. 2005;20:1833-7.
6. Fiellin DA, O'Connor PG, Holmboe ES, Horwitz RI. Risk for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome. *Subst Abus* 2002;23:83-94.
7. Wright T, Myrick H, Henderson S, Peters H, Malcolm R. Risk factors for delirium tremens. *Amer J Addict*. 2006;15:213-9.
8. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, et al. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal-predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal. *Alcohol Alcohol* 2011;4:427-33.
9. Kim DW, Kim HK, Bae EK, Park SH, Kim KK. Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures. *Amer J Emerg Med* 2015;33:701-4.
10. อมรภรณ์ ฝางแก้ว, เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยทำนายภาวะถอนพิษสุราในผู้เสพติดสุรา. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 2560;31:95-108.
11. Amato L, Minozzi S, Vecchi S, Davoli M. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (3): CD005063.
12. Rappaport D, Chuu A, Hullett C, Nematollahi S, Teeple M, Bhuyan N, et al. Assessment of alcohol withdrawal in Native American patients utilizing the Clinical Institute Withdrawal Assessment of Alcohol Revised Scale. *J Addict Med* 2013;7:196-9.



การศึกษาเบื้องต้นเรื่องความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของ แบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย A Pilot Study for Validity and Reliability of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire – Thai version (PHBQ-Th)

สุานิกา เกียรติชัย*, จริยา ทะรักษา**, จีรนนท์ คันทะสอน**, ปฐมพงษ์ อึ้งประเสริฐ***, พัทธี ศรีสวัสดิ์****

Taniga Kiatchai*, Jariya Tarugsa**, Jeeranan Kantasorn**, Patompong Ungprasert***, Patcharee Sriswasdi****

* ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

* Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

** Division of Child and Adolescent Psychiatry, Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

*** Department of Rheumatic and Immunologic Diseases, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

**** Department of Anesthesia, Perioperative and Pain Medicine Boston Children's Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อแปลแบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลเป็นฉบับภาษาไทย สำหรับคัดกรองภาวะพฤติกรรมถดถอยในผู้ป่วยเด็กอายุ 2-12 ปี และทดสอบเบื้องต้นเรื่องความเที่ยงตรง ความเชื่อมั่น และการนำไปใช้ได้จริงของเครื่องมือ

วิธีการศึกษา แบ่งออกเป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่ง แปลแบบสอบถามด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ให้สองภาษา แบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษมี 27 ข้อ ตอบคำถามด้วย Likert-type scale 1-5 ส่วนที่สอง การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การศึกษานี้เก็บข้อมูลในผู้ป่วยเด็กอายุ 2-12 ปี ที่มารับการตรวจติดตามผลหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว 7-14 วัน ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมโดยผู้ปกครอง เปรียบเทียบกับการประเมินพฤติกรรมและอารมณ์จากการสัมภาษณ์ผู้ปกครอง โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นและนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก การประเมินแบ่งเป็น 6 กลุ่มอาการ ได้แก่ 1) general anxiety, 2) separation anxiety, 3) sleep anxiety, 4) eating disturbances, 5) aggression, และ 6) apathy-withdrawal

ผลการศึกษา หลังจากแปลแบบสอบถามด้วยวิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้ให้สองภาษาแล้ว ได้นำแบบสอบถามมาตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 33 ราย มีผู้ป่วย 16 ราย (48.5%) ที่พบพฤติกรรมถดถอยอย่างน้อย 1 กลุ่มอาการ พบความเที่ยงตรงเชิงสหภาพ ของกลุ่มอาการ eating disturbances ระดับปานกลาง (Spearman's correlation = 0.462, $p = 0.007$) ความสอดคล้องภายในของกลุ่มอาการนี้อยู่ในระดับอ่อน (Cronbach's alpha = 0.523) ไม่พบความเที่ยงตรงเชิงสหภาพในกลุ่มอาการอื่น ๆ แบบสอบถามนี้ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ย 3.35 นาที

สรุป แบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลฉบับภาษาไทยควรได้รับการจัดกลุ่มข้อคำถามใหม่และพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้มีความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในทุกกลุ่มอาการที่เหมาะสมกับประเทศไทย

คำสำคัญ พฤติกรรม เด็ก แบบสอบถาม ความเชื่อมั่น ความเที่ยงตรง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 87-100

Corresponding Author: พัทธี ศรีสวัสดิ์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2 ถ.วังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 โทรศัพท์ 02-419-7990 Email: Pat.si.research@gmail.com
วันรับ: 18 กรกฎาคม 2564 วันแก้ไข: 9 กันยายน 2564 วันตอบรับ: 18 กันยายน 2564

Abstract

Objective: To translate post-hospitalization behavior questionnaire (PHBQ) from English to Thai language for regression behavior screening in pediatric patient aged 2-12 years, and to evaluate validity, reliability and feasibility of the instrument as a pilot study.

Methods: The study consisted of two parts. Part I included translation using back-translation method with bilingual test. The PHBQ is comprised of 27 items, reported with five response options of a Likert-type scale. Part II included evaluation of the instrument. The subjects were children aged 2-12 years who received behavior assessment between 7 and 14 days after hospitalization. We compared the result of the questionnaires answered by parents with behavioral and emotional assessments interviewed by child and adolescent psychiatrist and pediatric psychologist. The interview assessment focused on 6 subscales: 1) general anxiety, 2) separation anxiety, 3) sleep anxiety, 4) eating disturbances, 5) aggression, and 6) apathy-withdrawal.

Results: After back-translation and testing with bilingual user, this questionnaire was evaluated for validity and reliability in 33 participants. Sixteen patients (48.5%) showed regression behavior in at least 1 subscale. We found moderate correlation for concurrent validity in eating disturbances subscale (Spearman's correlation = 0.462, $p = 0.007$). Internal consistency was weak for eating disturbances subscale (Cronbach's alpha = 0.523). Concurrent validity was not statistically significant in other subscales. The average time to answer was 3.35 minutes.

Conclusion: The items of Thai version Post-hospitalization behavior questionnaire should be redistributed to each subscale. Further development of the questionnaire is required to increase validity and reliability in all subscales and suit for Thai culture.

Keywords: behavior, child, questionnaire, reliability, validity

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 87-100

บทนำ

ปัจจุบันมีความสนใจศึกษาผลกระทบทางจิตสังคม ในผู้ป่วยเด็กที่มารับการดมยาสลบมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กที่มาโรงพยาบาลเพื่อทำหัตถการจำนวนมากถึงร้อยละ 23-60 ที่กลับบ้านไปแล้วเกิดพฤติกรรมถดถอย¹⁻⁸ มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ พฤติกรรม ที่บ่งถึงการปรับตัวด้านจิตใจที่ไม่ดี เช่น นอนหลับยาก ผื่นร่าย กินยาก ความกังวลจากการจากการพลัดพรากแยกจาก เป็นต้น พบว่าปัจจัยที่ส่งผลทำให้เด็กมีพฤติกรรมถดถอยหลังจากออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ความกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วย ความกังวลของผู้ปกครอง พื้นอารมณ์เดิมของผู้ป่วย ปัญหาพฤติกรรมเดิมก่อนการผ่าตัด การเกิดภาวะ emergence delirium ขณะที่ตื่นจากการดมยาสลบ ความเจ็บปวดหลังผ่าตัด รวมทั้งปัจจัยทางการแพทย์ เช่น การค้างคืนเพื่อรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น^{7,9-13} การที่เด็กมีประสบการณ์ที่ไม่ดีจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากจะทำให้เด็กมีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมแล้ว ยังอาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและ พัฒนาการของเด็กด้วย นอกจากนี้ประสบการณ์ที่ไม่ดีในการนอนโรงพยาบาลยังอาจทำให้เด็กปฏิเสธหรือไม่ร่วมมือในการรักษาในครั้งต่อไปอีกด้วย

เครื่องมือประเมินพฤติกรรม หลังจากนอนโรงพยาบาล ชื่อ Post-Hospitalization Behavior Questionnaire (PHBQ) ฉบับภาษาอังกฤษได้รับการพัฒนาโดย Vernon และคณะ¹⁴ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 เป็นแบบสอบถาม 27 ข้อที่ประเมินพฤติกรรมเด็ก โดยผู้ปกครอง แปลผลโดยจัดคำถามเข้ากลุ่มอาการ 6 ด้าน ได้แก่ 1) general anxiety, 2) separation anxiety, 3) sleep anxiety, 4) eating disturbance, 5) aggression, และ 6) apathy-withdrawal ผู้ปกครองเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้ในช่วงที่เด็กออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว 7-14 วัน โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของเด็กขณะที่ทำแบบสอบถามกับ

พฤติกรรมก่อนนอนโรงพยาบาล แล้วตอบคำถามด้วย Likert-type scale 1-5 (1=น้อยกว่าเดิมมาก, 2=น้อยกว่าเดิม, 3=เหมือนเดิม, 4=มากกว่าเดิม, 5=มากกว่าเดิมมาก) แบบสอบถาม PHBQ นี้เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา เพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมเด็กหลังจากนอนโรงพยาบาล^{5,6,9,15-17}

เครื่องมือ PHBQ นี้ มีประโยชน์ในการนำไปใช้คัดกรองภาวะพฤติกรรมถดถอยในผู้ป่วยเด็กหลังจากนอนโรงพยาบาล และการดมยาสลบ เนื่องจากมีข้อคำถามไม่มาก ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามไม่นาน จึงสะดวกในการนำไปใช้คัดกรองได้อย่างรวดเร็ว ทำให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การประเมินและช่วยเหลือเพิ่มเติม เพื่อป้องกันและแก้ไขผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรมที่อาจเกิดขึ้นในภายหลังได้^{6,7} เครื่องมือนี้ได้รับการแปลเป็นภาษาสวีดิช¹⁸ และภาษาเยอรมัน¹⁹ พบว่าการจัดกลุ่มข้อคำถามบางข้อแตกต่างจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ความสอดคล้องภายในของภาษาอังกฤษ สวีดิช และเยอรมันอยู่ในระดับดี มีค่า Cronbach's alpha 0.82, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ ปัจจุบันยังไม่มีแบบสอบถามในการประเมินพฤติกรรมเด็กหลังจากนอนโรงพยาบาลหรือแบบสอบถามอื่นที่ใกล้เคียงที่เป็นภาษาไทย คณะผู้วิจัยจึงสนใจแปลแบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลเป็นฉบับภาษาไทย เพื่อนำมาใช้ประโยชน์และต่อยอดการวิจัยในลำดับถัดไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อแปลแบบสอบถาม Post-Hospitalization Behavior Questionnaire จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และทำการศึกษาเบื้องต้นเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลในเด็ก ฉบับภาษาไทย (Post-Hospitalization Behavior Questionnaire – Thai version) ในผู้ป่วยเด็กอายุ 2-12 ปี ที่นอนโรงพยาบาล ประเมินหลังจากออกจากโรงพยาบาลมาแล้ว 7-14 วัน

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาความตรงของแบบสอบถามทางการแพทย์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural validation of health questionnaire)

ขั้นตอนการศึกษา หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (Si085/2019) การศึกษาแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) การแปลแบบสอบถาม 2) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ส่วนที่ 1 การแปลแบบสอบถาม โดยวิธีการแปลย้อนกลับและทดสอบกับผู้รู้สองภาษา (back-translation with bilingual test) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 แปลแบบสอบถาม Post-Hospitalization Behavior Questionnaire (PHBQ) ซึ่งพัฒนาโดย Vernon และคณะ¹⁴ จากภาษาอังกฤษตามต้นฉบับเป็นภาษาไทย (forward translation) โดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คนแปลอย่างเป็นอิสระต่อกัน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิกสาขาวิชาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ขั้นตอนที่ 2 สังเคราะห์เครื่องมือฉบับที่แปล (synthesis of the translation) โดยนำแบบสอบถามภาษาไทยทั้งสองฉบับมารวมกันเพื่อหาข้อสรุปโดยผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก

ขั้นตอนที่ 3 การแปลย้อนกลับ (blind back-translation) โดยให้ผู้ที่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษาแม่ (native English speaker) และสามารถอ่านภาษาไทยได้แปลจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษแล้วเปรียบเทียบเนื้อความว่าเหมือนต้นฉบับภาษาอังกฤษหรือไม่ ถ้ามีข้อแตกต่างที่สำคัญ จะแก้ไขฉบับภาษาไทย และแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษจนกว่าจะใกล้เคียงกับแบบสอบถามต้นฉบับ

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบความเหมาะสมกับวัฒนธรรม (cultural appropriateness testing) ผู้เชี่ยวชาญ 2 คน ประกอบด้วยจิตแพทย์เด็กและ

วัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก เปรียบเทียบแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษ ฉบับภาษาไทย และฉบับภาษาอังกฤษที่ได้รับการแปลย้อนกลับ ว่าคำถามเหมาะสมกับวัฒนธรรมของพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายในงานวิจัย

ขั้นตอนที่ 5 การทดสอบเครื่องมือวิจัย (pretest procedure) ในผู้ปกครองเด็ก 3 คน

ขั้นตอนที่ 6 คณะผู้วิจัยเกลาลำนวนคำถามให้มีความสมบูรณ์ (review) และแก้ปัญหาที่พบจากขั้นตอนที่ 5 ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้เก็บข้อมูลที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนเมษายน 2562 – ตุลาคม 2563 ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วยผู้ป่วยเด็กอายุ 2-12 ปี และผู้ปกครองที่มารับการตรวจติดตามผลหลังจากนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยมีระยะเวลานับจากออกจากโรงพยาบาลถึงวันที่วิจัยอยู่ระหว่าง 7-14 วัน เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาพัฒนาการผิดปกติ เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย คือ ผู้ปกครองไม่เข้าใจภาษาไทย ไม่ตอบแบบสอบถามหรือไม่สามารถสัมภาษณ์ผู้ปกครองได้

ผู้ปกครองจะได้รับการขอความยินยอมล่วงหน้าก่อนออกจากโรงพยาบาลเพื่อตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์หลังจากนอนโรงพยาบาลในวันที่แพทย์เจ้าของไข้นัดผู้ป่วยมาติดตามอาการ เมื่อมาถึงโรงพยาบาลในวันที่นัดมาติดตามอาการ ผู้ปกครองจะได้รับแบบสอบถามฉบับภาษาไทย 27 ข้อ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จ จะเอาแบบสอบถามใส่ซองปิดทับและส่งคืนให้ผู้ช่วยวิจัยก่อนเข้ารับการสัมภาษณ์ จากนั้นการสัมภาษณ์ผู้ปกครองดำเนินการโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 1 ท่าน และนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก 1 ท่าน ในเวลาเดียวกัน การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที เพื่อประเมินพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงหลังจากนอนโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

จากการศึกษาของ Vernon และคณะ¹⁴ ที่เป็นผู้พัฒนาแบบสอบถาม PHBQ โดยเปรียบเทียบกับคะแนนจากการตอบแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็ก มีค่า Pearson's correlation (r) = 0.47 ($0.05 > P > 0.02$ by two-tailed test) เมื่อคำนวณด้วย $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.20$ พบว่าจำเป็นต้องใช้ผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 33 คน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ข้อมูลประชากร (demographic data) จะได้รับวิเคราะห์ผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา แบบสอบถามจะได้รับการวิเคราะห์ในด้านต่อไปนี้

1) ความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) ทดสอบโดยการเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's correlation coefficient, ρ) ระหว่างคะแนนที่วัดได้จากแบบสอบถามโดยผู้ปกครองกับค่าเฉลี่ยของการประเมินผู้ป่วยโดยจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก ซึ่งการประเมินโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก ถือเป็นเกณฑ์มาตรฐานในการวินิจฉัยภาวะพฤติกรรมถดถอย การสัมภาษณ์ผู้ปกครองนี้ไม่ได้ใช้ข้อคำถาม 27 ข้อตามแบบสอบถาม แต่จิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็กจะสัมภาษณ์ว่าเด็กมีอาการใดบ้างตามกลุ่มอาการ 6 กลุ่มของแบบสอบถาม PHBQ ของ Vernon และคณะ ได้แก่ General anxiety, Separation anxiety, Sleep anxiety, Eating disturbance, Aggression และ Apathy การสัมภาษณ์หลักเลียงคำถามชี้แนะที่ใช้ในแบบสอบถาม ยกเว้นผู้ปกครองจะกล่าวขึ้นมาก่อนเอง การประเมินของจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็กจะเป็นอิสระต่อกัน ผลการประเมินเป็น 1-5 (1=น้อยกว่าเดิมมาก, 2=น้อยกว่าเดิม, 3=เหมือนเดิม, 4=มากกว่าเดิม, 5=มากกว่าเดิมมาก) ซึ่งสอดคล้องกับแบบสอบถาม

การแปลผลค่า Spearman's correlation coefficient (ρ) ค่าระหว่าง 0.90-1.00 มีความ

สัมพันธ์ระดับสูงมาก, 0.70-0.89 มีความสัมพันธ์ระดับสูง, 0.40-0.69 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง, 0.10-0.39 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ, 0.00-0.10 ไม่มีความสัมพันธ์²⁰ ค่าที่เป็นบวกจะแปลผลว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกัน ค่าที่ติดลบจะแปลผลว่ามีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม

2) ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability of questionnaire) ทดสอบโดยวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha method) การแปลผลความสอดคล้องภายใน $\alpha \geq 0.9$ อยู่ในระดับสูง, $0.7 \leq \alpha < 0.9$ อยู่ในระดับดี, $0.6 \leq \alpha < 0.7$ อยู่ในระดับยอมรับได้, $0.5 \leq \alpha < 0.6$ อยู่ในระดับอ่อน และ $\alpha < 0.5$ ไม่พบความสอดคล้องภายใน²¹

3) ความเชื่อมั่นระหว่างการประเมินของจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็กจะได้รับการทดสอบเพื่อหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation, ICC) การแปลผลค่าความเชื่อมั่นที่ค่าที่มากกว่า 0.90 จัดอยู่ในระดับดีเยี่ยม, 0.75-0.90 จัดอยู่ในระดับดี, 0.50-0.75 จัดอยู่ในระดับปานกลาง, และน้อยกว่า 0.50 จัดอยู่ในระดับต่ำ²²

4) การนำแบบสอบถามไปใช้ได้จริง (Feasibility) ประเมินจากระยะเวลาเป็นนาทีที่ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามตั้งแต่ต้นจนจบ และจำนวนข้อที่ผู้ปกครองไม่ได้ตอบ

การวิเคราะห์ผลทำโดยโปรแกรม PASW Statistics for Windows, version 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). การแปลผลจะมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อค่า p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

การแปลแบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลฉบับภาษาไทย ได้แสดงไว้ใน

ภาคผนวก การศึกษานี้มีผู้เข้าเกณฑ์ร่วมวิจัย 92 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบ convenient sampling ผู้วิจัยติดต่อผู้ปกครองเพื่อขอความยินยอม 81 ราย ผู้ปกครองยินยอมเข้าร่วมโครงการ 58 ราย มาเข้าร่วมโครงการจริง 33 ราย ลักษณะประชากรพบว่า ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 6.2 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 23 ราย (69.7%) ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 29 ราย (87.9%) และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัด 25 ราย (75.8%) ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งแรก มี 14 ราย (42.4%) การประเมินนี้มีระยะเวลามัธยฐานหลังออกจากโรงพยาบาล 10 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1 มีผู้ป่วย 16 ราย (48.5%) ที่มีพฤติกรรมแย่งในกลุ่มอาการใดกลุ่มอาการหนึ่งจากการประเมินโดยจิตแพทย์และนักจิตวิทยา ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 5 ราย (15.2 %) ที่มีพฤติกรรมแย่งมากกว่า 1 กลุ่มอาการ โดยเมื่อแบ่งตามกลุ่มอาการ พบผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแย่งดังนี้ 1) General anxiety 10 ราย (30.3%), 2) Separation anxiety 3 ราย (9.1%), 3) Sleep anxiety 3 ราย (9.1%), 4) Eating disturbance 5 ราย (15.2%), 5) Aggression 6 ราย (18.2%) และ 6) Apathy-withdrawal 0 ราย

การทดสอบความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) ระหว่างการตอบแบบสอบถามและการประเมินโดยจิตแพทย์ ตามการประเมินจริงด้วยคะแนน 1-5 ใน 6 กลุ่มอาการ พบ concurrent validity ในระดับปานกลางเพียง 1 กลุ่มอาการ คือ eating disturbances ค่า Spearman's correlation (ρ) = 0.462 (p = 0.007) ดังแสดงในตารางที่ 2 ไม่พบความเที่ยงตรงเชิงสภาพในกลุ่มอาการอื่นๆ

