



วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2566

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัทร พัทธรัตน์เสถียร, ณภัทร์ ศิรินันทนกุล, ชญาณิชชฎี พูลวรลักษณ์, ธนากรณ ออมทวิทรัพย์, ศศิธร พลสิทธิ์, นิมมาวดี หิรัญวัฒน์นะ, ธัญกร รุ่งนิรันดร์

การทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ทโฟน
แอปพลิเคชันต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ประภาส อุครานันท์, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวห, สุภากรณ ทองเบ็ญจมาศ, สุมณฑา เกษมวิลาศ, สุปราณี พิมพ์ตรา, เกษรารณณ์ เคนบุปผา, ณัทร พัทธรัตน์เสถียร

อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวช

ทรงพา ไลดทนต์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างโรคจากการนอนหลับและโรคลมชัก

ศรัชชา เทียนสันติสุข, ทานตะวัน อวีรุทวรกุล, ภัทรพร วิสาจันทร์, อภิสิทธิ์ บุญเกิด

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจต่อความเครียด
ในนักศึกษาแพทย์: การศึกษาทั้งทดลอง

อารีรัตน์ สิริพงษ์พันธ์, สหทยา นิยะโมสถ, ปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์

บทความฟื้นฟูวิชาการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น

สุภัค เหลืองรุ่งโรจน์, พัชรินทร์ เสรี, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ เธียรโมกข์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปราณี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Mounnoi, M.D.

ปฏิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Ft.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรากฏ ทยียงกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsirratana, 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 Suwana 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 ศุภสิทธิ์อำรง
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 3

กรกฎาคม – กันยายน 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 254

จิรดา ประสาทพรศิริโชค, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร, ณภัทร์ ศิรินิมน์นวลกุล, ชญานิชฐ์ พูลวรลักษณ์,
ชนภรณ์ ออมทวีทรัพย์, ศศิธร พลสิทธิ์, นิยมมาวดี หิรัญวัฒน์นะ, ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร

การทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ทโฟน
แอปพลิเคชันต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า 265

ประภาส อุครานันท์, กมลทิพย์ สงวนรัมย์, สุพัตรา สุขาวท, สุภาภรณ์ ทองเบญจมาศ, สุมณฑา เกษมวิลาศ,
สุปราณี พิมพ์ตรา, เกษราภรณ์ เคนบุปผา, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร

อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวช 276

ทรงพล โดดหนองค์

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างโรคจากการนอนหลับและโรคลมชัก 287

ศรัชชา เทียนสันติสุข, ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, ภัทรพร วิสาจันทร์, อภิสัทธี บุญเกิด

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ
ต่อความเครียดในนักศึกษาแพทย์: การศึกษากึ่งทดลอง 295

อารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์, สหัทยา นิยะโมสถ, ปณีนันท์ ศรีนุชศาสตร์

บทความฟื้นฟูวิชาการ

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น 305

สุภาค เหลืองรุ่งโรจน์, พัชรินทร์ เสรี, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 318



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 68 Number 3

July - September 2023

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Health-Related Quality of Life of Outpatients with Depression Treated with Antidepressants at King Chulalongkorn Memorial Hospital 254
Jirada Prasartpornsirichoke, Nuttorn Pityaratstian, Naphat Sirinimnuakul, Chayanit Poolvorolaks, Tanaporn Ormtavesub, Sasitorn Phonsit, Nimmavadee Hiranwattana, Teerayuth Rungnirundorn
- Preliminary Efficacy of Behavioral Activation Smartphone Application for Reducing Depressive Symptoms in Depression 265
Prapat Ukranan, Kamonthip Saguanrum, Supattra Sukhawaha, Supaporn Thongbenjamas, Sumonta Kasemvilas, Supralee Phimtra, Kedsaraporn Kenbubpha, Nuttorn Pityaratstian
- SARS-CoV-2 Vaccination Rate and Associated Factors among Patients with Mental Illness 276
Songpon Lodthanong
- Prevalence and Correlation between Sleep Disorder and Epilepsy 287
Saratcha Tiensuntisook, Tantawan Awirutworakul, Pattarabhorn Wisajun, Apisit Bungird
- Using Mindfulness-Based Interventions for Increasing Medical Students' Resiliency to Stress: Quasi-Experimental Study 295
Areerat Siripongpan, Sahattaya Niyamosot, Paninun Srinuchasart
- ### REVIEW ARTICLE
- A Systematic Literature Review on the Relationship between Social Media and Well-Being among Adolescents 305
Supak Luengroongroj, Patcharin Seree, Wanlop Atsariyasing
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 318

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2566 มีบทความทั้งสิ้นจำนวน 6 บทความ แบ่งเป็นนิพนธ์ต้นฉบับ 5 บทความ ซึ่งมีเนื้อหาน่าสนใจและหลากหลาย ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า การบำบัดโดยใช้การเจริญสติ อัตราการรับวัคซีนโควิด 19 และความชุกของโรคการนอนหลับในผู้ป่วยโรคลมชัก นอกจากนี้ยังมีการศึกษาแบบ systematic review อีก 1 บทความ เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น

ในการประชุมวิชาการประจำปีจิตเวชศาสตร์ไทย ครั้งที่ 51 ในวันที่ 8 - 10 พฤศจิกายน พ.ศ. 2566 นี้ ทางสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและวารสารสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้จัดการอบรมในหัวข้อ “แนวทางและเทคนิคการตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารวิชาการ” ทั้งนี้ผู้ที่สนใจสามารถติดตามและลงทะเบียนได้ในเว็บไซต์ของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ทั้งนี้ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารฯ และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมนาถ เจริญบุญ
บรรณาธิการ

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

จิรดา ประสาทพรศิริชค*, ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร*, ฌภัทร์ ศิรินิมิตกุล**, ชญาณิชฐ์ พูลวรลักษณ***,

ธนภรณ์ ออมทวีทรัพย์*, ศศิธร พลสิทธิ์****, นิยมมาตี หิรัญวัฒน์*****, ธีรยุทธ รุ่งนิรันดร*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ฝ่ายจิตเวชศาสตร์และศูนย์นิทรรศการ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

***คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยคอลเลจลอนดอน

****ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

*****คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษากับผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ที่ผสมผสานระหว่างการศึกษาย้อนหลัง (retrospective study) ในส่วนของการสืบค้นประวัติคนไข้จากเวชระเบียนเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในส่วนของการสำรวจคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา จำนวน 500 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 ฉบับภาษาไทย ใช้สถิติ independent T-Test ในการวิเคราะห์ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา

ผลการศึกษา คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษายกกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean difference = -13.581, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.380$), ด้านสุขภาพทั่วไป (mean difference = -7.070, $P = 0.003$, Cohen's $d = -0.332$), ด้านอารมณ์ (mean difference = -14.358, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.432$), ด้านพลังกำลัง (mean difference = -13.479, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.858$), ด้านสังคม (mean difference = -20.514, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.801$) และด้านจิตใจ (mean difference = -13.855, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.907$)

สรุป การศึกษานี้ยืนยันว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษายกกว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเกือบทุกด้าน ดังนั้นการรักษาทันทีและการเข้าใจเท่าทันภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษาย่อมส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะยาว

คำสำคัญ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา ภาวะซึมเศร้าที่ต่อเนื่องการรักษายาต้านเศร้า

Corresponding author: ภัทธร พิทยรัตน์เสถียร

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

E-mail: dmutton@yahoo.com

วันรับ : 20 มีนาคม 2566 วันแก้ไข : 12 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับ : 25 มิถุนายน 2566

Health-Related Quality of Life of Outpatients with Depression Treated with Antidepressants at King Chulalongkorn Memorial Hospital

Jirada Prasartpornsirichoke*, Nuttorn Pityaratstian*, Naphat Sirinimnuakul**, Chayanit Poolvorakaks***,

Tanaporn Ormtavesub*, Sasitorn Phonsit****, Nimmavadee Hiranwattana*****, Teerayuth Rungnirudorn*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

**Department of Psychiatry and Excellence Center of Sleep Disorders, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand

***Faculty of Psychology, University College London, London, United Kingdom

****Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, Kasetsart University, Bangkok, Thailand

*****Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand

ABSTRACT

Objective: To explore health-related quality of life (HRQoL) among outpatients with depression treated with antidepressants who visited King Chulalongkorn Memorial Hospital during March - July 2022 and to investigate the difference in health-related quality of life between patients with treatment-resistant depression and patients with treatment-response depression.

Methods: This descriptive study included a cross-sectional survey of 500 depressed patients using the Thai-language short-form 36 health-related quality of life questionnaire and a retrospective review of patient medical records to evaluate if patients responded to depression treatment. The distinction between the two categories of depressed patient's quality of life was examined using an independent T-test.

Results: The health-related quality of life of treatment-resistant depressive patients was significantly worse than that of treatment-response depressive patients in dimensions of role limitations due to physical health (mean difference = -13.581, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.380$), general health (mean difference = -7.070, $P = 0.003$, Cohen's $d = -0.332$), role limitations due to emotional problems (mean difference = -14.358, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.432$), vitality (mean difference = -13.479, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.858$), social functioning (mean difference = -20.514, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.801$), and mental health (mean difference = -13.855, $P < 0.001$, Cohen's $d = -0.907$).

Conclusion: This study confirmed that the health-related quality of life of treatment-resistant depressive patients was statistically significantly worse than that of treatment-response depressed patients in almost every aspect. Understanding treatment-resistant depression can have a positive impact on long-term quality of life for depressed patients.

Keywords: health-related quality of life, major depressive disorder (MDD), treatment-resistant depression (TRD), treatment-response depression, antidepressants

Corresponding author: Nuttorn Pityaratstian

E-mail: drnuttom@yahoo.com

Received 20 March 2023 Revised 12 May 2023 Accepted 25 June 2023

บทนำ

โรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้ทั่วไป (common psychiatric disorder) มีลักษณะอาการทางคลินิกด้านอารมณ์ซึมเศร้า เบื่อหน่าย มีความสนใจในสิ่งต่างๆ ลดลง รู้สึกไร้ค่า จนกระทบกับการทำงาน การเรียน และการใช้ชีวิตประจำวัน โดยอาการเหล่านี้เกิดขึ้นไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์¹ ในปี 2558 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 4.4 โดยพบในผู้หญิงที่ร้อยละ 5.1 มากกว่าผู้ชายที่ร้อยละ 3.6² ในประเทศไทยมีการสำรวจระบาดวิทยาสุขภาพจิตของคนไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และอาศัยในกรุงเทพมหานครในปี 2556 พบว่า ความชุกหนึ่งปีและความชุกตลอดชีพของโรคซึมเศร้าในคนไทยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับร้อยละ 0.4 และ ร้อยละ 1.2 ตามลำดับ³ อย่างไรก็ตาม ความชุกของโรคซึมเศร้าในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเป็นผลจากการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น จากงานวิจัยก่อนหน้าพบว่า สัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.1 ในปี 2552 มาอยู่ที่ร้อยละ 48.5 ในปี 2559⁴ อีกทั้งคนไทยยังมีความตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชมากขึ้นจากสื่อสังคมในรูปแบบต่างๆ

โรคซึมเศร้าเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ยากต่อการประเมินผลกระทบที่แท้จริงเมื่อเทียบกับความเจ็บป่วยทางร่างกาย เนื่องด้วยมีหลายปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมาเกี่ยวข้อง การวิเคราะห์ผลกระทบของโรคซึมเศร้าจึงมีความซับซ้อน และเป็นระบบเชิงพลวัต (dynamic system)⁵ องค์การอนามัยโลกประเมินผลกระทบและภาระของโรคซึมเศร้าและโรคอื่นๆ ในปี 2562 พบว่า โรคซึมเศร้าก่อให้เกิดปีที่อยู่ร่วมกับความพิการ (year lived with disability: YLD) มากเป็นอันดับ 2 ที่ร้อยละ 5.6 รองจากการบาดเจ็บที่คอและหลัง (back and neck pain) และเป็นสาเหตุอันดับที่ 12 ที่นำไปสู่การสูญเสียปีสุขภาวะ (disability-adjusted life year: DALY)⁶ งานวิจัยก่อนหน้าศึกษาเหตุและผลของโรคซึมเศร้า พบโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการมีโรคร่วมทางจิตเวชและโรคร่วมทางกายอื่นๆ⁷⁻⁹ การทำร้ายตนเองและความคิดฆ่าตัวตาย¹⁰⁻¹³ มีผลผลิตภาพการทำงาน และผลการเรียนที่แย่งลง รวมถึงการออกจากสถานศึกษากลางคัน หรือการตกงาน¹⁴⁻²⁴ มีคุณภาพชีวิตที่แย่งลง²⁵⁻³² รวมไปถึงการส่งผ่านผลกระทบไปยังรุ่นต่อไป (intergenerational transmission) จากปัจจัยทางพันธุกรรม ปัญหาทางอารมณ์ และลักษณะ

การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของพ่อแม่ที่มีภาวะซึมเศร้า³³⁻⁴⁰

การตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันในแต่ละผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อแนวทางการรักษา ระยะเวลาการอยู่กับโรค การพยากรณ์โรค รวมถึงการกลับมาเป็นซ้ำในระยะข้างหน้า ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าบางรายตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้าเป็นอย่างดี (treatment-response depression) ในขณะที่บางรายมีภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant depression: TRD) กล่าวคือ เป็นภาวะที่ผู้ป่วยซึมเศร้าได้รับการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants) 2 ประเภทขึ้นไป และตอบสนองต่อแบบแผนการรักษาด้วยยาต้านเศร้าอย่างไม่เหมาะสม (inadequate response) 2 ครั้งขึ้นไป แม้จะได้รับปริมาณยาที่เหมาะสม และยาวนานเพียงพอต่อการรักษาแล้ว⁴¹⁻⁴⁴ อย่างไรก็ตาม ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ยังไม่มีคำนิยามและเกณฑ์เงื่อนไขพิจารณาที่เป็นมาตรฐานสากล และยังเป็นที่ยกกันในระดับนานาชาติ เกณฑ์การพิจารณาที่แตกต่างกันเป็นส่วนหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับความชุกที่แตกต่างกันในแต่ละบริบทการวิจัย นอกจากนี้ งานวิจัยก่อนหน้าซึ่งศึกษาความแตกต่างของผลกระทบของภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา เทียบกับภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา พบว่าภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ส่งผลกระทบต่อประสิทธิศึคย์ในการรักษาโรค⁴³ ภาวะทางเศรษฐกิจ⁴⁵⁻⁴⁸ รวมไปถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย⁴⁹⁻⁵¹ มากกว่าภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ สถิติเนื่องจากระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา ยาวนานกว่าความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ โดยงานวิจัยก่อนหน้าที่ทำการศึกษาตามรุ่น (cohort study) ในสหรัฐอเมริกา พบว่าค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (median duration of treatment-resistant depression) อยู่ที่ 891 วัน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ที่ 298 วัน⁴³ สอดคล้องไปกับงานวิจัยในเกาหลีใต้ที่พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา อยู่ที่ 623 วัน ในขณะที่ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา อยู่ที่ 21 วัน⁴⁴ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา มีโอกาสเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน มีโอกาสขาดงานและตกงาน มีความรุนแรงในอาการซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล รวมถึงมีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกาย คุณภาพการนอนหลับ และการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยซึมเศร้า

ที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา^{43-44,49-51} อย่างไรก็ตามก็ดี จากการทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์พบว่า ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related quality of life: HRQoL) ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 และพิจารณาความแตกต่างระหว่างคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาและผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ที่ผสมผสานระหว่างการศึกษาระยะย้อนหลัง (retrospective study) ในส่วนของการสืบค้นประวัติคนไข้จากเวชระเบียนเพื่อประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้า และการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ในส่วนของการสำรวจคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของอาสาสมัคร โดยการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการสำรวจภาวะทางเศรษฐกิจจากโรคซึมเศร้าที่สำคัญในประเทศไทย และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย COA no. 0312/2022 (IRB no. 999/64)

ประชากรเป้าหมายและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรเป้าหมาย (target population) ของการวิจัยนี้ คือ ผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่มารับการรักษาด้วยยาด้านเศร้าแบบผู้ป่วยนอก (outpatients with depression treated with antidepressants) ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่โครงการวิจัย (inclusion criteria) เป็นผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder: MDD, ICD-10: F32, F33) มาแล้วไม่น้อยกว่า 4 เดือน หรือ 16 สัปดาห์ ได้รับการรักษาโรคซึมเศร้าโดยยาด้านเศร้า (antidepressant) อย่างน้อย 1 ประเภท รวมถึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (consent form) และมีเกณฑ์การคัดออกจากโครงการวิจัย (exclusion criteria) เป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มี manic episode หรือมีโรคร่วมกับโรคจิตเภท (psychotic disorder) และโรคทาง

ระบบประสาทที่อาจจะส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (nonprobability sampling) ใช้วิธีการสุ่มแบบพิจารณา (purposive sampling or judgmental sampling) ตามดุลพินิจของคณะผู้วิจัย โดยเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ในช่วงระยะเวลาที่เก็บข้อมูล

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างจากค่าสัดส่วนโดยทราบจำนวนประชากรของ Wayne, W.D. (1995) อ้างอิงจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับการรักษา ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี 2563 เท่ากับ 6,029 คน มีค่าสัดส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาต่อจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าทั้งหมดเท่ากับร้อยละ 20 กำหนดค่าความผิดพลาด (d) ที่ 0.05 และค่าอัลฟา (α) ที่ 0.01 โดยบวกเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อป้องกันความเสี่ยงในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 517 คน มีการเก็บข้อมูลอาสาสมัครในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในโครงการวิจัยนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนหลัก ได้แก่ ส่วนที่ 1 คือ การสืบค้นเวชระเบียนของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าเกี่ยวกับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าและแบบแผนการรักษาด้วยยาด้านเศร้า และส่วนที่ 2 คือ แบบสอบถามโดยให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง (a self-administered survey) ประกอบไปด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศวิถี ช่วงอายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษาสูงสุด พฤติกรรมการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ รวมถึงประสบการณ์ความเจ็บป่วยจากโควิด-19

2. แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 ฉบับภาษาไทย (quality of life assessment: 36-item short form: SF-36) พัฒนาโดย The Medical Outcome Trust แปลเป็นภาษาไทยโดยวัชร เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต่ม ในปี 2543 มีจำนวนทั้งสิ้น 36 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท โดยแบ่งเป็น 8 มิติด้านคุณภาพชีวิต ได้แก่ ด้านร่างกาย (physical functioning) จำนวน 10 ข้อ, ด้านข้อจำกัดของร่างกาย (role limitations due to physical health) จำนวน 4 ข้อ, ด้านปัญหาอากรมณ์ (role

limitations due to emotional problems) จำนวน 3 ข้อ, ด้านพลังกำลัง (vitality/energy/fatigue) จำนวน 4 ข้อ, ด้านจิตใจ (mental health/emotional well-being) จำนวน 5 ข้อ, ด้านสังคม (social functioning) จำนวน 2 ข้อ, ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย (bodily pain) จำนวน 2 ข้อ และด้านสุขภาพทั่วไป (general health) จำนวน 6 ข้อ คำนำวนคะแนนแบบถ่วงน้ำหนักตามเกณฑ์จำเพาะ มีช่วงคะแนนอยู่ที่ 0 - 100 คะแนน ในแต่ละมิติของคุณภาพชีวิต ยิ่งค่าคะแนนสูง ยิ่งหมายถึงมีคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ดี คุณภาพแบบประเมิน SF-36 ฉบับภาษาไทย มีค่าความเที่ยง และค่าความตรงอยู่ในเกณฑ์ดี (convergent validity = 0.91, discriminant validity = 0.96, Cronbach's alpha coefficients = 0.63-0.77)

