



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 2

เมษายน - มิถุนายน 2566

บรรณาธิการแถลง

แก้ข้อความผิด

นิพนธ์ต้นฉบับ

ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดหนักโควิด 19 ต่ออาการและบทบาทหน้าที่
ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น ที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามารับดี
พิมล การเจริญพงศ์, สุวรรณี พุทธิศรี

รูปแบบและปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19
กษมา เทพรัตน์, จารุพงษ์ น้อยคำแย

อิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียน
ของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร
พิชาพร มงคลอดิษฐ์, จิรดา ประสาพรศิริโชค, ณัฏฐ พัทธรัตน์เสถียร

วิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก
ภูมิ ชมภูศรี, นีรัชยา สุราคำ, S.M. Yasir Arafat

ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามารับดี
เบญจภรณ์ ธรรมาร, ดาวชมพู นาคะวิโร

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด
อัญชิตา ขำแก้ว

ประสบการณ์และทัศนคติต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย
และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด: การศึกษานำร่อง
วุฒิกกร เอี่ยมมีชัย, วรภัทร รัตอาภา, ณัฏฐา สายเสวย, นราทิพย์ สงวนพานิชย์, นที วีรรณ

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
สุวรรณยา งานวิวัฒน์ถาวร, พันธศักดิ์ ศุกระฤกษ์, อติวุทธ กนกมาศ, ภาวิดา หน่อไชย

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
ภาสกร คู่มิตร, นันทชัยสันต์ สกุลพงศ์

พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น

คามิน สีหะมงคล, ณัฏฐณิชา พงษ์เดช, ธัญมน พัวรานุกเคราะห์, วชิรภัทร จรรย์ศิริไพศาล, ชัยณุพงศ์ ลงยันต์,
ปณณ ริมพิงพันธ์, เขมจิรา เอี่ยมการนา, พรปวีณ์ พุกนัยพิทักษ์, ศรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ

บทความฟื้นฟูวิชาการ

การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศ
และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เวอร์ชัน 8

คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ 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.ปรานี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลั้งสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อธิฐสกุล

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.ปรการ ถมยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสิวัต

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 เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสุขภาพจิตในการเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ 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 TCI Thai Jo โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่
www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

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

รองบรรณาธิการ

รศ.พญ.ภาพันท์ ไทยพิสุทธิกุล
มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา
มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.ติรยา เลิศหัตถศิลป์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
พญ.ฐิติพร ศุภสิทธิ์ธำรง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Associate Editor

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

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 2

เมษายน – มิถุนายน 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

แก้ข้อความผิด

B

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดหนักโควิด 19 ต่ออาการและบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น
ที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามารัตน์ 127
พิมล การเจริญพงศ์, สุวรรณิ พุทธิศรี
- รูปแบบและปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 142
กษมา เทพรักษ์, จารุพงษ์ น้อยคำแย
- อิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียน
ของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร 153
พิชาพร มงคลอดิษฐ์, จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร
- วิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก 163
ภูมิ ชมภูศรี, นีร์ชยา สุธาคำ, S.M. Yasir Arafat
- ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามารัตน์ 173
เบญจภรณ์ ธรรมมาตร, ดาวชมพู นาคะวีโร
- ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 181
อัญชิตา ขำแก้ว
- ประสบการณ์และทัศนคติต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย
และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด: การศึกษานำร่อง 194
วุฒิกัทร เอี่ยมมีชัย, วรภัทร รัตอาภา, ณัฏฐา สายเสวย, นราทิพย์ สงวนพานิชย์, นที วีวรรณ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 207
สุวรรยา งานวิวัฒน์ถาวร, พันธุ์ศักดิ์ ศุภระฤกษ์, อติวุธ กุมพาศ, ภาวิต หน่อไชย
- การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 218
ภาสกร คุ่มศิริ, นันทชิตส์ณห์ สกุลพงศ์
- พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 227
คามิน สีหะมงคล, ณัฏฐณิชา พงษ์เดช, ธัญมน พัววรานุเคราะห์, วชิรภัทร จรัญศิริไพศาล, ชัชฎพงศ์ ลงยันต์,
ปณณ ริมพิชพันธ์, เขมจิรา เอี่ยมการนา, พรปวีณ์ พฤกษ์ปิติกุล, ศรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ
- บทความพิเศษวิชาการ
- การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศ
และผู้มีความหลากหลายทางเพศ เวอร์ชัน 8 238
คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์
- สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 253



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 68 Number 2

April - June 2023

CONTENTS

EDITORIAL

A

ERRATUM

B

ORIGINAL ARTICLES

- The Impact of COVID-19 Pandemic on Symptoms and Functions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children in Psychiatric Out Patient Department at Ramathibodi Hospital 127
Pimol Kanchalearnpong, Suwannee Putthisri
- Changes of Sleep Patterns and Problems in ADHD Children During COVID-19 Pandemic 142
Kasama Teparak, Jarruphong Noitumyae
- The Mediating Effect of Academic Self-Efficacy on The Relationship Between Perceived Parental Academic Pressure and Test Anxiety Among Thai High-School Students in Bangkok 153
Pichaporn Mongkoladisai, Jirada Prasartpornsirichoke, Nuttorn Pityaratstian
- Suicide News Coverage in Thailand in The Light of The WorldHealth Organization Guideline for Media Professionals 163
Poom Chompoosri, Nirchaya Suthakam, S.M. Yasir Arafat
- Prevalence of Vitamin D Deficiency in Thai Dementia Patients in Ramathibodi Hospital 173
Benchaphorn Thammathorn, Daochompu Nakawiro
- Burden Among Caregivers of Patients With Substance Use Disorder 181
Anchida Khamkaew
- Experiences in and Attitudes Toward Psychotherapy Training of General Psychiatry Residents in Thailand and Factors Associated With Psychotherapy Interest: A Pilot Study 194
Wuttipat Iammeechai, Woraphat Ratta-apha, Nattha Saisavoey, Naratip Sanguanpanich, Natee Viravan
- Correlation Between Stress and Sexual Dysfunction During COVID-19 Pandemic 207
Savanya Nganvivattavorn, Pansak Sukrarook, Atiwut Kamutmas, Phawit Norchai
- Confirmatory Factor Analysis of the Thai Version Psychological Well-Being Scale Among Men Who Have Sex With Men 218
Passakorn Koomsiri, Nanchatsan Sakunpong
- Resilience Quotient Among Medical Students at Khon Kaen University 227
Kamin Seehamongkon, Nattanicha Pongdet, Thanyamon Pouvaranukoah, Wachirapat Jaransiripaisan, Chisanuphong Longyant, Pun Rimphuetphan, Khemjira Earkanna, Pornpawee Prukpitikul, Sirinti Boonjaraspinyo

REVIEW ARTICLE

- Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse People According to Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC- 8) 238
Komsan Kiatrungrit
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 253

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยฉบับนี้เป็นฉบับที่สองของปี พ.ศ. 2566 โดยมีทั้งหมด 11 บทความด้วยกัน โดยมีบทความที่น่าสนใจหลายเรื่องจากผู้นิพนธ์หลากหลายสาขาวิชา เช่น ความสุขของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามาธิบดี, การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ ตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เวอร์ชัน 8, วิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นต้น

ทั้งนี้ทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ขอแจ้งเพิ่มเติมว่า ระบบการส่งบทความของ TCI ณ ปัจจุบันนั้น จะทำการกำหนดให้ผู้ส่งบทความเข้าสู่ระบบจะถูกบันทึกเป็น corresponding author โดยอัตโนมัติ ซึ่งทำให้หากผู้ส่งบทความเข้าสู่ระบบเป็นคนละคนกับ corresponding author ในใบปะหน้าจะทำให้เกิดความขัดแย้งกันของข้อมูลและผิดไปจากนิยามของ corresponding author ซึ่งมีความหมายดังนี้

‘ผู้ประพันธ์บรรณกิจ หรือ corresponding author หมายถึง ผู้มีหน้าที่ประสานงานกับผู้นิพนธ์ที่เกี่ยวข้องในการจัดเตรียมบทความ (manuscript) และรับผิดชอบติดต่อประสานงานกับบรรณาธิการวารสารระหว่างกระบวนการส่งบทความ แก้ไขบทความ ชี้แจงข้อสงสัย และเตรียมต้นฉบับสุดท้ายของบทความ’

(ดัดแปลงจาก International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), Defining the Role of Authors and Contributors. <https://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>)

ดังนั้นตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2566 นี้ ทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ กำหนดให้ผู้ส่งบทความเข้าสู่ระบบต้องเป็น corresponding author ที่ระบุในใบปะหน้าเท่านั้น หากชื่อดังกล่าวไม่ตรงกัน ทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ จะถอนบทความออกเพื่อแก้ไขให้ถูกต้อง

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความ

ธรรมนาถ เจริญบุญ
บรรณาธิการ

แก้ข้อความผิด (Erratum)

อ้างอิงถึงบทความเรื่อง การสำรวจความคิดขั้นสูงของเด็กสมาธิสั้นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประเทศไทย ด้วยแบบทดสอบ Tower of London - Drexel University 2nd Edition test (TOL^{DXTM}) โดย หัฏฐกร สำเร็จดี, ชนิตพร ชลไพร ในวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565 Vol. 67 No. 4 หน้า 355 - 363

Samretdee H, Chonprai C. A survey of the Executive function of children with ADHD in the Northeast of Thailand using Tower of London - Drexel University 2nd Edition test (TOL^{DXTM}). J Psychiatr Assoc Thailand 2022; 67: 355-63.

ผู้พิมพ์ประสงค์จะแก้ไขข้อผิดพลาดในบทความโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วน	ข้อความเดิม	ข้อความใหม่	หน้า
บทคัดย่อ และ Abstract	การศึกษาภาคตัดขวาง	การศึกษาไปข้างหน้าและศึกษาย้อนหลัง	2
	This was a cross-sectional study.	This was a mixed cohort study.	3
ขั้นตอนการวิจัย	วิธีการศึกษา การศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study)	การศึกษาไปข้างหน้าและศึกษาย้อนหลัง (mixed cohort study)	7
	เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 30 กรกฎาคม 2565 รวม 8 เดือน	เก็บข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 30 มีนาคม 2565 และเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (prospective study) ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2565 ถึง 30 กรกฎาคม 2565 รวมทั้งสิ้น 8 เดือน	7
	การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร เลขที่โครงการ HE641120	เลขที่โครงการ HE641132	8
ผลการศึกษา	เด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 83 คน	เด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 83 คน แยกเป็นการเก็บข้อมูลไปข้างหน้า 53 คน เก็บข้อมูลย้อนหลัง 30 คน	8

ผลกระทบของสถานการณ์การระบาดหนักโควิด 19 ต่ออาการและบทบาทหน้าที่ในผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

พิมพ์ การเจริญพงศ์*, สุวรรณีย์ พุทธิศรี*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากโครงการ Ramathibodi ADHD registry 2 ช่วงเวลา คือ ก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด (post pandemic) ข้อมูลสำคัญที่นำมาศึกษาประกอบด้วย อาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ และความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะประชากรโดยใช้ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ pair t-test หรือ Wilcoxon signed rank test

ผลการศึกษา มีข้อมูลประชากร 63 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 73 อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี มีผู้ปกครองที่อยู่ด้วยกันร้อยละ 70.5 และครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยมากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 64.9 จากการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ($p = 0.026$) และความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียน ($p = 0.046$) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด แต่ไม่พบความแตกต่างของความเครียดของผู้ปกครอง ($p = 0.986$)

สรุป ระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีผลกระทบเชิงบวกต่ออาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น และความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียน ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ แต่ไม่พบผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครอง

คำสำคัญ โควิด 19 สมาธิสั้น อาการ ความบกพร่องทางหน้าที่

Corresponding author: สุวรรณีย์ พุทธิศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

วันรับ : 10 พฤศจิกายน 2565 วันแก้ไข : 30 มกราคม 2566 วันตอบรับ : 30 มกราคม 2566

The Impact of COVID-19 Pandemic on Symptoms and Functions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Children in Psychiatric Out Patient Department at Ramathibodi Hospital

Pimol Kanchalearnpong*, Suwannee Putthisri*

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

ABSTRACT

Objective: To evaluate the impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on symptoms, functions in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and the stress levels of their parents in Ramathibodi's psychiatric outpatient department.

Methods: This was a retrospective study. The data was collected from the Ramathibodi ADHD registry project at two periods which were before the second wave of COVID-19 pandemic and during the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase predicted by the Ministry of Public Health. The population's demographic data was summarized with percentage, mean and median. The symptoms, functions in children with ADHD and the stress levels of their parents from these two periods were compared by using Pair t-test and Wilcoxon signed rank test.

Results: Of the total 63 children, 73% were male. The mean age was 10.2 ± 3.1 years. 70.5% of their parents lived together. 64.9% of the families earn more than 50,000 baths per month. During the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase, the symptoms of hyperactivity and impulsivity and school performance were significant improved ($p = 0.026$, 0.046 respectively). Their parent's stress levels were not significantly difference ($p = 0.986$).

Conclusion: During the second wave of COVID-19 pandemic until the post pandemic phase, the symptoms of hyperactivity and impulsivity and school performance at Ramathibodi's psychiatric outpatient department were improved but the stress level of their parents were unaffected.

Keywords: COVID-19, ADHD, symptoms, functional impairment

Corresponding author: Suwannee Putthisri

E-mail: suwannee.sri@mahidol.ac.th

Received 10 November 2022 Revised 30 January 2023 Accepted 30 January 2023

บทนำ

โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่พบบ่อยในกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (neurodevelopmental disorder)¹ ในเด็ก โดยทั่วโลกพบว่าเด็กเป็นโรคสมาธิสั้นประมาณร้อยละ 7.2² ส่วนในประเทศไทยพบมากถึงร้อยละ 8³ ลักษณะอาการของโรคสมาธิสั้นประกอบด้วย อาการขาดสมาธิ ซุกซนอยู่นิ่ง และหุนหันพลันแล่น⁴ ทำให้เด็กได้รับผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น มีปัญหาการเรียน มีปัญหาความสัมพันธ์กับผู้อื่น มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ และส่งผลกระทบทางด้านอารมณ์⁵

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้เริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยพบครั้งแรกในนครอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่กระจายไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern)⁶ ในวันที่ 30 มกราคม 2563

สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2563 และเกิดเป็นการระบาดในระลอกแรกขึ้น โดยได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (พรก.ฉุกเฉิน)⁷ ซึ่งสามารถควบคุมการระบาดได้ภายใน 2 เดือน และไม่พบผู้ติดเชื้อนานกว่า 100 วัน ต่อมาได้ตรวจพบผู้ติดเชื้อครั้งใหม่ตั้งแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563⁸ ที่ตลาดกลางกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นแรงงานต่างด้าวซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด และมีประชาชนจากหลากหลายจังหวัดมาที่ตลาดใหญ่แห่งนี้ จึงทำให้เกิดการระบาดไปหลายกลุ่มคนและหลายจังหวัด เกิดเป็นการติดเชื้อระลอกใหม่ และยังพบผู้ติดเชื้อมากขึ้นเรื่อยมา จนกระทั่งปลายปี 2564⁹ พบว่าแนวโน้มคลี่คลายไปในทางที่ดี จนกระทรวงสาธารณสุขมีการปรับแผนการจัดการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สู่วิถีปรกติและคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะของการระบาด (post pandemic) ตั้งแต่มกราคม 2565¹⁰ และได้มีการยกเลิกการใช้ พรก.ฉุกเฉิน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2565¹¹ ในที่สุด

ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลายประเทศมีมาตรการบังคับใช้เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส เช่นเดียวกับในประเทศไทยที่มีการประกาศใช้ พรก.ฉุกเฉิน อันมีแนวทางปฏิบัติตามข้อกำหนด ได้แก่ ให้มีการกักตัว (quarantine) การทำงานที่บ้าน (work from home) การเรียนรูปแบบออนไลน์ รวมถึงปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดต่อโรค และ

งดเดินทางข้ามประเทศ^{7,11} มีการศึกษาในต่างประเทศพบว่าประชาชนทั่วไปรวมถึงในกลุ่มเด็กมีสุขภาพจิตที่แย่ลงในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{12,13} นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กและวัยรุ่นสาวเป็นวัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าผู้ใหญ่^{12,14,15} โดยเฉพาะเด็กกลุ่มโรคที่มีความผิดปกติของพัฒนาการและระบบประสาท (neurodevelopmental disorder)¹² เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน เช่น การกักตัวอยู่ที่บ้าน การไม่ได้ไปโรงเรียน การไม่ได้พบเพื่อน การต้องแยกจากพ่อแม่หรือกระทั่งการต้องเจอกับความสูญเสีย¹³ จะก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กกลุ่มที่เป็นโรคสมาธิสั้น ซึ่งเมื่อต้องถูกจำกัดขอบเขตบางอย่างอาจนำไปสู่ความทุกข์ทรมานทางจิตใจได้เช่นกัน¹⁶

ก่อนหน้านี้มีการศึกษาในหลายประเทศเกี่ยวกับผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นพบว่าสถานการณ์การระบาดและมาตรการการป้องกันสัมพันธ์กับอาการที่แย่ลง^{16,17,18} ซึ่งได้แก่ อาการฉุนเฉียว หงุดหงิดง่าย (irritability) และพฤติกรรมก่อกวน (disturbing or disruptive behavior) อีกทั้งพบว่าการถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆ มีผลต่อการเกิดอารมณ์เชิงลบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิตกกังวลและซึมเศร้า ซึ่งทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและความสนุกสนานที่ลดลงในเด็กอย่างชัดเจน^{12,17} สอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษาซึ่งพบว่า ในภาวะระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการต่างๆ ของเด็กสมาธิสั้นแย่ลงเมื่อเทียบกับภาวะปกติ¹⁹ อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาพบว่าในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เด็กสามารถใช้เวลากับการเรียนเพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 50 และใช้เวลากับการช่วยงานบ้านพ่อแม่เพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 50¹⁶ นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่พบว่า มีการเพิ่มของอารมณ์เชิงลบ และเกิดปัญหาอารมณ์และพฤติกรรมในพ่อแม่ของเด็กกลุ่มนี้ เช่น หงุดหงิด เกรี้ยวกราด ด่าทอ ทำโทษและตี¹² นอกจากนั้นยังพบว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆ¹² ที่กระทบต่ออาการของเด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัว วิธีการปรับตัวหรือแก้ปัญหาของเด็ก ปัญหาการนอนหลับของเด็กที่มีอยู่เดิม และการเข้าถึงการรับบริการทางการแพทย์ที่ล่าช้า

โรงพยาบาลรามาริบัติเป็นหนึ่งในโรงเรียนแพทย์ที่มีเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเข้ารับบริการมากถึง 480 คนต่อปี ปัจจุบันทั้งเด็กและผู้ปกครองต่างอยู่ในสถานการณ์การระบาดนี้ อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาผลกระทบระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดต่อเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยมาก่อน จึงต้องการศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 19 ธันวาคม 2563 ซึ่งนับเป็นช่วงการระบาดระลอกใหม่ และมีความรุนแรงต่อเนื่องเป็นระยะเวลาสั้น

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective study) เพื่อศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น รวมถึงศึกษาผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยทบทวนจากฐานข้อมูลโครงการ Ramathibodi ADHD registry ซึ่งเป็นโครงการเก็บข้อมูลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ที่เข้ามารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2562 จนถึงปัจจุบัน และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน รหัส COA. MURA2019/815 การศึกษานี้จะศึกษาข้อมูลเปรียบเทียบใน 2 ช่วงเวลา คือ ข้อมูลก่อนการระบาดระลอกสอง (วันที่ 1 ตุลาคม 2562 ถึงวันที่ 18 ธันวาคม 2563) และระหว่างการระบาดระลอกสองจนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด⁹ (วันที่ 19 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2565) ซึ่งนับเป็นการระบาดที่มีความรุนแรงและมีระยะเวลานาน⁸

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 ที่มารับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และเก็บบันทึกข้อมูลไว้ในโครงการ Ramathibodi ADHD

registry โดยได้รับการประเมินและติดตามอาการตามข้อกำหนดของ Ramathibodi ADHD registry อย่างน้อย 2 ช่วง คือ 1) ช่วงก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ระหว่างการระบาดระลอกสองจนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด⁹ ไม่มีเกณฑ์การคัดออกเมื่อคำนวณจำนวนประชากรจากสูตรของ Wayne W.,D. (1995)

$$n = \frac{Np(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + p(1-p)z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

กำหนดค่า N ด้วยจำนวนผู้ป่วยใหม่เด็กโดยเฉลี่ย 4 ปี ย้อนหลัง ที่ได้รับการรักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ 480 ราย แทนค่า p หรือ proportion ด้วย 0.6¹⁹ ซึ่งเป็นค่าที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมก่อนหน้า และกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนสูงสุดอยู่ที่ 20 เปอร์เซ็นต์ จะได้ n = 57 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ข้อมูลที่บ้านพักและใช้วิเคราะห์ทางสถิติประกอบด้วย

1. ข้อมูลเชิงประชากรศาสตร์ (demographic data) ประกอบด้วย
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนพี่น้อง และการอยู่อาศัย
 - ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง ได้แก่ สถานภาพสมรสของบิดา มารดา ระดับการศึกษาของบิดา มารดา และรายได้ของผู้ปกครอง
 - ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ ระดับความรุนแรงของสมาธิสั้น โรคร่วมทางจิตเวช โรคประจำตัวทางกาย ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ยาสมาธิสั้น และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา
2. ข้อมูลที่ใช้ศึกษาเป็นผลลัพธ์หลัก (primary outcome) ประกอบด้วย
 - ข้อมูลเรื่องอาการสมาธิสั้นที่ได้จากแบบคัดกรองโรคสมาธิสั้น SNAP-IV ฉบับภาษาไทย ตอบโดยผู้ปกครอง มีทั้งหมด 26 ข้อ ให้คะแนนตรงตามอาการ (ไม่เลย 0, เล็กน้อย 1, ค่อนข้างมาก 2, มาก 3) และคิดคะแนนรวมโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน โดยข้อ 1 - 9 เป็นด้านขาดสมาธิ (inattention) ข้อ 10 - 18 เป็นด้านซนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity) และข้อ 19 - 26 เป็นด้านดื้อต่อต้าน (oppositional defiant) โดยคะแนนมากหมายถึง

มีอาการมาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.93)²⁰

- ข้อมูลเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นเพื่อใช้ดูคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้จากแบบคัดกรองความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS) ฉบับภาษาไทย ตอบโดยผู้ปกครอง มีทั้งหมด 50 ข้อ วัดความบกพร่องทางหน้าที่ ซึ่งแบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ครอบครัว โรงเรียน ทักษะการใช้ชีวิต มุมมองที่มีต่อตนเอง ทักษะการเข้าสังคม และพฤติกรรมเสี่ยง ให้คะแนนตรงกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (ไม่เคย 0, บางครั้ง 1, บ่อยๆ 2, ประจำ 3) และคิดคะแนนเฉลี่ยของแต่ละด้าน โดยคะแนนมากหมายถึงมีความบกพร่องทางหน้าที่มาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.98)²¹

- ข้อมูลเรื่องความเครียดของผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ที่ได้จากแบบวัดความรู้สึกเครียด Thai version of 10-Item Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) มี 10 ข้อ ให้คะแนนความบ่อยตามความรู้สึก (ไม่เคย 0, แทบจะไม่มี 1, มีบางครั้ง 2, ค่อนข้างบ่อย 3, บ่อยมาก 4) โดยคะแนนมากหมายถึงมีความเครียดมาก (ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบัค เท่ากับ 0.85)²²

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำไปวิเคราะห์โดยวิธีทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 25 ซึ่งจะนำไปวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง รายงานผลเป็นร้อยละ โดยข้อมูลที่แจกแจงแบบปกติรายงานเป็น ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation; S.D.) ส่วนข้อมูลที่แจกแจงแบบไม่ปกติ รายงานเป็น ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range; IQR) เปรียบเทียบคะแนนของกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ pair t-test หรือ Wilcoxon signed rank test และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มประชากรที่มีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างกันไปในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด โดยใช้ Pearson Chi-square หรือ Fisher's exact

test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส MURA2021/1042

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

จากการทบทวนข้อมูลจากฐานข้อมูลโครงการ Ramathibodi ADHD registry มีข้อมูลที่ได้รับการประเมินทั้งสิ้น 63 ราย เป็นของผู้ป่วยเพศชาย 46 ราย (ร้อยละ 73) มีอายุตั้งแต่ 3.9 - 17.7 ปี อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี ศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 73 มีพี่น้องร้อยละ 51.6 อาศัยอยู่กับบิดามารดาร้อยละ 67.7 บิดา มารดาอาศัยอยู่ด้วยกันร้อยละ 70.5 โดยส่วนใหญ่บิดา มารดาได้รับการศึกษาถึงระดับชั้นปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 55.4 และ 65.5 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยรวมครอบครัวต่อเดือน มากกว่า 50,000 บาท ร้อยละ 64.9 ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้นอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงร้อยละ 60.3 มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 46 ได้แก่ โรคในกลุ่ม neurodevelopmental disorder อื่นๆ โรควิตกกังวล โรคย้ำคิดย้ำทำ มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 31.7 โดย 14 ราย เป็นโรคภูมิแพ้ 2 ราย เป็นโรคพร่องเอนไซม์จีซีพีดี (G6PD deficiency) 1 ราย มีโรคอ้วน 1 ราย มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับ 1 ราย เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีภาวะโรคสงบ และ 1 ราย มีการสูญเสียการได้ยิน ไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว ร้อยละ 55.6 มีคนในครอบครัวมีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร้อยละ 14.3 ได้แก่ โรคความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคซึมเศร้า หรือโรคอารมณ์สองขั้ว 6 ราย โรคหอบหืดเรื้อรัง 1 ราย ไม่ทราบชนิดโรค 2 ราย โดยรวมผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับยาในกลุ่ม psychostimulant ร้อยละ 87.1 และมีความสม่ำเสมอในการรับประทานมากกว่า 80% ร้อยละ 42.7 ตารางที่ 1

ข้อมูลอาการสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นในทุกด้าน เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง โดยด้านนอนอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น มีคะแนนที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย		N	%
เพศ	ชาย	46	73.0
	หญิง	17	27.0
อายุ		อายุเฉลี่ย 10.2 ± 3.1 ปี	
		N	%
ระดับการศึกษา	อนุบาล	2	3.2
	ประถมศึกษาตอนต้น	25	39.7
	ประถมศึกษาตอนปลาย	21	33.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	11	17.4
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	6.4
มีพี่น้อง	ไม่มี	30	48.4
	มี	32	51.6
อาศัยอยู่กับ	บิดาและมารดา	42	67.7
	มารดา	14	22.6
	ปู่ย่าตายาย	6	9.7
ข้อมูลเกี่ยวกับโรคสมาธิสั้น			
ระดับความรุนแรงของสมาธิสั้น	น้อย	25	39.7
	ปานกลาง	30	47.6
	รุนแรง	8	12.7
โรคร่วมทางจิตเวช	ไม่มี	34	54.0
	1 โรค	25	39.7
	2 โรค	3	4.8
	3 โรค	1	1.6
โรคประจำตัวทางกาย	ไม่มี	43	68.3
	มี	20	31.7
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว	ไม่มี	35	55.6
	มี	28	44.4
ประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	ไม่มี	54	85.7
	มี	9	14.3

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ปกครอง (ต่อ)

ยารักษาอาการ	ไม่ได้รับยา	5	8.1
	Psychostimulant	54	87.1
	Psychostimulant + Risperidone	2	3.2
	Risperidone	1	1.6
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	ไม่สม่ำเสมออย่างยิ่ง (น้อยกว่า 40%)	19	31.1
	ไม่สม่ำเสมอ (40 - 60%)	7	11.5
	ปานกลาง (61 - 80%)	9	14.8
	สม่ำเสมอ (มากกว่า 80%)	12	19.7
	ไม่ขาดยาเลย	14	23.0
ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง		N	%
สถานภาพสมรส	สมรส/อยู่ด้วยกัน	43	70.5
	แยกกันอยู่	9	14.8
	หย่าร้าง	7	11.5
	หม้าย	2	3.3
ระดับการศึกษาของบิดา	มัธยมศึกษา	4	7.1
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	7	12.5
	ปริญญาตรี	31	55.4
	ปริญญาโท	14	25.0
ระดับการศึกษาของมารดา	ประถมศึกษา	1	1.7
	มัธยมศึกษา	2	3.4
	ปวช./ปวส./อนุปริญญา	9	15.5
	ปริญญาตรี	38	65.5
	ปริญญาโท	8	13.8
รายได้รวมครอบครัว	15,001 - 25,000 บาท	5	8.8
	25,001 - 50,000 บาท	15	26.3
	50,001 - 100,000 บาท	24	42.1
	มากกว่า 100,000 บาท	13	22.8

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยแต่ละด้านของ SNAP-IV WFIRS-P และ T-PSS-10 ก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ข้อมูลศึกษา	คะแนนเฉลี่ย (ก่อนการระบาดระลอกสอง)		คะแนนเฉลี่ย (การระบาดระลอกสอง ถึงระยะออกจากการระบาด)		P-value
	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	
SNAP-IV (3 ด้าน)					
Inattention	12.78 (5.16)	-	12.52 (5.93)	-	0.697
Hyperactivity/Impulsivity	11.22 (6.07)	-	9.97 (6.45)	-	0.026*
Oppositional defiant	9.75 (5.31)	-	9.17 (5.31)	-	0.228
WFIRS-P (6 ด้าน)					
ด้านครอบครัว	-	0.70 (0.80)	-	0.50 (0.60)	0.052
ด้านโรงเรียน	-	0.70 (0.70)	-	0.50 (0.70)	0.046*
ด้านทักษะการใช้ชีวิต	-	1.00 (0.70)	-	1.00 (0.70)	0.550
ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง**	-	0.67 (0.67)	-	0.33 (1.00)	0.080
ด้านทักษะการเข้าสังคม**	-	0.43 (0.71)	-	0.29 (0.71)	0.087
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง	-	0.20 (0.30)	-	0.20 (0.20)	0.401
T-PSS-10					
คะแนนรวม	18.60(6.05)	-	18.62(4.06)	-	0.986

*P-value <0.05

**missing data 2 คน

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด พบว่ากลุ่มประชากรที่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วม 1 โรคจะสัมพันธ์กับการมีอาการนอนไม่หลับ หงุดหงิดง่ายที่เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการมีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวจะสัมพันธ์กับอาการตื่นต่อด้านที่เพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 3**

ข้อมูลเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุข

คาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยเรื่องความบกพร่องทางหน้าที่ที่ดีขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านทักษะการใช้ชีวิต เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง โดยมีเพียงคะแนนด้านโรงเรียนที่มีคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 2**

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดพบว่า การมีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวและด้านพฤติกรรมเสี่ยงเมื่อเทียบกับการไม่มีประวัติสมาธิสั้นในครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากกว่าร้อยละ 80 สัมพันธ์กับเปลี่ยนแปลงความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัว

ตารางที่ 3 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน SNAP-IV ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ปัจจัย	SNAP-In							SNAP-Hy/Im							SNAP-OD									
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P			
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%				
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว								0.279								0.768								0.048*
ไม่มี	4	11.4	18	51.4	13	37.1		5	14.3	12	34.3	18	51.4		1	2.9	17	48.6	17	48.6				
มี	2	7.1	10	35.7	16	57.1		3	10.7	8	28.6	17	60.7		5	17.9	7	25	16	57.1				
โรคร่วมทางจิตเวช								0.949								0.016*								0.209
ไม่มี	4	11.8	14	41.2	16	47.1		1	2.9	12	35.3	21	61.8		1	2.9	13	38.2	20	58.8				
มี 1 โรค	2	8.0	11	44.0	12	48		4	16.0	8	32.0	13	52.0		5	20.0	8	32.0	12	48.0				
มี 2 โรค	0	0	2	66.7	1	33.3		2	66.7	0	0	1	33.3		0	0	2	66.7	1	33.3				
มี 3 โรค	0	0	1	100	0	0		1	100	0	0	0	0		0	0	1	100	0	0				
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา								0.059								0.358								0.139
≤80%	3	50.0	20	74.1	12	42.9		6	75.0	12	63.2	17	50.0		3	50.0	17	73.9	15	46.9				
>80%	3	50.0	7	25.9	16	57.1		2	25.0	7	36.8	17	50.0		3	50.0	6	26.1	17	53.1				

*P-value <0.05

หมายเหตุ

- ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้รวมของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ไม่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการสมาธิสั้น
- SNAP-In = SNAP-IV ด้าน Inattention, SNAP-Hy/Im = SNAP-IV ด้าน hyperactive/impulsivity, SNAP-OD = SNAP-IV ด้าน oppositional defiant

ในทางที่ดีขึ้น และสัมพันธ์กับการไม่เปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง เมื่อเทียบกับการกินยาไม่สม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน **ตารางที่ 4**

ข้อมูลเรื่องความเครียดผู้ปกครองของเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น

จากการศึกษาพบว่า ในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของผู้ปกครองเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง **ตารางที่ 2**

เมื่อนำปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษามาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนอาการใน 2 ช่วงเวลา พบว่าไม่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนน

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่า ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด อาการสมาธิสั้นดีขึ้นทุกด้านโดยเฉพาะด้านอาการนอนไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง ซึ่งตรงกันข้ามกับผลการศึกษาของต่างประเทศก่อนหน้านี้ ที่พบว่าในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการของโรคสมาธิสั้นจะแย่ลง¹⁶⁻¹⁹ และมีความยากลำบากในการเรียนออนไลน์²³ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมาตรการการเรียนออนไลน์การทำงานที่บ้าน (work from home) ของผู้ปกครอง ร่วมกับวัฒนธรรมการเลี้ยงดูของไทยที่ผู้ปกครองเข้ามาให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรของบุตรหลานมากกว่าในประเทศทางตะวันตก เป็นไปได้ว่าผู้ปกครองจำนวนมากของการศึกษานี้เข้ามาช่วยเหลือในระบบการเรียนออนไลน์ของบุตรหลาน ทั้งการจัดระเบียบการทำงาน การตรวจความพร้อมของอุปกรณ์การเรียน การให้คำปรึกษาหรือแนะนำแนวทางการเรียน และประชากรส่วนใหญ่ของการศึกษานี้มีอายุอยู่ในช่วงวัยเรียน จึงทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างจากบางการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่²³ นอกจากนั้นการกำกับดูแลโดยตรงของผู้ปกครองและการมีตารางการเรียนออนไลน์มาช่วยกำหนดกรอบกิจกรรมก็มีผลทำให้ภาพรวมของพฤติกรรมการเล่น การปีนป่าย การอยู่ไม่นิ่งลดลง

การศึกษานี้ยังได้ศึกษาความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด พบว่าความบกพร่องทางหน้าที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นทุกด้าน ยกเว้นด้านทักษะการใช้ชีวิต โดยความบกพร่องด้านโรงเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง อาจเป็นเพราะการเรียนในระบบออนไลน์ทำให้ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือในกิจกรรมการเรียนได้มากขึ้น มีเวลาทำงานที่ได้รับมอบหมายมากขึ้น²³ การมีสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกจำกัดอยู่ในห้องเรียนที่ช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเรียน²³ และการประเมินรายละเอียดของพฤติกรรมด้านโรงเรียน²¹ บางประเด็นที่อาจไม่สามารถประเมินได้ เช่น เรื่องถูกให้ยืมหรือให้ออกจากนอกห้องเรียน การมีปัญหาเวลาเล่นกับเพื่อน เป็นต้น จึงอาจทำให้ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าในการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้จะแย่ลง²⁴ ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านทักษะการใช้ชีวิตที่ไม่ดีขึ้นนั้น สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เด็กและวัยรุ่นใช้ชีวิตประจำวันโดยทำกิจกรรมนอกบ้านและออกกำลังกายลดลง แต่กลับใช้เวลากับการดูโทรทัศน์ เล่นเกม และใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น²⁵ อันอาจเป็นเพราะข้อจำกัดของมาตรการต่างๆ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การปรับตัวของเด็กในสถานการณ์วิกฤตนั้นได้รับอิทธิพลมาจากผู้ปกครอง โดยมีการศึกษาก่อนหน้าพบว่า ผู้ปกครองที่กังวลและปกป้องลูกมากเกินไป รวมถึงมีทัศนคติที่ขอบหลักเสี่ยงปัญหาเด็กจะมีการปรับตัวอย่างไม่เหมาะสม แต่หากผู้ปกครองสามารถยอมรับ ติดตาม คิดบวก และมีทัศนคติที่ดีในการแก้ไขปัญหาเมื่อต้องเผชิญสถานการณ์ยากลำบาก จะส่งเสริมให้เด็กมี resilience และผ่านพ้นวิกฤตเหล่านั้นไปได้²⁶ ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรได้รับการประเมินและติดตามภาวะเครียดในระหว่างการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผลของการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความเครียดของผู้ปกครองในระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง หากพิจารณาตามการเปลี่ยนแปลงของความเครียดของผู้ปกครองเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความเครียดน้อยลง กลุ่มที่มีความเครียดมากขึ้น และ

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน WFIRS-P ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสอง และระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด

ปัจจัย	ด้านครอบครัว								ด้านโรงเรียน								ด้านทักษะการใช้ชีวิต							
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ง		ดีขึ้น		P			
	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%		N	%	N	%	N	%				
ประวัติสมาชิกในครอบครัว	0.010*								0.926								0.653							
ไม่มี	6	17.1	16	45.7	13	37.1		3	8.6	12	34.3	20	57.1		3	8.6	18	51.4	14	40.0				
มี	1	3.6	6	21.4	21	75.0		2	7.1	11	39.3	15	53.6		3	10.7	11	39.3	14	50.0				
โรคร่วมทางจิตเวช	0.410								0.949								0.462							
ไม่มี	3	8.8	14	41.2	17	50.0		3	8.8	12	35.3	19	55.9		2	5.9	14	41.2	18	52.9				
มี 1 โรค	3	12.0	7	28.0	15	60.0		2	8.0	9	36.0	14	56.0		4	16.0	13	52.0	8	32.0				
มี 2 โรค	0	0	1	33.0	2	66.7		0	0	1	33.3	2	66.7		0	0	1	33.3	2	66.7				
มี 3 โรค	1	100	0	0	0	0		0	0	1	100	0	0		0	0	1	100	0	0				
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	0.037*								0.498								0.367							
≤80%	2	5.7	17	48.6	16	45.7		2	5.7	12	34.3	21	60.0		2	5.7	18	51.4	15	42.9				
>80%	5	19.2	5	19.2	16	61.5		3	11.5	11	42.3	12	46.2		4	15.4	10	38.5	12	46.2				

*P-value <0.05

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความแตกต่างของคะแนน WFIRS-P ในช่วงก่อนการระบาดระลอกสองและระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด (ต่อ)

ปัจจัย	ด้านมุมมองที่มีต่อตนเอง						ด้านทักษะการเข้าสังคม						ด้านพฤติกรรมเสี่ยง					
	ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น		ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น		ไม่เปลี่ยนแปลง		แย่ลง		ดีขึ้น	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ประวัติสมาธิสั้นในครอบครัว																		
ไม่มี	10	30.3	9	27.3	14	42.4	8	23.5	11	32.4	15	44.1	9	25.7	15	42.9	11	31.4
มี	13	46.4	5	17.9	10	35.7	4	14.8	6	22.2	17	63.0	6	21.4	5	17.9	17	60.7
โรคร่วมทางจิตเวช																		
ไม่มี	14	42.4	7	21.2	12	36.4	5	15.2	11	33.3	17	51.5	7	20.6	12	35.3	15	44.1
มี 1 โรค	8	33.3	4	16.7	12	50.0	7	29.2	4	16.7	13	54.2	8	32.0	5	20.0	12	48.0
มี 2 โรค	1	33.3	2	66.7	0	0	0	0	1	33.3	2	66.7	0	0	2	66.7	1	33.3
มี 3 โรค	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0	1	100	0	0
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา																		
≤80%	8	23.5	12	35.3	14	41.2	7	20.0	11	31.4	17	48.6	8	22.9	15	42.9	12	34.3
>80%	14	56.0	2	8.0	9	36.0	5	20.0	6	24.0	14	56.0	7	26.9	4	15.4	15	57.7

*P-value <0.05

หมายเหตุ ปัจจัยเรื่องระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้รวมของครอบครัว ระดับความรุนแรงของโรคสมาธิสั้น โรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัวไม่พบความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น

กลุ่มที่มีความเครียดคงที่ พบว่าจำนวนผู้ปกครองที่มีความเครียดไม่เปลี่ยนแปลง หรือความเครียดน้อยลงคิดเป็นร้อยละ 55.5 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะมีความเครียดเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปกครองในการศึกษาค้างนี้ เป็นกลุ่มที่ได้มีการปรับตัวมาแล้วในการระบาดระลอกแรก และมีสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้รวมของครอบครัวอยู่ในเกณฑ์ดีเป็นส่วนใหญ่

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้งในส่วนของการสมารถสัน ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมารถสัน และความเครียดของผู้ปกครอง ในช่วงระหว่างการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด เทียบกับก่อนการระบาดระลอกสอง พบว่าปัจจัยในเรื่องการมีประวัติโรคสมารถสันในครอบครัว การมีโรคร่วม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีผลกับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนดังกล่าว

โดยปัจจัยเรื่องความสม่ำเสมอในการรับประทานยา พบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่กล่าวถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาโรคที่ดีขึ้น²⁷ ทำให้เด็กสามารถรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองในครอบครัวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังพบว่าการมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา มีความสัมพันธ์กับการไม่เปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านมุมมองที่มีต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา อาจเนื่องมาจากการรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการของเด็กดีขึ้น ปัญหาต่างๆ น้อยลง และการเรียนออนไลน์ที่บ้านอาจช่วยลดการถูกล้อเรื่องการกินยาซึ่งจะลดผลกระทบที่มีต่อมุมมองที่ไม่ดีต่อตนเองได้

ส่วนปัจจัยเรื่องการมีโรคร่วม พบว่ามีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของอาการสมารถสัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่โดยการไม่มีโรคร่วมหรือการมีโรคร่วมเพียง 1 โรค มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองในรูปแบบที่ดีขึ้นของอาการอยู่ไม่นิ่งหรือหุนหันพลันแล่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค ซึ่งในการศึกษาค้างนี้ประชากรส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วม

เพียง 1 โรค (ร้อยละ 93.7) และในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรักษาส่วนใหญ่ในการศึกษานี้เป็นการใช้ยาการรักษาเพียงอย่างเดียว จึงทำให้กลุ่มที่ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมเพียง 1 โรคได้ผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่มที่มีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ในผู้ป่วยสมารถสันที่มีโรคร่วมหลายโรคจะตอบสนองต่อการรักษาแบบผสมผสาน (combined treatments) มากกว่าการใช้ยาการรักษาอย่างเดียว²⁹ อย่างไรก็ตามนอกจากจำนวนของโรคร่วมแล้ว ชนิดของโรคร่วมก็มีความสัมพันธ์ต่อการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเช่นกัน³⁰⁻³²

และปัจจัยสุดท้าย คือการมีประวัติโรคสมารถสันในครอบครัว พบมีความสัมพันธ์กับการตอบสนองของการต่อต้านและการเปลี่ยนแปลงของความบกพร่องทางหน้าที่ด้านครอบครัวและด้านพฤติกรรมเสี่ยงในทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับการไม่มีประวัติสมารถสันในครอบครัว ถึงแม้จะมีการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ปกครองที่เป็นสมารถสันอาจมีลักษณะการเลี้ยงดูบุตรในเชิงลบ (negative parenting) และส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมเด็ก อีกทั้งอาการสมารถสันของผู้ปกครองอาจส่งผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก อันเป็นเหตุให้ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาสมารถสันในเด็ก³³ แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่าอาการของผู้ปกครองสมารถสันไม่ได้มีผลกระทบต่อการรักษาเด็กสมารถสันแต่อย่างใด³⁴ ทั้งนี้อาจเกิดจากการที่ผู้ปกครองหรือสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคสมารถสันที่ไม่รุนแรงมากและได้รับการรักษาอย่างเพียงพอ รวมทั้งผู้ปกครองมีความคุ้นเคยกับโรคสมารถสันมาแล้ว ทำให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจในอาการของโรค และสามารถรับมือกับปัญหาพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมารถสันในบุตรหลานได้ดีขึ้น ทำให้ความขัดแย้งในครอบครัวลดลง ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้น และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นตามมาได้

การศึกษานี้ยังได้นำปัจจัยเรื่องความรุนแรงของโรคมาศึกษาหาความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนทั้งในส่วนของการสมารถสัน ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมารถสัน และความเครียดของผู้ปกครอง แต่ไม่พบว่ามีผลสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของคะแนนใน 2 ช่วงเวลาที่ทำการศึกษา แตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ในต่างประเทศที่พบว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมากจะสัมพันธ์กับความสามารถในการอ่านและคณิตศาสตร์ที่ลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคน้อย³⁵ อาจเป็นไปได้ว่าประชากรในการศึกษาค้างนี้

ส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 87.3) จึงทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงของอาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ และความเครียดของผู้ปกครอง ระหว่าง 2 ช่วงเวลาของการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบของการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดต่อเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น โดยครอบคลุมเรื่องอาการสมาธิสั้น ความบกพร่องทางหน้าที่ของผู้ป่วย และยังคงครอบคลุมไปถึงความเครียดของผู้ปกครอง นอกจากนี้การศึกษายังแสดงถึงปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่ออาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น ตลอดจนความเครียดของผู้ปกครอง

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ จำนวนประชากรน้อย เนื่องจากระยะเวลาของการระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาดมีจำกัด และมาตรการป้องกันการระบาดที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้นอกจากนั้นอาจมีปัจจัยกวนอื่นๆ (confounding factor) ที่กระทบต่อผลการศึกษา เช่น ชนิดของโรคร่วม รูปแบบการเลี้ยงดูที่ไม่ได้นำมาศึกษา และยังเป็นผลของการเลือกใช้ WFIRS ซึ่งมีข้อคำถามบางข้อที่อาจประเมินความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียนในสถานการณ์ที่เด็กเรียนออนไลน์ได้ไม่ดีเท่าที่ควร นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นเพียงการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นสาเหตุโดยตรงต่ออาการ ความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นและความเครียดของผู้ปกครองได้ ดังนั้นงานวิจัยในสถานการณ์วิกฤตที่อาจเกิดขึ้นอีกในอนาคต จึงควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น และศึกษาปัจจัยกวนอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อหาอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่ออาการและความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นในสถานการณ์ที่ไม่ปกติ

สรุป

การระบาดระลอกสองของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จนถึงช่วงที่กระทรวงสาธารณสุขคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่ระยะออกจากการระบาด มีผลกระทบในเชิงบวกต่ออาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่นในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่มารักษาที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริบัติ และมีผลในเชิงบวก

ต่อการเปลี่ยนแปลงความบกพร่องทางหน้าที่ด้านโรงเรียนแต่ไม่พบผลกระทบต่อความเครียดของผู้ปกครอง โดยปัจจัยเรื่องความสม่ำเสมอในการกักตุนการมีโรคร่วมการมีโรคสมาธิสั้นในครอบครัวมีแนวโน้มมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการ และความบกพร่องทางหน้าที่ในเด็กและวัยรุ่นที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.พญ.นิดา ลิ้มสุวรรณ และคณะจัดทำโครงการ Ramathibodi ADHD registry ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าถึงข้อมูล รศ.พญ.สุวรรณี พุทธิศรี ที่ให้การสนับสนุนอย่างเต็มประสิทธิภาพ คณาจารย์ นักปฏิบัติการวิจัย และเจ้าหน้าที่ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับการให้คำปรึกษาด้านวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จนการวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณงานวิจัยทั้งที่ผู้วิจัยได้อ้างอิงถึง ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ไม่ได้กล่าวถึงที่มีส่วนสำคัญในการทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. Lewis's child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics* 2015;135: e994-1001.
3. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013;21:66-75.
4. DSM-5 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Çetin FH, Uçar HN, Türkoğlu S, Kahraman EM, Kuz M, Güleç A. Chronotypes and trauma reactions in children with ADHD in home confinement of COVID-19: full mediation effect of sleep problems. *Chronobiol Int* 2020;37:1214-22.
6. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 situation report [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 30]. Available from: <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
7. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.1). *Government Gazette Vol. 137, special section 69 d*, dated 2020 Mar 25.
8. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.37). *Government Gazette Vol. 138, special section 262 d*, dated 2021 Oct 30.

9. Strategy and planning division of Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Endemic Approach to COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Sep 30]. Available from: <https://www.pyomoph.go.th/backoffice/files/42090.pdf>
10. Office of the Council of State. Notification Re: Cancellation of the Declaration of an Emergency Situation in all areas of the Kingdom of Thailand. Government Gazette Vol. 139, special section 232 d, dated 2022 Sep 29.
11. Office of the Council of State. Regulation issued under section 9 of the Emergency Decree on Public Administration in Emergency Situation B.E. 2548 (2005) (No.5). Government Gazette Vol. 137, special section 102 d, dated 2020 May 1.
12. Panchal U, Salazar de Pablo G, Franco M, Moreno C, Parellada M, Arango C, et al. The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. *Eur child Adolesc Psychiatry* 2021;1:27.
13. Imran N, Aamer I, Sharif MI, Bodla ZH, Naveed S. Psychological burden of quarantine in children and adolescents: a rapid systematic review and proposed solutions. *Pak J Med Sci* 2020; 36:1106.
14. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, et al. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35:806-14.
15. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10:1-9.
16. Shah R, Raju VV, Sharma A, Grover S. Impact of COVID-19 and lockdown on children with ADHD and their families—an online survey and a continuity care model. *J Neurosci Rural Pract* 2021; 12:071-9.
17. Melegari MG, Giallardo M, Sacco R, Marcucci L, Orecchio S, Bruni O. Identifying the impact of the confinement of COVID-19 on emotional-mood and behavioural dimensions in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Res* 2021; 296: 113692.
18. Behrmann JT, Blaabjerg J, Jordansen J, Jensen de López KM. Systematic review: investigating the impact of COVID-19 on mental health outcomes of individuals with ADHD. *J Atten Disord* 2022;26:959-75.
19. Zhang J, Shuai L, Yu H, Wang Z, Qiu M, Lu L, et al. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during the COVID-19 outbreak. *Asian J Psychiatr* 2020; 51:102077.
20. Pityaratstian N, Booranasuksakul T, Juengsiragulwit D, Benyakorn S. ADHD screening properties of the Thai version of Swanson, Nolan, and Pelham IV scale (SNAP-IV) and strengths and difficulties questionnaire (SDQ). *J Psychiatr Assoc Thailand* 2014; 59:97-110.
21. Punyapas S, Pornnoppadol C, Boon-yasidhi V, Likhitkiatikhachorn P. Reliability and validity of Weiss Functional Impairment Rating Scale (WFIRS)-Thai version in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015 ;60:111-26.
22. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: an investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Med* 2010; 4:1-6.
23. Sibley MH, Ortiz M, Gaias LM, Reyes R, Joshi M, Alexander D, et al. Top problems of adolescents and young adults with ADHD during the COVID-19 pandemic. *J Psychiatr Res* 2021; 136: 190-7.
24. Masi A, Mendoza Diaz A, Tully L, Azim SI, Woolfenden S, Efron D, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the well-being of children with neurodevelopmental disabilities and their parents. *J Paediatr Child Health* 2021; 57:631-6.
25. Sciberras E, Patel P, Stokes MA, Coghill D, Middeldorp CM, Bellgrove MA, et al. Physical health, media use, and mental health in children and adolescents with ADHD during the COVID-19 pandemic in Australia. *J Atten Disord* 2022; 26:549-62.
26. Romero E, López-Romero L, Domínguez-Álvarez B, Villar P, Gómez-Fraguela JA. Testing the effects of COVID-19 confinement in Spanish children: the role of parents' distress, emotional problems and specific parenting. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17:6975.
27. Roy A, Hechtman L, Arnold LE, Sibley MH, Molina BS, Swanson JM, et al. Childhood factors affecting persistence and desistence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in adulthood: results from the MTA. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2016; 55:937-44.
28. Charach A, Ickowicz A, Schachar R. Stimulant treatment over five years: adherence, effectiveness, and adverse effects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:559-67.
29. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:147-58.
30. Ter-Stepanian M, Grizenko N, Zappitelli M, Joobar R. Clinical response to methylphenidate in children diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder and comorbid psychiatric disorders. *Can J Psychiatry* 2010; 55:305-12.
31. Buitelaar JK, Van der Gaag RJ, Swaab-Barneveld H, Kuiper M. Prediction of clinical response to methylphenidate in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1995; 34(8):1025-32.
32. Blouin B, Maddeaux C, Stanley Firestone J, van Stralen J. Predicting response of ADHD symptoms to methylphenidate treatment based on comorbid anxiety. *J Atten Disord* 2010; 13:414-9.
33. Chronis-Tuscano A, Wang CH, Woods KE, Strickland J, Stein MA. Parent ADHD and evidence-based treatment for their children: review and directions for future research. *J Abnorm Child Psychol* 2017; 45:501-17.
34. Sibley MH, Ross JM, Gnagy EM, Dixon LJ, Conn B, Pelham WE. An intensive summer treatment program for ADHD reduces parent-adolescent conflict. *J Psychopathol Behav Assess* 2013; 35:10-9.
35. Jayanti O, Heide J. Attention-deficit/hyperactivity disorder severity, diagnosis, & later academic achievement in a national sample. *Soc Sci Res* 2017; 61:251-6.

รูปแบบและปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

กษมา เทพรัักษ์*, จารุพงษ์ น้อยคำแย้**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพิจิตร

**กลุ่มงานศัลยศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษารูปแบบและปัญหาการนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบสังเกตและเก็บข้อมูลไปข้างหน้าในกลุ่มเด็กสมาธิสั้นอายุ 4 - 10 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพิจิตร ด้วยการเก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ก่อนการระบาดของเชื้อโควิด19 ระลอกสองที่จังหวัดสมุทรสาคร (1 ตุลาคม - 17 ธันวาคม 2563) ครั้งที่ 2 ช่วงระหว่างการระบาดช่วงเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถามซึ่งผู้ปกครองเป็นผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป รูปแบบการนอนหลับ และแบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็กฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Pearson Chi-square test, Paired test, Causation analysis, Diagnostic analysis และ Cluster analysis

ผลการศึกษา เด็กสมาธิสั้นเข้าร่วมวิจัยจำนวน 80 ราย พบว่าในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 จำนวนของเด็กนอนดึกมากขึ้นกว่าเดิมประมาณ 1 - 1.5 เท่า และตื่นเช้าขึ้นประมาณ 30 นาที ถึง 1 ชั่วโมง เมื่อทำการจัดกลุ่มข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติพบว่า เด็กซึ่งเคยตื่นนอนเวลา 6.14 น. เปลี่ยนมาตื่นเวลา 8.21 น. ซึ่งเพิ่มขึ้นกว่า 6 เท่า ทั้งยังมีจำนวนชั่วโมงการนอนหลับลดลงเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการระบาด นอกจากนี้แบบสอบถามปัญหาการนอนหลับยังแสดงให้เห็นว่า เด็กสมาธิสั้นมีปัญหาภาวะหายใจผิดปกติจากการนอนหลับ (Sleep disorder breathing) เพิ่มขึ้นในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อีกด้วย

สรุป เด็กสมาธิสั้นในช่วงวัยเรียนมีรูปแบบและปัญหาการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

คำสำคัญ เด็กสมาธิสั้น การนอนหลับ สถานการณ์การระบาดโควิด 19

Changes of Sleep Patterns and Problems in ADHD Children During COVID-19 Pandemic

Kasama Teparak*, Jarruphong Noitumyae**

*Psychiatric Department, Phichit hospital

**Department of Surgery, Queen Sirikit National Institute of Child Health

ABSTRACT

Objective: To study the changes in sleep patterns and problems in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) children during the COVID-19 pandemic.

Methods: An observational prospective cohort study was conducted on ADHD children, aged between 4 and 10 at Phichit Hospital. Data were collected before the second COVID-19 outbreak and during the outbreak. Participants' parents or guardians gave information on demographic data, sleep patterns and also completed the Child's Sleep Habits Questionnaire (Thai version). The Pearson Chi-square test, Pair t test, causation analysis, diagnostic analysis, and cluster analysis were used to analyze these data.

Results: There were 80 ADHD children enrolled in this study. Their parents and guardians reported clear and significant delays in sleep and wake time during the outbreak, namely that bedtime was 1 - 1.5 times later than usual and wake time was delayed at least 30 - 60 minutes. In regard to a cluster analysis, the wake time was delayed six times more than usual, from 6.14 a.m. to 8.21 a.m., and the sleep duration also decreased. The increase in sleep-related breathing disorders was significant.

Conclusion: The sleep patterns and problems changed drastically in ADHD children during the COVID-19 pandemic.