รายละเอียดของ concurrent validity ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อ กับการประเมินโดยจิตแพทย์เด็ก และนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก พบข้อคำถามที่มี concurrent validity อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเพียง 6 ข้อ โดยข้อ 2, 3, 17 มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง (ρ = 0.548, 0.401, 0.559) ข้อ 6, 21, 22 มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ (ρ = 0.379, 0.385, 0.388) ดังแสดงในตารางที่ 3

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม วัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) รวมทั้งชุดอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha รวมทั้งชุด 0.840) แต่ความสอดคล้องภายในของแต่ละกลุ่มอาการอยู่ในระดับยอมรับได้มีเพียง 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่ม V: Aggression (α = 0.665) และกลุ่ม VI: Apathy-withdrawal (α = 0.669) ในกลุ่มอาการอื่นๆ พบความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับอ่อน 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่ม III: Sleep anxiety (α = 0.503) และกลุ่ม IV: Eating disturbances (α = 0.523) และไม่พบความสอดคล้องภายใน 2 กลุ่มอาการ คือ กลุ่ม I: General anxiety (α = 0.402) และกลุ่ม II: Separation anxiety (α = 0.348) ดังตารางที่ 4

ความเชื่อมั่นของการประเมินระหว่างจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก ทดสอบโดยการหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (inter-rater reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในชั้น (intraclass correlation, ICC) อยู่ในระดับดีเยี่ยม (0.905 – 1.000) ในทุกกลุ่มอาการ

การนำแบบสอบถามไปใช้ได้จริง (feasibility) วิเคราะห์จากระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน) นาน 3.35 (1.3) นาที มีผู้ปกครอง 1 รายที่ตอบคำถามขาดไป 1 ข้อ

ตารางที่ 1 ข้อมูลประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (33 ราย)

ข้อมูลผู้ป่วย	ค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์) หรือ จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	6.20 (3.0)
เพศ	
ชาย	23 (69.7)
หญิง	10 (30.3)
ผู้ตอบแบบสอบถาม	
มารดา	29 (87.9)
บิดา	3 (9.1)
อื่นๆ	1 (3)
เหตุผลที่นอนโรงพยาบาล	
รับการผ่าตัด	25 (75.8)
การรักษาทางกุมารเวชกรรม	8 (24.2)
ประวัติการนอนโรงพยาบาล	
ไม่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อน	14 (42.4)
เคยนอนโรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง	19 (57.6)
จำนวนครั้งที่เคยนอนโรงพยาบาลมาก่อนหน้านี้ (ครั้ง)	1 [0, 2]
ระยะเวลาหลังจากออกจากโรงพยาบาลถึงวันประเมิน (วัน)	10 [7, 12]

ตารางที่ 2 ความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) ระหว่างแบบสอบถามประเมินโดยผู้ปกครองและการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก โดยแบ่งตามกลุ่มอาการของแบบสอบถาม คะแนนการประเมินนำเสนอเป็นค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)

กลุ่มอาการ	การประเมินโดยแบบสอบถาม	การประเมินโดยการสัมภาษณ์	Spearman's correlation (rho)	p-value
I: General anxiety	3.0 (0.12)	3.3 (0.47)	0.196	0.274
II: Separation anxiety	3.1 (0.22)	3.1 (0.29)	0.318	0.071
III: Sleep anxiety	3.1 (0.23)	3.1 (0.42)	0.014	0.940
IV: Eating disturbances	3.1 (0.27)	3.1 (0.39)	0.462	0.007*
V: Aggression	3.1 (0.43)	3.2 (0.39)	0.121	0.501
VI: Apathy-withdrawal	3.0 (0.26)	3.0 (0.00)	-	-

*นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (แบบสองทาง)

หมายเหตุ บางกลุ่มอาการไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากการประเมินโดยแพทย์ในกลุ่มอาการที่ 6 มี zero variance เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายได้คะแนน 3 ทั้งหมด ทำให้ไม่สามารถหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้

ตารางที่ 3 ความเที่ยงตรงเชิงสภาพ (concurrent validity) ระหว่างแบบสอบถามประเมินโดยผู้ปกครองและการสัมภาษณ์โดยจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็ก โดยแบ่งตามข้อคำถามของแบบสอบถาม (I-General anxiety, II-Separation anxiety, III-Sleep anxiety, IV-Eating disturbance, V-Aggression และ VI-Apathy-withdrawal)

ข้อ	คำถาม	กลุ่มที่	Spearman's correlation	p-value
1.	เด็กหงุดหงิดจนเมื่อจะต้องเข้านอนตอนกลางคืนหรือไม่	III	0.343	0.051
2.	เด็กหงุดหงิดจนเมื่อต้องกินอาหารหรือไม่	IV	0.548	0.001*
3.	เด็กมักจะนั่งนิ่งๆ นอนนิ่งๆ หรือไม่ทำอะไรเลยหรือไม่	IV	0.401	0.021*
4.	เด็กจำเป็นต้องดูจุดจนหลับหรือไม่	I	-	-
5.	เด็กมีท่าทีกลัวเมื่อจะต้องออกไปนอกบ้านกับท่านหรือไม่	I	0.268	0.131
6.	เด็กไม่สนใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดรอบตัวหรือไม่	I	0.379	0.030*
7.	เด็กปัสสาวะรดที่นอนตอนกลางคืนหรือไม่	VI	-	-
8.	เด็กกัดเล็บตัวเองหรือไม่	I	-0.153	0.396
9.	เด็กมีอาการไม่สบายใจเมื่อถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังเป็นระยะเวลานานๆ หรือไม่	II	0.206	0.251
10.	เด็กจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมากเวลาทำสิ่งต่างๆ หรือไม่	VI	-	-
11.	ยากหรือไม่ที่จะทำให้เด็กสนใจทำสิ่งต่างๆ (เช่น เล่นเกมหรือของเล่น)	VI	-	-
12.	เด็กมีท่าทีที่หลีกเลี่ยงหรือกลัวสิ่งใหม่ๆ หรือไม่	I	0.086	0.636
13.	เด็กมีปัญหาเวลาต้องตัดสินใจหรือไม่	I	0.206	0.251
14.	เด็กมีอาการร้องอาละวาดหรือชักขึ้นข้างอเมื่อไม่ได้ตั้งใจหรือไม่	V	-0.033	0.855
15.	ยากหรือไม่ที่จะทำให้เด็กพูดคุยกับท่าน	VI	-	-
16.	เด็กมีท่าทีที่ไม่สบายใจหรือไม่เวลามีคนเอ่ยถึงหมอหรือโรงพยาบาล	II	0.107	0.553
17.	เด็กเดินตามท่านไปทุกหนทุกแห่งในบ้านหรือไม่	II	0.559	0.001*
18.	เด็กพยายามเรียกร้องความสนใจจากท่านหรือไม่	II	0.067	0.711
19.	เด็กกลัวความมืดหรือไม่	III	-0.010	0.955
20.	เด็กฝันร้ายตอนกลางคืน หรือตื่นมาร้องไห้กลางดึกหรือไม่	II	0.249	0.163
21.	เด็กมีอาการขบถที่ไม่ปกติหรือไม่	I	0.385	0.027*
22.	เด็กหลับยากในตอนกลางคืนหรือไม่	III	0.388	0.026*
23.	เด็กมีท่าทางอาย กังวล หรือกลัวคนแปลกหน้าหรือไม่	VI	-	-
24.	เด็กเบื่อ ไม่ค่อยอยากกินอาหารหรือไม่	IV	0.000	1.000
25.	เด็กมีแนวโน้มจะไม่เชื่อฟังท่านหรือไม่	V	0.172	0.339
26.	เด็กทำลายของเล่นหรือสิ่งของอื่นๆ หรือไม่	VI	-	-
27.	เด็กดูคิ้วมือหรือไม่	I	-0.268	0.132

*นัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (แบบสองทาง)

หมายเหตุ หัวข้อที่มี zero variance เนื่องจากผู้ป่วยทุกรายได้คะแนน 3 ทั้งหมด ไม่สามารถหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ได้

ตารางที่ 4 ความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ของแบบสอบถาม แบ่งตามกลุ่มอาการ

กลุ่มอาการ	Cronbach's Alpha
I: General anxiety	0.402
II: Separation anxiety	0.348
III: Sleep anxiety	0.503
IV: Eating disturbances	0.523
V: Aggression	0.665
VI: Apathy-withdrawal	0.669
รวม 27 ข้อ	0.840

วิจารณ์

การศึกษานี้เป็นการแปลแบบสอบถามซึ่งเป็นภาษาอังกฤษที่พัฒนาและถูกใช้อย่างแพร่หลายมานานแล้วกว่า 50 ปี เพื่อประเมินพฤติกรรมเด็กหลังออกจากโรงพยาบาล^{5, 6} และจัดว่าเป็นเครื่องมือคัดกรอง (screening test) ที่ได้รับการยอมรับโดยทั่วไปเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม ผู้วิจัยจึงเลือกรูปแบบงานวิจัยเป็นการศึกษาความตรงของแบบสอบถามทางการแพทย์ข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural validation of health questionnaire) โดยมีการแปลแบบสอบถามนี้จากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยและใช้วิธีการแปลย้อนกลับโดยทดสอบกับผู้ใช้สองภาษาตามมาตรฐานสากล รวมถึงมีการตรวจสอบความเหมาะสมกับวัฒนธรรมในขั้นตอนที่ 4 และมีการเกล้านวนคำถามของแบบสอบถามในขั้นตอนที่ 6 โดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยาคลินิกเด็กอีกครั้ง ทำให้น่าจะเชื่อมั่นได้ว่าเนื้อหาของแบบสอบถามฉบับภาษาไทยน่าจะมีความเที่ยงตรงใกล้เคียงกับเนื้อหาฉบับภาษาอังกฤษที่เป็นต้นฉบับและสามารถใช้ได้ในบริบทของสังคมไทย

แบบสอบถามภาษาไทยพบ concurrent validity ระดับปานกลางในกลุ่มอาการ eating disturbances เพียงองค์ประกอบเดียวจากองค์ประกอบทั้งหมด 6 กลุ่ม (ตารางที่ 2) แต่ความสอดคล้องภายในอยู่ในระดับอ่อน อาจเกิดจากการจัดกลุ่มข้อความคำถามของแบบสอบถามให้เข้ากับ 6 กลุ่มอาการ ไม่สามารถนำมาใช้ได้จริงกับประชากรไทย จากการแปลแบบสอบถามนี้เป็นภาษาอื่นๆ พบว่าแบบสอบถามฉบับภาษาเยอรมัน¹⁹ ยังคงกลุ่มอาการ 6 กลุ่ม แต่การจัดกลุ่มข้อความบางข้อแตกต่างจากต้นฉบับ ในขณะที่แบบสอบถามฉบับภาษาสเปน¹⁸ ได้วิเคราะห์หาค่าประกอบด้วยวิธี exploratory factor analysis และ confirmatory factor analysis พบว่าการทำ Oblimin rotation สามารถจัดกลุ่มอาการเป็น 5 กลุ่มได้เหมาะสมกว่าต้นฉบับ และตัดข้อความข้อที่ 10 และ 15 ออกไป

Jenkins และคณะ²³ ได้วิเคราะห์แบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษทั้ง 27 ข้ออีกครั้งใน 50 ปีถัดมาหลังจากการพัฒนาแบบสอบถามต้นฉบับด้วยวิธี principle component analysis with Varimax rotation ซึ่งเป็นวิธีเดียวกับที่ Vernon และคณะใช้พัฒนาแบบสอบถามฉบับนี้ พบว่าไม่สามารถแบ่งกลุ่ม 6 กลุ่มอาการได้อย่างเหมาะสม จึงพัฒนาแบบสอบถามเป็น PHBQ-AS สำหรับ ambulatory surgery ซึ่งตัดข้อความคำถามจาก 27 ข้อเหลือ 11 ข้อ (ประกอบด้วย 2, 3, 6, 9, 10, 11, 14, 15, 20, 22, 24) การใช้งานแบบสอบถาม PHBQ-AS นี้แปลผลจากคะแนนรวม โดยไม่ต้องแบ่งกลุ่มอาการอีก และมีความเที่ยงตรงเชื่อถือได้ จากการวิเคราะห์คำถามรายข้อในฉบับภาษาไทย (ตารางที่ 3) พบว่าข้อที่มี concurrent validity อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ข้อที่ 2, 3, 6, 17, 21, 22 เมื่อเปรียบเทียบกับแบบสอบถาม PHBQ-AS จำนวน 11 ข้อ พบว่าข้อที่ตรงกับ PHBQ-AS คือ 2, 3, 6, 22 โดยคำถามข้อที่มีความสำคัญต่อการประเมินผู้ป่วยหลังผ่าตัด คือ ข้อ 6, 14, 20, 22

จากการวิเคราะห์ข้อความคำถามฉบับภาษาไทย ในกลุ่มอาการ eating disturbances ซึ่งประกอบไปด้วยคำถามจำนวน 3 ข้อ คือ ข้อ 2, 3, และ 24 พบความเที่ยงตรงในข้อ 2 แต่ไม่พบความเที่ยงตรงในข้อ 24 ทั้งที่มีข้อความใกล้เคียงกัน ส่วนคำถามข้อ 3 ที่พบความเที่ยงตรงในกลุ่ม eating disturbances อาจไม่ได้ใช้ประเมินกลุ่มอาการนี้โดยตรง และสามารถเข้ากับกลุ่มอาการอื่นได้ เช่น general anxiety หรือ apathy-withdrawal คำถามบางข้อมีความจำเพาะต่อช่วงอายุ เช่น ข้อ 4 การดูจุดจนมหลอก และข้อ 27 การดูนิ้วมือ พบในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียน ข้อ 8 กัดเล็บ พบในเด็กวัยเรียน เด็กที่อยู่นอกกลุ่มอายุดังกล่าวมักไม่มีพฤติกรรมนั้นอยู่แล้ว ทำให้ผู้ปกครองตอบว่า “3 ไม่เปลี่ยนแปลง” การพัฒนาแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้ในอนาคตนอกจากควรที่จะทำการปรับเปลี่ยนเนื้อหาและสำนวนของคำถามในแบบสอบถามแล้ว ควรทำการเลือกคำถามให้เหมาะสมโดยพิจารณาถึงวัตถุประสงค์การนำแบบสอบถามไปใช้ว่ามีความจำเป็นต้องลงรายละเอียด

ละเอียดยความผิดปกติของพฤติกรรมในแต่ละกลุ่มหรือไม่ หรือต้องการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อคัดกรองภาวะที่ผิดปกติโดยรวมก็เพียงพอต่อการนำไปใช้งานแล้ว

ถึงแม้ว่าแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้มีความสอดคล้องภายในของทั้งชุดอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha รวมทั้งชุด 0.840) อย่างไรก็ตาม มีเพียงสองกลุ่มอาการที่ความสอดคล้องภายในของแต่ละกลุ่มอาการอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ คือ aggression ($\alpha = 0.665$) และ apathy-withdrawal ($\alpha = 0.669$) กลุ่มอาการอื่นๆ ไม่พบความสอดคล้องภายในหรืออยู่ในระดับอ่อน ($\alpha = 0.348 - 0.523$) เป็นการยืนยันว่าข้อคำถามภายในของแต่ละกลุ่มอาการไม่สอดคล้องกัน แบบสอบถามนี้ควรได้รับการปรับปรุงเรื่องการจัดกลุ่มของข้อคำถามในแต่ละกลุ่มอาการ เพื่อให้ความสอดคล้องภายในของกลุ่มอาการแต่ละด้านมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าค่าความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามฉบับภาษาอังกฤษ ภาษาสเปน และภาษาเยอรมัน มีค่า Cronbach's alpha ของทั้งชุดเท่ากับ 0.82, 0.92 และ 0.89 ตามลำดับ^{14,18,19} ฉบับภาษาอังกฤษมีความสอดคล้องภายในของแต่ละกลุ่มอาการระหว่าง 0.46-0.73 ฉบับภาษาสเปนที่จัดกลุ่มข้อคำถามใหม่จาก model ต่างๆ ด้วยวิธี confirmative factor analysis สามารถเพิ่มความสอดคล้องภายในของแต่ละกลุ่มอาการได้ดีขึ้น โดยมีค่า Cronbach's alpha อยู่ระหว่าง 0.81-0.87

ในแง่การประเมินเรื่องการนำไปใช้ได้จริง แบบสอบถาม PHBQ ฉบับภาษาไทย 27 ข้อนี้ใช้ระยะเวลาทำเฉลี่ย 3.35 นาที ถือเป็นระยะเวลาที่ไม่นานเกินไป สำหรับการนำไปใช้กับผู้ปกครองในการรักษาตามปกติ

การศึกษานี้มีข้อจำกัดอยู่หลายประการ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือทำในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก และผู้ป่วยส่วนใหญ่เคยนอนโรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (57.6%) ทำให้มีอุบัติการณ์การเกิดพฤติกรรมถดถอยค่อนข้างต่ำ และได้ผลลัพธ์ไม่หลากหลาย นอกจากนี้การศึกษานี้ยังขาดการตรวจสอบความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นด้วยวิธีอื่น ผู้วิจัย

จึงขอเสนอแนวทางการพัฒนาแบบสอบถาม PHBQ ฉบับภาษาไทย ต่อไปในอนาคต โดยพบว่ายังมีปัจจัยที่ควรคำนึงถึงและข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1) ปรับเนื้อหาความของข้อคำถามให้เป็นภาษาไทยที่เข้าใจง่ายขึ้น เป็นภาษาที่ใช้ในชีวิตจริง การพัฒนาแบบสอบถามจะสามารถเปลี่ยนแปลงเนื้อหาความให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นโดยไม่ต้องกังวลว่าเนื้อหาความไม่ตรงกับฉบับเดิม รวมถึงการตัดข้อคำถามที่ไม่จำเป็นออกด้วย

2) เพิ่มการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยวิธีอื่น ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ว่าข้อคำถามแต่ละข้อสอดคล้องกับกลุ่มอาการที่ต้องการประเมินได้หรือไม่ หากไม่ชัดเจนอาจพิจารณาเปลี่ยนข้อคำถามให้ตรงกลุ่มอาการมากขึ้น โดยเฉพาะบางคำถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ติดลบ (ตารางที่ 3) ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ได้แก่ ความเที่ยงตรงเชิงผู้เข้า (convergent validity) กับแบบประเมินมาตรฐานอื่น และความเที่ยงตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) เพื่อประโยชน์ในการคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมถดถอย

3) แบบสอบถามภาษาไทยควรได้รับการวิเคราะห์หาองค์ประกอบเชิงยืนยันอีกครั้ง (confirmatory factor analysis) ว่าข้อคำถามของกลุ่มอาการที่เป็นองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านที่สร้างขึ้น สามารถเข้ากับบริบทในผู้ป่วยเด็กไทย

4) การประเมินความเชื่อมั่นมีข้อจำกัดหากจะใช้วิธีการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater reliability) เนื่องจากผู้ปกครองเด็กแต่ละคนอาจจะมองเด็กในลักษณะแตกต่างกัน ทำให้คำตอบแบบประเมินแตกต่างกันทั้งที่เป็นเด็กคนเดียวกัน สำหรับวิธีการประเมินความเชื่อมั่นของการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีข้อจำกัดเช่นกัน เนื่องจากมีรายงานว่าพฤติกรรมถดถอยที่เกิดขึ้นหลังจากนอนโรงพยาบาลสามารถหายไปได้เองในระยะเวลา 14 วัน³ ดังนั้นการนัดเด็กมาทำการทดสอบซ้ำที่เวลาต่างกัน ก็อาจได้ผลลัพธ์แตกต่างกันด้วยตัวโรคของผู้ป่วยอยู่แล้ว ทำให้การศึกษานี้ไม่ได้ประเมินความ

เชื่อมั่นดังกล่าวและได้ประเมินความสอดคล้องภายในเพียงอย่างเดียว ส่วน inter-rater reliability ที่รายงานในการศึกษานี้ เป็นการประเมินระหว่างจิตแพทย์และนักจิตวิทยาในการประเมินผู้ร่วมวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ไม่ใช่ inter-rater reliability ของแบบสอบถาม