ตัวแปรสำคัญในการวิจัย

ภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา (treatment-resistant depression: TRD) เนื่องจากยังไม่มีคะแนนชัดในเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษา โครงการวิจัยนี้จึงอ้างถึงเกณฑ์การพิจารณาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากงานวิจัยต่างประเทศก่อนหน้า⁴³⁻⁴⁴ โดยผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่จะเข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา ก็ต่อเมื่อได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า (ICD-10: F32, F33) จากจิตแพทย์ ไม่น้อยกว่า 4 เดือน หรือ 16 สัปดาห์ ตามระบุในเวชระเบียนของผู้ป่วย (นับจากวันที่เข้าถึงและบันทึกข้อมูล) และได้รับการรักษาอาการซึมเศร้าด้วยยาต้านเศร้า (antidepressants) อย่างน้อย 2 ประเภทขึ้นไป ในช่วง 18 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลการวิจัย โดยการรักษาดังกล่าวด้วยยาต้านเศร้า 2 ประเภทแรก ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาเท่าที่ควร หรือตอบสนองต่อการรักษาอย่างไม่เหมาะสม (inadequate response) โดยการวิจัยนี้พิจารณาภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วยซึมเศร้าที่รักษาด้วยยา ในช่วง 18 เดือนก่อนการเก็บข้อมูลวิจัย โดยจิตแพทย์ผู้วิจัย หลังได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลแล้ว ทั้งนี้เพื่อให้การประเมินการตอบสนองต่อการรักษาโรคซึมเศร้ามีความน่าเชื่อถือและอยู่บนมาตรฐานเดียวกัน จึงมีการพิจารณาข้อมูลเวชระเบียนของอาสาสมัครทั้งหมดด้วยจิตแพทย์เพียง 1 ท่าน อย่างไรก็ตามการพิจารณาการตอบสนองต่อการรักษาภาวะซึมเศร้าจากการทบทวนเวชระเบียนยังมีข้อจำกัดเรื่องความน่าเชื่อถือของข้อมูลจากความครบถ้วนในการบันทึกข้อมูลของจิตแพทย์ผู้ทำการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครในรูปแบบจำนวนและร้อยละความถี่ สำหรับการเปรียบเทียบความแตกต่างในค่าคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักของคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$ และใช้โปรแกรม SPSS version 29.0 ในการวิเคราะห์สถิติ

ผลการศึกษา

จากการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 มีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ทั้งหมด 513 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 500 คน ที่เข้ากับเกณฑ์การคัดเข้าและไม่เข้ากับเกณฑ์การคัดออกของโครงการวิจัยนี้ คิดเป็นร้อยละ 97.5 ของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.4) มีช่วงอายุ 18 - 35 ปี (ร้อยละ 62.6) มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) น้อยกว่า 25 หรืออยู่ในเกณฑ์น้ำหนักน้อยถึงน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 55.4) มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.6) ไม่เคยติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน (ร้อยละ 82.4) ไม่ใช้สารเสพติด (ร้อยละ 97.6) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 98.0) หรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ (ร้อยละ 95.6) และมีผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าจำนวน 98 คน (ร้อยละ 19.6) เข้าเกณฑ์ดื้อต่อการรักษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 แสดงผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทั้ง 8 ด้าน ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่าในภาพรวมผู้ป่วยภาวะซึมเศร้ามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean = 25.0) ด้านสุขภาพทั่วไป (mean = 41.7) และด้านอารมณ์ (mean = 17.7) น้อยกว่ากึ่งกลางค่าคะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่าง 2 กลุ่ม พบว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตทุกด้านน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ทั้งนี้มี 6 ด้านคุณภาพชีวิตที่ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ดื้อต่อการรักษาน้อยกว่ากลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม หากพิจารณาจากค่าขนาดของผล (effect size) ของ Cohen's d โดยกลุ่มที่ 1 มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยถึงปานกลาง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า (N = 500)

ตัวแปร	Number (%)
เพศ	ชาย 98 (19.6)
	หญิง 357 (71.4)
	LGBTQA+ 45 (9.0)
ช่วงอายุ (ปี)	18 - 35 413 (62.6)
	36 - 65 176 (35.2)
	>65 11 (2.2)
BMI	<25 277 (55.4)
	25.0 - 29.9 133 (26.6)
	≥30.0 90 (18.0)
ระดับการศึกษาสูงสุด	ต่ำกว่าปริญญาตรี 93 (18.6)
	ปริญญาตรี 218 (43.6)
	สูงกว่าปริญญาตรี 69 (13.8)
	กำลังศึกษาอยู่ 120 (24.0)

BMI = Body Mass Index

(Cohen's $d = 0.1-0.5$) ได้แก่ ด้านข้อจำกัดทางร่างกาย (mean difference = -13.581, $t = -3.902$, 95%CI [LL,UL] = [-20.449, -6.714], Cohen's $d = -0.380$), ด้านสุขภาพทั่วไป (mean difference = -7.070, $t = -2.948$, 95%CI [LL,UL] = [-11.783, -2.358], Cohen's $d = -0.332$), ด้านอารมณ์ (mean difference = -14.358, $t = -5.338$, 95%CI [LL,UL] = [-19.654, -9.063], Cohen's $d = -0.432$) และกลุ่มที่ 2 มีค่าขนาดอิทธิพลมากถึงใหญ่มาก (Cohen's $d = 0.8-0.9$) ได้แก่ ด้านพลังกำลัง (mean difference = -13.479, $t = -7.619$, 95%CI [LL,UL] = [-16.955, -10.003], Cohen's $d = -0.858$), ด้านสังคม (mean difference = -20.514, $t = -7.946$, 95%CI [LL,UL] = [-25.610, -15.418], Cohen's $d = -0.801$) และด้านจิตใจ (mean difference = -13.855, $t = -8.929$, 95%CI [LL,UL] = [-16.918, -10.792], Cohen's $d = -0.907$)

จากการคำนวณอำนาจของการทดสอบทางสถิติ (Power of analysis) ย้อนกลับจากผลสถิติ Independent t-test ของทั้ง 2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกันและมีขนาดตัวอย่างในกลุ่มย่อย

ตัวแปร	Number (%)
ประสบการณ์ติด COVID-19	ไม่เคย 412 (82.4)
	เคย 88 (17.6)
การใช้สารเสพติดเป็นประจำ	ไม่ใช้ 488 (97.6)
	ใช้ 12 (2.4)
การดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	ไม่ดื่ม 490 (98.0)
	ดื่ม 10 (2.0)
การสูบบุหรี่เป็นประจำ	ไม่สูบ 478 (95.6)
	สูบ 22 (4.4)
ภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา	ใช่ 98 (19.6)
	ไม่ใช้ 402 (80.4)

แตกต่างกัน พบว่าโดยส่วนใหญ่มีอำนาจของการทดสอบทางสถิติมากกว่า 0.80 เมื่อกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 ที่ 0.05 ซึ่งให้เห็นว่ามีอำนาจการทดสอบทางสถิติในระดับสูง หรืออีกนัยยะหนึ่ง คือมีโอกาสเกิดความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 2 อยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นผลสถิติ Independent t-test ของคุณภาพชีวิตในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายที่มีอำนาจทดสอบทางสถิติน้อยกว่า 0.80 ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รักษาด้วยยาจำนวน 500 คน ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 โดยใช้แบบประเมิน SF-36 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในด้านเกี่ยวกับอารมณ์ (role limitations due to emotional problems) ข้อจำกัดทางด้านร่างกาย (role limitations due to physical health) และด้านสุขภาพทั่วไป (general health) น้อยกว่าค่ากึ่งกลาง

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในมิติต่างๆ ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ด้วยสถิติ Independent t-test (N = 500)

ตัวแปร	Mean (S.D.)			t	P	Mean difference	S.E.	95% CI		Cohen's d	Power analysis
	All (N = 500)	TRD (n = 98)	Non-TRD (n = 402)					Lower	Upper		
ด้านร่างกาย	73.9 (21.3)	70.8 (19.5)	74.7 (21.7)	-1.624	0.105	-3.899	2.401	-8.617	0.819	-0.183	0.407
ด้านข้อจำกัดทางร่างกาย	25.0 (36.1)	14.0 (29.2)	27.6 (37.1)	-3.902	<0.001*	-13.581	3.480	-20.449	-6.714	-0.380	0.973
ด้านความเจ็บปวดของร่างกาย	52.7 (24.8)	49.5 (24.4)	53.5 (24.9)	-1.425	0.155	-3.980	2.793	-9.468	1.508	-0.161	0.712
ด้านสุขภาพทั่วไป	41.7 (21.5)	36.0 (19.6)	43.0 (21.7)	-2.948	0.003*	-7.070	2.398	-11.783	-2.358	-0.332	0.869
ด้านพลังกำลัง	51.0 (16.6)	40.2 (14.1)	53.6 (16.1)	-7.619	<0.001*	-13.479	1.769	-16.955	-10.003	-0.858	1.000
ด้านสังคม	51.8 (26.8)	35.3 (22.0)	55.8 (26.4)	-7.946	<0.001*	-20.514	2.582	-25.610	-15.418	-0.801	1.000
ด้านอารมณ์	17.7 (33.7)	6.1 (19.9)	20.5 (35.7)	-5.338	<0.001*	-14.358	2.690	-19.654	-9.063	-0.432	1.000
ด้านจิตใจ	56.2 (16.2)	45.0 (13.3)	58.9 (15.7)	-8.929	<0.001*	-13.855	1.552	-16.918	-10.792	-0.907	1.000

หมายเหตุ: S.D. = Standard Deviation, CI = Confidence Interval, S.E. = Standard Error, Cohen's d คำนวณจาก pooled standard deviation แสดง Effect sizes, *แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ $P < 0.05$

คะแนนเต็ม 50 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วย ซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาและกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาในทุกๆ ด้าน สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตแย่กว่าผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{50-56,62-63}

หากพิจารณาในรายมิติคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (HRQoL) พบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่แบบประเมินเดียวกันในการวัดคุณภาพชีวิตระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในประเทศจีน โดยพบว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกายของกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาย่ำแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁵³ เนื่องจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีคุณภาพการนอนหลับและการเกิดโรคกายเหตุจิต (somatization) ที่แย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสองปัจจัยข้างต้นนี้มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายในการศึกษาก่อนหน้านี้ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบันไม่ได้ประเมินคุณภาพการนอนหลับและการเกิดโรคกายเหตุจิต จึงไม่อาจนำไปสู่ข้อสรุปได้ว่า ความไม่แตกต่างกันของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดของร่างกายมาจากความไม่แตกต่างกันในด้านคุณภาพการนอนและการเกิดโรคกายเหตุจิตระหว่าง 2 กลุ่มได้

อภิปรายจากความรุนแรงของอาการโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความเจ็บปวดร่างกายที่มากขึ้น⁵⁷ โดยการศึกษาก่อนหน้านี้พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกาย มักพบว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีอาการของโรคซึมเศร้ารุนแรงกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาในช่วงขณะเก็บข้อมูล อย่างไรก็ตามเนื่องจากโครงการวิจัยนี้ไม่มีการประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าแบบให้ผู้ป่วยตอบเอง (self-administered questionnaire) ในขณะที่เก็บข้อมูลการวิจัย จึงไม่อาจสรุปได้ว่าความไม่แตกต่างในค่าคะแนนคุณภาพชีวิต

ด้านร่างกายและด้านความเจ็บปวดร่างกายระหว่าง 2 กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้ามาจากความรุนแรงของอาการซึมเศร้าที่ไม่แตกต่างกันในขณะที่เก็บข้อมูลได้

กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านข้อจำกัดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป อารมณ์ พละกำลัง สังคม และจิตใจแย่กว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศ^{53,55-56,58-59} เนื่องด้วยกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีระยะเวลาในการอยู่กับอาการของโรคซึมเศร้ายาวนานกว่ากลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา⁴³⁻⁴⁴ การศึกษาก่อนหน้านี้ในสหรัฐอเมริกา พบค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษา (891 วัน) มากกว่าเกือบ 3 เท่า เมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานของระยะเวลาในการเจ็บป่วยจากภาวะซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า (298 วัน)⁴³ ระยะเวลาการอยู่กับโรคซึมเศร้าที่นานขึ้นส่งผลต่อความรุนแรงของอาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล และการเกิดโรคกายเหตุจิตที่มากขึ้น คุณภาพการนอนหลับแยลง มีปัญหาในการเคลื่อนไหวร่างกายและการดูแลตัวเองมากขึ้น ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง มีโอกาสถูกเลิกจ้างมากขึ้น มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือมีความคิดฆ่าตัวตายมากขึ้น เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านเศร้า นอกจากนี้จากการติดตามผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาเป็นระยะเวลา 24 เดือน พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษาไม่ได้ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับวันแรกที่เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า⁶¹

จุดแข็งของการวิจัยนี้ คือ เป็นการศึกษาเรื่องภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อการรักษามีกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ และกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์เป็นโรคซึมเศร้า อย่างไรก็ตามการวิจัยนี้มีหลายข้อจำกัดทางการศึกษา ประการแรก เป็นการเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลตติยภูมิเพียงแห่งเดียว จึงไม่สามารถนำไปสู่การวางนัยทั่วไปได้ ประการที่สอง การวิจัยนี้มีรูปแบบการวิจัยที่ผสมผสานระหว่างการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางกับการวิจัยย้อนหลัง ทำให้ขาดโอกาสติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยในระยะข้างหน้า ประการที่สาม การวิจัยนี้ไม่ได้มีการประเมินความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในปัจจุบันด้วยแบบสอบถามประเมินตนเองในขณะที่เก็บข้อมูลวิจัย ประการที่สี่ การวิจัยนี้ใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โครงการวิจัยแบบไม่อาศัยความน่าจะเป็น (non-probability sampling) โดยเลือกเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

ทุกรายที่เข้าเกณฑ์การคัดเข้า ไม่เข้าเกณฑ์การคัดออก และสมัครใจ เข้าร่วมโครงการวิจัยในช่วงเก็บข้อมูลแทน ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดความลำเอียงในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง (selection bias) เพราะไม่มีกระบวนการสุ่มตัวอย่าง (randomization) ได้ และประการสุดท้าย แม้การวิจัยนี้ประเมินภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลังจากจิตแพทย์ 1 ท่าน เพื่อเป็นมาตรฐานเดียวกันในการวินิจฉัย แต่การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาจากการทบทวนเวชระเบียนย้อนหลัง อาจก่อให้เกิดอคติของข้อมูล (information bias) จากการบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วนและการวินิจฉัยโรคของจิตแพทย์หลายท่าน ในโรงพยาบาลได้ และอาจส่งผลต่อความน่าเชื่อถือของข้อมูลได้จากข้อจำกัดที่กล่าวมาข้างต้น การศึกษาภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาในระยะข้างหน้าควรเพิ่มเติมเป็นการศึกษาแบบตามแผนไปข้างหน้า (prospective cohort study) เพื่อเข้าใจพลวัตที่ต่อเนื่องของภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษามากขึ้น

สรุป

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาที่ผสมผสานระหว่างแบบภาคตัดขวางและแบบย้อนหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาและผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษา จำนวนทั้งสิ้น 500 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม - กรกฎาคม 2565 โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ short-form 36 (SF-36) ผลการศึกษายืนยันว่าคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาแยกจากผู้ป่วยซึมเศร้าที่ตอบสนองต่อการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านข้อจำกัดของร่างกาย สุขภาพทั่วไป อารมณ์ พละกำลัง สังคม และจิตใจ ในขณะที่คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในด้านร่างกายและความเจ็บปวดของร่างกายไม่แตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ดังนั้นแล้วการรักษาทางคลินิกและการเข้าใจเท่าทันภาวะซึมเศร้าที่ติดต่อกับการรักษาจะช่วยส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยซึมเศร้าในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากบริษัท แจนเซน-ซีแลก จำกัด คณะผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่พยาบาล ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

คณะผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิตดา ประสาทพรศิริโชค ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ณัทร พิทยรัตน์เสถียร ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ณภัทร ศิรินิมมลกุล เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ชฎานิษฐ์ พูลวรลักษณ์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ธนาภรณ์ ออมทวีทรัพย์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ศศิธร พลสิทธิ์ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ
นิมมาวดี หิรัญวัฒน์นะ เก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ
ธีรยุทธ รุ่งนรินทร์ ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Lotrakul M, Sukanich P. Ramathibodi essential psychiatry. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. Sooksompong S, Kwansanit P, Supanya S, Chutha W, Kittirattanapaiboon P, Udomittipong D, et al. The Thai national mental health survey 2013: prevalence of mental disorders in megacities: Bangkok. J Psychiatr Assoc Thailand 2016;61:75-88.
4. Kongsuk T, Supanya S, Kenbubpha K, Phimtra S, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Services for depression and suicide in Thailand. WHO South East Asia J Public Health 2017;6:34-8.
5. Cramer AO, van Borkulo CD, Giltay EJ, van der Maas HL, Kendler KS, Scheffer M, et al. Major depression as a complex dynamic system. PLoS One 2016;11:e0167490.
6. World Health Organization. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2019. Geneva: World Health Organization; 2020.
7. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: a literature review. Arch Intern Med 2003;163:2433-45.
8. Tiller JW. Depression and anxiety. Med J Aust 2013;199: S28-S31.

40. Evans J, Melotti R, Heron J, Ramchandani P, Wiles N, Murray L, et al. The timing of maternal depressive symptoms and child cognitive development: a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53:632-40.
41. Fife D, Feng Y, Wang MY, Chang CJ, Liu CY, Juang HT, et al. Epidemiology of pharmaceutically treated depression and treatment resistant depression in Taiwan. *Psychiatry Res* 2017;252:277-83.
42. Ng CH, Kato T, Han C, Wang G, Trivedi M, Ramesh V, et al. Definition of treatment-resistant depression - Asia Pacific perspectives. *J Affect Disord* 2019;245:626-36.
43. Kubitz N, Mehra M, Potluri RC, Garg N, Cossrow N. Characterization of treatment resistant depression episodes in a cohort of patients from a US commercial claims database. *PLoS One* 2013;8: e76882.
44. Kim N, Cho SJ, Kim H, Kim SH, Lee HJ, Park CHK, et al. Epidemiology of pharmaceutically treated depression and treatment resistant depression in South Korea. *PLoS One* 2019;14:e0221552.
45. Amos TB, Tandon N, Lefebvre P, Pilon D, Kamstra RL, Pivneva I, et al. Direct and indirect cost burden and change of employment status in treatment-resistant depression: a matched-cohort study using a US commercial claims database. *J Clin Psychiatry* 2018;79:17m11725.
46. Gibson TB, Jing Y, Smith Carls G, Kim E, Bagalman JE, Burton WN, et al. Cost burden of treatment resistance in patients with depression. *Am J Manag Care* 2010;16:370-7.
47. Ivanova JI, Birnbaum HG, Kidolezi Y, Subramanian G, Khan SA, Stensland MD. Direct and indirect costs of employees with treatment-resistant and non-treatment-resistant major depressive disorder. *Curr Med Res Opin* 2010;26:2475-84.
48. Mrazek DA, Hornberger JC, Altar CA, Degtiar I. A review of the clinical, economic, and societal burden of treatment-resistant depression: 1996-2013. *Psychiatr Serv* 2014;65:977-87.
49. Rathod S, Deneer T, Eva J, Kerr C, Jacobsen N, Desai M, et al. Health-related quality of life burden associated with treatment-resistant depression in UK patients: quantitative results from a mixed-methods non-interventional study. *J Affect Disord* 2022;300:551-62.
50. Corral R, Alessandria H, Agudelo Baena LM, Ferro E, Duque X, Quarantini L, et al. Suicidality and quality of life in treatment-resistant depression patients in Latin America: secondary interim analysis of the TRAL study. *Front Psychiatry* 2022;13: 812938.
51. Johnston KM, Powell LC, Anderson IM, Szabo S, Cline S. The burden of treatment-resistant depression: a systematic review of the economic and quality of life literature. *J Affect Disord* 2019;242:195-210.
52. Jaffe DH, Rive B, Deneer TR. The humanistic and economic burden of treatment-resistant depression in Europe: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2019;19: 247.
53. Qiao J, Qian LJ, Zhao HF, Gong GH, Geng DQ. The relationship between quality of life and clinical phenotype in patients with treatment resistant and non-treatment resistant depression. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2017;21:2432-6.
54. Woo JM, Jeon HJ, Noh E, Kim HJ, Lee SW, Lee KK, et al. Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014;12: 188.
55. Cao Y, Li W, Shen J, Malison RT, Zhang Y, Luo X. Health-related quality of life and symptom severity in Chinese patients with major depressive disorder. *Asia Pac Psychiatry* 2013;5:276-83.
56. Dennehy EB, Marangell LB, Martinez J, Balasubramani GK, Wisniewski SR. Clinical and functional outcomes of patients who experience partial response to Citalopram: secondary analysis of STAR*D. *J Psychiatr Pract* 2014;20:178-87.
57. Bair MJ, Robinson RL, Eckert GJ, Stang PE, Croghan TW, Kroenke K. Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosom Med* 2004;66:17-22.
58. Bewernick BH, Kayser S, Sturm V, Schlaepfer TE. Long-term effects of nucleus accumbens deep brain stimulation in treatment-resistant depression: evidence for sustained efficacy. *Neuropsychopharmacology* 2012;37:1975-85.
59. Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H, Stengler-Wenzke K. Depression and quality of life: results of a follow-up study. *Int J Soc Psychiatry* 2002;48:189-99.
60. Cho Y, Lee JK, Kim DH, Park JH, Choi M, Kim HJ, et al. Factors associated with quality of life in patients with depression: a nationwide population-based study. *PLoS One* 2019;14:e0219455.
61. Dunner DL, Rush AJ, Russell JM, Burke M, Woodard S, Wingard P, et al. Prospective, long-term, multicenter study of the naturalistic outcomes of patients with treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry* 2006;67:688-95.
62. Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulou K, Donaldson C, Papadopoulou A, Cleare AJ. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. *J Affect Disord* 2009;116:4-11.
63. Rathod S, Deneer T, Eva J, Kerr C, Jacobsen N, Desai M, et al. Health-related quality of life burden associated with treatment-resistant depression in UK patients: quantitative results from a mixed-methods non-interventional study. *J Affect Disord* 2022;300:551-62.

การทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันต่อการลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า

ประภาส อุครานันท์*, กมลทิพย์ สงวนรัมย์*, สุพัตรา สุขาวท*, สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ*, สุมณฑา เกษมวิลาศ**, สุปราณี พิมพ์ตรา*, เกษราภรณ์ เคนบุปผา***, ณัฏฐร พิทยรัตน์เสถียร****

*โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

**วิทยาลัยการคอมพิวเตอร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ศรีรพสิทธิประสงค์

****คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้มีภาวะซึมเศร้า

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดี่ยว (one group pre-posttest design) โดยนำโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face มาปรับรูปแบบให้เป็นสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันใช้ชื่อว่า แอปพลิเคชัน “Mind Alert” ประกอบด้วยกิจกรรมการบำบัดที่มีการพบผู้บำบัดแบบ face-to-face และทำกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชันรวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง รวมระยะเวลาการบำบัด 2 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับต่ำและปานกลางจากการประเมินด้วยแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุง มีอายุระหว่าง 18 - 35 ปี จำนวน 17 คน โดยประเมินอาการซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุง ผู้บำบัดคือพยาบาลจิตเวช 5 คน และนักสังคมสงเคราะห์ 2 คน ที่ผ่านการอบรมโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Wilcoxon-signed rank test

ผลการศึกษา ผลการทดสอบประสิทธิผลของแอปพลิเคชัน Mind Alert โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร่าลดลงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันในระดับสูง เนื่องจากเป็นแอปพลิเคชันที่ช่วยให้สามารถวางแผนและกระตุ้นการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขอย่างต่อเนื่องจนส่งผลให้อาการซึมเศร่าลดลง

สรุป โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน ช่วยให้ผู้มีภาวะซึมเศร่ามีอาการลดลงได้ สามารถนำไปใช้ในการบำบัดผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ผู้บำบัดต้องผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม

คำสำคัญ การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ภาวะซึมเศร้า สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน

Preliminary Efficacy of Behavioral Activation Smartphone Application for Reducing Depressive Symptoms in Depression

Prapat Ukranan*, Kamonthip Saganrum*, Supattra Sukhawaha*, Supaporn Thongbenjamas*, Sumonta Kasemvilas**,
Supraanee Phimtra*, Kedsaraporn Kenbubpha***, Nuttom Pityaratstian****

*Prasrimahabodi Psychiatric Hospital

**College of Computing, Khon Kaen University

***Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

****Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to determine the preliminary efficacy of a behavioral activation smartphone application in reducing depressive symptoms among individuals with depression.

Methods: This study employed a one-group pre-posttest design. The behavioral activation smartphone application was adapted from a face-to-face behavioral activation program and was named "Mind Alert." Participants engaged in six sessions with a therapist and utilized the smartphone application continuously for two months. The study included seventeen individuals between the ages of 18 and 35, who were experiencing mild to moderate depressive symptoms as assessed by a nine-item questionnaire. Depression scores were evaluated using the nine-item questionnaire before and after the intervention to measure the outcomes. The team of therapists consisted of seven members, including five psychiatric nurses and two social workers, who were trained in the program and had previous experience working in a hospital setting. Data analysis was conducted using the Wilcoxon signed-rank test.

Results: The preliminary efficacy findings of the behavioral activation smartphone application revealed that the depression scores of participants significantly decreased from pre-intervention to post-intervention ($p < .05$). Participants expressed high satisfaction with the Mind Alert application, stating that it helped them plan and engage in behavior that brought happiness and ultimately reduced their depressive symptoms.

Conclusion: The results suggest that the behavioral activation smartphone application can contribute to reducing depressive symptoms among individuals with depression, particularly those with mild to moderate symptoms. However, it is crucial for therapists to receive training and gain experience in using the Mind Alert application before providing it as a therapeutic tool for individuals with depression.

Keywords: behavioral activation therapy, depression, smartphone application

Corresponding Author: Supattra Sukhawaha

E-mail: s_sukawa@yahoo.com

Received 27 March 2023 Revised 22 May 2023 Accepted 24 May 2023

บทนำ

โรคซึมเศร้าเป็นหนึ่งในโรคทางจิตเวชที่มีผลกระทบต่อประชากรโลกและประชากรไทยสูง เมื่อเป็นโรคซึมเศร้าแล้วมักจะส่งผลต่อการปฏิบัติบทบาทหน้าที่ สุขภาวะ คุณภาพชีวิต การเกิดโรคร่วมทางกายและการตายก่อนวัยอันควร¹ จากการสำรวจทางระบาดวิทยาาระหว่างประเทศ 18 ประเทศ กระจายตามทุกภูมิภาคทั่วโลก พบว่าความชุกใน 1 ปี (the 12-month prevalence) ของโรคซึมเศร้า 5.5% ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) 14.6% ในประเทศที่อยู่ในกลุ่มรายได้สูง ส่วนในกลุ่มประเทศที่รายได้ต่ำ ความชุกใน 1 ปี 5.9% ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) 11.1% โดยมีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้าคือ การเกิดเหตุการณ์ที่นำมาสู่ความเครียดในวัยรุ่น การหย่าร้างแยกทางกับคู่ การไม่มีรายได้ไม่มีงานทำ² อาการที่เด่นชัดของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคือมีอาการเศร้าเกือบตลอดทั้งวัน เบื่อหน่าย หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยทำแล้วสนุกเพลิดเพลิน ร่วมกับบางคนอาจมีอาการเบื่ออาหารหรือกินมากขึ้น นอนไม่หลับหรือนอนมากตลอดทั้งวัน ไม่อยากทำอะไรแม้กระทั่งการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน จึงมีผลกระทบต่อการทำงานที่ทางสังคมทั้งการเรียน การทำงาน และการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นในสังคม เมื่อไม่สามารถทำหน้าที่ได้จึงทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีอาการเศร้า รู้สึกแยกตัวตนเอง รู้สึกไร้ค่ามากขึ้น นำมาซึ่งอาการซึมเศร้าที่รุนแรงมากขึ้นไปอีก เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่เกิดโทษกับผู้ป่วย ที่รุนแรงที่สุดคือการทำร้ายตนเองและฆ่าตัวตาย เป็นวงจรของโรคซึมเศร้าที่นำมาซึ่งความสูญเสียต่อผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการตรวจจรรยาของโรคซึมเศร้าในช่วงที่มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เป็นสิ่งที่มีความจำเป็นก่อนที่อาการจะรุนแรง ซึ่งในปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อช่วยตัดวงจรความสูญเสียอันเนื่องมาจากโรคซึมเศร้านี้ นั่นคือการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม (Behavioral Activation) หรือ BA สำหรับผู้ป่วยซึมเศร้า ซึ่งพัฒนาโดย ลีวินสัน (Lewinsohn)³ จากแนวคิดที่ว่าผู้ป่วยซึมเศ้ามักแยกตัวตัวเอง ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ แม้แต่กิจกรรมที่เคยทำแล้วมีความสุข แยกตัวหลีกเลี่ยงสิ่งสังคม ซึ่งยิ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ซึมเศร้ามากขึ้น การกระตุ้นให้ทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความสุขจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ได้เข้าสังคมเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่า เกิดความสุขมากขึ้นมีผลให้อาการซึมเศร้าลดลง ซึ่งมีการศึกษา meta-analyses จากการวิจัย 34 เรื่องที่ศึกษาในผู้ป่วยซึมเศร้ารวม 2,055 คน พบว่า BA ให้ผลในการบำบัด

ระยะยาว 24 เดือน เท่ากับการบำบัดด้วย Cognitive Behavioral Therapy⁴ นอกจากนี้ยังมีการ meta-analysis ในงานวิจัย 30 เรื่อง ในผู้ป่วยซึมเศร้ารวม 283 คน ถึงประสิทธิภาพของ BA เปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติซึ่งมีการรักษาด้วยยาด้วย โดยศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชี่ยวชาญของผู้บำบัด จำนวนครั้งของการบำบัด การมีโรคร่วม และความรุนแรงของโรค พบว่าการบำบัดแบบ BA ให้ผลการทดสอบในระดับดีกว่าการบริการตามปกติ และได้ผลในผู้มีอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง⁵ และที่น่าสนใจอีกประการของการบำบัดนี้คือการพัฒนาการบำบัดในรูปแบบสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน เพื่อให้สอดคล้องกับยุคสมัยที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีซึ่งมีการศึกษาผลการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน จำนวน 8 สัปดาห์ ร่วมกับการพบผู้บำบัด ครั้งละ 20 นาทีต่อสัปดาห์ เปรียบเทียบกับการบำบัดด้วยตัวเองผ่านการให้ความรู้และฝึกเจริญสติผ่านทางแอปพลิเคชัน (mindfulness-based guided self-help treatment) พบว่าการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน มีประสิทธิภาพมากกว่าการฝึกเจริญสติโดยใช้แอปพลิเคชันในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนป่วยและหลัง follow up 6 เดือน⁶ และมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันร่วมกับพบผู้บำบัดแบบ face-to-face สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 10 สัปดาห์ เปรียบเทียบกับการบำบัดแบบปกติ พบว่าสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ดีกว่าการให้บริการระบบปกติ โดยผู้บำบัดสามารถลดระยะเวลาการบำบัดลง และพบว่าผู้ใช้แอปพลิเคชันเห็นว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยเหลือตัวเองในการจัดการภาวะซึมเศร้า เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีกว่า เป็นแรงจูงใจในการจัดการชีวิตในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เชื่อมโยงกับการทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้เกิดการตระหนักรู้ เห็นภาพที่ชัดของการรักษาว่าเปลี่ยนไปในทางที่ดีอย่างไร ไม่ใช่เวลานานเกินไป จึงเป็นการเปลี่ยนพฤติกรรมนำมาสู่สิ่งที่ดีขึ้น ช่วยให้จัดการชีวิตแต่ละขั้นตอนนี้ทิศทางที่ชัดเจน⁷

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้าได้ แต่ในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า สำหรับใช้ในพื้นที่ให้บริการของ

โรงพยาบาล โดยจัดทำเป็นโครงการการวิจัยที่ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) โดยใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนาแบ่งเป็น 2 ระยะเวลาที่ 1 การพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face มีการพบผู้บำบัด ณ สถานบริการ จำนวน 8 ครั้ง ซึ่งมีการทดสอบประสิทธิผลการบำบัด ได้ทำการทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face ในผู้มีภาวะซึมเศร้าอายุ 18 - 35 ปี จำนวน 13 คน พบว่าการบำบัดได้ผลในการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ จึงได้ดำเนินการระยะที่ 2 ซึ่งเป็นการศึกษาครั้งนี้โดยพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมในรูปแบบสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน ชื่อว่าแอปพลิเคชัน “Mind Alert” ผ่านโทรศัพท์หรือแท็บเล็ตในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ (android) ซึ่งคนส่วนใหญ่เข้าถึงได้สะดวก ให้เป็นเครื่องมือช่วยในการวางแผนและทำกิจกรรมเพื่อลดอาการซึมเศร้า อาจจะช่วยให้อาการซึมเศร้ามีอาการลดลงจนหายทุเลา และลดผลกระทบที่ตามมาจากภาวะซึมเศร้าได้ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีหน่วยงานใดของกรมสุขภาพจิตที่พัฒนาแอปพลิเคชัน เพื่อบำบัดรักษาซึมเศร้าโดยใช้แนวคิดการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตคนไทย ดังนั้นโปรแกรมบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันที่พัฒนาในครั้งนี้ อาจเป็นทางเลือกสำหรับทีมสหวิชาชีพในการใช้เป็นเครื่องมือบำบัดผู้มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบความเป็นไปได้และประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันในผู้มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้ผู้บำบัดและสมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน ซึ่งเป็นการวิจัยและพัฒนา โดยในขั้นตอนการศึกษานี้เป็นระยะที่ 2 ของการวิจัย ใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลองแบบกลุ่มเดียว มีการประเมินก่อน - หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) เป็นการนำแอปพลิเคชัน Mind Alert มาทำการทดสอบประสิทธิผลของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า โดยประเมินผลจากความ

แตกต่างของอาการซึมเศร่าก่อนและหลังการบำบัด และการประเมินพฤติกรรมของผู้มีภาวะซึมเศร่าหลังรับการบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือผู้มีภาวะซึมเศร้าอายุ 18 - 35 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งมีความถนัดคล่องแคล่วในการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน และพบว่าในกลุ่มผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เป็นกลุ่มอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นจำนวนมาก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการศึกษาเชิงทดลอง 1 กลุ่ม จากโปรแกรม G*power โดยใช้ค่าสถิติความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการซึมเศร้าจากการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face ในระยะที่ 1⁸ ด้วยสูตร Cohen's effect size ค่า effect size ที่ระดับ 0.8 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (z=1.96 : 2 side test) และอำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 (Z=0.842)

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 15 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อชดเชยการขาดหายของกลุ่มตัวอย่างจากการถอนตัวหรือมาเข้าร่วมกลุ่มโปรแกรมไม่ครบ เป็นจำนวนทั้งหมด 17 คน

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เพศชายหรือหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุ 18 - 35 ปี คัดเลือกจากผู้มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และคัดเลือกจากโรงเรียนและมหาวิทยาลัยในพื้นที่ใกล้เคียง
2. เป็นผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยเครื่องมือประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถามฉบับปรับปรุง 9Q revision คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป
3. ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟนในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์
4. สม่ครใจเข้าร่วมการวิจัย
5. สามารถเข้าร่วมการบำบัดได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นโรคจิต ใช้สารเสพติด หรือเป็นโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้วหรือมีความคิดอยากตายระดับรุนแรง หรืออยู่ในระหว่างการรับประทานยาต้านโรคจิตหรือยาทางกาย ที่มีผลต่ออาการซึมเศร้า เช่น ยาเบาหวาน ยารักษาไวรัสตับอักเสบบ
2. อยู่ในระหว่างการบำบัดทางสังคมจิตใจแบบอื่น เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม เป็นต้น

เกณฑ์ให้ยุติจากการวิจัย (termination criteria)

1. ไม่สามารถทำกิจกรรมในการทดสอบต่อเนื่อง 2 ครั้งขึ้นไป
2. ระหว่างการบำบัด กลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้ารุนแรงและมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง
3. กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยโดยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน ประกอบด้วย

1. การลดลงของอาการซึมเศร้า โดยวัดคะแนนอาการซึมเศร้าจากแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ภาษากลางฉบับปรับปรุง (9Q revision) เป็นเครื่องมือประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า 9 คำถาม พัฒนาและทดสอบคุณสมบัติโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ⁹ ความตรงตามเกณฑ์มาตรฐานเทียบกับแบบประเมิน Hamilton rating scale for depression มีค่าความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ดี ค่า Pearson's product-moment correlation = 0.719 (95% CI: 0.69 to 0.746) ค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 to 0.943) ระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ช่วงค่าคะแนน 7 - 12 เป็นระดับเล็กน้อย มีค่าความไวร้อยละ 86.2 ความจำเพาะร้อยละ 83.1 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้า (positive likelihood ratio) เป็น 5.1 เท่า ช่วงค่าคะแนน 13 - 17 เป็นระดับปานกลาง มีค่าความไวร้อยละ 83.3 ความจำเพาะร้อยละ 93.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 12.2 เท่า ช่วงค่าคะแนน 18 ขึ้นไป เป็นระดับรุนแรง มีค่าความไวร้อยละ 80.0 ความจำเพาะร้อยละ 95.2 ค่าทำนายผลทดสอบที่เป็นบวกโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าเป็น 16.6 เท่า แบบประเมินนี้ใช้เป็นเครื่องมือหลักในการประเมินผลลัพธ์การวิจัยก่อนและหลังสิ้นสุดการบำบัดตามโปรแกรม

2. การประเมินความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเขียนแสดงความคิดเห็นตามแบบสอบถามความคิดเห็นหลังสิ้นสุดการบำบัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 10 ข้อ ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความรู้สึก ข้อเสนอแนะในการใช้แอปพลิเคชัน

คุณสมบัติของผู้บำบัด

1. เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามากกว่า 3 ปี

2. เป็นนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า
3. ผ่านการอบรมและฝึกประสบการณ์ในการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมผู้มีภาวะซึมเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน Mind Alert เป็นแอปพลิเคชันในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ พัฒนามาจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face ที่มีกิจกรรมการบำบัด 9 ครั้ง จาก session 0 - 9 ซึ่งมีผลการทดสอบประสิทธิผลเบื้องต้นว่าได้ผลในการลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้า⁸ ได้มีการประชุมนักวิจัยร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมและผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแอปพลิเคชันในการพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมที่สามารถดาวน์โหลดได้ใน Play store แต่ผู้ใช้ต้องได้รับ username password จากผู้ดูแลระบบ (admin) ที่เป็นผู้บำบัด โปรแกรมการบำบัดมีกิจกรรมที่กระตุ้นให้ผู้รับการบำบัดทำผ่านตัวการ์ตูนในแอปพลิเคชัน ชื่อว่าน้อง BB มีกิจกรรม 6 ครั้ง (6 level) แต่แต่ละครั้งจะมีกิจกรรมให้ทำแตกต่างกันออกไป โดยหลักในแอปพลิเคชันจะมีเมนูให้เลือกกิจกรรมที่ต้องการทำตามระดับความง่าย และประเภทของกิจกรรม โดยสามารถเลือกกิจกรรมเพื่อวางแผนทำในแต่ละสัปดาห์ว่าจะทำกิจกรรมนั้นวันไหน เวลาใด เมื่อถึงเวลาแอปพลิเคชันจะมีการแจ้งเตือนด้วยเสียงและข้อความ ปรากฏในหน้าจอว่าอย่าลืมทำกิจกรรม... (ชื่อกิจกรรมตามที่เลือกไว้) มีการให้รางวัลตัวเองเมื่อทำได้ตามแผนที่วางไว้ และถ่ายภาพลงในแอปพลิเคชันเพื่อโชว์รางวัล รวมทั้งสามารถแสดงคะแนนเฉลี่ยระดับอารมณ์หลังทำกิจกรรมได้ ทั้งนี้ตลอดกระบวนการบำบัด 6 ครั้ง ผู้รับการบำบัดจะได้พบกับผู้บำบัดแบบ face-to-face ที่หน่วยบริการ 3 ครั้ง คือครั้งที่ 1, 2 และ 6 พบผู้บำบัดผ่านวิดีโอคอล 1 ครั้ง คือครั้งที่ 4 ที่เหลือจะเป็นการทำกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน คือครั้งที่ 3 และ 5 ดังแสดงในตารางที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินประสิทธิผลของการบำบัด โดยประเมิน 3 ประเด็นต่อไปนี้