Keywords: attention deficit hyperactivity disorder, children, sleep, Covid-19 pandemic

Corresponding author: Kasama Teparak

E-mail: Katsuning@gmail.com

Received 30 September 2022 Revised 9 April 2023 Accepted 14 April 2023

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ทั่วโลก (Coronavirus disease 2019: Covid-19) ทำให้หลายประเทศมีการประกาศนโยบายการปิดประเทศหรือปิดเมืองเป็นเวลานาน เพื่อป้องกันการระบาดของเชื้อไวรัส ซึ่งส่งผลต่อประชาชนทั่วโลก ในด้านการเปลี่ยนแปลงทั้งสุขภาพร่างกายและทางจิตใจเป็นอย่างมาก เพราะมีการจำกัดกิจกรรมในการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตในแง่มุมต่างๆ^{1,2} เด็กและวัยรุ่นก็พบปัญหาเรื่องอารมณ์เศร้า ความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด19³⁻⁵ เด็กก่อนวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มมีความคิดสร้างสรรค์ เริ่มสร้างเป้าหมายและความมุ่งมั่นที่เหมาะสม (initiative) จากการดูแลของผู้ปกครองวัยประถมต้น เด็กเริ่มมีความสนใจในการเรียนรู้และฝึกทักษะด้านต่างๆ หากได้รับการสนับสนุนที่เหมาะสมจากผู้ปกครองหรือครู เด็กจะมีพัฒนาการวิริยะอุตสาหะ (industry) รู้สึกว่ามีความสามารถ ความภูมิใจในตนเองมากขึ้น⁶ เด็กอายุประมาณ 4 - 10 ปี จึงเป็นวัยที่ต้องการเอาใจใส่จากผู้ปกครอง ต้องมีการปลูกฝังเรื่องระเบียบวินัย เด็กเริ่มมีการดูแลตนเองตามวัย ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร กิจวัตรประจำวัน และการนอนหลับด้วย สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 นอกจากเด็กจะมีความเครียดทางจิตใจจากการระบาดของโรค³⁻⁵ ผู้ปกครองเองก็มีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจากปัญหาของเด็กที่เพิ่มขึ้นช่วงการระบาดของโควิด19 ด้วย^{5,7-8} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ อาจส่งผลต่อปัญหาการนอนหลับในเด็กซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในช่วงวัยได้ การนอนหลับที่ไม่ดีของเด็กเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง ปัญหาพฤติกรรม ปัญหาสมาธิและความจำ⁹ การนอนมีผลจากหลายปัจจัย ทั้งด้านพฤติกรรมของเด็ก เช่น เวลาการใช้หน้าจอ เวลาการเข้านอน กิจวัตรประจำวัน หรือปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น เสียงดัง แสงสว่างของห้องนอน และปัจจัยจากผู้ปกครอง เช่น ความสัมพันธ์ของผู้ปกครองและเด็ก ความเครียดของผู้ปกครอง¹⁰ งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าการเปลี่ยนแปลงเรื่องการนอนหลับของเด็กนั้นมีผลมาจากความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้าจากการระบาดหรือการติดเชื้อโควิด 19^{3-5,11-12} และมีการใช้เวลากับหน้าจอมีเดียหรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้นด้วย¹²

นโยบายของประเทศไทยมีบางช่วงเวลาของการระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศที่มีการปิดประเทศหรือปิดเมือง ทำให้มีการจำกัดการทำกิจกรรมนอกบ้านบางอย่าง จำกัดเวลาการอยู่นอกบ้าน การปิดของโรงเรียน การปรับเปลี่ยนการเรียนการสอนเป็น

เรียนออนไลน์หรือนำใบงานกลับไปทำที่บ้าน ทำให้เด็กมีการใช้เวลาหน้าจอกับมีเดียหรือการใช้โปรแกรมต่างๆ เพื่อการเรียนออนไลน์มากขึ้น เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นซึ่งจะมีความใจร้อน การอดทนรอคอยต่ำ ไม่ชอบทำตามกฎเกณฑ์ที่ถูกออกคำสั่งหรือบังคับ เมื่ออยู่ในช่วงที่มีสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ที่ทำให้ไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ไม่สามารถออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านได้ตามปกติ และการเรียนการสอนออนไลน์ที่ทำให้เด็กจำเป็นต้องใช้เวลาหน้าจอโทรศัพท์ แท็บเล็ตหรือคอมพิวเตอร์มากขึ้นหรือเกือบทั้งวัน จะมีปัญหาเรื่องการนอนหลับที่เปลี่ยนไปจากสภาวะปกติได้มาก^{4,12-14} งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าในประเทศที่มีนโยบายการปิดประเทศ เด็กมีรูปแบบและปัญหาการนอนหลับที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก^{3-5,12} และพบในเด็กสมาธิสั้นวัยอนุบาลและวัยเรียน¹³⁻¹⁴ ด้วย

งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบและปัญหาการนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นก่อนวัยเรียนและวัยเรียนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการสังเกตแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า (observational prospective cohort study) เพื่อหารูปแบบและปัญหาการนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยงานวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพิจิตร รหัสเอกสารอ้างอิง 0173

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณค่า n โดยใช้สูตรคำนวณ Infinite proportion formula ของ Wayne⁹

$n =$ ขนาดของประชากรเป้าหมาย

$p =$ สัดส่วนของปัญหาการนอนในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น^{10,11} = 0.70

$d =$ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่า = 0.105

$z = 1.96$ เมื่อกำหนดที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จะได้จำนวนประชากรที่ต้องการ 74 ราย และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันข้อมูลไม่ครบ จึงเก็บข้อมูลประชากรทั้งสิ้น 80 ราย

เกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลพิจิตร เกณฑ์คัดเข้า คือ

1. เด็กอายุระหว่าง 4 - 10 ปี
2. เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น
3. ผู้ปกครองของเด็กมีความสามารถในการอ่านเขียนภาษาไทยได้
4. ผู้ปกครองของเด็กสามารถให้ข้อมูลได้ ทั้งช่วงก่อนและช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ตามระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เกณฑ์คัดออก คือ

1. ผู้ปกครองมีโรคทางกายหรือโรคทางจิตเวชที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบคำถามการวิจัย
2. ผู้ปกครองไม่ยินยอมในการเก็บข้อมูลวิจัยต่อเนื่อง 2 ครั้ง โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดการวิจัยเพื่อขออนุญาตจากผู้ปกครองเด็กในการตอบแบบสอบถามเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว

ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล

มีการเก็บข้อมูลวิจัย 2 ครั้ง ในผู้ป่วยรายเดียวกัน คือ

1. ช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม - 17 ธันวาคม พ.ศ. 2563 ในเด็กจำนวน 80 ราย ซึ่งเป็นช่วงเวลาก่อนการระบาดของเชื้อโควิด 19 ระลอกสองที่จังหวัดสมุทรสาคร โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป รูปแบบและปัญหาการนอนหลับของเด็ก
2. ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม พ.ศ. 2565 ในเด็กรายเดียวกันที่มารับการตรวจติดตามอาการตามนัด ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มียโยบายการปิดประเทศหรือปิดเมือง และโรงเรียนปิดการเรียนการสอน โดยเก็บข้อมูลรูปแบบและปัญหาการนอนหลับ

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

ซึ่งในเด็กสมาธิสั้นแต่ละรายจะมีช่วงห่างของระยะเวลาการเก็บข้อมูล 2 ครั้งที่แตกต่างกัน เนื่องจากปัญหาสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

แบบสอบถามที่ผู้ปกครองเป็นผู้ประเมิน ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ข้อมูลเพศ อายุ ประวัติโรคทางจิตเวชและโรคนอนไม่หลับในครอบครัว ประวัติของผู้ดูแลหลักของเด็ก (อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก) สถานะสมรสของพ่อแม่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของเด็ก ประวัติของรูปแบบการนอนหลับแบ่งเป็น เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอนและจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวัน รวมจำนวน 12 ข้อ โดยเก็บข้อมูลทั่วไปเฉพาะก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 (การเก็บข้อมูลครั้งที่ 1)
2. แบบสอบถามปัญหาการนอนของเด็กฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) พัฒนาโดย ผศ.นพ.ณัฏฐพร พิชัยรัตน์เสถียร แบบสอบถามนี้มีจำนวน 48 ข้อ มีข้อคำถามที่มีคะแนนทั้งหมด 33 ข้อ แบ่งเป็น 8 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมก่อนเข้านอน (bedtime resistance) 6 - 18 คะแนน, ด้านเวลาที่เริ่มนอน (sleep onset delay) 1 - 3 คะแนน, ด้านระยะเวลาการนอน (sleep duration) 3 - 9 คะแนน, ด้านความกังวลในการเข้านอน (sleep anxiety) 4 - 12 คะแนน, ด้านการตื่นระหว่างหลับ (night waking) 3 - 9 คะแนน, ด้านปัญหาพฤติกรรมนอน ในช่วงระหว่างนอน (parasomnias) 7 - 21 คะแนน, ด้านปัญหาการนอนที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ (sleep disordered breathing) 3 - 9 คะแนน และด้านการตื่นในตอนเช้าและความง่วงระหว่างวัน (daytime sleepiness) 8 - 24 คะแนน โดยให้คะแนนตามความถี่ของพฤติกรรม ดังนี้ 3 คะแนน คือ บ่อยครั้ง (5 - 7 ครั้งต่อสัปดาห์) 2 คะแนน คือ บางครั้ง (2 - 4 ครั้งต่อสัปดาห์) 1 คะแนน คือ น้อยครั้ง (0 - 1 ครั้งต่อสัปดาห์) รวม 33 - 99 คะแนน คะแนนรวมมากกว่า 41 คะแนน ถือว่ามีปัญหาการนอน แบบสอบถามฉบับนี้มีค่าความเชื่อมั่นรวม เท่ากับ 0.83 และรายด้านอยู่ระหว่าง 0.392 - 0.7¹² แบบสอบถามนี้ใช้เก็บข้อมูลทั้งก่อนและช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 (เก็บข้อมูลทั้งครั้งที่ 1 และ 2)

3. การทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเด็ก เก็บข้อมูลเรื่องโรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วม (comorbidity) และชนิดของยาประจำที่เด็กสมาธิสั้นรับประทานซึ่งสั่งจ่ายจากจิตแพทย์ผู้ดูแล จากระบบโปรแกรมเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลพิจิตร

3. การทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยเด็ก เก็บข้อมูลเรื่องโรคทางจิตเวชอื่นที่พบร่วม (comorbidity) และชนิดของยาประจำที่เด็กสมาธิสั้นรับประทานซึ่งสั่งจ่ายจากจิตแพทย์ผู้ดูแล จากระบบโปรแกรมเวชระเบียนคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลพิจิตร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

รวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม IBM SPSS statistical software package version 25 (IBM corporation, New York)

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบาย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มประชากรในการกระจายแบบปกติ (normal distribution)

2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ทั้งหมด ใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value น้อยกว่า 0.05 ได้แก่

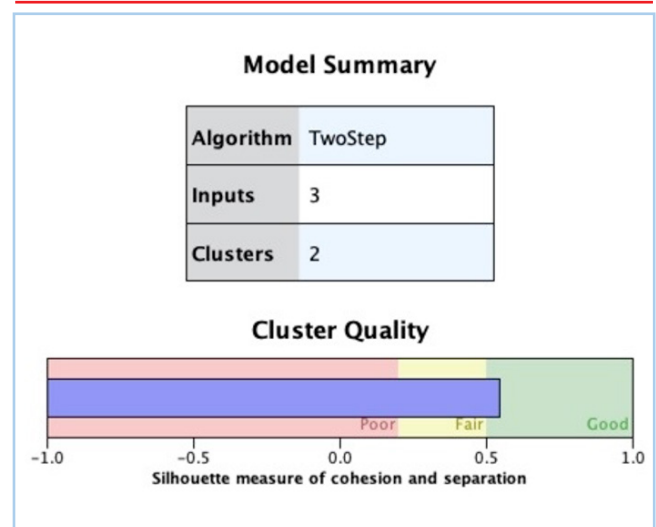
1. Pearson Chi-square test เปรียบเทียบข้อมูลของ ปัญหาการนอนหลับที่ได้จากคะแนนของแบบสอบถามก่อนและ ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ในเด็กแต่ละราย

2. Pair t-test เปรียบเทียบรูปแบบการนอนหลับ ของเด็ก ได้แก่ เวลาการเข้านอน จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ เวลา การตื่นนอนของเด็กสมาธิสั้น ก่อนและช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19

3. Causation analysis เปรียบเทียบปัจจัยต่างๆ ที่ เกี่ยวข้องของการนอนหลับในเด็กก่อนและช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19 ด้วย Relative risk และ 95% Confidence interval

4. Diagnostic analysis เปรียบเทียบปัญหาการนอน ของเด็ก ฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) กับระยะเวลาการเข้านอน การตื่นนอนและระยะเวลาการนอนโดยใช้ความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) และพื้นที่ใต้กราฟ (Area under curve)

5. Cluster analysis โดยวิธี Two step cluster analysis เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการนอนหลับว่าเด็กสมาธิสั้นมีเวลา การตื่นนอนที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างไรในช่วงการระบาดของ โรคโควิด 19 โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลรูปแบบการนอนหลับของเด็ก ทั้ง 80 คน ซึ่งเก็บเป็นก่อนและช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 นำข้อมูลทั้งสองมารวมกันเป็นข้อมูลอนุมานของรูปแบบ การนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นทั้งหมด 160 ตัวอย่าง แล้วทำการ จัดกลุ่ม 160 ตัวอย่างดังกล่าว จากรูปแบบการนอนหลับทั้ง 3 หัวข้อ คือเวลาการเข้านอนจำนวนชั่วโมงการนอนต่อวันและเวลา การตื่นนอน ผู้วิจัยใช้การจัดกลุ่มโดย cluster analysis ด้วย two step cluster analysis ใช้ Schwarz's Baysia Criterion (BIC) จะสามารถจัดกลุ่ม 160 ตัวอย่าง ออกมาเป็น 2 กลุ่ม ซึ่งเป็นจัดกลุ่ม ที่มีคุณภาพดีตาม Silhouette measure of cohesion and separation ดังแสดงในรูปที่ 1 เพื่อจัดจำนวนกลุ่มความเหมือนและ ความต่างในแต่ละกลุ่ม



รูปที่ 1 แสดงคุณภาพการจัดกลุ่มรูปแบบการนอนหลับของ เด็กสมาธิสั้นโดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ที่ p-value น้อยกว่า 0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมด 80 ราย มีอายุเฉลี่ย 7.96 ± 0.68 ปี เป็นเพศชาย 62 ราย (ร้อยละ 77.5) และ 18 ราย (ร้อยละ 22.5) เป็นเพศหญิง โดยมีสัดส่วนชายต่อหญิงเป็น 3.44:1 โรคจิตเวชที่พบรวมมากที่สุดคือ โรคบกพร่องการเรียนรู้ (learning disorder) ร้อยละ 22.8 โดยยาที่เด็กได้รับในการรักษามากที่สุดคือ ยากลุ่ม psychostimulant drug (ร้อยละ 90) พ่อและแม่ของเด็กมี สถานภาพสมรสเท่ากับหย่าร้าง (ร้อยละ 50) ผู้ปกครองที่ดูแลหลัก เป็นพ่อและแม่ (ร้อยละ 35) และปู่ย่าตายายเท่าๆ กัน (ร้อยละ 35) จำนวนสมาชิกในบ้านเฉลี่ย 4 ± 0.45 คน เรื่องการนอนส่วนมาก เด็กนอนกับพ่อและแม่ (ร้อยละ 57.5) ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบการนอนของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วง การระบาดของโรคโควิด 19

ผู้วิจัยแบ่งรูปแบบการนอนของเด็กเป็น 3 หัวข้อหลัก ได้แก่ เวลาการเข้านอน เวลาการตื่นนอน และจำนวนชั่วโมง การนอนต่อวัน จากการวิเคราะห์โดยใช้ Pearson Chi's square test เมื่อเปรียบเทียบรูปแบบการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้น ก่อนการระบาดกับช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่ารูปแบบ การนอนของเด็กได้แก่ เวลาการเข้านอน เวลาการตื่นนอน และ จำนวนชั่วโมงการนอนต่อวันทั้งหมดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value=0.008, 0.001, 0.025 ตามลำดับ) ดังแสดงใน ตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นในการศึกษาวิจัย

ข้อมูล		จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
เพศ	ชาย	62 (77.5)	
	หญิง	18 (22.5)	
อายุของเด็ก (ปี)			7.96 $\pm$ 0.68
โรคอื่นที่พบร่วม	โรคบกพร่องการเรียนรู้ (Learning disorder)	18 (22.5)	
	โรคพัฒนาการด้านภาษาล่าช้า (Delay language development)	5 (6.3)	
	ระดับเชาว์ปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ (Intellectual disability)	5 (6.3)	
	กลุ่มอาการออทิสติก (Autistic spectrum disorder)	4 (5.0)	
	โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tic disorder)	1 (1.3)	
	โรคพันธุกรรม (Turner syndrome)	1 (1.3)	
ชนิดของยาจิตเวชที่ใช้	Methylphenidate	72 (90.0)	
	Risperidone	33 (41.25)	
	Sodium valproate	6 (7.5)	
	Fluoxetine	5 (6.25)	
	Sertraline	2 (2.5)	
	Haloperidol	1 (1.25)	
	Lorazepam	1 (1.25)	
	ไม่มีรับประทานประจำ	1 (1.25)	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	รับประทานยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ	60 (75.0)	
	รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	19 (23.8)	
ประวัติโรคในครอบครัว	มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว	7 (8.75)	
	มีประวัติโรคเกี่ยวกับการนอนในครอบครัว	6 (7.50)	
สภาพสมรสของพ่อแม่	อยู่ร่วมกัน	40 (50.0)	
	หย่าร้าง	40 (50.0)	
ผู้ดูแลหลัก	พ่อและแม่	28 (35.0)	
	แม่	22 (27.5)	
	ปู่ ย่า ตา ยาย	28 (35.0)	
	อื่นๆ	2 (2.50)	
อายุของผู้ดูแลหลัก (ปี)			45.65 $\pm$ 1.35
ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลหลัก	ประถมศึกษา	30 (37.5)	
	มัธยมศึกษาตอนต้น	12 (15.0)	
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21 (26.3)	
	ปริญญาตรี	16 (20.0)	
	สูงกว่าปริญญาตรี	1 (1.30)	
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)			4 $\pm$ 0.45

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กสมาธิสั้นในการศึกษาวิจัย (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จำนวนเด็กในครอบครัว (คน)		2 $\pm$ 0.16
ผู้ที่ได้กนอนด้วยในบ้าน		
นอนกับพ่อแม่	46 (57.5)	
นอนญาติ	31 (38.75)	
นอนกับพี่น้อง	3 (3.75)	

ตารางที่ 2 รูปแบบการนอนในช่วงก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 และช่วงโควิด 19 ที่มีการปิดโรงเรียน

รูปแบบการนอน	จำนวน (%)		Pearson Chi's square	Over all p-value
	ก่อนโควิด 19	หลังโควิด 19		
เวลาการเข้านอน			11.902	0.008
19.00 - 20.00 น.	20 (25.0)	12 (37.5)		
20.00 - 21.00 น.	45 (56.3)	33 (41.3)		
21.00 - 22.00 น.	10 (12.5)	22 (27.5)		
>22.00 น.	5 (6.3)	13 (16.3)		
เวลาการตื่นนอน			21.009	<0.001
6.00 - 7.00 น.	74 (92.5)	50 (62.5)		
7.00 - 8.00 น.	6 (7.5)	27 (33.8)		
8.00 น. เป็นต้นไป	0 (0)	3 (3.8)		
จำนวนชั่วโมงการนอนต่อวัน			9.343	0.025
6 - 8 ชั่วโมง	17 (21.3)	25 (59.5)		
8 - 10 ชั่วโมง	52 (65.0)	34 (42.5)		
10 - 12 ชั่วโมง	10 (12.5)	16 (20.0)		
>12 ชั่วโมง	1 (1.3)	5 (6.3)		

จากการวิเคราะห์รูปแบบการนอนเปรียบเทียบช่วงก่อนและช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยใช้ Paired t-test พบว่าช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เด็กสมาธิสั้นจะนอนตื่นสายกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เวลาการตื่นนอนแตกต่างกันประมาณ 25.2 - 61.8 นาที คือ ประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง (Mean difference= 43.56 นาที, SD= 9 นาที, p-value <0.001)

จากการวิเคราะห์โดยใช้ Association factor Analysis เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของรูปแบบการนอนที่เปลี่ยนไปจากการระบาดของโรคโควิด 19 เรื่องเวลาการเข้านอนที่ช้ากว่า 21.00 และ 22.00 น. พบว่า เด็กสมาธิสั้นจะเข้านอนช้ากว่าเวลา 21.00 น. มากขึ้น 1.44 เท่าในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิดอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (Relative risk; RR = 1.44, 95% CI=1.159-1.800 ที่ p-value = 0.001) และเข้านอนช้ากว่าเวลา 22.00 น. ก็ยังคงพบที่เด็กสมาธิสั้นนอนดึกกว่า 22.00 น. เพิ่มขึ้น 1.119 เท่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 1.119, 95% CI=1.001-1.252 ที่ p-value 0.045)

ผลของระยะเวลาการตื่นนอนพบว่า ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เด็กสมาธิสั้นตื่นนอนช้ากว่า 6.00 น. เพิ่มขึ้น 5.0 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนการระบาดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (RR = 5.0, 95% CI =2.203-11.3636 ที่ p-value <0.001)

ผลของจำนวนชั่วโมงการนอนต่อวันของเด็กสมาธิสั้นช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่าช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

เด็กนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมงต่อวัน เพิ่มขึ้น 1.908 เท่า เมื่อเทียบกับก่อนการระบาด (RR= 1.908, 95% CI=0.731-3.690 ที่ p-value 0.071)

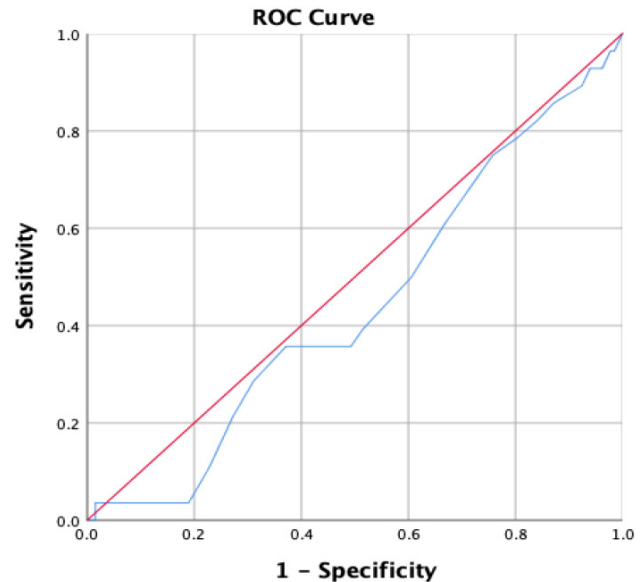
ปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19

ปัญหาการนอนหลับ วัดโดยใช้คะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถาม ฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) เปรียบเทียบปัญหาในเด็กรายเดียวกัน จากการวิเคราะห์โดยใช้ Paired t-test พบว่า คะแนนปัญหาการนอนด้านที่เกี่ยวกับการหายใจ (Sleep disorder breathing) มีการเปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) แต่ค่าคะแนนปัญหาการนอนด้านอื่นๆ อีก 7 ด้าน และคะแนนรวมของแบบทดสอบ ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ต่อคะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถาม ฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai)

เมื่อทำเปรียบเทียบคะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) ในการวินิจฉัยปัญหาในการนอนในเด็กสมาธิสั้น เมื่อใช้จุดตัดคะแนนรวมของแบบสอบถาม CSHQ-Thai ที่มากกว่า 40 คะแนน โดยในกลุ่มที่มีการนอนพบปัญหาคือ เข้านอนช้ากว่า 21.00 น. ตื่นนอนช้ากว่า

6.00 น. และระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง พบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85.7 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 12.9 เท่านั้น ที่พื้นที่ใต้กราฟ (Area under curve) 0.441 p-value 0.331 ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 แสดงพื้นที่ใต้กราฟคะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) ต่อปัญหาการนอนเข้านอนช้ากว่า 21.00 น. ตื่นนอนช้ากว่า 6.00 น. และระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนปัญหาการนอนของเด็ก ก่อนและช่วงโควิด 19 ที่มีการปิดโรงเรียน

ปัญหาการนอน	ค่าเฉลี่ย $\pm$ SD		Mean difference	P-value
	ก่อนโควิด19	ช่วงโควิด19		
Bedtime resistance	10.45 $\pm$ 2.44	10.51 $\pm$ 2.48	0.063	0.302
Sleep onset delay	1.63 $\pm$ 0.75	1.65 $\pm$ 0.82	0.025	0.376
Sleep duration	4.60 $\pm$ 1.69	4.75 $\pm$ 1.70	0.150	1.300
Sleep anxiety	6.28 $\pm$ 1.80	6.33 $\pm$ 2.08	0.050	0.287
Night waking	3.46 $\pm$ 0.90	3.41 $\pm$ 0.72	-0.050	-0.490
Parasomnias	8.61 $\pm$ 1.80	8.16 $\pm$ 1.69	-0.450	-3.818
Sleep breathing disorder	3.76 $\pm$ 1.13	3.76 $\pm$ 1.07	0.000	0.000
Daytime sleepiness	9.89 $\pm$ 2.70	9.84 $\pm$ 2.59	-0.050	-0.263
Total CSHQ	48.68 $\pm$ 6.82	48.41 $\pm$ 7.21	-0.263	-0.526

การวิเคราะห์กลุ่มรูปแบบการนอนในเด็กสมาธิสั้นก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด 19

ผลการวิเคราะห์กลุ่ม (Cluster analysis) ด้วยการแบ่งกลุ่มโดยใช้ Two step cluster analysis เพื่อหาจำนวนกลุ่มย่อยโดยใช้เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน และระยะเวลาการนอน พบว่าสามารถจัดได้เป็น 2 กลุ่มย่อย โดยมี Silhouette measure of cohesion and separation ระดับ good quality โดยมีผลรูปแบบการนอนในเด็กสมาธิสั้นคือ เวลาเข้านอน ($20.51 \text{ น.} \pm 56.19 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 1 และ $20.45 \text{ น.} \pm 24.48 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 2) จำนวนชั่วโมงการนอนหลับ ($9 \text{ ชั่วโมง } 19 \text{ นาที} \pm 56.84 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 1 และ $9 \text{ ชั่วโมง } 45 \text{ นาที} \pm 48.41 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 2) ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เวลาการตื่นนอน ($06.14 \text{ น.} \pm 36.02 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 1 และ $08.21 \text{ น.} \pm 49.49 \text{ นาที}$ ในกลุ่มที่ 2) ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2 ชั่วโมง 7 นาที ที่ $p\text{-value} < 0.001$ โดยเมื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงลักษณะการเปลี่ยนกลุ่ม พบว่ามีการเปลี่ยนจากกลุ่มที่ 2 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 6.3) ก่อนการระบาดเป็น 24 คน (ร้อยละ 30) โดยมี relative risk คือ 6 เท่า (95% CI 2.45-14.66 ที่ $p\text{-value} < 0.001$) จะเห็นได้ว่าการระบาดของโรคโควิด 19 เปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนของเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงถึง 6 เท่า

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยแรกในประเทศไทยที่ศึกษาความเปลี่ยนแปลงของรูปแบบและปัญหาการนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 มีผู้เข้าร่วมงานวิจัยทั้งหมดจำนวน 80 ราย เก็บข้อมูลในเด็กสมาธิสั้นที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งพ่อและแม่ของเด็กมีสถานภาพหย่าร้างเท่ากับสถานภาพสมรส ร่วมกับผู้ดูแลหลักเป็นพ่อและแม่ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับปู ยา ตา ยาย แสดงให้เห็นถึงสภาพความเป็นอยู่และสังคมชนบท การหย่าร้างที่เพิ่มขึ้น ร่วมกับพ่อและแม่ซึ่งเป็นวัยแรงงานมักจะต้องไปทำงานในเมืองใหญ่ เด็กเล็กและวัยรุ่นจะอยู่กับปู ยา ตา ยายตามภูมิลำเนาเดิม ซึ่งเป็นรูปแบบที่พบในหลายจังหวัดของประเทศไทย

เด็กสมาธิสั้นนั้น พบว่ามีปัญหาเรื่องการนอนหลับมากกว่าเด็กโดยทั่วไปอยู่แล้ว^{16-17,19-20} แต่การประกาศปิดเมืองหรือปิดประเทศจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อาจส่งผลทำให้เด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนรูปแบบการนอนหลับไปจากเดิมเพิ่มขึ้นอีก^{7,15} ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กสมาธิสั้นเข้านอนช้าหรือ

ดึกมากขึ้น นอนตื่นช้าหรือสายมากขึ้น และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งให้ผลสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่ศึกษาในเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นในหลายประเทศทั่วโลก¹²⁻¹⁴ และผลสอดคล้องกันในกลุ่มประชากรเด็กทั่วไปด้วย^{12,21-24} โดยพบว่าจำนวนเด็กสมาธิสั้นเข้านอนช้าและดึกมากขึ้นกว่าเดิม ประมาณ 1 - 1.5 เท่า และเด็กนอนช้าหรือตื่นสายมากขึ้นประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง เมื่อเทียบกับก่อนการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่การเปลี่ยนเวลาประมาณ 30 นาที - 1 ชั่วโมง อาจไม่มีนัยสำคัญทางคลินิกมากนัก และเมื่อทำการจัดกลุ่มข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติเป็น 2 กลุ่มย่อย จะสามารถแบ่งกลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ 1 เด็กสมาธิสั้นตื่นนอนเวลาโดยประมาณ 6.14 น. และกลุ่มที่ 2 เด็กจะตื่นนอนเวลาประมาณ 8.21 น. ซึ่งในทั้งสองกลุ่มมีเวลาเข้านอนและระยะเวลาในการนอนไม่แตกต่างกันคือ 20.45 - 20.51 น. และ 9 ชั่วโมง 19 - 45 นาที ตามลำดับ ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนเวลาการตื่นนอน จากกลุ่มที่ 1 มาเป็นกลุ่มที่ 2 คือ เด็กจากเดิมที่นอนตื่น 6.14 น. เปลี่ยนมาตื่นนอน 8.21 น. เพิ่มขึ้นจากเดิม 6 เท่า ทำให้เห็นว่าการระบาดของโรคโควิด 19 มีผลเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้¹²⁻¹⁴ การศึกษานี้มีการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับเป็นตัวเลขที่ชัดเจนมากขึ้นกว่าเดิม แม้บางเรื่อง เช่น เวลาการเข้านอนหรือจำนวนชั่วโมงการนอน ตัวเลขเปลี่ยนไปไม่มากนัก แต่เวลาการตื่นนอนของเด็กสมาธิสั้นเปลี่ยนแปลงไปอย่างเห็นได้ชัด จะเห็นได้ว่าเวลาการตื่นนอนเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่มีความไวในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการนอนของเด็กสมาธิสั้น

ด้านปัญหาการนอนหลับซึ่งวัดโดยคะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถามฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) พบว่าคะแนนด้านปัญหาการนอนด้านที่เกี่ยวข้องการหายใจ (Sleep disorder breathing) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเพียงด้านเดียวในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 โดยค่าคะแนนปัญหาการนอนด้านอื่นอีก 7 ด้าน และคะแนนรวมของแบบทดสอบไม่ต่างไปจากเดิม ซึ่งแตกต่างไปจากงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 เด็กสมาธิสั้นมีการเปลี่ยนแปลงไปของปัญหาการนอนหลับทั้งจากแบบทดสอบหรือแบบสอบถามในด้านการนอนหลับยาก^{13,21,25} ความกังวลก่อนการเข้านอน^{13-14,21} การตื่นกลางดึก และการง่วงนอนในช่วงกลางวันเพิ่มขึ้น^{13,21} ซึ่งผลลัพธ์ที่ต่างจากผู้วิจัยคิดว่าอาจเกิดจากการใช้แบบทดสอบ

การนอนและการวัดผลที่แตกต่างกัน ร่วมกับจำนวนประชากรเด็กสมาธิสั้นในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อยด้วยเมื่อเทียบกับงานวิจัยอื่นๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบคำแนะนำเรื่อง การนอนหลับของเด็กอย่างชัดเจน แต่มีงานวิจัยที่แนะนำในเด็กวัยเรียนอายุ 6 - 13 ปี จำนวนชั่วโมงการนอนหลับควรเท่ากับ 9 - 11 ชั่วโมงและไม่แนะนำให้เด็กนอนน้อยกว่า 7 ชั่วโมงต่อวัน หรือมากกว่า 12 ชั่วโมงต่อวัน²⁶ แต่ไม่มีงานวิจัยเกี่ยวกับเวลาการเข้านอนหรือเวลาการตื่นนอนที่ระบุชัดเจน ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงกำหนดการนอนหลับของเด็กวัยเรียนที่มีสมาธิสั้นว่า เด็กจะพบปัญหาด้านการนอนเมื่อเข้านอนช้ากว่า 21.00 น. ตื่นนอนช้ากว่า 6.00 น. และระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง เนื่องจากที่เวลาดังกล่าวในการศึกษานี้ เด็กมีการนอนหลับที่เปลี่ยนไปมากในช่วงการระบาดของโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำคะแนนปัญหาการนอนของเด็กจากแบบสอบถามปัญหาการนอนหลับฉบับภาษาไทย (CSHQ-Thai) ที่ช่วยการวินิจฉัยปัญหาในการนอนในเด็กสมาธิสั้น เมื่อใช้จุดตัดคะแนนรวมของแบบสอบถาม CSHQ-Thai ที่มากกว่า 40 คะแนน พบว่ามีความไว (sensitivity) ร้อยละ 85.7 และความจำเพาะ (specificity) ร้อยละ 12.9 จากแบบสอบถามดังกล่าว ถ้าเด็กได้คะแนนมากกว่า 40 คะแนน แบบสอบถามจะมีความไวที่ดีแต่ความจำเพาะน้อย ในการระบุปัญหาการนอนหลับคือ การเข้านอนช้ากว่า 21.00 น. ตื่นนอนช้ากว่า 6.00 น. และระยะเวลาการนอนน้อยกว่า 10 ชั่วโมง ในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ผู้วิจัยคิดว่าหากมีการทำข้อมูลเพิ่มเติมหรือหาจุดตัดเรื่องคะแนนในแบบทดสอบใหม่ อาจจะช่วยในการพัฒนาคุณภาพแบบสอบถามเรื่องการนอนหลับในเด็กวัยเรียนได้เพิ่มขึ้นอีกด้วย

จากข้อมูลทั่วไป เด็กสมาธิสั้นเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาโดยการให้ยา (98.75%) ส่วนใหญ่กินยา methylphenidate (90%) ซึ่งยาอาจมีผลข้างเคียงเรื่องการนอนไม่หลับในบางคนหากกินยาช่วงเย็นเกินไป ปัญหาทั้งการกินยาไม่ต่อเนื่องหรือไม่กินยาช่วงเย็นอาจมีผลทำให้เด็กมีอาการสมาธิสั้นมากขึ้น ส่งผลต่อปัญหาการนอนช่วงกลางคืนได้ นอกจากนั้นยาจิตเวชอื่นก็มีผลต่อการนอนได้เช่นกัน แม้จะมีการเก็บข้อมูลว่าเด็กส่วนมากกินยาต่อเนื่องดี แต่หากมีการเก็บข้อมูลอย่างละเอียดหรือใช้การคำนวณทางสถิติ น่าจะทำให้ผลของข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

งานวิจัยในต่างประเทศก่อนหน้านี้ ช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 พบว่า เด็กเข้านอนช้าและตื่นช้ากว่าเดิม และจำนวนชั่วโมงการนอนหลับต่อวันก็น้อยลงกว่าเดิมสัมพันธ์กับการใช้เวลา

กับหน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น⁷ เช่นเดียวกับงานวิจัยในผู้ใหญ่ที่พบว่า การเข้านอนดึกสัมพันธ์กับการใช้เวลาหน้าจอ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่เพิ่มขึ้น แต่ในผู้ใหญ่พบว่าไม่สัมพันธ์กับจำนวนชั่วโมงการนอนหลับ^{16,17} การวิจัยต่อไปหากเพิ่มการเก็บข้อมูลด้านการใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ และมีการทำวิจัยแบบระยะยาว (longitudinal study) ถึงช่วงหลังการระบาดของโรคโควิด 19 น่าจะทำให้มีข้อมูลและเข้าใจเรื่องการนอนหลับในเด็กสมาธิสั้นได้ดียิ่งขึ้น

จุดแข็งของงานวิจัยนี้คือการเป็นการศึกษาแรกในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาการนอนหลับของเด็กสมาธิสั้นที่เปลี่ยนแปลงไปในช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่มีการปิดเมืองหรือปิดประเทศซึ่งมีการเก็บข้อมูลแบบไปข้างหน้า (prospective cohort study) และมีการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติที่ทำให้เห็นตัวเลขการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการนอนหลับที่เปลี่ยนไปชัดเจนขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ทำการศึกษาในเด็กสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น การนำไปเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรทั้งหมดและการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองของผู้ปกครอง อาจเกิดอคติในการให้ข้อมูลได้

สรุป

งานวิจัยนี้สรุปได้ว่า เด็กสมาธิสั้นในวัยเรียนช่วงการระบาดของโรคโควิด 19 ที่ประเทศไทยมีการปิดเมืองหรือปิดประเทศพบผลกระทบต่อบุคลากรการนอนหลับของเด็กอย่างมาก และผู้ปกครองก็เห็นปัญหาเรื่องการนอนหลับด้วยความเข้าใจในเรื่องปัญหาที่พบ จะเพิ่มความตระหนักของแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลเด็กสมาธิสั้นในการปรับเปลี่ยนการดูแล การให้คำแนะนำกับผู้ปกครองและเด็กสมาธิสั้นในเรื่องนี้ให้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลจิตเวช สำหรับการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม นักวิชาการช่วยวิจัยที่ศูนย์แพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลจิตเวช และ ผศ.(พิเศษ) นพ.จารุพงษ์ น้อยคำแย สำหรับการให้คำปรึกษาและการวิเคราะห์สถิติ ทำให้งานวิจัยลุล่วงไปได้ด้วยดี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.เกษมา เทพวัชร มีส่วนในการออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์สถิติ การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ ผศ.(พิเศษ) นพ.จารุพงษ์ น้อยคำแย ร่วมในการให้คำปรึกษาการใช้สถิติ การวิเคราะห์สถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun* 2020;89:531-42.
2. Sun Y, Wu Y, Fan S, Dal Santo T, Li L, Jiang X, et al. Comparison of mental health symptoms before and during the covid-19 pandemic: evidence from a systematic review and meta-analysis of 134 cohorts. *BMJ* 2023;380:e074224.
3. Meherali S, Punjani N, Louie-Poon S, Abdul Rahim K, Das JK, Salam RA, et al. Mental health of children and adolescents amidst COVID-19 and past pandemics: A rapid systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(7):3432.
4. Sholihah IF, Nurmala I, Sulistyowati M, Devy SR. The impact physical distancing during the COVID-19 pandemic on mental health among adolescents: a systematic literature review. *Int J Public Health Sci (IJPHS)* 2022;11(1):69.
5. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, et al. Psychological and behavioral impact of lockdown and quarantine measures for COVID-19 pandemic on children, adolescents and caregivers: A systematic review and meta-analysis. *J Trop Pediatr* 2021;67(1): fmaa122.
6. Hongsanguansri S., Limsuwan N. Psychological development. In *Psychiatry Ramathibodi*. 4th ed. Bangkok:2015.p.1-20.
7. Wormald A, McGlinchey E, D'Eath M, Leroi I, Lawlor B, McCallion P, et al. Impact of COVID-19 pandemic on caregivers of people with an intellectual disability, in comparison to carers of those with other disabilities and with mental health issues: A multicountry study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(4): 3256.
8. Kim H, Park KJ, Shin YW, Lee JS, Chung S, Lee T, et al. Psychological impact of quarantine on caregivers at a children's hospital for contact with case of COVID-19. *J Korean Med Sci* 2020;35(28):e255.
9. Sadeh A, Raviv A, Gruber R. Sleep patterns and sleep disruptions in school-age children. *Dev Psychol* 2000;36(3):291-301
10. Belmon LS, van Stralen MM, Busch V, Harmsen IA, Chinapaw MJM. What are the determinants of children's sleep behavior? A systematic review of longitudinal studies. *Sleep Med Rev* 2019;43:60-70
11. Jiang Y, Feng Y, Wei Z, Zhang Y, You B, Hu Mingdong, et al. Clinical and immunological characteristics of coronavirus disease 2019 patients with re-detectable viral RNA post-discharge during the quarantine period. *Blood Genom* 2022;6(2):125-32.
12. Sharma M, Aggarwal S, Madaan P, Saini L, Bhutani M. Impact of COVID-19 pandemic on sleep in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med* 2021;84: 259-67.
13. Bruni O, Giallonardo M, Sacco R, Ferri R, Melegari MG. The impact of lockdown on sleep patterns of children and adolescents with ADHD. *J Clin Sleep Med* 2021;17(9):1759-65.
14. Sciberras E, Patel P, Stokes MA, Coghill D, Middeldorp CM, Bellgrove MA, et al. Physical health, media use, and mental health in children and adolescents with ADHD during the COVID-19 pandemic in Australia. *J Atten Disord* 2022;26(4):549-62.
15. Wayne WD. Introductory statistics with application. Boston: Houghton Mifflin Co; 1977.
16. Hosiri T, Punyapas S, Sawangsri W. The Prevalence and Patterns of Sleep Problem in Children with ADHD. *J Med Assoc Thai* 2018;101:S34-40.
17. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, Weiss M, et al. Assessment and management of sleep problems in youths with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013;52(8):784-96.
18. Disayawanwat P, Pityaratstian N. Development of children's sleep habit questionnaire Thai version. *Chula Med J* 2016;60(3):297-312.
19. Gruber R. Sleep characteristics of children and adolescents with attention deficit-hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2009;18(4):863-76.
20. De Crescenzo F, Licchelli S, Ciabattini M, Menghini D, Armando M, Alfieri P, et al. The use of actigraphy in the monitoring of sleep and activity in ADHD: A meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2016;26:9-20.
21. Bruni O, Malorgio E, Doria M, Finotti E, Spruyt K, Melegari MG, et al. Changes in sleep patterns and disturbances in children and adolescents in Italy during the Covid-19 outbreak. *Sleep Med* 2022;91:166-74.
22. Cellini N, Canale N, Mioni G, Costa S. Changes in sleep pattern, sense of time and digital media use during COVID-19 lockdown in Italy. *J Sleep Res* 2020;29(4):e13074.
23. Guan H, Okely AD, Aguilar-Farias N, Del Pozo Cruz B, Draper CE, El Hamdouchi A, et al. Promoting healthy movement behaviours among children during the COVID-19 pandemic. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4(6):416-8.
24. Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020;63(4):531-2.
25. Becker SP, Dvorsky MR, Breau R, Cusick CN, Taylor KP, Langberg JM. Prospective examination of adolescent sleep patterns and behaviors before and during COVID-19. *Sleep* 2021;44(8).
26. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health* 2015;1(1):40-3.

อิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนต่อความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนไทยชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร

พิชาพร มงคลอดิษฐ์*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์หลักของการวิจัยนี้ คือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองและความวิตกกังวลในการสอบกลางภาคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานครและศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของนักเรียนต่อความสัมพันธ์ข้างต้น วัตถุประสงค์รองของการวิจัยนี้คือ ศึกษาความชุกของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกรุงเทพมหานคร ที่มีความวิตกกังวลในการสอบกลางภาคสูง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนรัฐบาลสองแห่ง ในพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 จำนวน 235 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายน 2565 โดยนักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถาม FRIEDBEN Test Anxiety Scale (FTA) ฉบับภาษาไทย แบบสอบถาม Perceived Parental Academic Pressure (PPAPS) ฉบับภาษาไทย และแบบสอบถาม Academic self-efficacy scales of Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผลด้วยสถิติเชิงพรรณนา หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้วย Pearson's correlation coefficient และตรวจสอบอิทธิพลทางอ้อมด้วยวิธี Bootstrapping

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.1) ค่าอายุเฉลี่ย 16.22 ± 0.95 ปี เก็บข้อมูลก่อนการสอบ 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของเกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด 3.18 ± 0.69 และนักเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนพิเศษ (ร้อยละ 83.8) พบความชุกของความวิตกกังวลในการสอบระดับสูงที่ร้อยละ 4.7 ผลการศึกษพบ ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองมีอิทธิพลทั้งทางตรงด้านบวก ($b = .535, 95\%CI: .444, .626$) และทางอ้อมด้านลบ ($b = -.038, 95\%CI: -.075, -.004$) ต่อความวิตกกังวลในการสอบของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยมีการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองเป็นตัวแปรคั่นกลาง

สรุป ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวก และส่งผลโดยอ้อมทางลบต่อความวิตกกังวลในการสอบของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ผ่านการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามผลทางตรงของการกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบมีมากกว่าผลทางอ้อม

คำสำคัญ การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครอง ความวิตกกังวลในการสอบ ตัวแปรคั่นกลาง นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

Corresponding author: ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: drnuttom@yahoo.com

วันรับ : 4 ธันวาคม 2565 วันแก้ไข : 21 เมษายน 2566 วันตอบรับ : 1 พฤษภาคม 2566

The Mediating Effect of Academic Self-Efficacy on The Relationship Between Perceived Parental Academic Pressure and Test Anxiety Among Thai High-School Students in Bangkok

Pichaporn Mongkoladisai*, Jirada Prasartpornsirichoke*, Nuttorn Pityaratstian*

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: Primary objectives: 1. To investigate the relationship between perceived parental academic pressure and test anxiety related to midterm exams in Thai high-school students. 2. To investigate the mediating effect of academic self-efficacy in this relationship. Secondary objective: 1. To study the prevalence of Thai high-school students with high level of test anxiety related to midterm exams.

Methods: This was a cross-sectional descriptive study. 235 High-school students from two public schools under the Bangkok Secondary Educational Service Area 1 completed questionnaires in June 2022. Questionnaires were composed of demographic questionnaire, Thai version of FRIEDBEN Test Anxiety Scale (FTA) questionnaire, Thai version of Perceived Parental Academic Pressure (PPAPS) questionnaire and Thai version of Academic self-efficacy scales of Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C) questionnaire. Pearson's correlational coefficient was used to investigate the relationship between perceived parental academic pressure and test anxiety. Bootstrapping was used to examine the indirect effect of perceived parental academic pressure on test anxiety.

Results: 85.1% of students were male. Mean age was 16.22 ± 0.95 years old. Data was collected one month prior to midterm exam. 83.8% of students did not attend cram school. Prevalence of students with high level of test anxiety was 4.7 percent. Perceived parental academic pressure had both direct effect ($b = .535$, 95%CI: .444, .626) and indirect effect ($b = -.038$, 95%CI: -.075, -.004) on test anxiety. Academic self-efficacy was the mediating factor of this relationship.

Conclusion: Perceived parental academic pressure had not only directly positive effect on test anxiety, but also indirectly negative effect on test anxiety via increasing academic self-efficacy. However directly positive effect of perceived parental academic pressure was beyond indirectly negative effect.

Keywords: academic self-efficacy, mediating factor, parental academic pressure, secondary schools, students, test anxiety

Corresponding author: Nuttorn Pityaratstian

E-mail: drnuttorn@yahoo.com

Received 4 December 2022 Revised 21 April 2023 Accepted 1 May 2023

บทนำ

ในประเทศไทย ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนนอกจากจะเป็นสิ่งที่ครอบครัวยุคใหม่ให้ความสำคัญและเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อการยอมรับในตัวเด็กนักเรียนแล้ว¹ เป็นหนึ่งในเงื่อนไขของการกำหนดเส้นทางการศึกษาในอนาคตของเด็กนักเรียน โดยการศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาต้องอาศัยทั้งการสอบส่วนกลางและผลการเรียนในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย² ความคาดหวังของนักเรียนและครอบครัวยุคใหม่ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีจึงนำมาสู่ความตึงเครียดจากการเรียน³ ความวิตกกังวลในการสอบ คือ ความกลัวหรือความกังวลต่อความล้มเหลวในสถานการณ์ที่มีการประเมินความสามารถ ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้และเป็นแรงผลักดันให้นักเรียนเตรียมตัวในการสอบ⁴ จากทฤษฎีการกำกับตนเอง หากนักเรียนประเมินว่าการสอบเป็นภัยคุกคามจะส่งผลทางลบต่อกระบวนการจัดการในการสอบ ไม่ว่าจะเป็นมุมมองทางลบต่อการสอบที่กำลังจะมาถึงและอนาคต กระบวนการรู้คิดที่จะเพิ่มความกังวลไปกับการสอบ การเลือกการเผชิญปัญหาแบบมุ่งเน้นที่อารมณ์ นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่ไม่เหมาะสมและมุมมองทางลบต่อตนเอง⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความวิตกกังวลในการสอบที่สูงจะส่งผลลบต่อความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและความมั่นใจในตนเองของเด็กนักเรียนรวมถึงผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน^{6,7,8,9,10,11} โดยงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าร้อยละ 12 - 18 ของเด็กนักเรียนมีความวิตกกังวลในการสอบสูง^{12,13} เมื่อพิจารณาในแต่ละประเทศพบว่า ความแตกต่างของความวิตกกังวลแฝงในประชากร ค่านิยมของครอบครัวต่อความสำเร็จด้านการเรียน กระบวนการเรียนรู้ทางสังคม ความเป็นปัจเจกนิยมและคตินิยมหมู่ ระบบการศึกษาในแต่ละประเทศ มีผลต่อความวิตกกังวลในการสอบที่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตามความแตกต่างของความวิตกกังวลในการสอบของแต่ละประเทศยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน^{4,14, 15,16}

ครอบครัวยุคใหม่เป็นสถาบันที่มีส่วนสำคัญมากต่อนักเรียนทั้งในเรื่องการสนับสนุนด้านการศึกษาและมีอิทธิพลต่อทัศนคติในการเรียนของเด็กนักเรียนงานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวอย่างเหมาะสมจะส่งผลให้นักเรียนมีเป้าหมายการเรียนเพื่อความรู้ความชำนาญซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมกรรมการที่เหมาะสม ได้แก่ การมีความกระตือรือร้นและการใช้กลยุทธ์การกำกับตัวเองในการเรียน^{17,18,19} อย่างไรก็ตามความคาดหวังของครอบครัวยุคใหม่ที่มากเกินไปความสามารถของนักเรียนจะทำให้ไปสู่ความกดดันด้านการเรียนผ่านพฤติกรรมต่างๆ ได้แก่ การกดดัน

ให้เรียนหนักมากเกินไป การวิจารณ์นักเรียนที่ไม่ได้ทำตามความคาดหวังที่สูงของพ่อแม่ เป็นต้น งานวิจัยก่อนหน้านี้พบว่าความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองทำให้นักเรียนมองว่าผลการสอบเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีความวิตกกังวลในการสอบเพิ่มขึ้น^{20,21,22} นอกจากนี้การควบคุมของผู้ปกครองที่มากเกินไปจะจำกัดโอกาสในการที่นักเรียนจะจัดการการเรียนด้วยตนเองส่งผลให้นักเรียนรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองลดลง²³

การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองเป็นกุญแจสำคัญต่อกระบวนการเรียนรู้ของนักเรียน นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองสูงจะมีความเชื่อและทัศนคติเชิงบวกว่าตนเองสามารถบรรลุเป้าหมายด้านการเรียนได้²⁴ เมื่อพบความยากลำบากในการเรียน นักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนสูงจะมองเป็นความท้าทาย มีความพากเพียรและพึ่งพาตนเอง ในขณะที่นักเรียนที่รับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองต่ำจะมีความกังวล หลีกเลียง ยอมแพ้ได้ง่ายกว่า²⁵ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่านักเรียนที่รับรู้ความสามารถด้านการเรียนที่สูงจะช่วยลดความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียน^{26,27} นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนที่รับรู้ความสามารถด้านการเรียนเป็นตัวแปรคั่นกลางมีอิทธิพลบางส่วนต่อความสัมพันธ์ระหว่างการถูกกดดันหรือควบคุมโดยผู้ปกครองและความวิตกกังวลในการสอบ กล่าวคือนักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการเรียนด้วยตนเองมากขึ้นจะมีมุมมองว่าผู้ปกครองกดดันลดลงและมีความวิตกกังวลในการสอบลดลง²²

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของความวิตกกังวลในการสอบและตรวจสอบอิทธิพลทางตรงและทางอ้อมของความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6 ผ่านปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านการเรียนเป็นตัวแปรคั่นกลาง ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาดังกล่าวมาก่อน ความเข้าใจในความสัมพันธ์ดังกล่าวจะนำไปสู่แนวทางในการวางมาตรการสำหรับครอบครัวยุคใหม่และโรงเรียนในการพัฒนาศักยภาพด้านการเรียนของนักเรียนควบคู่ไปกับการเฝ้าระวังปัญหาความวิตกกังวลในการสอบของเด็กนักเรียนในระยะข้างหน้า

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์หลัก คือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองและความวิตกกังวลในการสอบกลางภาคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายใน

กรุงเทพมหานครและศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของนักเรียนต่อความสัมพันธ์ข้างต้น วัตถุประสงค์คือ ศึกษาความชุกของความวิตกกังวลในการสอบกลางภาคของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ทำการศึกษาในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2565 ซึ่งเป็นช่วงเปิดเทอมและเป็นช่วงก่อนสอบกลางภาคของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย เลือกโรงเรียนโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อโรงเรียนรัฐบาลในพื้นที่การศึกษาเขต 1 กรุงเทพมหานคร และส่งจดหมายขออนุญาตเข้าไปเก็บแบบสอบถามโดยได้รับความยินยอมจากโรงเรียนรัฐบาล 2 แห่ง ในโรงเรียนแต่ละแห่ง ผู้วิจัยสุ่มเลือกห้องเรียนที่เข้าไปเก็บแบบสอบถามโดยการสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified sampling) จากขนาดโรงเรียนและจำนวนนักเรียนในแต่ละระดับชั้น การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย NO. 845/64

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ทราบขนาดประชากรที่ชัดเจน โดยคำนวณจากสูตรของ Wayne²⁸ มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

จากสูตร n คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, z คือ ค่าปกติมาตรฐานที่ได้จากตารางการแจกแจงแบบปกติ เมื่อระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 จะได้ 1.96, p คือ สัดส่วนของประชากรของลักษณะที่สนใจ โดยจากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาพบความชุกของนักเรียนที่มีความวิตกกังวลในการสอบสูงเท่ากับ 0.18¹², d คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ร้อยละ 5 เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่าง 227 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนักเรียน จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ เพศ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา การสอบที่ใกล้ที่สุดที่กำลังจะมาถึง ระยะเวลาก่อนการสอบที่ใกล้

ที่สุดที่กำลังจะมาถึง รูปแบบของการที่สอบกำลังจะมาถึง เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด จำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ

2. แบบสอบถามความวิตกกังวลในการสอบ FRIEDBEN Test Anxiety Scale (FTA)²⁹ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Friedman และ Bendas-Jacob ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านสังคม 8 ข้อ ด้านความคิด 9 ข้อ และด้านอารมณ์และอาการทางกาย 6 ข้อ โดยหากได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนน ถือว่ามีความวิตกกังวลในการสอบสูง¹² โดยผู้วิจัยเป็นผู้แปลฉบับภาษาไทย ผ่านการประเมินข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรง (Content validity) อยู่ที่ 0.97 และทำการศึกษานำร่องในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายประเทศไทยจำนวน 131 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.925

3. แบบสอบถามความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครอง Perceived Parental Academic Pressure (PPAPS)³⁰ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Kaynak และคณะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ จำแนกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความกดดันด้านจิตใจ 7 ข้อ ด้านการจำกัดกิจกรรม 7 ข้อ และด้านความคาดหวังที่สูงเกินไป 6 ข้อ แบบสอบถามคิดคะแนนรวม 100 คะแนน โดยผู้วิจัยเป็นผู้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ผ่านการประเมินข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรง (Content validity) อยู่ที่ 0.97 และทำการศึกษานำร่องในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายประเทศไทยจำนวน 131 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.942

4. แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง Academic self-efficacy scales of Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C)³¹ ถูกพัฒนาขึ้นโดย Muris จำนวน 8 ข้อ แบบสอบถามคิดคะแนนรวม 40 คะแนน โดยผู้วิจัยเป็นผู้แปลเป็นฉบับภาษาไทย ผ่านการประเมินข้อคำถามโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงตรง (Content validity) อยู่ที่ 1.00 และทำการศึกษานำร่องในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายประเทศไทยจำนวน 131 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.744

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้วิเคราะห์ผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 22.0 (statistical package for social science) โดยใช้สถิติดังนี้

1. รายงานผลสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด-สูงสุดของข้อมูล ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้วย Pearson's correlation coefficient
3. ตรวจสอบอิทธิพลทางอ้อมด้วยวิธี Bootstrapping จากโปรแกรม SPSS โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < .05$

ผลการศึกษา

มีผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 265 คน มีผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วน 235 คน (คิดเป็นร้อยละ 88.68) โดยแบ่งเป็นโรงเรียนที่ 1 ซึ่งเป็นโรงเรียนชายล้วนจำนวน 153 คน (จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 172 คน) และโรงเรียนที่ 2 ซึ่งเป็นโรงเรียนสหศึกษา จำนวน 82 คน (จากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย 93 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 85.1) ค่าอายุเฉลี่ย 16.22 ± 0.95 ปี การสอบที่ใกล้ที่สุดที่กำลังจะมาถึง คือ การสอบกลางภาคเรียน เป็นการสอบในรูปแบบปกติที่โรงเรียน (ไม่ใช่แบบออนไลน์) เก็บข้อมูลก่อนการสอบ 1 เดือน ค่าเฉลี่ยของ

เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด 3.18 ± 0.69 และนักเรียนส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนพิเศษ (ร้อยละ 83.8) ผลการศึกษาความทุกข์ของนักเรียนที่มีความวิตกกังวลสูงในการสอบ คือ มีคะแนน FTA มากกว่าหรือเท่ากับ 85 คะแนน¹² คิดเป็นร้อยละ 4.7 ดังแสดงในตารางที่ 1

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้ Pearson's correlation พบว่าความวิตกกังวลในการสอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครอง ($r = .567, P < .001$) และการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง ($r = -.232, P < .001$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองกับความรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง ($r = .112, P = .086$) นอกจากนี้พบว่า ความวิตกกังวลในการสอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับเกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด ($r = -.143, P = .028$) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นๆ จำนวน 2 ตัวแปร ได้แก่ เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดและจำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองกับ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน (n=235)

ตัวแปรศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	200	85.1
หญิง	35	14.9
อายุ (ปี)		
(Mean±S.D. 16.22±0.95) Min-max 14 - 16		
14	3	1.3
15	61	26.0
16	68	28.9
17	89	37.9
18	13	5.5
19	1	0.4
ระดับชั้นมัธยมศึกษา		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4	88	37.4
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	71	30.2
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6	76	32.3

ตัวแปรศึกษา	จำนวน	ร้อยละ
เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด		
(Mean ± S.D. 3.18 ± 0.69) Min-max 1 - 4		
0 - 1.00	2	0.9
1.01 - 2.00	14	6.0
2.01 - 3.00	79	33.6
3.01 - 4.00	140	59.6
จำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)		
(Mean ± S.D. 1.13 ± 3.34)		
0	197	83.8
1 - 5	19	8.1
6 - 10	12	5.1
มากกว่า 10	7	3.0
ความวิตกกังวลในการสอบ		
ไม่สูง	224	95.3
สูง	11	4.7

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของความวิตกกังวลในการสอบ (n=235)

ตัวแปรที่ศึกษา	Mean	S.D.	1	2	3	4	5	6
ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครอง	45.213	16.335	1					
การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง	21.655	5.534	.112 (.086)	1				
เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด	3.177	.694	-.071 (.280)	.356** ($<.001$)	1			
จำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)	1.125	3.336	.087 (.183)	.052 (.432)	.169** (.009)	1		
อายุ	16.22	.952	.020 (.766)	.083 (.204)	.152* (.020)	.103 (.115)	1	
ความวิตกกังวลในการสอบ	57.094	14.723	.567** ($<.001$)	-.232** ($<.001$)	-.143* (.028)	.114 (.081)	-.010 (.879)	1

ใช้รูปแบบสถิติ Pearson's correlation; * กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05; ** กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ความวิตกกังวลในการสอบพบว่า อิทธิพลรวม ($b = .497$, 95%CI: .401, .593), อิทธิพลทางตรง ($b = .535$, 95%CI: .444, .626) และ อิทธิพลทางอ้อม ($b = -.038$, 95%CI: -.075, -.004) ของความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบมีนัยสำคัญทางสถิติ แปลผลได้ว่าคะแนนความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น 10 คะแนน มีผลเพิ่มคะแนนความวิตกกังวลในการสอบ 4.97 คะแนน จากการมีอิทธิพลทางตรงเพิ่มคะแนนความวิตกกังวลในการสอบ 5.35 คะแนน และมีอิทธิพลทางอ้อมลดคะแนนความวิตกกังวลในการสอบผ่านการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง 0.38 คะแนน อีกประการหนึ่ง ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองส่งผลทางบวกมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง ($b = .048$, 95%CI: .007, .088) แปลผลได้ว่าคะแนนความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้น 10 คะแนน มีผลเพิ่มคะแนนการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง 0.48 คะแนน นอกจากนี้การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองส่งผลทางลบต่อความวิตกกังวลในการสอบ ($b = -.798$, 95%CI: -1.084, -.512) แปลผลได้ว่าคะแนนการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองที่เพิ่มขึ้น 10 คะแนน มีผลลดคะแนนความวิตกกังวลในการสอบ 7.98 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

วิจารณ์

จากการศึกษาพบว่า ความสุขของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายที่มีความวิตกกังวลในการสอบสูงอยู่ที่ร้อยละ 4.7 ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสุขของนักเรียนที่มีความวิตกกังวลในการสอบสูงอยู่ที่ร้อยละ 12 - 18¹² โดยความแตกต่างของความทุกข์ของความวิตกกังวลในการสอบในแต่ละสังคมมีผลมาจากทั้งทัศนคติ สิ่งที่ยึดถือเป็นคุณค่า ความเชื่อ พฤติกรรมและขนบธรรมเนียมของแต่ละสังคม³² ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลในการสอบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด อธิบายได้จากการที่ความกังวลที่มากเกินไปจะรบกวนกระบวนการรู้คิด ความจำเพื่อใช้งาน และรบกวนสมาธิในการจดจ่อกับการสอบ^{11,13} ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของความวิตกกังวลในการสอบกับจำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แม้ว่าการเรียนพิเศษที่มากขึ้นจะช่วยเพิ่มผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน แต่ก็เพิ่มภาวะซึมเศร้าจากภาระงานที่เพิ่มขึ้นและเวลาพักผ่อนที่ลดลง^{33,34} จากการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างเพศกับความวิตกกังวลในการสอบ ซึ่งต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ซึ่งพบว่า เพศหญิงมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการสอบที่สูงกว่าโดยเฉพาะในด้านความวิตกกังวลและความรู้สึกตึงเครียด^{9,12,35} อาจมาจากข้อจำกัดของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นนักเรียนชาย