5) การศึกษานี้ไม่ได้ศึกษาแบบสอบถามภาษาไทยในรูปแบบของ PHBQ-AS ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สั้นและกระชับกว่า แบบสอบถาม PHBQ-AS จะประเมินความผิดปกติโดยรวม ไม่ได้แบ่งตามกลุ่มอาการ เนื่องจากการประเมินโดยจิตแพทย์เด็กและนักจิตวิทยาคลินิกเด็กในการศึกษานี้ได้ประเมินตามกลุ่มอาการแต่ไม่ได้ประเมินโดยรวม ดังนั้น การพัฒนาเครื่องมือนี้ควรวางแผนพัฒนาทั้งฉบับเต็มและฉบับย่อไปพร้อมกันเลย

สรุป

จากการศึกษาเบื้องต้น พบว่าแบบสอบถามพฤติกรรมหลังจากนอนโรงพยาบาลฉบับภาษาไทยเฉพาะกลุ่มอาการ eating disturbances มีความเที่ยงตรงในระดับปานกลางและความสอดคล้องภายในระดับอ่อน แบบสอบถามนี้ไม่พบความเที่ยงตรงเชิงสภาพในกลุ่มอาการอื่น จึงควรได้รับการพัฒนาเพิ่มเติมและจัดข้อความคำถามเข้ากลุ่มอาการใหม่ เพื่อเพิ่มความเที่ยงตรงและความเชื่อมั่นในกลุ่มอาการทั้ง 6 กลุ่ม ให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนพัฒนาการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รหัส (IO) R016232022 ผู้วิจัยขอขอบคุณ คุณณิชาภัทร ทองแก้ว และคุณชัชฌา รุ่งจินดามัย ภาควิชาวิสัญญีวิทยา สำหรับการช่วยเหลือติดต่อประสานงาน ดร.อรวรรณ สุภาพึง หน่วยระบาดวิทยาคลินิก กลุ่มงานวิจัยและเครือข่ายวิจัย ฝ่ายวิจัย สำหรับการวิเคราะห์ทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Maranets I, McClain B, Gaal D, Mayes LC, et al. Preoperative anxiety and emergence delirium and postoperative maladaptive behaviors. *Anesth Analg* 2004;99(6):1648-54.
2. Power NM, Howard RF, Wade AM, Franck LS. Pain and behaviour changes in children following surgery. *Arch Dis Child* 2012; 97(10):879-84.
3. Yuki K, Daaboul DG. Postoperative maladaptive behavioral changes in children. *Middle East J Anaesthesiol* 2011;21(2):183-9.
4. Aguilera IM, Patel D, Meakin GH, Masterson J. Perioperative anxiety and postoperative behavioural disturbances in children undergoing intravenous or inhalation induction of anaesthesia. *Paediatr Anaesth* 2003;13(6):501-7.
5. Bal N, Saricaoglu F, Uzun S, Dal D, Celebi N, Celiker V, et al. Perioperative anxiety and postoperative behavioural disturbances in children: comparison between induction techniques. *Eur J Anaesthesiol* 2006;23(6): 470-5.
6. Brodzinski H, Iyer S. Behavior changes after minor emergency procedures. *Pediatr Emerg Care* 2013;29(10):1098-101.
7. Stargatt R, Davidson AJ, Huang GH, Czarnecki C, Gibson MA, Stewart SA, et al. A cohort study of the incidence and risk factors for negative behavior changes in children after general anesthesia. *Paediatr Anaesth* 2006;16(8):846-59.
8. Karling M, Stenlund H, Hagglof B. Child behaviour after anaesthesia: associated risk factors. *Acta Paediatr*. 2007;96(5):740-7.

9. Fortier MA, Del Rosario AM, Rosenbaum A, Kain ZN. Beyond pain: predictors of postoperative maladaptive behavior change in children. *Paediatr Anaesth* 2010;20(5): 445-53.
10. Pearce JI, Brousseau DC, Yan K, Hainsworth KR, Hoffmann RG, Drendel AL. Behavioral changes in children after emergency department procedural sedation. *Acad Emerg Med* 2018;25(3):267-74.
11. Stipic SS, Carev M, Kardum G, Roje Z, Litre DM, Elezovic N. Are postoperative behavioural changes after adenotonsillectomy in children influenced by the type of anaesthesia?: A randomised clinical study. *Eur J Anaesthesiol* 2015;32(5):311-9.
12. Uhl K, Litvinova A, Sriswasdi P, Zurakowski D, Logan D, Cravero JP. The effect of pediatric patient temperament on postoperative outcomes. *Paediatr Anaesth* 2019;29(7):721-9.
13. Banchs RJ, Lerman J. Preoperative anxiety management, emergence delirium, and postoperative behavior. *Anesthesiol Clin* 2014;32(1):1-23.
14. Vernon DT, Schulman JL, Foley JM. Changes in children's behavior after hospitalization. Some dimensions of response and their correlates. *Am J Dis Child* 1966;111(6):581-93.
15. Kain ZN, Caldwell-Andrews AA, Weinberg ME, Mayes LC, Wang SM, Gaal D, et al. Sevoflurane versus halothane: postoperative maladaptive behavioral changes: a randomized, controlled trial. *Anesthesiology* 2005;102(4):720-6.
16. Thompson RH, Vernon DT. Research on children's behavior after hospitalization: a review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr* 1993;14(1):28-35.
17. Vernon DT, Thompson RH. Research on the effect of experimental interventions on children's behavior after hospitalization: a review and synthesis. *J Dev Behav Pediatr* 1993;14(1):36-44.
18. Karling M, Stenlund H, Hagglof B. Behavioural changes after anaesthesia: validity and liability of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire in a Swedish paediatric population. *Acta Paediatr* 2006;95(3):340-6.
19. Buehrer S, Klaghofer R, Weiss M, Schmitz A. Negative behavioral changes in children and adolescents after anesthesia : Development of a German language version of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire. *Anaesthesist* 2015;64(2):115-21.
20. Schober P, Boer C, Schwarte LA. Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesth Analg* 2018;126(5):1763-8.
21. Surucu L, Maslakçi A. Validity and reliability in quantitative research. *Business and Management Studies: An International Journal* 2020;8(3):2694-726.
22. Koo TK, Li MY. A Guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *J Chiropr Med* 2016; 15(2):155-63.
23. Jenkins BN, Kain ZN, Kaplan SH, Stevenson RS, Mayes LC, Guadarrama J, et al. Revisiting a measure of child postoperative recovery: development of the Post Hospitalization Behavior Questionnaire for Ambulatory Surgery. *Paediatr Anaesth* 2015;25(7):738-45.

ภาคผนวก

แบบสอบถามพฤติกรรมเด็กภายหลังออกจากโรงพยาบาล ฉบับภาษาไทย

Post Hospitalization Behavioral Questionnaire (PHBQ) – Thai version

ผู้ตอบแบบสอบถาม ☐ มารดา ☐ บิดา ☐ อื่นๆ (กรุณาระบุความสัมพันธ์กับเด็ก)

กรุณาตอบคำถามต่อไปนี้ซึ่งเกี่ยวกับพฤติกรรมของเด็กในความดูแลของท่านภายหลังจากที่เด็กออกจากโรงพยาบาล ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่เปลี่ยนแปลงก็ได้ กรุณาวางกลมล้อมรอบตัวเลขที่อธิบายพฤติกรรมปัจจุบันของเด็กได้ดีที่สุด โดยเปรียบเทียบกับพฤติกรรมของเด็กก่อนเข้าโรงพยาบาล

หมายเหตุ หากเด็กไม่เคยมีพฤติกรรมตามข้อคำถามเหล่านี้มาก่อน และหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ก็ไม่มีพฤติกรรมดังกล่าวเกิดขึ้น ให้ท่านวงกลมเลือก ข้อ 3 “เหมือนเดิม/ไม่เคยมี”

		น้อย กว่า เดิมมาก	น้อย กว่า เดิม	เหมือน เดิม/ ไม่เคยมี	มากกว่า เดิม	มากกว่า เดิมมาก
1.	เด็กหงุดหงิดงอแงเมื่อจะต้องเข้านอนตอนกลางคืนหรือไม่	1	2	3	4	5
2.	เด็กหงุดหงิดงอแงเมื่อต้องกินอาหารหรือไม่	1	2	3	4	5
3.	เด็กมักจะนั่งนิ่งๆ นอนนิ่งๆ หรือไม่ทำอะไรเลยหรือไม่	1	2	3	4	5
4.	เด็กจำเป็นต้องดูจุกนมหลอกหรือไม่	1	2	3	4	5
5.	เด็กมีท่าทีกลัวเมื่อจะต้องออกไปนอกบ้านกับท่านหรือไม่	1	2	3	4	5
6.	เด็กไม่สนใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดรอบตัวหรือไม่	1	2	3	4	5
7.	เด็กปัสสาวะรดที่นอนตอนกลางคืนหรือไม่	1	2	3	4	5
8.	เด็กกัดเล็บตัวเองหรือไม่	1	2	3	4	5
9.	เด็กมีอาการไม่สบายใจเมื่อถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพังเป็นระยะเวลาสั้นๆ หรือไม่	1	2	3	4	5
10.	เด็กจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างมากเวลาทำสิ่งต่างๆ หรือไม่	1	2	3	4	5
11.	ยากหรือไม่ที่จะทำให้เด็กสนใจทำสิ่งต่างๆ (เช่น เล่นเกม หรือของเล่น)	1	2	3	4	5

มีต่อหน้า 2

		น้อย กว่า เดิมมาก	น้อย กว่า เดิม	เหมือน เดิม/ ไม่เคยมี	มากกว่า เดิม	มากกว่า เดิมมาก
12.	เด็กมีท่าทีหลีกเลี่ยงหรือกลัวสิ่งใหม่ๆ หรือไม่	1	2	3	4	5
13.	เด็กมีปัญหาเวลาต้องตัดสินใจหรือไม่	1	2	3	4	5
14.	เด็กมีอาการร้องอาละวาดหรือชักดิ้นชักงอเมื่อไม่ได้ดังใจหรือไม่	1	2	3	4	5
15.	ยากหรือไม่ที่จะทำให้เด็กพูดคุยกับท่าน	1	2	3	4	5
16.	เด็กมีท่าที่ไม่สบายใจหรือไม่เวลามีคนเอ่ยถึงหมอหรือโรงพยาบาล	1	2	3	4	5
17.	เด็กเดินตามท่านไปทุกหนทุกแห่งในบ้านหรือไม่	1	2	3	4	5
18.	เด็กพยายามเรียกร้องความสนใจจากท่านหรือไม่	1	2	3	4	5
19.	เด็กกลัวความมืดหรือไม่	1	2	3	4	5
20.	เด็กฝันร้ายตอนกลางคืน หรือตื่นมาร้องไห้กลางดึกหรือไม่	1	2	3	4	5
21.	เด็กมีอาการขับถ่ายที่ไม่ปกติหรือไม่	1	2	3	4	5
22.	เด็กหลับยากในตอนกลางคืนหรือไม่	1	2	3	4	5
23.	เด็กมีท่าทางอาย กังวล หรือกลัวคนแปลกหน้าหรือไม่	1	2	3	4	5
24.	เด็กเบื่อ ไม่ค่อยอยากกินอาหารหรือไม่	1	2	3	4	5
25.	เด็กมีแนวโน้มจะไม่เชื่อฟังท่านหรือไม่	1	2	3	4	5
26.	เด็กทำลายของเล่นหรือสิ่งของอื่นๆ หรือไม่	1	2	3	4	5
27.	เด็กดูคู่มือหรือไม่	1	2	3	4	5

กรุณาตรวจสอบให้แน่ใจว่าท่านได้ตอบคำถามครบทั้ง 2 หน้าแล้ว
ขอขอบพระคุณที่กรุณาตอบแบบสอบถาม



ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

Prevalence and Associated Factors of Burnout Syndrome among Clinical Medical Students, Ubon Ratchathani University

ศรียาภา อัจฉริยะสวัสดิ์*, สุชญญา ปาริชาติ เปี่ยมมนอง**, ธนพร ประเคน**, นันทิกานต์ ฤทธิเดช**,
ภัทรพร ยิ่งสนองชาติ**, ภาณุพงศ์ อุษณียงามเจริญ**

Sriarpha Auchayasawat*, Suchanya Parichart Priamnonng**, Thanaporn Praken**,
Nuntikarn Ritdejch**, Pattarabhorn Yingsanongchat**, Panupong Usaneengamcharoen**

* กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีสะเกษ

** ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ

* Psychiatry and Addiction Subdivision, Sisaket Hospital

** Sisaket Hospital Medical Education Center

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทย์
ชั้นคลินิก วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ศึกษาในนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก วิทยาลัยแพทยศาสตร์
และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 133 คน โดยใช้แบบสอบถาม
ออนไลน์แบบตอบเองประกอบด้วยข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านการเรียนและปฏิบัติงาน และแบบ
ประเมินภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory) ฉบับภาษาไทย
วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา รายงานผลเป็น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ช่วง และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression

ผลการศึกษา นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง ร้อยละ 31.0 โดยมีปัจจัยที่มีผล
ต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง ได้แก่ โรคทางกาย ชั้นปีที่กำลังศึกษาไม่ตรงตามชั้นปีที่เข้าศึกษา ศึกษา
ชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ และกำลังศึกษาในหอผู้ป่วยรายวิชา
รอง ปัจจัยที่มีผลต่อความอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ มีโรคทางกาย ศึกษาชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตร
ศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ และทัศนคติด้านลบต่อการเรียนแพทย์ ปัจจัยที่ลดความเป็นบุคคล
คือ ปัญหาทางการเงิน โรคทางกาย เกรตเฉลี่ยน้อยกว่าค่าเฉลี่ย และศึกษาชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตร
ศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไม่มีปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสำเร็จส่วนบุคคล
สรุป หนึ่งในสามของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง ควรให้ความสำคัญ
ทั้งหลักสูตรการศึกษา การคัดกรองและติดตามการรักษาทั้งปัญหาทางกายและทางจิตเวชแก่นักศึกษา
แพทย์ชั้นคลินิก

คำสำคัญ ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน นักศึกษาแพทย์
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 101-112

Corresponding author: พญ.ศรียาภา อัจฉริยะสวัสดิ์ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลศรีสะเกษ
ถ.กสิกรรม ต.เมืองใต้ อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-611503 ต่อ 3404 E-mail: petch_ss@yahoo.com
วันรับ : 11 มิถุนายน 2563 วันแก้ไข : 14 กันยายน 2563 วันตอบรับ : 14 กันยายน 2563

Abstract

Objective: Study prevalence and associated factors of burnout syndrome among clinical medical students, Ubon Ratchathani University.

Method: The cross-sectional study were applied on the 133 medical students in clinical years, College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University, for the academic year of 2019. The online questionnaire was consisted of demographic data, learned and practiced data and the Maslach Burnout Inventory (MBI)-Thai version. The data were analyzed using descriptive statistics consisting percentage, mean, range, standard deviation. The correlation was determined using Multiple logistic regression statistic in analyzing the influence of factors.

Results: The prevalence of burnout syndrome among clinical medical students of medical students in clinical years, it indicated 31.0% were high level of burnout syndrome. The associated factors of high level of burnout syndrome was physical illness, repeatedly in medical class, studied in Sisaket educational medical center and studied in minor ward. The associated factors of emotional exhaustion aspect was physical illness, studied in Sisaket educational medical center and negative attitude about medical study. The factor affecting burnout syndrome in depersonalization aspect was financial problem, physical illness, below average of grade point average (GPA) and studied in Sisaket educational medical center. None of the factors affecting burnout syndrome in personal accomplishment aspect.

Conclusion: One third of clinical medical students were high level of burnout syndrome. The Medical Education Center should give precedence to the medical student care both in terms of academic curriculum, screening and follow up both physical and mental illness.

Keywords: burnout syndrome, medical student

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 101-112

บทนำ

ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน (burnout syndrome) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดจากการตอบสนองต่อความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน¹ มักพบในอาชีพที่ต้องทำงานเกี่ยวข้องกับผู้คนเป็นเวลานาน และงานที่ต้องเกี่ยวข้องกับอารมณ์ของผู้รับบริการโดยตรง โดยเฉพาะงานบริการด้านสุขภาพ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เป็นต้น ซึ่งก่อให้เกิดความอ่อนล้าทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เกิดความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและพฤติกรรม เช่น รู้สึกร่างกายเหนื่อยล้า ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ หงุดหงิด และโกรธง่าย หุนหันพลันแล่น รู้สึกเศร้าหมอง มองโลกในแง่ร้าย สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เป็นต้น² ภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานประเมินโดยใช้แบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ประกอบด้วยคำถาม 22 ข้อ คิดคะแนนแบ่งระดับความรุนแรงเป็นสูง ปานกลาง และต่ำ ประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านลดความเป็นบุคคล (depersonalization) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment) ผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง การลดความเป็นบุคคลสูง และมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ แบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) เป็นแบบวัดที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด มีความเที่ยงสูง และมีคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ^{3,4}

มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของบุคลากรทางสาธารณสุขหลายการศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ผ่านมาพบภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานในบุคลากรสาธารณสุข⁵ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ประจำบ้าน⁶ แพทย์⁷ จิตแพทย์⁸ พยาบาลวิชาชีพ^{9,10} หรือนักศึกษาแพทย์¹¹ ซึ่งอาจพบความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานที่แตกต่างกัน การศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัย

ที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่าภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับต่ำ ปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน ได้แก่ ภาวะครอบครัวปานกลาง/หนัก การปฏิบัติงานในชั้นปีที่ 1 การปฏิบัติงานในภาควิชา กลุ่มหอผู้ป่วยหลัก (major wards) ความรู้สึกว่างงาน เอกสารน้อย/มากเกินไป ความรู้สึกขี้โมโหในการนอนหลับไม่เพียงพอ ความไม่พึงพอใจในวิชาชีพแพทย์ และการเคยมีความคิดในการลาออกจากการศึกษาระดับแพทย์ประจำบ้าน และชั่วโมงทำงานนอกเวลาราชการ⁶ การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานกับการจำกัดชั่วโมงการทำงานของแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ใน University of Colorado Health Science Center สหรัฐอเมริกา พบว่าการจำกัดชั่วโมงการทำงานที่ลดลงจาก 74.6 เป็น 67.1 ชั่วโมง พบว่ามีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ระดับสูงลดลงร้อยละ 13¹² การศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) รวบรวมความชุกของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของนักศึกษาแพทย์ทั่วโลกพบความชุกร้อยละ 44.2 (33.4-55.0) ความชุกภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 40.8 (32.8-48.9) ด้านลดความเป็นบุคคล ร้อยละ 35.1 (27.2-43.0) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล ร้อยละ 27.4 (20.5-34.3) การศึกษานี้พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศ ความชุกมีความแตกต่างกันเล็กน้อยระหว่างประเทศ โดยพบความชุกสูงกว่าประเทศอื่นๆ ในประเทศหมู่เกาะมหาสมุทรแปซิฟิกและตะวันออกกลาง¹³

นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกต้องต้องฝึกปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาแพทย์เป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยที่สุด ต้องเรียนรู้จากผู้อื่น ไม่มีอำนาจตัดสินใจก่อน เกิดเป็นความเครียดทั้งจากการเรียน การรักษาสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่นในที่ทำงาน การไม่มีเวลาว่าง รวมไปถึงปัญหาในด้านต่างๆ

เช่น อาการเจ็บป่วยทั้งของตนเองหรือคนในครอบครัว การถูกตั้งความหวัง เป็นต้น^{14,15} ผลจากความเครียดต่อเนื่องสามารถเป็นเหตุให้คุณภาพชีวิตของนักศึกษาแพทย์มีการถดถอยลงอย่างชัดเจน¹⁶ คณะผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนและการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก ในที่นี้จึงใช้คำจำกัดความเป็น “ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน” แทนเพื่อให้เหมาะสมกับบทบาทของผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก การศึกษาครั้งนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี เพื่อให้ทราบข้อมูลตระหนักถึงความสำคัญ และนำข้อมูลที่ได้ร่วมกันหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุด

วัสดุและวิธีการ

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย 055/2562 เป็นการศึกษาแบบภาพตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการศึกษาในนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4-6 วิทยาลัยแพทย์ศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ซึ่งเรียนและปฏิบัติงานในชั้นคลินิก 2 ศูนย์แพทย์ คือ ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษและศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ ทุกรายจำนวน 133 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ประกอบด้วย ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล ข้อมูลปัจจัยด้านการเรียนและปฏิบัติงาน และแบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานฉบับภาษาไทย⁴ ประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านลดความเป็นบุคคล