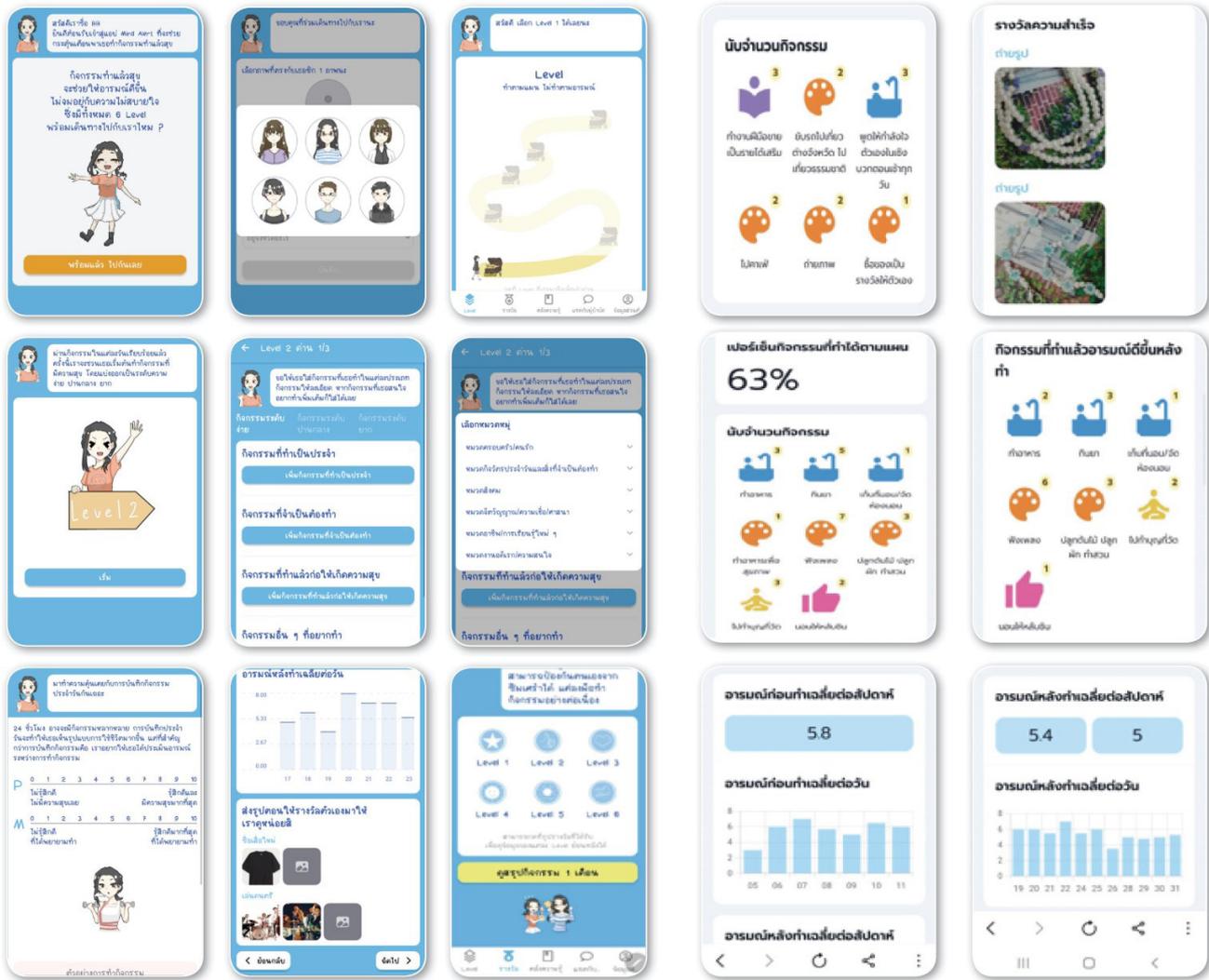
1. ประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้า จากคะแนนอาการซึมเศร้าที่ลดลงหลังการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมและประเมินความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของคะแนน

ตารางที่ 1 แสดงโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน Mind Alert

ครั้งที่ (level)	ระยะเวลา	กิจกรรมสำคัญ
1 พบผู้บำบัด face-to-face ที่หน่วยบริการ		ผู้บำบัดสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้รับการบำบัดได้เล่าระบายปัญหาความต้องการ และสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า อธิบายที่มา วัตถุประสงค์ของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม ขั้นตอนของการบำบัด และสอนผู้รับการบำบัดให้เรียนรู้การใช้แอปพลิเคชันที่ละขั้นตอน เรียนรู้วงจรความเศร้า ผลกระทบ วงจรทางบวกของการทำกิจกรรมอารมณ์สุข 2 แบบ ประเภทของกิจกรรม และการบันทึกกิจกรรมที่ทำในแต่ละวันในแอปพลิเคชัน นัดบำบัด level 2 อีก 1 สัปดาห์
2 พบผู้บำบัด face-to-face ที่หน่วยบริการ	1 สัปดาห์ จาก level 1	ผู้บำบัดอธิบายประเภทของกิจกรรมตามระดับความง่ายไปถึงระดับยาก ซึ่งยึดตามความเห็นของผู้รับการบำบัดที่จะสามารถทำได้ โดยแต่ละระดับจะมีกิจกรรมให้เลือก 4 ประเภท คือ กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ กิจกรรมที่จำเป็นต้องทำ กิจกรรมที่ทำแล้วก่อให้เกิดความสุข และกิจกรรมอื่นๆ ที่อยากทำ วางแผนและลงมือทำกิจกรรมในระดับง่าย โดยแอปพลิเคชันจะมีการแจ้งเตือนตามวัน และเวลาที่ผู้รับการบำบัดเลือกไว้ เน้นให้ทำกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ ไม่ทำตามอารมณ์ บันทึกอารมณ์ก่อนทำ หลังทำ เมื่อทำกิจกรรมครบ 7 วัน แอปพลิเคชันจะสรุปจำนวนกิจกรรมของ level 2 อารมณ์เฉลี่ยก่อนทำ หลังทำ อารมณ์เฉลี่ยต่อวัน และให้ตารางรางวัลที่แสดงความสำเร็จใน level 2
3 ผู้รับการบำบัด ทำกิจกรรม ผ่านแอปพลิเคชันที่บ้าน	1 สัปดาห์ จาก level 2	ผู้รับการบำบัดวางแผนและลงมือทำกิจกรรมระดับปานกลาง เรียนรู้เรื่องปัญหา อุปสรรค ในการทำกิจกรรมผ่านแอปพลิเคชัน บันทึกผลการทำกิจกรรม อารมณ์ก่อนทำ หลังทำ จนครบ 7 วัน โดยผู้บำบัดตรวจดูการทำกิจกรรมในระบบแอดมิน เมื่อครบตามกำหนด แอปพลิเคชันจะประมวลผลจำนวนกิจกรรม ระดับอารมณ์ให้ และมีตารางรางวัลแห่งความสำเร็จใน level 3
4 ผู้บำบัด พบผู้รับการบำบัด ผ่านวิดีโอคอล	1 สัปดาห์ จาก level 3	ผู้บำบัดพบผู้รับการบำบัดผ่านวิดีโอคอลตามวันเวลาที่นัดไว้ พูดคุยปัญหาอุปสรรคในการทำกิจกรรมและแนวทางการแก้ไข กระตุ้นให้ทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระดับยาก ซึ่งมีขั้นตอนเหมือนกับใน level 2 - 3 โดยใน level นี้เป็นการวางแผนและลงมือทำกิจกรรมระดับยาก ทำกิจกรรมต่อเนื่อง 1 สัปดาห์ เมื่อครบตามกำหนดแอปพลิเคชันจะประมวลผลจำนวนกิจกรรม ระดับอารมณ์ให้ และมีตารางรางวัลแห่งความสำเร็จใน level 4
5 ผู้รับการบำบัด ทำกิจกรรม ผ่านแอปที่บ้าน	1 สัปดาห์ จาก level 4	ผู้รับการบำบัดทำกิจกรรมระดับยากต่อเนื่องอีก 1 เดือน เมื่อครบตามกำหนดแอปพลิเคชันจะประมวลผลจำนวนกิจกรรม ระดับอารมณ์ใน 1 เดือน และแสดงตารางรางวัลแห่งความสำเร็จใน level 5
6 พบผู้บำบัด face-to-face ที่หน่วยบริการ	4 สัปดาห์ จาก level 5	ผู้บำบัดประเมินอารมณ์ความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงของผู้รับการบำบัด ดูข้อมูลย้อนหลังจากกิจกรรมทั้งหมดที่ผู้รับการบำบัดทำ ร่วมวิเคราะห์หรืออภิปรายสิ่งที่เห็นจากข้อมูล รวมทั้งผลของการทำกิจกรรมต่อการลดอารมณ์เศร้า ช่วยผู้รับการบำบัดวางแผนการดูแลตัวเอง ต่อเนื่องหลังสิ้นสุดการบำบัด เมื่อทำกิจกรรมครบแอปพลิเคชันจะมีรูปการ์ตูน BB ถือถ้วยรางวัล แสดงความยินดีที่ทำกิจกรรมครบทุก level มีตารางรางวัลให้ 6 ดวง

ระยะเวลาการบำบัดรวม 8 สัปดาห์ (2 เดือน)

ตัวอย่าง การแสดงหน้าจอในแอปพลิเคชัน Mind Alert และการแสดงการประมวลผลการทำกิจกรรมตามแอปพลิเคชัน



ภาพที่ 1 แสดงตัวอย่างหน้าจอแอปพลิเคชัน

ภาพที่ 2 แสดงตัวอย่างการประมวลผลของการทำกิจกรรมของแอปพลิเคชัน

ซิมเคร้าจากแบบประเมิน 9Q revision ที่ประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัด จากสถิติ Wilcoxon signed ranks test

- 2. รวบรวมวิเคราะห์เนื้อหาที่ได้จากการความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างหลังการบำบัด

การดำเนินการด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่หนังสือรับรอง DMH.IRB.CO.A 006/2563 และปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (Personal Data Protection Act : PDPA) โดยไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างระบุชื่อ นามสกุลจริง ข้อมูลบัตรประชาชน หรือ

ข้อมูลใดที่สามารถระบุตัวตนของผู้ใช้แอปพลิเคชันได้ ผู้ใช้งานแอปพลิเคชันจะได้รับการอนุมัติโดยผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้บำบัดและผู้ควบคุมระบบเป็นลำดับขั้น

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 คน อายุระหว่าง 18 - 32 ปี อายุเฉลี่ย 25.24 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 9 คน (52.9%) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และกำลังเป็นนักเรียน/นักศึกษา ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า และยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	52.9
หญิง	8	47.1
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	8	29.4
ปวส./อนุปริญญา	2	11.8
ปริญญาตรี/เทียบเท่า	6	46.2
สูงกว่าปริญญาตรี	1	5.9
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	9	52.9
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	29.4
พนักงานบริษัท	2	11.8
ค้าขาย	1	5.9
รายได้		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	5	29.4
5,001 - 15,000 บาท	6	35.3
15,001 - 30,000 บาท	6	35.3
ระยะเวลาการได้รับวินิจฉัย		
จากจิตแพทย์ ว่าเป็นโรคซึมเศร้า		
น้อยกว่า 1 ปี	4	23.5
1 ปีขึ้นไป	10	58.8
ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยแต่มีภาวะซึมเศร้า		
การรับประทานยารักษาโรคซึมเศร้า		
ต่อเนื่อง	2	11.8
ไม่ต่อเนื่อง	3	17.6
ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา	12	70.6

ประสิทธิผลของแอปพลิเคชันต่อการลดอาการซึมเศร้า

กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่นำเข้าสู่การวิจัย 17 คน แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 2 คน มีการออกจากวิจัย (drop out) ระหว่างการบำบัด เนื่องจากไม่ได้บันทึกกิจกรรมตามที่วางแผนไว้ ต่อเนื่องมากกว่า 2 สัปดาห์ จึงได้ยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยใน level 2 ของการบำบัด แต่นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการบำบัดครบทั้ง 17 คน โดย 2 คนที่มีการ drop out นำคะแนน 9Q ครั้งสุดท้ายก่อน drop out มาวิเคราะห์ ผลการวิเคราะห์คะแนนอาการซึมเศร้าแสดง **ดังตารางที่ 3**

จาก**ตารางที่ 3** เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการซึมเศร้าก่อนการบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัด พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้แอปพลิเคชัน Mind Alert มีคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p=0.003$

การประเมินความพึงพอใจหลังสิ้นสุดการบำบัดจากความเห็นของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้แอปพลิเคชัน Mind Alert จนครบกระบวนการ

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชัน สามารถช่วยให้วางแผน มีเป้าหมายในการใช้ชีวิต รู้สึกดี พฤติกรรมการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป โดยความพึงพอใจในภาพรวมของการบำบัด กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 7 คน พึงพอใจในภาพรวมการบำบัดในระดับมาก รองลงมาคือพึงพอใจระดับมากที่สุด 4 คน และพึงพอใจระดับปานกลาง 2 คน นอกจากนี้ยังพบว่ากิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างตอบว่าทำแล้วช่วยลดเศร้าได้มากที่สุดอันดับ 1 คือ กิจกรรมการทำตัวเองให้ดูดีขึ้นด้วยการดูแลตัวเอง การได้ไปรับประทานอาหารอร่อยนอกบ้าน การเล่นกับสัตว์เลี้ยง เช่น แมว สุนัข การเล่นเกมส์ คุยกับเพื่อน ดูหนัง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการซึมเศร้าก่อนการบำบัดและหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

การประเมิน	N	คะแนนตามแบบประเมิน 9Q revision				Z
		Max	Min	\bar{X}	Std. Deviation	
ก่อนการบำบัด	17	61	9	27.0	18.138	0.003*
หลังการบำบัด	17	42	2	13.24	13.278	

P-value <0.05*

ดูรายการตลก นอน เล่นโซเชียลมีเดีย ร้องเพลง ไปเที่ยวนอกบ้าน และมีกิจกรรมเฉพาะของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงที่เป็นการเสริมความงาม เช่น ทำหน้า ทำเล็บ ทำผม

วิจารณ์

การศึกษาเพื่อทดสอบความเป็นไปได้ และประสิทธิผลเบื้องต้นของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม โดยใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันในผู้มีภาวะซึมเศร้า พบว่าแอปพลิเคชัน Mind Alert ช่วยลดอาการซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังเข้าร่วมการบำบัด โดยในกลุ่มตัวอย่างที่ทำการทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม 12 คน (70.6%) ที่มีภาวะซึมเศร้าแต่ยังไม่ได้เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า และยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยา ส่วนอีก 5 คน (29.4%) มีการใช้ยาด้านเศร้าควบคู่ไปกับการบำบัดโดยไม่ได้รับลดขนาดยา อย่างไรก็ตามทั้งสองกลุ่มมีอาการซึมเศร้าวลดลงจากประเมินหลังสิ้นสุดการบำบัดใช้เวลาทั้งหมด 2 เดือน แสดงให้เห็นว่าการบำบัดโดยใช้แอปพลิเคชัน Mind Alert สามารถลดอาการซึมเศร้าของผู้มีภาวะซึมเศร้าโดยแอปพลิเคชัน Mind Alert มีประโยชน์สำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้าในการช่วยกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีเป้าหมายมากขึ้นเมื่อทำได้สำเร็จตามเป้าหมายจะเกิดความสุข 2 ประเภท ตามแนวคิดของการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม คือ สุขสนุก เพลิดเพลิน (pleasure) และสุขที่พยายามลงมือทำ (mastery) หรือได้ทำตามเป้าหมายจนสำเร็จหรือหากยังไม่สำเร็จแต่อย่างน้อยได้ลงมือทำ ซึ่งหากเกิดความสุขทั้ง 2 ประเภทอย่างต่อเนื่องจะทำให้อาการซึมเศร้าวลดลง³ นอกจากนี้การวางแผนทำกิจกรรมตามแอปพลิเคชัน ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้วางแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวันโดยมีแอปพลิเคชันแจ้งเตือนเมื่อถึงเวลาที่จะทำกิจกรรม จึงสามารถช่วยจัดการกิจวัตรประจำวันได้อย่างไม่รู้สึกเบื่อ ได้เรียนรู้วิธีจัดการกับอารมณ์เศร้ามากขึ้น มีแบบแผนที่จะทำกิจกรรมตามตารางเวลาชัดเจน ซึ่งได้ผ่านการวางแผนในแอปพลิเคชัน ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันมากขึ้น ฝึกการวางแผนกิจกรรมที่จะทำในแต่ละวัน และพยายามทำกิจกรรมต่างๆ ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ มีความสุขกับการได้ทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน ทำให้ไม่รู้สึกเศร้า จิตใจไม่ยึดมั่นครุ่นคิดอยู่กับปัญหา ใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่หลากหลาย ทำให้ดึงออกจากความรู้สึกทางลบในแต่ละวันได้เป็นต้น อาจเนื่องจากแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นสร้างมาจากกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาความต้องการ

และกิจกรรมที่นำมาใช้ในแอปพลิเคชัน มาจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยซึมเศร้าทำแล้วรู้สึกดีขึ้นหลังทำกิจกรรม อีกทั้งมีการทดสอบโปรแกรมแบบ face-to-face ซึ่งได้ผลในการลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแล้ว จึงได้นำมาพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน โดยดึงเนื้อหากิจกรรมสำคัญของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face มาปรับเพื่อลดระยะเวลาการบำบัดลง และยังมีกรพบผู้บำบัดอยู่ทั้งหมด 3 ครั้ง ใน 6 กิจกรรม ซึ่งผลการประเมินประสิทธิผลพบว่า แอปพลิเคชันสามารถลดอาการซึมเศร้าได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในระยะที่ 1 ที่เป็นการบำบัดแบบ face-to-face เต็มรูปแบบ และสอดคล้องกับการศึกษาเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมแบบ face-to-face เต็มรูปแบบ 10 ครั้ง กับการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชันที่ใช้แนวคิดการกระตุ้นพฤติกรรม สลับกับการมาพบผู้บำบัดแบบ face-to-face ในผู้ป่วยซึมเศร้า พบว่าการบำบัดทั้งสองแบบสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้ แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ใช้การบำบัดแบบ BA เต็มรูปแบบ 10 ครั้ง กับกลุ่มที่บำบัดแบบ BA ร่วมกับการใช้สมาร์ทโฟนแอปพลิเคชัน อย่างไรก็ตามพบว่าการบำบัดแบบผสมผสานการใช้สมาร์ทโฟน สลับกับการพบผู้บำบัดสามารถลดระยะเวลาการทำงานของผู้บำบัดได้ 47% กล่าวคือ ทั้งผู้ป่วยและผู้บำบัดไม่ต้องใช้เวลาในการเดินทางมาทำงานร่วมกันแบบเต็มรูปแบบ แต่สามารถทำให้อาการซึมเศร้าวลดลงได้เป็นจำนวนเท่ากับกับการมาพบกันเต็มรูปแบบ ซึ่งถือว่าเป็นการทำงานที่คุ้มค่าในการรักษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า⁷ และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มเบื้องต้นของการใช้แอปพลิเคชัน Moodivate ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันในโทรศัพท์ที่ใช้แนวคิด self-help behavioral application จำนวน 8 สัปดาห์ ในผู้มีภาวะซึมเศร้าจำนวน 19 คน ในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในอเมริกาที่พบว่า สามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้แอปพลิเคชัน และเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการรักษาตามปกติ¹⁰

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่รับการบำบัด มีความพึงพอใจในการใช้แอปพลิเคชันในระดับมาก มีการทำกิจกรรมสม่ำเสมอ อัตราการเข้าร่วมบำบัดครบตามโปรแกรมสูง ร้อยละ 89 ทั้งที่ระยะเวลาการบำบัดใช้เวลาถึง 2 เดือน มีอัตราการ drop out ต่ำ เพียงร้อยละ 11 เนื่องจากแอปพลิเคชันมีกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้รับการบำบัดได้วางแผน มีแรงจูงใจทำตามแผน ได้บันทึกและมีการประมวลข้อมูลเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเห็นภาพรวมของการทำกิจกรรม