ตารางที่ 3 ศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลในการสอบ

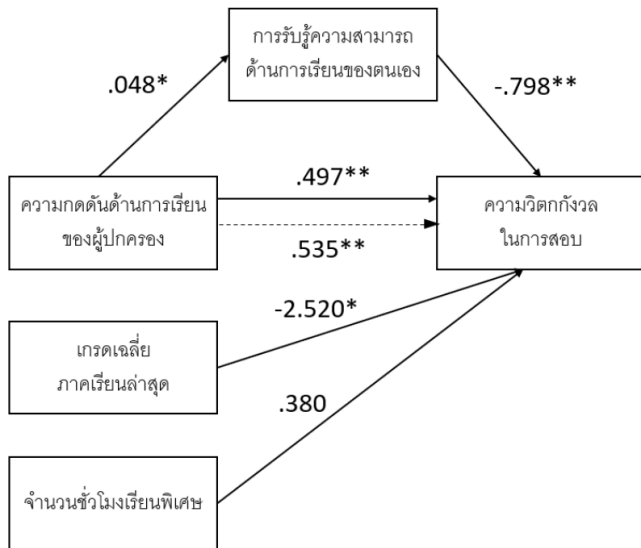
ตัวแปรที่ศึกษา	Coefficient A (95%CI)	Coefficient B (95%CI)	Coefficient C' (direct effect) (95%CI)	Total effect C (95%CI)	Indirect effect		Bias corrected 95%CI	
					Point estimate	SE	Lower bound	Upper bound
ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครอง	.048* (.007, .088)	-.798** (-1.084, -.512)	.535** (.444, .626)	.497** (.401, .593)	-.038	.018	-.075	-.004
เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุด				-2.520* (-4.796, -.243)				
จำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ (ชั่วโมงต่อสัปดาห์)				.380 (-.095, .854)				

*กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05; **กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01 จากตารางมีการควบคุมตัวแปรร่วม คือ เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดและจำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ

การวิจัยนี้พบว่า เมื่อนักเรียนรู้สึกว่าการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองมากขึ้น นักเรียนจะรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น กล่าวคือนักเรียนจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการจัดการงานและบรรลุเป้าหมายทางการศึกษาของตนได้มากขึ้นซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^{36,37,38} แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ Moneva และ Moncada ที่พบว่า เมื่อผู้ปกครองมีความคาดหวังด้านการเรียนต่อบุตร จะส่งผลให้บุตรมีการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนมากขึ้นจากการที่บุตรอาจแปลความพฤติกรรมดังกล่าวว่าเป็นเจตนาที่ดีของผู้ปกครองหรือเป็นวิธีที่ผู้ปกครองแสดงความรักและใส่ใจ^{39,40,41} ในขณะเดียวกันการที่นักเรียนรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองจะลดความวิตกกังวลในการสอบของนักเรียน อธิบายได้จากการที่การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองจะทำให้นักเรียนมีมุมมองต่อตนเองในทางบวกว่า ตนจะประสบความสำเร็จด้านการเรียนได้ซึ่งจะส่งเสริมกระบวนการรู้คิด นำไปสู่ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี^{42,43} อย่างไรก็ตามเมื่อความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองเพิ่มขึ้น นักเรียนจะมีความวิตกกังวลในการสอบเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า หากนักเรียนมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่ดี ผู้ปกครองอาจเพิ่มการควบคุมเด็กนักเรียนผ่านวิธีต่างๆ ซึ่งจะส่งผลกระทบยาวต่อสุขภาพทางจิตของนักเรียน^{30,37,44}

ผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกและอิทธิพลโดยอ้อม

ทางลบต่อความวิตกกังวลในการสอบของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายผ่านการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามพบว่าผลโดยตรงของการกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบมากกว่าผลทางอ้อม ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้แพทย์และบุคลากรสามารถให้คำแนะนำที่เหมาะสมแก่ผู้ปกครองและโรงเรียนว่า การลดความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองและการเพิ่มการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองจะช่วยให้เด็กนักเรียนมีความวิตกกังวลในการสอบลดลง ซึ่งผู้ปกครองและโรงเรียนสามารถช่วยเหลือนักเรียนได้สำหรับผู้ปกครอง การมีความสัมพันธ์ที่ดีกับนักเรียนจะทำให้เด็กนักเรียนรู้สึกมั่นคงและมีความกล้าในการเผชิญกับโลกภายนอกนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนเองที่เพิ่มขึ้น³⁷ นอกจากนี้การเลี้ยงดูที่มีทั้งความอบอุ่นและการควบคุมในระดับที่ไม่เข้มงวดเกินไป การสนับสนุนให้นักเรียนมีเป้าหมายการเรียนเพื่อความรู้ความชำนาญแทนเป้าหมายเพื่อเกรดจะช่วยให้เด็กนักเรียนมีความวิตกกังวลในการสอบลดลง^{15,45} สำหรับโรงเรียน สิ่งที่จะช่วยให้นักเรียนมีการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่มากขึ้น คือ มาตรการในโรงเรียนที่มีความเข้าใจและส่งเสริมความพยายามของนักเรียน ทศนคติของโรงเรียนที่เชื่อว่านักเรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และประสบความสำเร็จได้ การส่งเสริมให้นักเรียนมีความสัมพันธ์ที่ดีและช่วยเหลือกัน⁴⁶ นอกจากนี้การค้นหาเด็กนักเรียนที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง



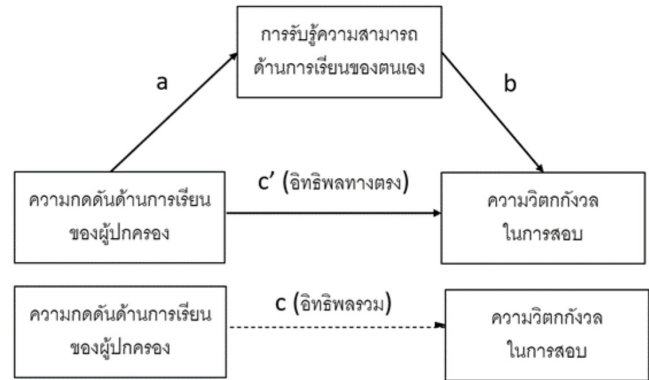
รูปที่ 1 ตัวแบบศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบ

- อิทธิพลของความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง = a
- อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองต่อความวิตกกังวลในการสอบ = b
- อิทธิพลทางตรงของความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบ โดยมีการควบคุมอิทธิพลของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง = c'
- อิทธิพลทางอ้อมของความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบ ผ่านของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเอง = a*b
- อิทธิพลรวมของความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบ = c

มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม ได้แก่ เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดและจำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษต่อสัปดาห์

ในระดับต่ำเพื่อให้ความช่วยเหลือโดยทำงานร่วมกันระหว่างโรงเรียนและผู้ปกครองก็เป็นสิ่งที่จำเป็น⁴⁷

จุดแข็งของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาแรกที่มีการนำแบบสอบถามทั้งสามฉบับมาแปลเป็นภาษาไทยและทำการศึกษานำร่องในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในประเทศไทย โดยมีค่าความเที่ยงตรงและค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อจำกัดในการศึกษานี้คือ การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางจึงไม่สามารถบอกเหตุและผลได้อย่างชัดเจนกลุ่มตัวอย่างที่เลือกมาจากโรงเรียนรัฐบาลในพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1



รูปที่ 2 ผลการศึกษาอิทธิพลคั่นกลางของการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองต่อความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบโดยมีการควบคุมอิทธิพลตัวแปรร่วม ได้แก่ เกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดและจำนวนชั่วโมงเรียนพิเศษ

*กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05; **กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.01

ทำให้ไม่สามารถขยายผลการศึกษาไปยังกลุ่มนักเรียนจากพื้นที่อื่นๆ ได้ ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นภาคเรียนแรกที่โรงเรียนต่างๆ กลับมาเปิดการเรียนการสอนในรูปแบบปกติจากที่เรียนและสอบในรูปแบบออนไลน์จากผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 จึงไม่สามารถขยายผลสู่ช่วงที่โรงเรียนจัดการเรียนการสอนในรูปแบบปกติได้ นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลยังเป็นช่วงหนึ่งเดือนก่อนการสอบกลางภาค โดยปัจจุบันยังไม่มีข้อสรุปชัดเจนถึงความแตกต่างของช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลกับระดับความวิตกกังวลในการสอบ นอกจากนี้การสอบแต่ละประเภทมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็นการสอบส่วนกลางสำหรับเข้าศึกษาต่อมหาวิทยาลัย การสอบกลางภาคและปลายภาคของโรงเรียน ซึ่งอาจส่งผลต่อความวิตกกังวลในการสอบแตกต่างกันไป

สำหรับการศึกษาในอนาคต การเก็บข้อมูลในนักเรียนระดับชั้นปีอื่น รวมถึงในโรงเรียนที่มีความแตกต่างทั้งเรื่องการแข่งขันในการเรียนหรือรูปแบบการเรียนการสอนจะทำให้เข้าใจปัญหาดังกล่าวในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

สรุป

ความทุกข์ของนักเรียนที่มีความวิตกกังวลในการสอบสูงในโรงเรียนรัฐบาล 2 แห่ง ในพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 1 ในกรุงเทพมหานคร อยู่ที่ร้อยละ 4.7 มีค่าน้อยกว่าการศึกษาในต่างประเทศ ความวิตกกังวลด้านการเรียนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์

กับความวิตกกังวลในการสอบที่เพิ่มขึ้น การรับรู้ความสามารถด้านการเรียนและเกรดเฉลี่ยภาคเรียนล่าสุดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในการสอบที่ลดลง ความกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกและมีอิทธิพลโดยอ้อมทางลบต่อความวิตกกังวลในการสอบของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายผ่านการรับรู้ความสามารถด้านการเรียนของตนเองที่เพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม พบว่าผลโดยตรงของการกดดันด้านการเรียนของผู้ปกครองต่อความวิตกกังวลในการสอบมากกว่าผลทางอ้อม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ เด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, นางสาวพรรณ บัวทอง สอนดุสิตโพล มหาวิทยาลัยสวนดุสิต และ ดร.ณัฐฐา นิธิศิริจางนุรักษ์ ศูนย์พัฒนาทุนมนุษย์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่กรุณาให้คำแนะนำ งานวิจัยสำเร็จลุล่วง และขอขอบคุณ โรงเรียนและนักเรียนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้วิจัยไม่ได้รับผลประโยชน์ทับซ้อนอื่นใดจากการทำวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วน

พิชาพร มงคลอดิษฐ์ กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ, ณัฏฐา พิทยรัตน์เสถียร กำหนดหัวข้อ ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและตรวจสอบแก้ไขบทความ, จิรดา ประสาทพรศิริโชค ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล เขียนและตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

- Liao KYH, Wei M. Academic stress and positive affect: Asian value and self-worth contingency as moderators among Chinese international students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2014; 20: 107-15.
- Council of university presidents of Thailand. Information for applicant [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 5]. Available from: <https://help.mytcas.com/article/179-doc-tcas66>
- Tan JB, Yates S. Academic expectations as sources of stress in Asian students. *Soc Psychol Educ* 2010; 14: 389-407.
- Zeidner M. Test anxiety the state of the art. 1sted. New York: Plenum Press; 1998.
- Zeidner M, Matthews G. Evaluation anxiety: current theory and research. In: Elliot AJ, Dweck CS, editors. *Handbook of competence and motivation*. 1sted. New York: Guilford Press; 2005. p. 141-66.
- Steinmayr R, Crede J, McElvany N, Wirthwein L. Subjective well-being, test anxiety, academic achievement: testing for reciprocal effects. *Front Psychol* 2015; 6: 1994.
- Uratanamnee S, Lerdsamran S. Stress anxiety and depression of high school teenager in preparation for university admission. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2017; 31: 78-94.
- Sarı SA, Bilek G, Çelik E. Test anxiety and self-esteem in senior high school students: a cross-sectional study. *Nord J Psychiatry* 2017; 72: 84-8.
- Embse N, Jester D, Roy D, Post J. Test anxiety effects, predictors, and correlates: a 30-year meta-analytic review. *J Affect Disord* 2018; 227: 483-93.
- Ngamsiri R. An analysis of causal relationship on variables influencing test anxiety of mathayom sukka six students [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 1997.
- Pate AN, Neely S, Malcom DR, Daugherty KK, Zagar M, Medina MS. Multisite study assessing the effect of cognitive test anxiety on academic and standardized test performance. *Am J Pharm Educ* 2020; 85: 8041.
- Putwain D, Daly AL. Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educ Stud* 2014; 40: 554-70.
- Ofqual EH. A review of the literature concerning anxiety for educational assessments [Internet]. 2020 [cited Dec 5]. Available from: <https://dera.ioe.ac.uk/id/eprint/35045>
- Mok MCM, Zhu J, Kuo BC. Predictors of test anxiety for students in Asia countries: results from PISA2015 [Internet]. 2017 [cited Dec 5]. Available from: <https://repository.eduhk.hk/en/publications/predictors-of-test-anxiety-for-students-in-asia-countries-results>
- Bodas J, Ollendick TH. Test anxiety: a cross-cultural perspective. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2005; 8: 65-88.
- Lowe PA, Ang RP. Cross-cultural examination of test anxiety among US and Singapore students on the test anxiety scale for elementary students. *Educ Psychol* 2012;32:107-26.
- Xiang S, Liu Y, Bai L. Parenting styles and adolescents' school adjustment: investigating the mediating role of achievement goals within the 2 × 2 framework. *Front Psychol* 2017; 8: 1809.
- Quach AS, Epstein NB, Riley PJ, Falconier MK, Fang X. Effects of parental warmth and academic pressure on anxiety and depression symptoms in Chinese adolescents. *J Child Fam Stud* 2013; 24: 106-16.
- Luo W, Aye KM, Hogan D, Kaur B, Chan MC. Parenting behaviors and learning of Singapore students: the mediational role of achievement goals. *Motiv Emot* 2013; 37: 274-85.
- Shadach E, Ganor O. The role of perceived parental over-involvement in student test anxiety. *Eur J Psychol Educ* 2012; 28: 585-96.
- Ringeisen T, Raufelder D. The interplay of parental support, parental pressure and test anxiety – gender differences in adolescents. *J Adolesc* 2015; 45: 67-79.

22. Xu X, Lou L, Wang L, Pang W. Adolescents' perceived parental psychological control and test anxiety: mediating role of academic self-efficacy. *Soc Behav Per* 2017; 45: 1573-83.
23. Zamfir AM, Mocanu C. Perceived academic self-efficacy among Romanian upper secondary education students. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 4689.
24. Supervia PU, Robres AQ. Emotional regulation and academic performance in the academic context: the mediating role of self-efficacy in secondary education students. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 5715.
25. Bandura A. On the functional properties of perceived self-efficacy revisited. *J Manag* 2011; 38: 9-44.
26. Qudsyi H, Putri MI. Self-efficacy and anxiety of national examination among high school students. *Procedia Soc Behav Sci* 2016; 217: 268-75.
27. Sanli C. The relation between task value, test anxiety and academic self-efficacy: a moderation analysis in high school geography course. *Particip Educ Res* 2021; 8: 265-78.
28. Wayne WD. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health sciences*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
29. Friedman IA, Jacob OB. Measuring perceived test anxiety in adolescents: a self-report scale. *Educ Psychol Meas* 1997; 57: 1035-46.
30. Kaynak S, Kocak SS, Kaynak U. Measuring adolescents' perceived parental academic pressure: a scale development study. *Curr Psychol* 2023; 42: 1477-1489.
31. Landon TM, Ehrenreich JT, Pincus DB. Self-efficacy: a comparison between clinically anxious and non-referred youth. *Child Psychiatry Hum Dev* 2006; 38: 31-45.
32. Yeo LS, Ong WWM. Sociocultural considerations in understanding test anxiety, its implications on achievement and contextually appropriate interventions. In: McInerney DS, Liam GAD, McInerney DM, editors. *Promoting motivation and learning in contexts: sociocultural perspectives on educational interventions*. 1st ed. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2020. p. 229-54.
33. Kuan PY. Effects of cram schooling on academic achievement and mental health of junior high students in Taiwan. *Chin Sociol Rev* 2018; 50: 391-422.
34. Chen IC, Kuan PY. The heterogeneous effects of participation in shadow education on mental health of high school students in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 1222.
35. Xie F, Xin Z, Chen X, Zhang L. Gender difference of Chinese high school students' math anxiety: the effects of self-esteem, test anxiety and general anxiety. *Sex Roles* 2018; 81: 235-44.
36. Nedjat S, Hosseinkhani Z, Hassanabadi H, Parsaeian M. Epidemiologic assessment of self-concept and academic self-efficacy in Iranian high school students: multilevel analysis. *J Educ Health Promot* 2020; 9: 315.
37. Shek DTL, Chai CWY, Dou D. Parenting factors and meaning of life among Chinese adolescents: a six-wave longitudinal study. *J Adolesc* 2021; 87: 117-32.
38. Shen FC, Liao KYH, Abraham WT, Weng CY. Parental pressure and support toward Asian Americans' self-efficacy, outcome expectations, and interests in stereotypical occupations: living up to parental expectations and internalized stereotyping as mediators. *J Couns Psychol* 2014; 61: 241-52.
39. Moneva JC, Moncada KA. Parental pressure and students self-Efficacy. *Int J Res Anal Rev* 2020; 7: 270-5.
40. Zhu X, Shek DT, Yu L. Parental and school influences on character attributes among Chinese adolescents. *Front Pediatr* 2022; 10: 817471.
41. Cheah CSL, Yu J, Liu J, Coplan RJ. Children's cognitive appraisal moderates associations between psychologically controlling parenting and children's depressive symptoms. *J Adolesc* 2019; 76: 109-19.
42. Jiang S, Ren Q, Jiang C, Wang L. Academic stress and depression of Chinese adolescents in junior high schools: moderated mediation model of school burnout and self-esteem. *J Affective Disord* 2021; 295: 384-9.
43. Hayat AA, Shateri K, Amini M, Shokrpour N. Relationships between academic self-efficacy, learning-related emotions, and metacognitive learning strategies with academic performance in medical students: a structural equation model. *BMC Med Educ* 2020; 20: 76.
44. Wang Q, Chan HW, Lin L. Antecedents of Chinese parents' autonomy support and psychological control: the interplay between parents' self-development socialization goals and adolescents' school performance. *J Youth Adolesc* 2012; 41: 1442-54.
45. Garcia F, Serra E, Garcia O, Martinez I, Cruise E. A third emerging stage for the current digital society: optimal parenting styles in Spain, the United States, Germany, and Brazil. *Int J Environ Res Pub Health* 2019; 16: 2333.
46. Hoigaard R, Kovac VB, Overby NC, Haugen T. Academic self-efficacy mediates the effects of school psychological climate on academic achievement. *Sch Psychol Q* 2015; 30: 64-74.
47. Ansong D, Eisensmith SR, Okumu M, Chowa GA. The importance of self-efficacy and educational aspirations for academic achievement in resource-limited countries: evidence from Ghana. *J Adolesc* 2018; 70: 13-23.

วิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก

ภูมิ ชมภูศรี*, นีร์ชยา สุธาคำ**, S.M. Yasir Arafat***

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

** โรงพยาบาลศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

***Department of Psychiatry, Enam Medical College and Hospital

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์การรายงานข่าวการฆ่าตัวตายในประเทศไทยโดยอ้างอิงแนวทางขององค์การอนามัยโลกสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพสื่อ

วิธีการศึกษา นำบทความข่าวที่ได้รับการตีพิมพ์แบบออนไลน์โดยองค์กรสมาชิกหนังสือพิมพ์ส่วนกลางของสมาพันธ์สื่อมวลชนแห่งชาติระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม 2563 มาวิเคราะห์หาลักษณะที่อาจมีคุณและลักษณะที่อาจให้โทษตามแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก

ผลการศึกษา การศึกษานี้ได้วิเคราะห์บทความข่าว 313 บทความ พบการรายงานข่าวที่มีลักษณะที่อาจให้โทษเป็นสัดส่วนที่มากที่สุดที่อาจให้โทษที่พบมากกว่าร้อยละ 75 ในบทความฆ่าตัวตาย ได้แก่ การใช้คำว่าฆ่าตัวตายหรือใกล้เคียงในหัวข้อข่าว การรายงานวิธีการฆ่าตัวตายในหัวข้อข่าว การรายงานชื่อ อายุ เพศ สถานที่ และวิธีการฆ่าตัวตายของผู้ที่ฆ่าตัวตายในเนื้อหาข่าว ลักษณะที่อาจมีคุณที่พบบ่อยในการรายงานข่าวการฆ่าตัวตายคือการรายงานสัญญาณเตือนของการฆ่าตัวตายที่พบใน 25% ของบทความข่าว

สรุป บทความข่าวการฆ่าตัวตายในประเทศไทยอาจส่งผลเสียต่อพฤติกรรมการฆ่าตัวตายโดยอ้างอิงจากการที่การรายงานข่าวไม่เป็นไปตามแนวทางสำหรับวิชาชีพสื่อขององค์การอนามัยโลก การศึกษาเพิ่มเติมอาจทำให้เข้าใจสถานการณ์มากขึ้นและยังผลไปสู่กระบวนการพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ การฆ่าตัวตาย การรายงานข่าว ประเทศไทย

Corresponding author: ภูมิ ชมภูศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ อาคารสำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

E-mail: Poom.CPS@gmail.com

วันรับ: 8 มกราคม 2566 วันแก้ไข: 8 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับ: 18 พฤษภาคม 2566



Suicide News Coverage in Thailand in The Light of The World Health Organization Guideline for Media Professionals

Poom Chompoosri*, Nirchaya Suthakam**, S.M. Yasir Arafat***

*School of Medicine, Mae Fah Luang University

**Mae Fah Luang University Medical Center Hospital

***Department of Psychiatry, Enam Medical College and Hospital

ABSTRACT

Objective: To assess online suicide news articles in Thai language using the World Health Organization (WHO) reporting guidelines and The Mental Health Act (Second issue) B.E. 2562.

Methods: Eligible suicide articles published online in Thai newspaper websites during July - December 2020 were analyzed for potentially harmful and potentially helpful characteristics using the WHO guideline for media professionals and The Mental Health Act (Second issue) B.E. 2562 as guides. Descriptive statistics by means of frequency and percentage were used to describe the findings.

Results: 313 suicide news articles were assessed in the study. Potentially harmful characteristics were present in news articles in high frequencies as evident by more than 75% of the article mentioning the word "suicide" or similar in the title, mentioning the method of suicide in the news title, mentioning name, age, gender of the victim (s) in the news body and mentioning of location and method of suicide in the news body. Among the potentially helpful characteristics, warning signs were reported in more than 25% of suicide news.

Conclusion: News articles found on websites of Thai newspaper might have negative impact on suicidal behavior as they have shown poor compliance to the World Health Organization guideline for media professionals in reporting suicide. Further studies are needed to better understand the situation in hope of designing a better intervention.

Keywords: suicide, media reporting, Thailand, Thai, Werther effect, Papageno effect

Corresponding author: Poom Chompoosri

E-mail: Poom.CPS@gmail.com

Received 8 January 2023 Revised 8 May 2023 Accepted 18 May 2023

INTRODUCTION

Suicide is a global phenomenon. The world loses more than 700,000 lives to suicide every year. While suicide occurs in every region of the world, more than 77% of global suicides took place in low- and middle-income countries in 2019.¹

Media reporting can affect suicide. Quantity and quality of media coverages of suicide have shown to affect incidences of suicide, both positively and negatively, as reported in several studies²⁻⁴ and review.⁵ Negative outcome from potentially harmful characteristics of suicide news is called the “Werther effect”.⁶ Several characteristics of news report were noted to have this effect. Demographic data and celebrity status of the victim were the most extensively studied and showed strong association with copycat suicide^{3-5,7-8} Positive outcome from potentially helpful characteristics is called the “Papageno effect”.⁹ News articles that educate the public on suicide and its prevention as well as showing alternatives to suicide has shown to be associated with protective effects for suicide.¹⁰

These effects of media reporting led to effort from various party. Past studies revealed interventions aiming at media were correlated with more appropriate news reporting.¹⁰⁻¹² Which is why several recommendations and laws were made in order to monitor characteristics of suicide article which may contribute to an increasing in suicide incidence.¹³⁻¹⁴ The WHO guideline for media professional is a guideline created by reviewing scientific evidences of impacts of media reporting of suicide on suicidal behaviors. Example recommendations are “Do provide accurate information about where to seek help.”, “Don’t explicitly describe the method used.”, “Don’t use photographs, video footage or social media links.”, etc.¹³ The guideline was used by several studies to assess suicide news report in Asia^{9,15-17} and the rest of the world.^{12,18} Thus emerging a trend of studying media reporting.

Suicide is a major issue in Thailand. Thailand is an upper-middle income country located in south-east Asia.¹⁹ In 2019, suicide was the cause of 6,200 deaths in Thailand.²⁰ There are few studies on media reporting of

suicide in Thailand. One study focus on charcoal-burning suicide news article and found worrying characteristics of news reporting, including featuring of the news on the headline and detailed suicide method.²¹ Two studies analyzed news article (online article on suicide of English language newspaper in Thailand,²² and news article from Thai newspaper²³) using the World Health Organization guideline for media professionals and found high prevalence of harmful characteristics that might have negative impacts on suicide. However, study that focuses on online news article in Thai language has not been done yet. The purpose of this study is to examine characteristics of online articles on suicide of Thai language newspaper in Thailand using the World Health Organization guideline for media professionals as the main guide.

METHODS

Search of news reports

This study is a document research using online news articles which were publicly available at the time of study (data collection was done during March - April 2021). Inclusion criteria for news websites were as followed;

- 1) The site was listed as an official website of a Central Newspaper Organizational member of The National Press Council of Thailand or can be found online as the official website of such organization²⁴
- 2) Website must show publicly available news articles in various topics
- 3) Website must be accessible during the time of data collection
- 4) Website must show news articles in Thai

The websites eligible were individually explored using Google advanced search within the sites. The search term is “ฆ่าตัวตาย” or suicide. The filter used is time of publishing between 1st July 2020 - 31st December 2020. Only the first 300 results with higher relevance via Google algorithm from each site are consider eligible for the study. As the protocol was recommended by the search engine and further inquiry mostly revealed irrelevant articles and duplications. The first author was responsible for excluding articles meeting the exclusion criteria.

Exclusion criteria for the news article were as followed;

- 1) the article is not about suicide
- 2) the article is about suicide-bombing, politic, military or murder
- 3) the article is a duplicated article or the link to the article is broken.

Sample size calculation was not done as the purpose of this study is to study all news article published in one timeframe, in order to be comparable with similar studies found in Thailand²² and other countries.^{9,12,15-18} The timeframe was purposefully chosen as six months as the authors deemed the resulted articles will reveal the trend of the news reporting. As this study used data which were publicly available online, no ethical clearance was sought.

Quality analysis of documents

News articles eligible for the study will then be split for the main author and the second author to analyze. The guideline “Preventing suicide: a resource for media professionals Update 2017¹³ by WHO as well as The Mental Health Act (Second issue) B.E. 2562¹⁴ of Thailand were used to guide which are potentially harmful or potentially helpful characteristics. Issues covered in the WHO guidelines are necessary information for populations at risk of suicide and laypersons, information that should not be included in the news article as it may lead to copycat suicide or stigmata of suicidal behaviors as well as language and editorial that may reevaluate suicide.¹³ Both authors agreed on a general guideline for analysis of each characteristic prior to the analysis. Content analysis was done in a simple yes-or-no fashion as to whether it reports the news with characteristics or content that were mentioned in the aforementioned guidelines. If possible, the characteristics would be in the same vein as in the previous study which were done on English news site in Thailand.²² 10% of the analysis would then be triangulate by blindly re-analyze with the other author. In case of more than 5% mismatch, all the analysis will then be re-analyzed by both the authors and the third analyst (a psychologist) would also be invited to decide on any disagreement between the first two authors.

Statistical analysis

Descriptive statistics by means of frequency and percentage were used to describe the findings. Microsoft Excel for Mac version 16 was used for statistical analysis.

RESULTS

Distribution of reports

Sixteen news sites were found listed as official websites of Central Newspaper Organizational members of The National Press Council of Thailand. Nine of these sites were eligible for the study. The names of all sixteen websites, their URL, as well as details of their inclusion are showed in [Table 1](#).

More than 1,276 news articles were found across the nine included websites. After careful analysis using the exclusion criteria, 313 suicide news articles were deemed eligible for the study. These results are showed in detail in [Table 2](#).

The eligible 313 suicide news articles were analyzed for 46 characteristics. The total of 14,398 characteristic of all articles were analyzed initially. 1,472 characteristics were re-evaluated by the other analyst and cross-checked for disagreements. 39 (3.3%) of those characteristics were deemed as disagreements, hence the third analyst was not needed. The analyzed characteristics were compiled using descriptive statistics.

Potentially harmful characteristics

Various potentially harmful characteristics were found in the news articles, both in the title and in the body of the articles. The most common potentially harmful characteristics found in news titles were mentioning of the word “suicide” or similar and mentioning of the suicide method which were found in 79.2% and 77.0% of news titles, respectively. Gender of the victim, occupation of the victim and speculated cause of suicide were quite common as they were found in 63.6%, 47.6% and 44.1% of the news titles, respectively.

Mentioning of demographic information of the victim was prevalent in news articles, with name mentioned

TABLE 1 List of news portal found in the official website of Central Newspaper Organizational members of The National Press Council of Thailand and their inclusion in the study

Site name	URL	Inclusion in the study
Daily Manager 360°	https://mgronline.com/	included in the study
Daily News	https://www.dailynews.co.th/	included in the study
Kom Chad Luek	https://www.komchadluek.net/	included in the study
Lok Wan Nee	http://www.lokwannee.com/	included in the study
OPT News	http://www.opt-news.com/	included in the study
Post Today	https://www.posttoday.com/	included in the study
Siamrath	https://siamrath.co.th/	included in the study
Thai Post	https://www.thaipost.net/	included in the study
Thairath	https://www.thairath.co.th/	included in the study
Bangkokbiznews	https://www.bangkokbiznews.com	not included in the study ¹
Bangkokpost	https://www.bangkokpost.com	not included in the study ²
Dara Daily	https://www.daradaily.com	not included in the study ¹
Saiklang	https://www.saiklang.com	not included in the study ³
Siamturakij	https://www.siamturakij.com	not included in the study ¹
Thansettakij	https://www.thansettakij.com	not included in the study ¹
The Nation	https://www.nationthailand.com	not included in the study ⁴

¹ The website only shows specialized news

² The website does not show news article in Thai

³ The website does not show news article

⁴ The website is not accessible at the time of study

TABLE 2 Inclusion status of articles found from nine included newspaper websites

Site name	Total results	included from studies	excluded from studies
Daily Manager 360°	294	84	210
Daily News*	>300	40	>60
Kom Chad Luek	89	22	67
Lok Wan Nee	2	0	2
OPT News	1	0	1
Post Today	49	12	37
Siamrath	128	50	78
Thai Post	111	12	101
Thairath*	>300	93	>207
Total	1276	313	963

*The search results from Google yielded more than 300 results for these two sites. Only the most relevant 300 was categorized and the rest were excluded per our protocol

in 75.4%, age mentioned in 87.2% and gender mentioned in 97.8% of the news articles. 92.7% of news articles mentioned method of suicide and 93.0% of news articles mentioned location of suicide in the news articles as well. Full findings of potentially harmful characteristics are showed in Table 3.

Potentially helpful characteristics

The most common potentially helpful characteristics found in news articles were reporting of warning signs and mentioning that relation between suicide and mental illness, which were found in 25.6% and 20.1% of news articles, respectively. Full findings of potentially helpful characteristics found in suicide news articles are showed in Table 4.

DISCUSSION

Internationally, there has been study that suggests increasing in prevalent of potentially harmful characteristics in suicide news over the years.¹⁸ While there are studies done on media reporting of suicide in Thailand,²¹⁻²³ none of the studies analyzed online suicide news article in Thai language.

Compliance to the WHO guideline is the key objective of this study. Potentially harmful characteristics that were common in suicide news articles (reported in more than 75% of the articles) are mentioning of the word “suicide” or similar in the title, mentioning the method of suicide in the news title, mentioning name, age, gender of the victim (s) in the news body and mentioning of location and method of suicide in the news body. The only potentially helpful characteristic that was reported in more than 25% of suicide news articles was reporting of warning signs. These results showed poor compliance to the World Health Organization guideline for media professionals in reporting suicide and thus might have negative impacts on suicidal behavior.¹³

Another objective of this study is to analyze news articles using the Mental Health Act (Second issue) BE. 2562. The Mental Health Act (Second issue) BE. 2562 was

introduced in Thailand in 2019 and it prohibited printing or electronically distributed what can lead to shame or damage to mental, honor, or rights of the patients and their families.¹⁴ While the authors were not part of the committee involved in enforcing this regulation, analysis of characteristics potentially comparable to the act was done. Of note is the percentage of suicide news article that possibly can bring shame or damage to the victim was found in 17.6% of article title and 24.3% of article body. These results showed poor compliance to the regulation.

Poor compliance of Thai media reporting of suicide to WHO guideline has been noted before. The results of this study largely mirrored results from a similar study done on Thai online news article in English language²² and results from a similar study done on Thai newspaper article from the top three newspapers in Thailand.²³ While not directly comparable, the percentage for most common potentially harmful characteristics shows little differences. For instance, the percentage of news mentioning name of the victims in the article was 75% in study of Thai news in English language and 89.6% in study of Thai newspaper articles, compared to 75.4% in this study. The percentage of reports of foreign nationality were roughly the same as well (22% of Thai news in English language and 12.3% of Thai newspaper article compared to 18.8% in this study). Several studies across Asia^{9,15-17} and the rest of the world^{12,18} also shows high prevalence of harmful characteristics in suicide news report. These results raise concerns for current state of media reporting worldwide.

Detailed observation of various characteristics revealed more worrying insight. Demographic data of the victim and celebrity status of the victim, two characteristics that were extensively studied to be associated with copycat suicide,^{3-5,7,8} were commonly reported in the news article included in this study. Suicide method is another characteristic that showed Werther effect as it does not only determine outcomes of a suicidal attempt but also plays a role in predicting another attempt as well.²⁵ A study in undergraduate students with suicidal risk in a university

TABLE 3 Potentially harmful characteristics found in news articles

Characteristics	Frequency	Percent
Potentially harmful characteristics of news title		
The word "suicide" or similar was mentioned	248	79.2
Name mentioned	27	8.6
Age mentioned	67	21.4
Gender mentioned	199	63.6
Method of suicide mentioned	241	77.0
Location of suicide mentioned	77	24.6
Cause of suicide mentioned	149	47.6
Occupation mentioned	138	44.1
High impact or celebrity status of the victim(s) mentioned	42	13.4
Possible shame or damage to the victim	55	17.6
Possible shame or damage to the family or friends	7	2.2
Potentially harmful characteristics of news body		
Name mentioned	236	75.4
Age mentioned	273	87.2
Gender mentioned	306	97.8
Method of suicide mentioned	290	92.7
Location of suicide mentioned	291	93.0
Cause of suicide mentioned	207	66.1
Occupation mentioned	204	65.2
High impact or celebrity status of the victim(s) mentioned	48	15.3
Steps of suicide narrated	171	54.6
Life event mentioned	178	56.9
Suicide note mentioned	55	17.6
Suicide note cited	35	11.2
Description of the characteristics of the victim(s)	122	39.0
Repeated reporting of previous case(s)	45	14.4
Reporting the interview with the bereaved	80	25.6
Foreign nationality	59	18.8
Showing photo(s) of the victim(s)	208	66.5
Tells the story through celebrity or high impact storyteller	25	8.0
Using words that imply death is a desirable outcome	22	7.0
Showing VDO(s) of the victim(s)	7	2.2
Showing social media(s) of the victim(s)	13	4.2
Possible shame or damage to the victim	76	24.3
Possible shame or damage to the family or friends	10	3.2

TABLE 4 Potentially helpful characteristics found in news articles

Characteristics	Frequency	Percent
Suicide related to mental illness	63	20.1
Suicide related to drug or alcohol use	33	10.5
Reporting effects to family or friends	58	18.5
Reporting warning signs	80	25.6
Tell positive story of the victim	42	13.4
Expert opinion about suicide	3	0.9
Research finding about suicide	1	0.3
Reporting statistics of suicide	1	0.3
Reporting prevention program or approach	1	0.3
Any educative information	4	1.3
Mentioning contact for help seeking	6	1.9
Reporting the sources for further information	0	0

in Thailand has shown that more than 60% of sample reported unintentionally receiving information on suicide methods from the internet, while more than 30% read about them from newspapers.²⁶ This is a cause of concern as this study found that the vast majority (>90%) of the news article included mentioned method of suicide and more than 50% narrated the steps of suicide.

Some result of this study showed better compliance to WHO guideline by Thai media professionals. Mentioning of mental illness is a potentially helpful characteristic that is more common in our study compared to other similar studies elsewhere.^{9,15-17} The author hypothesized that this might be due to better mental health awareness or the difference in stigmata. Further study is clearly needed to confirm this hypothesis.

A few of the strengths and limitations of this study is noted here. For strength; all eligible articles in the period

were analyzed, thus eliminating bias during the selection process. To the authors' knowledge, this is the first study to utilize the Mental Health Act (Second issue) BE. 2562 as a guide for analysis. It's also one of the few studies on media coverage of suicide in Thailand. This study has limitations. As it was a cross-sectional study, only the characteristics of news reporting at the time are reflected. The exclusive use of newspaper that were Central Newspaper Organizational members of The National Press Council of Thailand leave some newspaper and other forms of media out of the picture. As only the keyword 'ฆ่าตัวตาย' was used, selection bias might occurred as news articles that did not explicitly use the keyword are not included in the study. No critical analysis of the language used in the news was performed as it was beyond the expertise of the authors.

As this study provided a glimpse of the situation of suicide news report in Thailand, the following steps should be study reporting of suicide articles in other form of media such as social media and to study suicide news reporting further as to see the change in trends in suicide news reporting or to better understand perspectives of the media in order to further inform better planning for better intervention in the future.²⁷ The result of this study was sent to inform the relevant organization (the Psychiatric Association of Thailand).

CONCLUSION

In conclusion, suicide news articles found in the website of Thai newspaper might have negative impact on suicidal behavior as they have shown poor compliance to the World Health Organization guideline for media professionals in reporting suicide. Further studies are needed to better understand the situation in the hope of designing a better intervention.

Acknowledgements

The authors would like to thank Thanakarn Vongvisitsin for her input during analysis process. The authors also would like to thank Paween Tangchitphisut, MD., Somlada Watcharakhom, MD. and Kongkarn

Chancharusiri, MD. for their comments during research draft development.

Conflict of interests

The authors declare no conflict of interests.

Authors' contributions

Poom Chompoosri: conceptualization, data curation, formal analysis, investigation, methodology, project administration, validation, visualization, original draft preparation, reviewing & editing; Nirchaya Suthakam: data curation, formal analysis, investigation, original draft preparation; S.M. Yasir Arafat: conceptualization, methodology, project administration, supervision, validation, reviewing & editing

All authors have read and approved the final version of the manuscript. The corresponding author has full access to all of the data in this study and takes complete responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis.

REFERENCES

1. World Health Organization. Suicide: facts and figures globally [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360460>
2. Carmichael V, Whitley R. Media coverage of Robin Williams' suicide in the United States: A contributor to contagion? *PLoS One* 2019;14:e0216543.
3. Huang CY, Huang YT, Lin YH, Chi YC, Chang SS, Chen YY. Factors associated with psychological impact of celebrity suicide media coverage: An online survey study. *J Affect Disord* 2021;295:839-45.
4. Ortiz SN, Forrest LN, Fisher TJ, Hughes M, Smith AR. Changes in Internet Suicide Search Volumes Following Celebrity Suicides. *Cyberpsychology Behav Soc Netw* 2019; 22:373-80.
5. Domaradzki J. The Werther Effect, the Papageno Effect or No Effect? A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:2396.
6. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *Am Sociol Rev* 1974;39:340-54.
7. Menon V, Kar SK, Ransing R, Sharma G, Pattnaik JI, Kaliamoorthy C, et al. Changing trends in quality of media reporting of suicide in the community following a celebrity suicide in India. *Aust N Z J Psychiatry* 2022 ;56:81-90.
8. Niederkrotenthaler T, Till B, Garcia D. Celebrity suicide on Twitter: Activity, content and network analysis related to the death of Swedish DJ Tim Bergling alias Avicii. *J Affect Disord* 2019;245:848-55.
9. Li A, Huang X, Zhu T. A systematic analysis of online broadcasts of suicidality in China. *Asia-Pac Psychiatry* 2018;10:e12302.
10. Niederkrotenthaler T, Voracek M, Herberth A, Till B, Strauss M, Etzersdorfer E, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide: Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry* 2010;197:234-43.
11. Mestas M, Arendt F. Celebrity suicide and forced responsible reporting in the nineteenth century: Crown Prince Rudolf and the absence of a Werther effect. *Health Commun* 2023;38:1-7.
12. Rodríguez Rodríguez-Caro CJ, Acosta Ariles FJ, Cejas Méndez MR, Ramallo-Fariña Y, Fernández Garcimartin H. [Differences in the adequacy of news about suicide in Spain vs. Victoria, Australia: are interventions aimed to the media effective?]. *Rev Esp Salud Publica* 2021;95:e202106083.
13. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals Update 2017. Geneva, Switzerland; International Association for Suicide Prevention (IASP): World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Abuse; 2017.
14. Office of the Council of State. Mental Health Act (Second issue) B.E 2562. Office of the Council of State; 2019.
15. Arafat SMY, Menon V, Bascarane S, Kar SK, Kabir R. Variations in newspaper reporting of suicidal behavior in the WHO–South-East Asian region. *J Public Health* 2021;3:e684-8.
16. Arafat SMY, Ahmad AR, Saeed AK, Menon V, Shoib S, Kar SK. Quality of media reporting of suicide in Iraq. *Int J Soc Psychiatry* 2022;68:443-8.
17. Nisa N, Arifin M, Nur MF, Adella S, Marthoenis M. Indonesian online newspaper reporting of suicidal behavior: Compliance with World Health Organization media guidelines. *Int J Soc Psychiatry* 2020;66:259-62.
18. Till B, Braun M, Gahbauer S, Reisinger N, Schwenzner E, Niederkrotenthaler T. Content analysis of suicide-related online portrayals: changes in contents retrieved with search engines in the United States and Austria from 2013 to 2018. *J Affect Disord* 2020;271:300-9.
19. The World Bank. The World Bank in Thailand: Overview [Internet]. World Bank. 2021 [cited 2021 Nov 14]. Available from: <https://www.worldbank.org/en/country/thailand/overview>
20. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2022 Jul 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>
21. Lotrakul M, Udomswangchoke C. Emerging Trends of Charcoal Burning Suicide in Thailand and Newspaper Reporting. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;66:351-64.
22. Marthoenis M, Akter H, Arafat SMY. Quality of Thai media reporting of suicidal behavior: Compliance against the World Health Organization media guidelines. *Neurol Psychiatry Brain Res* 2020;38:39-42.



23. Lotrakul M, Suwannakan P. Newspaper Reporting of Suicides in Thailand: Compliance with WHO Media Guidelines. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2022;67:203-11.
24. The National Press Council of Thailand. Central Newspaper Organizational members of The National Press Council of Thailand [Internet]. The National Press Council of Thailand. 2014 [cited 2021 Mar 7]. Available from: <http://www.presscouncil.or.th/>
25. Huang YC, Wu YW, Chen CK, Wang LJ. Methods of suicide predict the risks and method-switching of subsequent suicide attempts: a community cohort study in Taiwan. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:711-8.
26. Chompoosri P. Sources of suicide methods: A survey in undergraduate students of a Northern Thai university with history of suicidal thoughts. *Asian J Psychiatry* 2020;55:102502.
27. Armstrong G, Vijayakumar L, Cherian A, Krishnaswamy K, Pathare S. Indian media professionals' perspectives regarding the role of media in suicide prevention and receptiveness to media guidelines: a qualitative study. *BMJ Open* 2021;11:e047166.

ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามารับดี

เบญจภรณ์ ธรรมาส*, ดาวชมพู นาคะวิโร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามารับดี และหาความสัมพันธ์ของระดับวิตามินดีกับระดับแบบคัดกรองทางปรีชัน

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบการศึกษาย้อนหลัง โดยทบทวนแฟ้มประวัติเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและคัดเลือกเฉพาะผู้ได้รับการวินิจฉัยโรค Alzheimer's disease (AD) และ Vascular dementia (VaD) ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 - 2564 ร่วมกับมีผลตรวจระดับวิตามินดี (25 (OH) D) ครบถ้วน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพ และแบบคัดกรองทางปรีชันประกอบด้วยแบบคัดกรอง Mini-mental status examination (MMSE) และ Montreal cognitive assessment (MoCA) ในรายที่มีข้อมูล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย AD และ VaD มีทั้งหมด 152 คน และคัดเลือกผู้ที่มีผลตรวจระดับวิตามินดีได้กลุ่มตัวอย่าง 75 ราย ที่มีการวินิจฉัย AD 45 คน (ร้อยละ 60) และวินิจฉัย VaD 30 คน (ร้อยละ 40) พบภาวะขาดวิตามินดี (25 (OH) D <20 ng/ml) 18 ราย (ร้อยละ 24) และภาวะพร่องวิตามินดี (25 (OH) D = 20-29 ng/ml) 32 ราย (ร้อยละ 42.7) โดยในกลุ่ม AD พบภาวะขาดวิตามินดี 12 ราย (ร้อยละ 26.7) และภาวะพร่องวิตามินดี 20 ราย (ร้อยละ 44.4) และในกลุ่ม VaD พบภาวะขาดวิตามินดี 6 ราย (ร้อยละ 20) และภาวะพร่องวิตามินดี 12 ราย (ร้อยละ 40) นอกจากนี้ในงานวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับวิตามินดีกับผลคะแนนเฉลี่ยแบบคัดกรองทางปรีชัน

สรุป ภาวะขาดวิตามินดีอาจพบร่วมกันกับโรคสมองเสื่อม จึงควรคำนึงถึงการตรวจระดับวิตามินดีร่วมด้วย เพื่อรักษาและป้องกันภาวะขาดวิตามินดี ซึ่งอาจส่งผลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคต

คำสำคัญ โรคสมองเสื่อม ผู้สูงอายุ ภาวะขาดวิตามินดี

Corresponding author: ดาวชมพู นาคะวิโร

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารับดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: pinkstar1973@gmail.com

วันรับ : 8 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 19 มีนาคม 2566 วันตอบรับ : 24 มีนาคม 2566

Prevalence of Vitamin D Deficiency in Thai Dementia Patients in Ramathibodi Hospital

Benchaphorn Thammathorn*, Daochompu Nakawiro*

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

ABSTRACT

Objective: To study prevalence of vitamin D deficiency in dementia patients in Ramathibodi hospital and to find correlation between vitamin D level and cognitive screening test.

Methods: This retrospective study obtained samples by reviewing Ramathibodi medical records of those who have been diagnosed with Alzheimer's disease or Vascular dementia (ICD 10 - F00 or F01) between 2015 and 2021 where their serum vitamin D level (25 (OH) D) were completely recorded. However, additional data of certain number of sample group were successfully obtained. These data include demographic data, medical data, cognitive screening test results, including Mini-mental status examination (MMSE), and Montreal cognitive assessment (MoCA).

Results: From 152 cases who diagnosed with AD or VaD, only 75 cases with serum vitamin D level were selected. 45 cases (60%) are diagnosed with AD and 30 cases (40%) are diagnosed with VaD. The finding shows 18 cases (24%) with vitamin D deficiency (25 (OH) D <20 ng/ml) and 32 cases with vitamin D insufficiency (25 (OH) D = 20 - 29 ng/ml). In AD group, 12 cases (26.7%) had vitamin D deficiency and 20 cases (44.4%) had vitamin D insufficiency. In VaD group, 6 cases (20%) had vitamin D deficiency and 12 cases (40%) had vitamin D insufficiency. Correlation between means of cognitive scores from MMSE and MoCA and vitamin D level is not statistically significant.

Conclusion: Vitamin D deficiency can be a comorbidity in dementia. We suggest that medical staffs should consider vitamin D level test for treatment or prophylaxis vitamin D deficiency which can affect dementia patient's quality of life in the long run.

Keywords: dementia, vitamin D deficiency, elderly

Corresponding author: Daochompu Nakawiro

E-mail: pinkstar1973@gmail.com

Received 8 January 2023 Revised 19 March 2023 Accepted 24 March 2023

บทนำ

หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยจาก พ.ศ. 2560 มีสัดส่วนของผู้สูงอายุร้อยละ 17 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ประเทศไทยกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว¹ โดยโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative diseases) ในผู้สูงอายุที่สำคัญได้แก่ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นสภาวะที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของปรีชาญาณด้านต่างๆ (cognitive function) ได้แก่ ความจำ การตัดสินใจ การวางแผน การเรียนรู้เกี่ยวกับระยะและทิศทาง การใช้ภาษา สมอง ความสามารถในการรับรู้สิ่งรอบตัว ทำให้ส่งผลกับพฤติกรรมและอารมณ์ รวมถึงการดำรงชีวิตของผู้ป่วย² โดยมีโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease; AD) และภาวะสมองเสื่อมจากสมองหลอดเลือด (Vascular dementia; VaD) เป็นสองสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมที่พบมากที่สุด³ ปัจจุบันความชุกของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอยู่ที่ 2% - 8% และจะสูงขึ้นถึง 1 ใน 4 เมื่ออายุมากกว่า 80 ปี^{4,5} ทำให้อัตราส่วนพึ่งพิงของวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นตามมา ในปี 2560 ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงวัยถึง 25 คน⁶

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่ค้นพบปัจจุบัน ได้แก่ อายุ เพศหญิง การศึกษา gene ApoE ε4 เป็นต้น และมีการวิจัยในปัจจุบันเพิ่มเติมพบว่า ภาวะขาดวิตามินดีเป็นปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะเกี่ยวข้องได้อีกอันหนึ่ง⁷ วิตามินดีเป็นวิตามินสเตียรอยด์มีส่วนสำคัญเกี่ยวกับระบบกระดูก ระบบไหลเวียนโลหิต ระบบต่อมไร้ท่อ และที่สำคัญคือระบบประสาท ด้วยคุณสมบัติในการปกป้องระบบประสาท (neuroprotective) ลดการอักเสบ (anti-inflammatory) และต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant effect) ส่งผลให้สุขภาพและการทำงานของสมองส่วนต่างๆ ดีขึ้น ทั้งยังช่วยเพิ่มการกำจัดโปรตีนอะไมลอยด์ (amyloid) ที่เป็นสาเหตุหนึ่งของโรคอัลไซเมอร์ นอกจากนี้วิตามินดียังเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งของโรคสมองหลอดเลือดที่จะนำไปสู่ภาวะสมองเสื่อมในเวลาต่อมา⁸ นอกจากการขาดวิตามินดีจะเป็นปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมแล้วนั้น การขาดวิตามินดียังมีความเกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้ออ่อนแรง โรคกระดูกอ่อน (Osteomalacia) และโรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ซึ่งมักส่งผลให้เกิดอาการปวดบริเวณกระดูกบริเวณการเคลื่อนไหวและเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดกระดูกหักจากการล้มในผู้สูงอายุที่มักทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง และอาจส่งผลกับพยากรณ์โรคของโรคสมองเสื่อมได้เช่นกัน นอกจากนั้น

ยังลดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในระยะยาว รวมถึงอาจเพิ่มอัตราการตาย^{9,10,11}

วิตามินดีมากกว่าร้อยละ 90 ถูกสังเคราะห์จากปฏิกิริยาต่ออัลตราไวโอเล็ต บี (ultraviolet B-rays) ที่บริเวณผิวหนัง ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลกับภาวะขาดวิตามินดีที่มีการศึกษาในปัจจุบันได้แก่ บริเวณละติจูดที่สูง การใช้ครีมกันแดด อายุ เพศหญิง ผิวที่มีเม็ดสีเข้ม⁷ ในการศึกษาของประเทศเม็กซิโก (ละติจูด 23°N) และสหรัฐอเมริกา (ละติจูด 39°N, 37°N) พบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์ มีภาวะขาดวิตามินดีร่วมด้วย ร้อยละ 64 และร้อยละ 16 ตามลำดับ^{12,13} จะเห็นว่าทั้งสองประเทศมีความชุกของประชากรต่างกัน และประเทศไทยเองตั้งอยู่บริเวณละติจูด 5°30' N ถึง 20°30' N¹⁴ ซึ่งเป็นละติจูดที่น้อยต่างกับทั้งสองประเทศ แม้ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม แต่จากการศึกษาในผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีสุขภาพดีพบว่ามีความชุกของภาวะขาดวิตามินดีถึง 1 ใน 3 ของประชากร¹⁵ นอกจากละติจูดจะเป็นปัจจัยหนึ่งของการขาดวิตามินดีแล้ว ในขณะเดียวกันโรคสมองเสื่อมเองก็อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีวิตามินดีต่ำเช่นกัน เนื่องจากอาการของโรคสมองเสื่อมที่มีปรีชาญาณด้านต่างๆ เสื่อมถอยดังที่กล่าวไปข้างต้น อาจส่งผลให้ลดการเคลื่อนไหวของร่างกายลง ลดกิจกรรมกลางแจ้ง ซึ่งเป็นแหล่งที่มาสำคัญของวิตามินดี^{7,10} แต่ในปัจจุบันยังไม่มีงานวิจัยใดสามารถสรุปความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุและผลของระดับวิตามินดีที่มีต่อภาวะสมองเสื่อมทั้งสองแบบได้^{16,17} นอกจากนี้ในโรคสมองเสื่อมจากสมองหลอดเลือดนั้นยังไม่ค่อยมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความชุกของประชากรที่มีภาวะขาดวิตามินดีเนื่องจากมีผู้ป่วยเป็นจำนวนไม่มากและยากที่จะแยกจากโรคสมองเสื่อมจากโรคอัลไซเมอร์⁸

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมในโรงพยาบาลรามาริบัติ และหาความสัมพันธ์ของระดับวิตามินดีกับแบบคัดกรองทางปรีชาญาณ

วิธีการศึกษา

กลุ่มประชากรตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบศึกษาย้อนหลัง โดยรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมเป็นวินิจฉัยเฉพาะ คือ Alzheimer's disease หรือ vascular dementia (ICD 10 - F00 และ F01) ในช่วงวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

การเก็บข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ วันเกิด เพศ การศึกษา ประเภทอาชีพที่เคยทำในอดีตโดยจัดอาชีพเข้ากลุ่มระดับความสามารถทั้งหมด 4 ระดับ อ้างอิงตาม ISCO - 08 (International Standard Classification of Occupations)¹⁸

ระดับที่ 1 งานที่อาศัยแรงงานทางกายไม่ซับซ้อนและเป็นกิจวัตร เช่น พนักงานทำความสะอาด

ระดับที่ 2 งานที่ต้องมีความสามารถในการอ่านเพื่อเก็บข้อมูลและอาศัยความชำนาญในการใช้เครื่องมือ เช่น พนักงานควบคุมเครื่องจักร

ระดับที่ 3 งานที่ต้องอาศัยความรู้และขั้นตอนทางเทคนิคในสาขาเฉพาะทาง เช่น ผู้จัดการร้าน

ระดับที่ 4 งานที่ต้องใช้ทักษะในการตัดสินใจและแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนในสาขาเฉพาะทาง เช่น แพทย์

2) ข้อมูลการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมโรคประจำตัว ประวัติด้านการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ ประวัติโรคสมองเสื่อมในครอบครัว

3) ข้อมูลการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการประกอบด้วยผลการตรวจเลือดที่เกี่ยวข้องกับโรคสมองเสื่อม เช่น การทำงานของต่อมไทรอยด์เพื่อคัดกรองตัวอย่างที่มีผลการทำงานของต่อมไทรอยด์ผิดปกติ และระดับวิตามินดี (25 hydroxyvitamin D; 25 (OH) D) แบ่งออกเป็นสามกลุ่มตามการแบ่งของ Endocrine society¹⁹ ระดับปกติ (normal) มีระดับวิตามินดีในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ng/ml ระดับพร่อง (insufficiency) มีระดับวิตามินดีในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ng/ml และน้อยกว่า 30 ng/ml และระดับขาด (deficiency) มีระดับวิตามินดีในเลือดน้อยกว่า 20 ng/ml และเก็บข้อมูลการส่งตรวจรังสีวินิจฉัยทางสมอง เช่น การตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) หรือ การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) ว่ามีผลยืนยันวินิจฉัยหรือไม่

4) ข้อมูลจากการใช้เครื่องวัดทางจิตเวชด้านปริธานประกอบด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ที่ระยะเวลาก่อนการรักษา

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ใช้การวิเคราะห์ทางสถิติเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาลักษณะของข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง หาจำนวนและร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และพิสัยของข้อมูล เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ การวินิจฉัย และแบ่งกลุ่มระดับวิตามินดี เพื่อหาความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงอนุมานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนกลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม AD และ VaD กับกลุ่มวิตามินดีต่ำและกลุ่มวิตามินดีปกติ โดยใช้การทดสอบแบบไคสแควร์ (Chi-square test) และหาความสัมพันธ์ของระดับการขาดวิตามินดีและคะแนนจากแบบคัดกรองทางปริธานจาก MMSE และ MoCA โดยได้วิเคราะห์การกระจายตัวด้วย Shapiro-wilk test พบว่าการกระจายตัวแบบ normal distribution จึงทำการวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way analysis of variance: ANOVA) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18

ผลการศึกษา

ลักษณะกลุ่มประชากร

ในการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 74 ราย โดยมีลักษณะดังตารางที่ 1 มีอายุเฉลี่ย 79 ปี แบ่งเป็นเพศหญิง 52 ราย (ร้อยละ 69.3) และเพศชาย 23 ราย (ร้อยละ 30.7) กลุ่มตัวอย่างที่มีข้อมูลด้านการศึกษา 60 ราย จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาทั้งหมด 24 ราย (ร้อยละ 32) เป็นลำดับที่ 1 และลำดับที่ 2 และ 3 คือ ปริญญาตรี และมีมัธยมศึกษาตามลำดับ ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างประกอบระดับอาชีพระดับที่ 1 คือ 32 ราย (ร้อยละ 42.7) ค่าเฉลี่ยของ systolic blood pressure (SBP) คือ 134 ± 21.24 mmHg กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัย AD 45 ราย (ร้อยละ 60) และได้รับการวินิจฉัย VaD 30 ราย (ร้อยละ 40) โดยทั้งหมดมีผลตรวจทางรังสีวิทยาช่วยยืนยันการวินิจฉัย

ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในกลุ่ม AD และ VaD และความสัมพันธ์กับระดับคะแนนแบบคัดกรองทางปริธาน

ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดพบภาวะขาดวิตามินดี 18 ราย (ร้อยละ 24) และภาวะพร่องวิตามินดี 32 ราย (ร้อยละ 42.7) ในกลุ่ม AD พบภาวะขาดวิตามินดี 12 ราย (ร้อยละ 26.7) และภาวะพร่องวิตามินดี 20 ราย (ร้อยละ 44.4) และในกลุ่ม VaD