(depersonalization) และด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (personal accomplishment) ซึ่งได้รับการทดสอบความเที่ยงและความตรงเป็นที่ยอมรับ^{3,4,14,17} เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม 2562 เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ ผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบกลับในช่วงเวลาที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ประกอบด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ากลาง เปอร์เซ็นไทล์ ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ fisher's exact test และ univariable and multivariable logistic regression

ผลการศึกษา

นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกจำนวน 133 คน ตอบกลับแบบสอบถามในช่วงเวลาที่กำหนด จำนวน 92 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ในจำนวนผู้ตอบกลับแบบสอบถามนี้มีจำนวน 5 คนไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงเหลือผู้เข้าร่วมการศึกษานี้จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 65.4

ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) ค่าเฉลี่ยอายุ 22.8 ปี (20.0-26.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.2) ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง อยู่ในช่วง 6001-9000 บาท และ 9001-12000 บาท มากที่สุดเท่ากันทั้งสองช่วง (ร้อยละ 32.2) รายได้ผู้ปกครองต่อเดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 45,000-65,000 บาท (ร้อยละ 24.1) นักศึกษาส่วนมากไม่มีปัญหาด้านการเงิน (ร้อยละ 71.3) เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) มีค่าเฉลี่ย 3.23 นักศึกษาเกินครึ่งมีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 52.9) ค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา (GPA) เท่ากับ 3.17 นักศึกษาเกินครึ่งมีเกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมาต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (ร้อยละ 51.7) นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาหรือโรคทางกายและทางจิตเวช (ร้อยละ 85.1 และ 89.7 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยด้านบุคคล (N=87)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	58	66.7
ชาย	29	33.3
ปัญหาด้านการเงิน		
ไม่มี	62	71.3
มี	25	28.7
ปัญหาหรือโรคทางกาย		
ไม่มี	74	85.1
มี	13	14.9
ปัญหาหรือโรคทางจิตเวช		
ไม่มี	78	89.7
มี	9	10.3
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)		
ค่าเฉลี่ย = 3.23 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.31 ช่วง = 2.68-3.98		
น้อยกว่า 3.23	46	52.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.23	41	47.1
เกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา (GPA)		
ค่าเฉลี่ย = 3.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.38 ช่วง = 2.14-4.00		
น้อยกว่า 3.17	45	51.7
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.17	42	48.3

ข้อมูลปัจจัยด้านการเรียนและปฏิบัติงาน นักศึกษาเกินกึ่งหนึ่งศึกษาศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ (ร้อยละ 54.0) เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปี 6 มากที่สุด (ร้อยละ 35.6) และชั้นปีที่กำลังศึกษาตรงตามชั้นปีที่เข้าเรียนชั้นปี 1 (ร้อยละ 80.5) นักศึกษาส่วนใหญ่กำลังศึกษาในหอผู้ป่วยรายวิชาหลัก (ร้อยละ 75.9) เมื่อแยกตามรายวิชาพบว่ากำลังศึกษาในรายวิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยามากที่สุด (ร้อยละ 24.1) ในมุมมองของนักศึกษารายวิชาที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมากที่สุด 3 รายวิชาแรก ได้แก่ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ และออโรโธปิดิกส์ (ร้อยละ 78.2 10.3 และ 6.9 ตามลำดับ) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในเวลบบนหอผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย 40.7 ชั่วโมง/สัปดาห์ (2.0 - 127.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 31.1) ระยะเวลาปฏิบัติงานนอกเวลบบนหอผู้ป่วยมีค่ากลาง 32.2 ชั่วโมง/สัปดาห์

(6.0 - 80.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.5) นักศึกษาส่วนใหญ่พึงพอใจกับระยะเวลาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย (ร้อยละ 52.7) แต่ไม่พึงพอใจในระยะเวลาการนอนหลับ (ร้อยละ 77.0) ค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนหลับ 5.1 ชั่วโมง/วัน (3.0 - 8.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.0) นักศึกษาส่วนมากไม่มีปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลในหอผู้ป่วย (ร้อยละ 82.8) ในกลุ่มที่มีปัญหาความสัมพันธ์ภาพบนหอผู้ป่วยเป็นปัญหาระหว่างสาขาวิชาอื่นๆ และนักศึกษาแพทย์มากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 33.3) รองลงมาได้แก่ อาจารย์แพทย์ และแพทย์เพิ่มพูนทักษะ (ร้อยละ 26.7 และ 6.7 ตามลำดับ) เหตุผลที่เลือกเรียนคณะแพทยส่วนมากจะเลือกด้วยตนเองและมีทัศนคติด้านบวกต่อการเรียนแพทย์ (ร้อยละ 46.0 และ 74.7 ตามลำดับ) ในมุมมองของผู้ตอบแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมากที่สุด ได้แก่ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ร้อยละ 47.1 รองลงมาได้แก่ ความสัมพันธ์กับอาจารย์แพทย์ ร้อยละ 24.1 โดยกลุ่มที่พึงพอใจกับระยะเวลาในการปฏิบัติงานจะมีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในเวลาราชการ 38.7 ชั่วโมง/สัปดาห์ (2.0-120.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 30.9) และนอกเวลาราชการ 32.1 ชั่วโมง/สัปดาห์ (6.0-80.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

19.6) ส่วนกลุ่มที่ไม่พึงพอใจเนื่องจากระยะเวลาการปฏิบัติงานมากเกินไป มีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยในเวลาราชการ 41.8 ชั่วโมง/สัปดาห์ (10.0-127.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 32.4) และนอกเวลาราชการ 33.2 ชั่วโมง/สัปดาห์ (6.0-80.0; ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.1) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยด้านการเรียนและปฏิบัติงาน (N=87)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา		
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	40	46
รพ.ศรีสะเกษ	47	54
ชั้นปีที่กำลังศึกษาตรงตามชั้นปีที่เข้าเรียนชั้นปี 1		
ใช่	70	80.5
ไม่ใช่	17	19.5
รายวิชาที่กำลังศึกษา		
หอผู้ป่วยรายวิชาหลัก	66	75.9
สูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา	21	24.1
อายุรศาสตร์	17	19.5
ศัลยศาสตร์	13	14.9
ออร์โธปิดิกส์	11	12.6
กุมารเวชศาสตร์	4	4.6
หอผู้ป่วยรายวิชารอง	21	24.1
เวชศาสตร์ฉุกเฉิน	13	14.9
เวชศาสตร์ครอบครัว	6	6.9
นิติเวชศาสตร์	2	2.3
ความพึงพอใจต่อระยะเวลาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย		
พึงพอใจ	39	44.8
ไม่พึงพอใจ เนื่องจากน้อยเกินไป	1	1.1
ไม่พึงพอใจ เนื่องจากมากเกินไป	34	39.1
รายวิชาไม่มีการปฏิบัติงาน	13	14.9
ความพึงพอใจในการนอนหลับ		
เพียงพอ	20	23
ไม่เพียงพอ	67	77
ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหอผู้ป่วย		
ไม่มี	72	82.8
มี	15	17.2
ทัศนคติต่อการเรียนแพทย์		
รู้สึกด้านบวก	65	74.7
รู้สึกด้านลบ	22	25.3

ระดับความเหนื่อยล้าในการเรียนทั้ง 3 ด้าน ความอ่อนล้าทางอารมณ์ อยู่ในระดับสูงมากที่สุด (ร้อยละ 44.8) การลดความเป็นบุคคล อยู่ในระดับสูง

มากที่สุด ร้อยละ 39.1 และความสำเร็จส่วนบุคคล อยู่ในระดับต่ำมากที่สุด (ร้อยละ 89.7) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนทั้ง 3 ด้าน (N=87)

คะแนนภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน 3 ด้าน	ต่ำ		ปานกลาง		สูง		ค่าเฉลี่ย (คะแนน)
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	23	26.4	25	28.7	39	44.8	25.59
การลดความเป็นบุคคล	25	28.7	28	32.2	34	39.1	11.30
ความสำเร็จส่วนบุคคล	78	89.7	7	8	2	2.3	18.85

ผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับสูง จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลสูง แต่จะมีคะแนนด้านความสำเร็จส่วนบุคคลต่ำ

มีความชุกร้อยละ 31.0 นอกนั้นมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนในระดับต่ำ-ปานกลาง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความชุกเมื่อแบ่งตามระดับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทยชั้นคลินิกศึกษา มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง	27	31.0
มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนต่ำ-ปานกลาง	60	69.0

หาความสัมพันธ์โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple logistic regression) ในการหาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในแต่ละด้าน ระดับสูงกับระดับต่ำ-ปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง ได้แก่ มีปัญหาหรือโรคทางกาย ชั้นปีที่กำลังศึกษาไม่ตรงกับชั้นปีที่เข้าศึกษา ปฏิบัติงานชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ และกำลังศึกษาในหอผู้ป่วยรายวิซารอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ปัจจัยที่มี

นัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีปัญหาหรือโรคทางกาย ศึกษาในชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ และทัศนคติต่อการเรียนแพทย์ เป็นด้านลบ ด้านการลดความเป็นบุคคล ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ มีปัญหาด้านการเงิน มีปัญหาหรือโรคทางกาย เกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา (GPA) น้อยกว่าค่าเฉลี่ย และปฏิบัติงานชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ ไม่พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับด้านความสำเร็จส่วนบุคคล โดยมี adjusted OR, stepwise regression OR และ 95%CI ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน ทั้ง 3 ด้าน และระดับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน โดยใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple logistic regression) เปรียบเทียบระหว่างผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในแต่ละด้านระดับสูงกับระดับต่ำ-ปานกลาง

ปัจจัย	ความอ่อนล้าทางอารมณ์		การลดความเป็นบุคคล		ความสำเร็จส่วนบุคคล		ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน	
	adjusted OR (95%CI)	stepwise regression OR (95%CI)	adjusted OR (95%CI)	stepwise Regression OR (95%CI)	adjusted OR (95%CI)	stepwise regression OR (95%CI)	adjusted OR (95%CI)	stepwise regression OR (95%CI)
เพศ								
หญิง	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
ชาย	2.38 (0.676-8.379)	-	0.85 (0.221-3.278)	-	1.03 (0.084-12.786)	-	1.06 (0.238-4.715)	-
ปัญหาด้านการเงิน								
ไม่มี	1.00	-	1.00	1.00	1.00	-	1.00	-
มี	0.87 (0.217-3.523)	-	2.08 (0.480-8.976)	3.64 (1.072-12.377)	2.41 (0.183-31.664)	-	1.76 (0.403-7.696)	-
ปัญหาหรือโรคทางกาย								
ไม่มี	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00
มี	5.88 (0.767-45.117)	6.64 (1.098-40.195)	12.93 (1.423-117.419)	12.08 (1.646-88.692)	2.29 (0.173-30.321)	-	16.99 (1.347-214.275)	15.52 (1.460-164.895)
ปัญหาหรือโรคทางจิตเวช								
ไม่มี	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
มี	0.41 (0.062-2.733)	-	0.47 (0.068-3.282)	-	2.15 (0.081-57.137)	-	0.46 (0.065-3.230)	-
ชั้นปีที่กำลังศึกษาตรงตามชั้นปีที่เข้าศึกษา								
ใช่	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	1.00
ไม่ใช่	3.84 (0.685-21.467)	-	2.19 (0.409-11.697)	-	0.31 (0.012-7.958)	-	6.52 (1.022-41.622)	4.48 (1.070-18.743)
เกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX)								
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.23	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
น้อยกว่า 3.23	0.91 (0.123-6.792)	-	1.33 (0.152-11.610)	-	79.87 (1.254-5089.100)	-	2.52 (0.197-32.136)	-
เกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา (GPA)								
มากกว่าหรือเท่ากับ 3.17	1.00	-	1.00	1.00	1.00	-	1.00	-
น้อยกว่า 3.17	0.85 (0.106-6.873)	-	3.52 (0.325-38.277)	7.72 (2.193-27.206)	0.11 (0.004-2.898)	-	0.72 (0.049-10.569)	-
ศูนย์แพทยศาสตรศึกษา								
รพ.สรรพสิทธิประสงค์	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	-	1.00	1.00
รพ.ศรีสะเกษ	2.94 (0.809-10.678)	2.90 (1.001-8.375)	3.70 (0.893-15.309)	3.78 (1.097-13.037)	1.43 (0.143-14.238)	-	4.80 (0.893-25.786)	6.71 (1.476-30.554)
รายวิชาที่กำลังศึกษา								
หอผู้ป่วยรายวิชาวาง	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	1.00
หอผู้ป่วยรายวิชาหลัก	0.19 (0.023-1.486)	-	0.36 (0.040-3.171)	-	1.00	-	0.08 (0.006-0.853)	0.09 (0.013-0.613)
ความพึงพอใจในการนอนหลับ								
ใช่	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
ไม่ใช่	5.58 (0.636-49.015)	-	0.93 (0.103-8.397)	-	0.54 (0.016-18.132)	-	2.39 (0.201-28.605)	-
ความพึงพอใจต่อระยะเวลาปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย								
ใช่	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
ไม่ใช่	1.84 (0.542-6.278)	-	1.66 (0.454-6.091)	-	0.10 (0.008-1.287)	-	2.01 (0.497-8.163)	-
ปัญหาความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในหอผู้ป่วย								
ไม่มี	1.00	-	1.00	-	1.00	-	1.00	-
มี	0.60 (0.085-4.260)	-	1.44 (0.196-10.575)	-	0.01 (0.000-0.941)	-	1.33 (0.167-10.574)	-
ทัศนคติต่อการเรียนแพทย์								
รู้สึกด้านบวก	1.00	1.00	1.00	-	1.00	-	1.00	-
รู้สึกด้านลบ	8.92 (0.669-118.781)	11.47 (1.199-109.696)*	2.53 (0.274-23.329)	-	0.64 (0.009-46.076)	-	1.24 (0.128-11.961)	-

วิจารณ์

นักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกร้อยละ 31 มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับสูง เมื่อเปรียบเทียบการศึกษานี้กับการศึกษาการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) รวบรวมความชุกของภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนของนักศึกษาแพทย์ทั่วโลกจากการศึกษาที่ใช้แบบวัดที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง¹³ การศึกษานี้พบความชุกที่น้อยกว่าน้อยกว่าการศึกษาทั่วโลก (ร้อยละ 31.0 กับ ร้อยละ 44.2) เมื่อเปรียบเทียบภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (ร้อยละ 44.8 กับ 40.8) การลดความเป็นบุคคล (ร้อยละ 39.1 กับ 35.1) ด้านความสำเร็จส่วนบุคคล (ร้อยละ 89.7 กับ 27.4) ด้านพบว่าทั้ง 3 ด้าน ของการศึกษานี้พบความชุกที่สูงกว่าการศึกษาทั่วโลก แม้ว่าการศึกษานี้จะพบความชุกด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลที่สูงกว่า แต่ก็อยู่ในช่วงความชุกสูงสุด-ต่ำสุดที่พบได้ในการศึกษาทั่วโลก แต่ด้านความสำเร็จส่วนบุคคลกลับพบความชุกที่สูงกว่ามาก ซึ่งการศึกษานี้ปัจจัยในเรื่องเกรดเฉลี่ยเทอมที่ผ่านมา (GPA) และเกรดเฉลี่ยสะสม (GPAX) ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติในด้านความสำเร็จส่วนบุคคล จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจว่ามีปัจจัยอะไรที่มีผลต่อความสำเร็จส่วนบุคคลของนักศึกษาแพทย์

การมีปัญหาระบาดหรือโรคทางกาย เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง และเมื่อดูเฉพาะด้านก็พบว่าก็มีผลต่อด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ และการลดความเป็นบุคคลเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาความชุกของภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวในประเทศยุโรปรายงานภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูงมีความสัมพันธ์กับการลาป่วย¹⁸ ทฤษฎีการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานของ Maslach และ Jackson ระบุว่าแรกจะเกิดความอ่อนล้าทางอารมณ์ก่อน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองทาง

อารมณ์ต่อความเครียดจากการทำงาน และเมื่อเกิดภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ขึ้นบุคคลก็จะจัดการกับปัญหาด้วยการแยกตัวตนเองออกจากผู้อื่นทำให้เกิดปัญหาการลดความเป็นบุคคล รู้สึกในแง่ลบต่อผู้อื่นและงานที่รับผิดชอบ และเมื่อเกิดการลดความเป็นบุคคลขึ้น บุคคลนั้นก็จะรู้สึกตัวตนเองมีคุณค่าน้อยลง ประสบความสำเร็จในการทำงานลดลงก่อให้เกิดความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล¹ การมีปัญหาระบาดหรือโรคทางกายมีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะอารมณ์ได้สูง และเมื่อเกิดภาวะอ่อนล้าทางอารมณ์ขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามขั้นตอนการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน

ปัญหาด้านการเงิน เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนด้านการลดความเป็นบุคคล เช่นเดียวกันกับการศึกษาภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของแพทย์ประจำบ้านโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า ผู้ที่มีภาระครอบครัวปานกลาง/หนักเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานระดับสูง⁶ แต่เนื่องจากนักศึกษาแพทย์ยังไม่สามารถทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง ปัญหาด้านการเงินจึงพิจารณาจากจำนวนเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองต่อเดือนเพียงพอหรือไม่ ซึ่งเมื่อดูในรายละเอียดของกลุ่มที่คิดว่าตนเองมีปัญหาทางด้านการเงิน พบว่าได้รับเงินจากผู้ปกครองต่อเดือนสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีปัญหาด้านการเงิน มุมมองปัญหาด้านการเงินจึงไม่ได้ขึ้นกับจำนวนเงินแต่ขึ้นกับการบริหารค่าใช้จ่ายว่าเพียงพอหรือไม่

นักศึกษาแพทย์ที่กำลังศึกษาในชั้นปีที่ไม่ตรงกับปีที่เข้าศึกษาตอนชั้นปี 1 เป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับสูง ซึ่งนักศึกษาแพทย์ที่เรียนช้ากว่าเพื่อนที่เข้าเรียนปีการศึกษาเดียวกันอาจจะมียปัจจัยที่ทำให้ต้องพักการเรียนและเรียนช้ากว่าเพื่อนร่วมรุ่น ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจมีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน การเรียนกับเพื่อนต่าง

ร่นต้องมีการปรับตัวสร้างสัมพันธภาพอาจจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนดั่งการศึกษาในพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งของสหรัฐอเมริกาที่พบว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลมีผลต่อการเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการทำงาน¹⁹

นักศึกษาแพทย์ที่มีเกรดเฉลี่ยที่ผ่านมา (GPA) น้อยกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มที่ทำการศึกษาคพบว่า เป็นปัจจัยที่มีผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนด้านการลดความเป็นบุคคลเช่นเดียวกับการศึกษาการจัดการความเครียดของนักศึกษาชั้นคลินิกมหาวิทยาลัยขอนแก่นที่พบว่าผู้ที่มีผลการศึกษาดำรงมีความเครียดในสัดส่วนที่มากกว่าผู้ที่มีผลการศึกษาสูงกว่า¹⁴

นักศึกษาแพทย์ที่ปฏิบัติงานชั้นคลินิกที่ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลศรีสะเกษ มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับนักศึกษาแพทย์ที่ปฏิบัติงานในศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ เนื่องจากข้อจำกัดของการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ไม่สามารถบอกได้ว่าภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนเกิดภายหลังจากนักศึกษาแพทย์มาปฏิบัติงานที่ศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาหรือเกิดก่อนหน้านั้นขึ้นชั้นคลินิก ปัจจุบันนี้ทั้งสองศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิกได้มีการปรับปรุงหลักสูตรการเรียนการสอน ทั้งหัวข้อการสอน รูปแบบการสอน การใช้ข้อสอบกลางร่วมกันในการประเมิน เป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะศึกษาต่อไปในอนาคตว่าปัจจัยใดที่มีผลจะส่งผลต่อความแตกต่างของภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระหว่างสองศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษา

หอผู้ป่วยรายวิชารองเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่มีโอกาสเกิดภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนระดับสูงจากข้อจำกัดรูปแบบการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยรอง เนื่องจากการเรียนของนักศึกษาแพทย์มีการเปลี่ยนหอผู้ป่วยในการฝึก