และอารมณ์ของตนในแต่ละสัปดาห์ มีการตั้งรางวัลสำหรับตัวเอง เมื่อทำกิจกรรมได้ตามแผน ทำให้เกิดความสนุกและมีแรงจูงใจที่จะทำกิจกรรมต่อ ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการบำบัดของ BA ที่ช่วยลดอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยคือ การมีโครงสร้างที่ชัดเจนในการวางแผนทำกิจกรรมในแต่ละวัน มีการให้รางวัลตัวเองเมื่อทำกิจกรรมได้ตามที่วางแผนไว้ ซึ่งกิจกรรมได้รวมความหลากหลายทั้งกิจกรรมที่ต้องทำเป็นกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่ทำแล้วก่อให้เกิดความสุข สนุก เพลิดเพลิน และกิจกรรมที่ทำแล้วเกิดความสุขที่ได้ลงมือพยายามทำ กิจกรรมที่ช่วยเพิ่มสัมพันธภาพกับผู้อื่น และกิจกรรมที่ช่วยทำให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว¹¹ และสอดคล้องกับการทดสอบใช้สมาร์ตโฟนแอปพลิเคชันในการบำบัดแบบ BA โดยให้ผู้ป่วยซึมเศร้าจำนวน 5 คน ได้ทดลองใช้เป็นเวลา 18 สัปดาห์ 115 วัน มีเวลาบันทึก 1,614 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ 90% มีการบันทึกกิจกรรมตามแผนที่วางไว้เป็นรายชั่วโมง โดยสามารถบันทึกได้ทั้งหมด 88% ของจำนวนชั่วโมงที่วางแผนไว้ และมีการบันทึกอารมณ์ความรู้สึกเป็นคะแนนตามกิจกรรม มีการปรึกษากับผู้บำบัด แสดงให้เห็นว่าการบันทึกกิจกรรมในสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน BA ผู้ใช้ให้ความร่วมมือในการบันทึกกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง¹² จึงมีความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ในระบบบริการผู้ป่วยและผู้มีภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และอาจเป็นต้นแบบให้ผู้สนใจนำไปใช้ในการให้บริการผู้มีภาวะซึมเศร้าในหน่วยบริการสุขภาพ

จุดเด่นของงานวิจัยนี้คือ เป็นการวิจัยและพัฒนาที่มีขั้นตอนกระบวนการที่พัฒนาขึ้นจากบริบทของผู้ป่วยซึมเศร้าคนไทย โครงสร้างของกิจกรรมที่นำมาใช้ในโปรแกรม มาจากวิธีการที่ผู้ป่วยซึมเศร้าใช้ได้ผลจริงเวลาเกิดอารมณ์ซึมเศร้า ดังนั้นเมื่อนำมาใช้กับผู้มีภาวะซึมเศร้าจึงสามารถทำได้ง่ายและปฏิบัติได้จริง อีกทั้งโครงสร้างของโปรแกรมมีความชัดเจน ผู้บำบัดและผู้รับการบำบัดสามารถนำไปใช้ได้ง่าย นอกจากนี้แอปพลิเคชันยังคำนึงถึงความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล โดยคำนึงถึงพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล (PDPA) มีการกำหนดรหัสของผู้ใช้แทนชื่อจริงซึ่งทราบเฉพาะผู้บำบัดเท่านั้น ในระบบจะไม่มีการระบุชื่อจริงและข้อมูลอื่นที่ระบุตัวตนของผู้รับการบำบัดได้ อีกทั้งข้อมูลสามารถเข้าถึงได้เฉพาะผู้บำบัดที่เป็นผู้ดูแลระบบ (admin) และผู้ดูแลระบบบริหารจัดการครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ (super admin) เท่านั้น จึงมีความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล นอกจากนี้หากผู้รับการบำบัดมีอาการซึมเศร้ารุนแรง มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้บำบัดสามารถดูได้ผ่านเว็บแอปพลิเคชันของ

ผู้ดูแลระบบ (admin) โดยจะทราบได้จากการประเมินอารมณ์ในแต่ละวันที่ผู้รับการบำบัดบันทึกในแอปพลิเคชัน อีกทั้งยังมีช่องทางทราบผ่านแอปพลิเคชันเมื่อผู้รับการบำบัดต้องการพูดคุยปรึกษาในกรณีเร่งด่วน สามารถติดต่อผู้ดูแลระบบ (admin) ที่เป็นผู้รับการบำบัดได้ผ่านการแชทในแอปพลิเคชันและไลน์ (Line) ได้

ข้อจำกัดของการวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรมการบำบัดยังมีจำนวนน้อยและเป็นกลุ่มเดียว ยังไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างไรก็ตามผลการทดสอบนี้สามารถนำไปใช้อ้างอิงสำหรับการทดสอบความเป็นไปได้เบื้องต้น (feasibility) ของโปรแกรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมโดยใช้แอปพลิเคชัน Mind Alert นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดเรื่อง การนำไปใช้ของแอปพลิเคชัน ที่ปัจจุบันรองรับเฉพาะในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์ ยังไม่สามารถใช้ได้ในระบบปฏิบัติการ IOS

ข้อเสนอแนะการนำการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ควรสนับสนุนให้โรงพยาบาลจิตเวช หรือสถานบริการในชุมชนที่มีคลินิกจิตเวชนำไปใช้บำบัดผู้ป่วยซึมเศร้าหรือผู้มีภาวะซึมเศร้าในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการประเมินด้วยเครื่องมือ 9Q
2. ผู้ที่สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรมจากทีมผู้วิจัยซึ่งเป็นเจ้าของโปรแกรม
3. สามารถนำไปพัฒนาหลักสูตรการอบรมการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมสำหรับผู้มีภาวะซึมเศร้า เพื่อขยายผลการนำไปใช้ในวงกว้าง สำหรับเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช และโรงพยาบาลในพื้นที่

ข้อเสนอการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการตอบสนองต่อการรักษา หรือการหายทุเลา เป็นสองกลุ่ม ระหว่างกลุ่มผู้มีภาวะซึมเศร้าที่ได้รับการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการตามปกติ หรือกลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบ CBT และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น
2. เปรียบเทียบประสิทธิผลการหายทุเลา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาต้านเศร้าอย่างเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรมอย่างเดียว กับกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยร่วมกับบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนวิจัยด้านวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จากสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ผู้วิจัยขอขอบคุณแหล่งทุนกลุ่มตัวอย่าง และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในงานวิจัยทุกท่าน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ประภาส อูครานันท์ การให้แนวคิดวางโครงร่างบทความ การวิจัย และตรวจสอบแก้ไขบทความ

กมลทิพย์ สงวนรัมย์ การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูลและตรวจสอบแก้ไขบทความ

สุพัทธา สุขาวห เขียนโครงการร่างการวิจัย การออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล เขียนบทความ และรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

สุภาภรณ์ ทองเบ็ญจมาศ การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

สุমনทา เกษมวิลาศ การออกแบบเครื่องมือแอปพลิเคชัน และตรวจสอบแก้ไขบทความ

สุปราณี พิมพ์ตรา การเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

เกษราภรณ์ เคนบุปผา การเก็บข้อมูล การเขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

ณัทร พิทยรัตน์เสถียร การออกแบบแนวคิดโปรแกรม และวิธีการศึกษาและอภิปรายผล

1. Ly KH, Topooco N, Cederlund H, Wallin A, Bergström J, Molander O, et al. Smartphone-supported versus full behavioural activation for depression: A randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2014;4(1):e003440.
2. Ly KH, Topooco N, Cederlund H, Wallin A, Bergström J, Molander O, et al. Smartphone-supported versus full behavioural activation for depression: A randomised controlled trial. *PLoS One*. 2015;10(5):e0126559.
3. Sukhawaha S, Sanguanrum K, Ukranan P, Thongbenjamas S, Ditung H. Preliminary efficacy testing of Behavioral Activation therapy for reduce depressive symptoms in patients with depression. The 22th WPA World Congress of Psychiatry. Retrieved 3-6 August 2022; Bangkok 2022.
4. Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Janthong S, Prukkanone B, Sukhawaha S, Leejongpermpoon J. Criterion-related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale revised for Thai Central Dialect. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(3):321-34.
5. Dahne J, Lejuez CW, Diaz VA, Player MS, Kustanowitz J, Felton JW, et al. Pilot randomized trial of a self-help behavioral activation mobile app for utilization in primary care. *Behav Ther* 2019;50(4):817-27.
6. Dimidjian S, Barrera M, Jr., Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:1-38.
7. Bardram J, Rohani D, Tuxen N, Faurholt-Jepsen M, Kessing L. Supporting smartphone-based behavioral activation: a simulation study 2017. 830-43 p.

เอกสารอ้างอิง

1. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatr Scand* 2004;110(3):208-14.
2. Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health* 2013;34:119-38.
3. Lewinsohn PM. A behavioural approach to depression. Oxford: Wiley; 1974.
4. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2009;16(4):383-411.
5. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One* 2014;9(6):e100100.
6. Ly KH, Trüschel A, Jarl L, Magnusson S, Windahl T, Johansson R, et al. Behavioural activation versus mindfulness-based

อัตราและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวช

ทรงพล โสตนวงศ์*

*โรงพยาบาลตระการพิรุณ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยจิตเวช

วิธีการศึกษา ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) สัมภาษณ์และบันทึกข้อมูลจากผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 รหัส F1X-F7X และผู้ดูแลที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพิรุณ ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 รายงานสถิติเป็นร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน hazard ratio และ 95%CI โดยใช้ chi-square test และ survival analysis

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจิตเวช 219 ราย มี 178 ราย ที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 พบอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 แบบสะสมเข็มที่ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชในเดือนพฤศจิกายน ธันวาคม มกราคม และกุมภาพันธ์ เป็นร้อยละ 57.99, 72.15, 79.91 และ 81.28 เข็มที่ 2 เป็นร้อยละ 46.58, 54.79, 64.38 และ 71.23 เข็มที่ 3 เป็นร้อยละ 0.45, 0.91, 5.48 และ 11.42 ตามลำดับ ซึ่งอัตราต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรไทยทั่วไปประเทศแทบจะทุกเข็มและทุกเดือนที่ศึกษา ยกเว้นเข็มที่ 1 ในเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์ และเข็มที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ และเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในจังหวัดเดียวกัน (อุบลราชธานี) พบว่า ต่ำกว่าในเข็มที่ 1 ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ และต่ำกว่าในเข็มที่ 3 เดือนธันวาคม - มกราคม ผู้เผยแพร่สารเสพติดเป็นกลุ่มที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 น้อยที่สุดอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละช่วงเวลา เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตเวชอื่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เป็นช่องทางหลักที่ทำให้เข้าถึงวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 85.4 และสถานที่รับวัคซีนทั้งสามเข็มอยู่ที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านเป็นหลัก ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนสูตรไขว้ เข็มที่ 1 เป็น CoronaVac ร้อยละ 62.4 เข็มที่ 2 เป็น ChAdOx1-S ร้อยละ 67.9 เข็มที่ 3 เป็น BNT162b2 ร้อยละ 92 ไม่พบอาการไม่พึงประสงค์รุนแรง ความพิการหรือเสียชีวิตหลังรับวัคซีนในช่วงเวลาที่ศึกษา สิทธิผู้พิการ (ความพิการทางจิต) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรงเป็นปัจจัยที่ทำให้โอกาสได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 ลดลง

สรุป การรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป โดยกลุ่มผู้เผยแพร่สารเสพติดมีอัตราที่ต่ำกว่าโรคจิตเวชอื่น ปัจจัยที่ทำให้โอกาสได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 ลดลง ได้แก่ สิทธิผู้พิการ (ความพิการทางจิต) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรง จึงมีความจำเป็นในการทบทวนการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชบางกลุ่มเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเป็นพิเศษ โดยเฉพาะในเหตุการณ์วิกฤต ตลอดจนผลักดันให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชในระดับนโยบายที่จะเกิดขึ้นต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ วัคซีนโควิด 19 อัตรา การรับวัคซีน ปัจจัย จิตเวช

Corresponding author: ทรงพล โสตนวงศ์

โรงพยาบาลตระการพิรุณ

E-mail: sosong2554@gmail.com

วันรับ : 1 กุมภาพันธ์ 2566 วันแก้ไข : 18 เมษายน 2566 วันตอบรับ : 23 มิถุนายน 2566

SARS-CoV-2 Vaccination Rate and Associated Factors Among Patients with Mental Illness

Songpon Lodthanong*

*Trakan Phuet Phon Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the SARS-CoV-2 vaccination rate and associated factors among patients with mental illness

Methods: The cross-sectional study included subjects who were 12 years of age or more, diagnosed psychiatric disorders (ICD-10: F1X-F7X), visited Trakan Phuet Phon hospital between July 2021, 30th and June 2022, 30th. The data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, chi-square test and survival analysis.

Results: The 219 subjects were 178 subjects who were vaccinated within February 2022. The first-dose SARS-CoV-2 vaccination rate within November, December, January and February were 57.99%, 72.15%, 79.91% and 81.28%, respectively. The second dose rate were 46.58%, 54.79%, 64.38% and 71.23%, respectively. The third dose rate were 0.45%, 0.91%, 5.48% and 11.42%, respectively. The vaccination rate among patients with mental illness were lower than in the general population in Thailand and in the same province. Patients with substance-related disorders had the lowest rate of the first dose vaccination compare with others. The village health volunteers and PCU officers were the mainly approachable registered way of vaccination, 85.4% and the community hospitals were the main stations of vaccination too. Mostly, the first and second doses were CoronaVac (62.4%) and ChAdOx1-S (67.9%). No serious adverse reactions and mortality were observed. Associated factors of the first and second doses vaccination rate were handicapped-scheme group, the negative attitudes toward SARS-CoV-2 vaccination and unaware or unconcerned in COVID-19 infection.

Conclusion: In many aspects, the SARS-CoV-2 vaccination rates among patients with mental illness were lower than general population. Patients with substance-related disorders had the lowest rate of the first dose vaccination. Associated factors were handicapped-scheme group, the negative attitudes toward SARS-CoV-2 vaccination and unaware or unconcerned in COVID-19 infection. Prioritization of COVID-19 vaccination in patients with mental illness should be considered.

Keywords: COVID-19, SARS-CoV-2, vaccination, mental illness, psychiatric disorders

Corresponding author: Songpon Lodthanong

E-mail: sosong2554@gmail.com

Received 1 February 2023 Revised 18 April 2023 Accepted 23 June 2023

บทนำ

โรคทางจิตเวชหลายโรคส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹⁻² โดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรงถูกจัดอยู่ในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล ทุพลาภาพจนถึงเสียชีวิต³⁻⁵ ผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนอาจมีอาการกำเริบหรือขาดการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ส่งผลต่อการดูแลตัวเอง เมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ติดเชื้อโคโรนา 19 จะเกิดความยุ่งยากในการรักษามากขึ้นทั้งในด้านอาการหรือพฤติกรรมที่ควบคุมได้ยากเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อให้ชุมชน ความก้าวร้าวรุนแรง การหลบหนี ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการรักษาในหอผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลสนาม หรือการกักตัวซึ่งต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นหลัก ประเทศไทยมีแผนการฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยตั้งเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 70 ของประชากรภายในปี 2564⁶ ตามกลยุทธ์ Universal prevention strategy⁷ แนวทางจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และกรมสุขภาพจิต สนับสนุนการฉีดวัคซีนโควิด 19 ให้กับผู้ป่วยจิตเวช⁸ การให้วัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง นอกจากปัญหาการเข้าถึงการรักษาในช่วงการระบาดของไวรัสโคโรนา 19 และปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมา ยังมีกระแสต่อต้านวัคซีนจนทำให้เกิดความกลัวและกังวลในการเข้ารับวัคซีน⁹ วัคซีนโควิด 19 แต่ละชนิดอาจส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์เล็กน้อยจนถึงรุนแรงแบบแอนาฟิแล็กซิสหรือรูปแบบอื่นๆ¹⁰ รวมถึงปัจจัยจากโรคจิตเวชหลายโรคที่ส่งผลต่อความคิด การตัดสินใจ และการดูแลตนเอง¹⁻² แม้ช่วงปี 2564 มีการระดมฉีดวัคซีนโควิด 19 โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพฯ และชุมชนเมืองที่มีการแพร่ระบาดหนัก แต่วัคซีนโควิด 19 ยังผลิตได้จำกัดและไม่เพียงพอในขณะนั้น ส่งผลต่อการกระจายตัวของวัคซีนไปยังต่างจังหวัดและพื้นที่ชนบท กระบวนการเข้าถึงวัคซีนของผู้ป่วยจิตเวช นโยบายสาธารณสุขในประเทศไทยยังไม่ได้จัดผู้ป่วยจิตเวชให้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายระยะแรกที่ต้องได้รับวัคซีนก่อนบุคคลทั่วไป⁶ การรับวัคซีนโควิด 19 โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเวชยังเป็นประเด็นใหม่สำหรับหลายประเทศ ข้อมูลค่อนข้างน้อยและยังไม่พบการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชมาก่อนแม้ในประเทศไทย

การศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลใหม่ทั้งด้านอัตราการเข้าถึงวัคซีนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงวิธีการเข้าถึงและทัศนคติต่อวัคซีนเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาต่อยอด และเน้นความสำคัญในการดูแลบางกลุ่มโรคจิตเวชซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากและประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการได้มากกว่าบุคคลทั่วไป

โดยเฉพาะในช่วงแพร่ระบาดของเชื้อโรคหรือวิกฤตการณ์อื่นในอนาคต ซึ่งจะสามารถใช้ข้อมูลนี้ผลักดันเป็นนโยบายให้เห็นความสำคัญการดูแลสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ระหว่างวันที่ 30 กรกฎาคม 2564 ถึง 30 มิถุนายน 2565 ในผู้มีอายุ 12 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพิรุณ และได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ในกลุ่มโรคจิตเวช ได้แก่ สารเสพติด (F1X) โรคจิตเภทและอาการทางจิต (F2X) โรคทางอารมณ์ (F3X) โรควิตกกังวลและย้ำคิดย้ำทำ (F4X) โรคเกี่ยวกับการรับประทานนอน และเพศ (F5X) ปัญหาบุคลิกภาพและพฤติกรรม (F6X) ปัญหาเซาว์นปัญญา (F7X) โดยไม่รวมผู้ป่วยโรคทางกายรุนแรงหรือต้องห้ามในการรับวัคซีนโควิด 19 ผู้ที่ตั้งครรภ์หรือบ่งบอกการสื่อสารรุนแรง ตลอดจนผู้ที่ไม่ยินยอมให้เก็บข้อมูล จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการรับวัคซีนโควิด 19 ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็น .86¹¹ ค่าระดับความเชื่อมั่นเป็นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ .05 จากสูตร $\frac{(z_{\alpha/2})^2 p(1-p)}{d^2}$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 185 ราย เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันสูญหายหรือไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่าง 222 ราย ใช้แบบบันทึกข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 ประกอบการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและผู้ดูแล ใช้ฐานข้อมูลจากโรงพยาบาลตระการพิรุณ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียวประจำอำเภอตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี และเป็นสถานที่หลักในการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอ รวมถึงเป็นสถานที่แห่งเดียวของอำเภอในการฉีดวัคซีนโควิด 19 ระยะแรก โดยมีการรวบรวมข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด 19 ของประชากรทุกคนที่อยู่ในอำเภอจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอตระการพิรุณ ซึ่งเป็นข้อมูลชุดเดียวกับที่รายงานไปยังกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเก็บสถิติการฉีดวัคซีนในระดับประเทศ ตรวจสอบข้อมูลรายบุคคลซ้ำจาก MOPH Immunization Center เพื่อความแม่นยำซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการรับวัคซีน เช่น ชนิดวัคซีน สถานที่ฉีดวันที่ฉีด อาการไม่พึงประสงค์ ชนิดกลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่ม 607 (อายุ 60 ปีขึ้นไป โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง อ้วน มะเร็ง และเบาหวาน)

พรรณนาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ระหว่างกลุ่มที่รับและไม่รับวัคซีน เปรียบเทียบกลุ่มประชากรแต่ละระดับโดย chi-square test ใช้ survival analysis วิเคราะห์การเข้าถึงวัคซีน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและเปรียบเทียบแต่ละโรคจิตเวชโดยใช้โมเดลการถดถอยของ Cox (Cox Regression) กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือกตัวแปรจากค่า Probability for Stepwise รายงาน 95%CI และ hazard ratio กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2564 รหัส SSJ.UB 061 เลขที่ SSJ.UB 2564-061