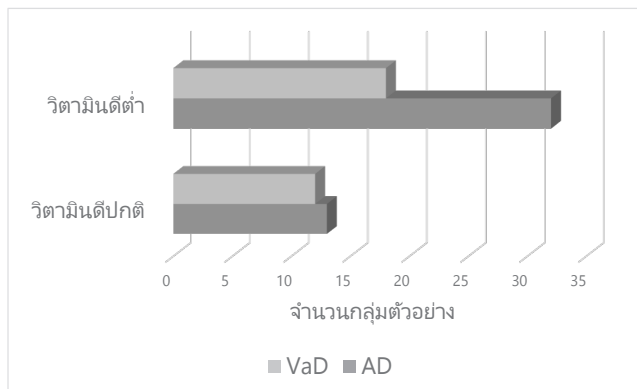
ตารางที่ 1 แสดงลักษณะกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาทั้งหมด

ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) หรือจำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี)	79.78 (8.3)
เพศ (คน)	
หญิง	52 (69.3%)
ชาย	23 (30.7%)
ระดับการศึกษา (คน) (n=60)	
น้อยกว่าประถมศึกษา	1 (1.3%)
ประถมศึกษา	24 (32%)
มัธยมศึกษา	10 (13.3%)
อนุปริญญา	6 (8%)
ปริญญาตรี	13 (17.3%)
ปริญญาโท	5 (6.7%)
ปริญญาเอก	1 (1.3%)
ระดับความสามารถด้านอาชีพ* (คน) (n=75)	
ระดับที่ 1	32 (42.7%)
ระดับที่ 2	26 (34.7%)
ระดับที่ 3	16 (21.3%)
ระดับที่ 4	1 (1.3%)
ประวัติสมองเสื่อมในครอบครัว (คน) (n=23)	4 (23%)
ความดันโลหิตตัวบน (systolic blood pressure) (mmHg)	134 (21.2)
ค่าดัชนีมวลกาย (m ² /kg)	22.05 (4.4)
โรคประจำตัว (คน)	
โรคความดันโลหิตสูง	39 (52%)
โรคเบาหวาน	21 (28%)
ภาวะไขมันในเลือดสูง	31 (41.3%)
โรคสมองขาดเลือด	13 (17.3%)
โรคกระดูกพรุน	11 (14.7%)
โรคพาร์กินสัน	5 (6.7%)
โรคทางด้านจิตเวช (คน)	9 (12%)
ประวัติการสูบบุหรี่ (n=28) (คน)	4 (5.3%)
ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (n=29) (คน)	4 (5.3%)
ผลการวัด MoCA ก่อนการรักษา (n=36) (คะแนน)	15.06 (5.9)
ผลการวัด MMSE ก่อนการรักษา (n=42) (คะแนน)	18.57 (5.8)
ประเภทโรคสมองเสื่อม (คน)	
โรคอัลไซเมอร์	45 (60%)
ภาวะสมองเสื่อมจากสมองขาดเลือด	30 (40%)

*ระดับความสามารถด้านอาชีพ แบ่งตาม ISCO-8 (International Standard Classification of Occupations)¹⁸

พบภาวะขาดวิตามินดี 6 ราย (ร้อยละ 20) และภาวะพร่องวิตามินดี 12 ราย (ร้อยละ 40) เมื่อพิจารณาจำนวนผู้ที่มีภาวะขาดกับภาวะพร่องวิตามินดีเป็นภาวะวิตามินดีต่ำกว่าค่าปกติ ดังรูปที่ 1 พบว่ากลุ่มผู้ป่วย AD มีภาวะวิตามินดีต่ำ 32 ราย (ร้อยละ 64) และกลุ่ม VaD มีวิตามินดีต่ำ 18 ราย (ร้อยละ 36) วิเคราะห์เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีค่าวิตามินดีปกติ ในกลุ่มผู้ป่วย AD 13 ราย (ร้อยละ 52) และ VaD 12 ราย (ร้อยละ 48) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ ($\chi^2(1, N=75)=1, p=.317$)

ผลคะแนนเฉลี่ยของแบบคัดกรองทางบริหารจาก MoCA และ MMSE ในแต่ละระดับของวิตามินดีดังตารางที่ 2 พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผลคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองการวัดและระดับของวิตามินดีไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญ (MoCA $F(2, N=36)=.533, p=.592$, MMSE $F(2, N=42)=.955, p=.393$)



p-value = 0.317

รูปที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับวิตามินดีแตกต่างกันโดยแยกเป็นกลุ่ม AD, VaD

วิจารณ์

จากงานวิจัยนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัย AD และ VaD ต่างมีความชุกของภาวะขาดวิตามินดีมากถึงร้อยละ 26.7 และร้อยละ 20 ตามลำดับ และยังพบภาวะพร่องวิตามินดีร้อยละ 44.5 และร้อยละ 40 ซึ่งต่างจากงานวิจัยที่ศึกษาความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในโรคสมองเสื่อมของประเทศเม็กซิโก²⁰ ที่พบความชุกร้อยละ 64 ในกลุ่ม AD และต่างกับการศึกษาในประเทศอียิปต์²¹ ที่พบความชุกร้อยละ 72.1 ในกลุ่ม AD และความชุกร้อยละ 58.1 ในกลุ่ม VaD ซึ่งอาจอธิบายได้จากตำแหน่งที่ตั้งของประเทศที่ประเทศเม็กซิโกและอียิปต์ อยู่ละติจูดที่สูงกว่าประเทศไทย คือ ละติจูด 23°N และ 30°N ตามลำดับ เมื่อดูจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับวิตามินดีต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ กล่าวคือเป็นกลุ่มที่มีภาวะขาดวิตามินดีและภาวะพร่องวิตามินดี จะพบว่าในกลุ่ม AD มีจำนวนมากกว่า VaD ซึ่งตรงกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ของการศึกษาในประเทศอียิปต์²¹ พบว่ากลุ่มที่มีภาวะวิตามินดีต่ำใน AD มีจำนวนมากกว่า VaD เช่นกัน แต่อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญในงานวิจัยในประเทศอียิปต์ และงานวิจัยนี้อาจมีผลจากที่จำนวนผู้ป่วย VaD ในทั้งสองงานวิจัยมีจำนวนที่น้อยทำให้ไม่มี power พอที่จะเห็นถึงผลที่ต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งความชุกของ VaD จากสำรวจขององค์การอนามัยโลก²² มีความชุกประมาณร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับความชุกของ AD ที่มีมากกว่า

เมื่อนำความชุกของภาวะขาดวิตามินดีในกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคสมองเสื่อมทั้งหมดเทียบกับงานวิจัยของ Chailurkit และคณะ²³ ที่ศึกษาในประชากรไทยทั่วไป พบภาวะขาดวิตามินดีร้อยละ 5.7

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนด้าน cognition จากแบบทดสอบ MoCA และ MMSE ในแต่ละระดับวิตามินดีและความสัมพันธ์

ประเภทแบบทดสอบ	ระดับวิตามินดี	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	p-value ของความสัมพันธ์ในแต่ละกลุ่มแบบทดสอบและระดับวิตามินดี
MoCA	ขาด (<20 ng/ml)	10	13.80 (± 6.18)	0.59
	พร่อง (≥20 และ <30 ng/ml)	19	15.05 (± 5.36)	
	ปกติ (≥30 ng/ml)	7	16.86 (± 7.43)	
MMSE	ขาด (<20 ng/ml)	14	18.57 (± 4.67)	0.39
	พร่อง (≥20 และ <30 ng/ml)	16	19.88 (± 6.29)	
	ปกติ (≥30 ng/ml)	12	16.83 (± 6.16)	

MoCA, Montreal Cognitive Assessment; MMSE, Mini-Mental State Examination

เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคสมองเสื่อมจะเห็นว่าความชุกสูงกว่าประชากรทั่วไปมาก แต่ในภาวะพร่องวิตามินดีพบว่ามี ความใกล้เคียงกัน ปัจจัยที่อาจส่งผลให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมี ความชุกของภาวะขาดวิตามินดีมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ อาจเกี่ยวข้องกับเพศหญิงที่เป็นทั้งปัจจัยเสี่ยงของทั้งโรคอัลไซเมอร์⁷ และภาวะขาดวิตามินดี¹³ นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยสมองเสื่อม มักถูกดูแลอยู่ในที่พักอาศัยหรือศูนย์ดูแล และมีข้อจำกัดเรื่อง กิจกรรมกลางแจ้งจากตัวโรคเอง อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะ ขาดวิตามินดีได้มากขึ้น เช่นเดียวกับที่งานวิจัยของ Kruavit และ คณะ²⁴ ที่พบว่าผู้หญิงสูงอายุที่อยู่ในศูนย์ดูแลมีความชุกของภาวะ วิตามินดีมากกว่าประชากรหญิงทั่วไป

ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีและแบบ คัดกรองทางปริชาน หากดูในส่วนของ MoCA จะพบว่ามีความ เพิ่มขึ้นประมาณ 1 แต้ม ในแต่ละระดับวิตามินดีที่สูงขึ้น แต่ไม่ตรงกัน ในส่วนคะแนนที่วัดจาก MMSE และไม่พบความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งต่างจากงานวิจัยของ Aguilar-Navarro และ คณะ²⁰ ที่ทำวิจัยในผู้สูงอายุประเทศเม็กซิโกพบว่าระดับของ วิตามินดีมีผลกับคะแนน MMSE อย่างมีนัยสำคัญ ความต่างนี้ อาจเกิดจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีน้อยกว่า และ นอกจากนี้ยังมี meta-analysis ที่ยืนยันความสัมพันธ์ระหว่าง วิตามินดีที่ต่ำกับความเสื่อมถอยของปริชานในด้านต่างๆ²⁵ ซึ่งอาจ อธิบายได้จากการศึกษาที่วิตามินดีคุณสมบัติในการปกป้องระบบประสาท (neuroprotective)⁸

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมมักพบภาวะ ขาดหรือบกพร่องวิตามินดีร่วมกัน ดังนั้นในการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการเมื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเข้ารับบริการอาจคำนึงถึง การตรวจระดับวิตามินดีด้วยเพื่อค้นหาโรคและให้การรักษากลุ่ม ที่มีภาวะขาดวิตามินดีและให้การป้องกันในกลุ่มภาวะพร่อง วิตามินดี ถึงแม้ในงานวิจัยนี้ภาวะขาดวิตามินดีอาจไม่มีความ สัมพันธ์กันกับระดับคะแนนแบบคัดกรองทางปริชานอย่างมี นัยสำคัญ แต่สามารถเห็นได้ถึงคะแนน MoCA ที่มีแนวโน้ม จะมากขึ้นหากระดับวิตามินดีสูงขึ้น ดังนั้นการตรวจพบการขาด วิตามินดีและให้การรักษานี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจช่วยฟื้น ความเสื่อมถอยของปริชานได้ดังที่งานวิจัยในประเทศจีนที่ ทำโดย Jingya Jia และคณะ²⁶

สุดท้ายนี้ งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดคือการรวบรวมรายชื่อ กลุ่มตัวอย่างที่มาจากข้อกำหนด ICD - 10 ผ่านระบบเครือข่ายของ โรงพยาบาลที่มีการวินิจฉัยบางส่วนที่ไม่ตรงกับวินิจฉัยจริง ทำให้

ต้องตัดกลุ่มตัวอย่างนั้นออก นอกจากนั้นการเลือกใช้วินิจฉัย ICD - 10 รหัส F00 - F01 เพียงอย่างเดียวอาจขาดผู้ป่วย AD ที่ วินิจฉัยด้วยรหัส G30 ทำให้มีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในช่วง เวลาที่กำหนดน้อยลง หากมีงานวิจัยเพิ่มเติมในหัวข้อนี้ควร รวมกลุ่มประชากรที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย G30 เข้ามาในกลุ่ม ตัวอย่างด้วยเพื่อเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้กลุ่ม ตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัย โรคสมองเสื่อมที่มีผลการตรวจระดับวิตามินดีครบเท่านั้น ดังนั้น ยังมีประชากรที่มีโรคสมองเสื่อมอีกมากที่อาจจะยังไม่ได้ รับ การตรวจวิตามินดี ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีข้อจำกัดเรื่องของ selection bias อีกด้วย

สรุป

ในงานวิจัยนี้พบว่าภาวะขาดวิตามินดีอาจพบร่วมในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมของโรงพยาบาลรามาริบัติ และพบว่าการพร่อง หรือขาดวิตามินดีไม่สัมพันธ์กับระดับคะแนนปริชาน แต่มีแนวโน้ม ของคะแนน MoCA สูงขึ้น เมื่อระดับวิตามินดีสูงขึ้นด้วย ดังนั้น ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการควรคำนึงถึงระดับวิตามินดีร่วมด้วย เพื่อให้การรักษาและป้องกันภาวะขาดวิตามินดีซึ่งอาจช่วยให้ ปริชานด้านต่างๆ ในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมดีขึ้น และยังช่วยป้องกัน ภาวะทางกระดูกซึ่งทั้งสองด้านมีผลกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งอาจารย์ บุคลากร และเพื่อนจิตแพทย์ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อมูลต่างๆ และขอขอบคุณ คุณภัทรพร วิสาจันทร์ ที่ให้คำแนะนำด้านสถิติ เสมอมา เพื่อช่วยให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณครอบครัวที่เป็นแรงบันดาลใจในการเลือกหัวข้อนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

พญ.เบญจกมล รสสาร: การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนบทความ, รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร: การออกแบบการศึกษาการวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ มกราคม 2564]. เข้าถึงได้จาก http://nscr.nesdb.go.th/wp-content/uploads/2020/11/Dec20_full_v2.pdf
2. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม Clinical Practice Guidelines: Dementia [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันประสาทวิทยา. 2014. 125 p. เข้าถึงจาก: https://opencommons.uconn.edu/chip_docshttps://opencommons.uconn.edu/chip_docs/6%0Ahttps://neurosci.kku.th/wp-content/uploads/2009
3. Moretti R, Caruso P, Matteo D Ben, Conti C, Gazzin S, Tiribelli C. Vitamin D, homocysteine, and folate in subcortical vascular dementia and alzheimer dementia. *Front Aging Neurosci* 2017;9:1-12.
4. Wangtongkum S, Sucharitkul P, Silprasert N, Intrachak R. Prevalence of dementia among population age over 45 years in Chiang Mai, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2008;91(11):1685-90.
5. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, กนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2557. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2559.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2560. กรุงเทพมหานคร; 2561.
7. Sommer I, Griebler U, Kien C, Auer S, Klerings I, Hammer R, et al. Vitamin D deficiency as a risk factor for dementia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatr* 2017;17(1):1-13.
8. Afzal S, Bojesen SE, Nordestgaard BG. Reduced 25-hydroxyvitamin D and risk of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Alzheimer's Dement* 2014;10(3):296-302.
9. Ettinger MP. Aging bone and osteoporosis: strategies for preventing fractures in the elderly. *Arch Intern Med* 2003;163(18):2237-46.
10. Holick MF, Chen TC. Vitamin D deficiency: a worldwide problem with health consequences. *Am J Clin Nutr* 2008;87(4):1080S-6S.
11. Sizar O, Khare S, Goyal A, Givler A. Vitamin D Deficiency. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
12. Evatt ML, DeLong MR, Khazai N, Rosen A, Triche S, Tangpricha V. Prevalence of vitamin D insufficiency in patients with Parkinson disease and Alzheimer disease. *Arch Neurol* 2008;65(10):1348-52.
13. Siwamogsatham O, Ongphiphadhanakul B, Tangpricha V. Vitamin D deficiency in Thailand. *J Clin Transl Endocrinol* 2015;2(1):48-9.
14. Chailurkit LO, Kruavit A, Rajatanavin R. Vitamin D status and bone health in healthy Thai elderly women. *Nutrition* 2011;27(2):160-4.
15. Prabhakar P, Chandra SR, Supriya M, Issac TG, Prasad C, Christopher R. Vitamin D status and vascular dementia due to cerebral small vessel disease in the elderly Asian Indian population. *J Neurol Sci* 2015;359(1-2):108-11.
16. Sultan S, Taimuri U, Basnan SA, Ai-Orabi WK, Awadallah A, Almowald F, et al. Low Vitamin D and its association with cognitive impairment and dementia. *J Aging Res* 2020;6097820.
17. Chai B, Gao F, Wu R, Dong T, Gu C, Lin Q, et al. Vitamin d deficiency as a risk factor for dementia and alzheimer's disease: An updated meta-analysis. *BMC Neurol* 2019;19(1):1-11.
18. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): Structure, group definitions and correspondence tables. International Labour Office; 2012.
19. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(7):1911-30.
20. Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Jiménez-Castillo GA, Bracho-Vela LA, Yeverino-Castro SG, Ávila-Funes JA. Association of vitamin D with mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia in older Mexican adults. *Rev Invest Clin* 2019;71(6):381-6.
21. Ibrahim AA, Haji HY, Ali SM. Vitamin D deficiency and its association with dementia and Alzheimer's disease in the elderly. *Aging Medicine and Healthcare* 2022;13(3).
22. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017 - 2025 [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2017 [cited 2022Dec22]. Available from: <https://www.who.int/publications/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017---2025>
23. Chailurkit LO, Aekplakorn W, Ongphiphadhanakul B. Regional variation and determinants of vitamin D status in sunshine-abundant Thailand. *BMC Public Health*. 2011;11:853.
24. Kruavit A, Chailurkit L-or, Thakkinstant A, Sriphrapradang C, Rajatanavin R. Prevalence of vitamin D insufficiency and low bone mineral density in elderly Thai nursing home residents. *BMC Geriatr* 2012;12:49.
25. Goodwill AM, Szoek C. A systematic review and meta-analysis of the effect of low vitamin D on cognition. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(10):2161-8.
26. Jia J, Hu J, Huo X, Miao R, Zhang Y, Ma F. Effects of vitamin D supplementation on cognitive function and blood Aβ-related biomarkers in older adults with Alzheimer's disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2019;90(12):1347-52.

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

อัญชิตา ขำแก้ว*

*แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จำนวน 64 คน โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่มากกว่า 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2565 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล Zarit Burden Interview (ฉบับภาษาไทย) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (SUDST)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน พบว่าผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระถึงเป็นภาระน้อยจำนวน 50 คน (ร้อยละ 78.1) และรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากจำนวน 14 คน (ร้อยละ 21.9) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.65 ปี สถานภาพสมรส เป็นบิดา - มารดา มีงานทำและมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 35.9) ได้แก่ ถูกพุดจาหายขาดหรือข่มขู่ ร้อยละ 21.9 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 และไม่ร่วมมือในการดูแลร้อยละ 28.1 ส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.62 ปี มีความรุนแรงการติดสารเสพติดระดับสูง (ร้อยละ 59.4) และเคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ 48.4) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากด้วย logistic regression ได้แก่ การเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (adjusted OR 32.549, 95% CI 2.709-391.041, p=0.006) และประวัติที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษเป็นผู้ป่วยใน (adjusted OR 6.417, 95% CI 1.228-33.525, p=0.028)

สรุป การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้สึกเป็นภาระถึงเป็นภาระน้อยในการดูแล และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงมาก คือ การเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายและประวัติที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษเป็นผู้ป่วยใน ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลได้ ดังนั้นแพทย์ควรตระหนักและประเมินภาวะดังกล่าวเพื่อลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคลง โดยอ้างอิงจากการศึกษานี้ หากผู้ดูแลมีประวัติเคยถูกทำร้ายหรือผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรได้รับการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อลดการเจ็บป่วยที่จะตามมาและมีการดูแลที่ถูกต้อง

คำสำคัญ ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด สารเสพติด

Corresponding author: อัญชิตา ขำแก้ว

แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

E-mail: Anchida.kha@gmail.com

วันรับ : 16 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 13 เมษายน 2566 วันตอบรับ : 19 เมษายน 2566

Burden Among Caregivers of Patients With Substance Use Disorder

Anchida Khamkaew*

*Department of Psychiatry, Somdejphajaoaksinmaharaj Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the burden of caregivers and the factors associated with caregiver burden among caregivers of patients with substance use disorder at Somdejphajaoaksinmaharaj Hospital.

Methods: This study was a cross-sectional descriptive design. Participants were 64 caregivers of patients with substance use disorder (diagnosed by psychiatrists) who received treatment at outpatients and inpatients of the psychiatric department in Somdejphajaoaksinmaharaj Hospital during May 2022 - October 2022. Participants had to be over 18 years old and had been taking care of the patients for at least 6 months. The instruments for data collection included demographic characteristics of caregivers and patients, the Thai version of Zarit Burden Interview (ZBI), and Substance Use Disorder Screening Test (SUDST).

Results: According to data collected from 64 caregivers, it was found that 50 caregivers (78.1%) perceived no burden to mild burden and 14 caregivers (21.9%) perceived moderate burden to severe burden. The majority of caregivers in this study were female with an average age of 47.65 years, married, parents, and employed. About 35.9% of caregivers have ever had a bad experience in taking care of patients, including being verbally abused (21.9%), physically abused (0.4%), and having the patients refuse to cooperate during activities of caring (28.1%). For patients, it was found that most of the patients were male with an average age of 33.62 years, had a severe level of disorder (59.4%), and had been hospitalized (48.4%). The result from logistic regression analyses showed that the factors statistically significantly associated with moderate to severe caregiver burden were having been physically abused by the patients (adjusted OR 32.549, 95%CI 2.709-391.041, $p=0.006$) and the patient's history of hospitalization (adjusted OR 6.417, 95%CI 1.228-33.525, $p=0.028$).

Conclusion: The study revealed that most of the participants perceived no to mild burden, and the factors associated with a moderate to severe burden of care were having a history of being physically abused and the patient's history of hospitalization. Caregivers' burden might cause health problems. Therefore, physicians should recognize and assess such conditions to reduce the incidence or severity of illness. Based on this study, if the caregiver has a history of being abused or the patient has previously been hospitalized, they should be monitored and screened for physical and mental health problems to reduce subsequent illnesses and provide proper treatment.

Keywords: Caregiver burden, patient with substance use disorder, substance

Corresponding author: Anchida Khamkaew

E-mail: Anchida.kha@gmail.com

Received 16 January 2023 Revised 13 April 2023 Accepted 19 April 2023

บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาสารเสพติดกลายเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก พบว่าคนที่มีความเสี่ยงจากการใช้สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รายงานของศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Move) พบว่าช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2552 - 2561) ประชากรโลก 1 ใน 4 ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และมีมากกว่า 35.6 ล้านคนที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder)¹ โดยนิยามของ substance use disorder ตาม DSM-5 คือ มีความบกพร่องในการควบคุมการใช้สาร เกิดความเสี่ยงจากการใช้สาร เกิดปัญหาทางสังคมร่วมกับอาการทางร่างกายที่เกิดจากการติดสาร เช่น การติดต่อสารหรืออาการถอนสารเมื่อลดปริมาณการใช้² และจากรายงานของ world drug report 2020 พบว่าสารเสพติดที่คนทั่วโลกใช้มากที่สุด คือ กัญชา โดยพบว่าการใช้โคเคนและยาบ้า (methamphetamine) เพิ่มมากขึ้นในแถบแอฟริกาเหนือ กลาง และตะวันตก ส่วนประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก พบการใช้ยาบ้าและยาไอซ์สูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ใช้ทั่วโลก³ ในรายงานยังกล่าวถึงผลของการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช (psychiatric comorbidities) และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (mental health)³⁻⁷ จากรายงานของสถานการณ์ภาระโรค (the Global Burden of Disease) พบว่าภาวะติดสารเสพติดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั้งโดยตรงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเสียชีวิตถึง 11.8 ล้านคนในปี 2017 ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ของโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดทั่วโลก⁸ นอกจากนี้ปัญหาจากผู้ป่วยติดสารเสพติดยังก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพและสุขภาพจิตของครอบครัว คนรอบข้างและชุมชนอีกด้วย⁹⁻¹⁶

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดในหลายด้าน เช่น การเกิดความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด และผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้และครอบครัว เป็นต้น^{3,4,6,7,10,11,13-19} จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าปัญหาสารเสพติดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ในทางกลับกันครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเช่นกัน ดังนั้นจึงมีการศึกษาถึงผลกระทบจากผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวมไปถึงความรู้สึกเป็นภาระ (burden) จากการดูแลผู้ป่วยในหลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศอินเดีย มีการศึกษาเรื่องนี้จำนวนมาก โดยผลการศึกษาพบว่า ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่เป็นคู่สมรสของ

ผู้ป่วย^{11-14,18} พบความเครียดต่อการดูแลผู้ติดสารเสพติดถึงร้อยละ 54.15 ในการศึกษาของ Kaur พบปัญหาด้านสังคมและการเงินถึงร้อยละ 12.6 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของปัญหาทั้งหมดและผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษาไม่เคยได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยมาก่อน¹³ สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ที่รายงานว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดจะเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และอยู่ในระดับสูงกว่าประชากรทั่วไป¹⁴ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงในผู้ดูแล ได้แก่ เพศหญิง ไม่ได้ประกอบอาชีพ และปัญหาใช้ความรุนแรงในครอบครัว¹² และมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระสูงของผู้ดูแลกับการมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ¹⁰ มีการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์รุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล¹² ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำกิจกรรมประจำวันของครอบครัว สุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตอีกด้วย¹¹

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัญหาสารเสพติดอยู่ค่อนข้างน้อย มีการศึกษาความชุกของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับประเทศในปี 2013 พบความชุกร้อยละ 13.4 โดยเป็นการใช้แอลกอฮอล์สูงที่สุด ความชุกชีวิตเท่ากับร้อยละ 18 อีกทั้งยังพบอัตราการเข้าถึงการบริการรักษาที่ต่ำ²⁰ ปัจจุบันได้มีการประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มุ่งเน้นให้ผู้มีปัญหายาเสพติดได้เข้ารับการรักษาบำบัดเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาใช้สารเสพติด²¹ แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในผู้ป่วยใช้สารเสพติดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดและผู้ดูแลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวช ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5² ที่กำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ มีอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ผู้ดูแลสามารถเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยก็ได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลมีประวัติของการเจ็บป่วยโรคทางกายหรือจิตเวชที่รุนแรง เช่น อาการยังกำเริบรบกวนการใช้ชีวิตในปัจจุบัน มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยได้ เป็นต้น และผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือสื่อสารภาษาไทยได้

โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกจิตเวชจะชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์การศึกษานี้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ทราบ หากสนใจเข้าร่วมการศึกษาจะขอให้ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยจะแยกสัมภาษณ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดตัวแปรรบกวนจากปฏิกิริยาของผู้ป่วยต่อการสัมภาษณ์ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (เลขที่โครงการ 5/2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ผู้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาวันที่ดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล (ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน การจดยา การให้กำลังใจ/พูดคุย การพามารักษาที่โรงพยาบาลและการดูแลโรคอื่นๆ ทางกาย) ประสบการณ์เข้ารับอบรมการดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล และคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วมทางจิตเวช

ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ZBI (Zarit Burden Interview) ที่ถูกพัฒนามาจากประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีความพิการและผู้สูงอายุโดย Steven H. Zarit และ Judy M. Zarit²²⁻²⁴ ซึ่งจะประเมินภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (subjective burden) คือ ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงหรือถูกกระทำเนื่องจากความต้องการของผู้รับการดูแล²⁵ ทางผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตใช้แบบประเมิน ZBI จาก MAPI research institute ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์และได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน ZBI ฉบับภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.921²⁶ มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อที่มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 ให้เลือกตอบ โดยพิจารณาแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้ ไม่เคยเลย 0 คะแนน, นานๆ ครั้ง 1 คะแนน, บางครั้ง 2 คะแนน, บ่อยครั้ง 3 คะแนน, ประจำ 4 คะแนน โดยคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระ, 21 - 40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อย, 41 - 60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลาง, 61 - 88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ใช้น้ำและสารเสพติด SUDST (Substance Use Disorder Screening Test) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ในผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79 แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ตามจำนวนข้อคำถามดังนี้ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับต่ำ (mild = 2 - 3 ข้อ) ระดับปานกลาง (moderate = 4 - 5 ข้อ) และระดับสูง (severe = ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป)²⁷

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อรายงานข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญมาทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบโลจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดจำนวน 64 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 48 คน (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ย 47.65 ± 13.726 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75) การศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 43.8) มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.2) มีงานทำ (ร้อยละ 54.7) รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.6) ระยะเวลา ที่ใช้ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 87.5) และระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมา 0-5 ปี (ร้อยละ 84.4) โดยกิจกรรม ที่ดูแลเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ การพามารักษาที่ โรงพยาบาล (ร้อยละ 85.9) เผื่อระวังการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 76.6)

การให้กำลังใจ/พูดคุย (ร้อยละ 68.8) เตรียมอาหาร (ร้อยละ 64.1) จัดยา (ร้อยละ 40.6) ดูแลความสะอาด (ร้อยละ 28.1) และดูแล โรคทางกายอื่นๆ (ร้อยละ 18.8) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่เคยมี ประสบการณ์เข้ารับอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 96.9) และผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยถึง 23 คน (ร้อยละ 35.9) ได้แก่ ถูกพูดจาหยาบคาย/ข่มขู่ร้อยละ 21.9 ถูก ทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 และไม่ร่วมมือในการดูแลร้อยละ 28.1 และผลการศึกษาระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแล ไม่รู้สึกเป็นภาระ 31 คน (ร้อยละ 48.4) และรู้สึกเป็นภาระ 33 คน โดยรู้สึกเป็นภาระน้อย 19 คน (ร้อยละ 29.7) เป็นภาระปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 15.3) และเป็นภาระมาก 4 คน (ร้อยละ 6.3) แสดงไว้ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (n=64)

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ผู้ชาย	16 (25.0)
ผู้หญิง	48 (75.0)
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	47.65 ± 13.726
สถานภาพสมรส	
โสด	6 (9.4)
สมรส	48 (75.0)
หย่าร้าง/หม้าย	10 (15.6)
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
บิดา/มารดา	27 (42.2)
สามี/ภรรยา	16 (25.0)
พี่น้อง	7 (10.9)
ญาติอื่นๆ	14 (21.9)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	28 (43.8)
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	24 (37.5)
ปวส. หรือ ปริญญาตรี	12 (18.8)
อาชีพ	
ไม่มีงานทำ	29 (45.3)
มีงานทำ	35 (54.7)
รายได้ (บาท/เดือน)	
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	37 (57.8)
10,001 - 20,000	17 (26.6)
มากกว่า 20,000	10 (15.6)

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วย (ชม./วัน)	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	56 (87.5)
มากกว่า 8 ชม.	8 (12.5)
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)	
0 - 5 ปี	54 (84.4)
มากกว่า 5 ปี	10 (15.6)
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย	
จัดยา	26 (40.6)
เตรียมอาหาร	41 (64.1)
ดูแลความสะอาด	18 (28.1)
ให้กำลังใจ/พูดคุยให้คำปรึกษา	44 (68.8)
พามารักษาที่โรงพยาบาล	55 (85.9)
เผื่อระวังการใช้สารเสพติด	49 (76.6)
ดูแลโรคทางกายอื่นๆ	12 (18.8)
เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย	2 (3.1)
มีประสบการณ์ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย	23 (35.9)
เคยถูกพูดจาหยาบคาย/ข่มขู่	14 (21.9)
เคยถูกทำร้ายร่างกาย	6 (9.4)
ไม่ร่วมมือในการดูแล	18 (28.1)
ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล	
ไม่เป็นภาระ	31 (48.4)
เป็นภาระน้อย	19 (29.7)
เป็นภาระปานกลาง	10 (15.6)
เป็นภาระมาก	4 (6.3)

ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดในการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 60 คน (ร้อยละ 93.8) อายุเฉลี่ย 33.62 ± 10.953 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 48.4) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 53.1) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4) และมีโรคร่วมทางจิตเวช 21 คน (ร้อยละ 32.8) ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด 10 คน (ร้อยละ 15.6) โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 8 คน (ร้อยละ 12.5) และโรคจิตเภท 3 คน (ร้อยละ 4.7) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้เรียงลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุด ได้แก่ แอมเฟตามีน (ร้อยละ 89.1) แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.4) บุหรี่ (ร้อยละ 57.8) กัญชา (ร้อยละ 12.5) โอปิออยด์และอื่นๆ (ร้อยละ 3.1) มีระยะเวลาใช้สารเสพติด 0 - 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 42.2) ส่วนใหญ่ร่วมมือในการรักษาดี (ร้อยละ 65.6) และไม่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ 51.6) ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดสูงจำนวน

มากที่สุด (ร้อยละ 59.4) รองลงมาเป็นรุนแรงระดับต่ำ (ร้อยละ 25.0) และปานกลาง (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ แสดงไว้ใน [ตารางที่ 2](#)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด โดยวิธี univariable analysis พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ($p=0.025$) การเคยถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย ($p=0.001$) เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล ($p=0.015$) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ($p=0.015$) และระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ($p=0.012$) แสดงไว้ใน [ตารางที่ 3](#)

เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระโดยวิธี univariable analysis ได้แก่ การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ประสบการณ์เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล ผู้ป่วยที่ดูแลเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในและระดับ

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (n=64)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
เพศ	
ผู้ชาย	60 (93.8)
ผู้หญิง	4 (6.3)
อายุเฉลี่ย (mean $\pm$ SD)	33.62 $\pm$ 10.953
สถานภาพสมรส	
โสด	31 (48.4)
สมรส	21 (32.8)
หย่าร้าง/หม้าย	12 (18.8)
ระดับการศึกษา	
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	23 (35.9)
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	34 (53.1)
ปวส. หรือ ปริญญาตรี	7 (11.0)
อาชีพ	
ไม่มีงานทำ	44 (68.8)
มีงานทำ	20 (31.3)
โรคร่วมทางจิตเวช	
โรคจิตจากการใช้สารเสพติด	10 (15.6)
โรคความผิดปกติทางอารมณ์	8 (12.5)
โรคจิตเภท	3 (4.7)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
ชนิดสารเสพติดที่ใช้	
แอลกอฮอล์	38 (59.4)
แอมเฟตามีน	57 (89.1)
โอปิออยด์	2 (3.1)
กัญชา	8 (12.5)
บุหรี่	37 (57.8)
อื่นๆ	2 (3.1)
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)	
0 - 5 ปี	27 (42.2)
มากกว่า 5 ปี	37 (57.8)
เคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	
ไม่เคย	33 (51.6)
เคย	31 (48.4)
ระดับความร่วมมือในการรักษา	
ไม่ร่วมมือ - ร่วมมือบ้าง	22 (34.4)
ร่วมมือดี	42 (65.6)
ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด	
ระดับต่ำ	16 (25.0)
ระดับปานกลาง	10 (15.6)
ระดับสูง	38 (59.4)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูแลน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูแลปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ปัจจัยของผู้ดูแล			
เพศ			1.000
ผู้ชาย	13 (26.0)	3 (21.4)	
ผู้หญิง	37 (74.0)	11 (78.6)	
อายุเฉลี่ย (mean $\pm$ SD)	47.65 $\pm$ 13.699	47.64 $\pm$ 14.342	
สถานภาพสมรส			0.571
โสด	4 (8.0)	2 (14.3)	
สมรส	39 (78.0)	9 (63.3)	
หย่าร้าง/หม้าย	7 (14.0)	3 (21.4)	
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย			0.161
บิดา/มารดา	19 (38.0)	8 (57.1)	
สามี/ภรรยา	12 (24.0)	4 (28.6)	
พี่น้อง	5 (10.0)	2 (14.3)	
ญาติอื่นๆ	14 (28.0)	0 (0.0)	
ระดับการศึกษา			0.957
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	22 (44.0)	6 (42.9)	
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	19 (38.0)	5 (35.7)	
ปวส. หรือปริญญาตรี	9 (18.0)	3 (21.4)	
อาชีพ			0.372
ไม่มีงานทำ	21 (42.0)	8 (57.1)	
มีงานทำ	29 (58.0)	6 (42.9)	
รายได้ (บาท/เดือน)			0.456
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	28 (56.0)	9 (64.3)	
10,001 - 20,000	15 (30.0)	2 (14.3)	
มากกว่า 20,000	7 (14.0)	3 (21.4)	
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ชม./วัน)			1.000
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	44 (88.0)	12 (85.7)	
มากกว่า 8 ชม.	6 (12.0)	2 (14.3)	
ระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)			0.138
0 - 5 ปี	44 (88.0)	10 (71.4)	
มากกว่า 5 ปี	6 (12.0)	4 (28.6)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูแลน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูแลปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value	
กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย				
จัดยา	18 (36.0)	8 (57.1)	0.220	
เตรียมอาหาร	31 (62.0)	10 (71.4)	0.754	
ดูแลความสะอาด	12 (24.0)	6 (42.9)	0.190	
ให้กำลังใจ/พูดคุยให้คำปรึกษา	36 (72.0)	8 (57.1)	0.336	
พามารักษาที่โรงพยาบาล	45 (90.0)	10 (71.4)	0.096	
เฝ้าระวังการใช้สารเสพติด	37 (74.0)	12 (85.7)	0.489	
ดูแลโรคทางกายอื่นๆ	8 (16.0)	4 (28.6)	0.438	
เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย				0.392
ไม่เคยได้รับการอบรม	49 (98.0)	13 (92.9)		
เคยได้รับการอบรม	1 (2.0)	1 (7.1)		
ประสบการณ์ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย				0.025*
ไม่มี	36 (72.0)	5 (35.7)		
มี	14 (28.0)	9 (64.3)		
พูดจาหยาบคาย/ข่มขู่				0.270
ไม่มี	41 (82.0)	9 (64.3)		
มี	9 (18.0)	5 (35.7)		
ถูกทำร้ายร่างกาย				0.001**
ไม่มี	49 (98.0)	9 (64.3)		
มี	1 (2.0)	5 (35.7)		
ไม่ร่วมมือในการดูแล				0.015*
ไม่มี	40 (80.0)	6 (42.9)		
มี	10 (20.0)	8 (57.1)		
ปัจจัยของผู้ป่วย				
เพศ				0.206
ผู้ชาย	48 (96.0)	12 (85.7)		
ผู้หญิง	2 (4.0)	2 (14.3)		
อายุเฉลี่ย (mean ± SD)				33.42 ± 11.212 34.34 ± 10.338
สถานภาพสมรส				0.314
โสด	22 (44.0)	9 (64.3)		
สมรส	17 (34.0)	4 (28.6)		
หย่าร้าง/หม้าย	11 (22.0)	1 (7.1)		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูเล็กน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
ระดับการศึกษา			0.629
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	19 (38.0)	4 (28.6)	
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	25 (50.0)	9 (64.3)	
ปวส. หรือปริญญาตรี	6 (12.0)	1 (7.1)	
อาชีพ			0.193
ไม่มีงานทำ	32 (64.0)	12 (85.7)	
มีงานทำ	18 (36.0)	2 (14.3)	
โรคร่วมทางจิตเวช			0.145
ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช	34 (68.0)	9 (64.3)	
โรคจิตจากการใช้สารเสพติด	9 (18.0)	1 (7.1)	
โรคความผิดปกติทางอารมณ์	4 (8.0)	4 (28.6)	
โรคจิตเภท	3 (6.0)	0 (0)	
ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)			0.125
0 - 5 ปี	24 (48.0)	3 (21.4)	
มากกว่า 5 ปี	26 (52.0)	11 (78.6)	
เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน			0.015*
ไม่เคย	30 (60.0)	3 (21.4)	
เคย	20 (40.0)	11 (78.6)	
ระดับความร่วมมือในการรักษา			0.012*
ไม่ร่วมมือบ้าง - ร่วมมือบ้าง	13 (26.0)	9 (64.3)	
ร่วมมือดี	37 (74.0)	5 (35.7)	
ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด			0.211
ระดับต่ำ	15 (30.0)	1 (7.1)	
ระดับปานกลาง	7 (14.0)	3 (21.4)	
ระดับสูง	28 (56.0)	10 (71.4)	

*P<0.5, **P<0.1

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากของผู้ดูแล ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย (adjusted OR 32.549, 95%CI 2.709-391.041, p=0.006) และผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (adjusted OR 6.417, 95%CI 1.228-33.525, p=0.028) แสดงไว้ในตารางที่ 4

วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดร้อยละ 52.6 โดยส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง^{11,12} และพบความกังวลและความเครียดของผู้ดูแลอยู่ระดับสูงกว่าประชากรทั่วไป¹⁴ ความแตกต่างของผลการศึกษา

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี logistic regression

ปัจจัยส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล	Adjusted OR	95% CI	P-value
ปัจจัยของผู้ดูแล			
การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย	0.631	0.034 - 11.791	0.758
เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย	32.549	2.709 - 391.041	0.006**
เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล	1.930	0.109 - 34.260	0.654
ปัจจัยของผู้ป่วย			
เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	6.417	1.228 - 33.525	0.028*
ระดับความร่วมมือในการรักษา	0.742	0.140 - 3.919	0.725

*P<0.5, **P<0.1

อาจเป็นมาจากการใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระที่ต่างกัน โดยในการศึกษาของทั้งสองฉบับใช้แบบประเมิน FBIS (Family Burden Interview Schedule) จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างกัน อีกทั้งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของทั้งผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จึงทำให้ผลกระทบจากการดูแลแตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้พบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และมีสถานภาพสมรสสอดคล้องกับทุกการศึกษาที่พบ⁹⁻¹⁴ และยังพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลสอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศอินเดียที่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้ศึกษา¹¹⁻¹³ แต่ข้อมูลทั่วไปด้านอื่น เช่น ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี ส่วนใหญ่มีงานทำ และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจะแตกต่างกับการศึกษาอื่น โดยเฉพาะการศึกษาของประเทศอินเดียที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำและเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย¹¹⁻¹³ อาจเป็นจากกลุ่มผู้ดูแลในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย จึงมีอายุเฉลี่ยที่สูงกว่า และจากวัฒนธรรมที่ประเทศอินเดียภรรยา มักไม่ได้ประกอบอาชีพ²⁸ จึงทำให้มีความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในด้านนี้ ในการศึกษานี้พบข้อมูลด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประเทศไทยปี 2564 อยู่ที่ 27,352 บาทต่อเดือน²⁹ จะพบว่าต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศมาก แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความเกี่ยวข้องของปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระแต่อย่างใด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Swaroopachary และคณะที่ผู้ดูแลเพศหญิง^{10,12} และไม่ได้ประกอบอาชีพ¹² มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วย

ที่มารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ซึ่งอาจจะมีผู้ดูแลร่วมมากกว่า 1 คน แตกต่างจากการศึกษาของ Swaroopachary ที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสและผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น จึงอาจพบผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.7 ปี มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา^{11,12} แต่ข้อมูลด้านอื่นได้แก่สถานภาพโสดและไม่แต่งงานจะแตกต่างกับการศึกษาอื่นที่ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสและมีงานทำประจำ^{11,12} แต่ปัจจัยดังกล่าวก็ไม่พบความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้สารแอมเฟตามีนสูงที่สุดรองลงมาคือแอลกอฮอล์และบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับชาติของประเทศไทยระดับชาติปี 2556 พบการใช้สุราสูงเป็นอันดับหนึ่ง และรองลงมาคือบุหรี่หรือยาสูบ²⁰ ซึ่งต่างกับการศึกษานี้ เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลการศึกษาได้มีนโยบายเรื่องการรณรงค์ให้ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้นจึงเป็นผลให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งมาจากการส่งรักษาจากหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้กลุ่มแอมเฟตามีน รวมถึงการใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2562 ที่มีการบังคับรักษาในกรณีผู้ป่วยใช้สารเสพติดแล้วเข้าเกณฑ์ต้องรับรักษาหรือเป็นอันตรายจึงทำให้ถูกนำเข้ามารับการรักษาจำนวนมากขึ้น และอีกปัจจัยหนึ่งพบว่าการระบาดของสารกลุ่มแอมเฟตามีนความรุนแรงมากขึ้น จึงอาจทำให้ความชุกของปัญหาสารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และในการศึกษายังพบว่าระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 60 ไม่มีโรคทางจิตเวชร่วม และเคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือรักษาระดับดีร้อยละ 65 จากการวิเคราะห์พบเพียงปัจจัยเรื่องการเคยเข้ารับการรักษเป็นผู้ป่วยในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Swaroopachary และคณะ และ Vaishnav และคณะ ที่พบว่าความรุนแรงของการติดสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ^{11,12} อาจเป็นจากข้อบ่งชี้ของการรักษแบบผู้ป่วยใน เช่น มีการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือสังคม มีอาการรุนแรง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากทำให้เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระได้มากขึ้น แต่ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยแต่อาจไม่ได้กระทบกับผู้ดูแลมากนัก

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะใช้เวลาดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาของการดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี โดยส่วนใหญ่จะดูแลผู้ป่วยหลายด้านและดูแลในด้านการพามาปรึกษา การจัดยา การเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดรวมถึงการให้กำลังใจหรือให้คำปรึกษามากกว่าร้อยละ 40 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kaur และคณะ ที่พบว่ามีการดูแลจัดยาและให้กำลังใจหรือให้คำปรึกษาเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น¹³ และในการศึกษานี้เกือบทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อนเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น¹³ จึงอาจแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน แต่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ทั้งด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันรวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยอีกด้วย และยังพบว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยถึง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแลและถูกพูดจาหยาบคายหรือข่มขู่ ร้อยละ 20 - 30 และเคยถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 จากการวิเคราะห์พบว่าการเคยถูกทำร้ายร่างกายมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Swaroopachary และคณะ ที่พบว่าการมีประวัติที่ผู้ป่วยใช้ความรุนแรงกับผู้ดูแลมีผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสุขภาพที่ไม่ดีของผู้ดูแล¹² เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (poor insight) จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านไปจนถึงการใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและสภาพจิตใจจนส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มมากขึ้นจากเดิม^{16,17,30}

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ cross-sectional study จึงศึกษาได้เพียงปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลแต่ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุและผลกันได้ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้จากการเก็บข้อมูลจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเท่านั้น หากจะนำไปใช้อ้างอิงควรจะต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันเพิ่มเติม อีกทั้งขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษายังมีจำนวนน้อยทำให้การวิเคราะห์แบ่งกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 กลุ่ม และตัวแปรในการศึกษามีการกระจายตัวของข้อมูลมาก ทำให้ผลการศึกษาปัจจัยแต่ละตัวมีช่วงค่าความเชื่อมั่นที่กว้างมาก หากทำการศึกษาเพิ่มเติมควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลหาปัจจัยความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาค้นต่อไปควรทำการศึกษแบบ multicenter เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและนำผลการศึกษาไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายบริบทมากขึ้น และการตระหนักของผู้รักษาถึงความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นตามมาของผู้ดูแลเช่นภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น หากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้รับการดูแลที่ดีมากขึ้นด้วย ดังนั้นการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการทำการศึกษาถึงแนวทางการคัดกรองและดูแลสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ดูแลในอนาคต

สรุป

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเป็นภาวะที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ ดังนั้นหากผู้รักษาตระหนักและสามารถประเมินภาวะดังกล่าวได้จะทำให้ลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงลงได้ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ การเคยมีประสบการณ์ถูกผู้ป่วยที่ดูแลทำร้ายร่างกายและการที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ดูแลที่มีปัจจัยดังกล่าวจึงควรได้รับการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อลดการเจ็บป่วยที่จะตามมา และควรมีการให้ความรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ

การใช้สารเสพติด เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงและ
ภาวะอันตรายแก่ผู้ดูแลเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1. Thiraphon Singlor. 'More people are using drugs, and there are more drugs, and more types of drugs, than ever' [Internet]. Bangkok: Centre for SDG Research and Support: SDG Move; 2022 [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://www.sdgmove.com/2022/06/24/report-unodc-drug-east-southeast-asia-2022/>
2. American Psychiatric Association. Substance-related and addictive disorders. In: American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington(VA): American Psychiatric Association Publishing; 2013. p. 481-589.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2020. Place unknown: United Nations publication; 2020.
4. Bethesda (MD). Common comorbidities with substance use disorders research report [Internet]. place unknown: National Institutes on Drug Abuse (US); 2018 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
5. Mueser KT, Gottlieb JD, Cather C, Glynn SM, Zarate R, Smith MF, et al. Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates. *Psychosis* 2012;4(1):52-62.
6. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(6): 1224-39.
7. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders. *Clin Neuropharmacol* 2012; 35(5): 235-43.
8. Hannah Ritchie and Max Roser. Drug use [Internet]. Place unknown: Our World in Data; 2019 [cited 2022 Mar 16]. Available from: <https://ourworldindata.org/drug-use>
9. Ayakdas Dagli D, Baysan Arabaci L, Tas Soylu G, Buyukbayram Arslan A. Relationship between caregivers' care burden and their social functioning perceptions toward addicted patients: a cross-sectional survey. *Florence Nightingale J Nurs* 2021;29(3):353-60.
10. Vadher S, Desai R, Panchal B, Vala A, Ratnani IJ, Rupani MP, et al. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *Gen Psychiatr* 2020;33(4): e100215.
11. Vaishnavi R, Karthik MS, Balakrishnan R, Sathianathan R. Caregiver burden in alcohol dependence syndrome. *J Addict* 2017;2017:1-6.
12. Swaroopachary R, Kalasapati L, Ivaturi S, Reddy C. Caregiver burden in alcohol dependence syndrome in relation to the severity of dependence. *Arch Ment Health* 2018;19(1):19-23.
13. Kaur A, Mahajan S, Deepti SS, Singh T. Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: a study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(6):2380-2383.
14. Ólafsdóttir J, Hrafnadóttir S, Orjasniemi T. Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordisk Alkohol Nark* 2018;35(3):165-78.
15. Daley DC. Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *J Food Drug Anal* 2013;21(4): S73-6.
16. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc Work Public Health* 2013; 28(3-4):194-205.
17. Mauri MC, Ciriigliaro G, Piccoli E, Vismara M, de Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2022[cited 2023 Mar 20]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00842-w>
18. Noghani F, Seyedfatemi N, Karimirad MR, Akbarzadeh A, Hasanpour-Dehkordi A. Health related quality of life in family caregivers of patients suffering from mental disorders. *J Clin Diagn Res* 2016;10(11): VC05-9.
19. Sharma A, Sharma A, Gupta S, Thapar S. Study of family burden in substance dependence: a tertiary care hospital-based study. *Indian J Psychiatry* 2019;61(2):131-8.
20. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017;25(1):1-19.
21. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564. [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2566]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73ก (ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2564). สืบค้นจาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17186429.pdf>
22. Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31(1):9-14.
23. Zarit SH, Zarit JM. Instructions for the burden interview. Technical Document, University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
24. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park (PA): The Pennsylvania State University, Gerontology Center; 1990.
25. Orawan Silpakit, Chatchawan Silpakit, Rossukon Chomchuen. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *J Ment Health Thai* 2015; 23(1):12-23.
26. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai Version of the Zarit Burden Interview using Rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120.
27. Saengduenchai S, Nilaban S, Singhtho T, Ranuwattananon A. The Development of Substance Use Disorder Screening Test (SUDST) according to the Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[Internet]. Nonthaburi(TH): The Graphico systems; 2020 [cited 2022 Apr 14]. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/64/63-1.pdf>



28. Afridi F, Dinkelman T, Mahajan K. Why Are Fewer Married Women Joining the Work Force in India? A Decomposition Analysis over Two Decades. *J Popul Econ* 2018;31:783-818.
29. Income - Expenditure Statistics Group SSDNSO. THE 2021 HOUSEHOLD SOCIO-ECONOMIC SURVEY WHOLE KINGDOM[Internet]. Bangkok: Text and Journal Publication; 2022[cited 2022 Dec 22]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014en/Pages/survey/Social/Household/The-2017-Household-Socio-Economic-Survey.aspx>
30. Gruber KJ, Taylor MF. A Family Perspective for Substance Abuse: Implications from the Literature. *J Soc Work Pract Addict* 2006;6(1-2):1-29.

ประสบการณ์และทัศนคติต่อการฝึกอบรมจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทยและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด: การศึกษานำร่อง

วุฒิกักร เอี่ยมมีชัย*, วรภัทร รัตอาภา*, ณัฏฐา สายเสวย*, นราทิพย์ สงวนพานิชย์*, นที วีรวรรณ*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย

วิธีการ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ในขั้นตอนที่ 1 คณะผู้วิจัยสุ่มตัวแทนแพทย์ประจำบ้านในสถาบันฝึกอบรมต่างๆ ในประเทศไทย สถาบันละ 1-2 คน เพื่อตอบแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาแบบสอบถามดังกล่าวเป็นแบบชนิดลิเคิร์ทสเกล จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน จากสถาบันที่แตกต่างกันตรวจสอบและให้ความคิดเห็น ในขั้นตอนที่ 2 คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ชนิดลิเคิร์ทสเกลที่พัฒนาขึ้น ข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด และการพบอาจารย์ที่ปรึกษา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด

ผลการศึกษา มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 29 ราย (ร้อยละ 21.0 ของจำนวนแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั้งหมด) ในผู้ที่ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 89.7 มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด (มัธยฐาน 12 ครั้ง พิสัยควอไทล์ 4, 15) ร้อยละ 84.0 เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นประจำ ร้อยละ 93.1 วางแผนจะทำจิตบำบัดต่อไปในอนาคตหลังสำเร็จการฝึกอบรม ร้อยละ 48.3 มองว่าภาระงานที่มากเกินไปเป็นอุปสรรคต่อการทำจิตบำบัด ทัศนคติที่ว่า "มีผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการทำจิตบำบัดจึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้" มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.69$, $p<0.01$) ในทางกลับกัน ทัศนคติที่ว่า "การทำจิตบำบัดไม่จำเป็นเพราะมีการรักษาอื่นที่ให้ผลดีกว่า" และ "อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทางจิตใจในด้านลบจากการทำจิตบำบัดต่อตัวท่านได้" เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=-0.59$, $p=0.02$ และ $r=-0.57$, $p=0.03$ ตามลำดับ) ในกลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความสนใจในการทำจิตบำบัด ($r=0.60$, $p=0.02$ และ $r=0.57$, $p=0.03$ ตามลำดับ)

สรุป ทัศนคติต่อประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัด ความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัด และการประทับใจทางจิตใจจากอาจารย์ที่ปรึกษา มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด

คำสำคัญ: จิตบำบัด ฝึกอบรมจิตบำบัด ความสนใจในการทำจิตบำบัด แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์

Corresponding author: นที วีรวรรณ

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: natee.vir@mahidol.ac.th

วันรับ : 4 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 20 มีนาคม 2566 วันตอบรับ : 27 มีนาคม 2566

Experiences in and Attitudes Toward Psychotherapy Training of General Psychiatry Residents in Thailand and Factors Associated With Psychotherapy Interest: A Pilot Study

Wuttipat Iammeechai*, Woraphat Ratta-apha*, Nattha Saisavoey*, Naratip Sanguanpanich*, Natee Viravan*

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

ABSTRACT

Objective: To explore psychotherapy delivering experiences, attitude toward psychotherapy, and factors associated with the psychotherapy interest of general psychiatry residents in Thailand.

Methods: The present study comprised two phases. In the first phase, one or two psychiatry residents from each training institute in Thailand were randomly selected to answer the online open-ended questionnaire for evaluate experiences and attitude toward psychotherapy. Then, the Likert-type questionnaire was developed by using gathered information. It was validated by three content experts from different institutions. In the second phase, the developed online Likert-type questionnaire was used to assess attitude toward psychotherapy, psychotherapy delivering and supervision experiences, and factors associated with psychotherapy interest of general psychiatry residents in Thailand.

Results: In the second phase, 29 participants responded (21.0% of all general psychiatry residents in Thailand). 89.7% had delivered psychotherapy (Median 12 sessions, IQR [4, 15]). 84.0% of participants attended supervision regularly. 93.1% reported they would further provide psychotherapy. 48.3% said work overload was a barrier for psychotherapy practice. The attitude "Some patients need psychotherapy to make their symptoms better" was positively correlated with psychotherapy interest ($r=0.69$, $p<0.01$). On the other hand, the attitudes "Psychotherapy is unnecessary because other treatments are more effective" and "Supervisors cannot help me with my negative psychological impacts from psychotherapy" were negatively correlated with psychotherapy interest ($r=-0.59$, $p=0.02$ and $r=-0.57$, $p=0.03$, respectively). Self-confidence in knowledge and skills for psychotherapy positively correlated with psychotherapy interest of first-year residents ($r=0.60$, $p=0.02$ and $r=0.57$, $p=0.03$, respectively).

Conclusions: Attitude toward the effectiveness of psychotherapy, self-confidence in psychotherapy skills and knowledge, and psychological support from supervisors were correlated with psychotherapy interest.