ปฏิบัติงานเมื่อครบจำนวนเวลาเรียนของรายวิชานั้น แต่การศึกษานี้ได้สอบถามมุมมองของนักศึกษาแพทย์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยว่ารายวิชาใดที่คิดว่ามีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมากที่สุด 3 อันดับแรกที่นักศึกษาแพทย์เลือกตอบเป็นรายวิชาในหอผู้ป่วยหลัก ได้แก่ อายุรศาสตร์ (ร้อยละ 78.2) ศัลยกรรม (ร้อยละ 10.0) และสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา (ร้อยละ 2.3)

ทัศนคติต่อการเรียนแพทย์ด้านลบเป็นปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีการศึกษาหนึ่งพบว่าภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานมีการทับซ้อนกับอาการของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 90 ของผู้ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการทำงานเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า²⁰ จากทฤษฎีของ Beck's cognitive triad ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีทัศนคติด้านลบต่อตัวเอง สิ่งแวดล้อมรอบตัว และอนาคต²¹ นักศึกษาแพทย์ที่มีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนอาจมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วยและอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้พบความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการเรียนแพทย์ด้านลบกับความอ่อนล้าทางอารมณ์

แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่พบว่าปัจจัยด้านความพึงพอใจต่อระยะเวลาการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยมีนัยสำคัญทางสถิติต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน แต่ในมุมมองของผู้เข้าร่วมการศึกษานี้คิดว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนมากที่สุด คือ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย ในกลุ่มที่ไม่พึงพอใจในระยะเวลาการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยก็พบว่ามีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยทั้งในและนอกเวลาราชการที่สูงกว่ากลุ่มที่พึงพอใจ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจที่จะทำการศึกษาต่อไปเกี่ยวกับจำนวนชั่วโมงที่เหมาะสมในการปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยทั้งในเวลาราชการและนอกเวลาราชการของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก

จากลักษณะการเรียนของนักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก เป็นการเน้นการปฏิบัติงานจริงบนหอผู้ป่วย

การศึกษานี้จึงนิยามภาวะ “Burnout” ให้สอดคล้องกับผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัยซึ่งเป็นนักศึกษาแพทยชั้นคลินิก จึงใช้คำจำกัดความเป็น “ภาวะเหนื่อยล้าในการเรียน” แทนเพื่อให้เหมาะสมกับบทบาทของผู้เข้าร่วมวิจัย การประเมินภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนจึงใช้แบบประเมินภาวะความเหนื่อยล้าในการทำงานของแมสลาซ (Maslach Burnout Inventory) ฉบับภาษาไทย

ข้อจำกัดของการวิจัยนี้ เนื่องจากการส่งแบบสอบถามทางอิเล็กทรอนิกส์ (google form) และตอบกลับด้วยตนเองในระยะเวลาการตอบกลับที่จำกัด และนักศึกษาแพทยชั้นคลินิกปฏิบัติงานในสองศูนย์แพทย์ ทำให้การตอบกลับน้อยกว่าจำนวนอัตราการตอบกลับที่คำนวณจากสูตร แต่อัตราการตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 82.1 จากกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ (87 คน จาก 106 คน) มีตัวแทนตอบกลับในทุกชั้นปี จึงยังถือได้ว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรที่ศึกษาอยู่

สรุป

หนึ่งในสามของนักศึกษาแพทยชั้นคลินิกมีภาวะเหนื่อยล้าในการเรียนสูง ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกนอกจากให้ความสำคัญในการดูแลนักศึกษาแพทย์ทั้งในเรื่องหลักสูตรวิชาการแล้วยังควรให้ความสำคัญในเรื่องปัญหาโรคทางกายและทางจิตเวชของนักศึกษาแพทย์ด้วย ควรมีระบบให้คำปรึกษาและคัดกรองโรคประจำตัวทั้งทางกายและทางจิตเวชในนักศึกษาแพทย์ที่ยังไม่เคยมีประวัติเจ็บป่วยมาก่อน

กิตติกรรมประกาศ

ด้วยความระลึกถึงพระคุณอาจารย์ทั้งสองท่านที่ให้คำแนะนำแนวคิดและเครื่องมือวัดในการทำวิจัยเรื่องนี้ ผศ.นพ.พนม เกตุมาน และ รศ.พญ. พรจิรา ปรีวัชรกุล

ขอขอบคุณ ศ.พลากร สืบสำราญ และ อ.พญ. นิธิกุล เต็มเอี่ยม อาจารย์ผู้สอนวิชาการวิจัย

รายวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่ให้ความช่วยเหลือในด้านการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และให้คำปรึกษาแนะแนวทางการค้นคว้าข้อมูล รวมถึงช่วยตรวจสอบระเบียบวิธีการและสถิติการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 1981; 2(2):99-113.
2. Felton JS. Burnout as a clinical entity--its importance in health care workers. Occup Med 1998; 48(4):237-50.
3. Lerkiatbundit S. Job burnout : Status research in Thailand, causes and consequences. Songklanakarin Journal of Social Science & Humanities 1999; 5(3):281-97.
4. Summawart S. Burnout among the staff nurses in Ramathibodi Hospital. Master's Thesis, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital. Mahidol University 1989.
5. Reith TP. Burnout in United States healthcare professionals: A narrative review. Cureus 2018; 10(12): e3681. DOI 10.7759/cureus.3681.
6. Srikam S, Jiamjarasrangsri W, Lalitanantpong D. Job burnout and related factors among residents of King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Psychiatr Assoc Thailand 2014; 59(2):139-150.
7. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. Arch Intern Med 2012; 172(18):1377-85.

8. Lerthattasilp T. Burnout among psychiatrists in Thailand: National survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011; 56(4):437-48.
9. Theucksuban B, Nantsupawat R, Wichaikhum OA. Factors influencing job burnout among professional nurses in Maharajnakornsrihammarat hospital. *Thai Journal of Nursing Council* 2008; 23(4):114-24.
10. Kijjanon N, Jongjareonkumchok A, Masnaragorn P. Burnout among staff nurses working in intensive care units. *Rama Nurs J* 2009; 15(1): 86-97.
11. Ishak W, Nikravesh R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach* 2013; 10(4):242-5.
12. Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005; 165(22):2595-600.
13. Frajerman A, Morvan Y, Krebs M-O, Gorwood P, Chaumette B. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2019; 55:36-42.
14. Apiwatanasiri C, Somaketrarin K, Suraprayoon K, Leurmprasert K, Wankaew N, Homchampa P, et al. Stress and coping in medical students at clinical level, Khon Kaen University. *Srinagarind Med J* 2007; 22(4): 416-24.
15. Rayakeaw R, Satayasai W. 4-6th year medical students' stress: Case study at medical center, Buddhachinaraj Hospital, Phitsanulok. *Thammasat Medical Journal* 2013; 13(1):17-23.
16. Thomas NK. Resident burnout. *JAMA* 2004; 292(23):2880-9.
17. Maslach C, Jackson S, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third ed: Mind Garden Inc. 1986.
18. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract* 2008; 25(4):245-65.
19. Leiter MP, Maslach C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *J Organ Behav* 1988; 9:297-308.
20. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E. Is burnout a depressive disorder? A reexamination with special focus on atypical depression. *Int J Stress Manag* 2014; 21:307-324.
21. Kaplan HI, Sadock BJ. *Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry*. 11th ed. Baltimore: William & Wilkins; 2015.



แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การเก็บข้อมูล บรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย

MMPI-2-RF Thai Version: Normative Data Collection and Standardization of MMPI-2-RF Thai Version

บุรชัย อัสวาทวีบุญ*, วรวัชร ตั้งจิตโรเจริญ*, สุชีรา ภัทรายุตวรรัตน**

Burachai Asawathaweewoon*, Worawach Tungjitcharoen*, Sucheera Phattharayuttawat**

* สาขาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

* Division of Psychology, Faculty of Liberal Arts, Thammasat University

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

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเก็บข้อมูลบรรทัดฐานและการหาค่ามาตรฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยและเปรียบเทียบค่าบรรทัดฐานของแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยกับแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาอังกฤษ

วิธีการศึกษา การเก็บข้อมูลบรรทัดฐานทำโดยนักจิตวิทยาคลินิกที่มีใบประกอบโรคศิลปะที่ทำงานอยู่ในแต่ละภูมิภาค ได้กลุ่มตัวอย่างช่วงอายุ 18-80 ปี จำนวน 1,163 คน การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยการเปรียบเทียบค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ

ผลการศึกษา ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า จากทั้งหมด 51 สเกล มีเพียงสเกล K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่า T-score และ Uniform T-score พบว่า มีความแตกต่างในสเกล F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYSC-r ในขณะที่สเกลอื่นๆ คล้ายคลึงกับค่าที่ได้จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนสเกลที่มีความแตกต่างตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของ University of Minnesota พบว่าบริบทด้านวัฒนธรรมมีส่วนที่ทำให้ผลการวิเคราะห์ค่ามาตรฐานมีความแตกต่างกันเป็นปกติ ซึ่งการที่ค่าส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานฉบับภาษาอังกฤษก็ทำให้มั่นใจได้มากขึ้นในการใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยเพื่อประกอบการวินิจฉัยทางคลินิกในประเทศต่อไป

สรุป ค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มประชากรไทย

คำสำคัญ MMPI-2-RF การพัฒนาแบบทดสอบทางจิตวิทยา ข้อมูลบรรทัดฐาน ค่ามาตรฐานวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2565; 67(1): 113-124

Corresponding author: บุรชัย อัสวาทวีบุญ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต 99 หมู่ 18 ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121, Email: burachai@gmail.com

วันรับ: 7 มิถุนายน 2564 วันแก้ไข: 1 ตุลาคม 2564 วันตอบรับ: 11 ตุลาคม 2564

Abstract

Objectives: To collect normative data and standardized scores for the MMPI-2-RF Thai version and compare Thai normative data with MMPI-2-RF English version

Methods: Normative data was collected by licensed clinical psychologists in each region. We collected data from 1,163 participants aged 18-80 years old. Data analysis was conducted by comparing the normative data of the Thai version and English version.

Results: Results showed that from 51 scales, there were no significant differences in K-r, BXD, RC9, JCP and IPP scales. However, comparing T-score and Uniform T-score showed that there were significant differences in F-r, Fp-r, RBS, THD, RC6 and PYSC-r. Other scales, on the other hand, were shown to be significantly similar to English version scores. In addition to the different scales recommended by experts at the University of Minnesota, cultural context plays a part in normalizing the standardization results. The fact that most of the values were close to the standard English version made it more confident to use the Thai version of the MMPI-2-RF as a basis for clinical diagnosis in the country.

Conclusion: Standard scores of the MMPI-2-RF Thai version are appropriate for clinical diagnosis in the Thai population.

Keywords: MMPI-2-RF, psychological test development, normative data, standardized score

J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67(1): 113-124

บทนำ

แบบทดสอบ MMPI (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) เป็นแบบทดสอบที่ใช้กันอย่างแพร่หลายในหลายๆ ประเทศเพื่อวัตถุประสงค์ในการประเมินพยาธิสภาพทางจิต แบบทดสอบนี้ได้รับการเผยแพร่มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1942¹ จนถึงปัจจุบันปี ค.ศ. 2020 ได้มีการพัฒนาแบบทดสอบหลากหลายฉบับเพื่อให้ผลการประเมินสอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงของยุคสมัยและกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่มีการใช้แบบทดสอบ MMPI อย่างกว้างขวางในงานของนักจิตวิทยาคลินิกเพื่อประเมินบุคลิกภาพและช่วยในการตรวจวินิจฉัยต่างๆ อย่างไรก็ตามแบบทดสอบที่นักจิตวิทยาคลินิกไทยใช้นั้นส่วนใหญ่เป็นฉบับดั้งเดิม มีจำนวนไม่มากนักที่ใช้แบบทดสอบ MMPI-2 (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) ที่เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1989²

อย่างไรก็ตามจากการสืบค้นงานวิจัย ไม่พบหลักฐานที่แน่ชัดว่าการพัฒนาแบบทดสอบ MMPI ฉบับภาษาไทยเริ่มต้นในช่วงเวลาใด มีเพียงหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าการแปลผลแบบทดสอบ MMPI ในปัจจุบันใช้ค่าบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาที่ได้เผยแพร่ในปี ค.ศ. 1942¹ ขณะที่แบบทดสอบ MMPI-2 มีงานวิจัย 2 ชิ้นที่ระบุว่ามีการพัฒนาแบบทดสอบฉบับภาษาไทยคือ งานวิจัยของเกษมศักดิ์ ภูมิศรีแก้ว และงานวิจัยของละออ พงษ์พานิช²

ในภายหลังคณะผู้วิจัยได้สอบถามไปยังผู้ถือลิขสิทธิ์หลัก คือ University of Minnesota พบว่าข้อตกลงความร่วมมือในการพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2 ของละออ พงษ์พานิชได้สิ้นสุดลง โดยที่มีการแปลแบบทดสอบนี้เป็นฉบับภาษาไทยเท่านั้น แต่ไม่ได้มีการเก็บค่าบรรทัดฐานสำหรับประชากรไทย³ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถเผยแพร่การใช้งานในวงกว้างได้ เนื่องจากไม่เหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มประชากรที่มีความเฉพาะของวัฒนธรรม ซึ่งส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของผลการวิจัยที่ค้นพบ⁴

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้เห็นถึงปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้แบบทดสอบ MMPI ในปัจจุบันของ

ประเทศไทยเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือในการนำแบบทดสอบ MMPI มาใช้ในการตรวจวินิจฉัยหรือในงานวิจัย เนื่องจากค่าบรรทัดฐานที่นำมาใช้ในการแปลผลถูกเผยแพร่ในปี ค.ศ. 1942 หรือประมาณ 80 ปีที่ผ่านมา อีกทั้งค่าบรรทัดฐานที่ใช้ก็เป็นของประชากรสหรัฐอเมริกาที่อาจมีลักษณะทางประชากรศาสตร์บางประการที่แตกต่างจากประชากรไทย

คณะผู้วิจัยจึงได้ติดต่อกับผู้ถือลิขสิทธิ์หลักเพื่อพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2-RF (The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-Restructured Form) ซึ่งเป็นแบบทดสอบล่าสุดในกลุ่ม MMPI ที่มีค่าความเที่ยงและความตรงที่สูงกว่าแบบทดสอบ MMPI และ MMPI-2 รวมถึงค่าความสอดคล้องกันภายในของข้อมูลแต่ละสเกลที่ทำให้รูปแบบการแปลผลของ MMPI และ MMPI-2 จากเดิมต้องอาศัยการแปลหลายสเกลพร้อมกัน เปลี่ยนเป็นการแปลทีละสเกลใน MMPI-2-RF ซึ่งลดความซับซ้อนของการแปลผลและเพิ่มความแม่นยำให้การแปลผลการทดสอบ

หลังจากการตีพิมพ์งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทย: การแปลและการทดสอบแบบวัดซ้ำกับผู้ที่ชำนาญสองภาษา” ในปี พ.ศ. 2560³ ที่พบว่าคุณภาพของเครื่องมือจากการทดสอบแบบวัดซ้ำอยู่ในระดับที่ดี ขั้นตอนต่อไปเพื่อให้ได้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยมาใช้ในการทางคลินิกได้ คือการพัฒนาค่าบรรทัดฐานในกลุ่มประชากรไทย ซึ่งได้พัฒนาตามขั้นตอนที่ผู้ถือลิขสิทธิ์กำหนดไว้³ งานวิจัยชิ้นนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลเพื่อหาค่าบรรทัดฐานของประชากรไทยและเปรียบเทียบค่าที่ได้กับค่าบรรทัดฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาอังกฤษ² อันจะทำให้ได้เครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยของนักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเป็นมาตรฐานและความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

คณะผู้วิจัยใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยที่ได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือมาใช้ในการเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้⁵ แบบทดสอบ MMPI-2-

RF เป็นแบบทดสอบในตระกูลแบบทดสอบ MMPI ฉบับล่าสุด มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อใช้ในการตรวจวัดความผิดปกติทางจิตในหลายๆ กลุ่มอาการ ใช้กับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความสามารถทางการอ่านเขียนในระดับ grade 6 ขึ้นไป มีสเกลรวมทั้งสิ้นถึง 51 สเกล สามารถแบ่งเป็น กลุ่มได้ 6 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มสเกลที่ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของการวัด (validity scales) จำนวน 9 สเกล กลุ่มสเกลที่ใช้วัดความผิดปกติกลุ่มใหญ่ (higher-order scales) จำนวน 3 สเกล กลุ่มสเกลหลักทางคลินิก (restructured clinical scales: RC scales) จำนวน 9 สเกล กลุ่มสเกลวัดปัญหาเฉพาะด้าน 23 สเกล กลุ่มสเกลวัดความสนใจ (interest scales) 2 สเกล และกลุ่มสเกลอ้างอิงตามแนวคิดพยาธิสภาพทางจิตหลัก 5 ด้าน อีกจำนวน 5 สเกล (personality psychopathology five (PSY-5) scales) แบบทดสอบเป็นแบบเลือกตอบจริง-เท็จ มีจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 338 ข้อ คะแนนจากข้อคำถามแต่ละข้ออาจมีความสัมพันธ์กับคะแนนในสเกลมากกว่า 1 สเกล และกำหนดกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานจากกลุ่มประชากรไทยจำนวน 65.4 ล้านคนตามข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่เผยแพร่ในปี พ.ศ. 2553 โดยใช้การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size calculation) จากแนวทางปฏิบัติในการพัฒนาแบบทดสอบฉบับแปลโดย University of Minnesota (2011) กำหนดไว้ว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานขั้นต่ำคือ ชาย 350 คน และ หญิง 350 คน และจากสูตรคำนวณจำนวนประชากร จะได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 601 คน ทั้งกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับแนวปฏิบัติมาตรฐานด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นชาย 601 คนและหญิง 601 คน หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยใช้คุณลักษณะทางประชากรศาสตร์ ด้านเพศ (ชาย-หญิง) เป็นตัวกำหนดหลัก (ยึดระเบียบวิธีตามการเก็บค่าบรรทัดฐานสำหรับแบบทดสอบฉบับมาตรฐานภาษาอังกฤษ) โดยการเก็บกลุ่มตัวอย่างเป็นอัตราส่วนตาม ภูมิสำเนาที่อาศัย (กรุงเทพฯและปริมณฑล-ภาคกลางและภาคตะวันออก-

ตก-ภาคเหนือ-ภาคใต้-ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ-ภาคตะวันออก) เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตร จะได้ขนาดตัวอย่างเป็นกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงดังต่อไปนี้ กรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 98 คน ภาคกลางและภาคตะวันตก จำนวน 62 คน ภาคตะวันออก จำนวน 43 คน ภาคเหนือ จำนวน 111 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 203 คน และภาคใต้ จำนวน 84 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 601 คน

โดยมีเงื่อนไขคือ กลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานเป็นอาสาสมัครคนไทยมีอายุระหว่าง 18-80 ปีบริบูรณ์ สามารถอ่านภาษาไทยได้คล่องและเข้าใจ รวมถึงสมัครใจเข้าร่วมการทดลอง ขณะที่กลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานที่มีประวัติการป่วยทางสุขภาพจิตจะถูกคัดออกจากการวิจัย

ในการดำเนินการผู้วิจัยได้วางแผนเก็บข้อมูลตามแนวทางในการพัฒนาแบบทดสอบที่ University of Minnesota ได้กำหนดไว้ ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ มกราคม 2562 ถึง เมษายน 2563 โดยนักจิตวิทยาคลินิกในแต่ละภาค ประชาสัมพันธ์รับอาสาสมัครเพื่อเข้าร่วมการวิจัย และสุ่มอาสาสมัครตามเกณฑ์การคัดเลือก เพื่อติดต่อนัดหมายในการทำแบบทดสอบและขอคำยินยอมจากอาสาสมัคร โดยชี้แจงจุดประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดขั้นตอนการทำการวิจัย ผลดีและผลเสียของการเข้าร่วมการวิจัย ก่อนจะดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการทำแบบทดสอบในกระดาษคำตอบ ซึ่ง จะเก็บข้อมูลทุกอย่างเป็นความลับด้วยการลงรหัสและใช้รหัสอาสาสมัครแทนชื่อ-สกุลของอาสาสมัคร ในส่วนกลุ่มตัวอย่างบรรทัดฐานนี้ ทางผู้วิจัยไม่ได้ทำการเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยหรือผู้มาใช้บริการทางสาธารณสุขที่โรงพยาบาล แต่เป็นการจ้างนักจิตวิทยาคลินิกที่มีใบประกอบโรคศิลปะ เป็นผู้ช่วยเก็บข้อมูลและส่งข้อมูลดิบมาให้วิเคราะห์ผล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้นำผลการทดสอบที่ได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป IBM SPSS และโปรแกรม UTPAK⁵ ที่ University of Minnesota ได้พัฒนาขึ้น สำหรับค่า Uniform T-score ซึ่งเป็นค่าหลักของสเกลต่างๆ นั้น ทาง University of Minnesota จะทำการคำนวณให้เนื่องจากเป็น T-score ที่มี