ผลการศึกษา

ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ในกลุ่มโรคจิตเวช รหัส F1X-F7X จำนวน 225 ราย มีผู้ป่วย 6 รายไม่ตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ มีโรคทางกายรุนแรงหรือมีภาวะต้องห้ามในการรับวัคซีนโควิด 19 จำนวน 1 ราย ตั้งครรภ์ 2 ราย เสียชีวิตด้วยสาเหตุอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับวัคซีน 3 ราย ตลอดการวิจัยจึงเหลือ 219 ราย อายุสูงสุด 71 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี โดยไม่พบวินิจฉัย F6X พบว่าทัศนคติของกลุ่มที่รับและไม่รับวัคซีนโควิด 19 แตกต่างกัน **ตารางที่ 1** มีผู้ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1, 2 และ 3 จำนวน 178, 156 และ 25 ราย ตามลำดับ ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2565 อัตราการรับวัคซีนโควิด 19 แบบสะสมเข็มที่ 1 ของผู้ป่วยจิตเวชในเดือนพฤศจิกายน ธันวาคม มกราคม และกุมภาพันธ์ เป็นร้อยละ 57.99, 72.15, 79.91 และ 81.28 เข็มที่ 2 เป็นร้อยละ 46.58, 54.79, 64.38 และ 71.23 เข็มที่ 3 เป็นร้อยละ 0.45, 0.91, 5.48 และ 11.42 ตามลำดับ พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการรับวัคซีนโควิด 19 แบบสะสมแทบจะทุกเข็มและทุกเดือนที่ศึกษา ยกเว้นเข็มที่ 1 ในเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์ และเข็มที่ 2 ในเดือนกุมภาพันธ์ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรไทยทั่วประเทศ และเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับวัคซีนกับประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการรับวัคซีนโควิด 19 แบบสะสมเข็มที่ 1 ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในเข็มที่ 3 เดือนธันวาคม - มกราคม **ตารางที่ 2**

เมื่อวิเคราะห์ survival analysis โดยจำแนกผู้รับวัคซีนเป็น 4 กลุ่มโรคจิตเวช ได้แก่ F1X, F2X, F3X และ F4X (ส่วนกลุ่ม F5X และ F7X พบเพียงกลุ่มละ 1 ราย) พบว่าโอกาสที่ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรคจิตเวช จะได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ในแต่ละช่วงเวลาแตกต่าง

อย่างมีนัยสำคัญ (P.004) โดยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดเป็นกลุ่มที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 น้อยที่สุดในแต่ละช่วงเวลาจาก Survival Function ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ร้อยละ 45.9, 62.4, 72.9 และ 72.9 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มโรคทางอารมณ์ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 มากที่สุดแต่ละช่วงเวลา จาก Survival Function ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ร้อยละ 80.8, 92.3, 96.2 และ 96.2 ตามลำดับ **ตารางที่ 1** วิธีการเข้าถึงวัคซีนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นั่นคือการไม่ได้ลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า (walk-in) จะพบในกลุ่มที่เป็น 607 (อายุ ≥ 60 ปี หรือ 7 โรคสำคัญ) มากกว่าในกลุ่มที่ไม่เป็น 607 **ตารางที่ 3** ตลอดการศึกษายังไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรง เช่น อาการแพ้ชนิดแอนาฟิแล็กซิส ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ ภาวะลิ้นเลือดอุดตันหลอดเลือดปอดหรือสมอง ความพิการและการเสียชีวิต

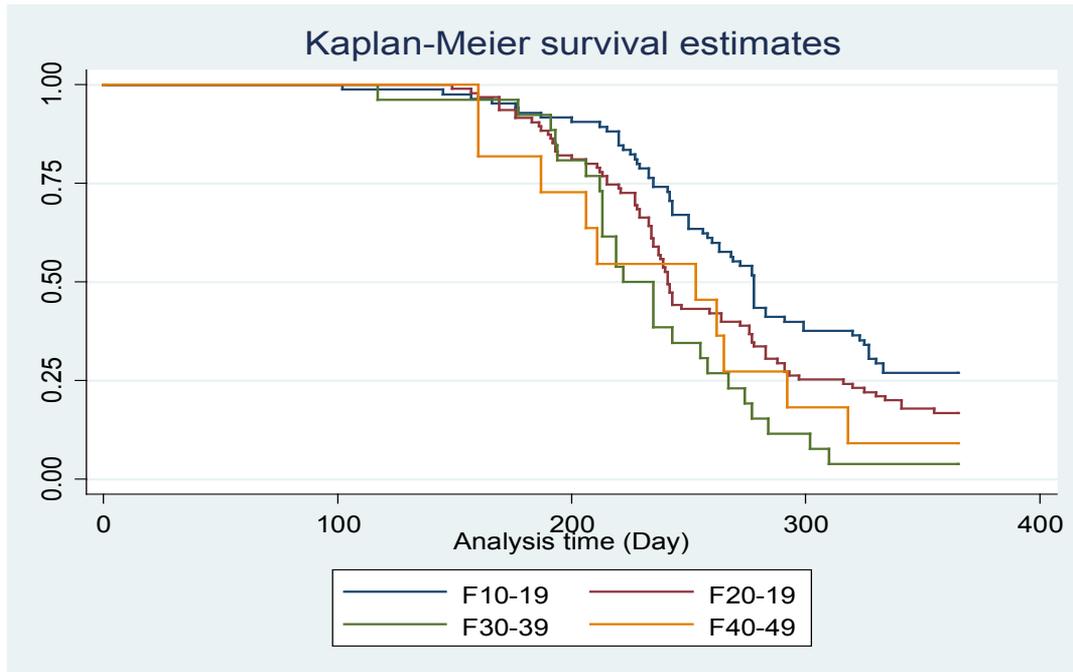
กลุ่มที่ได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 จำนวน 178 ราย (ร้อยละ 81.3) เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับวัคซีน จำนวน 41 ราย (ร้อยละ 18.7) พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลทั่วไปและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในรูปแบบคล้ายคลึงกัน ยกเว้น เพศ สถานภาพ การเป็นกลุ่ม 607 (อายุ ≥ 60 ปี หรือ 7 โรคสำคัญ) โรคประจำตัวทางกาย ทัศนคติที่มั่นใจในประสิทธิภาพวัคซีนและลดการแพร่ระบาดของโรค ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 การไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรง กลุ่มโรคจิตเวชที่เป็นกลุ่มโรคจากสารเสพติด (F10-19) และผู้ดำเนินการลงทะเบียนให้ เมื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ สิทธิผู้พิการ ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน การไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้โอกาสได้รับวัคซีนน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบกับอย่างมีนัยสำคัญ **ตารางที่ 4**

วิจารณ์

การรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชแบบสะสมมีอัตราที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญแทบจะทุกเข็มและทุกเดือนที่ศึกษา เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีอัตราที่ต่ำกว่าโรคจิตเวชอื่นอย่างมีนัยสำคัญ ปัจจัยที่ทำให้โอกาสได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 ลดลง ได้แก่ สิทธิผู้พิการ (ความพิการทางจิต) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีนและการไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและทัศนคติ/เหตุผลต่อการรับวัคซีนโควิด 19 ของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับและไม่รับวัคซีน

ข้อมูลทั่วไป	รับวัคซีน ร้อยละ (n=178)	ไม่ได้รับ ร้อยละ (n=41)	ทั้งหมด ร้อยละ (n=219)	P-value
ชาย	61.8	82.9	65.8	.010*
หญิง	38.2	17.1	34.2	
อายุ (ปี) \bar{x} (SD)	41.4 (15.4)	39.0 (14.3)	40.9 (15.2)	.730
สถานภาพ				
มีคู่	33.1	14.6	29.7	.019*
ไม่มีคู่	66.9	85.4	70.3	
อาชีพ				
เกษตรกร	70.2	61.0	68.5	.530
รับจ้าง	15.2	24.4	16.9	
นักเรียน/นักศึกษา	11.2	12.2	11.4	
อื่นๆ	3.4	2.4	3.2	
สิทธิ์การรักษา				
บัตรทอง	69.7	70.7	69.9	.787
ข้าราชการ/พนักงานรัฐ	1.1	0	.9	
ผู้พิการ	26.4	29.3	26.9	
อื่นๆ	2.8	0	2.3	
กลุ่ม 607 (อายุ ≥ 60 ปี หรือ 7 โรคสำคัญ)	29.2	9.8	25.6	.010*
โรคประจำตัวทางกาย	33.7	12.2	29.7	.007*
โรคจิตเวช				
F 1X สารเสพติด	34.8	56.1	38.8	.108
F 2X จิตเภท	44.4	39.0	43.4	
F 3X โรคทางอารมณ์	14.0	2.4	11.9	
F 4X โรควิตกกังวล	5.6	2.4	5.0	
F 5X โรคเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร/นอน/เพศ	0.6	0.0	0.5	
F 7X โรคเชาวน์ปัญญา	0.6	0.0	0.5	
ทัศนคติ/เหตุผลต่อการรับวัคซีน				
มั่นใจประสิทธิภาพ/ลดการระบาด	91.6	9.8	76.2	<.001*
ต้องการเอกสารรับรองการเดินทาง	1.7	0	1.4	.403
ญาติ/คนใกล้ชิดตัวคอยเตือน/จัดการ	2.2	0	1.8	.333
ไม่มั่นใจความปลอดภัยของวัคซีน	1.1	19.5	4.6	<.001*
ไม่ได้สนใจ/คิดว่าจะไม่ติด/ไม่รุนแรง	3.4	70.7	16.0	<.001*



กราฟที่ 1 Kaplan-Meier survival estimate ของอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 แต่ละกลุ่มโรคจิตเวช

ตารางที่ 2 อัตราการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 - 3 สะสมของผู้ป่วยจิตเวชเดือนพฤศจิกายน 2564 - กุมภาพันธ์ 2565

เข็มที่	พฤศจิกายน			ธันวาคม			มกราคม			กุมภาพันธ์		
	ร้อยละ	P-value ^a	P-value ^b	ร้อยละ	P-value ^a	P-value ^b	ร้อยละ	P-value ^a	P-value ^b	ร้อยละ	P-value ^a	P-value ^b
1	57.99	<.001*	.566	72.15	.147	.131	79.91	.4732	.001*	81.28	.582	.001*
2	46.58	<.001*	.664	54.79	<.001*	.478	64.38	.008*	.9114	71.23	.345	.105
3	.45	.002*	.117	0.91	<.001*	.002*	5.48	<.001*	.002*	11.42	<.001*	.082

(P-value^a เปรียบเทียบกับประชากรไทยทั่วไป, P-value^b เปรียบเทียบกับประชากรจังหวัดอุบลราชธานี)

รายงานจาก MOPH Immunization Center¹² พบประชากรทั่วไปได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 สะสมในเดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ เป็นร้อยละ 72.04, 76.31, 77.90 และ 79.78 เข็มที่ 2 ร้อยละ 61.90, 68.68, 72.41 และ 74.03 เข็มที่ 3 ร้อยละ 5.10, 10.41, 21.36 และ 28.03 ตามลำดับ ส่วนในจังหวัดอุบลราชธานี ประชากรทั่วไปได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ในเดือนพฤศจิกายน - กุมภาพันธ์ เป็นร้อยละ 59.89, 67.36, 69.46 และ 71.36 เข็มที่ 2 ร้อยละ 48.04, 57.17, 64.02 และ 66.04 เข็มที่ 3 ร้อยละ 1.90, 5.68, 12.55 และ 15.69 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 สะสมเข็มที่ 1 ของผู้ป่วยจิตเวช ในการศึกษาพบว่า ต่ำกว่าและช้ากว่า

ประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรระดับประเทศในเดือนพฤศจิกายน แต่ไม่แตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในจังหวัดอุบลราชธานี อาจเนื่องจากช่วงเวลานั้นอยู่ในระยะที่วัคซีนยังมีข้อจำกัดในการนำเข้าและไม่เพียงพอที่จะกระจายไปยังต่างจังหวัด ส่วนใหญ่มีการระดมฉีดวัคซีนในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล พื้นที่ระบาดหนักเป็นหลัก และเมื่อเปรียบเทียบภายในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับวัคซีนน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ ซึ่งเป็นระยะที่ประชากรทั่วไปได้รับวัคซีนมากขึ้นแล้ว การระดมฉีด เข็มชุมชนและติดตามยอดการฉีดอย่างเข้มข้นจากเจ้าหน้าที่ในพื้นที่อาจลดน้อยลง

ตารางที่ 3 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 ของผู้ป่วยจิตเวช

ข้อมูลการรับวัคซีน	กลุ่ม 607** (ร้อยละ) (n=52)			ไม่ใช่ 607 (ร้อยละ) (n=126)			ทั้งหมด (ร้อยละ) (n=178)			P-value		
	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3
	52	48	9	126	108	16	178	156	25	เข็ม 1	เข็ม 2	เข็ม 3
สถานที่ฉีดวัคซีน												
รพ.สต. ในชุมชน	34.6	29.1	22.2	22.2	20.4	1.5	25.8	23.1	16.0	.086	.153	.355
รพ.ชุมชนใกล้บ้าน	61.6	66.7	77.8	74.6	75.9	87.5	70.8	73.1	84.0	.081	.654	.658
รพ.ทั่วไป/รพ.ศูนย์	1.9	2.1	0	2.4	2.8	0	2.3	2.5	0	.851	.851	-
เอกชนและอื่นๆ	1.9	2.1	0	.8	0.9	0	1.1	1.3	0	.516	.516	-
ชนิดของวัคซีน												
CoronaVac	78.9	0	0	55.6	0.0	0	62.4	0	0	.003*	-	-
ChAdOx1-S	7.7	87.5	11.1	23.0	59.3	6.3	18.5	67.9	8.0	.017*	<.001*	.516
BNT162b2	11.5	10.4	88.9	20.6	39.8	93.7	18.0	30.8	92.0	.151	<.001*	.529
mRNA-1273	1.9	2.1	0	.8	.9	0	1.1	1.3	0	.516	.516	-
การลงทะเบียน												
อสม./รพ.สต.		86.6			84.9			85.4			.781	
ผู้ดูแลหรือญาติ		1.9			3.2			2.8			.646	
ลงทะเบียนเอง		1.9			8.7			6.7			.099	
walk-in		7.7			.8			2.8			.011*	
อื่นๆ		1.9			2.4			2.3			.851	

**กลุ่ม 607 ได้แก่ อายุ≥60 ปี โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หัวใจและหลอดเลือด ไตวายเรื้อรัง หลอดเลือดสมอง อ้วน มะเร็ง เบาหวาน

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 และ 2 ของผู้ป่วยจิตเวช

ปัจจัย	HR _{Crude}	HR _{Adj}	95%CI	P-value
เข็มที่ 1				
สิทธิ์การรักษา (ผู้พิการ Vs อื่นๆ)	.887	.366	.162-.828	.016*
ไม่มั่นใจความปลอดภัยของวัคซีน (ใช่ Vs ไม่ใช่)	.130	.106	.022-.520	.006*
ไม่ได้สนใจเรื่องโควิด/คิดว่าจะไม่ติดเชื้อ/ถ้าติดเชื้อก็ไม่รุนแรง (ใช่ Vs ไม่ใช่)	.065	.088	.029-.269	<.001*
เข็มที่ 2				
สิทธิ์การรักษา (ผู้พิการ Vs อื่นๆ)	.954	.371	.157-.873	.023*
ไม่มั่นใจความปลอดภัยของวัคซีน (ใช่ Vs ไม่ใช่)	.079	.065	.008-.555	.012*
ไม่ได้สนใจเรื่องโควิด/คิดว่าจะไม่ติดเชื้อ/ถ้าติดเชื้อก็ไม่รุนแรง (ใช่ Vs ไม่ใช่)	.033	.056	.011-.281	<.001*

จึงต้องอาศัย insight, autonomy และ compliance ของผู้ป่วยเองเป็นหลัก ซึ่งเป็นข้อจำกัดของผู้ป่วยจิตเวชบางกลุ่มอยู่เดิม หลายโรคทางจิตเวชส่งผลต่อความคิด การตระหนักความเจ็บป่วย และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง¹⁻² ปัญหาการสื่อสารขาดความสนใจในการเข้าถึงและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ศักยภาพในการจัดการปัญหา การตัดสินใจ การคิดวางแผนที่ลดลงเป็นลักษณะเด่นที่พบในโรคจิตเวชบางโรค โดยเฉพาะจิตเภท¹³⁻¹⁵ ซึ่งเป็นกลุ่มใหญ่ในการศึกษานี้ร่วมกับกลุ่มใช้สารเสพติด พิจารณาอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 สะสมเข็มที่ 2 ซึ่งเป็นวัคซีนจำเป็นพื้นฐานพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของการรับวัคซีนแบบสะสมในเดือนพฤศจิกายน - มกราคม เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วประเทศ แต่ไม่พบความแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบในจังหวัดอุบลราชธานี แสดงให้เห็นว่าบริบทต่างจังหวัดโดยเฉพาะอุบลราชธานีมีผลสำคัญต่อการเข้าถึงและจัดสรรกระจายวัคซีนในช่วงที่ยังมีวัคซีนจำกัด เมื่อมีการนำเข้าวัคซีนเพิ่มมากขึ้นช่วงปลายปี 2564 ถึงต้นปี 2565¹⁶⁻¹⁷ จึงส่งผลให้เดือนกุมภาพันธ์ไม่พบความแตกต่างของอัตราการรับวัคซีน เมื่อเปรียบเทียบทั้งระดับจังหวัดและระดับประเทศ อัตราการรับวัคซีนโควิด 19 สะสมเข็มที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในประเทศพบผู้ป่วยจิตเวชได้รับวัคซีนในอัตราที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในทุกเดือนที่ศึกษา เช่นเดียวกันกับเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรในจังหวัดอุบลราชธานีพบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับวัคซีนในอัตราที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญในเดือนธันวาคม - มกราคม แม้แนวโน้มการรับวัคซีนเข็มที่ 3 จะมีสัดส่วนที่ต่ำทั้งจังหวัดเมื่อเปรียบเทียบกับทั้งประเทศ เป็นข้อสังเกตได้ว่า อัตราการรับวัคซีนเข็มที่ 3 ซึ่งเป็นเข็มกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่สำคัญยังมีการเข้าถึงน้อยมากในพื้นที่ต่างจังหวัดเช่นในจังหวัดอุบลราชธานี และในสัดส่วน

ที่น้อยนั้นผู้ป่วยจิตเวทยังเข้าถึงได้น้อยลงไปอีก แม้ข้อจำกัดของการศึกษานี้คือ ไม่ได้แยกผู้ติดเชื้อโควิด 19 ออกจากการศึกษา ซึ่งอาจเป็นปัจจัยรบกวนได้ เนื่องจากต้องการเปรียบเทียบข้อมูลในลักษณะเดียวกันกับข้อมูลการฉีดวัคซีนระดับชาติและระดับจังหวัดที่รายงานจาก MOPH Immunization Center ซึ่งอาจกระทบต่อระยะเวลาในการรับวัคซีนได้บ้าง แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยสามารถไปรับวัคซีนได้ทันทีหลังพ้นระยะกักตัว 10 วัน¹⁸ (กำหนดกักตัวระยะนั้น) และข้อมูลการฉีดวัคซีนในประชากรระดับชาติและระดับจังหวัดที่นำมาเปรียบเทียบไม่ได้แยกผู้ติดเชื้อโควิด 19 ออกจากการรายงานเช่นกัน ประเด็นนี้อาจเป็นแนวทางในการศึกษาเชิงลึกและละเอียดครั้งต่อไปกรณีจะลดปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อผลมากที่สุด การศึกษานี้บ่งบอกถึงปัญหาการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ของผู้ป่วยจิตเวชหลายโรคโดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชนบทตามบริบทที่เกิดขึ้นได้ หลายการศึกษาระบุให้ผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอาการรุนแรงถูกจัดเป็นในกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 และเสี่ยงต่อการนอนโรงพยาบาล ทูพลภาพ จนถึงเสียชีวิต โดยปัจจัยจากการเข้าถึงการรักษาที่ลดลง ปัญหาโรคทางกาย ยาที่ใช้ร่วม สภาพแวดล้อมและวิถีชีวิต³⁻⁵ ผู้ป่วยจิตเวชบางส่วนอาจมีอาการกำเริบหรือขาดการรักษา ทำให้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมได้ ส่งผลต่อการดูแลตัวเอง เมื่อติดเชื้อโควิด 19 จะเกิดความยุ่งยากในการรักษามากขึ้นเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อแก่ชุมชน ปัญหาทั้งด้านอาการหรือพฤติกรรมที่ควบคุมได้ยาก ความก้าวร้าวรุนแรง การหลบหนีซึ่งเป็นข้อจำกัดการดูแลในหอผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลสนาม หรือการกักตัวที่บ้านซึ่งต้องอาศัยการดูแลตนเองเป็นหลัก หอผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนน้อยและยังมีจำนวนเตียงไม่มากตามทรัพยากรที่มีจำกัดในช่วงการระบาดหนักของเชื้อโรค จึงมีความจำเป็นด้านนโยบายที่ควรจัดผู้ป่วยจิตเวชให้อยู่ในลำดับสำคัญที่ต้องได้รับวัคซีนเพื่อลด