Keyword: Psychotherapy, Psychotherapy training, Psychotherapy interest, Psychiatry resident

Corresponding author: Natee Viravan

E-mail: natee.vir@mahidol.ac.th

Received 4 January 2023 Revised 20 March 2023 Accepted 27 March 2023

บทนำ

จิตบำบัดถูกใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 19 และมีหลักฐานการศึกษาที่รองรับผลการรักษาและประสิทธิภาพในการรักษาด้วยการบำบัดมากขึ้นในปัจจุบัน¹⁻⁵ ทั้งด้านการลดอาการช่วงอาการกำเริบ (acute phase) และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (maintenance phase) ของโรคจิตและโรคทางอารมณ์ จิตบำบัดจึงเป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ถูกแนะนำในแนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคทางจิตเวชหลายโรค^{2,6-8} ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ

ต่างประเทศให้ความสำคัญกับการฝึกทำจิตบำบัดในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ โดยมองว่าการทำจิตบำบัดเป็นพื้นฐานของความเป็นจิตแพทย์ การขาดทักษะในการทำจิตบำบัดจะส่งผลให้เกิดปัญหาในการตรวจวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน^{1,3,9} องค์การควบคุมมาตรฐานการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ของประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา และอังกฤษ กำหนดให้การฝึกทำจิตบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์^{3,10-12}

แม้ว่าการทำจิตบำบัดจะมีประสิทธิภาพ และถูกกำหนดเป็นมาตรฐานในการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ดังที่ได้กล่าวมาแล้ว การศึกษาในต่างประเทศพบว่าการทำจิตบำบัดในระหว่างการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านยังมีอุปสรรคหลายประการ อาทิ แพทย์ประจำบ้านมีความลำบากในการจัดสรรเวลาเพื่อทำจิตบำบัด¹⁴ หรือพบอาจารย์ที่ปรึกษา (supervision)¹⁵ ชั่วโมงการเรียนการสอนและกิจกรรมวิชาการเพื่อการเรียนรู้การทำจิตบำบัดไม่เพียงพอต่อความต้องการของแพทย์ประจำบ้าน¹⁶ แพทย์ประจำบ้านไม่มั่นใจในการทำจิตบำบัด แพทย์ประจำบ้านมีเจตคติด้านลบต่อการทำจิตบำบัด¹⁷ ปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเห็นความสำคัญของการทำจิตบำบัด จึงสนับสนุนการจัดฝึกอบรมการทำจิตบำบัดรูปแบบต่างๆ และกำหนดให้การฝึกทำจิตบำบัดเป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยเช่นเดียวกับในต่างประเทศ¹⁸ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยยังมีน้อย มีเพียงการศึกษามุมมองของแพทย์ประจำบ้านต่อการทำจิตบำบัดและหลักสูตรการฝึกอบรมในภาพรวมที่ศึกษาเมื่อ 5 ปีก่อน¹⁹ และยังไม่เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์การฝึกทำจิตบำบัด และปัจจัยที่สัมพันธ์กับ

ความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน แม้ว่าเคยมีการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดในต่างประเทศมาบ้างแล้ว บริบทการฝึกอบรมและสภาพแวดล้อมของประเทศไทยอาจแตกต่างจากต่างประเทศ และผลการศึกษาในต่างประเทศอาจไม่สามารถนำมาใช้กับบริบทของประเทศไทยได้

ดังนั้น คณะผู้วิจัยจึงทำการศึกษาวิจัยนี้เพื่อศึกษาประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดและทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย ตลอดจนศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผลการศึกษาจะช่วยสะท้อนระบบการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ไทยในปัจจุบัน และใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการฝึกทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านต่อไป

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามในระบบออนไลน์ (online questionnaire) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการสร้างแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด และขั้นตอนการเก็บข้อมูล การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (Siriraj Institutional Review Board) เลขที่หนังสือรับรอง Si 200/2020 และได้รับอนุญาตจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยในการเก็บข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เก็บข้อมูลจากแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศไทย ชั้นปีที่ 1 - 3 ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกคนได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและพิจารณาตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมงานวิจัยด้วยตนเองผ่านทางออนไลน์ โดยคณะผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เป็นแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ทั่วไป ชั้นปีที่ 2 - 3 หรือหลักสูตรจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ชั้นปีที่ 2 ที่กำลังศึกษาอยู่ในสถาบันฝึกอบรมภายในประเทศไทย มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ราย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตและใช้เว็บไซต์เพื่อกรอกแบบสอบถามได้

ขั้นตอนที่ 2 เป็นแพทย์ประจำบ้านหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ทั่วไป ชั้นปีที่ 1-3 ที่ศึกษาอยู่ในสถาบันฝึกอบรมภายในประเทศไทย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตและใช้เว็บไซต์เพื่อกรอกแบบสอบถามได้ และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถขอถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยได้ทุกเมื่อ

การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดเบื้องต้นจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ซึ่งประกอบด้วยคำถามปลายเปิดจำนวน 27 ข้อ เกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด ได้แก่ ทัศนคติ ระบบการเรียนการสอนและกิจกรรมวิชาการของสถาบันฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มาจากการทบทวนการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ของ G.Hadjipavlou et al.¹⁴, L.M.Schmidt et al.¹⁵, J.G.Kovach et al.¹⁶, S.Zisook et al.¹⁷, P.Pariwatcharakul et al., O.L.Shachar et al.²⁰, G.M.Radu et al.²¹, และ R.AIOtaibi et al.²² โดยคณะผู้วิจัยได้นำปัจจัยดังกล่าวมาดัดแปลงเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อเก็บข้อมูลบริบทจริงที่เกิดขึ้นในประเทศไทย รวมทั้งคณะผู้วิจัยได้มีการเพิ่มคำถามปลายเปิดเกี่ยวข้องกับระบบบริการ และความคิดเห็นต่อการสนับสนุนจากราชวิทยาลัยฯ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่มีเฉพาะในประเทศไทย ตัวอย่างคำถามเช่น “ท่านคิดว่ามีปัจจัยใดบ้างที่ส่งเสริมให้ท่านทำจิตบำบัดแก่ผู้ป่วย” “ท่านคิดว่ามุมมองต่อจิตบำบัดอย่างไรที่ไม่ส่งเสริมให้แพทย์เลือกทำจิตบำบัด” “กิจกรรมวิชาการด้านการทำจิตบำบัดในสถาบันฝึกอบรมของท่านส่งผลต่อการทำจิตบำบัดของท่านหรือเพื่อนแพทย์ประจำบ้านอย่างไร” คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ชนิดคำถามเปิดทางออนไลน์ มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด แบบชนิดลิเคิร์ทสเกล หลังจากพัฒนาแบบประเมินประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด แล้ว คณะผู้วิจัยส่งแบบประเมินประสบการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่พัฒนาขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญทางด้านจิตเวชศาสตร์จำนวน 3 ท่าน จากต่างสถาบันฝึกอบรมเพื่อประเมินคุณภาพของคำถามในแบบสอบถามและให้

ความเห็นเพื่อปรับปรุงพัฒนาแบบสอบถาม โดยให้ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนแต่ละข้อคำถามเป็น (-1) 0 หรือ 1 (โดย (-1) หมายถึง ไม่เห็นด้วย 0 หมายถึง ไม่มีความเห็น และ 1 หมายถึง เห็นด้วย) และให้ความคิดเห็นในการปรับปรุงข้อคำถามแต่ละข้อ ข้อคำถามใดที่ได้คะแนนรวมจากผู้เชี่ยวชาญน้อยกว่า 2 คะแนน คณะผู้วิจัยจะปรับปรุงข้อคำถามเหล่านั้นและส่งแบบสอบถามฉบับปรับปรุงให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินคุณภาพอีกครั้งหนึ่ง โดยใช้เกณฑ์เดียวกับการประเมินคุณภาพในครั้งแรก จากนั้นคณะผู้วิจัยติดต่อแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์แต่ละสถาบัน เพื่อขอตัวแทนทดลองทำแบบสอบถามและให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามตามความสนใจจำนวน 10 คน เพื่อปรับแก้ไขภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษามากยิ่งขึ้น ก่อนนำแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดแบบชนิดลิเคิร์ทสเกล ฉบับสมบูรณ์ไปใช้เก็บข้อมูลจริง

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยประจำสามพันธุการศึกษาวิจัยแก่แพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วประเทศไทย โดยขอความร่วมมือจากตัวแทนแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์แต่ละสถาบันช่วยประชาสัมพันธ์แพทย์ประจำบ้านในสถาบันของตนเอง ร่วมกับประชาสัมพันธ์การศึกษาวิจัยผ่านกลุ่มไลน์ ที่มีแพทย์ประจำบ้านเป็นสมาชิก (LINE group)

คณะผู้วิจัยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม 2563 โดยผู้ร่วมวิจัยตอบแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด แบบชนิดลิเคิร์ทสเกลที่พัฒนาขึ้นจากขั้นตอนที่ 1 ผ่านกูเกิลฟอร์ม (Google Forms) ข้อมูลที่เก็บได้แก่

1. ข้อมูลพื้นฐาน เช่น หลักสูตรฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ที่ศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษาอยู่
2. ประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด ประกอบด้วยคำถามชนิดเติมคำแบบมีตัวอย่างคำตอบ จำนวน 9 ข้อ และแบบเลือกคำตอบจาก 5 ตัวเลือก จำนวน 1 ข้อ เช่น จำนวนผู้ป่วยที่เคยทำจิตบำบัด ความสนใจในการทำจิตบำบัด (จำนวนครั้งที่เคยทำจิตบำบัด) เทคนิคที่ใช้ในการทำจิตบำบัด แผนการทำจิตบำบัดในอนาคต
3. ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องในการทำจิตบำบัด ประกอบด้วยคำถามชนิดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ จำนวน 17 ข้อ และคำถามแบบเลือกอันดับจำนวน 6 ข้อ เช่น ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัด

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันฝึกอบรม ประกอบด้วย คำถามชนิดเลือกคำตอบ จาก 6 ตัวเลือก จำนวน 1 ข้อ คำถามชนิดเลือกคำตอบ จาก 3 ตัวเลือก จำนวน 3 ข้อ คำถามชนิดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ และ คำถามชนิดเติมคำ จำนวน 2 ข้อ เช่น ระบบสนับสนุน การทำจิตบำบัดของสถาบันที่ฝึกอบรม กิจกรรม วิชาการเกี่ยวกับการทำจิตบำบัด
5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาจารย์ที่ปรึกษา ประกอบด้วย คำถามชนิดเลือกคำตอบ จำนวน 1 ข้อ และคำถาม ลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ เช่น ความคิดเห็น ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัด ความถี่ ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัด โดยกำหนดให้มาตรฐานการพบอาจารย์ที่ปรึกษา 1 ครั้งต่อการทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย 1 ครั้ง
6. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับราชวิทยาลัยฯ ประกอบด้วย คำถามชนิดลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ จำนวน 6 ข้อ และ คำถามชนิดเติมคำ จำนวน 4 ข้อ เช่น กิจกรรมวิชาการ กลางเกี่ยวกับจิตบำบัด ค่ายฝึกอบรมการทำจิตบำบัด เกณฑ์การฝึกอบรมด้านจิตบำบัด
7. ข้อเสนอแนะอื่นๆ ประกอบด้วย คำถามชนิดเติม คำตอบ จำนวน 4 ข้อ

คณะผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบประเมินประสบการณ์และทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดมาวิเคราะห์ทางสถิติตามความเป็นจริงตามลักษณะการเก็บข้อมูล โดยไม่ได้มีการแปลงข้อมูลใดๆ เช่น ข้อมูลอายุและจำนวนครั้งการทำจิตบำบัดนำไปวิเคราะห์แบบข้อมูลต่อเนื่อง (Continuous data) ข้อมูลจากคำถามชนิดเลือกตอบ และคำถามชนิดลิเคิร์ทสเกลนำไปวิเคราะห์ข้อมูลแบบกลุ่ม (Categorical data)

คณะผู้วิจัยตั้งใจป้องกันการระบุตัวตนจากการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ขั้นตอน จึงไม่มีการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสถาบันการฝึกอบรมเนื่องจากข้อมูลเหล่านี้อาจนำไปสู่การระบุตัวตนในกลุ่มประชากรที่เล็กได้

นิยามเชิงปฏิบัติการ

“การทำจิตบำบัด” ในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง การทำจิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) ตามหลักการมาตรฐานของรูปแบบจิตบำบัดนั้นๆ เช่น มีการตกลงจำนวนครั้ง การให้คำมั่น (Sign contract) การตั้งเป้าหมาย และมีระยะเวลา

การทำจิตบำบัดครั้งละ 40 - 60 นาที โดยไม่เน้นการนำเทคนิคของการทำจิตบำบัดไปประยุกต์ใช้ในการตรวจผู้ป่วยเป็นครั้งคราว “การทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy)” ในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึง การทำจิตบำบัดหรือการเรียนรู้การทำจิตบำบัดในรูปแบบที่ใช้ความรู้พื้นฐานจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) หรือทฤษฎีจิตพลวัต (Psychodynamic theory) โดยรวมการทำจิตบำบัดทั้งรูปแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) และจิตบำบัดแบบรู้แจ้ง (insight-oriented psychotherapy)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลเชิงปริมาณแบบต่อเนื่องนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหากข้อมูลกระจายแบบปกติ และนำเสนอด้วยมัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์หากข้อมูลกระจายแบบไม่ปกติ

คณะผู้วิจัยวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแรงนับด้วย Chi-square หรือ Fisher's exact test และความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่อเนื่องด้วย independent t-test หรือ Mann-Whitney U test และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความสนใจในการทำจิตบำบัดโดยใช้สถิติ Spearman's correlation การวิเคราะห์ Spearman's correlation จะวิเคราะห์เฉพาะกลุ่มตัวอย่างแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2 และ 3 เนื่องจากแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 จำนวนหนึ่งยังไม่เริ่มทำจิตบำบัด การศึกษานี้ไม่มีข้อมูลขาดหาย (missing data) และวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม Statistics Package for the Social Sciences version 18.0 โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติ (p -value) ที่ <0.05

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐาน

มีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 21.0 ของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั้งหมดในประเทศไทย โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงร้อยละ 51.7 มีอายุเฉลี่ย 28.69 ± 2.52 ปี ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ร้อยละ 48.3 แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 37.9 และแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 13.8

ตารางที่ 1 ประสิทธิภาพและเทคนิคในการทำจิตบำบัด

	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
จำนวนผู้ป่วยในการทำจิตบำบัดต่อแพทย์ประจำบ้าน 1 คน	2.24	1.19
จำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดเฉลี่ยต่อแพทย์ประจำบ้าน 1 คน	13.17	14.70
เทคนิคในการทำจิตบำบัด	จำนวน (ร้อยละ)*	
Psychodynamic-oriented psychotherapy	20 (76.9)	
Cognitive behavior therapy	9 (34.6)	
Satir transformational systemic therapy	4 (15.4)	
Interpersonal psychotherapy	1 (3.8)	

*เฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย (n=26)

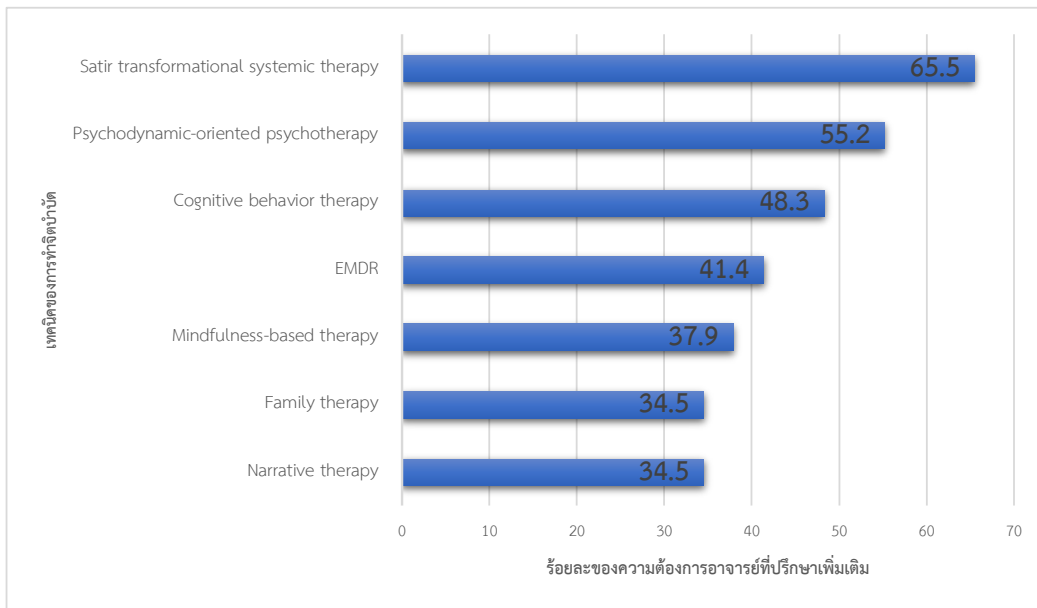
หมายเหตุ: แพทย์ประจำบ้าน 1 คน อาจมีการเลือกทำจิตบำบัดมากกว่า 1 เทคนิค

ประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัย 26 คน (89.7%) เคยทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยแล้วอย่างน้อย 1 ราย โดยค่ามัธยฐานของจำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดเท่ากับ 12 ครั้ง และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เท่ากับ [4,15] จำแนกเป็นชั้นปีต่างๆ ดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 1 มีมัธยฐานเท่ากับ 4 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=0,12.25) ผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 2 มีมัธยฐานเท่ากับ 12 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=12,15) และผู้เข้าร่วมวิจัยชั้นปีที่ 3 มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 45 ครั้ง (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์=19.5, 60) โดยผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยังไม่เคยทำจิตบำบัดกับผู้ป่วยเป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ทั้งหมด จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการทำจิตบำบัดจากผู้เข้าร่วมวิจัยระหว่างการฝึกอบรมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 ราย (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ = 1, 3.5)

ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่เคยทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย (n=26) มีการเลือกให้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) มากที่สุด (ร้อยละ 76.9) รองลงมาเป็นจิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) คิดเป็นร้อยละ 34.6 จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) คิดเป็นร้อยละ 15.4 และจิตบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal psychotherapy) คิดเป็นร้อยละ 3.8 ไม่พบการเลือกใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดแบบอื่น เช่น จิตบำบัดแนวพุทธ (Buddhist therapy) จิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) จิตบำบัดแบบสติเป็นฐาน (Mindfulness-based psychotherapy)

ประสบการณ์ในการเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดส่วนใหญ่เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัดเป็นประจำ (ร้อยละ 84) โดยแจกแจงความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาดังนี้ ครบทุกครั้ง เกือบทุกครั้ง บ่อยครั้ง และนานๆ ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 32, 24, 28, 12 และ 4 ตามลำดับ แต่มีผู้เข้าร่วมวิจัย 1 รายที่ให้ข้อมูลว่า “ไม่มี/ไม่เคยพบอาจารย์ที่ปรึกษา” จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาในผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัด (n=25) พบว่าความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “อาจารย์ที่ปรึกษาให้เวลาเพียงพอ” มีความสัมพันธ์เชิงบวกกระดัดปานกลางกับความถี่ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษา ($r=0.45$, $p=0.03$) นอกจากนี้ ร้อยละ 58.6 ของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญในการทำจิตบำบัดบางสาขาเพิ่มเติมในสถาบันของตนเอง โดย 3 อันดับแรกของสาขาจิตบำบัดที่ผู้เข้าร่วมวิจัยอยากให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญเพิ่มเติมในสถาบันของตนเอง ได้แก่ จิตบำบัดแบบซาเทียร์ (Satir transformational systemic therapy) ร้อยละ 65.5, การทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) ร้อยละ 55.2 และจิตบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) ร้อยละ 48.3 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1 กิจกรรมวิชาการเกี่ยวกับการทำจิตบำบัด ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ได้รับกิจกรรมวิชาการที่ส่งเสริมการทำจิตบำบัดจากสถาบันฝึกอบรมประมาณ 1 - 3 ชั่วโมงต่อเดือน (ร้อยละ 41.4) ใช้เวลาศึกษาด้วยตนเองประมาณ 1 - 3 ชั่วโมงต่อเดือน (ร้อยละ 44.8)



แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของความต้องการอาจารย์ที่ปรึกษาเพิ่มเติมจำแนกตามเทคนิคของการบำบัด (n=29)

หมายเหตุ EMDR: Eye movement desensitization and reprocessing therapy

และคิดว่ากิจกรรมวิชาการส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความรู้และทักษะการทำจิตบำบัด (ร้อยละ 55.2) ร้อยละ 20.7 ของผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการให้มีจำนวนชั่วโมงวิชาการเพิ่มมากขึ้นหรือมีความหลากหลายมากยิ่งขึ้น และร้อยละ 48.3 คิดว่าภาระงานที่มากเกินไปส่งผลให้ไม่อยากทำจิตบำบัด

ทัศนคติต่อการบำบัดของแพทย์ประจำบ้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการบำบัด โดยมองว่าการบำบัดมีประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์ (ร้อยละ 93.1) การพัฒนาตนเอง (ร้อยละ 96.5) ประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 100) และมีความสำคัญต่อการรักษาผู้ป่วย (ร้อยละ 93.1) ส่วนทัศนคติในเชิงลบ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ให้ความเห็นปานกลางและเห็นด้วยต่อทัศนคติที่ว่า “มีองค์ความรู้และทักษะอื่นๆ ที่น่าสนใจและควรฝึกฝนระหว่างการทำจิตบำบัดมากกว่าการทำจิตบำบัด” (ร้อยละ 44.8) โดยร้อยละ 20.6 ของผู้เข้าร่วมวิจัยที่เห็นด้วยกับทัศนคติข้อนี้ ซึ่งแตกต่างจากทัศนคติเชิงลบอื่นๆ มีผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ข้อมูลว่า “ไม่เห็นด้วย” มากกว่าครึ่งหนึ่ง (มากกว่าร้อยละ 50) ดังแสดงในตารางที่ 2 ร้อยละ 93.1 ของผู้เข้าร่วมวิจัยสนใจจะทำจิตบำบัดต่อไปในอนาคต โดยร้อยละ 17 จะทำอย่างแน่นอน และร้อยละ 75.8 จะทำหากภาระงานไม่มากเกินไป

ปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด

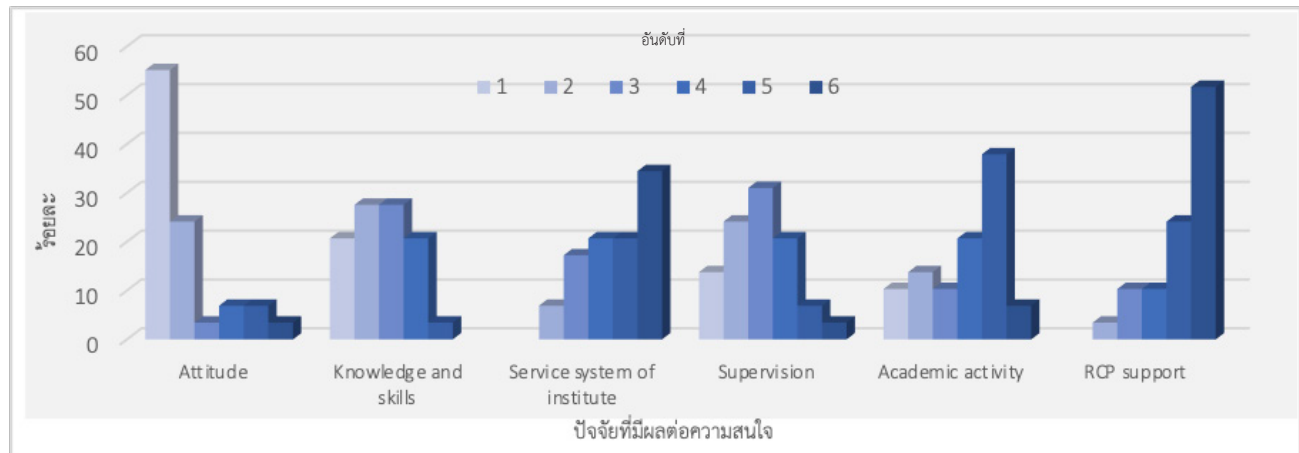
จากตัวเลือก 6 ปัจจัย ได้แก่ ทัศนคติ ความรู้และทักษะระบบบริการของสถาบันฝึกอบรม อาจารย์ที่ปรึกษา กิจกรรมวิชาการ และการสนับสนุนของราชวิทยาลัย ปัจจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 55.17) มองว่ามีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัดมากที่สุด (เป็นอันดับ 1) คือทัศนคติ และปัจจัยที่ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 51.72) มองว่ามีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัดน้อยที่สุด (เป็นอันดับ 6) คือการสนับสนุนจากราชวิทยาลัย รายละเอียดดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

ปัจจัยด้านทัศนคติ

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่างทัศนคติที่ว่า “มีผู้ป่วยบางรายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัด จึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้” กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ($r=0.69$, $p<0.01$) และมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางระหว่างทัศนคติที่ว่า “การทำจิตบำบัดไม่จำเป็น เพราะมีการรักษาอื่นที่ได้ผลดีกว่า” กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ($r=-0.59$, $p=0.02$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ปัจจัยด้านความมั่นใจในความรู้ทักษะการทำจิตบำบัด และการรักษาด้วยยา

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่ากลางของความมั่นใจในการรักษาด้วยยาในระดับที่ดี (มัธยฐาน=4) แต่มีค่ากลางของความมั่นใจในความ



RCP = วิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (The Royal College of Psychiatrist of Thailand)

แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของอันดับปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=29)

รู้พื้นฐาน ทักษะ การทำความเข้าใจผู้ป่วย (case formulation) และการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับปานกลาง (มัธยฐาน=3) ผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 มีค่ากลางของความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาในระดับค่อนข้างต่ำ (มัธยฐาน=2) แต่มีความมั่นใจมากขึ้นในชั้นปีที่ 2 (มัธยฐาน=3) และชั้นปีที่ 3 (มัธยฐาน=3.5) ซึ่งความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาของผู้เข้าร่วมวิจัยแต่ละชั้นปีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$, Mann-Whitney U test) โดยจำนวนชั้นปีมีความสัมพันธ์ในทางบวก ระดับปานกลางกับความมั่นใจในการทำจิตบำบัดโดยไม่ต้องอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา ($r = 0.572$, $p = 0.001$) ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่เป็นแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางระหว่างความสนใจในการทำจิตบำบัดกับความมั่นใจในความรู้พื้นฐานในการทำจิตบำบัด ($r = 0.6$, $p = 0.02$) และความมั่นใจในทักษะในการทำจิตบำบัด ($r = 0.57$, $p = 0.03$) อย่างไรก็ตาม ไม่พบว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติในแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 ความมั่นใจในการรักษาด้วยยากับความสนใจในการทำจิตบำบัดไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยด้านอาจารย์ที่ปรึกษา

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่าความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทางจิตใจในด้านลบที่เกิดจากการทำจิตบำบัดได้”

มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสนใจในการทำจิตบำบัด ($r = -0.57$, $p = 0.03$) ในขณะที่ความคิดเห็นต่ออาจารย์ที่ปรึกษาที่ว่า “การหาอาจารย์เป็นที่ปรึกษามีความยากลำบาก” มีความสัมพันธ์เชิงลบระดับปานกลางกับความสนใจในการทำจิตบำบัดแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.48$, $p = 0.07$)

วิจารณ์

การศึกษานี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์และทัศนคติในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ทั่วไปในประเทศไทย และศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผลการศึกษาพบว่า แพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 2 และ 3 ทุกคนเคยมีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วยและมักเริ่มทำจิตบำบัดหลังจบการฝึกอบรมในชั้นปีที่ 1 โดยส่วนใหญ่เลือกใช้การทำจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented psychotherapy) แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่เข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นประจำและมองว่าจิตบำบัดเป็นประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์และการพัฒนานตนเอง รวมทั้งเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาด้วยจิตบำบัด แม้ว่าแพทย์ประจำบ้านบางส่วนจะมองว่ามีความรู้หรือทักษะอื่นที่อาจจำเป็นต้องฝึกฝนในระหว่างการฝึกอบรมมากกว่าการทำจิตบำบัด

แพทย์ประจำบ้านในการศึกษานี้มีประสบการณ์การทำจิตบำบัดมากกว่าที่ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กำหนดไว้เป็นเกณฑ์สำเร็จการฝึกอบรมทั้งในด้านจำนวนผู้ป่วยและจำนวนครั้งของการทำจิตบำบัด แต่น้อยกว่าแพทย์ประจำบ้าน

ตารางที่ 2 ทศนคติต่อการทำจิตบำบัดและความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติต่อการทำจิตบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=29)

	ไม่เห็นด้วย n (%)	ปานกลาง n (%)	เห็นด้วย n (%)	Spearman correlation [#] (p-value)
ทศนคติเชิงบวก				
ท่านสนใจในการทำจิตบำบัด	1 (3.4)	4 (13.8)	24 (82.7)	0.12 (0.97)
จิตแพทย์ทุกคนต้องทำจิตบำบัดได้	3 (10.3)	5 (17.2)	21 (72.4)	0.28 (0.31)
การได้ทำจิตบำบัดทำให้ท่านรู้สึกดี	2 (6.9)	12 (42.1)	19 (68.9)	-0.36 (0.19)
ทักษะการทำจิตบำบัด มีประโยชน์ต่อการเป็นจิตแพทย์ แม้ในอนาคตอาจไม่ได้ทำจิตบำบัดเต็มรูปแบบ	0 (0)	2 (6.9)	27 (93.1)	0.30 (0.28)
การทำจิตบำบัดทำให้ท่านได้พัฒนาตนเอง	0 (0)	1 (3.4)	28 (96.5)	0.10 (0.72)
การทำจิตบำบัดมีประโยชน์ในการรักษาผู้ป่วย	0 (0)	0 (0)	29 (100.0)	-0.32 (0.91)
มีผู้ป่วยบางรายที่ต้องได้รับการรักษาด้วยจิตบำบัดจึงจะทำให้อาการดีขึ้นได้	0 (0)	2 (6.9)	27 (93.1)	0.69 (<0.01)*
ผลการรักษาจากการทำจิตบำบัดมีความคุ้มค่ากับเวลาที่ใช้	1 (3.4)	11 (37.9)	17 (58.6)	-0.44 (0.88)
ทศนคติเชิงลบ				
การทำจิตบำบัดไม่จำเป็นเพราะมีการรักษาอื่นที่ให้ผลดีกว่า เช่น การรักษาด้วยยา ECT TMS ฯลฯ	22 (75.8)	5 (17.2)	2 (6.9)	-0.59 (0.02)*
จิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องทำจิตบำบัดเป็นเพราะมีสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ ที่เหมาะสมมากกว่า	22 (75.8)	5 (17.2)	2 (6.9)	-0.03 (0.91)
ในระหว่างการฝึกอบรมฯ ท่านคิดว่าเมื่อใดความรู้หรือทักษะอย่างอื่นที่น่าสนใจและควรให้เวลาฝึกฝนมากกว่าการทำจิตบำบัด	13 (44.8)	10 (34.5)	6 (20.6)	-0.09 (0.74)
ท่านกังวลว่าจะได้รับผลกระทบในแง่ลบต่อตนเองจากการทำจิตบำบัด เช่น ส่งผลเสียต่อสภาพจิตใจตนเอง ผู้ป่วยอาการแยลงระหว่างการทำจิตบำบัด	20 (68.9)	4 (13.8)	5 (17.2)	-0.44 (0.10)

#Spearman correlation แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทศนคติต่อการทำจิตบำบัดกับความสนใจในการทำจิตบำบัด โดยคำนวณเฉพาะผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2-3 (n=15)

*มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ECT = Electroconvulsive therapy, TMS = Transcranial magnetic stimulation

ประเทศแคนาดาในการศึกษาของ G. Hadjipavlou et al¹⁴ ที่ทำจิตบำบัดในผู้ป่วย 5 รายและรวม 16 ครั้งโดยเฉลี่ย ความแตกต่างของผลลัพธ์อาจมาจากระยะเวลาการฝึกอบรมของประเทศแคนาดาที่นานกว่าประเทศไทย (5 ปี) และการศึกษาวินิจฉัยนี้มีสัดส่วนของแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ในผู้เข้าร่วมวิจัยที่น้อย เทคนิคของการทำจิตบำบัดที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีความสอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การทำจิตบำบัดของจิตแพทย์ไทยรุ่นเยาว์ของธรรมชาติ เจริญบุญ และ มุทิทา พนาสถิตย²³ ที่พบว่า จิตแพทย์

ไทยรุ่นเยาว์มีการเลือกทำจิตบำบัดโดยเทคนิคจิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นอันดับที่ 1 และมีอันดับถัดไปตามลำดับ ดังนี้ จิตบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy) จิตบำบัดแบบซาตียร์ (Satir transformational systemic therapy) และจิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) ตามลำดับ โดยในการศึกษาค้นคว้านี้ให้คำนิยามจิตบำบัดแบบประคับประคองเป็นส่วนหนึ่งของจิตบำบัดแบบจิตพลวัต (Psychodynamic-oriented

ตารางที่ 3 ทศนคติต่ออาจารย์ที่ปรึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างมุมมองต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัด (n=26)

	ไม่เห็นด้วย n (%)	ปานกลาง n (%)	เห็นด้วย n (%)	Spearman correlation [#] (p-value)
อาจารย์ที่ปรึกษาให้เวลาแก่ท่านในการปรึกษาแนะนำการ ทำจิตบำบัดอย่างเพียงพอ [^]	4 (16.0)	6 (24.0)	15 (60.0)	0.15 (0.62) ^{###}
การปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาช่วยให้ท่านมีความมั่นใจใน การทำจิตบำบัดมากขึ้น [^]	0 (0)	4 (16.0)	21 (84.0)	0.04 (0.88) ^{###}
ท่านมีความยากลำบากในการหาอาจารย์เพื่อเป็น ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัด	12 (48.0)	10 (40.0)	4 (12.0)	-0.48 (0.07)
ท่านมีความยากลำบากในการติดต่อนัดหมายกับอาจารย์ ที่ปรึกษาของท่าน [^]	9 (36.0)	10 (40.0)	6 (24.0)	0.26 (0.37) ^{###}
ท่านคิดว่าคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา ไม่สามารถนำไปใช้ในการทำจิตบำบัดได้จริง [^]	18 (72.0)	1 (4.0)	6 (24.0)	-0.04 (0.88) ^{###}
อาจารย์ที่ปรึกษาไม่สามารถช่วยจัดการผลกระทบทาง จิตใจในด้านลบที่เกิดจากการทำจิตบำบัด ต่อตัวท่านได้ [^]	21 (84.0)	1 (4.0)	3 (12.0)	-0.57 (0.03) ^{###, *}

[^] คำนวณจากผู้เข้าร่วมวิจัย 25 คน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนไม่มีอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัดจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

[#] Spearman correlation แสดงความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่ออาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัด โดยคำนวณเฉพาะ
ผู้เข้าร่วมวิจัยแพทย์ประจำบ้านชั้นปี 2 - 3 (n=15)

^{###} คำนวณจากผู้เข้าร่วมวิจัย 14 คน เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัย 1 คนไม่มีอาจารย์ที่ปรึกษาในการทำจิตบำบัดจึงไม่สามารถให้ข้อมูลได้

^{*} มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

psychotherapy) ส่วนเทคนิคการทำจิตบำบัดที่ไม่ได้ถูกรายงาน
ในการศึกษาครั้งนี้แต่รายงานในการศึกษาของธรรมชาติเจริญบุญ
และ มูทิตา พนาสธิตย²³ ได้แก่ พฤติกรรมบำบัด (Behavior
therapy) และจิตบำบัดครอบครัว (Family therapy) คณะผู้วิจัย
ตั้งข้อสังเกตว่า ข้อมูลดังกล่าวอาจมาจากการเข้าร่วมวิจัยจิตแพทย์
รุ่นเยาว์ที่ให้ข้อมูลเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น ซึ่งมีการใช้เทคนิค
จิตบำบัดใน 2 รูปแบบนี้มากกว่าจิตบำบัดทั่วไป หรือเทคนิค
จิตบำบัดเหล่านี้แพทย์ประจำบ้านอาจปรับใช้กับการดูแลผู้ป่วยใน
เวชปฏิบัติ แต่ไม่ได้ทำในรูปแบบจิตบำบัดมาตรฐานตามที่นิยามไว้
ในการศึกษานี้จึงไม่ได้ถูกรายงานในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งอาจต้องม
ีการศึกษาเพิ่มเติมถึงเหตุที่แท้จริงต่อไป

ทัศนคติเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำ
จิตบำบัดเป็นอันดับ 1 ซึ่งความสำคัญในการทำจิตบำบัดต่อการ
รักษาผู้ป่วยสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่มากขึ้น
ในขณะที่ความไม่เชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาของการทำ
จิตบำบัดและความไม่เชื่อมั่นในการดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา
สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่ลดลง โดย

แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่สนใจที่จะทำจิตบำบัดให้แก่ผู้ป่วย
หลังจากสำเร็จการฝึกอบรม หากภาระงานไม่มากเกินไป
แพทย์ประจำบ้านมีทัศนคติเชิงบวกต่อการทำจิตบำบัดโดย
มองว่าการทำจิตบำบัดเป็นอัตลักษณ์หนึ่งในการเป็นจิตแพทย์
ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{14,19,21} การศึกษาวิจัยนี้
ประเมินทัศนคติเชิงลบต่อการทำจิตบำบัดร่วมด้วย ซึ่งยังไม่เคยมี
การศึกษาวิจัยใดทำมาก่อน และพบว่าแพทย์ประจำบ้านบางส
วนสนใจในการเรียนรู้เรื่องอื่นหรือฝึกทักษะอื่นๆ มากกว่าการทำ
จิตบำบัด

ความสัมพันธ์ระหว่างความมั่นใจในความรู้และทักษะ
การทำจิตบำบัดกับชั้นปีของแพทย์ประจำบ้านบ่งชี้ถึงประสิทธิภาพ
ที่ดีของการฝึกอบรมที่สามารถสร้างความมั่นใจให้แก่ผู้รับการ
ฝึกอบรมได้ การศึกษาของพรจิรา ปรวัชรกุล และคณะ¹⁹ ที่ศึกษา
ความพึงพอใจของแพทย์ประจำบ้านจิตเวชศาสตร์ไทยจากสถาบัน
อบรมทุกแห่งของประเทศไทยต่อการฝึกอบรมด้านจิตบำบัด
ก็พบว่าแพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับ
ปานกลางถึงมากต่อหลักสูตรการฝึกอบรมด้านจิตบำบัด

ความยากลำบากในการหาอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีแนวโน้มความสัมพันธ์เชิงลบกับความสนใจในการทำจิตบำบัด แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ การศึกษาเพิ่มเติมในผู้เข้าร่วมวิจัยที่ใหญ่ขึ้นอาจมีความจำเป็น นอกจากนี้ แพทย์ประจำบ้านส่วนใหญ่ต้องการให้มีอาจารย์ที่ปรึกษาการทำจิตบำบัดในบางสาขาเพิ่มเติม ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ว่าประเทศไทยขาดแคลนอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในการสอนการทำจิตบำบัด การศึกษาในประเทศเดนมาร์กของ L.M. Schmidt et al.¹⁵ ที่รายงานปัญหาเรื่องการขาดแคลนในการพบอาจารย์ที่ปรึกษาของแพทย์ประจำบ้านเช่นกัน อย่างไรก็ตาม แพทย์ประจำบ้านมีอัตราการเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาดังกล่าวบ่งชี้ถึงประโยชน์ในการพบอาจารย์ที่ปรึกษา โดยหากอาจารย์ที่ปรึกษาสามารถให้เวลาอย่างเพียงพอกับแพทย์ประจำบ้าน อาจจะเป็นผลให้แพทย์ประจำบ้านเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อปรึกษาในการทำจิตบำบัดมากยิ่งขึ้น และการมีอาจารย์ที่ปรึกษาที่ดูแลจิตใจแพทย์ประจำบ้านได้น่าจะส่งผลให้ความสนใจในการทำจิตบำบัดมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ S. Zisook et al.¹⁷ ที่รายงานถึงความสัมพันธ์ของอาจารย์ที่ปรึกษากับความสนใจในการทำจิตบำบัดที่ลดลงในแพทย์ประจำบ้านในสหรัฐอเมริกา

อุปสรรคในการทำจิตบำบัดอีกอย่างหนึ่งคือ ภาระงานแพทย์ประจำบ้านเกือบครึ่งหนึ่ง มองว่าภาระงานที่มากเกินไปอาจส่งผลให้ไม่อยากทำจิตบำบัด ผลการศึกษาเกี่ยวกับการะงานและการทำจิตบำบัดมีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่รายงานว่า อาสาสมัครร้อยละ 77 มีความยากลำบากในการจัดหาเวลาเพื่อฝึกฝนทักษะการทำจิตบำบัดในประเทศเดนมาร์ก¹⁵ และการศึกษาในประเทศไทย²³ ที่พบว่าจิตแพทย์ไทยรุ่นเยาว์ร้อยละ 85.4 ไม่สามารถจัดหาเวลาเพื่อฝึกฝนการทำจิตบำบัดได้ คณะผู้วิจัยเสนอว่าหากสถาบันฝึกอบรมสามารถจัดสรรภาระงานและเวลาในการทำจิตบำบัดอย่างเหมาะสม อาจส่งเสริมให้เกิดการทำจิตบำบัดที่มากขึ้นได้ เนื่องจากผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่รายงานว่ามีความตั้งใจจะทำจิตบำบัดต่อไปในอนาคตหลังสำเร็จการฝึกอบรม หากระบบบริการและภาระงานรองรับ

ข้อจำกัด (Limitation)

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษานี้ คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างเล็ก และการมีสัดส่วนแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 3 ที่น้อย การศึกษาวิจัยนี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19

(COVID-19) ทำให้ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนเข้าร่วมวิจัยได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้ ข้อมูลประชากรและทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดที่ได้จากการศึกษาวิจัยนี้อาจยังไม่สามารถอธิบายถึงกลุ่มประชากรทั้งหมด ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่มากขึ้น

การศึกษานี้ คณะผู้วิจัยเลือกใช้จำนวนครั้งการทำจิตบำบัดในการวัดความสนใจในการทำจิตบำบัดเนื่องจากเป็นตัววัดที่เป็นรูปธรรม (objective) อย่างไรก็ตาม จำนวนเวลาที่มีโอกาสในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านแต่ละชั้นปีไม่เท่ากัน อาจเป็นปัจจัยรบกวน (confounding factor) ที่ทำให้จำนวนครั้งในการทำจิตบำบัดไม่ได้เป็นผลโดยตรงจากความสนใจในการทำจิตบำบัดได้ คณะผู้วิจัยไม่สามารถวิเคราะห์ผลแยกชั้นปีได้ เนื่องจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีไม่มากพอ ดังนั้นการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันผลลัพธ์ด้านความสนใจในการทำจิตบำบัดยังมีความจำเป็น

ข้อเสนอแนะและการประยุกต์ใช้ (recommendation and implementation)

การศึกษานี้พบว่ามุมมองที่มีต่อประสิทธิภาพของการทำจิตบำบัดมีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ผู้ที่มองว่าการทำจิตบำบัดยังจำเป็นในผู้ป่วยบางรายมีแนวโน้มที่จะสนใจการทำจิตบำบัดมากกว่าในขณะที่ผู้ที่มองว่าการรักษาอื่นๆ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หรือการรักษาด้วยการกระตุ้นแม่เหล็กไฟฟ้า (Transcranial magnetic stimulation) มีประสิทธิภาพมากกว่าการทำจิตบำบัดก็มีแนวโน้มที่จะสนใจการทำจิตบำบัดน้อยกว่า คณะผู้วิจัยเสนอว่า การทำให้แพทย์ประจำบ้านตระหนักถึงผลลัพธ์การรักษาที่ดีจากการทำจิตบำบัดและมีความเข้าใจข้อบ่งชี้ในการทำจิตบำบัด อาจเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยในการสร้างความสนใจในการทำจิตบำบัด

นอกจากนี้ยังพบว่าแพทย์ประจำบ้านชั้นปีที่ 1 ที่มีความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดมักจะสนใจในการทำจิตบำบัดและการเริ่มสะสมประสบการณ์การทำจิตบำบัดตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 หากสถาบันฝึกอบรมสามารถพัฒนาความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านได้ตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 อาจทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความสนใจในการทำจิตบำบัดเพิ่มขึ้นและมีโอกาสในการพัฒนาการทำจิตบำบัดได้ก่อน ซึ่งอาจทำให้แพทย์ประจำบ้านมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในการทำจิตบำบัดเมื่อฝึกอบรมได้มากขึ้น

ผู้เข้าร่วมวิจัยรายงานความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความสนใจในการทำจิตบำบัด พบว่าด้านทัศนคติมีความสำคัญเป็นอันดับ 1 และอันดับที่ 2 เป็นปัจจัยด้านความรู้ทักษะและปัจจัยด้านอาจารย์ที่ปรึกษาในลำดับใกล้เคียงกัน ซึ่งสอดคล้องกับการวิเคราะห์สถิติที่พบว่าปัจจัยในด้านทัศนคติ อาจารย์ที่ปรึกษาความรู้และทักษะมีความสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นคณะผู้วิจัยมองว่า ลำดับความสัมพันธ์นี้สามารถนำไปพัฒนาเป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะด้านที่ละเอียดมากขึ้น หรือกรณีศึกษาแบบมีกรอบการจำกัดสถาบันฝึกอบรมอาจเลือกใช้ทรัพยากรในการพัฒนาปัจจัยที่สำคัญตามลำดับได้

สรุป

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำจิตบำบัด มีทัศนคติต่อการทำจิตบำบัดในทิศทางที่เป็นบวก มีความมั่นใจในความรู้และทักษะการทำจิตบำบัดในระดับปานกลาง และเข้าพบอาจารย์ที่ปรึกษาอย่างเป็นประจำ ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัด ได้แก่ ทัศนคติต่อการทำจิตบำบัด ความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัด และอาจารย์ที่ปรึกษา โดยความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพการรักษาดำเนินการทำจิตบำบัดและความมั่นใจในความรู้และทักษะในการทำจิตบำบัดสัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านที่เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความไม่เพียงพอของอาจารย์ที่ปรึกษาที่เชี่ยวชาญการทำจิตบำบัด ความไม่มั่นใจในการดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา และภาระงานที่มากเกินไป สัมพันธ์กับความสนใจในการทำจิตบำบัดของแพทย์ประจำบ้านที่ลดลง

กิตติกรรมประกาศ

ในโอกาสนี้คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณ รศ.นพ.เจียรชัย งามทิพย์วัฒนา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล รศ.นพ.พิชัย อธิฐานกุล ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และอ.นพ.พลภัทร โล่เสถียรกิจ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ทุนสนับสนุนการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากกองทุนพัฒนาแพทยศาสตร์ศึกษา (Fund16) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มีผลประโยชน์ขัดกันของคณะผู้วิจัยที่เกี่ยวข้อง

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นพ.วุฒิกัทร เอี่ยมมีชัย ศึกษาข้อมูลการศึกษาก่อนหน้า ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ยกย่องบทความ และรายงานผลการวิจัย

ผศ.ดร.นพ.วรภัทร รัตอาภา สร้างเครื่องมือวิจัย คัดเลือกวิธีการในการวิเคราะห์ข้อมูล ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนร่างบทความ

รศ.พญ.ณัฐสา สายเสวย ให้กรอบความคิดในการสร้างการวิจัย ทบทวนร่างบทความ

คุณนราทิพย์ สงวนพานิชย์ วิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผล ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล

อ.นพ.นที วีระวรรณ ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย สร้างเครื่องมือวิจัย ตีความผลการวิเคราะห์ข้อมูล ทบทวนร่างบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Gabbard GO. Psychotherapy in psychiatry. *International Review of Psychiatry* 2007;19(1):5-12.
2. Marwood L, Wise T, Perkins AM, Cleare AJ. Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neurosci Biobehav Rev* 2018;95:61-72.
3. Tavakoli S. The place of psychotherapy in contemporary psychiatry. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014;8(4).
4. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Can J Psychiatry* 2013;58(7):376-85.
5. Hazell CM, Hayward M, Cavanagh K, Strauss C. A systematic review and meta-analysis of low intensity CBT for psychosis. *Clin Psychol Rev* 2016;45:183-92.
6. Lutgens D, Gariepy G, Malla A. Psychological and psychosocial interventions for negative symptoms in psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;210(5):324-32.
7. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014;14(Suppl 1).
8. Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder. *Can J*

- Psychiatry 2016;61(9):524-39.
9. Holmes J, Mizen S, Jacobs C. Psychotherapy training for psychiatrists: UK and global perspectives. *International Review of Psychiatry* 2007;19(1):93-100.
 10. Accreditation Council for Graduate Medical Education [Internet]. ACGME program requirements for graduate medical education in psychiatry. 2017 Jul 1 [cited 2020]2107. Available from https://www.acgme.org/Portals/0/PFAssets/ProgramRequirements/400_psychiatry_2017-07-01.pdf.
 11. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada [Internet]. Specialty training requirements in psychiatry. 2015 [cited 2020]. Available from https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/ibd/psychiatry_str_e.pdf
 12. Royal College of Psychiatrists [Internet]. A competency based curriculum for specialist core training in psychiatry. 2017 [cited 2020]. Available from <https://www.acgme.org/search/?q=program%20requirement%20psychiatry>
 13. Ravitz P, Lawson A, Fefergrad M, Rawkins S, Lancee W, Maunder R, et al. Psychotherapy competency milestones: An exploratory pilot of CBT and psychodynamic psychotherapy skills acquisition in junior psychiatry residents. *Academic Psychiatry* 2018;43(1):61-6.
 14. Hadjipavlou G, Ogrodniczuk JS. A national survey of Canadian psychiatry residents' perceptions of psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 2007;52(11):710-7.
 15. Schmidt LM, Foli-Andersen NJ. Psychotherapy and cognitive behavioral therapy supervision in Danish psychiatry: Training the next generation of psychiatrists. *Academic Psychiatry* 2015;41(1):4-9.
 16. Kovach JG, Dubin WR, Combs CJ. Psychotherapy training: Residents' perceptions and experiences. *Academic Psychiatry* 2014;39(5):567-74.
 17. Zisook S, Mcquaid JR, Sciolla A, Lanouette N, Calabrese C, Dunn LB. Psychiatric residents' interest in psychotherapy and training stage: A multi-site survey. *American Journal of Psychotherapy* 2011;65(1):47-59.
 18. ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. หลักสูตรและเกณฑ์การฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้าน เพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์ ฉบับ พ.ศ. 2561: ปรับปรุงเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rcpsycht.org/th/training/info>
 19. Pariwatcharakul P, Saisavoey N, Ratta-apha W, Singhakant S, Sitthiraksa N, Wannarit K, et al. Psychotherapy training in Thailand: Psychiatry residents' perspective. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2012;57(2):199-211.
 20. Shachar OL, Mendlovic S, Hertzberg L, Baruch Y, Lurie I. Individual psychotherapy ("Talking Therapy"): A survey of attitudes among residents & specialists in psychiatry; Israel 2010-2011. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2016;53:48-57.
 21. Radu GM, Harris GE, Bonnell W, Bursey K. Psychiatry trainees' attitudes towards psychotherapy. *Open Journal of Medical Psychology* 2015;04(04):124-30.
 22. AlOtaibi R, AlHadi A, AlObaid LL. Psychiatric resident attitudes towards psychotherapy training and associated factors. *Ulutas Med J* 2018;4(3):124.
 23. Charernboon T, Phanasathit M. Psychotherapy practices and training experiences: A national survey of young Thai psychiatrists. *J Med Assoc Thailand* 2011;94:95-101.

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สวรสยา งานวิวัฒน์ถาวร*, พันธศักดิ์ ศุกระฤกษ์*, อติวุธ กมุทมาศ*, ภาวิต หน่อไชย*

*สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัย วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือ ประชากรไทยที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทำการสำรวจโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ใช้การสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ดำเนินการสำรวจตั้งแต่วันที่ 15 - 17 มกราคม 2564 โดยใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง และแบบสอบถามประสิทธิภาพทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนาฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และทดสอบสมมติฐานด้วยการทดสอบ Chi-square test และ Binary logistic regression

ผลการศึกษา จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 930 ราย ในช่วงการระบาดของ COVID-19 มีความทุกข์ของความเครียดระดับมากและสูงมากถึงร้อยละ 65 ขณะที่ความทุกข์ของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีเพียงร้อยละ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด ได้แก่ เพศ อายุ รสนิยมทางเพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้ และรายจ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.10 ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับความเครียด นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีความเครียดระดับมากและสูงมากมีโอกาสเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้สูงกว่าผู้ที่มีระดับความเครียดปกติ 1.086 เท่า โดยใช้ Binary logistic regression, OR = 1.086 (95% CI = 0.404 - 2.922)

สรุป COVID-19 มีการระบาดทั่วโลก แต่การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในประเทศไทยยังมีอย่างจำกัด การระบาดของ COVID-19 กระทบทั้งระบบสุขภาพ ภาครัฐกิจและสังคม ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ การดูแลจึงควรครอบคลุมทุกด้านดังกล่าวนี้นี้ด้วย

คำสำคัญ COVID-19 ความเครียด ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

Corresponding author: สวรสยา งานวิวัฒน์ถาวร

สาขาวิชาวิทยาการชะลอวัย วิทยาลัยการแพทย์บูรณาการมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต

E-mail: charco_nt@live.com

วันรับ : 10 กรกฎาคม 2565 วันแก้ไข : 29 มกราคม 2566 วันตอบรับ : 5 เมษายน 2566

Correlation Between Stress and Sexual Dysfunction During COVID-19 Pandemic

Savanya Nganvivattavorn*, Pansak Sukrarook*, Atiwut Kamutmas*, Phawit Norchai*

*Department of Anti-Aging and Regenerative Medicine College of Integrative Medicine, Dhurakij Pundit University

ABSTRACT

Objective: To study the correlation between stress and sexual dysfunction during COVID-19 pandemic

Methods: A sample of Thai people aged 20 - 59 who completed an online survey through social media via convenience sampling technique from 15th - 17th January 2021. Participants self-reported their stress level and screening sexual dysfunction using Suanprung stress questionnaire and Arizona Sexual Experience Scale in Thai version. The chi-square test and binary logistic regression analyzed correlation between stress and sexual dysfunction with statistical significance at the level 0.10.

Results: During the COVID-19 epidemic, the prevalence of high and very high stress levels was 65%. The prevalence of sexual dysfunction was 2%. Factors associated with stress were sexual orientation, age, education co-morbidities, income and expenses. The factors associated with sexual dysfunction were gender, marital status and stress. Binary logistic regression showed people with severe and very severe stress were twice as likely to have sexual dysfunction as those with normal stress levels with OR = 1.086 (95% CI = 0.404 - 2.922).

Conclusion: The World Health Organization declared that COVID-19 is a pandemic. Currently, data in sexual medicine and stress during the COVID-19 outbreak in Thailand are limited. COVID-19 outbreak affects health, business, economy and causes stress and sexual dysfunction. These problems should be taken care of holistically.