ลักษณะเฉพาะที่ทาง University of Minnesota คิดขึ้นเพื่อใช้กับการกระจายของความผิดปกติทางจิต โดยทางผู้วิจัยจะส่งข้อมูลที่ได้จากโปรแกรม UTPAK3⁵ ไปที่ University of Minnesota สำหรับกระบวนการในการสร้าง Uniform T-score นั้น มีขั้นตอนเป็นไปตามการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้ 1) สร้างลักษณะการกระจายของข้อมูลโดยใช้ T-score แบบเส้นตรงธรรมดา ก่อน โดยการใช้สูตรมาตรฐาน 2) ใช้การประมาณค่าในช่วง (Interpolation) เพื่อสร้างค่า T-score ในทุกๆ ค่า Percentile ของสเกลหลักทั้งหมดในแบบทดสอบ จากนั้นทำการเฉลี่ยค่าของสเกลทุกสเกลเข้าด้วยกัน ค่าจะได้ค่า T-score เฉลี่ยและกราฟการแจกแจงข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่า Composite standard ซึ่งการแจกแจงของข้อมูลมีลักษณะเบ้ขวา 3) ใช้โปรแกรม UTPAK3⁵ วิเคราะห์สมการถดถอย (Regression) เพื่อแปลงค่าคะแนนดิบแต่ละคะแนน ของสเกลต่างๆ ให้กลายเป็นค่า Uniform T-score

หลังจากนั้นจึงนำข้อมูล T-score และ Uniform T-score ที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างประชากรไทยมาเปรียบเทียบกับค่าของกลุ่มตัวอย่างชาวสหรัฐอเมริกาเพื่ออภิปรายผลต่อไป

ผลการศึกษา

การวิจัยนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,457 คน ซึ่งจากการวิเคราะห์จำนวนกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ต้องการกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงอย่างละ 601 คน รวม 1,202 คน อย่างไรก็ตามหลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นพบว่า มีจำนวนข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 1,163 คนที่สามารถนำมาวิเคราะห์หาค่าบรรทัดฐานต่อไปได้ ในส่วนของผลการวิจัยจะนำเสนอใน 2 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมากที่สุดมาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 39.64) รองลงมาคือภาคกลาง (ร้อยละ 21.84)

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพศชายและหญิงมีจำนวนไม่แตกต่างกันมากนัก โดยเพศชาย มีจำนวน 607 คน (ร้อยละ 52.19) ส่วนเพศหญิง มีจำนวน 533 คน (ร้อยละ 45.83)

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 31-40 ปี (ร้อยละ 27) รองลงมาคือช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 23.30) และ 41-50 ปี (ร้อยละ 19.35)

ตารางที่ 1 ข้อมูลจำแนกตามภูมิภาค

ภาค	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
ภาคกลาง	254	21.84
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	461	39.64
กรุงเทพและปริมณฑล	60	5.16
ภาคตะวันออก	22	1.89
ภาคตะวันตก	25	2.15
ภาคเหนือ	184	15.82
ภาคใต้	157	13.50
รวม	1163	100.00

ตารางที่ 2 ข้อมูลจำแนกตามเพศ

เพศ	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
เพศชาย	607	52.19
เพศหญิง	533	45.83
ไม่ระบุ*	23	1.97
รวม	1125	100.00

*ในแบบทดสอบ MMPI-2-RF การวิเคราะห์ค่ามาตรฐานไม่มีการแบ่งเพศ

ตารางที่ 3 ข้อมูลจำแนกตามระดับอายุ

ช่วงอายุ	จำนวนคน	เปอร์เซ็นต์
18-20	95.00	8.17
21-30	271.00	23.30
31-40	314.00	27.00
41-50	225.00	19.35
51-60	168.00	14.45
61-70	50.00	4.30
71-80	13.00	1.12
ไม่ระบุอายุ*	27	2.33
รวม	1163	100.00

*เป็นกลุ่มพนักงานบริษัทที่ไม่ประสงค์เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล แต่มีอายุมากกว่า 18 ปี ตามเกณฑ์การคัดเข้า

ส่วนที่ 2 ข้อมูลค่าบรรทัดฐาน จากการวิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยโปรแกรม UTPAK3⁵ โดย University of Minnesota⁵ ซึ่งจะได้ค่า Linear T-score ในส่วนของ Validity scales และ Uniform T-score ซึ่งเป็นค่าหลักของสเกลอื่น

การวิเคราะห์ Validity scales จำนวน 8 สเกล ได้แก่ VRIN-r (Variable Response Inconsistency), TRIN-r (True Response Inconsistency), F-r (Infrequency Responses), Fp-r (Infrequent Psychopathology Responses), Fs (Infrequent Somatic Responses), FBS-r (Symptom Validity), RBS (Response Bias Scale) และ L-r (Uncommon Virtues) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale K-r ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ($t = -1.28$, $P = 0.202$) ขณะที่สเกลอื่นๆ มีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ Higher-Order จำนวน 3 สเกล ได้แก่ Emotional/Internalizing Dysfunction (EID), Thought Dysfunction (THD) และ Behavioral/Externalizing Dysfunction (BXD) และ Restructured Clinical scales จำนวน 9 สเกล ได้แก่ Demoralization (RCd), Somatic Complaint (RC1), Low Positive Emotions (RC2), Cynicism (RC3), Antisocial Behavior (RC4), Ideas of Persecution (RC6), Dysfunctional Negative Emotion (RC7), Aberrant

Experiences (RC8) และ Hypomanic Activation (RC9) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale BXD และ RC9 ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ($t = 0.368$, $P = 0.71$ และ $t = 1.58$, $P = 0.11$ ตามลำดับ) ขณะที่สเกลอื่นๆ มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ยกเว้น สเกล RC4 ที่มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

การวิเคราะห์ Somatic และ Cognitive scales จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Malaise (MLS), Gastrointestinal Complaint (GIC), Head Pain Complaint (HPC), Neurological Complaint (NUC) และ Cognitive Complaint (COG) พบว่าในทุกสเกลมีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ Internalizing scales จำนวน 9 สเกล ได้แก่ Suicidal/Death Ideation (SUI), Helplessness/Hopelessness (HLP), Self-Doubt (SFD), Inefficacy (NFC), Stress/Worry (STW), Anxiety (AXY), Anger Proneness (ANP), Behavior-Restricting Fears (BRF) และ Multiple Specific Fears (MSF) พบว่าในทุกสเกลมีค่าที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การวิเคราะห์ Externalizing scales จำนวน 4 สเกล ได้แก่ Juvenile Conduct Problems (JCP),

Substance Abuse (SUB), Aggression (AGG) และ Activation (ACT) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale JCP ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ($t = 0.044$, $P = 0.965$) ขณะที่สเกล AGG มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสเกล SUB และ ACT มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

การวิเคราะห์ interpersonal จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Family Problems (FML), Interpersonal Passivity (IPP), Social Avoidance (SAV), Shyness (SHY) และ Disaffiliativeness (DSF) และ Interest scales จำนวน 2 สเกล ได้แก่ Aesthetic-Literary Interests (AES) และ Mechanical-Physical Interests (MEC) พบว่ามีเพียงค่ามาตรฐานใน scale IPP ของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่ไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา ($t = 0.864$, $P = 0.388$) ขณะที่สเกล SAV SHY และ DSF มีค่ามาตรฐานที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนสเกล FML AES และ MEC มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

การวิเคราะห์ Personality Psychopathology Five scales จำนวน 5 สเกล ได้แก่ Aggressiveness-Revised (AGGR-r), Psychoticism-Revised (PSYC-r), Disconstraint-Revised (DISC-r), Negative Emotionality/Neuroticism-Revised (NEGE-r) และ Introvert/Low Positive Emotionality-Revised (INTR-r) พบว่าสเกลส่วนใหญ่มีค่ามาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างชาวไทยที่มากกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีเพียงสเกล DISC-r ที่มีค่ามาตรฐานที่น้อยกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา

การแสดงค่า Linear T-score ของ Validity scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยสูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนของ scale validity มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนน

ดิบเท่ากัน ยกเว้นในส่วนของสเกล FBS-r L-r และ K-r ที่ไม่แตกต่างกัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงค่า Uniform T-score ของ High-Order scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยโดยรวมต่ำกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนของ scale Higher-order มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่สูงกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นสเกล BXD ที่ไม่พบความแตกต่างมากนัก (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงค่า Uniform T-score ของ Restructured clinical scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกามากนัก ซึ่ง Restructured clinical scales เป็นสเกลหลักในการวัดพยาธิสภาพทางจิต การที่ค่าไม่แตกต่างกันมาก หมายถึงในส่วนของนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน อย่างไรก็ตามพบว่าสเกล RC1 RC6 และ RC8 นั้นมีค่าที่สูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนสเกลเหล่านี้ มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงค่า Uniform T-score ของ Somatic และ Cognitive scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงค่า Uniform T-score ของ Internalizing scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นสเกล พบว่าสเกล SUI และ BRF นั้นมีค่าที่สูงกว่าค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือในส่วนสเกลเหล่านี้ มีแนวโน้มที่คนไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ต่ำกว่าชาวสหรัฐอเมริกาหากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงค่า Uniform T-score ของ Externalizing scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

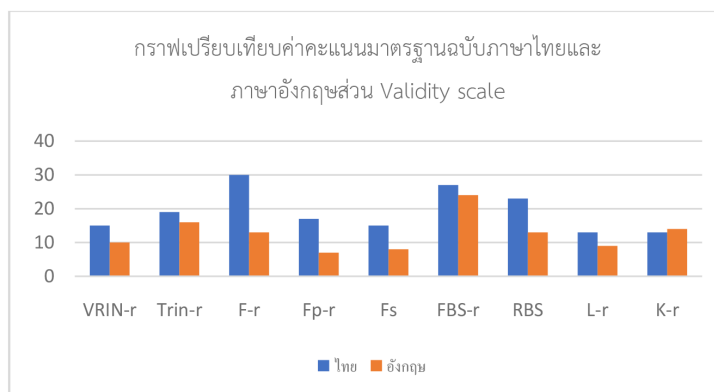
การแสดงค่า Uniform T-score ของ Interpersonal และ Interest scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจาก

ชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

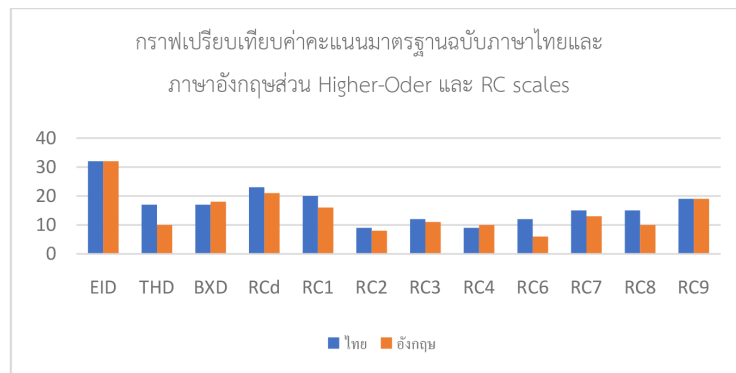
การแสดงค่า Uniform T-score ของ Personality Psychopathology Five scales พบว่าการกระจายค่าคะแนนดิบในการแปลงเป็น T-score ของค่ามาตรฐานชาวไทยไม่แตกต่างจากค่ามาตรฐานของชาวสหรัฐอเมริกา กล่าวคือ ในส่วนสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ที่ไม่แตกต่างจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน ยกเว้นในส่วนของสเกล PSYC-r ที่มีค่าแตกต่างค่อนข้างมาก โดยค่าการกระจายของชาวไทยสูงกว่าของชาวสหรัฐอเมริกา นั่นคือในสเกลนี้มีแนวโน้มที่ชาวไทยจะได้ค่าคะแนน T-score ต่ำกว่าจากชาวสหรัฐอเมริกา หากมีค่าคะแนนดิบเท่ากัน (คะแนนดิบสูงสุดของชาวไทยไม่แตกต่างกับค่าคะแนนดิบสูงสุดของชาวสหรัฐอเมริกา)

การแสดงความแตกต่างของจุดตัดทางคลินิกระหว่างกลุ่มประชากรไทยและสหรัฐอเมริกา พบว่าค่าของสเกลที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากระหว่างกลุ่มประชากรไทยและสหรัฐอเมริกาอยู่ในกลุ่มของสเกลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ตนเองเกี่ยวกับความเป็นจริง (Fp-r, Fs, RBS) และกลุ่มของปัญหาด้านกระบวนการคิดและการรับรู้ (THD, RC6)

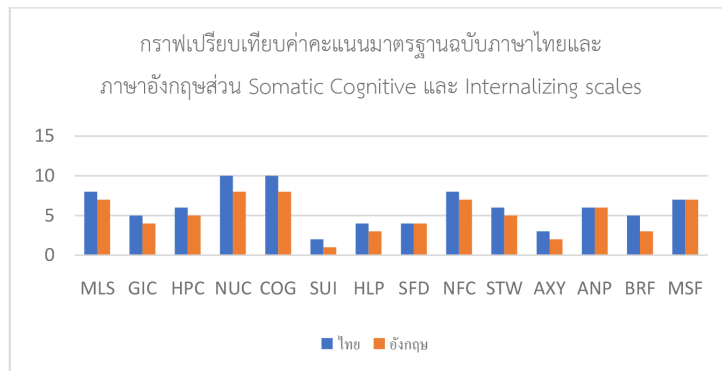
เพื่อให้เห็นภาพของความแตกต่างระหว่างประชากรไทยและสหรัฐอเมริกาที่ชัดเจนขึ้นจึงแสดงผลด้วยกราฟแบ่งตามกลุ่มของสเกลที่ใช้วัดดังภาพที่ 1-5



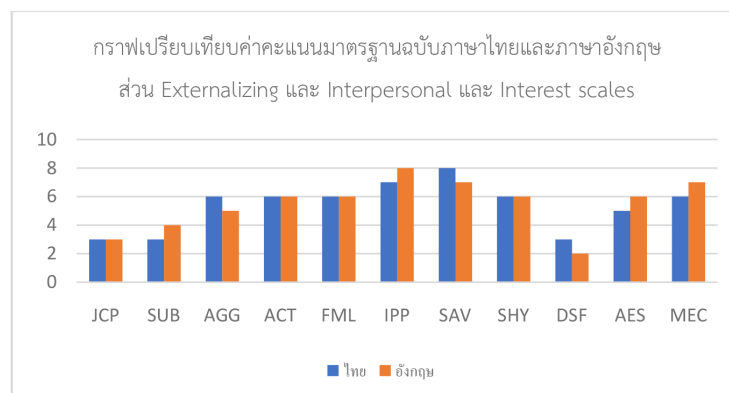
ภาพที่ 1 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Validity scale



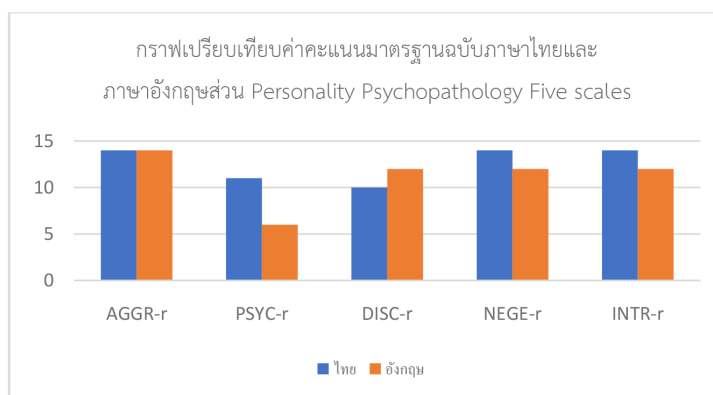
ภาพที่ 2 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Higher-Order และ RC scales



ภาพที่ 3 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Somatic Cognitive และ Internalizing scales



ภาพที่ 4 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Externalizing และ Interpersonal และ Interest scales



ภาพที่ 5 กราฟเปรียบเทียบค่าคะแนนมาตรฐานฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษส่วน Personality Psychopathology Five scales

การวิจารณ์

ในส่วนของการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าสถิติพื้นฐานของค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและค่าข้อมูลบรรทัดฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ พบว่ามีเพียง scale K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลการวิเคราะห์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ Ronald L. Scott และ William M. Pampa⁶ ที่ผลการวิเคราะห์ค่าข้อมูลบรรทัดฐานของประชากรชาวเปรูมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับค่าข้อมูลบรรทัดฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ และในงานนี้ก็ยังอธิบายว่าประเทศในกลุ่มลาตินอเมริกา ก็ได้ผลไปในทิศทางเดียวกันอีกด้วย

สำหรับการวิเคราะห์ค่า T-score ในส่วนของ Validity scales จะพบว่าค่อนข้างแตกต่างจากค่า T-score จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ มีเพียงสเกล FBS-r L-r และ K-r ที่มีแนวโน้มของค่า T-score ไม่แตกต่างมากนัก เมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของจุดตัดในการแปลผล ดังรูปที่ 1 พบว่ามีสเกล F-r Fp-r และ RBS ที่มีแนวโน้มค่อนข้างแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นการแปลผลโดยใช้ค่ามาตรฐานของฉบับภาษาอังกฤษ มาแปลผลในกลุ่มประชากรไทยในสเกล F-r Fp-r และ RBS อาจทำให้มีค่าที่สูงมากกว่าปกติ

ในส่วนของสเกลอื่นๆ มีการใช้ Uniform T-score ช่วยปรับการกระจายของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพยาธิสภาพทางจิต ที่มีการกระจายแบบไม่เป็นการแจกแจงปกติ ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น⁷ ดังนั้นการเปรียบเทียบค่าสูงสุดของ Uniform T-score ก็จะช่วยให้เห็นแนวโน้มของการแจกแจงข้อมูลที่สามารถทำความเข้าใจค่าคะแนนดิบที่ได้เมื่อเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานของแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จากตารางพบว่าสเกลส่วนใหญ่มีค่ามาตรฐานที่ไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างแบบทดสอบฉบับภาษาไทยและแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ หลังจากวิเคราะห์เพิ่มเติมในส่วนของจุดตัดในการแปลผล พบว่ามีสเกล THD RC6 และ PYSC-r ที่มีแนวโน้มค่อนข้างแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากฉบับภาษาอังกฤษ ส่งผลต่อการตรวจวินิจฉัยทางคลินิก ที่ผู้รับการทดสอบคนไทยต้องการค่าที่สูงขึ้นในการบ่งชี้ถึงอาการทางคลินิก ในขณะที่สเกลอื่นๆ แทบจะไม่แตกต่างจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นการแปลผลโดยใช้ค่ามาตรฐานของฉบับภาษาอังกฤษ มาแปลผลในกลุ่มประชากรไทย อาจทำให้มีค่าที่สูงมากกว่าปกติ

หากพิจารณาในแต่ละสเกลที่มีค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาไทยแตกต่างจากค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ จะพบว่า ในสเกลทั้งหมดที่ต่างกันในระดับการแปลผลของแบบทดสอบเมื่อเปรียบเทียบกับจุดตัดในการแปลผล คือ

F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYS-C-r ซึ่งแต่ละสเกลเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือเมื่อค่าเพิ่มขึ้นในสเกลใดสเกลหนึ่ง อาจส่งผลให้เกิดการเพิ่มขึ้นของสเกลอื่นๆ ด้วย โดยที่สเกลเหล่านี้ทั้งหมดประเมินในส่วนของ การรับรู้ หรือมีมุมมองต่อตนเองในด้านที่ลบเกินจริง และความกังวลที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการคิดของตนเอง

ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ค่าบรรทัดฐานของประชากรไทยมีความคล้ายคลึงกับประเทศในแถบเอเชียอื่นๆ เช่น จีนและเกาหลี ที่มีค่าคะแนนที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับค่าบรรทัดฐานของสหรัฐอเมริกา³

เมื่อพิจารณาเพิ่มเติมในส่วนสเกลที่มีความแตกต่างตามคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญของ University of Minnesota พบว่าในกระบวนการตีความข้อคำถามบางข้อคำถามที่ในกลุ่มประชากรไทยมองเป็นเรื่องปกติกลับถือเป็นความผิดปกติในกลุ่มประชากรสหรัฐอเมริกา ซึ่งจะส่งผลต่อค่ามาตรฐานของประชากรที่ต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม⁴

เนื่องจากข้อจำกัดในการเผยแพร่ข้อมูลของข้อคำถามตามระเบียบการใช้แบบทดสอบทางจิตวิทยา จึงไม่สามารถยกข้อคำถามโดยตรงได้ จึงขออนุมานตัวอย่างข้อคำถามเพื่อให้เข้าใจมากขึ้นถึงการตีความที่ต่างกันในแต่ละวัฒนธรรม อันจะทำให้เข้าใจถึงสาเหตุของความแตกต่างของค่าบรรทัดฐานมากขึ้น เช่น ข้อคำถามที่กล่าวถึงการรับสัมผัสที่ไม่สามารถระบุได้ว่ากำลังรับรู้สิ่งใด เช่นการระบุที่มาของเสียงไม่ได้ หรือระบุไม่ได้ว่าได้ยินเสียงอะไร เป็นเรื่องปกติในกลุ่มประชากรไทยที่รายงานว่าเคยมีประสบการณ์เช่นนี้ แต่ในทางคลินิกอาการนี้เป็นส่วนหนึ่งของความผิดปกติในการรับรู้ซึ่งข้อมูลบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาก็แปลความถึงความผิดปกติ

นอกจากนี้ยังมีตัวอย่างที่อธิบายได้ชัดเจนยิ่งขึ้นว่าเพราะเหตุใด สเกลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของกลุ่มประชากรไทยถึงแตกต่างจากประชากรสหรัฐอเมริกา เพราะมีข้อคำถามที่อธิบายถึงความแปลกในกระบวนการคิดและการรับรู้ที่กลุ่มตัวอย่างรายงานว่า

เป็นเรื่องปกติที่บางครั้งเรารู้สึกแปลก หรือมีความคิดที่เราเชื่อว่าแปลก เช่น อาหารรสชาติแปลก ได้ยินเสียงแปลกๆ เคยมีความคิดแตกต่างจากคนอื่น ซึ่งในข้อมูลบรรทัดฐานจากประชากรสหรัฐอเมริกาตีความว่าเป็นความผิดปกติ

บริบทด้านวัฒนธรรมย่อมมีส่วนที่ทำให้ผลการวิเคราะห์ค่ามาตรฐานมีความแตกต่างกันในแต่ละวัฒนธรรมได้ ซึ่งการที่ค่าส่วนใหญ่มีความใกล้เคียงกับค่ามาตรฐานฉบับภาษาอังกฤษ แสดงให้เห็นถึงความสอดคล้องในการใช้แบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยเพื่อประกอบการวินิจฉัยทางคลินิกในประเทศต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัยต่อไป

1. ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาในระดับ ปวช. ปวส. และปริญญาตรี พบว่าข้อมูลที่ได้จำนวนมากไม่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ เนื่องจากความไม่สอดคล้องกันของคำตอบ เมื่อตรวจสอบย้อนกลับไปยังผู้เก็บรวบรวมข้อมูลพบว่าอาสาสมัครเหล่านั้น ตั้งใจทำ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ประเด็นปัญหาที่น่าจะเกิดขึ้นคือความสามารถในการเข้าใจภาษา จึงควรเพิ่มเติมคำแนะนำในการเก็บข้อมูลกับผู้ที่ทำหน้าที่เก็บข้อมูลให้แจ้งต่ออาสาสมัครให้สอบถามในข้อคำถามที่ไม่เข้าใจหรือมีความสงสัย

2. เก็บกลุ่มตัวอย่างเฉพาะทางเพิ่มขึ้น เพื่อสร้างค่ามาตรฐานเฉพาะกลุ่ม ในการวินิจฉัยคนกลุ่มนั้น โดยเฉพาะบุคลากรทางการแพทย์ หรือกลุ่มอาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลความปลอดภัยของคนในสังคม เช่น แพทย์ พยาบาล ตำรวจ ทหาร รวมถึงในกลุ่มคนใช้เฉพาะทางด้านจิตเวชด้วย

สรุป

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า จากทั้งหมด 51 สเกล มีเพียงสเกล K-r BXD RC9 JCP และ IPP ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามการเปรียบเทียบค่า T-score และ Uniform T-score

พบว่า มีความแตกต่างในสเกล F-r Fp-r RBS THD RC6 และ PYSC-r ในขณะที่สเกลอื่นๆ คล้ายคลึงกับค่าที่ได้จากแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ ดังนั้นค่ามาตรฐานจากแบบทดสอบ MMPI-2-RF ฉบับภาษาไทยนี้มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ประกอบการตรวจวินิจฉัยในกลุ่มประชากรไทย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัย MMPI-2-RF ฉบับนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในคน หนังสือรับรองเลขที่ 070/2560 ซึ่งงานวิจัยนี้จะเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้เลยหากไม่ได้รับทุนวิจัยจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และความช่วยเหลือจากกลุ่มนักจิตวิทยาคลินิกที่ไปตามเก็บข้อมูลให้ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศ ตลอดจนอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย รวมถึงผู้ช่วยวิจัยที่คอยประสานงานในการจัดเก็บเอกสารต่างๆ และขอขอบคุณคณาจารย์สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มธ. ที่ให้การสนับสนุนและให้คำปรึกษาโดยตลอด ขอขอบคุณคณะผู้เชี่ยวชาญจาก University of Minnesota ที่คอยประสานงานในเรื่องของการจัดการด้านลิขสิทธิ์และการวิเคราะห์ผล รวมถึงคุณ Yossef S. Ben Porath ที่ช่วยวิเคราะห์ค่าสถิติในการเปรียบเทียบเบื้องต้นเพื่อดูแนวโน้มของค่ามาตรฐานที่จะนำมาใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Hathaway SR, McKinley JC. The Minnesota Multiphasic Personality Schedule. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1942.
- Bourban T. The relationship between creativity, MMPI-2 Basic Personality and moral behaviors of Faculty of Fine Arts male students at Chiangmai University. Chiangmai University; 2005.
- Ben-Porath YS, Tellegen A. MMPI-2-RF manual for administration, scoring, and interpretation. Minneapolis: University of Minnesota Press; 2008.
- Tungjitcharoen W, Asawathaweboon B, Taesilapasatit C, Adunyarittigun D, Simaporn P, Hammond S, et al. MMPI-2-RF Thai translation development: A translation and bilingual test-retest study. J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 349-58.
- Phongphanngam S, Lach HW. Cross-cultural instrument translation and adaptation: Challenges and strategies. Pacific Rim Int J Nurs Res 2019; 23(2): 170-9.
- Newton, J. H. (n.d.) [internet]. Introduction to Fortran. 2021. Available from: <http://www.stat.tamu.edu/~jnewton/604/chap7.pdf>
- Scott RL, Pampa WM. The MMPI-2 in Peru: A normative study. J Pers Assess 2000; 74(1): 95-105.
- Tellegen A, Ben-Porath YS. The new uniform T scores for the MMPI-2: Rationale, derivation, and appraisal. Psychol Assess 1992; 4: 145-55.
- Han K, Moon K, Lee J, Kim J. Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manual. Revised Edition. Seoul, Korea: Maumsarang; 2011.
- Chung JJ, Weed NC, Han K. Evaluating cross-cultural equivalence of the Korean MMPI-2 via bilingual test-retest. Int J Intercult Relat 2006; 30(5): 531-43.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยจัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมวิชาการ เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ผลงานทางวิชาการ และบทความอันเป็นประโยชน์ต่อการจิตแพทย์และสุขภาพจิต

ต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อรับการพิจารณา จะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในที่ใดมาก่อน หรืออยู่ในระหว่างการรอตีพิมพ์ในวารสารอื่น เรื่องที่ลงตีพิมพ์ในวารสารฉบับนี้แล้วถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ แต่เพียงผู้เดียว การตีพิมพ์ซ้ำในที่อื่นจะต้องได้รับอนุญาตจากวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ก่อน

ต้นฉบับที่ส่งมาจะได้รับการพิจารณาบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2 ท่านที่มีความเชี่ยวชาญทั้งในด้านเนื้อหาและด้านระเบียบวิธีวิจัย นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบความถูกต้องด้านสำนวน การสะกดคำ การใช้ไวยากรณ์ภาษาทั้งไทยและอังกฤษ กองบรรณาธิการจะส่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปให้ผู้นิพนธ์พิจารณาปรับปรุงแก้ไข โดยทั้งผู้นิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทนิพนธ์ ทั้งสองต่างก็ไม่ทราบรายชื่อซึ่งกันและกัน

ประเภทของบทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 6 ชนิด ได้แก่

1. **นิพนธ์ต้นฉบับ (original articles)** เป็นรายงานผลการวิจัย
2. **รายงานผู้ป่วย (case reports)** เป็นรายงานเกี่ยวกับกรณีศึกษาผู้ป่วยที่ไม่เคยมีรายงานมาก่อนหรือมีรายงานน้อย ชื่อเรื่องควรต่อท้ายด้วย : รายงานผู้ป่วย.....ราย (case report)
3. **บทความฟื้นฟูวิชาการ (review articles)** เป็นรายงานทบทวนผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) เกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ โดยผู้นิพนธ์ได้มีการศึกษาในเรื่องนี้มาอย่างกว้างขวาง มีการนำผลงานวิจัยแต่ละชิ้นมาวิเคราะห์และเปรียบเทียบกัน สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่พร้อมข้อเสนอแนะ
4. **บทความพิเศษ (special articles)** ผู้เขียนเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในทางใดทางหนึ่ง และใช้ประสบการณ์นี้เขียนแสดงความคิดเห็นในแง่ใด

แง่หนึ่งในเรื่องนั้น โดยกองบรรณาธิการขอสงวนลิขสิทธิ์ในการกำหนดผู้นิพนธ์

5. **จดหมายถึงบรรณาธิการ (letter to editor)** เป็นจดหมายที่เขียนข้อคิดเห็นเกี่ยวกับบทความที่ได้ลงตีพิมพ์ไปแล้วหรือ นำเสนอผลงานทางวิชาการที่ต้องการเผยแพร่อย่างย่อ
6. **ปกิณกะ (miscellaneous)** เป็นบทความที่ไม่สามารถจัดเข้าในประเภทใดๆ ข้างต้น เช่น เวชศาสตร์ สาธก บทแนะนำตำราที่น่าสนใจ

การเตรียมต้นฉบับ

พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษขนาด A4 ห้างขอบทุกด้าน 1 นิ้ว มีเลขกำกับทุกแผ่นที่มุมขวา ศัพท์ทางการแพทย์ยึดถือตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน หากไม่มีศัพท์บัญญัติในภาษาไทยให้ใช้ทับศัพท์ภาษาอังกฤษได้โดยภาษาอังกฤษที่ป้อนอยู่ในเนื้อเรื่องภาษาไทยให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะซึ่งขึ้นต้นด้วยอักษรใหญ่ ต้นฉบับจัดตามลำดับดังนี้ โดยเมื่อสิ้นสุดแต่ละตอนให้ขึ้นหน้าใหม่ทุกครั้ง

1. **ใบปะหน้า** ประกอบด้วยชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ คุณวุฒิสูงสุด และสถาบันของผู้นิพนธ์ทุกคนโดยเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และให้ระบุชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ หรือ e-mail address ของผู้นิพนธ์ที่รับผิดชอบในการติดต่อกับกองบรรณาธิการ (corresponding author)
2. **บทคัดย่อ** ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ ให้ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา และสรุป คำสำคัญ (key words): ระบุคำสำคัญ 2-5 คำ ทั้ง 2 ภาษา
3. **เนื้อเรื่อง** สำหรับนิพนธ์ต้นฉบับประกอบด้วย บทนำ วัสดุและวิธีการ การได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งระบุเลขรหัส ผลการศึกษา บทวิจารณ์ และสรุป ส่วนบทฟื้นฟูวิชาการ ประกอบด้วยบทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล ใช้คำสำคัญอะไรบ้าง จากฐานข้อมูลใด ระหว่างปี พ.ศ. หรือ ค.ศ.ใด ผลการศึกษาแสดงตารางให้เห็นประเด็นข้อมูลที่สกัดออกจากชิ้นงานวิจัยต่างๆ ถ้ามีการทำ meta-analysis ก็ให้แสดงผลเป็นตารางหรือกราฟ บทวิจารณ์ สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใหม่ ข้อเสนอแนะและสรุป
4. **กิตติกรรมประกาศ** (ถ้ามี) สำหรับผู้ให้ความช่วยเหลือทั้งทุนวิจัย ให้คำปรึกษา หรือช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลวิจัย หรือแม้แต่ช่วยพิมพ์หรือตรวจแก้ไขบทนิพนธ์
5. **เอกสารอ้างอิง** ต้องเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด โปรดอ้างอิงวารสารสมาคมจิตแพทย์ในฉบับก่อนๆ ในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณอย่างยิ่ง เพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการจิตเวชศาสตร์ไทย กำหนดหมายเลขเรียงตามลำดับการอ้างในเนื้อเรื่อง เลขอ้างในเรื่อง (index citation) ให้ใช้เลขอาหรับติดยก (superscript) ไม่ต้องมีวงเล็บการเขียนเอกสารอ้างอิงใช้ระบบแวนคูเวอร์ ชื่อย่อของวารสารใช้ตาม Index

medicus กรณีวารสารที่เป็น non index medicus ให้ใส่ชื่อเต็มของวารสารนั้น ดังตัวอย่างต่อไปนี้

1. บทความในวารสาร

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N Engl J Med 2002; 347:284-7.
2. Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. Br J Psychiatry 1997; 171:351-4.
3. Lortakul M, Sookanich P, Sookying J. Thai Hamilton rating scale for depression development. Journal of Psychiatric Association of Thailand 1996; 41:235-46. Thai

ถ้าผู้นิพนธ์มีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้นิพนธ์ ทุกคน ถ้ามีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วย "et al." สำหรับเอกสารภาษาไทย ให้เขียนเอกสารอ้างอิงเป็นภาษาอังกฤษ โดยใช้นามสกุลขึ้นต้นตามด้วยอักษรย่อชื่อต้นภาษาอังกฤษ ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษ ดังตัวอย่างเช่น

4. Thavichachart N, Intoh P, Thavichachart T, Meksupa O, Tangwongchai S, Sughondhabirrom A, et al. Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis. J Med Assoc Thai 2001; 84 Suppl 1:118-26.

ถ้าผู้นิพนธ์เป็นชื่อองค์กรหรือหน่วยงาน ให้เขียนตัวอย่างดังนี้

5. Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. Hypertension 2002; 40(5):679-86.

ถ้าผู้นิพนธ์เป็นทั้งชื่อบุคคลและองค์กรหรือ
หน่วยงาน ให้เขียนตัวอย่างดังนี้

6. Vallancien G, Emberton M, Harving N, van Moorselaar RJ; Alf-One Study Group. Sexual dysfunction in 1,274 European men suffering from lower urinary tract symptoms. J Urol 2003; 169(6):2257-61.

ถ้าไม่มีชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนตัวอย่างดังนี้

7. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ 2002; 325(7357):184.

2. หนังสือ

- ผู้นิพนธ์คนเดียวหรือหลายคน

8. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 10th ed. Baltimore: William & Wilkins; 2007

- ผู้นิพนธ์คนเดียวหรือหลายคน และมีชื่อบรรณาธิการ

9. Breedlove GK, Schorfheide AM. Adolescent pregnancy. 2nd ed. Wiecezorek RR, editor. White Plains (NY): March of Dimes Education Services; 2001.

- บทความในหนังสือหรือตำรา

10. McKenna MS. Anorexia nervosa and bulimic nervosa. In: Sederer LI, editor. Inpatient psychiatry: diagnosis and treatment. Baltimore: Williams & Wilkins; 1991. p.141-66.

3. เอกสารในงานประชุมวิชาการ

- Conference proceedings

11. Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

- Conference paper

12. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic

for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

4. รายงานผลวิจัยทางวิทยาศาสตร์ (Scientific or technical report)

- Issued by funding/sponsoring agency:

13. Yen GG (Oklahoma State University, School of Electrical and Computer Engineering, Stillwater, OK). Health monitoring on vibration signatures. Final report. Arlington (VA): Air Force Office of Scientific Research (US), Air Force Research Laboratory; 2002 Feb. Report No.: AFRLSRBLTR020123. Contract No.: F496209810049.

- วิทยานิพนธ์ (Dissertation)

14. Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

5. บทความในหนังสือพิมพ์ (Newspaper article)

15. Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12; Sect. A:2 (col. 4).

6. อ้างอิงพจนานุกรม (Dictionary and similar references)

16. Dorland's illustrated medical dictionary. 29th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000. Filamin; p. 675.

7. บทความในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Journal article on the Internet)

17. Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm>Article
- กรณี Article with a Digital Object Identifier (DOI):
18. Zhang M, Holman CD, Price SD, Sanfilippo FM, Preen DB, Bulsara MK. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: retrospective cohort study. BMJ. 2009 Jan 7;338:a2752. doi: 10.1136/bmj.a2752. PubMed PMID: 19129307; PubMed Central PMCID: PMC2615549.
- กรณี Homepage/Web site
19. Cancer-Pain.org [Internet]. New York: Association of Cancer Online Resources, Inc.; c2000-01 [updated 2002 May 16; cited 2002 Jul 9]. Available from: <http://www.cancer-pain.org/>.
- กรณีเป็น Part of a homepage/Web site
20. American Medical Association [Internet]. Chicago: The Association; c1995-2002 [updated 2001 Aug 23; cited 2002 Aug 12]. AMA Office of Group Practice Liaison; [about 2 screens]. Available from: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/1736.html>

3. ตาราง แผนภูมิและรูปภาพประกอบ แยกไว้ต่างหากท้ายเนื้อเรื่องโดยใช้กระดาษ 1 แผ่น ต่อ 1 ตาราง หรือแผนภูมิ* หรือรูปภาพ จำนวนตารางและรูปภาพรวมกันไม่ควรเกิน 5 (ตาราง 3 รูปภาพ 2)

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับ 1 ชุด และสำเนา 2 ชุด พร้อมแผ่น CD-ROM การพิมพ์ใช้โปรแกรม Microsoft Word of Windows โดยใช้ Font ขนาด 16 ระยะห่างระหว่างบรรทัดเป็น double space ผู้พิมพ์ควรมีต้นฉบับเก็บไว้ด้วย เนื่องจากทางกองบรรณาธิการจะส่งคืนเฉพาะต้นฉบับที่เป็นภาพถ่าย สำหรับเรื่องที่ได้รับ การตีพิมพ์บรรณาธิการจะส่งสำเนาพิมพ์ (reprint) ให้ผู้พิมพ์จำนวน 20 ชุดต่อหนึ่งเรื่อง

- ควรมีฐานข้อมูลของแผนภูมิ และควรระบุโปรแกรมที่ใช้ด้วย
- บทความภาษาอังกฤษ ขอให้ผู้พิมพ์ตรวจสอบความถูกต้องของตัวสะกดและไวยากรณ์ ก่อนส่งต้นฉบับ หากกองบรรณาธิการพบความคลาดเคลื่อนทางภาษามากหรืออ่านแล้วไม่เข้าใจ จะส่งต้นฉบับนั้นคืนให้ผู้พิมพ์แก้ไขก่อน ซึ่งจะทำให้ใช้เวลานานขึ้น
- เพื่อความสะดวกรวดเร็วในการพิจารณาตีพิมพ์ กรุณาปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนส่งต้นฉบับ
- รายละเอียดการเขียนเอกสารอ้างอิงได้จาก International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>) ชื่อย่อของวารสารหาได้จาก <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