ความรุนแรงและการระบาดโควิด 19 ก่อนบุคคลทั่วไปซึ่งในประเทศไทยยังไม่ได้จัดผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มเป้าหมายระยะแรกที่ต้องได้รับวัคซีนโควิด 19⁶ ดังที่กล่าวมา

เหตุผลหรือทัศนคติของกลุ่มที่รับและไม่รับวัคซีนโควิด 19 แตกต่าง (P < .001) ส่วนใหญ่กลุ่มที่รับวัคซีนโควิด 19 คือมั่นใจในประสิทธิภาพวัคซีนและลดการแพร่ระบาดซึ่งมีแนวโน้มคล้ายกับการศึกษาของ Daniel A Salmon และคณะ¹⁹ พบกลุ่มที่ต้องการฉีดวัคซีนนี้พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับทัศนคติที่ว่าวัคซีนสำคัญในการหยุดการแพร่ระบาดของโรค และซิโนรส ลี้สวัสดิ์ และคณะ²⁰ ศึกษาความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด 19 พบว่า ด้านความปลอดภัยของวัคซีน เชื่อมั่นมากและมากที่สุดถึงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่มีความต้องการฉีดวัคซีนโดยมีเหตุผลที่ฉีดวัคซีนได้แก่ เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 เป็นห่วงครอบครัว และเพื่อป้องกันการป่วยหนักจนต้องนอนโรงพยาบาล รวมถึงผลการสำรวจของสำนักข่าวบีบีซี²¹ เรื่องความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนโควิด 19 พบว่า จำนวนมากถึง 8 ใน 10 ของกลุ่มที่สอบถาม คิดว่าวัคซีนโควิด 19 ค่อนข้างปลอดภัยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าปลอดภัย ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีนโควิด 19 จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเน้นให้เกิดขึ้น ผู้ป่วยหรือประชาชนที่จะรับวัคซีนเข็มพื้นฐานและเข็มกระตุ้นซึ่งอาจต้องฉีดหลายเข็มต่อไป

สิทธิผู้พิการ (ความพิการทางจิต) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรงเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการรับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 ปัจจัยเหล่านี้ทำให้โอกาสที่จะรับวัคซีนน้อยลง จึงพบในกลุ่มที่ไม่รับวัคซีนเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากโรคทางจิตเวชหลายโรคส่งผลต่อความคิด การตัดสินใจ และการดูแลตนเอง¹⁻² โดยเฉพาะในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ใช้สารเสพติด (F1X) ซึ่งพบการเข้าถึงวัคซีนเข็มที่ 1 ในแต่ละช่วงเวลาน้อยที่สุดแตกต่างเมื่อเทียบกับโรคจิตเวชอื่น (P.004) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yang Y และคณะ²² ซึ่งพบว่าร้อยละ 55.6 ของผู้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนัก และร้อยละ 52.3 ของผู้ใช้กัญชา ไม่ต้องการหรือไม่ตัดสินใจที่จะรับวัคซีนโควิด 19 และ Strully KW และคณะ²³ ยังพบว่าในกลุ่มนี้ยังขาดองค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโควิด 19 ทั้งด้านความรุนแรงของโรคและการพัฒนาวัคซีน มีความสงสัยเกี่ยวกับความปลอดภัยและประสิทธิภาพของวัคซีนคล้ายคลึงกับการให้คำตอบเกี่ยวกับทัศนคติต่อวัคซีนดังที่กล่าวมา ตลอดจนช่วงแรกของการระบาดมีการเข้าถึงวัคซีนได้จำกัดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข

ผู้เสพยาเสพติดจึงไม่ถูกรวมเป็นเป้าหมายไปด้วย²⁴ ตลอดจนปัญหาทางการเงิน การเข้าถึงเทคโนโลยีนำไปสู่ปัญหาการลงทะเบียนปัญหาการเดินทาง สิ่งเหล่านี้กั้นขวางและส่งผลกระทบต่ออัตราการเข้าถึงวัคซีนโควิด 19 ในผู้ใช้สารเสพติด ตามการรายงานของ Farah Yasmin และคณะ²⁵

วิธีการเข้าถึงวัคซีนผ่านทางอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มากถึงร้อยละ 85.4 แม้ระยะแรกในระดับประเทศจะวางแนวทางให้ลงทะเบียนจองสิทธิ์และนัดหมายรับบริการผ่านแอปพลิเคชันระบบหมอพร้อม หรือหากไม่มีโทรศัพท์มือถือก็ให้ลงทะเบียนที่โรงพยาบาล⁶ ซึ่งวิจัยนี้ศึกษาในเขตชนบท ประเด็นเศรษฐกิจ การเดินทางความไม่สะดวกตลอดจนข้อจำกัดการเข้าถึงเทคโนโลยีและอินเทอร์เน็ตอาจทำให้มีประชากรที่ไม่สามารถลงทะเบียนตามระบบได้²⁵⁻²⁶ อสม. และ รพ.สต. ซึ่งเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนจึงสามารถประชาสัมพันธ์เชิงรุกในท้องถิ่น และเป็นช่องทางหลักที่ช่วยให้เข้าถึงบริการได้ง่ายกว่าวิธีการอื่น แสดงถึงบทบาทของการดูแลระดับปฐมภูมิที่ยังมีความจำเป็นและสำคัญมากสำหรับบริบทชนบทที่จะช่วยสื่อสารและผลักดันให้นโยบายระดับชาติจากส่วนกลางจนดำเนินการได้สำเร็จ ความแตกต่างในวิธีการเข้าถึงวัคซีนโดยการไม่ได้ลงทะเบียนไว้ล่วงหน้า (walk-in) พบในกลุ่มที่เป็น 607 (อายุ ≥60 ปี หรือ 7 โรคสำคัญ) มากกว่า ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายลำดับแรกที่เจ้าหน้าที่ทุกระดับจะซักจงและผลักดันให้ได้รับวัคซีนตามนโยบายสาธารณสุขในประเทศไทยและต่างประเทศ^{6,24,27} เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้มีนัดรับบริการเป็นประจำตามคลินิกโรคประจำตัว เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันโลหิตสูง คลินิกโรคไต ซึ่งสามารถไปรับการฉีดวัคซีน ณ จุดบริการประจำโรงพยาบาลได้ทันทีตามที่เจ้าหน้าที่ในคลินิกนั้นๆ แนะนำ แม้จะไม่ได้มีการลงทะเบียนล่วงหน้ามาก่อน การประยุกต์และยึดโยงนโยบายใหม่ให้สอดคล้องกับวิธีการรับบริการรูปแบบเดิมและลดขั้นตอนจึงทำให้สะดวกสำหรับผู้รับบริการตลอดจนเอื้อให้นโยบายและมาตรการประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 เป็น CoronaVac และ ChAdOx1-S ตามลำดับ เนื่องจากปลายปี 2564 เป็นช่วงเวลาที่มีการระบาดหนักของเชื้อไวรัสโควิด 19 สายพันธุ์เดลต้าซึ่งมีความรุนแรง ในขณะที่วัคซีนยังมีจำกัด ประเทศไทยจึงมีนโยบายการฉีดวัคซีนหลักระยะนั้นเป็นสูตรไขว้ CoronaVac-ChAdOx1-S ในประชาชนทั่วไปรวมถึงผู้มีโรคประจำตัว 7 โรค และหญิงตั้งครรภ์²⁷ และมีนโยบายเปิดประเทศให้นักท่องเที่ยวเดินทาง

เข้ามาในเดือนพฤศจิกายน 2564 จึงมีการเร่งฉีดวัคซีนในช่วงเวลาดังกล่าว แต่อย่างไรก็ตามอัตราการรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชยังน้อยกว่าประชากรทั่วไป เป็นที่น่าสังเกตว่าแม้หลายโรคทางจิตเวชจะมีลักษณะโรคเรื้อรังและเป็นความพิการชนิดหนึ่งแต่ยังไม่มีการจัดให้อยู่ในกลุ่มลำดับแรกต้องได้รับวัคซีนโควิด 19 เป็นข้อสังเกตเกี่ยวกับการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ แม้กระแสการรณรงค์ให้ฉีดวัคซีนโควิด 19 จะน้อยลงตามเวลาที่ผ่านไป ประชากรส่วนใหญ่ได้รับวัคซีนครบหลายเข็มแล้ว แต่ในกลุ่มเปราะบางหรือบางกลุ่มโรคจิตเวชซึ่งเข้าถึงวัคซีนได้ช้าหรือน้อยกว่าประชากรทั่วไปด้วยข้อจำกัดด้านต่างๆ ของบางกลุ่มโรคจิตเวสดังที่กล่าวไป ผู้ป่วยยังต้องการแรงกระตุ้น การเชิญชวน การอำนวยความสะดวก การสร้างแรงจูงใจและการให้ความสำคัญจากทุกฝ่ายอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นมาตรการและนโยบาย อาทิ ด้านการปกครอง ด้านสาธารณสุข หรือด้านชุมชน ตั้งแต่ระดับอำเภอ จังหวัด ภูมิภาคจนถึงระดับชาติ เพื่อให้กลุ่มดังกล่าวเข้าถึงวัคซีนได้ต่อเนื่องมากขึ้น เทียบเท่า รวดเร็วหรือมากกว่าประชากรทั่วไป และยังเป็นประเด็นสำคัญในการวางต้นแบบในการจัดการและบริหารงานด้านสุขภาพและสาธารณสุขของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในสภาวะวิกฤตต่างๆ ในอนาคตต่อไป

สรุป

การรับวัคซีนโควิด 19 ในผู้ป่วยจิตเวชมีอัตราที่ต่ำกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป โดยกลุ่มผู้เสพสารเสพติดมีอัตราที่ต่ำกว่าโรคจิตเวชอื่น ปัจจัยที่ทำให้โอกาสได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 และ 2 ลดลง ได้แก่ สิทธิผู้พิการ (ความพิการทางจิต) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของวัคซีน และการไม่ได้สนใจโควิด 19 หรือคิดว่าน่าจะไม่ได้ติดเชื้อหรือถ้าติดเชื้อก็ไม่ป่วยรุนแรง ผู้ป่วยจิตเวชบางกลุ่มที่มีแนวโน้มดูแลตนเองได้น้อยมักประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการและการดูแลโดยเฉพาะช่วงแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 หรือแม้แต่วิกฤตการณ์อื่นในอนาคต จึงมีความจำเป็นในการทบทวนการจัดลำดับความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชบางโรคเพื่อให้เข้าถึงบริการทางสาธารณสุขเป็นพิเศษโดยเฉพาะในสภาวะวิกฤตตลอดจนผลักดันให้ตระหนักถึงความสำคัญของผู้ป่วยจิตเวชในระดับนโยบายที่จะเกิดขึ้นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศ.พญ. นวนันท์ ปิยะวัฒน์กุล และ ศ.พญ. สุวรรณภา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลวิจัยทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Sadock BJ, Kaplan HI, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2007.
2. Bramness JG, Gundersen ØH, Guterstam J, Rognli EB, Konstenius M, Løberg EM, et al. Amphetamine-induced psychosis-a separate diagnostic entity or primary psychosis triggered in the vulnerable? BMC Psychiatry 2012;12:221.
3. Warren N, Kisely S, Siskind D. Maximizing the uptake of a covid-19 vaccine in people with severe mental illness: a public health priority. JAMA Psychiatry 2021;78(6):589-90.
4. Li L, Li F, Fortunati F, Krystal JH. Association of a prior psychiatric diagnosis with mortality among hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) Infection. JAMA Netw Open 2020; 3(9): e2023282.
5. Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. World Psychiatry 2021;20:124-30
6. Department of disease control. Guideline for Covid-19 vaccination in Thailand 2021 [Internet]. 2021 (updated 2021 August 17; cited 2021 August 24). Available from: <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8750>
7. Gordon RS Jr. An operation classification of disease prevention. Public Health Rep 1983; 98,107-9.
8. Royal College of Psychiatrists of Thailand. Psychotropic medications and Covid-19 vaccine [Internet]. 2021 (updated 2021 May 24; cited 2021 May 24). Available from: <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/covid-md-040664.pdf>.
9. Ransing R, Dashi E, Rehman S, Chepure A, Mehta V, Kundadak GK. Covid-19 anti-vaccine movement and mental health: challenges and the way forward. Asian J Psychiatr 2021; 58: 102614.
10. Department of Disease Control. Adverse-event definition and basic advice for Covid-19 vaccination [Internet]. 2021 (updated 2021 March 22; cited 2021 May 24). Available from: <https://apps-doe.moph.go.th/boe/software/file/Adverse%20Event%20Following%20Immunization.pdf>
11. Dodd RH, Cvejic E, Bonner C, Pickles K, McCaffery KJ. Willingness to vaccinate against COVID-19 in Australia. Lancet Infect Dis 2021; 21(3): 318-9.
12. MOPH immunization center, Ministry of Public Health. Covid-19 vaccination report [Internet]. (updated 2021-2022; cited 2021 Nov 30, 2021 Dec 31, 2022 Jan 31, 2022 Feb 28). Available from: <https://cvp1.moph.go.th/dashboard/>



13. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, 5th ed [Internet]. 2016 (cited 2021 May 24). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/246208>
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder 5th ed [Internet]. 2013 (cited 2021 May 24). Available from: [https://repository.poltekkkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)
15. Boland RJ, Verduin ML, Ruiz P. Synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.
16. Kulthida S. Covid vaccines: Recent status of 6 Covid 19 vaccine brand names which FDA register in 2020 before upcoming 2021 [Internet]. thai BBC news; 2021 [cited 2021 Dec 29]. Available from: <https://www.bbc.com/thai/thailand-59808231>
17. Bank of Thailand. "Covid 19 vaccines" hope of the world [Internet]. BOT magazine; 2021 [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://www.bot.or.th/Thai/BOTMagazine/Pages/256401GlobalTrend.aspx#>
18. Department of Medical Services. Covid-19 clinical practice guideline 19th ed [Internet]. drug and medical supply information center, Ministry of public health; 2021 [cited 2021 Nov 4]. Available from: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8839>.
19. Salmon DA, Dudley MZ, Brewer J, Kan L, Gerber JE, Budigan H, et al. Covid-19 vaccination attitudes, values and intentions among United States adults prior to emergency use authorization. *Vaccine* 2021;39(19): 2698-711.
20. Leesawat C, Detkong T, Thanaphakawat L. Factors affecting Covid-19 vaccine hesitancy and acceptance. *J Ment health Thai* 2022;30(2):161-70.
21. Roberts M. Vaccines: Low trust in vaccination 'a global crisis' [Internet]. BBC News; 2021 [cited 2021 Dec 16]. Available from: <https://www.bbc.com/news/health-48512923>
22. Yang Y, Dobalian A, Ward KD. Covid-19 vaccine hesitancy and its determinants among adults with a history of tobacco or marijuana use. *J Community health* 2021;6:1-9.
23. Strully KW, Harrison TM, Pardo TA, Carleo-Evangelist J. Strategies to address Covid-19 vaccine hesitancy and mitigate health disparities in minority populations. *Front Public Health* 2021;9:645268. 10.3389/fpubh.2021.645268.
24. Arcadepani FB, De Macedo MACF, Tardelli VS, Martins SS, Fidalgo TM. Covid-19 vaccination among socially vulnerable people who use drugs. *Addiction* 2021;116:2590-1. 10.1111/add.15500.
25. Yasmin F, Najeeb H, Asghar MS, Ullah I, Islam SMS. Increased Covid-19 infection risk, Covid-19 vaccine inaccessibility, and unacceptability: worrisome trio for patients with substance abuse disorders. *J Glob Health* 2021;11:03106.
26. Perri M, Guta A, Gagnon M, Bonn M, Leece P, Bayoumi AM, et al. Developing a digital health strategy for people who use drugs: lessons from covid-19. *Digit Health* 2021;7:20552076211028404.
27. Division of Health Economics and Health Security. Covid-19 vaccination guideline [Internet]. Department of Disease Control; 2021 (updated 2021 Aug 25; cited 2021 Dec 29). Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/v.11%20คำแนะนำการฉีดวัคซีนโคโรนาไวรัส%2019%20ACIP.pdf>.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของระหว่งโรคจากการนอนหลับและโรคซึมเศร้า

ศรัชชา เทียนสันติสุข*, ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล*, ภัทรพร วิสาจันทร์**, อภิสิตี บุญเกิด***

*สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ โรคซึมเศร้านับเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่ง โรคซึมเศร้าและการนอนหลับมีความสัมพันธ์กันแบบสองทิศทาง กล่าวคือโรคซึมเศร้าสามารถทำให้เกิดโรคจากการนอนหลับและการนอนหลับที่ไม่ดี รวมถึงโรคจากการนอนหลับสามารถเป็นปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางที่โรงพยาบาลรามาธิบดี แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา โดยเก็บข้อมูลจากคนไข้โรคซึมเศร้าที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ระบบประสาทวิทยาจำนวน 122 คน โดยคนไข้ที่เข้าร่วมการวิจัยได้รับการประเมินคุณภาพการนอนหลับโดยแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) ฉบับภาษาไทย เพื่อหาความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยใช้ t-test, chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ที่ 53.27% และคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในสมองส่วน temporal อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) และอายุ ($P = 0.01$)

สรุป ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่ในระดับที่สูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่โรคซึมเศร้าในสมองส่วน temporal และอายุมาก การตระหนักถึงความสำคัญ การคัดกรอง และการรักษาแบบองค์รวมสามารถช่วยควบคุมภาวะซึมเศร้าส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับที่ดีในผู้ป่วย รวมถึงส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ คุณภาพการนอนหลับ โรคซึมเศร้า ประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index

Corresponding author: ศรัชชา เทียนสันติสุข

สถาบันการแพทย์จักรีนฤเบดินทร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: refnferm@hotmail.com

วันรับ : 6 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 6 เมษายน 2566 วันตอบรับ : 3 พฤษภาคม 2566

Prevalence and Correlation Between Sleep Disorder and Epilepsy

Saratcha Tiensuntisook*, Tantawan Awirutworakul*, Pattarabhorn Wisajun**, Apisit Bungird***

*Chakri Naruebodindra Medical Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

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

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

ABSTRACT

Objective: Epilepsy is one of the most common neurological diseases. Epilepsy and sleep have a bidirectional relationship. Epilepsy can cause sleep disorder in patients. Concurrently, poor sleep quality or sleep disorder may trigger epileptic seizure. Understanding this relationship can provide early intervention for better sleep and epilepsy control including screening and preventing possible following comorbidities.

Methods: A cross-sectional study was conducted at Ramathibodi Hospital, Bangkok, Thailand. A Total of 122 patients, diagnosed by a neurologist as those who had epilepsy, were recruited at the outpatient neurology clinic of the hospital. In this study, the demographic data of all patients was collected. All participants were evaluated for their sleep quality, using a Thai version of the Pittsburgh sleep quality index questionnaire. The prevalence of poor sleep quality was determined. The correlation between potential variables and the presence of sleep quality in patients with epilepsy was analyzed using t-test, chi-square and Fisher's exact test.

Results: From our findings, the prevalence of poor sleep quality was 53.27%. Poor sleep quality was found to be statistical significance correlated with temporal lobe epilepsy ($p < 0.01$) and age ($p = 0.01$).

Conclusion: The prevalence of poor sleep quality among Thai patients with epilepsy was high especially in temporal lobe epilepsy and older patients. Awareness and Screening for sleep quality in patients with epilepsy could help physician provide early intervention for better sleep, control epilepsy and improve patients' quality of life.