Keywords: COVID-19, stress, sexual dysfunction

Corresponding author: Savanya Nganvivattavorn

E-mail: charco_nt@live.com

Received 5 July 2022 Revised 29 January 2023 Accepted 5 April 2023

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 (Coronavirus disease 2019) เริ่มต้นที่ประเทศจีนตั้งแต่ช่วงเดือนธันวาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2563 และแพร่กระจายไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วจนองค์การอนามัยโลก (WHO) ต้องประกาศยกระดับโรค COVID-19 เป็นการระบาดใหญ่ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากการแพร่ระบาดลุกลามไปยัง 118 ประเทศทั่วโลก¹

สำหรับประเทศไทยรายงานการตรวจพบผู้ติดเชื้อ COVID-19 รายแรกในวันที่ 13 มกราคม 2563 ตั้งแต่นั้นมาประเทศไทยได้มีมาตรการการตรวจคัดกรองผู้โดยสารทุกคนที่เดินทางมายังสนามบินนานาชาติ ตลอดจนการซักประวัติกลุ่มเสี่ยงผู้เดินทางมาจากต่างประเทศ หรือผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อจนกระทั่งวันที่ 26 มีนาคม 2563 ประเทศไทยประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน ประกาศห้ามออกนอกเคหสถานยามวิกาล สั่งงดจำหน่ายสุราชั่วคราวและให้ประชาชนชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด รวมทั้งยกเลิกเที่ยวบินเข้าจากต่างประเทศ เพื่อลดโอกาสการแพร่ระบาดของ COVID-19² จึงทำให้ประชาชนทั้งประเทศได้รับผลกระทบจากประกาศของรัฐบาลดังกล่าว ทั้งภาคธุรกิจและสังคม เช่น การประกาศปิดโรงเรียน ห้างสรรพสินค้า สนามบิน สถานบริการร้านอาหาร อาบ อบ นวด โรงภาพยนตร์และสถานบันเทิง จึงเกิดการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เช่น โรงเรียนปรับการเรียนการสอนผ่านระบบทางไกล ภาคธุรกิจปรับมาตรการทำงานที่บ้าน การประชุมผ่านโปรแกรม หรือโรงพยาบาลเปิดศูนย์ตรวจ COVID-19 แบบ drive-thru แต่อย่างไรก็ตาม การจำกัดการดำเนินกิจกรรมและการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่นี้สร้างผลกระทบด้านอย่างมากต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม หลายคนมีปัญหาวิตกกังวล เครียด สูญเสียความสัมพันธ์ ถูกเลิกจ้าง รายได้ลดลง ถูกแยกออกจากครอบครัวและคนรัก รวมถึงการเผชิญหน้าต่อสถานการณ์การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน³ ทั้งนี้ จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขกล่าวว่า สำหรับระยะยาวประเทศไทยมีแนวโน้มที่จะเผชิญกับโรค COVID-19 ไปอีกนาน และอาจเป็นโรคประจำถิ่นที่ไม่หมดไปจากโลก รวมถึงผลกระทบการขาดแคลนโลหิต เนื่องจากในช่วงเวลาดังกล่าว ทุกคนเริ่มมีความกลัวไม่ออกนอกบ้านจำนวนโลหิตในประเทศไทย มีผู้บริจาคโลหิตลดลงอย่างมาก เกิดภาวะวิกฤตโลหิตเริ่มจะไม่เพียงพอที่จะใช้ให้กับผู้ป่วยตามโรงพยาบาลต่างๆ ทางสภาการขาดไทย จึงจำเป็นต้องได้รับบริจาคโลหิต และเก็บสำรองไว้ในยามวิกฤต ซึ่งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ล้วนส่งผลให้ประชาชนเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด และใน

บางรายส่งผลให้เกิดปัญหาและพฤติกรรมทางเพศได้เช่นเดียวกัน⁴ โดยความเครียดและความวิตกกังวล อาจส่งผลกระทบต่อการส่งสัญญาณของสมองในการตอบสนองทางสรีระของร่างกายด้วยเช่นกัน เช่นเดียวกับการแข็งตัวขององคชาต ความเครียดและความวิตกกังวลสามารถขัดขวางสมองส่งสัญญาณไปยังอวัยวะเพศชายเพื่อให้เลือดไหลเวียนได้มากขึ้น ทำให้องคชาตแข็งตัว ความเครียดและความกังวลเกี่ยวกับโรคสมรรถภาพทางเพศยังสามารถนำไปสู่วัฏจักรของโรคสมรรถภาพทางเพศได้นั่นเอง โดยจากการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 64.7% ที่หายจากการติดเชื้อโควิด-19 มีอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยทั่วไป โดยปัญหาหย่อนสมรรถภาพทางเพศ หรือเรียกกันว่าอาการ “นกเขาไม่ขัน” (Erectile dysfunction: ED) สามารถแบ่งระดับอาการได้ดังนี้ อาการนกเขาไม่ขันระดับเล็กน้อย 45.1% อาการนกเขาไม่ขันระดับปานกลาง 15.7% และอาการนกเขาไม่ขันระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 3.9%

ด้วยเหตุนี้ทั่วโลกจึงเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนแปลงภายหลังการระบาดของ COVID-19 ยิ่งขึ้น โดยในประเทศจีนพบว่า ประชาชนมีจำนวนคู่นอนลดลง 44% มีความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ลดลงถึง 37% และมีความต้องการทางเพศลดลง 25%⁵ ในประเทศอังกฤษพบว่าระหว่างการรักษาพยาบาลประชาชนมีความต้องการทางเพศลดลง 60%⁶ และในอิตาลีพบว่าผู้หญิงมีเพศสัมพันธ์ลดลงจาก 6.3 ± 1.9 เป็น 2.3 ± 1.8 ครั้งต่อเดือน มีคะแนน FSFI ลดลงจากเดิม 29.2 ± 4.2 เป็น 19.2 ± 3.3 ⁷ ซึ่งบ่งบอกถึงภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศหญิงที่มีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาในประเด็นนี้ ซึ่งอาจเป็นเพราะชนบทนิยมและประเพณีไทยทำให้การศึกษาเรื่องเพศในประเทศไทยยังไม่เป็นที่แพร่หลายนัก มีเพียงการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อโรคต่างๆ ไม่ได้เกี่ยวกับกับการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ อาทิเช่น การศึกษาของ ชลียา วามะธนู และคณะ (2565) ที่ศึกษาความชุกของความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้รับบริการโรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานีในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยพิจารณาแล้วว่า เรื่องเพศเป็นเรื่องธรรมชาติที่อยู่ในสัญชาตญาณของมนุษย์ทุกคน การมีเพศสัมพันธ์ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้ รวมถึงลดโอกาสการเป็นโรคเมตาบอลิกสูงในเพศชาย และมะเร็งเต้านมในเพศหญิงได้⁸ นอกจากนี้ยังมีอีกหลายการศึกษาที่ระบุว่าความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอ

ความสัมพันธ์ส่งผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ส่งเสริมความจำและความสุขในชีวิต⁹ เพศสัมพันธ์จึงอาจเป็นตัวช่วยสำคัญในการลดความโกรธ ความเครียด ความกดดัน ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าที่ต้องเผชิญจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 ได้¹⁰ ซึ่งความเครียดก็ส่งผลกระทบต่อหลายด้านต่อคุณภาพชีวิตของมนุษย์ในปัจจุบัน ร่วมด้วยการแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่กำลังเป็นที่สนใจของคนทั่วโลก ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความท้าทายและความเป็นไปได้ในการศึกษาเรื่องนี้ในบริบทของสังคมไทย เพื่อที่ประชาชนจะได้กล้าปรึกษาแพทย์ถึงปัญหาดังกล่าว จนนำไปสู่แนวทางการแก้ไขภาวะเสื่อมสภาพทางเพศที่เกิดจากความวิตกกังวลหรือความเครียดจากสถานการณ์ในปัจจุบัน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษา

รูปแบบของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (descriptive cross-sectional study)

ประชากรและหน่วยวิเคราะห์

ประชากร คือ ประชากรไทยปี 2563 อายุ 20 - 59 ปี มีจำนวนทั้งสิ้น 38,664,947 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรไทย อายุ 20 - 59 ปี จำนวน 385 คน โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน¹¹ ในการคำนวณ ดังนี้

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

$$= \frac{38,664,947 \times 3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)}{[0.05^2 \times (38,664,947-1)] + [3.841 \times 0.5 \times (1-0.5)]}$$

$$= 384.0962 \approx 385$$

โดย

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร ประชากรไทยปี 2563 อายุ 20 - 59 ปี = 38,664,947 คน

p = สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งในที่นี้ไม่ทราบกำหนดให้ = 0.5

= ค่า Chi-square ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% = 3.841

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณค่า = 0.05

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม โดยประกอบด้วย 3 ตอน ซึ่งเป็นคำถามปลายปิด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ รสนิยมทางเพศ อายุ โรคประจำตัว ระดับการศึกษา น้ำหนัก สถานภาพการสมรส สถานภาพทางการเงิน สถานภาพการทำงาน เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ ยกเว้น อายุ และน้ำหนักตัว ก่อนและหลังการระบาดของ COVID-19 เป็นแบบให้เขียนตอบ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง เป็นแบบสอบถามที่สอบถามระดับความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คะแนน ได้แก่ 1 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด 2 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมาก และ 5 คะแนน หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ และจะนำค่าคะแนนแต่ละข้อมารวมกันเพื่อแปลผล ดังนี้

คะแนน 0 - 23 มีระดับความเครียดน้อย

คะแนน 24 - 41 มีระดับความเครียดปานกลาง

คะแนน 42 - 61 มีระดับความเครียดสูง

คะแนน 62 ขึ้นไป มีระดับความเครียดรุนแรง

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา ฉบับภาษาไทย เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ โดยแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 0 - 5 คะแนนรวมทุกข้ออยู่ในช่วง 5 - 30 โดยคะแนนที่มากกว่า 19 หรือมีข้อหนึ่งข้อใดที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 5 หรือมีสามข้อที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คะแนน จะบ่งบอกถึงภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากมหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต หมายเลข COA 088/63 วันที่รับรอง 13 มกราคม 2564 วันหมดอายุ 13 มกราคม 2565 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมด้วยแบบสอบถามแบบออนไลน์กระจายแบบสอบถามทาง social media เช่น Facebook, Instagram, Line และ Messenger โดยใช้การสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) ซึ่งดำเนินการสำรวจตั้งแต่วันที่ 15 - 17 มกราคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ตอนที่ 2 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ตอนที่ 3 แบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอริโซนา ฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยการทดสอบสมมติฐานด้วย Chi-square test และ Binary logistic regression เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศของประชากรไทย ในช่วงการระบาดของ COVID-19

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

จากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 930 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 599 ราย (คิดเป็นร้อยละ 64.40) มีรสนิยมทางเพศที่ชอบเพศตรงข้าม จำนวน 771 ราย (คิดเป็นร้อยละ 82.90) มีอายุระหว่าง 20 - 49 ปี จำนวน 293 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.50) และมีการศึกษาอยู่ในระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่าจำนวน 854 ราย (คิดเป็นร้อยละ 91.80) สถานภาพโสดจำนวน 572 ราย (คิดเป็นร้อยละ 61.50) ไม่มีโรคประจำตัวจำนวน 745 ราย (คิดเป็นร้อยละ 80.00) และเมื่อสอบถามถึงรายได้และรายจ่ายในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่าส่วนใหญ่ต่างมีรายได้และรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นจำนวน 485 ราย (คิดเป็นร้อยละ 52.20) และจำนวน 487 ราย (คิดเป็นร้อยละ 52.40) ตามลำดับ ทั้งนี้เมื่อวัดน้ำหนักก่อนและหลังการระบาดของ COVID-19 พบว่าน้ำหนักเฉลี่ยก่อนและหลังการระบาดไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก คงอยู่ที่ประมาณ 70 กิโลกรัม รายละเอียดในตารางที่ 1

ความชุกของความเครียด ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน

จากแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียด โรงพยาบาลสวนปรุง พบว่าระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ในช่วงการระบาดของ COVID-19 ผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่มีความเครียดในระดับสูงจำนวน 394 ราย (คิดเป็นร้อยละ 37.5) และจาก

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	599	64.4
หญิง	314	33.8
อื่นๆ	17	1.8
รวม	930	100.0
รสนิยมทางเพศ		
ชอบเพศตรงข้าม	771	82.9
ชอบเพศเดียวกัน	91	9.8
ชอบทั้งสองเพศ	59	6.3
ไม่ชอบทั้งสองเพศ	9	1.0
รวม	930	100.0
อายุ		
20 - 29	293	31.5
30 - 39	411	44.2
40 - 49	167	18.0
50 - 59	59	6.3
รวม	930	100.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	0.3
มัธยมศึกษาตอนต้น	8	0.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	65	7.0
อุดมศึกษา	854	91.8
รวม	930	100.0
สถานภาพสมรส		
โสด	572	61.5
สมรส	312	33.5
หม้าย	7	0.8
หย่าร้าง	24	2.6
แยกกันอยู่	15	1.6
รวม	930	100.0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทางประชากร (ต่อ)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ
รายได้		
ลดลง	408	43.9
เท่าเดิม	37	4.0
เพิ่มขึ้น	485	52.2
รวม	930	100.0
รายจ่าย		
ลดลง	104	11.2
เท่าเดิม	339	36.5
เพิ่มขึ้น	487	52.4
รวม	930	100.0
น้ำหนักเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ย	SD
ก่อนการระบาด COVID	70.0	17.3
หลังการระบาด COVID	70.7	17.6
ผลต่าง	0.7	4.3

แบบสอบถามประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนา (ASEX) ฉบับภาษาไทย ที่ใช้ในการคัดกรองภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามโดยส่วนใหญ่ไม่มีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจำนวน 912 ราย (คิดเป็นร้อยละ 98.00) (รายละเอียดในตารางที่ 2) ทั้งนี้เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติความสัมพันธ์แบบ Chi-square พบว่าอายุ การมีโรคประจำตัว รายได้ และรายจ่าย มีความสัมพันธ์กับระดับความเครียด อย่างมีนัยสำคัญที่ 0.10 (รายละเอียดในตารางที่ 2) ขณะที่เมื่อทำการประเมินประสบการณ์ทางเพศของมหาวิทยาลัยอาริโซนา (ASEX) ฉบับภาษาไทย พบว่ามีคนไทยเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นที่มีปัญหาภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ และเมื่อทดสอบด้วยสถิติความสัมพันธ์แบบ Chi-square พบว่าเพศ สถานภาพสมรส และระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.1 (รายละเอียดในตารางที่ 2 และตารางที่ 3)

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

เมื่อทดสอบด้วยสถิติความสัมพันธ์แบบ Chi-square พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมสมรรถภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.1 สำหรับผู้ที่มีความเครียดระดับมากและสูงมาก

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่มีต่อความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ด้วยสถิติ Chi-square

ลักษณะทางประชากร		ระดับความเครียด				p-value	การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ		
		น้อย	ปานกลาง	มาก	สูงมาก		ใช่	ไม่ใช่	p-value
เพศ									
ชาย	จำนวน	23	187	230	159	0.439	2	597	0.000***
	ร้อยละ	3.8%	31.2%	38.4%	26.5%		0.3%	99.7%	
หญิง	จำนวน	9	103	113	89		16	298	
	ร้อยละ	2.9%	32.8%	36.0%	28.3%		5.1%	94.9%	
อื่นๆ	จำนวน	2	3	6	6		0	17	
	ร้อยละ	11.8%	17.6%	35.3%	35.3%		0.0%	100.0%	
รสนิยมทางเพศ									
ชอบเพศตรงข้าม	จำนวน	30	252	289	200	0.123	13	758	0.224
	ร้อยละ	3.9%	32.7%	37.5%	25.9%		1.7%	98.3%	
อื่นๆ เช่น ชอบเพศเดียวกัน	จำนวน	4	41	60	54		5	154	
ชอบสองเพศ									
ไม่ชอบทั้งสองเพศ	ร้อยละ	2.5%	25.8%	37.7%	34.0%		3.1%	96.9%	

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่มีต่อความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ด้วยสถิติ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		ระดับความเครียด				p-value	การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ		
		น้อย	ปานกลาง	มาก	สูงมาก		ใช่	ไม่ใช่	p-value
อายุ									
20 - 29	จำนวน	8	80	117	88	0.001***	2	291	0.284
	ร้อยละ	2.7%	27.3%	39.9%	30.0%		0.7%	99.3%	
30 - 39	จำนวน	10	127	152	122		10	401	
	ร้อยละ	2.4%	30.9%	37.0%	29.7%		2.4%	97.6%	
40 - 49	จำนวน	11	57	64	35		4	163	
	ร้อยละ	6.6%	34.1%	38.3%	21.0%		2.4%	97.6%	
50 - 59	จำนวน	5	29	16	9		2	57	
	ร้อยละ	8.5%	49.2%	27.1%	15.3%		3.4%	96.6%	
โรคประจำตัว									
ไม่มี	จำนวน	31	246	277	191	0.026**	15	730	0.729
	ร้อยละ	4.2%	33.0%	37.2%	25.6%		2.0%	98.0%	
มี	จำนวน	3	47	72	63		3	182	
	ร้อยละ	1.6%	25.4%	38.9%	34.1%		1.6%	98.4%	
ระดับการศึกษา									
ต่ำกว่าอุดมศึกษา	จำนวน	0	26	23	27	0.093*	1	75	0.628
	ร้อยละ	0.0%	34.2%	30.3%	35.5%		1.3%	98.7%	
ตั้งแต่อุดมศึกษาขึ้นไป	จำนวน	34	267	326	227		17	837	
	ร้อยละ	4.0%	31.3%	38.2%	26.6%		2.0%	98.0%	
สถานภาพสมรส									
โสด	จำนวน	17	174	218	163	0.661	9	563	0.064*
	ร้อยละ	3.0%	30.4%	38.1%	28.5%		1.6%	98.4%	
สมรส	จำนวน	14	103	114	81		6	306	
	ร้อยละ	4.5%	33.0%	36.5%	26.0%		1.9%	98.1%	
อื่นๆ เช่น หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	จำนวน	3	16	17	10		3	43	
	ร้อยละ	6.5%	34.8%	37.0%	21.7%		6.5%	93.5%	
รายได้									
ลดลง	จำนวน	8	98	150	152	0.000***	7	401	0.572
	ร้อยละ	2.0%	24.0%	36.8%	37.3%		1.7%	98.3%	
เท่าเดิม	จำนวน	3	16	11	7		0	37	
	ร้อยละ	8.1%	43.2%	29.7%	18.9%		0.0%	100.0%	
เพิ่มขึ้น	จำนวน	23	179	188	95		11	474	
	ร้อยละ	4.7%	36.9%	38.8%	19.6%		2.3%	97.7%	

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับปัจจัยทางประชากรศาสตร์ที่มีต่อความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ด้วยสถิติ Chi-square (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร		ระดับความเครียด				p-value	การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ			
		น้อย	ปานกลาง	มาก	สูงมาก		ใช่	ไม่ใช่	p-value	
รายจ่าย										
	ลดลง	จำนวน	7	43	34	20	0.000***	0	104	0.309
		ร้อยละ	6.7%	41.3%	32.7%	19.2%		0.0%	100.0%	
เท่าเดิม	จำนวน	7	76	133	123		7	332		
	ร้อยละ	2.1%	22.4%	39.2%	36.3%		2.1%	97.9%		
เพิ่มขึ้น	จำนวน	20	174	182	111		11	476		
	ร้อยละ	4.1%	35.7%	37.4%	22.8%		2.3%	97.7%		
รวม	จำนวน	34	293	349	254		18	912		
	ร้อยละ	3.7%	31.5%	37.5%	27.3%		1.9%	98.1%		

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.1

** มีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05

*** มีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.01

มีโอกาสเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้สูงกว่าผู้ที่มิระดับความเครียดปกติ 1.086 เท่า โดยใช้ Binary logistic regression, OR = 1.086 (95%CI = 0.404 - 2.922) (รายละเอียดในตารางที่ 3 และตารางที่ 4)

วิจารณ์

ความเครียดในช่วงการระบาดของ COVID-19

จากการวิเคราะห์แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง ระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาในระหว่างการระบาดของ COVID-19 กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 930 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 37.5 ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า ความเครียดในระดับดังกล่าวส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมตามมามากมาย อาทิเช่น อารมณ์ฉุนเฉียวง่าย ปวดศีรษะ ปวดท้องนอนไม่หลับ มีพฤติกรรมรับประทานอาหารเปลี่ยนไปจนส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ซึ่งอาจเป็นเพราะในช่วงของการระบาด การดำเนินชีวิตหลายอย่างเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้ประชาชนมีความวิตกกังวล หรือเกิดความเครียดมากขึ้นกว่าปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Mustafa และคณะ¹² ที่ศึกษาการตอบสนองทางจิตใจในของการระบาดของ COVID-19 ของประเทศตุรกีพบว่าคนตุรกีร้อยละ 52 ได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจ

ในระดับปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งถือว่าเป็นความเครียดที่ควรได้รับการดูแล ขณะที่ Lai และคณะ¹³ ที่ทำการศึกษาความรุนแรงทางด้านจิตใจในบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย COVID-19 ในประเทศจีน พบว่ามีความชุกของความเครียดร้อยละ 71.5 นอกจากนี้ยังพบว่า การศึกษาของ Czeisler และคณะ¹⁴ ที่ศึกษาสุขภาพทางจิตในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 26.3 ของคนอเมริกันมีภาวะเครียดอันเกี่ยวเนื่องจากการระบาดของ COVID-19 ซึ่งจะเห็นได้ว่าความชุกของความเครียดในแต่ละการศึกษานั้นแตกต่างกันตามแบบประเมินที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ

ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของ COVID-19

จากการวิเคราะห์ภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของ COVID-19 กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 930 ราย พบว่าความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีเพียงร้อยละ 2 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kongkanand และคณะ¹⁵ ที่พบว่าผู้ชายชาวไทยในช่วงอายุ 40 - 70 ปี มีความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ร้อยละ 37.5 โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุและการมีโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นโรคร่วม และการศึกษาของ

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบสมมติฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ด้วยสถิติ Chi-square

ระดับความเครียด		การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ		รวม	p-value
		ใช่	ไม่ใช่		
น้อย	จำนวน	2	32	34	0.093*
	ร้อยละ	11.1%	3.5%	3.7%	
ปานกลาง	จำนวน	4	289	293	
	ร้อยละ	22.2%	31.7%	31.5%	
มาก	จำนวน	4	345	349	
	ร้อยละ	22.2%	37.8%	37.5%	
สูงมาก	จำนวน	8	246	254	
	ร้อยละ	44.4%	27.0%	27.3%	
รวม	จำนวน	18	912	930	
	ร้อยละ	100.0%	100.0%	100.0%	

หมายเหตุ * มีความสัมพันธ์กันทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.1

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศโดยใช้ Binary logistic regression

ระดับความเครียด	OR	95%CI	p-value
ความเครียดระดับน้อยและปานกลาง	1	0.404 - 2.922	0.87
ความเครียดระดับสูงและสูงมาก	1.086		

Hatzimouratidis และคณะ¹⁶ พบว่าผู้ชายชาวยุโรปในช่วงอายุ 40 - 70 ปี พบอัตราความชุกร้อยละ 52 ซึ่งมีภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศส่วนใหญ่มีโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคประจำตัว ซึ่งตรงกันข้ามกับผลของการศึกษานี้ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพยังแข็งแรง ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 - 40 ปี จึงพบความชุกของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้น้อยกว่าการศึกษาของ Hatzimouratidis และคณะ

สำหรับภายหลังการระบาดของ COVID-19 พบว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อการทำงานของระบบหลอดเลือด ทำให้พบปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้¹⁷ และอัตราการชื้อยาช่วยเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายในสหราชอาณาจักรสูงขึ้นร้อยละ 13 ในช่วงการระบาดของ COVID-19 โดยภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศนี้เป็นภาวะที่ดูแลรักษาได้ ไม่ใช่ภาวะที่อาย ไม่ควรมองข้าม ประชาชนควรสังเกตตนเอง และเข้ารับการปรึกษาแพทย์

หากปล่อยอาการเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่และปัญหาครอบครัวได้ การศึกษานี้พบอีกว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และระดับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Butler และคณะ⁶ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางเพศและการกักตัวในช่วงการระบาดของ COVID-19 ในประเทศสหราชอาณาจักร ที่พบว่าการมีกิจกรรมทางเพศมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ และสถานภาพสมรส เช่นเดียวกับการศึกษาของ Li และคณะ⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมทางเพศของประชาชนในประเทศจีนในระหว่างการระบาดของ COVID-19 ซึ่งพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ สถานการณ์ทางการเงิน ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ครอง ความต้องการทางเพศ และความพึงพอใจทางเพศ และสัมพันธ์กับการศึกษาของ Schiavi และคณะ⁷ ที่ศึกษาหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อาศัยร่วมอยู่กับคู่สมรสในประเทศอิตาลี พบว่าในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจทางเพศลดลง

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีความหลากหลายทางเพศสูง แต่ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศไม่เป็นที่ยอมรับมากนักในสังคมไทย เช่น การบังคับใช้ค่านิยมที่สอดคล้องตามเพศกำเนิดเท่านั้น สิทธิในการจดทะเบียนสมรสและการรับมรดก ซึ่งบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศเองก็พบว่ามีความเสี่ยงต่อสุขภาพทางเพศได้เช่นเดียวกับเพศชายและหญิง ในกรุงเทพมหานครเริ่มมีการจัดตั้งคลินิกเพศหลากหลาย คลินิกสุขภาพเพศ และคลินิกให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศแก่บุคคลทั่วไปและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ แต่ยังไม่แพร่หลายมากนักในศูนย์บริการของทางภาครัฐ ควรมีการผลักดันให้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ด้วยอย่างรอบด้านโดย COVID-19 สามารถแพร่เชื้อผ่านทางน้ำลายและลมหายใจ การศึกษาปัจจุบันยังไม่พบว่าเชื้อสามารถแพร่ทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่การดำเนินกิจกรรมทางเพศหรือการมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นปัจจัยเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อและสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์เองเป็นการช่วยกระตุ้นระบบการไหลเวียนของเลือด น้ำเหลือง และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น รวมทั้งช่วยพัฒนาสุขภาพจิตและความจำ ช่วยลดความเครียดได้ การระบาดของ COVID-19 จึงส่งผลโดยตรงทั้งสุขภาพเพศและสุขภาพโดยรวม¹⁸

ความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.1 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Galanakis และคณะ¹⁹ ซึ่งพบว่าความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชายและหญิงมีความสัมพันธ์กัน และเกี่ยวข้องกับการใช้ชีวิต เพศ อุบัติสัย การคิดบวก ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ช่วยสนับสนุนการศึกษาข้างต้นให้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น อีกทั้งการศึกษาของ Huang C และคณะ²⁰ ยังพบว่าผู้ป่วย COVID-19 ที่หายจากอาการติดเชื้อจะมีอาการตกค้างได้นานถึง 6 เดือน ซึ่งอาการดังกล่าวได้แก่ อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เครียด วิตกกังวล ซึมเศร้าและบางรายอาจเกิดภาวะสมรรถภาพทางเพศได้ ดังนั้นการดูแลตนเองและประชาชนในช่วงการระบาดของ COVID-19 จึงควรครอบคลุมตั้งแต่การป้องกันการติดเชื้อและติดตามอาการภายหลังติดเชื้อ ดูแลอย่างองค์รวมรอบด้านทั้งสุขภาพกาย สุขภาพใจ สุขภาพเพศ เศรษฐกิจ สังคมอย่างทั่วถึง ผู้หญิงที่มีความเครียดสูงจะส่งผลให้มีการหลั่งของฮอร์โมน cortisol ที่มากขึ้น ส่งผลให้การหลั่งของสารเมือกบริเวณอวัยวะเพศลดลง ความเครียดจึงส่งผลให้เกิดภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศหญิงได้สูงขึ้น¹⁷ ในขณะที่เพศชายพบว่าความเครียด

ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าทำให้มีการหลั่งของ noradrenaline ที่เพิ่มขึ้น ซึ่ง noradrenaline นี้เป็นสารสื่อประสาทที่ต่อต้านการแข็งตัวของอวัยวะเพศชาย จึงพบว่าผู้ที่มีความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าจะมีปัญหาเรื่องการแข็งตัวของอวัยวะเพศชายเพิ่มขึ้น²¹ นอกจากนี้ความเครียดที่สูงขึ้นทำให้การหลั่งของ NO ลดลง ส่งผลให้อวัยวะเพศของหนูทดลองมีความแข็งตัวลดลง²²

สรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เห็นถึงผลกระทบของเครียดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 930 ราย ที่มีต่อสมรรถภาพทางเพศในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อันมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายประการ ทั้งกลไกทางจิตวิทยา ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้ ครอบครัวมีความขัดแย้งในเรื่องเงิน หรือเรื่องงานในบ้าน กังวลกับเรื่องสารพิษหรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน รู้สึกว่าต้องแข่งขันหรือเปรียบเทียบกับ เงินไม่พอใช้จ่าย กล้ามเนื้อตึงหรือปวด ปวดหลัง ปวดศีรษะ จะเห็นว่าความทุกข์ของภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศมีเพียงร้อยละ 2 และภายหลังการระบาดของ COVID-19 พบว่าภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในเพศชายมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากเชื้อ COVID-19 ส่งผลต่อการทำงานของระบบหลอดเลือด ทำให้พบปัญหาการแข็งตัวของอวัยวะเพศได้ ฉะนั้นกล่าวได้ว่า ระดับความเครียดส่งผลต่อภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศจริง

อย่างไรก็ตาม COVID-19 มีการระบาดทั่วโลกแต่การศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในประเทศไทยยังมีอย่างจำกัด การระบาดของ COVID-19 กระทั่งระบบสุขภาพ ภาครัฐกิจและสังคม ส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ การดูแลจึงควรครอบคลุมทุกด้านดังกล่าวนี้นี้ด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์และเจ้าหน้าที่หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ชะลอวัยและฟื้นฟูสุขภาพ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกและประสานงานตลอดการศึกษาในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

พญ.สวรสฯ งานวิวัฒนาการ: ผู้นิพนธ์หลัก การเขียนบทความ
บทความแบบการศึกษาศึกษาและการเก็บข้อมูล แก้ไขบทความ
ผศ.นพ.พันธ์ศักดิ์ ศุกระฤกษ์: การออกแบบการศึกษา
รศ.นพ.อดิวิทย์ กุมาทาศ: การเก็บข้อมูล
นพ.ภาวิต นน่อไชย: การวิเคราะห์ข้อมูลและการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) [Internet]; 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=41ba62e57_10.
2. Thai PBS news. COVID-19 epidemic situation [Internet]; 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://news.thaipbs.or.th/search?q=%E0%B9%82%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B4%E0%B8%94-19>
3. Duan L, Zhu G. Psychological intervention for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7:300-2.
4. Zhang J, Wu J, Li Y, Zhou Y, Zhao R, Shi Y, Chen J, et al. Influence factors of sexual activity for internal migrants in China. *Sex Med* 2018;6:97-107.
5. Li W, Li G, Xin C, Wang Y, Yang S. Challenges in the practice of sexual medicine in the time of COVID-19 in China. *J Sex Med* 2020;17:1225-8.
6. Butler L. Challenges in the practice of sexual medicine in the time of COVID-19 in the United Kingdom. *J Sex Med* 2020;17(7):1229-36.
7. Schiavi MC, Spina V, Zullo MA, Luffarelli P, Rago R, Palazzetti P. Love in the time of COVID-19: Sexual function and quality of life analysis during the social distancing measures in a group of Italian reproductive-age women. *J Sex Med* 2020;17:1407-13.
8. Ebrahim S. Sexual intercourse and risk of ischemic stroke and coronary heart disease: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(2):99-102.
9. Wright H, Jenks RA. Sex on the Brain! Associations between sexual activity and cognitive function in older age. *Age Ageing* 2016;45(3):313-7.
10. Lê MG, Bachelot A, Hill C. Characteristics of reproductive life and risk of breast cancer in a case-control study of young nulliparous women. *J Clin Epidemiol* 1989;42(12):1227-33.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30:607-10.
12. Mustafa N. Psychological stress and associated factors during the coronavirus disease (COVID-19). *Int J Sci Res* 2020;10(4):12-18.
13. Lai J, Ma S, Wang Y, Liu Z, Hu S, Kang L, Lai J, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020;3(3):e203976.
14. Czeisler MÉ, Lane RI, Petrosky E. Mental health substance use and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic - United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1049-57.
15. Kongkanand A. Prevalence of erectile dysfunction in Thailand. Thai Erectile Dysfunction Epidemiological Study Group. *International Journal of Andrology* 2000;23(2):77-80.
16. Hatzimouratidis K. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *European Urology* 2010;57(5):804-14.
17. New York Post. COVID-19's latest side effect hits below the belt [Internet]; 2020 [cited 2020 May 10]. Available from: <https://nypost.com/tag/erectile-dysfunction/>.
18. Pennanen-lire C, Preira-Lourenço M, Padoa A. Sexual health implications of COVID-19 pandemic. *Sex Med Rev* 2021;9:3-14.
19. Galanakis M, Kallianta KC, Liakopoulou D, Chrousos G. The association between stress and sexual dysfunctionality in men and women: A Systematic Review. *Psychology* 2021;6:1888-92.
20. Huang C, Huang L, Wang Y, Li Y, Zhong J, Cao B, Zhang D, et al. 6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital: a cohort study. *Lancet* 2021;391:220-32.
21. Yafi FA, Jenkins L, Albersen M, Corona G, Goldfarb S, Parish S, Salonia A, et al. Erectile dysfunction. *Nat Rev Dis Primers* 2016;2:16003.
22. Mori T, Hotta Y, Nakamura D, Yahagi R, Kataoka T, Maeda Y, Kimura K. The mechanisms of stress-induced erectile dysfunction: a focus on regulators of contraction and relaxation in the corpus cavernosum by using a rat model of water immersion-restraint stress. *J Sex Med* 2018;15(7):S139.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทย ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ภาสกร คุ่มศิริ*, นันทชัตสนันท์ สกุลพงศ์*

*สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบแบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

วิธีการ ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวางในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคมถึงพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 แบบลูกโซ่และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อ เก็บข้อมูลทางออนไลน์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นชายที่ระบุว่าตนเองเคยมีเพศสัมพันธ์กับชายภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 100) มีอายุเฉลี่ย 32.30 ปี ($\bar{X}=32.30$, $SD = 5.86$) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยันพบว่าโมเดลการวัดของแบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สามารถวัดออกมาได้องค์ประกอบเดียวเหมือนกับแบบวัดต้นฉบับ และมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ($\chi^2=18.02$, $p\text{-value}=.26$, $\chi^2/df = 1.20$, $GFI=.98$, $CFI=.99$, $AGFI=.95$, $RMR=.02$, $RMSEA=.03$, $TLI=.99$) โดยมีค่าอำนาจขององค์ประกอบของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .86 ถึง .94

สรุป แบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทยมีองค์ประกอบเดียวในการวัดเหมือนกับของแบบวัดต้นฉบับ เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ค่าอำนาจขององค์ประกอบของแต่ละข้อคำถามระดับสูง และโมเดลการวัดสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แสดงว่าแบบวัดสุภาวะทางใจฉบับภาษาไทยมีความตรงเชิงโครงสร้างดี

คำสำคัญ การวิเคราะห์องค์ประกอบ ความหลากหลายทางเพศ สุภาวะทางใจ

Confirmatory Factor Analysis of the Thai Version Psychological Well-Being Scale Among Men Who Have Sex With Men

Passakorn Koomsir*, Nanchatsan Sakunpong*

*Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

ABSTRACT

Objective: To analyze the confirmatory factor analysis of the Thai version of the psychological well-being scale in men who have sex with men (MSM).

Methods: This cross-sectional study focused on Thai MSM, 25 years and older. Data was collected during the months of August - November 2022, using snowball sampling. Participation was voluntary, and a total of 212 people were selected. The research tool was Thai version of psychological well-being scale. Data was collected online. Then, statistics were used to analyze the data using exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis.

Results: The sample were men who reported having sex with men within the past 6 months (100%) with a mean age of 32.30 years ($\bar{X}$ = 32.30, SD = 5.86). Thai version of psychological well-being scale in MSM can be measured as a single dimension and has good consistency with empirical data when studied in MSM (χ^2 = 18.02, p -value = .26, χ^2/df = 1.20, GFI = .98, CFI = .99, $AGFI$ = .95, RMR = .02, $RMSEA$ = .03, TLI = .99), with factor loading between .86 and .94.

Conclusion: The Thai version of psychological well-being scale has a single dimension, which is same as the original version. Items have high factor loading and the measurement model was consistent with the empirical data. It shows that Thai version of psychological well-being scale has good construct validity.

Keywords: factor analysis, psychological well-being, sexual and gender minorities

Corresponding author: Passakorn Koomsir

E-mail: passakorn.koomsir@gmail.com

Received 8 January 2023 Revised 5 April 2023 Accepted 5 April 2023

บทนำ

สุขภาพทางใจ (psychological Well-Being) เป็น “การทำหน้าที่ของจิตใจในคุณลักษณะเชิงบวก รวมถึงการบรรลุความเป็นมนุษย์สูงสุด การเติมเต็มของบุคคล การมีพัฒนาการด้านจิตใจด้านบวกตลอดช่วงชีวิต ซึ่งพื้นฐานลักษณะทางจิตใจนี้จะช่วยให้ชีวิตมีความสุขสมบูรณ์และเกิดสุขภาพจิตที่ดี”¹ ทั้งนี้ สุขภาพทางใจยังครอบคลุมถึงการมองโลกในแง่ดี ความพึงพอใจชีวิต ระดับความสุขในชีวิต ซึ่งตัวแปรนี้มีสัมพันธ์กับภาวะความซึมเศร้า ความเครียด รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต การฟื้นตัวจากความเจ็บป่วย² จากแบบจำลองความเครียดในคนกลุ่มน้อย (Minority stress model) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถูกอธิบายว่าเป็นคนกลุ่มน้อยด้านเพศที่มักโดนกดทับจากกระบวนการของสังคม ทำให้เผชิญกับความรู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับนำไปสู่ภาวะความเครียดในชีวิตประจำวันได้มาก³⁻⁴ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมักเผชิญกับการเลือกปฏิบัติ การถูกคุกคาม การแบ่งแยกสำหรับความรู้สึกภายในตนเองพบว่ามักกลัวว่าจะถูกปฏิเสธ การต้องซ่อนปิดบังเพศภาวะ การเกลียดกลัวตนเอง และรู้สึกต้องเผชิญปัญหาอย่างโดดเดี่ยว⁵ การศึกษาของ Fingerhut et al. ปี 2010 พบว่าทำการศึกษาความเครียดและสุขภาพทางใจของเกย์ในประเทศอเมริกาจำนวน 449 ราย มีอายุเฉลี่ย 32.86 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่ระบุว่าตนเองเป็นเกย์เคยพบประสบการณ์การถูกแบ่งแยก (discrimination) มีอาการซึมเศร้ามากเมื่อมีคะแนนรับรู้การถูกตีตรา (perceived stigma) ในระดับสูง⁶ และการศึกษาของ Aparicio-García et al. ปี 2022 ทำการศึกษาความรุนแรง (Violence) และสุขภาพจิตในเลสเบี้ยน เกย์ และไบเซ็กชวล (Lesbian, gay and bisexual: LGB) เก็บข้อมูลในชาวสเปนจำนวน 609 ราย อายุระหว่าง 14 - 25 ปี ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 342 ราย มีความเสี่ยงที่จะได้รับความรุนแรงทางวาจาและทางกาย และกลุ่มตัวอย่างจำนวน 267 ราย รู้สึกตนเองถูกแบ่งแยกกับกลุ่มรักต่างเพศ (heterosexual)⁷ จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าปัญหาด้านสุขภาพมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศรวมถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

สำหรับการศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิจัยเรื่อง “ผลของการปรึกษาเชิงบวกเพื่อสร้างเสริมแรงใจผ่านระบบออนไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสุขภาพทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย” โดยมุ่งเน้นตรวจสอบความเหมาะสมของแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยกับกลุ่มตัวอย่างชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งแบบวัดสุขภาพทางใจ (Psychological Well-Being Scale) ถูกพัฒนาโดย Diener และคณะ ปี 2009 มีข้อคำถามจำนวน 8 ข้อ วัดประเมินในเรื่องความหมายและเป้าหมายชีวิต สัมพันธภาพ ความมุ่งมั่นและตั้งใจ การมอบความสุขให้ผู้อื่น การมีสมรรถนะ การยอมรับตนเอง มองโลกในแง่ดี และความรู้สึกได้รับความเคารพ โดยให้ประเมินตนเองตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .86 มีค่าความเที่ยงตรงแบบลูเข้ากับแบบวัดสุขภาพทางใจของ Ryff & Singer ปี 2008 ซึ่งสหสัมพันธ์เท่ากับ .80 ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง และข้อคำถามแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่เหมาะสมสามารถรวมกันวัดออกมาได้เป็นองค์ประกอบเดียว⁶ แบบวัดดังกล่าวยังถูกแปลไปใช้หลายภาษาเพื่อประเมินสุขภาพทางใจในตัวอย่างที่หลากหลาย เช่น Tong & Wang ปี 2017 ได้นำแนวคิดของ Diener มาพัฒนาเป็นแบบวัดภาษาจีนชื่อ The flourishing scale ทำการเก็บข้อมูลในชุมชนต่างๆ วิเคราะห์ข้อมูลพบว่าแบบวัดฉบับภาษาจีนมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .88 มีความตรงเชิงโครงสร้าง (construct Validity) เหมือนต้นฉบับ และความตรงเชิงลูเข้า (convergent validity) ดี นอกจากนี้ Silva & Caetano ปี 2015 ได้แปลแบบวัดตามแนวคิดของ Diener เป็นภาษาโปรตุเกส ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างชาวโปรตุเกส 2 กลุ่ม เมื่อวิเคราะห์เชิงยืนยันแบบหลายกลุ่ม (multi-group confirmatory factorial analysis) พบว่าแบบวัดมีองค์ประกอบเดียวเหมือนต้นฉบับและมีลักษณะจิตมิติดี⁷⁻⁹ สำหรับประเทศไทยได้มีการแปลโดย Sakunpong & Ritkumrop ปี 2021 และนำไปศึกษาคุณลักษณะจิตมิติในผู้ป่วยซึมเศร้าพบว่าแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .91 ซึ่งแสดงถึงความเชื่อมั่นระดับสูง แบบวัดมีความเป็นเอกมิติเหมือนกับแบบวัดต้นฉบับและโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี¹⁰

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าแบบวัดสุขภาพทางใจเป็นแบบวัดที่มีข้อคำถามน้อย และถูกแปลไปใช้หลายภาษาเพื่อประเมินสุขภาพทางใจในตัวอย่างที่หลากหลายทั้งนี้มีการแปลเป็นภาษาไทยและมีการศึกษาลักษณะจิตมิติกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าไทยแต่ยังไม่เคยมีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาในคนกลุ่มน้อยด้านเพศ โดยเฉพาะในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาพทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการวิจัยระยะต่อไปและเป็นเครื่องมือสำหรับคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์

กับชาย เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ว่าการมีสุขภาวะที่ต่ำจะสัมพันธ์กับ
ปัญหาสุขภาพจิตที่สูงขึ้น¹¹⁻¹²

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัด
สุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC-G-
512/2564E ลงวันที่ 19 มกราคม 2565

ประชากร

เป็นประชากรไทยผู้ที่นิยามอัตลักษณ์ทางเพศของตนว่า
เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรม
ด้านการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีอัตลักษณ์ชายไม่ว่าผู้นั้นจะมีรสนิยม
ทางเพศกับเพศใดก็ตาม

กลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ระบุว่าตนเองเป็นชาย แต่ปัจจุบันมีพฤติกรรมด้าน
เพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่งกับผู้ที่มีอัตลักษณ์ชาย เช่น มี
ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอก อย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน
6 เดือนที่ผ่านมา โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 200 คน
โดยอิงทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (Central limit theorem) มีแนวโน้มที่
จะเกิดการกระจายแบบปกติ¹³ รวมถึงเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง
ขั้นต่ำที่ Hair et al. แนะนำให้ใช้เป็นจำนวนขั้นต่ำในการวิเคราะห์
องค์ประกอบ¹⁴ โดยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน
พ.ศ. 2565 แบบลูกโซ่ (Snowball selection) และใช้การคัดเลือก
แบบสมัครใจ (Voluntary selection) เป็นตัวอย่างด้วยความเต็มใจ
ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อ
จัดทำขึ้นทางระบบออนไลน์ผ่าน Google form ผู้วิจัยใช้ฉบับแปล
ภาษาไทยของ Sakunpong & Ritkumrop ปี 2021 ซึ่งอิงแบบวัด
ต้นฉบับตามแนวคิดของ Diener et al. ปี 2009 ครอบคลุม
การประเมิน ได้แก่ ความหมายและเป้าหมายชีวิต สัมพันธภาพ
ความมุ่งมั่นและตั้งใจ การมอบความสุขให้ผู้อื่น การมีสมรรถนะ
การยอมรับตนเอง มองโลกในแง่ดี และความรู้สึกได้รับความเคารพ

ซึ่งให้ผู้ตอบสำรวจตนเองแล้วทำเครื่องหมายในช่องว่าง โดยเลือก
ตอบจากข้อคำถามและให้คะแนน 7 ระดับ โดยที่ 1 คะแนน
หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 7 คะแนน หมายถึง เห็นด้วย
อย่างยิ่ง แปลผลโดยใช้คะแนนรวม ถ้าได้คะแนนมากถือว่า
มีสุขภาวะทางใจในระดับมาก การศึกษาคุณลักษณะทางจิตวิทยา
พบว่ามีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .91 มีความตรงเชิงเหมือน
โดยมีความสัมพันธ์กับแบบวัดซึมเศร้าของเบค (Beck depression
inventory) และแบบสอบถามความซาบซึ้งขอบคุณ 6 คำถาม
(Gratitude questionnaire) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ
มีความตรงเชิงโครงสร้าง รวมถึงโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ดี โดยมีค่าอำนาจขององค์ประกอบของข้อคำถาม
อยู่ระหว่าง .69 ถึง .80 สามารถรวมกับประเมินเป็นแบบเอกมิติ^{6,10}

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มจากขออนุญาตใช้แบบวัดฉบับภาษาไทยจาก
Sakunpong & Ritkumrop¹⁰ ต่อมาเมื่อได้รับการอนุมัติจริยธรรม
การวิจัย ผู้วิจัยจัดทำแบบวัดออนไลน์ผ่าน Google form และ
ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านสื่อออนไลน์ต่างๆ ทั้งนี้เมื่อได้กลุ่ม
ตัวอย่างตามเกณฑ์ที่สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วให้ตอบ
แบบวัด จากนั้นขอความร่วมมือแนะนำกลุ่มตัวอย่างคนอื่นที่มี
ลักษณะใกล้เคียงกับตนให้ทำแบบวัด ซึ่งระยะเวลาในการเก็บ
ข้อมูลอยู่ระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ได้กลุ่ม
ตัวอย่างทั้งสิ้น 212 คน เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างครบแล้วนำข้อมูล
ที่ได้มาลงรหัสตัวเลขในโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์สถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบการกระจายปกติ (normal distribution) ของ
ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความโด่ง (kurtosis) และความเบ้
(skewness) ศึกษาความเชื่อมั่นทั้งด้วย Cronbach's alpha
coefficient และ Corrected Item-Total Correlation (CITC) ตรวจสอบ
ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์
องค์ประกอบด้วย Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling
Adequacy (KMO) และ Bartlett's Test of Sphericity จากนั้น
ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามด้วย Pearson product-
moment correlation coefficients รวมถึงศึกษาความตรง
เชิงโครงสร้าง (construct Validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ
เชิงสำรวจ (exploratory factor analysis: EFA) และวิเคราะห์
องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 212 คน ร้อยละ 100 เป็นผู้ที่ระบุว่าเป็นชายและเคยมีเพศสัมพันธ์ด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง เช่น ทางปาก ทวารหนัก หรือสัมผัสภายนอกอย่างน้อย 1 ครั้ง กับผู้มีอัตลักษณ์ชายไม่ว่าผู้นั้นจะมีสเนียมทางเพศกับเพศใดก็ตามภายใน 6 เดือน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 32.30 ปี ($\bar{X} = 32.30$, $SD = 5.86$) การกระจายปกติของข้อมูลพบว่าความโด่งและความเบ้มีค่าไม่เกิน ± 2 ¹⁴⁻¹⁵ โดยที่ความโด่งมีค่าอยู่ระหว่าง .28 ถึง .94 และความเบ้มีค่าอยู่ระหว่าง -1.67 ถึง -1.01 แสดงว่าข้อมูลกระจายเป็นปกติดี นอกจากนี้มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับ (Cronbach's reliability) เท่ากับ .98 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (CITC) ของแบบวัดสุขภาวะภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ระหว่าง .86 ถึง .92 ดังตาราง 1 ซึ่งมีค่า .2 ขึ้นไปแสดงว่ามีค่าการจำแนกดี¹⁶

สำหรับการวิเคราะห์ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างในการวิเคราะห์องค์ประกอบพบว่าค่า KMO มากกว่า .50 และมีค่า Bartlett's Test of Sphericity ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01¹⁷ แสดงว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์ซึ่งการศึกษานี้มีค่า KMO เท่ากับ .96 มีค่าเข้าใกล้ 1 หมายถึงโมเดลนี้อธิบายความสัมพันธ์ได้ถึงร้อยละ 96 และ Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2=2300.32$, $df=28$, $p<.01$) ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจึงสามารถนำมาวิเคราะห์ EFA และ CFA ต่อได้

ผู้วิจัยตรวจสอบค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ จากกลุ่มตัวอย่าง 212 คน พบว่าข้อคำถามแต่ละคู่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทุกคู่ โดยมีค่าสหสัมพันธ์ที่ระดับ .77 ถึง .89 ซึ่งไม่เกิน .90¹⁸ คือมีสหสัมพันธ์กันเองไม่สูงเกินไป (Multicollinearity) ดังแสดงในตาราง 2

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (EFA) ผู้วิจัยสกัดองค์ประกอบโดย Principal Component Analysis ตั้งค่า Eigenvalues ไว้ที่ 1 ขึ้นไป คัดเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading) มากกว่า .5 ขึ้นไป¹⁸ ผลการศึกษาพบว่าแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อ ที่ศึกษาในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีองค์ประกอบเดียวเหมือนกันกับแบบวัดต้นฉบับ สำหรับค่า Communalities (h^2) มีค่าตั้งแต่ .80 ถึง .89 ในแต่ละข้อมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบระหว่าง .89 ถึง .94 โดยสามารถอธิบายความแปรปรวน (% of Variance) ของสุขภาวะภาษาไทยในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ร้อยละ 85.48 ดังตาราง 3

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ผลการศึกษาพบว่ายืนยันการวัดองค์ประกอบเดียวโดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading: b) ของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .86 ถึง .94 ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (standard error: SE) อยู่ระหว่าง .03 ถึง .05 ค่าการทดสอบที (t-Values: t) มีค่าตั้งแต่ 19.13 ถึง 27.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์พหุการณ์

ตารางที่ 1 ค่า CITC ความโด่ง ความเบ้ และ Cronbach's alpha

ข้อคำถาม	CITC	kurtosis	skewness
ฉันมีจุดมุ่งหมายในชีวิตและใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย (W1)	.91	.53	-1.22
สัมพันธ์ทางสังคมที่ฉันมีนั้น ช่วยเกื้อหนุนและส่งเสริม อีกทั้งเป็นเหมือนรางวัลให้กับชีวิต (W2)	.90	.28	-1.01
ฉันให้ความสำคัญและสนใจในกิจกรรมต่างๆ ของฉันที่ทำในแต่ละวัน (W3)	.90	.64	-1.09
ฉันให้ความใส่ใจที่จะสร้างความสุขและความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นให้กับผู้อื่น (W4)	.88	.49	-1.09
ฉันมีศักยภาพและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีความสำคัญกับฉัน (W5)	.91	.94	-1.27
ฉันเป็นคนดีและมีชีวิตที่ดี (W6)	.92	.59	-1.67
ฉันมองอนาคตของฉันในเชิงบวก (W7)	.92	.40	-1.11
ผู้คนให้ความเคารพในตัวฉัน (W8)	.86	.43	-1.07

Cronbach's alpha = .98

corrected item-Total correlation (CITC)

ตารางที่ 2 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามทั้ง 8 ข้อ ของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย

ข้อคำถาม	W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7	W8
W1	-	.88**	.86**	.83**	.84**	.84**	.86**	.77**
W2		-	.83**	.81**	.82**	.85**	.84**	.81**
W3			-	.83**	.84**	.83**	.86**	.78**
W4				-	.83**	.82**	.82**	.78**
W5					-	.86**	.87**	.84**
W6						-	.89**	.84**
W7							-	.82**
W8								-

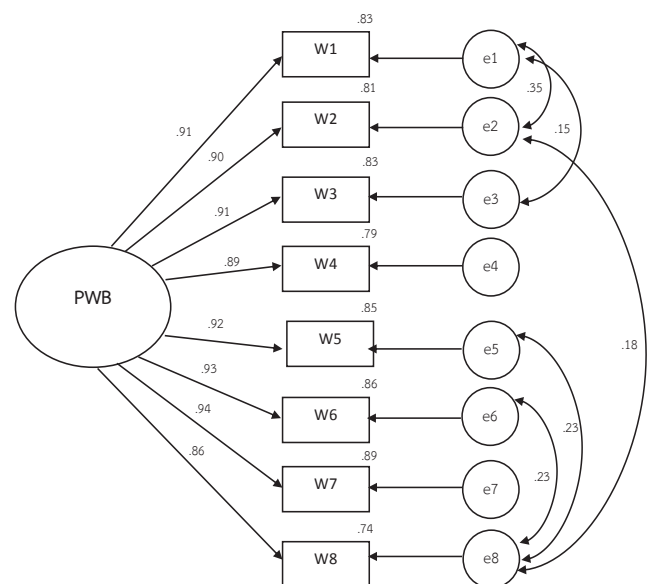
** $p < .01$, w1 - 8 หมายถึง ข้อคำถามที่ 1 - 8

(Coefficient of Determination: R^2) มีค่าตั้งแต่ .74 ถึง .89 ดังตาราง 3 และรูปที่ 1

ทั้งนี้ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของโมเดลการวัดสุขภาวะในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกับข้อมูลเชิงประจักษ์ จากดัชนีวัดความสอดคล้องต่างๆ พบว่าค่า Chi-square (χ^2) เท่ากับ 18.02, p -value เท่ากับ .26, Relative Chi-square (χ^2/df) เท่ากับ 1.20, Goodness of Fit Index (GFI) เท่ากับ .98, Comparative Fit Index (CFI) เท่ากับ .99, Adjusted goodness of fit index (AGFI) เท่ากับ .95, Root Mean Square Residual (RMR) เท่ากับ .02, Root mean square error of approximation (RMSEA) เท่ากับ .03, Root mean square residual (TLI) เท่ากับ .99 โดยภาพรวมแสดงให้เห็นว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืน (Good fit) กับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ดังแสดงในตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ามีองค์ประกอบเดียวเป็นเอกมิติสอดคล้องกับการศึกษาของต้นฉบับ ทั้งนี้โมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี เหมือนกับการศึกษาในกลุ่มประชากรไทยที่มีอาการซึมเศร้า¹⁰ ซึ่งมีค่าอำนาจนำร่องของข้อคำถามอยู่ระหว่าง .69 ถึง .80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\chi^2/df=1.3$, GFI=.95, AGFI=.90, CFI=.99, SRMR=.03, RMSEA=.05)¹⁰ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาค่าดัชนีชี้วัดความกลมกลืนของข้อมูลในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จะเห็นได้ว่ามีค่าสูงกว่าการศึกษาของ Diener และคณะ ปี 2009



รูปที่ 1 โมเดลปรับปรุงของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทย ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กล่าวคือ ค่าอำนาจนำร่องของข้อคำถามเท่ากับ .58 ถึง .76 แบบวัดสามารถอธิบายความแปรปรวนของข้อคำถามออกมาได้เป็นองค์ประกอบเดียวเช่นกัน^{6,28-29} รวมถึงสอดคล้องกับผลการศึกษาของแบบวัดที่ถูกแปลไปในภาษาจีน และภาษาจีน Tong & Wang ปี 2017⁹ และภาษาโปรตุเกสของ Silva & Caetano ปี 2015⁸

สำหรับความเชื่อมั่นของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีความเชื่อมั่นทั้งฉบับสูงมาก โดยมีคะแนนอยู่ที่ระดับ .98²¹ สอดคล้องกับผลการศึกษาต้นฉบับที่พบความเชื่อมั่นที่ระดับ .86⁶ และฉบับภาษาไทยที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ามีความ

ตารางที่ 3 ค่า Eigenvalues, น้ำหนักองค์ประกอบ, ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน, ค่าทดสอบที, ค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์จากการวิเคราะห์ EFA และ CFA

ข้อคำถาม	EFA		CFA			
	factor loading	h^2	b	SE	t	R^2
W1	.93	.87	.91	-	-	.83
W2	.93	.86	.90	.03	27.00**	.81
W3	.92	.85	.91	.04	24.60**	.83
W4	.91	.82	.89	.04	21.00**	.79
W5	.93	.87	.92	.04	23.30**	.85
W6	.94	.88	.93	.04	23.90**	.86
W7	.94	.89	.94	.04	24.90**	.89
W8	.89	.80	.86	.05	19.13**	.74
Eigenvalues = 18.50			** $p < .01$, factor loading (b), standard error (SE), t-Values (t), coefficient of determination (R^2)			
% of Variance = 85.48						
Cumulative % = 85.48						

Communalities (h^2)

ตารางที่ 4 ดัชนีบ่งชี้ความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ดัชนี	ค่าบ่งชี้ ¹⁸⁻²⁰	ค่าสถิติของโมเดล		การพิจารณา
		ก่อนปรับ	หลังปรับ	
$\chi^2, p\text{-value}$	$P > .05$	66.53, 00	18.02, .26	เหมาะสม
χ^2/df	≤ 2	3.33	1.20	เหมาะสม
GFI	$\geq .95$	.93	.98	เหมาะสม
CFI	$\geq .97$	.98	.99	เหมาะสม
AGFI	$\geq .90$	.87	.95	เหมาะสม
RMR	$\leq .08$	.04	.02	เหมาะสม
RMSEA	$\leq .05$	.11	.03	เหมาะสม
TLI	$\geq .95$	.97	.99	เหมาะสม

Chi-square (χ^2), Relative Chi-square (χ^2/df), Goodness of Fit Index (GFI), Comparative Fit Index (CFI), Adjusted goodness of fit index (AGFI), Root Mean Square Residual (RMR), Root mean square error of approximation (RMSEA), Root mean square residual (TLI)

เชื่อมั่นที่ระดับ .91¹⁰ ซึ่งเมื่อเทียบกับผลการศึกษานี้แบบวัดที่เหมือนกันพบว่า ระดับความเชื่อมั่นที่สูงกว่า เช่น แบบวัด Psychological Wellbeing Scale พัฒนาโดย Ryff ปี 1989 มีทั้งหมด 42 ข้อ มีค่าความมั่นคงสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในกลุ่มผู้สูงอายุ เท่ากับ .71 วัยผู้ใหญ่ เท่ากับ .78

และวัยต่ำกว่าผู้ใหญ่ เท่ากับ .77^{1, 22} แบบประเมิน General Well-being Schedule สร้างขึ้นโดย Dupuy ในปี ค.ศ. 1977 มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีทดสอบซ้ำในนักศึกษาจำนวน 195 คน มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .85 และมีค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นแบบวัดความสอดคล้องภายใน

เท่ากับ .91² ดัชนีชี้วัดความสุขคนไทย Thai Happiness Indicators (TMHI-15) จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .70²³

การประยุกต์ใช้และข้อจำกัด ผลการศึกษาจะเห็นได้ว่าแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อมีความเหมาะสมที่จะใช้กับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยสามารถใช้คัดกรองสุขภาวะทางใจซึ่งบ่งชี้ถึงปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มนี้ได้ เนื่องจากมีหลักฐานการวิจัยที่พบว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศมักเกิดความเครียดจากสังคมมากกว่ากลุ่มประชากรหลัก³⁻⁴ รวมถึงการศึกษาของ Choi et al. ปี 2016²⁴ ทำการศึกษาระยะยาวพบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายรับรู้ตราประทับที่สัมพันธ์อาการซึมเศร้าและวิตกกังวล นอกจากนี้ การศึกษาสุขภาพและสุขภาวะของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวอังกฤษรายงานว่าตนเองมีระดับความเจ็บป่วยหรือรู้สึกบกพร่อง มีประวัติการรักษาซึมเศร้า และใช้สารเสพติดในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมาในระดับมาก²⁵ ดังนั้นแบบวัดนี้จึงสามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ โดยใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินสุขภาวะทางใจอันเป็นข้อบ่งชี้ของสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรนี้ได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการศึกษาตัวแปรและเครื่องมือเชิงบวกในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศไม่มากนัก ส่วนมากศึกษาในประเด็นความเครียด อดคิด การตีตรา การถูกแบ่ง รวมถึงการศึกษาในมิติด้านสุขภาพ การศึกษานี้จึงเป็นประโยชน์ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินตัวแปรเชิงบวกที่เอื้อกับการวิจัยเชิงสำรวจ หรือการพัฒนาตัวแปรสุขภาวะทางใจในกลุ่มตัวอย่างนี้ต่อไป อย่างไรก็ตาม การประเมินสุขภาพจิตไม่สามารถที่จะใช้เครื่องมืออย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อยืนยันปัญหาได้ จำเป็นต้องมีการประเมินร่วมกับเครื่องมืออื่นๆ เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต เครื่องมือทางจิตวิทยาอื่นๆ ในการประเมินสำหรับวางแผนจัดบริการดูแลจิตใจได้ตรงกับปัญหาของผู้รับบริการมากที่สุด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป การขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้เป็นเพียงขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่น่ามาวิเคราะห์องค์ประกอบ หรืออาจมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอื่นที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน เพื่อดูความคงเส้นคงวาในการวัด นอกจากนี้ควรศึกษาลักษณะจิตมิติ (psychometric properties) อื่นๆ เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติเชิงจิตวิทยาเพิ่มเติม เช่น การทดสอบซ้ำ (test-retest reliability)

ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) ความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) ความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) เป็นต้น

สรุป

แบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยจำนวน 8 ข้อ มีความตรงเชิงโครงสร้างที่เหมือนกับแบบวัดต้นฉบับและแบบวัดฉบับที่ถูกแปลออกไปหลายภาษา เมื่อพิจารณาการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจพบว่า แบบวัดมีความเป็นเอกมิติ และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันแสดงให้เห็นว่าโมเดลการวัดของแบบวัดสุขภาวะทางใจฉบับภาษาไทยมีความสอดคล้องกลมกลืนกันดีเมื่อทดสอบในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวไทย ดังนั้นแบบวัดดังกล่าวจึงมีความเหมาะสมในการวัดสุขภาวะทางใจในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวไทยได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบวัดสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงขอบคุณ Assistant Professor Dr. Kanu Priya Mohan สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่ช่วยตรวจทานบทคัดย่อภาษาอังกฤษ และขอบคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือที่ไม่ได้เอ่ยนาม ณ ที่นี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ภาสกร คุ้มศิริ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาประยุกต์ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

นันท์ชัตถ์สนห์ สกุลพงศ์ อาจารย์ที่ปรึกษาปริญญาโท ร่วมออกแบบการศึกษา ตรวจสอบความถูกต้อง และควบคุมคุณภาพการวิจัยทุกขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

1. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom* 1996;65(1):14-23.
2. Raksat D. The effect of buddhist characteristics on psychological well-being of adolescents in holistic mind development for youth project of the young buddhists association of Thailand under Royal Patronage the Mediating Roles of sense of coherence. Master thesis, M.Ed. (Developmental psychology), Srinakharinwirot University; 2014.
3. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bul.* 2003; 129(5): 674-97.
4. Kittiteerasack P, Matthews AK. Minority stress model (MSTM): a conceptual framework of mental health risk in sexual and gender minority populations. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health* 2019; 33(1): 1-17.
5. Kurusattr N. Minority stress and the resilience process of transgender and gender non-conforming university students: A case study. Master thesis, M.A. (Applied psychology), Srinakharinwirot University; 2021.
6. Diener E, Wirtz D, Biswas-Diener R, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, et al. New measures of well-being. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being: The collected works of Ed Diener* 2009: 247-66.
7. Howel AJ, Buro K. Measuring and predicting student well-being: further evidence in support of the flourishing scale and the scale of positive and negative experiences. *Social Indicators Research* 2015; 121(3): 903-15.
8. Silva AJ, Caetano A. Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in Portugal. *Social Indicators Research* 2013; 110(2): 469-78.
9. Tong KK, Wang YY. Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in a Chinese community sample. *PLoS ONE* 2017; 12(8): e0181616.
10. Sakunpong N, Ritkumrop K. Psychometric properties of the Thai version Psychological Well-Being Scale and the factors related to among Thai patients with major depressive disorder. *Depress Res Treat* 2021; 2021:2592548.
11. Chan ASW, Lo IPY, Yan E. Health and social inclusion: the impact of psychological well-being and suicide attempts among older men who have sex with men. *Am J Mens Health* 2022; 16(5):15579883221120985.
12. Parkaw P, Chirawatkul S. Happy, sadness and mental status of male homosexuals in Isan community. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53(4): 377-91.
13. Ngamyang A. Due to the formula of Yamane. *Journal of Business Administration Thammasat University* 2011: 34(131): 46-60.
14. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis* 6thed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
15. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. USA: Guilford Press; 2005.
16. Pengruck L, Boonphak K, Sisan B. Early childhood education: A confirmatory factor analysis concerning Thai administrators' creative administration. *Asia-Pacific Social Science Review* 2019; 19(1): 17-32.
17. Joreskog KG, Sorbom D. *LISREL 8: User's reference guide*. USA: Scientific Software; 1996.
18. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. *Multivariate data analysis: a global perspective*. USA: Pearson Prentice-Hall; 2010.
19. Kelloway EK. *Using Mplus for Structural Equation Modeling; A Researcher's Guide*. USA: SAGE Publications; 2015.
20. Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to under parameterized model misspecification. *Psychological Methods* 1998; 3, (4): 424-453.
21. Segal DL, Coolidge FL. Reliability. In: Bornstein MH, editor. *The SAGE encyclopedia of lifespan human development*. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications; 2018.
22. Shryock S, Meeks S. Internal consistency, and factorial validity of the 42-item psychological well-being scales. *Innov Aging* 2018;2(Suppl 1):690-1.
23. Mongkol A, Huttapanom W, Chetchotisakd P, Chalookul W, Punyoyai L, Suvanashiep S. The study to develop Thai mental health indicator. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2001; 46(3): 209-55.
24. Choi KH, Steward WT, Miège P, Hudes E, Gregorich SE. Sexual stigma, coping styles, and psychological distress: a longitudinal study of men who have sex with men in Beijing, China. *Arch Sex Behav* 2016; 45(6):1483-91.
25. Mercer CH, Prah P, Field N, Tanton C, Macdowall W, Clifton S, et al. The health and well-being of men who have sex with men (MSM) in Britain: Evidence from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *BMC Public Health* 2016; 16(1): 1-16.
26. Fingerhut AW, Peplau LA, Gable SL. Identity, minority stress and psychological well-being among gay men and lesbians. *Psychology & Sexuality* 2010; 1(2): 101-14.
27. Aparicio-García ME, Díaz-Ramiro EM, Rubio-Valdehita S, López-Núñez MI, García-Nieto I. Protective factors, risk of violence and discrimination and mental health indicators of young LGB People. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 14401.
28. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D., Oishi S, et al. New well-being measures: short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research* 2010; 97: 143-56.
29. Silva AJ, Caetano A. Validation of the flourishing scale and scale of positive and negative experience in Portugal. *Social Indicators Research* 2013; 110: 469-478.

พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น

คามิน สหะมงคล*, ณัฐธิดา พงษ์เดช*, ธัญมน พัววรานุเคราะห์*, วชิรภัทร จรรย์ศิริไพศาล*, ชัยณูพงศ์ ลงยันต์*, ปณณ ริมพิชพันธ์*,
เชมจิรา เอียการนา*, พรปวิณ พฤษภิตกุล**, ศรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ**

*นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 ปีการศึกษา 2564 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางในนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ชั้นปีที่ 1 - 6 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 1,614 คน คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 294 คน และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ ชนิดตอบเอง วัดพลังสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (cut-off ≥ 55 points) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Pearson chi-square test และ binary logistic regression

ผลการศึกษา อัตราตอบกลับร้อยละ 88.8 (n=261) พบว่าร้อยละ 72.8 ของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ (95%CI: 67.1, 77.8) โดยด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติมากที่สุด ร้อยละ 86.2 และด้านความทน ต่อแรงกดดันมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติน้อยที่สุด ร้อยละ 69.7 พบพลังสุขภาพจิตในระดับปกติในนักศึกษาแพทย์ ชั้นปีคลินิกมากกว่าชั้นคลินิก และพบความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาแพทย์ชั้นปีคลินิกกับพลังสุขภาพจิตระดับปกติ (adjusted odds ratio 4.09, 95% CI: 1.89, 8.85)

สรุป 7 ใน 10 ของนักศึกษาแพทย์ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ผลการศึกษานี้มีศักยภาพในการเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

คำสำคัญ พลังสุขภาพจิต โรงเรียนแพทย์ นักศึกษาแพทย์

Corresponding author: ศรินทิพย์ บุญจรัสภิญโญ

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: sboon@kku.ac.th

วันรับ : 1 พฤศจิกายน 2565 วันแก้ไข : 24 กุมภาพันธ์ 2566 วันตอบรับ : 5 เมษายน 2566

Resilience Quotient Among Medical Students at Khon Kaen University

Kamin Seehamongkon*, Nattanicha Pongdet*, Thanyamon Pouvaranukoah*, Wachirapat Jaransiripaisan*, Chisanuphong Longyant*, Pun Rimphuetphan*, Khemjira Earkanna*, Pompawee Prukpitikul**, Sirintip Boonjaraspinyo**

*5th year medical student, academic year 2021, Khon Kaen University

**Department of Community Medicine, Family Medicine and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: To investigate the resilience quotient in medical students at Khon Kaen University, and associated factors.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with 1,614 the 1st to 6th year medical students at Khon Kaen University who were enrolled in the academic year 2021, and were sampled to a total of 294 by systematic sampling. A self-administered online questionnaire was used. Resilience quotient was measured using the Resilience Quotient (RQ) test, which was developed by the Mental Health Department, Ministry of Public Health (a cut-off point ≥ 55 points). Data were analyzed using descriptive statistics, the Pearson chi-square test, and binary logistic regression.

Results: The response rate was 88% (n=261). Approximately 72.8% of the participants experienced a normal level of resilience quotient (95% CI 67.1, 77.8). The ability to overcome obstacles was the highest rated (86.2%), whereas the lowest was the ability to withstand pressure (69.7%). The normal level of resilience quotient was higher in pre-clinical students than clinical students. The pre-clinical medical students were significantly associated with a normal level of resilience quotient (adjusted odds ratio 4.09, 95% CI: 1.89, 8.85).

Conclusion: Seven out of 10 medical students experienced a normal level of resilience quotient. The findings of this study can serve as basic information for relevant stakeholders.

Keywords: Resilience quotient, Medical school, Medical students

บทนำ

การเรียนรู้แพทย์มีลักษณะการเรียนรู้ที่ค่อนข้างซับซ้อน ต้องใช้การประยุกต์องค์ความรู้ ลักษณะงานจำเป็นต้องอาศัยการระมัดระวังให้เกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด อีกทั้งยังต้องแบกรับทั้งความคาดหวังจากสังคมและตนเองที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ^{1,2} ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่องานอดิเรกทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความกดดันและความว้าวุ่นสับสน มีการจัดการกับปัญหาที่แย่ง และอาจนำมาซึ่งภาวะวิกฤตในตัวนักศึกษาแพทย์ โดยการศึกษาในต่างประเทศในนักศึกษาแพทย์ 4,402 คน พบว่าร้อยละ 55.9 มีภาวะหมดไฟ ร้อยละ 57.7 มีภาวะเหนื่อยล้าอย่างมาก และเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปในวัยเดียวกันพบว่านักศึกษาแพทย์มีภาวะดังกล่าวสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ³ การศึกษาในประเทศไทย นักศึกษาแพทย์ชั้นปริศลินกมหาวิทยาลัยนเรศวร ประมาณ 1 ใน 4 มีปัญหาภาวะสุขภาพจิต⁴ และพบว่านักศึกษาแพทย์มีปัญหาการปรับตัวด้านการเรียนมากที่สุด โดยหนึ่งในสาเหตุหลักคือ ความเครียดจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะการเรียน⁴ การศึกษาที่คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ย้อนหลัง 25 ปี (2525 - 2550)⁵ มีนักศึกษาแพทย์ขอรับบริการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น 338 ราย มีนักศึกษามีปัญหาสุขภาพจิต 307 ราย (ร้อยละ 90.8) และจากการศึกษาในนักศึกษาแพทย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในช่วงปี 2524 - 2528 พบการป่วยทางจิตในนักศึกษาแพทย์ 17.9 ต่อพันต่อปี ส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยในชั้นปีที่ 3⁶ ในปี 2525 - 2531 มีการศึกษาปัญหาจิตเวชในนักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่น และพบว่าเป็นนักศึกษาแพทย์มากที่สุด ร้อยละ 29.5⁷ ในปี 2549 พบว่านักศึกษาแพทย์มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์ทั่วไป ร้อยละ 13⁸ ในปี 2550 พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก ร้อยละ 55.8 มีความเครียดระดับอันตราย² และในปี 2564 พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปริศลินก ร้อยละ 53.9 และชั้นคลินิก ร้อยละ 55.3 มีความเครียดในระดับที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน⁹ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการคงอยู่ของปัญหาสุขภาพทางจิตในนักศึกษาแพทย์ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต พบว่าความเครียดสะสมในระดับที่มากเกินไปจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรม อาจถึงขั้นเกิดภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้¹⁰ โดยความเครียดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งจากปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในที่เป็นสาเหตุหลักที่แท้จริง¹¹ คือ ความเข้มแข็งของจิตใจในการรับมือกับปัญหาหรือช่วงภาวะวิกฤตของชีวิต การรู้จักปรับเปลี่ยนมุมมองชีวิต ปรับความคิดเพื่อก้าวสู่

วันข้างหน้าได้ในทางจิตวิทยาได้ให้ความหมายของบุคคลที่สามารถฟื้นตัวจากภาวะวิกฤตได้ คือ บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient: RQ) ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงการเอาชนะปัญหาและอุปสรรคของชีวิตด้วยจิตใจที่เข้มแข็ง¹² จากการสำรวจพลังสุขภาพจิตพบว่าร้อยละ 92 ของคนไทย มีพลังสุขภาพจิตในระดับปกติขึ้นไป¹² ในกลุ่มนักศึกษาทันตแพทย์ พบว่ามีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติขึ้นไป ร้อยละ 80.6¹³ และระดับพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาสาขาจิตวิทยามีความสัมพันธ์กับการปรับหลักสูตร¹⁴ อีกทั้งพบความสัมพันธ์ทางบวกระดับพลังสุขภาพจิตกับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{15,16} และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่น สถานภาพสมรสของบิดา มารดาที่แตกต่างกัน^{13,17} โรคประจำตัว^{18,19} และรายได้ที่แตกต่างกัน²⁰ รวมถึงระดับพลังสุขภาพจิตยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าได้²¹ แสดงให้เห็นว่าพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดการปรับตัว ยืดหยุ่น และเกิดความแข็งแรงของจิตใจทั้งในด้านความทนต่อแรงกดดันด้านกำลังใจ และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคที่จะทำให้ผ่านพ้นวิกฤตเหล่านั้นและดำเนินชีวิตต่อไปได้ แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์เป็นจำนวนมาก แต่การศึกษาถึงพลังสุขภาพจิตในการเอาชนะปัญหาในประชากรกลุ่มนี้ยังมีน้อย อีกทั้งในกลุ่มนักศึกษาแพทย์ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าประชากรทั่วไปอีกด้วย ดังนั้นการศึกษาระดับของพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะสามารถช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้นักศึกษาแพทย์ มีระดับพลังสุขภาพจิตที่ดีมากยิ่งขึ้น ดังนั้นการศึกษาดังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามประกาศมหาวิทยาลัยขอนแก่น ฉบับที่ 2178/2563 เลขที่โครงการ HE651024

ประชากรศึกษา ได้แก่ นักศึกษาแพทย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ นักศึกษาแพทย์ ชั้นปีที่ 1 - 6

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 เกณฑ์คัดออก คือ คณะผู้วิจัย (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 จำนวน 6 คน) และนักศึกษาแพทย์ที่เข้าร่วมการทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้น (เนื่องจากข้อมูลที่ได้อาจมีอคติจากการตอบคำถามซ้ำ) ได้ประชากรศึกษาทั้งหมด 1,614 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยกำหนดสัดส่วนนักศึกษาแพทย์ที่มีระดับพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 0.767 (จากการทดสอบแบบสอบถามเบื้องต้น) ค่าคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และกำหนดอัตราการไม่ตอบกลับร้อยละ 20 ได้ขนาดตัวอย่าง 294 คน และสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ

เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ชนิดตอบเอง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และแบบประเมินมาตรฐานที่ได้รับการรับรองจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย เช่น เพศ อายุ ชั้นปี โรงพยาบาลที่สังกัด เกรดเฉลี่ย รายได้ต่อเดือนของนักศึกษา สถานภาพของบิดา มารดา และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพลังสุขภาพจิต RQ (Resilience quotient) ของกรมสุขภาพจิต¹⁸ ได้ผ่านการทดสอบในด้านความเป็นปรนัย ความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยงเชิงโครงสร้าง อำนาจจำแนก โดยมีค่าความเชื่อมั่น 20 ข้อ เท่ากับ 0.749 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.857 ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความทนต่อแรงกดดัน 2) ด้านการมีความหวังและกำลังใจ 3) ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค คะแนนรวมพลังสุขภาพจิตแบ่งเป็น 3 ระดับ ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<55 คะแนน) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (55 - 69 คะแนน) และสูงกว่าเกณฑ์ปกติ (>69 คะแนน) โดยผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติถึงสูงกว่าเกณฑ์ปกติถือว่าพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ สำหรับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตรายด้านมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) คะแนนด้านความทนต่อแรงกดดัน แบ่งเป็นต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<27 คะแนน) และอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≥27 คะแนน) 2) คะแนนด้านการมีความหวังและกำลังใจ แบ่งเป็น ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<14 คะแนน) และอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≥14 คะแนน) 3) คะแนนด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค แบ่งเป็น ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ (<13 คะแนน) และอยู่ในเกณฑ์ปกติ (≥13 คะแนน) และในส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาระดับของพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์

ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 26 - 30 มกราคม 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยส่งลิงก์แบบสอบถาม Google form ผ่านทางหัวหน้าชั้นปีหรือหัวหน้ากอง แบบสอบถามที่ได้รับการตอบกลับถูกรวบรวมเข้าทาง Google sheets วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ช่วงเชื่อมั่นร้อยละ 95 มัชฌิมฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์ด้วยสถิติ Pearson chi-squared test และวิเคราะห์ความถดถอยแบบลอจิสติก (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตในระดับปกติ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 294 คน ได้รับการตอบกลับ 261 คน คิดเป็นอัตราการตอบกลับร้อยละ 88 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50.8 เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 30 ปี (Median 21 ปี IQR 3 ปี) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.7 กำลังศึกษาในชั้นปรีคลินิก (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 - 3) ร้อยละ 48.3 กำลังศึกษาในชั้นคลินิก (นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 4 - 6) ร้อยละ 71.3 สังกัดโรงพยาบาลศรีนครินทร์ ร้อยละ 47.5 มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 3.50 - 4.00 ร้อยละ 50.2 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 87.0 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 86.6 มีสถานภาพสมรสของบิดา มารดาอาศัยอยู่ด้วยกัน ดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 72.8 (95%CI: 67.1, 77.8) โดยพบว่า ด้านความทนต่อแรงกดดัน มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 69.7 ด้านกำลังใจ มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.6 และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.2 ตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาตามชั้นปีพบว่า นักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1 และ 3 มีพลังสุขภาพจิตในระดับปกติสูงสุดเท่ากัน ร้อยละ 83.7 และชั้นปี 5 มีระดับพลังสุขภาพจิตปกติต่ำสุด ร้อยละ 52.2 ดังรูปที่ 1

เมื่อพิจารณาพลังสุขภาพจิตรายด้านพบว่า พลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ชั้นปรีคลินิกสูงกว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ทั้งด้านความทนต่อแรงกดดัน (p-value = 0.003) ด้านกำลังใจ (p-value = 0.005) และด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (p-value = 0.017) ดังแสดงในตารางที่ 2

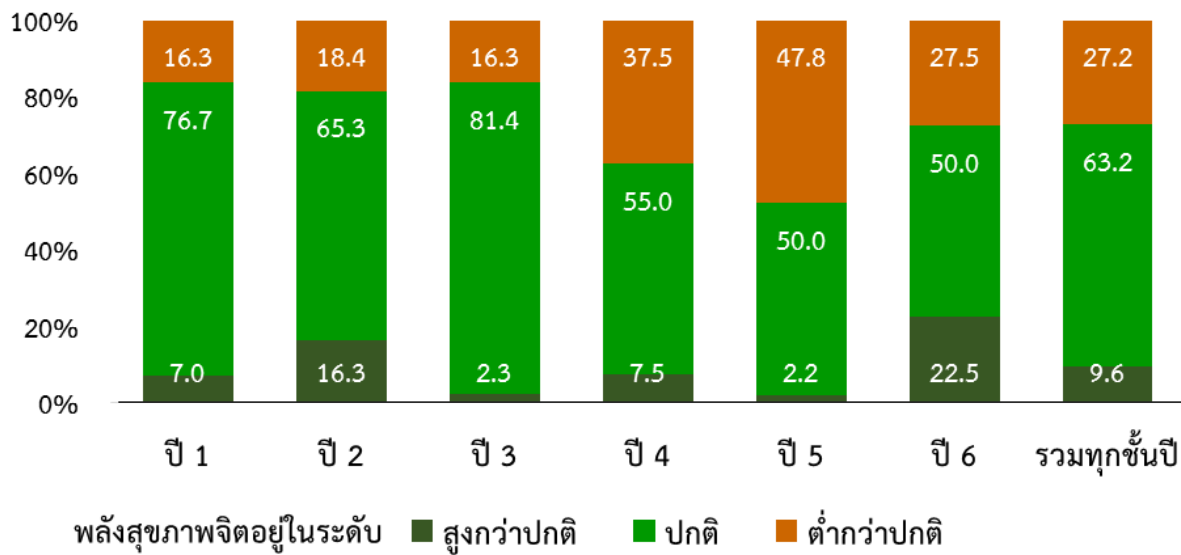
ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ		3.00 - 3.49	106 (40.6)
ชาย	126 (49.2)	2.50 - 2.99	27 (10.4)
หญิง	130 (50.8)	2.00 - 2.49	4 (1.5)
อายุ (ปี)		รายได้ต่อเดือน (บาท)	
Min - Max	18 - 30	<5,000	39 (14.9)
Median (IQR)	21.0 (3.0)	5,001 - 10,000	131 (50.2)
ชั้นปี		10,001 - 15,000	72 (27.6)
1	43 (16.5)	>15,000	19 (7.3)
2	49 (18.8)	สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา	
3	43 (16.5)	อยู่ด้วยกัน	226 (86.6)
4	40 (15.3)	แยกกันอยู่	14 (5.3)
5	46 (17.6)	หย่าร้าง	13 (5.0)
6	40 (15.3)	หม้าย	8 (3.1)
โรงพยาบาลในสังกัด		โรคประจำตัว	
โรงพยาบาลศรีนครินทร์	186 (71.3)	ไม่มี	227 (87.0)
โรงพยาบาลขอนแก่น	32 (12.2)	มี	34 (13.0)
โรงพยาบาลอุดรธานี	20 (7.7)	โรคภูมิแพ้	19 (7.2)
โรงพยาบาลมหาสารคาม	19 (7.3)	โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น	3 (1.2)
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์	4 (1.5)	โรคสมาธิสั้น	2 (0.8)
เกรดเฉลี่ยสะสม		อื่นๆ	10 (3.8)
3.50 - 4.00	124 (47.5)		

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในระดับปกติ พบว่าช่วงชั้นปีมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในระดับปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยนักศึกษาแพทย์ในชั้นปีคลินิกเพิ่มโอกาสในการมีระดับของพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ 3.0 เท่า (crude odds ratio 3.00, 95% CI:1.69-5.33) ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับระดับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรเพศ อายุ เกรดเฉลี่ยสะสม โรงพยาบาลในสังกัด รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรสของบิดา มารดา และโรคประจำตัวแล้ว พบว่านักศึกษาแพทย์

ในชั้นปีคลินิกเพิ่มโอกาสในการมีระดับของพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ 4.09 เท่า (adjusted odds ratio 4.09, 95% CI: 1.89, 8.85) ดังตารางที่ 3

ความคิดเห็นเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการพัฒนาระดับของพลังสุขภาพจิตในนักศึกษาแพทย์ได้แก่ การไม่ใช้คำพูดที่ไม่เหมาะสมต่อนักศึกษาแพทย์ การเพิ่มเวลาพักผ่อน การลดภาระงาน การมีตัวช่วยสนับสนุนทางจิตใจ การเห็นความสำคัญของพลังสุขภาพจิต การรู้จักปล่อยวาง และการลดความสำคัญของเกรด



รูปที่ 1 พลังสุขภาพจิตแยกตามชั้นปีของนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น

วิจารณ์

การศึกษานี้สำรวจพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในนักศึกษาแพทยมหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า 7 ใน 10 ของกลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ โดยด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรคมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติมากที่สุด และด้านความทนต่อแรงกดดันมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติน้อยที่สุด พบพลังสุขภาพจิตในระดับปกติในนักศึกษาแพทยชั้นปรีคลินิกมากกว่าชั้นคลินิก และพบความสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษาแพทยชั้นปรีคลินิกกับพลังสุขภาพจิตระดับปกติ

การศึกษานี้พบความชุกของนักศึกษาแพทยที่มีพลังสุขภาพจิตในระดับปกติเท่ากับร้อยละ 72.8 ซึ่งสัดส่วนที่พบนี้ค่าน้อยกว่าประชากรไทยทั่วไป¹² ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถของจิตใจในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังจากการเผชิญภาวะวิกฤตที่จะช่วยป้องกันนักศึกษาแพทยให้รอดพ้นจากปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ได้น้อยกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งหากปราศจากการจัดการทางอารมณ์และจิตใจที่มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเรื้อรังและรุนแรงตามมาได้¹² พลังสุขภาพจิตด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค มีค่าคะแนนอยู่ในระดับปกติมากที่สุด เป็นไปได้ที่นักศึกษาแพทยนั้นต้องมีการฝึกคิดหาทางออกในการแก้ปัญหา มีการถูกฝึกให้มีการคิดหาทางออกสำรองเผื่อไว้อยู่เสมอ ตั้งแต่การสอบเข้า การแก้ปัญหา และวางแผนในการเรียนให้สามารถผ่านไปได้ในแต่ละรายวิชา จึงอาจส่งผลให้พลังสุขภาพจิตในด้านนี้มากกว่าด้านอื่นๆ แต่ในส่วนด้านความทนต่อแรงกดดันพบว่ามีความคะแนนอยู่ในระดับปกติน้อยที่สุด ซึ่งการเรียนแพทยนั้น

มีความกดดันเป็นอย่างมาก และต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานทั้งจากครอบครัว เพื่อน อาจารย์ ความคาดหวังจากสังคม รวมถึงความคาดหวังจากตนเอง¹ จึงอาจส่งผลให้พลังสุขภาพจิตด้านความทนต่อแรงกดดันลดลง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตในระดับปกติของกลุ่มตัวอย่างเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน ได้แก่ ช่วงชั้นปี โดยพบว่านักศึกษาแพทยชั้นปรีคลินิกเพิ่มโอกาสที่จะมีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติมากกว่านักศึกษาแพทยชั้นคลินิก ซึ่งลักษณะการเรียนการสอนหลักสูตรแพทยศาสตรบัณฑิตในมหาวิทยาลัยขอนแก่น^{22,23} จะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับชั้นปรีคลินิกซึ่งเป็นการเรียนเป็นระบบต่างๆ ของร่างกาย ตั้งแต่ภาวะปกติและภาวะเกิดโรคโดยเชื่อมโยงด้านกายวิภาคศาสตร์ สรีรวิทยา พยาธิวิทยา คัพภวิทยา การให้ยาเข้าด้วยกันในแต่ละระบบ เป็นการเรียนในลักษณะการบรรยาย มีการสอนโดยใช้ปัญหาผู้ป่วยเป็นฐาน และหัวข้อการเรียนการสอนที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ในส่วนชั้นคลินิกจะมีการฝึกปฏิบัติดูแลผู้ป่วย ทำหัตถการจริงบนหอผู้ป่วย พร้อมๆ กับการสอนของอาจารย์ แพทย์ และเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพในโรงพยาบาล ลักษณะการเรียนที่ต่างกันนี้อาจจะทำให้พลังสุขภาพจิตลดลงในนักศึกษาแพทยชั้นคลินิก เนื่องด้วยในนักศึกษาแพทยชั้นปีที่ 4 จะเป็นช่วงการเปลี่ยนผ่าน จากการเรียนชั้นปรีคลินิกเป็นชั้นคลินิกมีการฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วย การราวน์วอร์ด การอยู่เวร ทำให้มีเวลาลดลง พักผ่อนได้น้อยลง อาจส่งผลต่อการปรับตัวและพฤติกรรม การเรียนของนักศึกษาแพทยอีกทั้งในชั้นคลินิกด้วยปริมาณเนื้อหา

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับพลังสุขภาพจิตแจกแจงรายด้าน

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	พลังสุขภาพจิต								
		ด้านความทนต่อแรงกดดัน (ร้อยละ)		p-value	ด้านกำลังใจ (ร้อยละ)		p-value	ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ร้อยละ)		p-value
		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ	
รวม	216	69.7	30.3		213	18.4		86.2	13.8	
เพศ										
ชาย	126	73.8	26.2	0.143	78.6	21.4	0.212	89.7	10.3	0.090
หญิง	130	65.4	34.6		84.6	15.4		82.3	17.7	
อายุ (ปี)										
<20 ปี	56	76.8	23.2	0.195	85.7	14.3	0.371	89.3	10.7	0.451
≥20 ปี	205	67.8	32.2		80.5	19.5		85.4	14.6	
ชั้นปี										
ปรีคลินิก	135	77.8	22.2	0.003*	88.1	11.9	0.005*	91.1	8.9	0.017*
คลินิก	126	61.1	38.9		74.6	25.4		81	19	
เกรดเฉลี่ยสะสม										
3.50 - 4.00	124	71.8	28.2	0.711	84.7	15.3	0.209	89.5	10.5	0.086
3.00 - 3.49	106	68.9	31.1		81.1	18.9		85.8	14.2	
<3.00	31	64.5	35.5		71	29		74.2	25.8	
โรงพยาบาลในสังกัด										
รพ.ศรีนครินทร์	186	68.8	31.2	0.613	81.2	18.8	0.779	88.2	11.8	0.147
รพ.ร่วมผลิต	75	72	28		82.7	17.3		81.3	18.7	

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลและระดับพลังสุขภาพจิตแจกแจงรายด้าน (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	พลังสุขภาพจิต								
		ด้านความทนต่อแรงกดดัน (ร้อยละ)		p-value	ด้านกำลังใจ (ร้อยละ)		p-value	ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ร้อยละ)		p-value
		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ	
รายได้ต่อเดือน (บาท)										
0 – 10,000	170	69.4	30.6	0.878	80	20	0.359	84.6	15.4	0.585
>10,000	91	70.3	29.7		84.6	15.4		87.1	12.9	
สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา										
อยู่ด้วยกัน	226	70.4	29.4	0.847	82.7	17.3	0.223	85.8	14.2	0.257
แยกกันอยู่	14	64.3	35.7		64.3	35.7		100	0	
หย่าร้าง/หม้าย	21	66.7	33.3		81	19		81	19	
โรคประจำตัว										
มี	227	69.2	30.8	0.605	82.4	17.6	0.904	86.3	13.7	0.794
ไม่มี	34	73.5	26.5		81.5	18.5		85.3	14.7	

*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อระดับพลังสุขภาพจิตโดยรวม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	พลังของสุขภาพจิต (คน (ร้อยละ))		Crude odds ratio (95%CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95%CI)	p-value
		ปกติ	ต่ำกว่าปกติ				
เพศ							
ชาย	126	96 (76.2)	30 (23.8)	1		1	
หญิง	130	89 (68.5)	41 (31.5)	0.68 (0.39, 1.18)	0.167	0.63 (0.34, 1.15)	0.131
อายุ (ปี)							
<20 ปี	56	45 (80.4)	11 (19.6)	1		1	
≥20 ปี	205	145 (70.7)	60 (29.3)	0.59 (0.29, 1.22)	0.151	1.22 (0.48, 3.11)	0.681
ชั้นปี							
คลินิก	126	78 (61.9)	48 (38.1)	1		1	
ปรีคลินิก	135	112 (83.0)	23 (17.0)	3.00 (1.69, 5.33)	<0.001*	4.09 (1.89, 8.85)	<0.001*
เกรดเฉลี่ยสะสม							
3.50 - 4.00	124	93 (75.0)	31 (25.0)	1		1	
3.00 - 3.49	106	77 (72.6)	29 (27.4)	0.89 (0.49, 1.60)	0.685	1.12 (0.58, 2.20)	0.732
<3.00	31	20 (64.5)	11 (35.5)	0.61 (0.26, 1.41)	0.243	0.93 (0.35, 2.46)	0.876
โรงพยาบาลในสังกัด							
รพ.ศรีนครินทร์	186	137 (73.7)	49 (26.3)	1		1	
รพ.ร่วมผลิต	75	53 (70.7)	22 (29.3)	0.86 (0.48, 1.56)	0.623	0.69 (0.35, 1.37)	0.693
รายได้ต่อเดือน (บาท)							
0 - 10,000	170	124 (72.9)	46 (27.1)	1		1	
>10,000	91	66 (72.5)	25 (27.5)	0.98 (0.55, 1.73)	0.943	0.75 (0.40, 1.40)	0.371
สถานภาพสมรสของบิดา-มารดา							
อยู่ด้วยกัน	226	164 (72.6)	62 (27.4)	1		1	
แยกกันอยู่	14	11 (78.6)	3 (21.4)	1.39 (0.37, 5.14)	0.625	1.05 (0.26, 4.20)	0.945
หย่าร้าง/หม้าย	21	15 (71.4)	6 (28.6)	0.95 (0.35, 2.55)	0.911	0.93 (0.33, 2.67)	0.9
โรคประจำตัว							
ไม่มี	227	164 (72.2)	63 (27.8)	1		1	
มี	34	26 (76.5)	8 (23.5)	1.25 (0.54, 2.90)	0.606	1.52 (0.62, 3.71)	0.361

*มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05

การเรียนรู้ที่มากและซับซ้อน จำนวนชั่วโมงเรียน และเวลาปฏิบัติงานต่อวันที่เพิ่มสูงขึ้น ร่วมกับการปฏิบัติหัตถการจริงกับผู้ป่วย และสิ่งแวดล้อมในการเรียนที่กดดัน ทำให้นักศึกษาแพทย์เกิดความเครียดจนส่งผลต่อชีวิตประจำวัน และเสียสมดุลทางจิตใจ²⁴ ส่งผลให้ขาดองค์ประกอบในการฟื้นฟูพลังสุขภาพจิต อาจส่งผลให้มีการฟื้นฟูของพลังสุขภาพจิตที่ลดลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่านักศึกษาแพทย์ชั้นคลินิกมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าชั้นปริคลินิก^{8,9} และคนทั่วไป^{3,7} นอกจากนี้ในส่วนของระดับชั้นคลินิกยังพบอีกว่านักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 5 มีสัดส่วนของนักศึกษาที่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติค่อนข้างต่ำกว่าชั้นปีอื่นๆ ทั้งนี้เป็นไปได้ที่ในปีการศึกษา 2563 ขณะที่นักศึกษาแพทย์ศึกษาในระดับชั้นปีที่ 4 นั้นมีการระบาดของโคโรนาไวรัส 2019 สูงทางคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จึงได้มีมาตรการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ทำให้นักศึกษามีประสบการณ์การปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยที่ลดลง เมื่อขึ้นชั้นปีที่ 5 จึงอาจจะมีพลังสุขภาพจิตที่ต่ำลงได้ จากความกดดัน ความไม่มั่นใจในการขึ้นปฏิบัติงานคลินิก และมีประสบการณ์ฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยค่อนข้างน้อย แต่ยังคงมีความคาดหวังจากสังคม และความรับผิดชอบที่มากขึ้น^{1,2}

การศึกษานี้มีข้อจำกัด ได้แก่ รูปแบบการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองย้อนหลัง 3 เดือน ซึ่ง ณ ช่วงเวลาที่ทำแบบสอบถาม ผู้ตอบแบบสอบถามอาจอยู่ในภาวะที่มีความเครียด หรือมีสถานการณ์ที่กระทบต่ออารมณ์และจิตใจ เช่น การเตรียมตัวสอบ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เป็นต้น ทำให้ได้คำตอบที่ส่งผลให้พลังสุขภาพจิตต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้เนื่องจากการศึกษานี้เป็นแบบตัดขวาง จึงไม่สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยใดส่งผลให้มีระดับพลังสุขภาพจิตในระดับปกติได้โดยตรง แต่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เบื้องต้นเพื่อนำไปสู่การสร้างสมมติฐานเพื่อใช้ในการศึกษาเชิงวิเคราะห์เพื่อสรุปเหตุและผลต่อไป

สรุป

7 ใน 10 ของนักศึกษาแพทย์มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ โดยด้านต่อสู้อาชนะอุปสรรคมีค่าคะแนนที่อยู่ในระดับปกติมากที่สุด และด้านความทนต่อแรงกดดันมีค่าคะแนนที่อยู่ในระดับปกติน้อยที่สุด ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาแพทย์ ได้แก่ ชั้นปริคลินิก ผลการวิจัยนี้มีศักยภาพในการเป็นข้อมูลพื้นฐานให้แก่ผู้เกี่ยวข้อง สามารถนำข้อมูลไปใช้

ในการปรับปรุง พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน หรือกิจกรรมต่างๆ โดยมุ่งเน้นในด้านความทนต่อแรงกดดัน อาทิเช่น การจัดกิจกรรมเพื่อปรับอารมณ์และความคิด และควบคุมอารมณ์ตนเองเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความเครียดหรือความผิดหวัง อีกทั้งอาจใช้ข้อมูลนี้ในการพัฒนาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิต เช่น จัดกิจกรรมจำลองการเรียนในชั้นคลินิกให้นักศึกษาแพทย์ชั้นปริคลินิก ให้เห็นถึงลักษณะการเรียนรู้ที่เปลี่ยนไป ช่วยให้อาจารย์ได้ดียิ่งขึ้น เพื่อเตรียมตัวก่อนขึ้นชั้นคลินิก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นพ.จุมภฏ พรหมสีดา รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต ที่ได้กรุณาให้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ขอขอบคุณ รศ.นพ.สุรพล วีระศิริ จิตแพทย์ ที่ปรึกษาฝ่ายวิชาการ คุณชนัดดีพร ชลไพโร และคุณหัตถุภกร สำเร็จดี นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ คณะแพทยศาสตร์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการพัฒนาและตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่สนับสนุนการทำวิจัย

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ศิรินทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ และคามิน สหะมงคล การออกแบบการศึกษา; คามิน สหะมงคล, ณัฐฐณิชา พงษ์เดช, ธัญมน พัววรานุเคราะห์, วชิรภัทร จรัญศิริไพศาล, ชัชฌพงษ์ ลงยันต์, ปณณัฏฐ์ ริมพีชพันธ์ และเชมจิรา เอี่ยมการนา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และพบวีรณ พฤกษ์พิติกุล, ศิรินทิพย์ บุญจรัสสิริบุญ การตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Sisomprasong S. A study of stress of the fourth-year to the sixth-year medical students [dissertation]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2009.
2. 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.
3. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, et al. Burnout among U.S. medical students, residents, and early

- career physicians relative to the general U.S population. *Acad Med* 2014; 89: 443-51.
4. Sakunpong N. Mental health and adjustment problems of medical students in Naresuan University. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53(4): 369-76.
 5. Ketumarn P, Sitdhiraksa N, Sittironnarit G, Limsricharoen K, Pukrittayakamee P, Wannarit K. Mental health problems of medical students retired from the Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, 1982-2007. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2015; 58(3): 271-82.
 6. Paholpak S, Rangsiypramkul S. Psychiatric illnesses among Khon Kaen University medical students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1986; 31(2): 53-9.
 7. Suparatpinyo S. Psychiatric problems among Khon Kaen University students. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1984; 34(2): 91-101.
 8. Rakkhajeekul S, Krisanaprakornkit T. Mental health survey in medical students in Khon Kaen University. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2008; 53(1): 31-40.
 9. Pattanawittayakul P, Tangsilatavorn T, Pichayavanich P, Komolmanee S, Anawatchaphong K, Lertwatcharasophakul W, et al. Stress among Khon Kaen University medical students during online learning in the era of the COVID-19 pandemic. *J Ment Health Thai* 2021; 29(4): 273-85
 10. Department of Mental Health, Ministry of Public Health: The most of Thai teenagers consult "Stress problems" and techniques to manage stress. [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; c2020 [updated 2020 Feb 11; cited 2022 Jan 29]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30188>.
 11. Sucaromana A. Resilience quotient: RQ. *Journal of MCU Peace studies*. 2016; 4: 209-20.
 12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Change from bad to good resilience quotient. Nonthaburi: Mental Health Academic Bureau Department of Mental Health, Ministry of Public Health; 2009.
 13. Weraarchakul W, Weraarchakul W, Thinsathid N, Chapawang C. Resilience quotient among dental students at clinical level. *J Med Assoc Thai* 2016; 99: 148-54.
 14. Somkit P, Seebuaban K. The Relationships between instructional models, academic achievement and resilience quotient of psychology students, Saint Louis College. *J Health & Health Manag* 2019; 5(2): 68-81.
 15. Sriyarat K, Jiebna V. Relationships between resilience quotient (RQ) and perceived self – efficacy. *JPNMH* 2015; 29(1): 76-92.
 16. Meetess S, Iramaneerat C. Relationships between factors and academic achievement in sixth-year medical student of the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University. *Siriraj Med Bull* 2018; 11(3): 151-7
 17. Damsanuan C. The factors as predictors of resilience quotient of adolescents in Nongki district Buriram province. *JMHR* 2018; 4(1): 20-8.
 18. Vanaleesin S, Chistraksa W, Muhammadsukul P. Resilience of high school students in the lower southern provinces of Thailand. *JPNMH* 2019; 33(1): 111-27.
 19. Chotchai T, Meerakate P. Factors associated with personnel's resilience quotient level in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. Proceedings of the 3rd Khon Kaen University National and International Conference 2013 on "Local Community: The Foundation of Development in the ASEAN Economic Community (AEC)"; 16-19 Feb 2013; Khon Kaen: Khon Kaen University; 2013.
 20. Panpayak S, Nintachan P, Sangon S, Napa W. Relationships of demographic factors, stress, resilience and social support to mental health in Thai traffic police officers. *JPNMH* 2021; 35(2): 15-34.
 21. Detdee S, Prohmpetch W, Tantirangsee N. The effectiveness of resilience enhancing program on resilience level and depression among widows affected by south Thailand insurgency. *J Ment Health Thai* 2018; 26(2): 103-16.
 22. Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Thailand Qualifications Framework (TQF2): The Doctor of Medicine program (Revised curriculum 2012). Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2012.
 23. Faculty of Medicine, Khon Kaen University. Thailand Qualifications Framework (TQF2): The Doctor of Medicine program (Revised curriculum 2019). Khon Kaen: Faculty of Medicine, Khon Kaen University; 2019.
 24. Bundasak T, Chaowiang K, Sittisongkram S, Poysungnoen P. Nursing roles to help individuals who have a psychological crisis. *J Prapokklao Hosp Clin Med Educat Center* 2019; 36(1): 82-9.

การดูแลสุขภาพจิตคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศตาม มาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ เวอร์ชัน 8

คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) พบมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 0.5 - 8.4 ในเด็กและผู้ใหญ่ โดยคนกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการยอมรับ การถูกกลั่นแกล้งรังแก การกีดกันหรือปฏิเสธจากสังคม และพบปัญหาสุขภาพจิตได้สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แม้ว่าส่วนหนึ่งจะมีสาเหตุจากปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าปัญหาสุขภาพจิตดังกล่าวสามารถที่จะดีขึ้นด้วยการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ทั้งการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด ซึ่งสมาคมวิชาชีพทางสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศระดับโลก (World Professional Association of Transgender Health; WPATH) ได้ออกมาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานการวิจัยและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ โดยได้ออกเวอร์ชันล่าสุดคือเวอร์ชัน 8 ในปี ค.ศ. 2022 และได้ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่ม TGD ผู้เขียนได้ทบทวนความรู้ที่จำเป็นและแปลคำแนะนำดังกล่าว เพื่อเป็นแนวทางแก่บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่ม TGD นี้ได้อย่างเหมาะสม เพื่อประโยชน์แก่กลุ่ม TGD ที่อยู่ในสังคมไทยต่อไป

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@gmail.com



Mental Health Care for Transgender and Gender Diverse People According to Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (SOC- 8)

Komsan Kiatrungrit*

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

ABSTRACT

Transgender and gender diverse individuals (TGD) make up a proportion of 0.5 - 8.4% of both children and adults. This group is at increased risk of various mental health problems due to lack of acceptance, discrimination, isolation, and rejection from society. They experience higher rates of mental health issues compared to the general population. Despite some of these issues are due to complex social problems, it has been found that mental health issues can improve with gender-affirming treatments, including hormone therapy and surgery. The World Professional Association of Transgender Health (WPATH) has published standards of care for the health of transgender individuals, which are based on research evidence and expert consensus. The latest version, version 8, was released in 2022 and provides guidelines for the care of TGD individuals. The author has reviewed the necessary knowledge and translated these guidelines to provide appropriate guidance to healthcare providers for the mental health care of TGD individuals in Thailand for the benefit of this population.

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

E-mail: komsan.kei@gmail.com

บทนำ

สมาคมวิชาชีพทางสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศระดับโลก (World Professional Association of Transgender Health; WPATH) ซึ่งได้ก่อตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ. 1979 เป็นองค์กรระดับสากลที่รวมผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาที่มีพันธกิจที่จะสนับสนุนการดูแลโดยมีหลักฐานทางวิชาการ การให้ความรู้ การทำวิจัย การผลักดันนโยบาย และให้ความเคารพเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (transgender and gender diverse; TGD) ดังนั้นหน้าที่หลักที่สำคัญหนึ่งคือการออกมาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศซึ่งอ้างอิงจากหลักฐานการวิจัยและข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ¹ โดยในเวอร์ชันล่าสุดคือเวอร์ชัน 8 ได้ออกมาในปี ค.ศ. 2022 ซึ่งตั้งแต่เวอร์ชันแรกซึ่งออกในปี ค.ศ. 1979 ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการดูแลกลุ่ม TGD นี้มาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการลดเงื่อนไขต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ เช่น การลดความจำเป็นของการทดลองใช้ชีวิตตามเพศที่แต่ละบุคคลรับรู้ (real life test; RLT) การลดความจำเป็นที่ต้องได้รับการทำจิตบำบัดก่อนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ การลดเงื่อนไขที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศก่อนการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศบางอย่าง² รวมถึงการลดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตที่ให้การประเมินความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ จากการจำเป็นต้องมีผู้สนับสนุนทางจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ เป็นมีการศึกษาขั้นต่ำในระดับปริญญาโทและมีประสบการณ์ในการประเมินทางจิตสังคม ความสามารถในการให้ความยินยอม (consent) การประเมินภาวะทุกข์ใจในเพศสภาพ (gender dysphoria; GD) หรือความไม่สอดคล้องทางเพศ (gender incongruence)^{1,2} ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานทางวิทยาศาสตร์ในปัจจุบันที่พบประโยชน์ของการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ และโทษของการชะลอการได้รับการรักษาดังกล่าว รวมถึงเพื่อให้กลุ่ม TGD สามารถเข้าถึงการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยในบริบทที่ขาดแคลนจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา แต่มีผู้ที่มีคุณสมบัติดังได้กล่าวมาก็อาจช่วยในการประเมินความพร้อมในการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศให้แก่กลุ่ม TGD ได้ อย่างไรก็ตามหลักฐานการวิจัยต่างๆ ส่วนมากมาจากการศึกษาในอเมริกาเหนือและยุโรปตะวันตก ดังนั้นการนำคำแนะนำดังกล่าวมาใช้ควรคำนึงถึงบริบทวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ รวมถึงในประเทศไทย แพทยสภาได้มีการออกข้อบังคับเรื่องเกณฑ์การรักษาเพื่อแปลงเพศ พ.ศ. 2552³ เช่นเดียวกับแนวทาง

ปฏิบัติสำหรับจิตแพทย์ในการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาเอกลักษณ์ทางเพศ พ.ศ. 2552 โดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย⁴ ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ยังคงใช้อยู่ในปัจจุบันแม้ว่าจะมีการออกเกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพสำหรับคนข้ามเพศเวอร์ชัน 7 ในปี พ.ศ. 2555 และเวอร์ชัน 8 ในปีที่ผ่านมาอย่างไรก็ตามมีความพยายามที่จะปรับปรุงข้อบังคับแพทยสภาเกี่ยวกับการรักษาเพื่อเปลี่ยนเพศซึ่งจะมีผลบังคับใช้ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 นี้⁵

ในประเทศไทยคำว่า “เพศ” อาจมีความหมายได้ทั้งเพศทางชีวภาพ (sex) หรือเพศที่ใช้ในเชิงโครงสร้างทางสังคม (gender) ที่แต่ละบุคคลใช้ระบุตน รวมถึงคำที่ถูกใช้อย่างไม่เป็นทางการในการนิยามเพศอื่นๆ เช่น กระเทย เกย์ ทอม ดี สาวประเภทสอง หญิงหรือชายข้ามเพศ รวมถึงคำอื่นๆ ที่ถูกใช้ในสื่อและเฉพาะกลุ่มซึ่งอาจสร้างความสับสนในการเข้าใจศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับเพศ^{6,7} และเนื่องด้วยศัพท์เกี่ยวกับเพศมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ต่อเนื่องตามความรู้ความเข้าใจที่มากขึ้น รวมถึงบางคำศัพท์อาจไม่พบคำแปลอย่างเป็นทางการในประเทศไทย ในที่นี้จึงขอใช้คำต่างๆ เหล่านี้ในบทความ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน โดยคำศัพท์เกี่ยวกับเพศที่อาจพูดถึงในบทความได้แก่ อัตลักษณ์ทางเพศ (gender identity) เป็นการรับรู้ภายในของแต่ละบุคคลว่าเขาเป็นผู้ชาย ผู้หญิง หรือเพศอื่นๆ เช่น เพศเป็นกลาง (gender neutral) ไม่แน่ใจเพศตนเอง (gender queer) เพศที่ไม่ใช่ตามระบบสองเพศ (non-binary gender) และเนื่องด้วยเป็นสิ่งที่แต่ละบุคคลรับรู้จึงอาจไม่ใช่สิ่งที่เห็นจากภายนอกเสมอไป^{1,8} เพศสถานะข้ามเพศ (transgender) เป็นคำที่เป็นรูปธรรมซึ่งหมายถึงสเปกตรัมของบุคคลที่อัตลักษณ์และบทบาททางเพศ (gender role) ไม่สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด⁸ เพศสถานะสอดคล้อง (cisgender) หมายถึง บุคคลที่มีอัตลักษณ์และการแสดงออกทางเพศสอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิด ผู้มีความหลากหลายทางเพศ (gender diverse) หมายถึง ผู้ที่มีอัตลักษณ์ บทบาท และการแสดงออกทางเพศแตกต่างจากเพศที่ถูกกำหนดตามวัฒนธรรมตามปกติ ซึ่งมีความนิยมใช้มากขึ้นในปัจจุบันเพื่อลดความรู้สึกเป็นตราบาปมากกว่าคำนิยามอื่นๆ เช่น คนกลุ่มน้อยทางเพศ (sexual minority)⁹ ซึ่งในมาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศเวอร์ชัน 8 (Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People - Eighth Edition; SOC-8) จะใช้คำว่าคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศ (TGD) เพื่อให้ครอบคลุมในการบรรยายผู้คนหลากหลายที่อาจแตกต่างกันไปในสังคมต่างๆ บนโลก ที่มีอัตลักษณ์และ

การแสดงออกทางเพศที่แตกต่างจากเพศทางสังคมที่กำหนดให้เขาเมื่อแรกเกิด¹ ซึ่งคำดังกล่าวมีความแตกต่างจากเกณฑ์การวินิจฉัยผู้มีความทุกข์ใจในเพศสภาพ ซึ่งยังเป็นภาวะสุขภาพจิตจาก Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) ของสมาคมจิตแพทย์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association; APA)¹⁰ และแตกต่างจากการมีเพศไม่สอดคล้อง (gender incongruence) ของ International Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Version (ICD-11) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ซึ่งไม่ได้มองว่าเป็นโรคหรือเป็นความผิดปกติทางจิต¹¹ ซึ่งปัจจุบันไม่ใช่ทุกประเทศหรือระบบบริการสุขภาพที่ต้องการการวินิจฉัยสำหรับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ (gender-affirming therapy) แต่ก็ยังมีบางประเทศที่ต้องการการวินิจฉัยเพื่อการเข้าถึงการดูแลทางการแพทย์ที่จำเป็น¹

ในปัจจุบันการศึกษากว่าประชากรกลุ่ม TGD แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) การศึกษาที่รายงานสัดส่วนประชากรที่เป็น TGD จากจำนวนประชากรในระบบสุขภาพขนาดใหญ่ 2) การศึกษาจากผลการสำรวจในกลุ่มประชากรที่มักอยู่ในวัยผู้ใหญ่ และ 3) การรายงานจากผลการสำรวจในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน^{12,13} จากการศึกษาในรายงานจากระบบสุขภาพซึ่งส่วนใหญ่ทำในสหรัฐอเมริกา และอิงตามข้อมูลรหัสการวินิจฉัยในระบบพบสัดส่วนผู้เป็น TGD อยู่ที่ 0.02 - 0.03%^{14,15,16,17} และจากรายงานของโครงการ Kaiser Permanente plans ของรัฐจอร์เจียและแคลิฟอร์เนียจากผู้เข้าร่วม 8 ล้านคน และใช้ข้อมูลจากการให้การวินิจฉัยและการเขียนในบันทึกทางคลินิกพบมีสัดส่วนผู้ที่เป็น TGD ประมาณ 0.04 - 0.08%¹⁸ ซึ่งต่ำกว่าข้อมูลที่ได้จากการสำรวจที่เป็นการรายงานด้วยตนเอง โดยจาก Behavioral Risk Factor Surveillance Study (BRFSS) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จาก 50 รัฐในสหรัฐอเมริกา พบว่ามีผู้รายงานว่าเป็นคนข้ามเพศอยู่ที่ 0.5%^{19,20} และการสำรวจในประชากรชาวชาวดัตช์อายุ 15 - 70 ปี พบมีสัดส่วนของผู้ที่รายงานว่าเพศที่ไม่สอดคล้องหรือสับสนในอัตลักษณ์ทางเพศ 1.1 - 4.6% ในผู้ที่มีเพศกำเนิดชาย และ 0.8 - 3.2% ในผู้ที่มีเพศกำเนิดหญิง²¹ และในการศึกษาในประเทศเบลเยียมพบสัดส่วนผู้ที่รู้สึกว่าเพศของตนไม่สอดคล้องกับเพศกำเนิดเท่ากับ 0.7% ในเพศกำเนิดชายและ 0.6% ในเพศกำเนิดหญิง²² และในการสำรวจในเยาวชนจากข้อมูลของ Youth Risk Behavior Survey (YRBS) ซึ่งทำในนักเรียนเกรด 9 - 12 (อายุอยู่ในช่วง 13 - 19 ปี) พบว่าจากจำนวนนักเรียน 120,000 คน ร้อยละ

1.8 รายงานว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศ และร้อยละ 1.6 ไม่แน่ใจว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศหรือไม่²³ และมีการศึกษาที่สำรวจในเด็กอายุ 11 - 13 ปี จำนวน 2,700 คน ในโรงเรียนมัธยมรัฐซานฟรานซิสโก พบสัดส่วนของคนข้ามเพศเท่ากับ 1.3% ในประเทศไทยผู้นิพนธ์ยังไม่พบการศึกษาสัดส่วนของผู้เป็น TGD ในระบบสุขภาพไทย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการรายงานเพศในฐานข้อมูลส่วนมากยังคงยึดตามเพศทางชีวภาพมากกว่าการระบุตัวตน รวมถึงไม่พบการศึกษาสัดส่วนผู้เป็น TGD ในประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไป มีเพียงการศึกษาเพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและภาษาของแบบวัดรสนิยมและอัตลักษณ์ทางเพศฉบับแปลภาษาไทยจากกลุ่มประชากรออนไลน์จำนวน 282 คน พบว่า 9.9% รายงานว่าตนเองเป็นคนข้ามเพศ 18.8% ระบุว่าตนเองเป็นผู้ที่รักชอบเพศเดียวกัน (homosexual) และ 6.0% ระบุว่าตนเองเป็นผู้ที่รักได้ทั้งสองเพศ (bisexual)²⁴ และจากการศึกษาในนักศึกษาสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งจากนักศึกษากว่า 832 คน พบว่ามีนักศึกษา 9.62% (80 คน) รายงานว่าตนเองเป็น LGBTQ (lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer)²⁵ ในวัยรุ่นไทยพบการศึกษาในนักเรียนจำนวน 3 โรงเรียนในกรุงเทพมหานครจำนวน 600 คน พบว่า 16.3% รายงานว่าตนเองเป็นผู้มีสถานะเพศไม่สอดคล้อง (non-cisgender) และ 35.2% รายงานว่าตนเองเป็นผู้ที่ไม่ได้รักชอบเพศเดียวกัน (non-heterosexual)²⁶ โดยสรุปข้อมูลสัดส่วนผู้เป็น TGD เมื่ออ้างอิงจากบันทึกทางการแพทย์จะพบอยู่ที่ 0.02 - 0.08% แต่เมื่อเป็นสัดส่วนจากการรายงานด้วยตนเองเมื่อเป็นนิยามอย่างเจาะจงว่าเป็นคนข้ามเพศจะมีสัดส่วนอยู่ที่ 0.3 - 0.5% ในผู้ใหญ่ และ 1.2 - 2.7% ในเด็กและวัยรุ่น แต่ถ้าใช้นิยามที่กว้างขึ้นเช่น ผู้มีความหลากหลายทางเพศ หรือมีความไม่สอดคล้องทางเพศอาจมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็น 0.5 - 4.5% ในผู้ใหญ่ และ 2.5 - 8.4% ในเด็ก¹ และการศึกษาเกี่ยวกับสัดส่วนผู้เป็น TGD ในประเทศไทยยังมีอยู่ค่อนข้างน้อย จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงประชากรกลุ่มนี้ในทุกช่วงอายุเพิ่มขึ้น

กลุ่ม TGD เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างอันเนื่องมาจากการไม่ได้รับการยอมรับ การถูกกลั่นแกล้งรังแก การกีดกันหรือปฏิเสธจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี minority stress ที่กล่าวถึงความเครียดที่เกิดในคนกลุ่มน้อยทำให้ถูกกีดกัน ปฏิเสธจากกลุ่มใหญ่ในสังคม และทำให้พวกเขากังวลกับการเกิดประสบการณ์ดังกล่าว จนนำไปสู่การปกปิดไม่กล้าเปิดเผยตัวตน และอาจการรับเอาทัศนคติเชิงลบหรืออคติในสังคมมาเก็บไว้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่พอใจอัตลักษณ์ทางเพศของตนเอง

เกิดเป็นภาวะเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากภายใน (internalized transphobia)²⁷ ซึ่งการเกิดภาวะดังกล่าวก็จะเป็นความเครียดให้กับผู้ที่ เป็น TGD อีกทางหนึ่งนอกจากความเครียดทางสังคมที่เขาต้องเผชิญ จากการศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ (Centers for Disease Control and Prevention; CDC) พบว่าวัยรุ่นที่เป็นคนข้ามเพศมีประสบการณ์การถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ถูกทำร้ายร่างกายระหว่างเคต เคยใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และการฆ่าตัวตายสูงกว่าผู้ที่มีเพศสถานะสอดคล้อง²³ และจากรายงานในประเทศจีนที่วัฒนธรรมประเพณีของครอบครัวส่งผลต่อการกีดกันทางสังคมต่อกลุ่ม TGD พบว่าในกลุ่ม TGD มีอัตราของภาวะซึมเศร้าเท่ากับ 32.0 - 54.5% ภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 28.5 - 51.0% การพยายามฆ่าตัวตายเท่ากับ 11.1 - 25.7% และพบการใช้สารเสพติดเพื่อการมีกิจกรรมทางเพศ (sexualized drug use, chemsex) เท่ากับ 20.9%²⁸ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่ม TGD มีประสบการณ์ถูกทารุณกรรมทางกาย วาจา และทางเพศ ถูกกีดกันและเลือกปฏิบัติในครอบครัว สถานศึกษา ที่ทำงาน รวมถึงสถานพยาบาล²⁹⁻³² มีภาวะเครียดซึมเศร้า³³ การทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย³⁴ การใช้สารเสพติด และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าคนทั่วไป³⁵ และมีภาวะสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าคนทั่วไป³⁶ แต่อย่างไรก็ตามในประเทศไทยเริ่มมีการตระหนักถึงสิทธิและคุณภาพชีวิตของกลุ่ม TGD มากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทการเรียนในระดับอุดมศึกษา³⁷ และการพยาบาล^{38,39} โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการภาคเอกชน⁴⁰

เนื่องด้วยความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่ม TGD สูงกว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป แม้ว่าส่วนหนึ่งจะมีสาเหตุจากปัญหาทางสังคมที่ซับซ้อน แต่ก็พบว่าอาการทางจิตเวชบางอย่างสามารถที่จะดีขึ้นด้วยการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศทั้งการใช้ฮอร์โมนและการผ่าตัด⁴¹⁻⁴⁴ ซึ่งการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตัวเอง มีภาพลักษณ์ของตนเอง⁴⁵ รวมถึงสุขภาพทางเพศที่ดีขึ้น^{46,47} ในประเทศไทยพบกลุ่ม TGD ที่เข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศในคลินิก Gen-V จำนวน 105 คน พบว่ากลุ่ม TGD ที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศมีแนวโน้มที่จะมีประวัติการทำร้ายตนเองที่ไม่ได้มีเจตนาให้เสียชีวิต (non-suicidal self-injury; NSSI) น้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ผ่าตัด 0.33 เท่า³⁴ ซึ่งผลดังกล่าวอาจนำไปสู่การลดลงของความทุกข์ใจในเพศสภาพที่กลุ่ม TGD มีอยู่⁴⁸ แม้การรักษาปัญหาทางจิตเวชก่อนการเปลี่ยนเพศอาจมีความจำเป็นโดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาทางจิตเวชเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการรู้คิด (cognitive impairment)

หรืออาการทางจิตเภท เช่น การมีภาพหลอน หูแว่ว หวาดระแวง เพราะอาการดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและตัดสินใจ การดูแลตัวเองระหว่างกระบวนการผ่าตัด และติดตามการรักษาต่อเนื่อง⁴⁹ แต่อย่างไรก็ตามการรักษาดังกล่าวไม่ควรจะเป็นอุปสรรคต่อการที่กลุ่ม TGD จะเข้าถึงการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ เพราะการรักษาดังกล่าวอาจนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของกลุ่ม TGD¹ ดังนั้น SOC8 จึงได้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตในกลุ่มคนข้ามเพศ 10 คำแนะนำดังนี้

คำแนะนำที่ 1

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการให้ความยินยอมต่อการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศก่อนการเริ่มต้นการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการให้ความยินยอมเกี่ยวกับการรักษาเป็นสิ่งสำคัญในทางการแพทย์ ทั้งแพทย์ผู้ให้การรักษาด้วยฮอร์โมน ศัลยแพทย์ผู้ผ่าตัด หรือจิตแพทย์ที่จะให้การรักษาหรือทำจิตบำบัด ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาข้อดี ข้อเสีย รวมถึงทางเลือกอื่นๆ จนกระทั่งกลุ่ม TGD สามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาด้วยตนเอง⁵⁰ นอกจากนี้จิตแพทย์อาจได้รับคำปรึกษาเพื่อช่วยในการประเมินความสามารถของผู้ที่เป็น TGD ในการให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลการรักษา (informed consent) ซึ่งนอกจากโรคที่มีความบกพร่องในการรู้คิด และอาการทางจิตเภทที่มีผลกับการให้ความยินยอมดังกล่าวแล้ว ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (substance use disorder) เองก็เป็นปัญหาที่สำคัญหนึ่งที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ข้อมูลการรักษาและให้ความยินยอมได้เช่นกัน⁵¹ อย่างไรก็ตามอาจจะจะมีผู้ที่ปัญหาสุขภาพจิตแต่ก็สามารถที่จะเข้าใจข้อมูลและให้ความยินยอมด้วยตนเองได้ ดังนั้นการสื่อสารกันระหว่างทีมการรักษาจึงมีความสำคัญในการตัดสินใจการรักษา⁵² นอกจากนี้แม้เป็นผู้ที่มีความลำบากในการเข้าใจข้อมูลการรักษา การให้เวลากับการอธิบายและทบทวนความเข้าใจให้เวลาในการตัดสินใจอาจช่วยให้บุคคลสามารถที่จะให้ความยินยอมหลังได้รับข้อมูลได้¹ รวมถึงการให้การรักษาปัญหาทางสุขภาพจิตก็อาจทำให้ผู้ที่ได้รับการรักษาแล้วสามารถที่จะเข้าใจและให้ความยินยอมในการรักษาได้ดีมากขึ้นได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามโรคซึมเศร้าหรือวิตกกังวลที่ไม่ได้มีผลกระทบกับความสามารถในการเข้าใจข้อมูลการรักษาและการให้ความยินยอม

ไม่ควรจะเป็นอุปสรรคในการให้การรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศ เนื่องจากการรักษาดังกล่าวอาจส่งผลให้อาการเหล่านี้ดีขึ้นได้⁴⁴

คำแนะนำที่ 2

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตให้การดูแลและสนับสนุนคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่รบกวนความสามารถของบุคคลในการมีส่วนร่วมในการดูแลในช่วงการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศที่สำคัญ