ส่งบทความมายัง

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 มกราคม - มีนาคม 2565

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของการให้วิตามินดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีภาวะพร่องหรือขาดวิตามินดี : การศึกษาแบบเปิด	1
ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, อรรพรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น	
ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมต่อความสามารถด้าน การกำกับอารมณ์ในวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเล่นเกมผิดปกติ	13
ภิญโญ อิศรพงศ์, นิศา สุขตระกูล, ดารกา แสงสุขใส, พัทธ์ชนก เทียนวิหาร	
คุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของมาตรวัดการเสพติดซื้อสินค้าออนไลน์สำหรับ ผู้ใหญ่ทำงาน	24
ปริยานุช วุฒิ ชูประดิษฐ์, สุภัทร ชูประดิษฐ์, ชูชัย สมितिไกร	
คุณภาพของแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย ในบริบทโรงเรียน วิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, โชษิตา ภาวสุทธิไพศาล, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล	38
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการปรับตัวในครอบครัวและชุมชนตามแนวคิด ของรอย สำหรับผู้ป่วยติดสุราหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	49
บุษกร สมบูรณ์, สุนทรี ศรีโกสโย	
ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 5 ในเขตกรุงเทพมหานคร	64
อภิษฎา รักการ, สุพร อภินันทเวช, พิชัย อัญญสกุล, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์	
การสำรวจระดับชาติเพื่อศึกษาระดับความสุขคนไทยรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2561	75
เบ็ญจมาศ พงษ์กานนท์, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, อธิบ ต้นอารีย์, บังอร สุปรีดา	
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	

ขั้นตอนการส่งบทความเข้าสู่วารสาร

สมัครสมาชิก Register

(ถ้าคุณเป็นสมาชิกของวารสารแล้ว กรุณาเข้าสู่ระบบ log in และไปยังขั้นตอนการ SUBMISSION)

สร้าง Username / Password



สร้าง Profile

(ชื่อ, Email, รายละเอียดข้อมูลต่างๆ)



ยืนยันการสมัครสมาชิกทาง Email



SUBMISSION



คลิก “AUTHOR” ใน “USER HOME”



คลิก “CLICK HERE” ใน ‘START A NEW SUBMISSION’



STEP 1 : เลือกทุกช่องเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด



STEP 2 : อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ word



STEP 3 : กรอกรายละเอียดข้อมูลต่างๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title and abstract, search terms (index terms)



STEP 4 : หากมีไฟล์ต่างๆ หรือรูปภาพ ให้ทำการอัปโหลดเหมือน STEP 2 ถ้าไม่มีให้ทำการ save and continue เพื่อไปยังขั้นตอนถัดไป



STEP 5 : เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบ โดย EDITOR

สมัครสมาชิก register Author

1. เข้าสู่ website : www.tci-thaijo.org

Thai Journals Online (ThaiJO)

HOME ABOUT LOG IN REGISTER SEARCH

Home > Thai Journals Online (ThaiJO)

Thai Journals Online (ThaiJO)

Thai Journals Online (ThaiJO) เป็นระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย เป็นแห่งรวมวารสารวิชาการที่ผลิตในประเทศไทยทุกสาขาวิชา ทั้งสาขาวิทยาศาสตร์/เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ThaiJO ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (มจธ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) และศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre : TCI)



วารสารทดสอบระบบ ThaiJo
วารสารตัวอย่างจัดทำขึ้นเพื่อประกอบการฝึกอบรมระบบ Open Journal System
[VIEW JOURNAL](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [REGISTER](#)



วารสารวิจัยและพัฒนา มจธ.
จัดทำโดยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี ผู้สนใจสามารถดาวน์โหลดวารสารฉบับเต็มได้ด้านล่าง
[VIEW JOURNAL](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [REGISTER](#)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Journal Help](#)

USER
Username
Password
☐ Remember me
[Log In](#)

JOURNAL CONTENT
Search
All
[Search](#)

FONT SIZE

2. เลือกวารสารที่ต้องการ Submission แล้วทำการสมัครโดยคลิกที่ REGISTER

Thai Journals Online (ThaiJO)

HOME ABOUT LOG IN REGISTER SEARCH

Home > Thai Journals Online (ThaiJO)

Thai Journals Online (ThaiJO)

Thai Journals Online (ThaiJO) เป็นระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย เป็นแห่งรวมวารสารวิชาการที่ผลิตในประเทศไทยทุกสาขาวิชา ทั้งสาขาวิทยาศาสตร์/เทคโนโลยี และมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ThaiJO ได้รับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี (มจธ.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (มธ.) และศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre : TCI)



Journal of the Psychiatric Association of Thailand
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เป็นวารสารของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ออกปีละ 4 ฉบับ ในเดือนมีนาคม มิถุนายน กันยายน และธันวาคม วัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ ส่งเสริมวิชาการ การค้นคว้า และเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และข่าวสารทางวิชาการในวงการจิตเวชศาสตร์ ของประเทศไทย
[VIEW JOURNAL](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [REGISTER](#)



Journal of Urban Culture Research
The Faculty of Fine and Applied Arts at Chulalongkorn University and the Urban Research Plaza of Osaka City University is pleased to offer this peer-reviewed Journal of Urban Culture Research (JUCR).
JUCR is intended to address topics that, while focused on research and knowledge of fine and applied arts, also offer readers relevant theoretical discussions and act as a catalyst for expanding the knowledge-base in specific areas of creative expression related to urban culture.
This journal aims at bringing together researchers and cultural practitioners to identify and share innovative and creative experiences in establishing sustainable and vibrant communities.
[VIEW JOURNAL](#) | [CURRENT ISSUE](#) | [REGISTER](#)

OPEN JOURNAL SYSTEMS

[Journal Help](#)

USER
Username
Password
☐ Remember me
[Log In](#)

JOURNAL CONTENT
Search
All
[Search](#)

FONT SIZE

คลิก REGISTER เพื่อทำการสมัครสมาชิก

3. กรอกข้อมูลเพื่อทำการสมัครสมาชิก register Author เมื่อกรอกเสร็จแล้วให้ทำการคลิกที่ปุ่ม Register

HOME ABOUT USER HOME SEARCH CURRENT ARCHIVES

Home > User > Register

REGISTER

Fill in this form to register with this journal.

[Click here](#) if you are already registered with this or another journal on this site.

PROFILE

Username*	sutpitcha	3.1 กรอกข้อมูล
Password*	••••••	
Repeat password*	••••••	
Validation*	 Please enter the letters as they appear in the image above. uyJMHw	
Salutation	Miss	
First name*	Sutpitcha	
Middle name		
Last name*	Tongdachai	
Initials	ST Joan Alice Smith = JAS	
Gender	F	
Affiliation	King Mongkut's University of Technology Thonburi	

(Your institution, e.g. "Simon Fraser University")

Signature

Email* sutpitcha@gmail.com [PRIVACY STATEMENT](#)

Confirm Email* sutpitcha@gmail.com

URL

Phone 024708647

Fax

Mailing Address King Mongkut's University of Technology Thonburi
126 Pracha-utid Road, Bangmod, Toongkru, Bangkok 10140

Country Thailand

Bio statement
(E.g., department and rank) Thailand Citation Index Centre

Confirmation ☒ Send me a confirmation email including my username and password

Register as ☒ Reader: Notified by email on publication of an issue of the journal.
☒ Author: Able to submit items to the journal.
☐ Reviewer: Willing to conduct peer review of submissions to the press.

Identify reviewing interests (substantive areas):

3.1 กรอกข้อมูล

3.2 เลือกตามรูป

Register Cancel

* Denotes required field

3.2 คลิก Register

4. เข้าสู่ระบบพิมพ์ Username และ Password แล้วคลิกที่ปุ่ม Log In

JOURNAL EXAMPLES

HOME ABOUT LOG IN REGISTER SEARCH CURRENT ARCHIVES

Home > วารสารตัวอย่าง

วารสารตัวอย่าง

วารสารตัวอย่างจัดทำขึ้นเพื่อประกอบการฝึกอบรมระบบ Open Journal System

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 3.0 License.

OPEN JOURNAL SYSTEMS

Journal Help

USER

Username

Password

☒ Remember me

NOTIFICATIONS

View
Subscribe / Unsubscribe

4.1 ใส่ Username และ Password แล้ว
4.2 คลิกที่ปุ่ม Log In

5. คลิกที่ Author เพื่อทำการ Submission

HOME ABOUT USER HOME SEARCH CURRENT ARCHIVES

Home > User Home

USER HOME

วารสารทดสอบระบบ THAIJO

» Author คลิกที่ Author เพื่อทำการ Submission [New Submission]

MY ACCOUNT

» Show My Journals
» Edit My Profile
» Change My Password
» Log Out

Link

- แสดง Journal
- แก้ไขประวัติส่วนตัว
- เปลี่ยนพาสเวิร์ด
- ออกจากระบบ

6. คลิกที่ **CLICK HERE** ในหัวข้อ “START A NEW SUBMISSION”
เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Submission 5 ขั้นตอน

[HOME](#) [ABOUT](#) [USER HOME](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)

Home > User > Author > Active Submissions

ACTIVE SUBMISSIONS

[ACTIVE](#) [ARCHIVE](#)

ID	MM-DD SUBMIT	SEC	AUTHORS	TITLE	STATUS
No Submissions					

START A NEW SUBMISSION

CLICK HERE to go to step one of the five-step submission process.



คลิกที่ **CLICK HERE** เพื่อเข้าสู่กระบวนการ Submission 5 ขั้นตอน

REFBACKS

[ALL](#) [NEW](#) [PUBLISHED](#) [IGNORED](#)

DATE ADDED	HITS	URL	TITLE	STATUS	ACTION
There are currently no refbacks.					

SUBMISSION

STEP 1. Starting the Submission

[HOME](#) [ABOUT](#) [USER HOME](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)

[Home](#) > [User](#) > [Author](#) > [Submissions](#) > [New Submission](#)

STEP 1. STARTING THE SUBMISSION

1. **START** 2. UPLOAD SUBMISSION 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. CONFIRMATION

Encountering difficulties? Contact [Chatree wongkaew](#) for assistance (66 2470 8647).

SUBMISSION CHECKLIST

Indicate that this submission is ready to be considered by this journal by checking off the following (comments to the editor can be added below).

- ☒ The submission has not been previously published, nor is it before another journal for consideration (or an explanation has been provided in [Comments to the Editor](#)).
- ☒ The submission file is in OpenOffice, Microsoft Word, or LaTeX format.
- ☒ Where available, URLs for the references.
- ☒ The text is single-spaced; uses a 12-point font; uses metric units; and all illustrations are appropriate points, rather than at the end.
- ☒ The text adheres to the stylistic and bibliographic requirements outlined in the [Author Guidelines](#), which is found in [About the Journal](#).
- ☒ If submitting to a peer-reviewed section of the journal, the instructions in [Ensuring a Blind Review](#) have been followed.

1.1 คลิกเลือกทุกช่อง

- เพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขตามที่วารสารกำหนดทั้งหมด

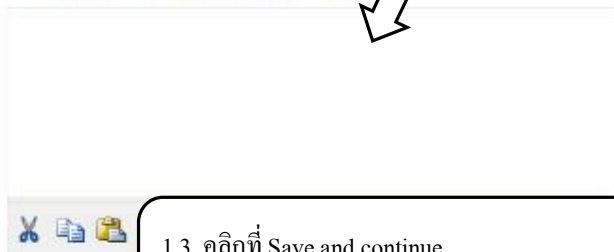
JOURNAL'S PRIVACY STATEMENT

The names and email addresses entered on this journal have been used for the purposes of this journal and will not be made available for other purposes.

1.2 หากต้องการส่งข้อความถึง Editor ให้พิมพ์ข้อความที่ Text Box เพื่อส่งข้อความถึง Editor (ข้อความที่ส่งให้ Editor จะไม่เผยแพร่ให้เห็นผู้อื่นได้เห็น)

COMMENTS FOR THE EDITOR

Enter text (optional)



1.3 คลิกที่ Save and continue

- เพื่อไปยัง Step 2. Uploading the Submission

[Save and continue](#)

[Cancel](#)

STEP 2. Uploading the Submission

[HOME](#) [ABOUT](#) [USER HOME](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)

Home > User > Author > Submissions > New Submission

STEP 2. UPLOADING THE SUBMISSION

1. START 2. **UPLOAD SUBMISSION** 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. CONFIRMATION

To upload a manuscript to this journal, complete the following steps.

1. On this page, click Browse (or Choose File) which opens a Choose File window for locating the file on the hard drive of your computer.
2. Locate the file you wish to submit and highlight it.
3. Click Open on the Choose File window, which places the name of the file on this page.
4. Click Upload on this page, which uploads the file from the computer to the journal's web site and renames it following the journal's conventions.
5. Once the submission is uploaded, click Save and Continue at the bottom of this page.

Encountering difficulties? [Contact Chat](#)

SUBMISSION FILE

No submission file uploaded.

Upload submission file

ssion version 27-2-07).doc

Browse...

Upload

ENSURING A BLIND REVIEW

Save and continue

Cancel

2.1 คลิกที่ Browse เพื่อเลือกไฟล์บทความที่ต้องการ upload ซึ่งไฟล์บทความนั้นจะต้องเป็นไฟล์ word

2.2 คลิกที่ Upload

2.3 คลิกที่ Save and continue

ขั้นตอนการ upload file

STEP 2. UPLOADING THE SUBMISSION

1. START 2. **UPLOAD SUBMISSION** 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. CONFIRMATION

To upload a manuscript to this journal, complete the following steps.

ขั้นตอนการ upload file

1. On this page, click Browse (or Choose File) which opens a Choose File window for locating the file on the hard drive of your computer.
2. Locate the file you wish to submit and highlight it.
3. Click Open on the Choose File window, which places the name of the file on this page.
4. Click Upload on this page, which uploads the file from the computer to the journal's web site and renames it following the journal's conventions.
5. Once the submission is uploaded, click Save and Continue at the bottom of this page.

Encountering difficulties? Contact Chatree wongkaew for assistance (66 2470 8647).

SUBMISSION FILE

File name	62-180-1-SM.doc
Original file name	Manuscript - ACIF paper (Submission version 27-2-07).doc
File size	234KB
Date uploaded	2011-08-30 12:00 PM

ปรากฏไฟล์บทความที่เราทำการ Upload เมื่อซักครู

Replace submission file

ENSURING A BLIND REVIEW

Browse...

Upload

Save and continue

Cancel

หากต้องการแก้ไขให้ทำการ

- คลิกที่ Browse เลือกไฟล์ที่ต้องการ Upload
- คลิกที่ปุ่ม Upload

คลิกที่ Save and continue

เพื่อไปยัง Step 3. Entering the Submission's Metadata

Step 3. Entering the Submission's Metadata

HOME ABOUT USER HOME SEARCH CURRENT ARCHIVES

Home > User > Author > Submissions > New Submission

STEP 3. ENTERING THE SUBMISSION'S METADATA

1. START 2. UPLOAD SUBMISSION 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. CONFIRMATION

AUTHORS

First name*

sutpitcha

Middle name

Last name*

tongdachai

Email*

sutpitcha@gmail.com

URL

Affiliation

King Mongkut's University of Technology Thonburi

(Your institution, e.g. "Simon Fraser University")

Country

Thailand

Competing interests
CI POLICY

No CI

Bio statement
(E.g., department
and rank)

Thai Journal Citation Index Centre

3.1 AUTHORS

กรอกข้อมูลตามช่องที่กำหนด

Add Author

หากต้องการเพิ่ม Author ให้คลิกที่ปุ่ม Add Author

TITLE AND ABSTRACT

Title*	Count Impact Factor of Materials Science Journals in SCI Database
Abstract*	This article proposed a new index, so-called "Article-Count Impact Factor" (ACIF) for evaluating journal quality in light of citation behaviour in comparison with the ISI journal impact factor. The ACIF was calculated as the ratio of the number of articles that were cited to the total number of articles published in that journal during the period 1997-2004. The study used 171 journal titles in materials category from the ISI/Current Contents/Expanded (SCI) database as data source. The ACIF was used as an alternative tool in assessing the quality of journals in the case where the assessed journals had the same (equal or similar) JIF values. The experimental results suggested that the higher the ACIF value, the more the number of articles being cited. The changes in ACIF values were more dependent on the JIF values rather than the total number of articles. Polymer Science had the greatest ACIF values, suggesting that the articles in Polymer Science had greater "citation per article" than those in Metallurgical Engineering and Ceramics. It was also suggested that in order to increase the

3.2 TITLE AND ABSTRACT

- หัวเรื่อง/ชื่อเรื่อง
- บทคัดย่อของเอกสารต้นฉบับ

INDEXING

Provide terms for indexing the submission; separate terms with a semi-colon (term1; term2; term3).

Academic discipline and sub-disciplines	Scientometrics Publishing; Communications; Library Studies; Education
Keywords	Impact factors; Subject category; Research evaluation Scholarly Communication; Libraries; Publishing; Open Source
Language	en English=en; French=fr; Spanish=es. Additional codes.

3.3 INDEXING

เป็นการจัดทำดัชนี
เพื่อการสืบค้นหา
ข้อมูลข้อมูล

SUPPORTING AGENCIES

Identify agencies that provided funding or support for the submission.

Agencies	
Save and continue Cancel	

* Denotes required field

3.4 SUPPORTING AGENCIES

หากบทความนี้มีผู้ให้การสนับสนุน ให้ใส่รายละเอียดที่ช่องนี้

3.5 คลิกที่ Save and continue เพื่อไปยัง Step 4. Uploading Supplementary Files

Step 4. Uploading Supplementary Files

[HOME](#) [ABOUT](#) [USER HOME](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)

Home > User > Author > Submissions > New Submission

STEP 4. UPLOADING SUPPLEMENTARY FILES

1. START 2. UPLOAD SUBMISSION 3. ENTER METADATA 4. **UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES** 5. CONFIRMATION

This optional step allows Supplementary Files to be added to a submission. The files, which can be in any format, might include (a) research instruments, (b) data sets, which comply with the terms of the study's research ethics review, (c) sources that otherwise would be unavailable to readers, (d) figures and tables that cannot be integrated into the text itself, or other materials that add to the contribution of the work.

ID	TITLE
<i>No supplementary files have been added to this submission.</i>	

หากบทความมีไฟล์ตาราง หรือรูปภาพให้ทำการ Upload
ถ้าไม่มีให้ข้ามขั้นตอนนี้ไป

Upload supplementary file

ENSURING A BLIND REVIEW



คลิกที่ Save and continue เพื่อไปยัง Step 5. Confirming the Submission

Step 5. Confirming the Submission

[HOME](#) [ABOUT](#) [USER HOME](#) [SEARCH](#) [CURRENT](#) [ARCHIVES](#)

Home > User > Author > Submissions > New Submission

STEP 5. CONFIRMING THE SUBMISSION

1. START 2. UPLOAD SUBMISSION 3. ENTER METADATA 4. UPLOAD SUPPLEMENTARY FILES 5. **CONFIRMATION**

To submit your manuscript to วารสารทดสอบระบบ ThaiJo click Finish Submission. The submission's principal contact will receive an acknowledgement by email and will be able to view the submission's progress through the editorial process by logging in to the journal web site. Thank you for your interest in publishing with วารสารทดสอบระบบ ThaiJo.

FILE SUMMARY

ID	ORIGINAL FILE NAME	TYPE	FILE SIZE	DATE UPLOADED
183	MANUSCRIPT - ACIF PAPER (SUBMISSION VERSION 27-2-07).DOC	Submission File	234KB	08-30

Finish Submission

Cancel



คลิกที่ Finish Submission เพื่อยืนยันการ Submission

เสร็จสิ้นกระบวนการ Submission

การตรวจสอบสถานะบทความ

ACTIVE SUBMISSIONS

Submission complete. Thank you for your interest in publishing with วารสารทดสอบระบบ ThaiJo.

» Active Submissions



คลิกที่ Active Submission เพื่อดูสถานะบทความ

ACTIVE SUBMISSIONS

ACTIVE ARCHIVE

ID	MM-DD SUBMIT	SEC	AUTHORS	TITLE	STATUS
62	08-30	ART	tongdachai	COUNT IMPACT FACTOR OF MATERIALS SCIENCE JOURNALS IN SCL...	Awaiting assignment

1 - 1 of 1 Items

START A NEW SUBMISSION

[CLICK HERE](#) to go to step one of the five-step submission process

สถานะอยู่ในระหว่างรอการ assignment



ฉบับที่ : ทอ.โรงพิมพ์คลังนาวิทยาศาสตร์ 232/199 ก.เศรษฐ. ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
Tel. 0-4346-6444, 0-4346-6860-61 Fax. 0-4346-6863 E-mail : klungpress@hotmail.com 2565 สัปดาห์ 01