การเตรียมตัวตั้งแต่ก่อนผ่าตัดจนกระทั่งหลังการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ ต้องการความสามารถในการดูแลตัวเองของกลุ่ม TGD หลายด้าน เช่น การงดอาหารก่อนผ่าตัด การมาโรงพยาบาลตามนัดหมาย การเตรียมจัดการเรื่องการเงิน - ค่าใช้จ่าย การดูแลแผล การทำหัตถการบางอย่างหลังผ่าตัด (เช่น การขยายช่องคลอดหลังการผ่าตัดช่องคลอด) ซึ่งจะนำมาซึ่งผลการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศที่ดี กลุ่ม TGD ที่มีปัญหาสุขภาพจิตอาจมีผลกระทบกับความสามารถในการดูแลต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมา⁵³ เช่น ผู้ที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด ในประเทศไทยพบว่ากลุ่มคนข้ามเพศที่เข้ารับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศในคลินิกเพศหลากหลาย (Gender Variant Clinic; Gen-V Clinic) โรงพยาบาลรามาธิบดีจำนวน 105 คน พบว่า 52.4% เคยสูบบุหรี่ 87.4% เคยดื่มเหล้า และพบผู้ที่เคยใช้สารเสพติด ผิดกฎหมาย 10%³⁵ ซึ่งผู้ใช้สารเสพติดเหล่านี้อาจมีปัญหาในการมาติดตามรักษาตามนัดหมาย นอกจากนี้ผู้ที่มีการซึมเศร้าหรือจิตเภทอาจจะเลยในการดูแลแผล ไม่สนใจว่ามีการติดเชื้อหรือแผลแยก⁵⁴ และพบว่าผู้ป่วยทางจิตที่ยังมีอาการอยู่มีความสัมพันธ์กับความต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์หลังผ่าตัดและการดูแลเกี่ยวกับการผ่าตัดสูงขึ้น⁵⁵ แต่อย่างไรก็ตามการมีความเจ็บป่วยทางด้านจิตใจไม่ควรถูกมองเป็นอุปสรรคในการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ แต่ควรมองว่าเป็นสัญญาณว่าคนกลุ่มนี้ต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพจิตเพื่อนำมาสู่ผลลัพธ์การผ่าตัดที่ดี รวมถึงอาจต้องการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อนหรือคนใกล้ชิด เพื่อช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับการเตรียมตัวในการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ⁵² แต่อย่างไรก็ตามควรชั่งน้ำหนักระหว่างประโยชน์ของการรักษาโรคทางจิตเวชก่อนการผ่าตัด กับโทษที่อาจเกิดขึ้นจากการชะลอการผ่าตัดออกไป เช่น การเกิดความทุกข์ใจในเพศสภาพ การถูกกีดกันทางสังคม⁵⁶

คำแนะนำที่ 3

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตควรประเมินผลกระทบทางลบของอาการสุขภาพจิตที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์ตามแต่ละประเภทของการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ เมื่อพบอาการทางสุขภาพจิตหรือการใช้สารเสพติดที่สำคัญ

การผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศประกอบด้วยการผ่าตัดต่างๆ เช่น หน้าอก อวัยวะเพศ มดลูกและรังไข่ กล่องเสียง ซึ่งการผ่าตัดแต่ละประเภทจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวและการดูแลในช่วงก่อนผ่าตัด ระหว่างการผ่าตัด และหลังผ่าตัดที่แตกต่างกันไป ซึ่งการเตรียมตัวและการดูแลที่ดีก็จะนำไปสู่ผลลัพธ์ในการผ่าตัดที่ดี⁵⁷ ปัญหาทางสุขภาพจิตอาจส่งผลต่อการเตรียมตัวและการดูแลตนเองดังที่ได้กล่าวมา⁵⁸ จึงจำเป็นต้องมีการประเมินผลกระทบของโรคทางจิตเวชต่อการเตรียมตัวและการดูแลตัวเองในการผ่าตัด วางแผนรับมือกับผลทางลบที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงสนับสนุนความสามารถของกลุ่ม TGD ที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตในการเตรียมตัวและดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตอาจช่วยในการตัดสินใจโดยชี้ระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับจากการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ^{59,60} เช่น ความทุกข์ใจในเพศสภาพที่ลดลง สามารถใช้ชีวิตได้ตรงกับเพศที่ตนเองรับรู้หรือสุขภาวะทางเพศที่ดีขึ้น กับผลแทรกซ้อนของการผ่าตัด รวมถึงแพทย์ทุกคนที่ดูแลกลุ่ม TGD อาจช่วยในการทบทวนการเตรียมตัวในช่วงก่อนผ่าตัดและการดูแลตนเองในช่วงการผ่าตัดได้⁵² นอกจากนี้แพทย์อาจช่วยกันกับกลุ่ม TGD ในการดูว่าพวกเขามีใครที่น่าจะช่วยในการสนับสนุนในการดูแลการผ่าตัดหรือการเตรียมตัวเพิ่มเติม เช่น การติดต่อกับที่ทำงานหรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัด การวางแผนค่าใช้จ่าย การลางาน และการปรับตัวกับบุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไป (เช่น การเลือกใช้ห้องน้ำที่เหมาะสม การติดต่อกับหน่วยงานราชการ ธนาคาร การเดินทางหรือการทำธุรกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นต้องระบุตัวตน) โดยอาจออกไปรับรองแพทย์เพื่อช่วยในการยืนยันตัวตนให้กับกลุ่ม TGD นอกจากนี้อาจต้องช่วยเหลือในการจัดการกับความคาดหวังต่างๆ เกี่ยวกับการผ่าตัดเปลี่ยนเพศ เช่น การมีแผลเป็น การขยับย้าย การทำกิจกรรมทางเพศ¹

คำแนะนำที่ 4

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพประเมินความต้องการการสนับสนุนด้านจิตสังคมและการสนับสนุนที่นำไปใช้ได้จริงของคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในช่วงการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ

แพทย์ที่ดูแลกลุ่ม TGD ควรที่จะประเมินความต้องการในการช่วยเหลือทางจิตสังคม หรือการสนับสนุนอื่นๆ ที่นำไปปฏิบัติได้จริง ให้เหมาะสมในระหว่างการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ⁶¹ เช่น การปรับตัวกับสถานศึกษา ที่ทำงาน ครอบครัว ชุมชน การยอมรับของบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเขาและให้คำปรึกษาภาระหน้าที่ การวางแผนค่าใช้จ่าย ซึ่งการประเมินดังกล่าวจะทำให้ทราบถึงการสนับสนุนที่จำเป็นสำหรับพวกเขา และเป็นการทำงานร่วมกันเพื่อให้ก้าวข้ามผ่านกระบวนการผ่าตัดไปได้⁶² นอกจากนี้ในช่วงการผ่าตัดอาจช่วยประเมินการจัดการภาระหน้าที่รับผิดชอบต่างๆ ผลกระทบต่อการทำงานและรายได้ของเขา ประเมินที่อยู่อาศัยหากต้องเดินทางมาไกล การวางแผนรับมือหากมีผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัดหรือการจัดการปัญหาอื่นๆ เช่น การขับถ่ายหรือการเลิกสูบบุหรี่⁶² เนื่องด้วยความซับซ้อนของระบบทางการแพทย์กลุ่ม TGD บางคนอาจไม่สามารถที่จะก้าวผ่านการทำหัตถการที่ต้องการการดูแลตนเองโดยลำพังได้ ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือจากผู้ให้การดูแลสุขภาพ เพื่อน และครอบครัวของเขาจึงมีความจำเป็น⁶³

คำแนะนำที่ 5

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพให้คำปรึกษาและช่วยเหลือคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศในการหยุดใช้ยาสูบหรือบุหรี่ก่อนการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนเพศ

กลุ่มคนข้ามเพศมีอัตราการสูบบุหรี่ที่สูงโดยพบได้ 63.5% ในหญิงข้ามเพศและ 74.4% ในชายข้ามเพศ⁶⁴ ในประเทศไทยพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ของผู้ใช้บริการที่คลินิกเพศหลากหลายโรงพยาบาลรามาธิบดี 52.4%³⁵ ซึ่งมากกว่าความชุกการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเกือบ 3 เท่า (19.1%)⁶⁵ นอกจากนี้การใช้บุหรี่ไฟฟ้าก็พบในกลุ่มคนข้ามเพศได้มากเช่นกัน โดยการสำรวจระดับชาติในสหรัฐอเมริกาในคนที่เป้นเพศสอดคล้อง 17,164 คน และคนข้ามเพศ 168 คน พบว่าการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มคนข้ามเพศมากกว่าประชากรทั่วไปถึงประมาณ 4 เท่า (21.3% vs 5.0%)⁶⁶ แม้จะมีการศึกษาถึงผลกระทบของการใช้บุหรี่มากมายแต่คนจำนวนมากก็ยังไม่ตระหนักถึงภัยที่เกิดขึ้น⁶⁷ ซึ่งการสูบบุหรี่

จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ในผู้ที่ได้รับฮอร์โมนเพื่อเปลี่ยนเพศโดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น การเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (thrombosis)⁶⁸ นอกจากนี้ชายข้ามเพศที่ได้รับฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน (testosterone) พบมีความสัมพันธ์กับความหนาของหลอดเลือดคาโรติด และเพิ่มภาวะการแข็งตัวของหลอดเลือดแดง (arterial stiffness) เทียบกับชายข้ามเพศที่ไม่ได้รับฮอร์โมน⁶⁹ ซึ่งการสูบบุหรี่ก็เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้เช่นกัน

นอกจากความเสี่ยงต่อสุขภาพแล้ว การสูบบุหรี่ยังสัมพันธ์กับผลลัพธ์การผ่าตัดที่แย่ลง การเกิดผลแทรกซ้อน การเกิดภาวะเนื้อตาย (tissue necrosis) และความจำเป็นที่ต้องผ่าตัดแก้ไข⁷⁰ รวมถึงการเกิดการติดเชื้อหลังการผ่าตัด⁷¹ รบกวนกระบวนการหายของบาดแผลหลังการผ่าตัด⁷² เกิดภาวะเนื้อตาย แผลหายล่าช้า และปัญหาแผลเป็น⁷³ ดังนั้นคัลยแพทย์จึงแนะนำให้หยุดการสูบบุหรี่ก่อนการผ่าตัดและหลังการผ่าตัดต่อเนื่องจนกว่าแผลผ่าตัดจะหายดี⁷⁴ อย่างไรก็ตามการเลิกสูบบุหรี่ก็เป็นเรื่องที่ยาก เนื่องจากบางคนอาจติดบุหรี่หรืออาจใช้บุหรี่เป็นกลไกในการแก้ไขปัญห⁷⁴ ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพทุกคนที่ให้การดูแลกลุ่ม TGD ก่อนการผ่าตัดจึงควรช่วยเหลือในการหยุดสูบบุหรี่ทั้งการแนะนำให้เข้าร่วมโปรแกรมเลิกบุหรี่หรือให้การรักษาโดยตรง

คำแนะนำที่ 6

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพคงการรักษาด้วยการให้ฮอร์โมนเดิมในกรณีที่คุณข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทางจิตเวชหรือทางการแพทย์ ยกเว้นว่ามีข้อห้ามในการใช้

กลุ่ม TGD ที่ต้องเข้ารับการรักษาตัวแบบเป็นผู้ป่วยในควรที่จะได้รับการคงการใช้ยาฮอร์โมนที่เขาใช้อยู่เดิม ซึ่งในปัจจุบันยังไม่พบมีหลักฐานสนับสนุนการหยุดใช้ยาฮอร์โมนก่อนการเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ยกเว้นในกรณีที่เขาได้รับการวินิจฉัยทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องหยุดใช้ฮอร์โมน เช่น การมีภาวะลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำอย่างฉับพลัน (acute venous thromboembolism)⁶³ นอกจากนี้การตัดสินใจหยุดใช้ฮอร์โมนก่อนการผ่าตัดก็ไม่พบว่ามีหลักฐานสนับสนุนที่ชัดเจนเช่นกัน การพิจารณาจึงควรชั่งระหว่างประโยชน์และโทษที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล⁷⁵

การใช้ฮอร์โมนเพื่อข้ามเพศพบว่าสามารถช่วยในการเพิ่มคุณภาพชีวิตรวมถึงลดอาการทางสุขภาพจิตในกลุ่ม TGD ได้

โดยจากการติดตามศึกษาการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศเป็นเวลา 18 เดือน ในกลุ่ม TGD จำนวน 178 คน พบว่ามีการลดลงของอาการซึมเศร้า⁴⁴ การพยายามทำร้ายตนเอง⁷⁶ และช่วยให้พวกเขามีคุณภาพชีวิตที่ดีไม่แตกต่างกับประชากรทั่วไป⁷⁷ ดังนั้นการหยุดใช้ฮอร์โมนเพื่อการข้ามเพศที่กลุ่ม TGD ใช้ประจำจึงเปรียบเหมือนการมองข้ามประโยชน์ดังกล่าวและอาจเกิดผลทางลบกับพวกเขาได้ ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการหยุดการใช้ฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศอาจเป็นเพราะผู้ให้การดูแลทางสุขภาพส่วนมากอาจไม่ทราบถึงประโยชน์ที่ได้รับ และความเสี่ยงที่ต่ำจากการคงการรักษาด้วยฮอร์โมน โดยมีการศึกษาในโรงเรียนแพทย์ของสหรัฐอเมริกาและแคนาดาพบว่านักศึกษาแพทย์ที่ได้รับการเรียนเกี่ยวกับกลุ่ม TGD เพียงประมาณ 5 ชั่วโมง ในตลอด 4 ปีของการเรียนแพทย์⁷⁸ และจากการสำรวจในแพทย์แผนกฉุกเฉินพบว่า 88% เคยให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มคนข้ามเพศ แต่มีเพียง 17.5% เท่านั้นที่เคยได้รับการฝึกหัดในการให้การดูแลกลุ่ม TGD นี้⁷⁹ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงความรู้ในการให้บริการกลุ่มคนข้ามเพศ ทั้งในนักศึกษาแพทย์และผู้ให้บริการทางการแพทย์ซึ่งควรที่จะมีการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป โดยหากมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลกลุ่ม TGD เพิ่มขึ้น ผู้ให้การดูแลทางสุขภาพก็จะเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการคงการรักษาฮอร์โมนของกลุ่ม TGD ในขณะต้องรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมากขึ้นด้วย

คำแนะนำที่ 7

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพยืนยันให้แน่ใจว่าเจ้าหน้าที่ทุกคนเรียกด้วยชื่อและสรรพนามที่ถูกต้อง (ตามที่ผู้ป่วยระบุ) และจัดการเข้าถึงห้องน้ำและที่นอนที่สอดคล้องกับอัตลักษณ์ทางเพศของบุคคล หากคนข้ามเพศและผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ

กลุ่ม TGD จำนวนมากต้องเผชิญกับการกีดกันในบริบทต่างๆ ทั้งในครอบครัว การศึกษา การทำงาน รวมถึงบริบททางสุขภาพในหลายๆ บริบท เช่น โรงพยาบาล หน่วยการรักษาทางสุขภาพจิต และหน่วยบำบัดยาเสพติด โดยพบว่ากลุ่ม TGD 19% เคยถูกปฏิเสธการให้การดูแลทางการแพทย์ และ 50% พวกเขาต้องเป็นผู้ให้คำแนะนำกับแพทย์เกี่ยวกับการดูแลกลุ่ม TGD⁸⁰ ซึ่งระบบการดูแลที่ไม่เหมาะสมกับกลุ่มบุคคลที่เป็น TGD นี้ จะยิ่งส่งเสริมความเชื่อเกี่ยวกับการกีดกันในสังคมที่กลุ่มคนเหล่านี้เคยมีประสบการณ์⁸¹ และนำไปสู่การหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการทางสุขภาพเนื่องจากความกังวลกลัวว่าจะถูกกีดกันอีก⁸² โดยพบว่า

28% ของกลุ่ม TGD เมื่อมีความเจ็บป่วยหรือได้รับบาดเจ็บมักจะหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับการรักษาเนื่องจากกลัวการถูกกีดกัน และพบว่า 48% ไม่สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้⁸⁰ ซึ่งสาเหตุหนึ่งอาจเนื่องมาจากกลุ่ม TGD มักได้รับการปฏิเสธในการทำประกันสุขภาพ โดยพบว่ากลุ่ม TGD มีแนวโน้มที่จะไม่มีประกันสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีเพศสอดคล้อง 1.47 - 2.02 เท่า⁸³ เช่นเดียวกับการสำรวจในประเทศไทยที่พบว่ากลุ่ม TGD จำนวนมากเคยประสบปัญหาในการเข้ารับบริการสุขภาพและถูกเลือกปฏิบัติ^{30,32} แม้จะพบว่าปัจจุบันมีความสนใจในการให้การพยาบาลแก่ผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศมากขึ้น^{38,39}

นอกจากนี้ประสบการณ์การถูกกีดกันของกลุ่ม TGD ยังเป็นปัจจัยทำนายการมีความคิดฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง⁸⁴ โดยจะเพิ่มความเสี่ยงที่จะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์ดังกล่าว 2.09 - 2.86 เท่า⁸⁵ และพบว่าความเครียดของคนกลุ่มน้อยทางเพศ (gender minority stress) ซึ่งประกอบด้วยการตกเป็นเหยื่อ (victimization) การถูกปฏิเสธ (rejection) การถูกกีดกัน (discrimination) และการไม่ยอมรับเพศที่เขาเป็น (non-affirmation) มีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตาย^{86,87} นอกจากนี้พบว่าการถูกปฏิเสธการใช้ห้องอาบน้ำที่เหมาะสมกับเพศมีความสัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายเช่นกัน⁸⁸ ในทางกลับกันพฤติกรรมที่แสดงถึงความใส่ใจเกี่ยวกับเพศ เช่น การเรียกกลุ่ม TGD ด้วยชื่อที่เขาเลือกหรือต้องการให้เรียกพบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย และพฤติกรรมฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า⁸⁹ นอกจากนี้การเกลียดกลัวคนข้ามเพศทั้งในเชิงโครงสร้าง (เช่น การถูกกีดกันด้วยกฎระเบียบ นโยบาย หรือบรรทัดฐานทางสังคม) และจากภายในบุคคลควรได้รับการแก้ไขเพื่อที่จะช่วยในการลดปัญหาการฆ่าตัวตายในกลุ่มคนข้ามเพศ และเพื่อเป็นการให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม⁹⁰ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในไทยที่พบว่าความเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากภายในเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย⁹¹ ดังนั้นบริบททางสุขภาพควรมีแนวทางในการลดอันตรายที่อาจเกิดกับกลุ่ม TGD ที่มารับบริการโดยให้ความเคารพและการจัดการสถานที่ที่เหมาะสมกับอัตลักษณ์ทางเพศของพวกเขา

คำแนะนำที่ 8

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศพัฒนาและรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน เพื่อนทั่วไป และครอบครัว

แม้ความเครียดและผลกระทบทางตรงจากการกีดกันทางสังคมจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของกลุ่ม TGD แต่การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยที่ช่วยปกป้องผลดังกล่าวนี้ได้⁹² ซึ่งการสนับสนุนดังกล่าวมีความสำคัญเนื่องจากกลุ่ม TGD หากได้รับการปฏิเสธหรือพบความเกลียดกลัวคนข้ามเพศจากครอบครัว เพื่อน หรือคนรอบข้าง พวกเขามักซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้ามาในตัว (internalized)⁹³ นอกจากนี้พบว่า การมีประสบการณ์การถูกทารุณกรรมเนื่องจากความเกลียดกลัวคนข้ามเพศ โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่น จะส่งผลกระทบต่อบุคคลนั้นๆ ไปตลอดชีวิต โดยจากการศึกษาในกลุ่มคนข้ามเพศหญิง (female transgender) ในนิวยอร์ก จำนวน 571 คน ที่เคยถูกทารุณกรรมในช่วงวัยรุ่น พบว่าประสบการณ์ดังกล่าวสัมพันธ์กับการมีภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย⁹⁴

การสร้างการสนับสนุนทางสังคมที่ยอมรับเพศเป็นปัจจัยปกป้องต่อปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญ เปรียบเสมือนเกราะป้องกันผลทางลบต่อสุขภาพจิตจากการถูกใช้ความรุนแรง การเป็นตราบาป และการกีดกัน โดยจากการสำรวจในกลุ่ม TGD จำนวน 1,093 คน พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนเป็นปัจจัยป้องกันปัญหาภาวะสุขภาพจิตได้⁹⁵ นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์โดยกลุ่ม TGD จำนวนมากต้องอาศัยอยู่เพียงลำพัง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เขามีผู้ที่สามารถติดต่อได้ในยามฉุกเฉิน มีผู้สนับสนุนทางจิตใจร่วมทำกิจกรรมต่างๆ กัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม TGD ด้วยกันเอง ดังนั้นการสนับสนุนให้กลุ่ม TGD ได้มีการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จึงเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการช่วยเหลือทางสุขภาพจิตได้^{96,97} และการสนับสนุนนี้สามารถนำไปสู่การฟื้นกลับทางใจหลังเผชิญปัญหา (resilience)^{98,99} และพบว่า การสนับสนุนจากแหล่งต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากครอบครัว และกลุ่มเพื่อนที่เป็น LGBTQ+ พบว่ามีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพจิต สุขภาวะ (well-being) และคุณภาพชีวิตที่ดี⁹⁹⁻¹⁰² นอกจากนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมยังช่วยพัฒนากลไกการจัดการปัญหา (coping mechanism) ที่เหมาะสม และนำไปสู่การมีประสบการณ์ทางบวกกับกระบวนการเปลี่ยนเพศ¹⁰³ ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาถึงผลของการได้รับการสนับสนุน

ทางสังคมจากบริบทต่างๆ แต่พบเพียงรายงานถึงการกีดกันจากบริบทต่างๆ³² แม้จะพบว่าในความเป็นจริงคนส่วนใหญ่ในประเทศไทยให้การยอมรับกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ^{104,105} ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลทางบวกของผู้ที่ให้การยอมรับและช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่ม TGD นี้ในประเทศไทย

ผู้ให้การดูแลสุขภาพคนข้ามเพศสามารถที่จะช่วยสนับสนุนกลุ่ม TGD ในการสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคมที่ตระหนักและยอมรับอัตลักษณ์ที่แท้จริงของเขา ในทางตรงกันข้าม กลุ่ม TGD หากขาดการสนับสนุนทางสังคมรวมถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ปัญหาสุขภาพจิต^{106, 107} รวมถึงเป็นปัจจัยที่ทำนายผลลัพธ์ของการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ โดยจากการศึกษาเชิงคุณภาพกลุ่ม TGD บางคนอาจรู้สึกไม่ปลอดภัยในการไปสถานที่ที่อาจไม่ยอมรับพวกเขาหลังการผ่าตัดเพื่อการเปลี่ยนเพศ⁴¹ ดังนั้นผู้ให้การดูแลสุขภาพควรส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังกลุ่ม TGD เพื่อสร้างและคงไว้ซึ่งระบบการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งประสบการณ์เหล่านี้จะช่วยสร้างทักษะทางสังคมและช่วยพวกเขาในการจัดการกับการกีดกันทางสังคม และอาจช่วยในการลดการฆ่าตัวตายและพัฒนาสุขภาพจิตของพวกเขา¹⁰⁸

คำแนะนำที่ 9

เราแนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพไม่ควรกำหนดให้คนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศต้องได้รับการบำบัดก่อนเริ่มการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ แม้จะตระหนักว่าการบำบัดอาจจะมีประโยชน์กับคนข้ามเพศหรือผู้มีความหลากหลายทางเพศบางคน

การทำจิตบำบัดถูกนำมาใช้กับกลุ่ม TGD มาอย่างยาวนาน¹⁰⁹ ซึ่งวัตถุประสงค์ เจื้อนไข วิธีการ และหลักการในการทำจิตบำบัดเป็นส่วนที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เวอร์ชันแรกของ SOC¹¹⁰ ในปัจจุบันกลุ่ม TGD อาจแสวงหาการทำจิตบำบัดหรือขอคำปรึกษาเพื่อจัดการกับความทุกข์ใจในเพศสภาพ และอาจช่วยในกระบวนการเปิดเผยตัวตน (coming-out process)¹¹¹ การรักษาทางจิตใจเป็นเครื่องมือหนึ่งในการจัดการปัญหากลุ่ม TGD ในด้านต่างๆ เช่น การสำรวจอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกทางเพศ การยอมรับตนเอง และเสริมการฟื้นกลับทางใจหลังเผชิญปัญหา¹¹² รวมถึงเป็นวิธีการรักษาอาการทางสุขภาพจิตที่อาจพบในกลุ่ม TGD ซึ่งแม้ว่าการซึมเศร้าจะลดลงหลังจากได้รับ

การรักษาด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศแต่ระดับความกังวลอาจยังคงสูงอยู่⁴⁴ เนื่องจากกลุ่ม TGD อาจยังต้องเผชิญกับการตกเป็นเหยื่อ การกีดกัน หรือการปฏิเสธจากสังคม^{113,114} ดังนั้นการบำบัดบำบัดอาจยังมีบทบาทในการลดอาการความกังวลดังกล่าว

ในช่วงไม่กี่ปีมานี้มีรายงานถึงประโยชน์จากการบำบัดบำบัดด้วยวิธีต่างๆ เช่น Building Awareness of Minority Stressors (BAMS), Transgender Affirmative psychotherapy (TA),¹¹⁵ Transgender-affirmative cognitive behavior therapy (TA-CBT),¹¹⁶ Transgender Therapy Group,¹¹⁷ Interpersonal therapy (IPT),¹¹⁸ Gestalt group counselling¹¹⁹ และบางรูปแบบการทำบำบัดถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อการทำบำบัดในคนข้ามเพศที่เป็นผู้ใหญ่หรือผู้ที่ไม่ได้ระบุตัวตนในระบบสองเพศ เช่น Transgender Resilience Intervention Model (TRIM)¹¹² อย่างไรก็ตามการทำบำบัดเหล่านี้ยังต้องการข้อมูลทางวิชาการเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบประโยชน์ของการบำบัดแต่ละรูปแบบ¹²⁰ เนื่องจากการบำบัดบำบัดเองอาจสร้างได้ทั้งประสบการณ์ที่ดีและแย่แก่กลุ่ม TGD¹²¹ และอาจเป็นการอุปสรรคในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้บำบัด โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าการทำบำบัดเป็นเงื่อนไขในการที่กลุ่ม TGD จะได้เข้ารับการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศ¹²²

กลุ่ม TGD จำนวนมากตัดสินใจเข้ารับการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศโดยไม่ต้องการทำบำบัดหรือต้องการแค่เพียงเล็กน้อยโดยจากการศึกษาในกลุ่ม TGD ที่เข้ารับการรักษาดด้วยฮอร์โมนเพื่อการเปลี่ยนเพศจำนวน 509 คน โดยการคัดกรองจากแพทย์ผู้ดูแลระดับปฐมภูมิ (primary care physician) พบว่ามีเพียง 8% ที่จำเป็นต้องส่งประเมินสุขภาพจิตก่อนการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศ แต่พบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยแพทย์ผู้ดูแลระดับปฐมภูมิร้อยละ 80 ระบุว่ามีความต้องการที่จะปรึกษาสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพจิตด้วยเช่นกัน¹²³ ถึงแม้ว่าการบำบัดบำบัดในรูปแบบต่างๆ อาจมีประโยชน์กับกระบวนการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศในแต่ละช่วงต่างกัน รวมถึงความต้องการในการทำบำบัดก็อาจมีความแตกต่างในแต่ละช่วงของการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศเช่นกัน¹²⁴ แต่ยังไม่พบหลักฐานถึงประโยชน์ของการบำบัดบำบัดก่อนเริ่มการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศ รวมถึงอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้ที่ไม่ได้มีความจำเป็นต้องเข้ารับการบำบัดบำบัด หรือหากการบำบัดนั้นเป็นเงื่อนไขในการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงการบำบัดนั้นได้ก็อาจจะต้องชะลอการรักษเพื่อการเปลี่ยนเพศที่จำเป็นไป

คำแนะนำที่ 10

เราแนะนำให้ไม่ควรให้การบำบัดเพื่อ “ซ่อมแซม” และ “เปลี่ยนกลับ” ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อพยายามเปลี่ยนแปลงอัตลักษณ์ทางเพศและการแสดงออกตามเพศของบุคคลเพื่อให้สอดคล้องกับเพศที่ถูกกำหนดเมื่อแรกเกิดมากขึ้น

การรักษาที่มีวัตถุประสงค์เพื่อ “ซ่อมแซม (reparative)” หรือ “เปลี่ยนกลับ (conversion)” อัตลักษณ์ทางเพศให้ตรงกับเพศกำเนิดได้ถูกต่อต้านโดยองค์กรต่างๆ มากมายทั่วโลก นอกจากนี้หลายรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกาได้สั่งห้ามการรักษาเพื่อเปลี่ยนกลับอัตลักษณ์ทางเพศ ซึ่งความพยายามในการเปลี่ยนกลับรสนิยมทางเพศ (sexual orientation change effort; SOCE) นี้หมายถึงการรักษาดังกล่าวโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต หรือบุคคลอื่นๆ ที่พยายามจะเปลี่ยนอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศให้สอดคล้องกับเพศกำเนิดของบุคคลนั้นๆ¹²⁵

ผู้ที่ให้การสนับสนุน “การรักษาด้วยการเปลี่ยนกลับ” มองว่าการรักษาอาจจะช่วยให้บุคคลปรับตัวอยู่ในสังคมได้ดีกว่า และอาจจะมีบางคนที่มีความตั้งใจที่จะขอเปลี่ยนกลับอัตลักษณ์หรือการแสดงออกทางเพศของเขา อย่างไรก็ตามยังไม่พบหลักฐานของประสิทธิภาพของ SOCE รวมถึงการศึกษาส่วนใหญ่มีข้อบกพร่อง เช่น ขาดกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาย้อนหลัง มีอคติของการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ขาดความหลากหลายทางเพศและเชื้อชาติ¹²⁶ นอกจากนี้พบว่า SOCE ยังก่อให้เกิดผลทางลบ ทั้งการเกิดภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย ขาดความนับถือตนเอง และรู้สึกถึงภัยตัวเอง^{127,128,129} รวมถึงมีมุมมองทางลบต่อการรักชอบเพศเดียวกัน มีปัญหาสมรรถนะทางเพศ (sexual dysfunction) มีความบกพร่องในความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและความสัมพันธ์ระหว่างคู่รัก (romantic relationship)¹³⁰ นอกจากนี้ในการศึกษาแบบย้อนหลังพบว่าการได้รับ SOCE ยังมีความสัมพันธ์กับการใช้สารเสพติด การมีระดับการศึกษาสูงสุดและรายได้ต่อสัปดาห์ในระดับที่ต่ำ^{131,132,133} อีกทั้งในปี ค.ศ. 2021 สมาคมจิตวิทยาสหรัฐอเมริกาได้กล่าวว่า “หลักฐานทางวิทยาศาสตร์และประสบการณ์ทางคลินิกพบว่าความพยายามในการเปลี่ยนอัตลักษณ์ทางเพศทำให้นักบุคคลนั้นมีความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายขึ้นได้”¹²⁵ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับความความเสี่ยงของวิธีการรักษาดังกล่าวอาจช่วยนำไปสู่การลดลงของผู้ให้ การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว และลดจำนวนบุคคลและครอบครัวที่จะเลือกการรักษาด้วยวิธีการนี้ได้

สรุป

มาตรฐานการดูแลสุขภาพคนข้ามเพศและผู้มีความหลากหลายทางเพศมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงเรื่อยๆ ตามการศึกษาวิจัยและความรู้ที่มีมากขึ้น โดยมีแนวโน้มที่จะลดเงื่อนไขต่างๆ ในการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ดังนั้นบทบาทของจิตแพทย์และผู้ให้การดูแลสุขภาพทางด้านจิตใจของกลุ่ม TGD ควรที่จะเป็นผู้ช่วยเหลือในกระบวนการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ประเมินและให้การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพจิตที่แต่ละบุคคลมีอยู่ โดยคำนึงถึงความสามารถในการให้ความยินยอมการรักษาหลังได้รับข้อมูลเป็นหลัก ตระหนักถึงความสำคัญและประโยชน์ของการได้รับการรักษาเพื่อการเปลี่ยนเพศ ประสานงานกันกับแพทย์และผู้เชี่ยวชาญสาขาอื่นๆ เพื่อวางแผนในการรักษาร่วมกันในกรณีที่มีความซับซ้อน โดยคำนึงถึงบริบทแวดล้อมของกลุ่ม TGD แต่ละบุคคลและการส่งเสริมการสนับสนุนจากบริบทต่างๆ ที่แวดล้อมบุคคลที่เป็น TGD นั้นๆ นอกจากนี้จิตแพทย์อาจมีบทบาทในการให้ความรู้แก่บุคคลอื่นๆ เช่น บุคลากรและเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลสุขภาพ TGD ผู้ที่ใกล้ชิดกลุ่ม TGD รวมถึงการให้ความรู้แก่สังคมในเรื่องนี้ จะช่วยให้ลดความเกลียดกลัวคนข้ามเพศ และการกีดกันทางสังคม และนำมาสู่การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตต่างๆ ในกลุ่ม TGD ได้ นอกจากนี้บุคลากรทางสุขภาพทุกคนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนการสร้างสิ่งแวดล้อมของบริบทการให้การรักษาที่มีความเหมาะสมกับอัตลักษณ์ทางเพศของกลุ่ม TGD แต่ละบุคคล ซึ่งจะช่วยให้เขาเข้าถึงการรักษาและช่วยในการส่งเสริมการมีทั้งสุขภาพกายและใจที่ดีของกลุ่ม TGD ได้

เอกสารอ้างอิง

1. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, Brown GR, de Vries ALC, Deutsch MB, et al. Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Int J Transgend Health* 2022;23(sup1):S1-S259.
2. Amengual T, Kunstman K, Lloyd RB, Janssen A, Wescott AB. Readiness assessments for gender-affirming surgical treatments: A systematic scoping review of historical practices and changing ethical considerations. *Front Psychiatry* 2022;13:1006024.
3. The Medical Council of Thailand. The medical council regulations on medical ethics preserva: Criteria for gender reassignment treatment 2009 [Available from: <https://www.tmc.or.th/download/jul09-02.pdf>].
4. Boonprakob W, Ketuman P, Srisangnam U, Tantiphachiva K, Uneanong S, Wipaweeponkul S, et al. Clinical practice guideline in management of gender dysphoria and transsexualism 2009 2009 [Available from: <https://drpanom.wordpress.com/2018/12/31/%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%9B%E0%B8%8F%E0%B8%B4%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%AA%E0%B8%B3%E0%B8%AB%E0%B8%A3%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%88%E0%B8%B4%E0%B8%95/>].
5. The Medical Council of Thailand. The medical council regulations on medical ethics preserva: Criteria for gender reassignment treatment 2022 [Available from: <https://tmc.or.th/pdf/tmc-01-09122565.pdf>].
6. Jackson P. Performative genders perverse desires: A bio-history of thailands same-sex and transgender cultures; 2003.
7. Jackson P, Dunagwises N. Review of studies of gender and sexual diversity in thailand in thai and international academic publications 2017 [Available from: <file:///Users/Macintosh%20HD/Downloads/IA0349.pdf>].
8. Nakamura N, Dispenza F, Abreu RL, Ollen EW, Pantalone DW, Canillas G, et al. The APA guidelines for psychological practice with sexual minority persons: An executive summary of the 2021 revision. *Am Psychol* 2022;77(8):953-62.
9. American Psychological Association. Key terms and concepts in understanding gender diversity and sexual orientation among students 2015 [Available from: <https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf>].
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.): American Psychiatric Association; 2022.
11. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.); 2019 [Available from: <https://icd.who.int>].
12. Goodman M, Adams N, Corneil T, Kreukels B, Motmans J, Coleman E. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: A narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48(2):303-21.
13. Zhang Q, Goodman M, Adams N, Corneil T, Hashemi L, Kreukels B, et al. Epidemiological considerations in transgender health: A systematic review with focus on higher quality data. *Int J Transgend Health* 2020;21(2):125-37.
14. Blosnich JR, Brown GR, Shipherd JC, Kauth M, Piegari RI, Bossarte RM. Prevalence of gender identity disorder and suicide risk among transgender veterans utilizing veterans health administration care. *Am J Public Health* 2013;103(10):e27-32.
15. Kauth MR, Shipherd JC, Lindsay J, Blosnich JR, Brown GR, Jones KT. Access to care for transgender veterans in the veterans health administration: 2006-2013. *Am J Public Health* 2014;104 Suppl 4(Suppl 4):S532-4.
16. Dragon CN, Guerino P, Ewald E, Laffan AM. Transgender medicare beneficiaries and chronic conditions: Exploring fee-for-service claims data. *LGBT Health* 2017;4(6):404-11.
17. Ewald ER, Guerino P, Dragon C, Laffan AM, Goldstein Z, Streed C, Jr. Identifying medicare beneficiaries accessing transgender-related care in the era of icd-10. *LGBT Health* 2019;6(4):166-73.
18. Quinn VP, Nash R, Hunkeler E, Contreras R, Cromwell L, Becerra-Culqui TA, et al. Cohort profile: Study of transition, outcomes and gender (strong) to assess health status of transgender people. *BMJ Open* 2017;7(12):e018121.

19. Conron KJ, Scott G, Stowell GS, Landers SJ. Transgender health in massachusetts: Results from a household probability sample of adults. *Am J Public Health* 2012;102(1):118-22.
20. Crissman HP, Berger MB, Graham LF, Dalton VK. Transgender demographics: A household probability sample of us adults, 2014. *Am J Public Health* 2017;107(2):213-5.
21. Kuyper L, Wijzen C. Gender identities and gender dysphoria in the netherlands. *Arch Sex Behav* 2014;43(2):377-85.
22. Van Caenegem E, Wierckx K, Elaut E, Buysse A, Dewaele A, Van Nieuwerburgh F, et al. Prevalence of gender nonconformity in flanders, belgium. *Arch Sex Behav* 2015;44(5):1281-7.
23. Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, Barrios LC, Demissie Z, McManus T, et al. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students - 19 states and large urban school districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68(3):67-71.
24. Kittiteerasack P, Matthews AK, Steffen A. The validity and linguistic testing of translated measures of sexual orientation and gender identity for research in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) populations in Thailand. *Nursing J* 2019;46(4):122-37.
25. Sojindamanee N, Kiatrungrit K, Hongsanguansri S, Hataiyusuk S, Neelapaichit N, Suttapanit K, et al. Examining factors that drive health-related students to seek help for psychological challenges [manuscript submitted for publication]. Bangkok: Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023.
26. Radenahmad N, Hosiri T, Puranachaikere T, Thongchoi K, Engkananuvat P. Disparities in stress coping strategies among high school students, in Bangkok, with various sexual orientations and gender identities. *Journal of Health Science and Medical Research* 2023;41(3):1-12.
27. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull* 2003;129(5):674-97.
28. Lin Y, Xie H, Huang Z, Zhang Q, Wilson A, Hou J, et al. The mental health of transgender and gender non-conforming people in China: A systematic review. *Lancet Public Health* 2021;6(12):e954-e69.
29. Suriyasam B. Gender identity and sexual orientation in thailand. Organization IL, editor. Thailand: International Labour Organization; 2014.
30. Laphon C, Chuemchit M. Social stigmatization access to services and service satisfaction among transgender persons at Thai red cross aids research center - tangerine project: A qualitative study. *J Health Res* 2018;31(Suppl. 2):S195-201.
31. Kittiteerasack P, Matthews AK, Park C. Psychometric properties of the Thai version of Experience of Discrimination (EOD) measure for lesbian, gay, bisexual, and transgender (lgbt) populations. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*;34(1):43-60.
32. United Nations Development Programme (UNDP) Thailand. Tolerance but not inclusion: A national survey on experiences of discrimination and social attitudes towards LGBT people in Thailand. Bangkok: UNDP Thailand; 2019.
33. Pearkao P. Stress and depression among Thai gay, kathoey (transgender). *Journal of Nursing Science and Health* 2014;36(2):95-104.
34. Thitiseranee L, Kiatrungrit K, T'hongpan M, Lorterapong P, Hataiyusuk S, Korpaisarn S, et al. Association between gender affirming therapy, parental attachment, and non-suicidal self-injury/ suicidal ideation in transgender individuals with gender dysphoria [manuscript submitted for publication]. Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University 2023.
35. Yensabai R, Kiatrungrit K. Association between parental attachment, sexual and substance use problems among patients with gender dysphoria. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020;65(4):355-72.
36. Khantharot K, Jaroenpon P, Laimee T, Saenthum P. Measuring minority stress and mental health among LGBTQ people. *Journal of Health Sciences Scholarship* 2022;9(2):104-18.
37. Khaikham L. The recognition of LGBTQIA+ rights as human rights in Thailand's six public universities. *HRPS* 2022;8(2):287-316.
38. Chirawatkul S. Gender sensitiveness in nursing practice. *JTMNC* 2020;35(3):5-16.
39. Kittiteerasack P, Sangngam J, Matthews AK. The fundamentals of child and adolescent nursing in improving mental and psychosocial health among gender variant children in Thailand. *Nursing Science Journal of Thailand* 2018;36(1):4-16.
40. Yodkeeree S. Effectiveness of hospital in transsexual surgery patient's attitude in Thailand. *The Journal of Development Administration Research* 2021;11(2):297-307.
41. Aldridge Z, Thorne N, Marshall E, English C, Yip AKT, Nixon E, et al. Understanding factors that affect wellbeing in trans people "later" in transition: A qualitative study. *Qual Life Res* 2022;31(9):2695-703.
42. Almazan AN, Keuroghlian AS. Association between gender-affirming surgeries and mental health outcomes. *JAMA Surg* 2021;156(7):611-8.
43. Tordoff DM, Wanta JW, Collin A, Stepney C, Inwards-Breland DJ, Ahrens K. Mental health outcomes in transgender and nonbinary youths receiving gender-affirming care. *JAMA Netw Open* 2022;5(2):e220978.
44. Aldridge Z, Patel S, Guo B, Nixon E, Pierre Bouman W, Witcomb GL, et al. Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology* 2021;9(6):1808-16.
45. van de Grift TC, Kreukels BP, Elfering L, Özer M, Bouman MB, Buncamper ME, et al. Body image in transmen: Multidimensional measurement and the effects of mastectomy. *J Sex Med* 2016;13(11):1778-86.
46. Wierckx K, Van Caenegem E, Elaut E, Dedeker D, Van de Peer F, Toye K, et al. Quality of life and sexual health after sex reassignment surgery in transsexual men. *J Sex Med* 2011;8(12):3379-88.
47. Bouman MB, van der Sluis WB, van Woudenberg Hamstra LE, Buncamper ME, Kreukels BPC, Meijerink W, et al. Patient-reported esthetic and functional outcomes of primary total laparoscopic intestinal vaginoplasty in transgender women with penoscrotal hypoplasia. *J Sex Med* 2016;13(9):1438-44.

48. Hess J, Henkel A, Bohr J, Rehme C, Panic A, Panic L, et al. Sexuality after male-to-female gender affirmation surgery. *Biomed Res Int* 2018;2018:9037979.
49. Appelbaum PS. Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med* 2007;357(18):1834-40.
50. Keo-Meier C, Ehrensaft D. The gender affirmative model an interdisciplinary approach to supporting transgender and gender expansive children: American Psychological Association; 2018.
51. Hostiu S, Rusu MC, Nego I, Drima E. Testing decision-making competency of schizophrenia participants in clinical trials. A meta-analysis and meta-regression. *BMC Psychiatry* 2018;18(1):2.
52. Karasic DH, Fraser L. Multidisciplinary care and the standards of care for transgender and gender nonconforming individuals. *Clin Plast Surg* 2018;45(3):295-9.
53. Barnhill JW. Perioperative care of the patient with psychiatric disease. In: MacKenzie CR, Cornell CN, Memtsoudis SG, editors. *Perioperative care of the orthopedic patient*. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 257-66.
54. Lee DS, Marsh L, Garcia-Altieri MA, Chiu LW, Awad SS. Active mental illnesses adversely affect surgical outcomes. *Am Surg* 2016;82(12):1238-43.
55. Wimalawansa SM, Fox JP, Johnson RM. The measurable cost of complications for outpatient cosmetic surgery in patients with mental health diagnoses. *Aesthet Surg J* 2014;34(2):306-16.
56. Byrne W, Karasic DH, Coleman E, Eyler AE, Kidd JD, Meyer-Bahlburg HFL, et al. Gender dysphoria in adults: An overview and primer for psychiatrists. *Transgend Health* 2018;3(1):57-70.
57. Tollinche LE, Walters CB, Radix A, Long M, Galante L, Goldstein ZG, et al. The perioperative care of the transgender patient. *Anesth Analg* 2018;127(2):359-66.
58. Paredes AZ, Hyer JM, Diaz A, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The impact of mental illness on postoperative outcomes among medicare beneficiaries: A missed opportunity to help surgical patients? *Ann Surg* 2020;272(3):419-25.
59. Owen-Smith AA, Gerth J, Sineath RC, Barzilay J, Becerra-Culqui TA, Getahun D, et al. Association between gender confirmation treatments and perceived gender congruence, body image satisfaction, and mental health in a cohort of transgender individuals. *J Sex Med* 2018;15(4):591-600.
60. van de Grift TC, Pigot GLS, Boudhan S, Elfering L, Kreukels BPC, Gijs L, et al. A longitudinal study of motivations before and psychosexual outcomes after genital gender-confirming surgery in transmen. *J Sex Med* 2017;14(12):1621-8.
61. Deutsch MB. Gender-affirming surgeries in the era of insurance coverage: Developing a framework for psychosocial support and care navigation in the perioperative period. *J Health Care Poor Underserved* 2016;27(2):386-91.
62. Berli JU, Knudson G, Fraser L, Tangpricha V, Ettner R, Ettner FM, et al. What surgeons need to know about gender confirmation surgery when providing care for transgender individuals: A review. *JAMA Surg* 2017;152(4):394-400.
63. Deutsch MB. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people (2nd ed.) San Francisco: University of California, Department of Family and Community Medicine Center of Excellence for Transgender Health.; 2016 [Available from: <https://transcare.ucsf.edu/guidelines>].
64. Kidd JD, Dolezal C, Bockting WO. The relationship between tobacco use and legal document gender-marker change, hormone use, and gender-affirming surgery in a United States sample of trans-feminine and trans-masculine individuals: Implications for cardiovascular health. *LGBT Health* 2018;5(7):401-11.
65. Pitayungsarit S. Tobacco control research and management center annual report 2018. Bangkok: Tobacco Control Research and Management Center; 2018. p. 1-34.
66. Buchting FO, Emory KT, Scout, Kim Y, Fagan P, Vera LE, et al. Transgender use of cigarettes, cigars, and e-cigarettes in a national study. *Am J Prev Med* 2017;53(1):e1-e7.
67. Bryant L, Damarin AK, Marshall Z. Tobacco control recommendations identified by LGBT atlantans in a community-based participatory research project. *Prog Community Health Partnersh* 2014;8(3):269-79.
68. Chipkin SR, Kim F. Ten most important things to know about caring for transgender patients. *Am J Med* 2017;130(11):1238-45.
69. Moreira Allgayer RMC, Borba GDS, Moraes RS, Ramos RB, Spritzer PM. The effect of gender-affirming hormone therapy on the risk of subclinical atherosclerosis in the transgender population: A systematic review. *Endocr Pract* 2023.
70. Coon D, Tuffaha S, Christensen J, Bonawitz SC. Plastic surgery and smoking: A prospective analysis of incidence, compliance, and complications. *Plast Reconstr Surg* 2013;131(2):385-91.
71. Kaoutzanis C, Winocour J, Gupta V, Yeslev M, Ganesh Kumar N, Wormer B, et al. The effect of smoking in the cosmetic surgery population: Analysis of 129,007 patients. *Aesthet Surg J* 2019;39(1):109-19.
72. Pluvy I, Garrido I, Pauchot J, Saboye J, Chavoin JP, Tropet Y, et al. Smoking and plastic surgery, part i. Pathophysiological aspects: Update and proposed recommendations. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e3-e13.
73. Pluvy I, Panouillères M, Garrido I, Pauchot J, Saboye J, Chavoin JP, et al. Smoking and plastic surgery, part ii. Clinical implications: A systematic review with meta-analysis. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e15-49.
74. Matei S, Danino MA. Smoking and plastic surgery a montreal perspective. *Ann Chir Plast Esthet* 2015;60(1):e71-2.
75. Boskey E, Taghinia A, Ganor O. Public accommodation laws and gender panic in clinical settings. *AMA J Ethics* 2018;20(11):E1067-74.
76. Bauer GR, Hammond R. Toward a broader conceptualization of trans women's sexual health. *Can J Hum Sex* 2015;24:1-11.
77. Nobili A, Glazebrook C, Arcelus J. Quality of life of treatment-seeking transgender adults: A systematic review and meta-analysis. *Rev Endocr Metab Disord* 2018;19(3):199-220.
78. Obedin-Maliver J, Goldsmith ES, Stewart L, White W, Tran E, Brenman S, et al. Lesbian, gay, bisexual, and transgender-related content in undergraduate medical education. *JAMA* 2011;306(9):971-7.

79. Chisolm-Straker M, Willging C, Daul AD, McNamara S, Sante SC, Shattuck DG, 2nd, et al. Transgender and gender-nonconforming patients in the emergency department: What physicians know, think, and do. *Ann Emerg Med* 2018;71(2):183-8.e1.
80. Grant J, Lisa A, Mottet J, Tanis D, With J, Harrison J, et al. Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey. Washington: The National Gay and Lesbian Task Force and the National Center for Transgender Equality; 2011.
81. Karasic DH. Protecting transgender rights promotes transgender health. *LGBT Health* 2016;3(4):245-7.
82. Kcomt L, Gorey KM, Barrett BJ, McCabe SE. Healthcare avoidance due to anticipated discrimination among transgender people: A call to create trans-affirmative environments. *SSM - Population Health* 2020;11:100608.
83. Gonzales G, Henning-Smith C. Barriers to care among transgender and gender nonconforming adults. *Milbank Q* 2017;95(4):726-48.
84. Williams AJ, Jones C, Arcelus J, Townsend E, Lazaridou A, Michail M. A systematic review and meta-analysis of victimisation and mental health prevalence among LGBTQ+ young people with experiences of self-harm and suicide. *PLoS ONE* 2021;16(1):e0245268.
85. Rood BA, Puckett JA, Pantalone DW, Bradford JB. Predictors of suicidal ideation in a statewide sample of transgender individuals. *LGBT Health* 2015;2(3):270-5.
86. Testa RJ, Michaels MS, Bliss W, Rogers ML, Balsam KF, Joiner T. Suicidal ideation in transgender people: Gender minority stress and interpersonal theory factors. *J Abnorm Psychol* 2017;126(1):125-36.
87. Klein A, Golub SA. Family rejection as a predictor of suicide attempts and substance misuse among transgender and gender nonconforming adults. *LGBT Health* 2016;3(3):193-9.
88. Seelman KL. Transgender adults' access to college bathrooms and housing and the relationship to suicidality. *J Homosex* 2016;63(10):1378-99.
89. Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *J Adolesc Health* 2018;63(4):503-5.
90. Perez-Brumer A, Hatzenbuehler ML, Oldenburg CE, Bockting W. Individual- and structural-level risk factors for suicide attempts among transgender adults. *Behav Med* 2015;41(3):164-71.
91. Kittiteerasack P, Matthews AK, Steffen A, Corte C, McCreary LL, Bostwick W, et al. The influence of minority stress on indicators of suicidality among lesbian, gay, bisexual and transgender adults in Thailand. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2021;28(4):656-69.
92. Trujillo MA, Perrin PB, Sutter M, Tabaac A, Benotsch EG. The buffering role of social support on the associations among discrimination, mental health, and suicidality in a transgender sample. *Int J Transgend* 2017;18(1):39-52.
93. Amodeo AL, Vitelli R, Scandurra C, Picariello S, Valerio P. Adult attachment and transgender identity in the Italian context: Clinical implications and suggestions for further research. *Int J Transgend* 2015;16(1):49-61.
94. Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W, Rosenblum A, Mason M, Macri M, et al. Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2010;47(1):12-23.
95. Bockting WO, Miner MH, Swinburne Romine RE, Hamilton A, Coleman E. Stigma, mental health, and resilience in an online sample of the us transgender population. *Am J Public Health* 2013;103(5):943-51.
96. Jackson Levin N, Kattari SK, Piellusch EK, Watson E. "We just take care of each other": Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(19):7346.
97. Harner V. Trans intracommunity support & knowledge sharing in the United States & Canada: A scoping literature review. *Health Soc Care Community* 2021;29(6):1715-28.
98. Başar K, Öz G. Resilience in individuals with gender dysphoria: Association with perceived social support and discrimination. *Türk Psikiyatri Derg* 2016;27(4):225-34.
99. Bariola E, Lyons A, Leonard W, Pitts M, Badcock P, Couch M. Demographic and psychosocial factors associated with psychological distress and resilience among transgender individuals. *Am J Public Health* 2015;105(10):2108-16.
100. Başar K, Öz G, Karakaya J. Perceived discrimination, social support, and quality of life in gender dysphoria. *J Sex Med* 2016;13(7):1133-41.
101. Kuper LE, Adams N, Mustanski BS. Exploring cross-sectional predictors of suicide ideation, attempt, and risk in a large online sample of transgender and gender nonconforming youth and young adults. *LGBT Health* 2018;5(7):391-400.
102. Puckett JA, Matsuno E, Dyar C, Mustanski B, Newcomb ME. Mental health and resilience in transgender individuals: What type of support makes a difference? *J Fam Psychol* 2019;33(8):954-64.
103. Budge SL, Adelson JL, Howard KA. Anxiety and depression in transgender individuals: The roles of transition status, loss, social support, and coping. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(3):545-57.
104. Manalastas EJ, Ojanen T, Torre B, Ratanashevorn R, Choong C, Kumaresan V, et al. Homonegativity in southeast asia: Attitudes toward lesbians and gay men in Indonesia, Malaysia, the Philippines, Singapore, Thailand, and Vietnam. *Asia-Pacific Social Science Review* 2017;17:25-33.
105. Sookpornasawan R, Kiatrungrit K, Seree P. Influence of exposure to media containing sexual diversity and attitude of adolescents in bangkok toward LGBT [in manuscript preparation process]: Psychiatric Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2023.
106. Bouman WP, Davey A, Meyer C, Witcomb GL, Arcelus J. Predictors of psychological well-being among treatment seeking transgender individuals. *Sex Relatsh Ther* 2016;31(3):359-75.
107. Davey A, Bouman WP, Meyer C, Arcelus J. Interpersonal functioning among treatment-seeking trans individuals. *J Clin Psychol* 2015;71(12):1173-85.

108. Pflum SR, Testa RJ, Balsam KF, Goldblum PB, Bongar B. Social support, trans community connectedness, and mental health symptoms among transgender and gender nonconforming adults. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015;2:281-6.
109. Fraser L. Depth psychotherapy with transgender people. *Sex Relatsh Ther* 2009;24(2):126-42.
110. Fraser L. Psychotherapy in the world professional association for transgender health's standards of care: Background and recommendations. *Int J Transgend* 2009;11(2):110-26.
111. Hunt J. An initial study of transgender people's experiences of seeking and receiving counselling or psychotherapy in the UK. *Couns Psychother Res* 2014;14(4):288-96.
112. Matsuno E, Israel T. Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (trim). *Couns Psychol* 2018;46(5):632-55.
113. Breslow AS, Brewster ME, Velez BL, Wong S, Geiger E, Soderstrom B. Resilience and collective action: Exploring buffers against minority stress for transgender individuals. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015;2:253-65.
114. Carmel TC, Erickson-Schroth L. Mental health and the transgender population. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2016;54(12):44-8.
115. Budge SL, Sinnard MT, Hoyt WT. Longitudinal effects of psychotherapy with transgender and nonbinary clients: A randomized controlled pilot trial. *Psychotherapy (Chic)* 2021;58(1):1-11.
116. Austin A, Craig SL, Alessi EJ. Affirmative cognitive behavior therapy with transgender and gender nonconforming adults. *Psychiatr Clin North Am* 2017;40(1):141-56.
117. Heck NC, Croot LC, Robohm JS. Piloting a psychotherapy group for transgender clients: Description and clinical considerations for practitioners. *Prof Psychol Res Pr* 2015;46:30-6.
118. Budge SL. Interpersonal psychotherapy with transgender clients. *Psychotherapy (Chic)* 2013;50(3):356-9.
119. Timsathit P, Haenjone J. The effects of Gestalt group counselling on self-awareness of male to female transgender. *JOPN* 2017;9(1):150-61.
120. Catelan RF, Costa AB, Lisboa CSdM. Psychological interventions for transgender persons: A scoping review. *International Journal of Sexual Health* 2017;29(4):325-37.
121. Applegarth G, Nuttall J. The lived experience of transgender people of talking therapies. *Int J Transgend* 2016;17(2):66-72.
122. Budge SL. Psychotherapists as gatekeepers: An evidence-based case study highlighting the role and process of letter writing for transgender clients. *Psychotherapy* 2015;52:287-97.
123. Spanos C, Grace JA, Leemaqz SY, Brownhill A, Cundill P, Locke P, et al. The informed consent model of care for accessing gender-affirming hormone therapy is associated with high patient satisfaction. *J Sex Med* 2021;18(1):201-8.
124. Mayer TK, Koehler A, Eyssel J, Nieder TO. How gender identity and treatment progress impact decision-making, psychotherapy and aftercare desires of trans persons. *J Clin Med* 2019;8(5).
125. American Psychological Association. APA resolution on gender identity change efforts 2021 [Available from: <https://www.apa.org/about/policy/resolution-gender-identity-change-efforts.pdf>].
126. Przeworski A, Peterson E, Piedra A. A systematic review of the efficacy, harmful effects, and ethical issues related to sexual orientation change efforts. *Clin Psychol*;n/a(n/a):e12377.
127. Dehlin JP, Galliher RV, Bradshaw WS, Hyde DC, Crowell KA. Sexual orientation change efforts among current or former LDS church members. *J Couns Psychol* 2015;62(2):95-105.
128. Flentje A, Heck NC, Cochran BN. Experiences of ex-ex-gay individuals in sexual reorientation therapy: Reasons for seeking treatment, perceived helpfulness and harmfulness of treatment, and post-treatment identification. *J Homosex* 2014;61(9):1242-68.
129. Jacobsen J, Wright R. Mental health implications in Mormon women's experiences with same-sex attraction: A qualitative study. *Couns Psychol* 2014;42(5):664-96.
130. Shidlo A, Schroeder M. Changing sexual orientation: A consumers' report. *Prof Psychol Res Pr* 2002;33:249-59.
131. Ryan C, Toomey RB, Diaz RM, Russell ST. Parent-initiated sexual orientation change efforts with LGBT adolescents: Implications for young adult mental health and adjustment. *J Homosex* 2020;67(2):159-73.
132. Salway T, Ferlatte O, Gesink D, Lachowsky NJ. Prevalence of exposure to sexual orientation change efforts and associated sociodemographic characteristics and psychosocial health outcomes among Canadian sexual minority men. *Can J Psychiatry* 2020;65(7):502-9.
133. Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry* 2020;77(1):68-76.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทบรรณาธิการ	A1
นิพนธ์ต้นฉบับ	
สุขภาพจิตของกลุ่มแอลจีบีทีคิวพลัส พิเชฐ อุดมรัตน์	
ระบาดวิทยากลุ่มความผิดปกติการควบคุมตัวเองในคนไทย : การสำรวจระบาดวิทยา สุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติปี พ.ศ. 2556 วรวรรณ จุฑา, นพพร ตันติรังสี, กมลลักษณ์ มากคล้าย	95
พฤติกรรมการใช้ชีวิต การตีตราและการกีดกันทางสังคม และความพึงพอใจในชีวิต ต่อการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศของนักศึกษาชายรักรายในภาคเหนือ เอกสิทธิ์ ไชยปิน, เสกสรรค์ ทองดี	106
ปัจจัยจิตสังคมที่สัมพันธ์กับความสมดุระหว่างชีวิตและการทำงานของ ผู้ใหญ่วัยทำงาน ภิญญดา มัญยานนท์, วิธัญญา วัฒนโธ	121
การแปลแบบข้ามวัฒนธรรมและการทดสอบความตรงและความเชื่อมั่นของ แบบวัดความเครียดของญาติผู้ดูแล ฉบับภาษาไทย ในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ปัญหาการรู้คิด วชิระ สุริยะวงศ์, ปณวัตร สันประโคน	130
บทความปริทัศน์	
บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการส่งเสริมและป้องกันด้านสุขภาพจิต ของประชาชนไทย เสาวลักษณ์ พุฒแฮม, ปวีณา อุตตะมี, นาวิณี เครือหงษ์	142
การทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบ	
ผลของโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตเภท ชมพูนุท กาบคำบา, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, เนตรชนก แก้วจันทา, ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์	151
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	