Keywords: Sleep quality, epilepsy, Pittsburgh sleep quality index questionnaire

บทนำ

โรคลมชักนับเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยที่สุดโรคหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกว่า 70 ล้านคนทั่วโลก¹ ความบกพร่องในความรู้คิดทางสังคม และโรคร่วมอื่นที่สามารถเกิดร่วมกับโรคลมชัก ทำให้ความสามารถรวมถึงทักษะทางสังคมของผู้ป่วยลดลง และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้เป็นอย่างมาก²

ก่อนหน้านี้นี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคลมชักและการนอนหลับอยู่หลายการศึกษา³⁻⁷ โรคลมชักสามารถส่งผลกระทบต่อวงจรสร้างของการนอนหลับ และทำให้อาการของโรคลมชัก การนอนหลับแย่ลง ซึ่งผลกระทบจากโรคลมชักต่อการนอนหลับสามารถอธิบายได้จากพยาธิสรีรวิทยาของโรคลมชัก ที่ส่งผลเพิ่มระยะการนอนหลับที่ไม่มีตากระตุก N1 และ N2 การลดลงของลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองแบบ sleep spindle และลดระยะการนอนหลับที่มีตากระตุก³ การชักที่เกิดจากการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงของระยะการนอนหลับที่มีตากระตุก และประสิทธิภาพการนอนหลับ การนอนหลับที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการชักจะทำให้เกิดการตื่นระหว่างคืนและนำไปสู่ปัญหาการนอนหลับ และโรคลมชักการนอนหลับได้⁴ ในทางกลับกันการนอนหลับสามารถส่งผลกระทบต่อความถี่ของการเกิดการชัก และระดับการเกิดการชัก (seizure threshold) การนอนหลับที่ไม่เพียงพอสามารถกระตุ้นทำให้เกิดการชักได้ นอกจากนี้การนอนหลับยังมีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน (sudden unexpected death) ในคนไข้โรคลมชักอีกด้วย⁵ จากการศึกษาเดียวกันนี้ยังพบว่า การนอนหลับอย่างมีคุณภาพช่วยควบคุมอาการชักและป้องกันโรคร่วม รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากโรคลมชักได้

การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับในระดับนานาชาติมีการใช้แบบสอบถาม Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire (PSQI) ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับ รวมถึงมีการใช้แบบสอบถามนี้ในการประเมินคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก ซึ่งผลจากหลายการศึกษาพบว่า คนไข้โรคลมชักมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี⁶⁻⁷ และมีคะแนนรวมจากแบบสอบถาม PSQI อยู่ในระดับสูง (คะแนนรวมจากแบบสอบถาม PSQI ที่มากกว่า 5 หมายถึง การมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี)

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับโรคลมชักการนอนหลับในคนไข้กลุ่มโรคลมชัก แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรในวัยเด็กและวัยรุ่น⁸ ในการศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายที่จะศึกษา

เกี่ยวกับโรคจากการนอนหลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในกลุ่มประชากรโรคลมชักในวัยผู้ใหญ่ เพื่อสร้างความตระหนักในความสำคัญของการนอนหลับในผู้ป่วยโรคลมชัก ทำให้คุณภาพของการนอนหลับในผู้ป่วยโรคลมชักดีขึ้น และส่งผลดีต่อการควบคุมโรคลมชัก ตลอดจนป้องกันโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ซึ่งจะ使人ไข้โรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุก และปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างโรคลมชัก การนอนหลับและโรคลมชัก

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางที่โรงพยาบาลรามาริบัติ แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา โดยเก็บข้อมูลจากคนไข้โรคลมชักที่ได้รับการวินิจฉัยจากอายุรแพทย์ระบบประสาทวิทยาจำนวน 122 คน ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าใจการสื่อสารโดยวิธีการฟัง พูด อ่าน เขียนตามปกติได้ และมีเกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวทางจิตเวช และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวอื่นที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงชื่อยินยอมร่วมการศึกษา โดยข้อมูลจากการวิจัยได้มาจากแหล่งข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากเวชระเบียน ได้จากการทบทวนเวชระเบียนเกี่ยวกับประวัติโรคลมชัก ชนิดของโรคลมชัก ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมอง จำนวนยากันชักที่ใช้ในการรักษา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากแบบสอบถาม

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ

2.2 แบบประเมินคุณภาพการนอนหลับพิตส์เบิร์ก (Pittsburgh sleep quality index) ฉบับภาษาไทย⁹ ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง เป็นแบบสอบถามมาตรฐานที่สามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา โดยสามารถประเมินคุณภาพการนอนหลับใน 7 ด้าน ได้แก่ คุณภาพ

การนอนหลับตามอัตวิสัย (Subjective sleep quality) ระยะเวลาตั้งแต่เข้านอนจนถึงหลับ (Sleep latency) ระยะเวลาการนอนหลับ (Sleep duration) ประสิทธิภาพการนอนหลับ (sleep efficiency) การรบกวนการนอนหลับ (Sleep disturbance) การใช้ยานอนหลับ (Use of sleep medication) และความผิดปกติด้านการนอนหลับในช่วงกลางวัน (Daytime dysfunction) โดยคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี แบบสอบถามนี้มีความแม่นยำและความน่าเชื่อถืออยู่ในเกณฑ์ดีโดยมี Cronbach's alpha ที่ 0.83 และค่า intraclass correlation coefficient ที่ 0.89 มีค่าความไวร้อยละ 89.6 และมีค่าความจำเพาะร้อยละ 86.5 วิเคราะห์ข้อมูลโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ SPSS โดยใช้ t-test chi-square และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา

ปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

จากผลการศึกษาพบว่าอายุเป็นปัจจัยด้านบุคคลที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.01) ดังแสดงในตารางที่ 1

ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

ผู้ป่วยโรคลมชักได้ทำการตอบแบบสอบถาม PSQI เพื่อประเมินคุณภาพของการนอนหลับ โดยแบบสอบถามมีจุดตัดอยู่ที่ 5 คะแนน กล่าวคือหากผู้ป่วยมีคะแนนรวมที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนที่ดี และคะแนนรวมที่มากกว่า 5 คะแนน หมายถึง การมีคุณภาพการนอนที่ไม่ดี จากผลการศึกษาพบว่า 53.27% หรือ 65 คน จาก 122 คน ของผู้ป่วยโรคลมชักมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

ปัจจัยทางลักษณะของโรคลมชักที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

จากการทบทวนเวชระเบียนของกลุ่มคนไข้โรคลมชักในสวนที่เกี่ยวข้องกับประวัติโรคลมชัก ชนิดของโรคลมชัก ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองและจำนวนยากันชักที่ใช้ในการรักษา พบการบันทึกบริเวณที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติในคนไข้โรคลมชักเพียง 105 คน จากคนไข้ทั้งหมด 122 คน

จากผลการศึกษาพบว่าประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มคนไข้โรคลมชัก พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal คิดเป็นร้อยละ 31.14 และประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มคนไข้โรคลมชักใช้ยากันชักจำนวน 1 ชนิด ในการรักษาคิดเป็น

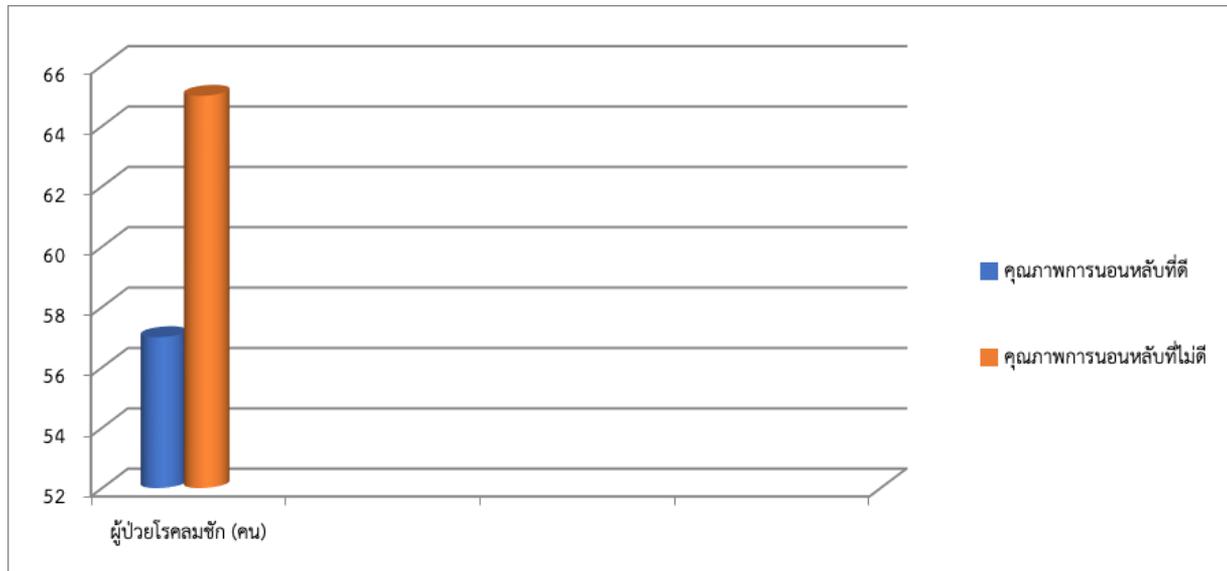
ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

	คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (จำนวน=65)	คุณภาพการนอนหลับที่ดี (จำนวน=57)	P-value
อายุเฉลี่ย (SD)	48.22 (14.30)	43.26 (14.12)	0.01
เพศ จำนวน (%)			0.33
เพศชาย	34 (52.30)	30 (52.63)	
เพศหญิง	31 (47.69)	27 (47.36)	
ระดับการศึกษา จำนวน (%)			0.44
มัธยมปลายหรือต่ำกว่า	21 (32.30)	18 (31.57)	
ปริญญาตรี	24 (36.92)	22 (38.59)	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	20 (30.76)	17 (29.82)	
อาชีพ จำนวน (%)			0.56
มีงานทำ	34 (52.30)	31 (54.38)	
ไม่มีงานทำ	31 (47.69)	26 (45.61)	

ร้อยละ 63.11 และจากผลการศึกษายังพบว่า ลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal เป็นปัจจัยทางลักษณะของโรคลมชักที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ในขณะที่จำนวนของยากันชักที่ใช้ในการรักษาไม่ได้เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.081$) ดังแสดงในตารางที่ 2

วิจารณ์

การนอนหลับที่ไม่ได้คุณภาพนับเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยที่สุดปัญหาหนึ่งในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก¹⁰ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มคนไข้โรคลมชักมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีร้อยละ 1.5 - 41.1 ซึ่งถือว่าสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปที่มีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในช่วงร้อยละ 3 - 18.1%¹¹⁻¹² และผลจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษา



แผนภูมิที่ 1 ความชุกของคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

ตารางที่ 2 ปัจจัยทางลักษณะของโรคลมชักที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก

	คุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดี (จำนวน=65)	คุณภาพการนอนหลับที่ดี (จำนวน=57)	P-value
บริเวณที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติ จำนวน (%)			<0.01
สมองบริเวณส่วน Frontal	11 (16.92)	12 (21.05)	
สมองบริเวณส่วน Temporal	34 (52.30)	4 (7.01)	
สมองบริเวณส่วน Frontotemporal	9 (13.84)	11 (19.29)	
สมองบริเวณส่วนอื่นๆ	2 (3.07)	22 (38.59)	
ไม่พบการบันทึกข้อมูลลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองในเวชระเบียน	9 (13.84)	8 (14.03)	
จำนวนของยากันชักที่ใช้ในการรักษา จำนวน (%)			0.081
1	36 (55.38)	41 (71.92)	
2	20 (30.76)	8 (14.03)	
3	9 (13.84)	8 (14.03)	

ที่ผ่านมา โดยพบว่ากลุ่มคนไข้โรคลมชักมีคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีได้ถึงร้อยละ 53.27 ซึ่งถือว่าสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปมีการศึกษาผลกระทบจากโรคลมชักที่มีต่อการนอนหลับโดยอธิบายจากพยาธิสรีรวิทยาของโรคลมชัก ซึ่งส่งผลเพิ่มระยะการนอนหลับที่ไม่มีตากระตุก N1 และ N2 การลดลงของลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองแบบ sleep spindle และการลดลงของระยะการนอนหลับที่มีตากระตุก³ นอกจากนี้โรคลมชักยังส่งผลกระทบต่อโครงสร้างของการนอนหลับและทำให้อาการของโรคจากการนอนหลับแย่ลง การชักที่เกิดจากการนอนไม่หลับมีความเกี่ยวข้องกับการลดลงของระยะการนอนหลับที่มีตากระตุกและประสิทธิภาพการนอนหลับ อีกทั้งประสิทธิภาพของการนอนหลับจะแย่ลงหากการชักนั้นเกิดขึ้นระหว่างรอบแรกของระยะการนอนหลับที่มีตากระตุก³

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างพบว่า กลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal มีคุณภาพของการนอนหลับที่แย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเทียบกับกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วนอื่น ($P < 0.001$) ซึ่งตรงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่มีการศึกษาเกี่ยวกับบริเวณที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติในกลุ่มคนไข้โรคลมชักโดย Scarlatelli-Lima และคณะ พบว่าร้อยละ 27 ของกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal มีค่าคะแนนรวมจากแบบประเมิน PSQI ที่สูงกว่า 5¹⁴ นอกจากนี้การศึกษาของ Nayak และคณะ¹⁵ รวมถึง Yaranagula และคณะ¹⁶ ยังพบว่าในกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal มีคุณภาพของการนอนหลับที่แย่กว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรปกติ ซึ่งใช้การประเมินคุณภาพของการนอนหลับจากแบบสอบถาม PSQI เช่นกัน มีหลายการศึกษาอธิบายถึงพยาธิสรีรวิทยาของโรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal และคุณภาพของการนอนหลับ โดยในการศึกษาของ Crespel และคณะ¹⁷ ที่พบการรบกวนของโครงสร้างการนอนหลับและประสิทธิภาพการนอนหลับที่ลดลงในกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal นอกจากนี้ในการศึกษาของ Yildiz และคณะ¹⁸ ยังพบว่ากลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ

หยุดหายใจในขณะหลับที่สูงขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับ อีกการศึกษาที่สนับสนุนถึงคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal คือการศึกษาที่อธิบายถึงการพบโรคร่วมทางจิตเวชในคนไข้กลุ่มนี้ ซึ่งพบโรคร่วมเป็นโรคทางอารมณ์ได้ร้อยละ 25.8 โรคจิตร้อยละ 15.8 และโรควิตกกังวลร้อยละ 14.1¹⁹⁻²⁰ จากการศึกษาทั้งหมดได้แสดงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal ทั้งในด้านพยาธิสรีรวิทยาของโรคลมชักที่พบลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองที่ผิดปกติบริเวณสมองส่วน temporal โรคร่วมภาวะหยุดหายใจในขณะหลับ และโรคร่วมทางจิตเวช

อีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการนอนหลับในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก คือ ยาต้านชัก ยาต้านชักสามารถส่งผลให้เกิดการตื่นตัว และมีผลกระทบโดยตรงต่อโครงสร้างการนอนหลับ¹³ อย่างไรก็ตามสำหรับการรักษาที่ผ่านมายังคงไม่มีผลสรุปที่ชัดเจนของยาต้านชักที่มีต่อการนอนหลับ สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้อย่างพบว่า จำนวนของยาต้านชักที่ใช้ในการรักษากลุ่มคนไข้โรคลมชักไม่ได้มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนไข้โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.081$) แต่ยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยในด้านชนิดของยาต้านชักแต่ละตัวที่ใช้ในการรักษาว่ามีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพการนอนหลับของกลุ่มคนไข้โรคลมชักหรือไม่

ในการศึกษานี้ยังพบว่าปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่ไม่ดีในกลุ่มคนไข้โรคลมชักอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.01$) ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่าปัจจัยด้านอายุมีความเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาวงจรการนอนหลับ²¹⁻²² การลดลงของประสิทธิภาพการนอนหลับและระยะเวลาการนอนหลับลึก

การนอนหลับและโรคลมชักมีความเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกัน กล่าวคือการนอนหลับที่ไม่ดีหรือโรคจากการนอนหลับสามารถส่งผลกระทบต่ออาการและการดำเนินโรคของโรคลมชักได้ ดังนั้นการตระหนักถึงความสำคัญ การตรวจคัดกรองคุณภาพการนอนหลับ หรือโรคจากการนอนหลับจึงเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก เพื่อป้องกันโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่มคนไข้โรคลมชัก และยังทำให้กลุ่มคนไข้โรคลมชักมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วย

ข้อจำกัด

1. ไม่พบการบันทึกข้อมูลลักษณะคลื่นไฟฟ้าสมองของกลุ่มประชากรผู้ป่วยโรคลมชักของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในเวชระเบียนจำนวน 17 คน

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคลมชักที่แผนกผู้ป่วยนอก อายุรกรรมระบบประสาท โรงพยาบาลรามาริบัติเท่านั้น ยังไม่สามารถใช้เป็นตัวแทนของประชากรโรคลมชักทั้งหมดได้ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรโรคลมชักในบริบทอื่นๆ เพิ่มเติม

3. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (cross-sectional descriptive research) จึงไม่สามารถระบุถึง causal relationship ได้ จึงควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาวเพิ่มเติมต่อไป

สรุป

ความชุกของโรคจากการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักสูงกว่าความชุกในกลุ่มประชากรปกติ บุคลากรทางการแพทย์ความตระหนักและให้ความสำคัญกับการนอนหลับในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก มีการประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวมให้ผู้ป่วยมีการนอนหลับที่ดี สามารถควบคุมอาการชักได้ และคัดกรองโรคร่วมหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชัก เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคลมชักในสมองส่วน temporal (temporal lobe epilepsy) และผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาจารย์ อภิสิทธิ์ บุญเกิด อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา โรงพยาบาลรามาริบัติ ที่ช่วยเหลือและสนับสนุนในการเก็บข้อมูลในกลุ่มคนไข้โรคลมชักแผนกผู้ป่วยนอก สาขาอายุรกรรมระบบประสาท อาจารย์ ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งเป็นที่ปรึกษาโครงการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ รวมถึงอาจารย์ รุ่งภัทร เริงพิทยา และอาจารย์ ธนิตา ตันตระกูลโรจน์ อาจารย์ประจำมหาวิทยาลัยมหิดล ที่กรุณาสละเวลาในการทบทวนและแนะนำการเขียนนิพนธ์ฉบับ

จริยธรรมการวิจัยในคน

การศึกษานี้ได้รับการยินยอมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล (Protocol Number ID 08-59-81)

การขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้เข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้และลงที่ยินยอมร่วมการศึกษา

แหล่งทุนการศึกษาวิจัย

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflict of interest statement)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (Authors' contributions)

ศรีชา เทียนสันติสุข ออกแบบงานวิจัย เก็บข้อมูลวิเคราะห์และอภิปรายผล เขียนนิพนธ์ต้นฉบับ
ภัทรพร วิสาจันทร์ เก็บและวิเคราะห์ข้อมูล
ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล ที่ปรึกษาโครงการวิจัย
อภิสิทธิ์ บุญเกิด เก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

- Roland D, Rainer S, Terence J, Josemir W. Epilepsy in adults. *Lancet* 2019; 393(10172): 689-701.
- Mahinda Y, Marco M. Social cognition, psychiatric comorbidities and quality of life in adults with epilepsy. *Epilepsy and Behavior* 2019; 100(Pt B): 106321.
- Sean L. Sleep and epilepsy: a complex interplay. *The journal of Missouri State Medical Association* 2017; 114(6): 453-57.
- Madeleine G, Nancy F. Bidirectional relationships of sleep and epilepsy in adults with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2021; 116: 107735.
- Ahmer A, Shasha W, Naoum P, Sandra R, Vernon L, Peter W, et al. Association of sleep with sudden unexpected death in epilepsy. *Epilepsy Behav* 2017; 76: 1-6.
- Bazil C. Epilepsy and sleep disturbance. *Epilepsy Behav* 2003; 4: 39-45.
- Vignatelli L, Bisulli F, Naldi I, Ferioli S, Pittau F, Provini F, et al. Excessive daytime sleepiness and subjective sleep quality in patients with nocturnal frontal lobe epilepsy: a case-control study. *Epilepsia* 2006; 47: 73-77.
- Rasindra J, Pluemkamon R, Piradee S. Sleep problems among children and adolescents with epilepsy in Thailand: single-center cross-sectional study. *Sleep* 2021; 44: A247.
- Tullaya S, Sontuss B, Pimon R, Wattanachai C. Reliability and validity of the Thai Version of the Pittsburgh sleep quality index. *J Med Assoc Thai* 2014; 97 (Suppl. 3): S57-S67.



10. Vefa I, Ahmet U, F I. Subjective sleep disturbance in epilepsy patients at an outpatient clinic: a questionnaire-based study on prevalence. *Epilepsy Research* 2015; 115: 119-25.
11. Im H, Park S, Baek S, Chu M, Yang K, Kim W et al. Associations of impaired sleep quality, insomnia, and sleepiness with epilepsy: a questionnaire-based case-control study. *Epilepsy and Behavior* 2016; 57: 55-59.
12. Unterberger I, Gabelia D, Prieschl M, Chea K, Hofer M, Hogl B et al. Sleep disorders and circadian rhythm in epilepsy revisited: a prospective controlled study. *Sleep Medicine* 2015; 16: 237-242.
13. Bruno M, João C, António M. Effects of antiepileptic drugs on sleep architecture parameters in adults. *Sleep Science* 2022; 15(2): 224-244.
14. Scarlatelli L, Sukys C, Watanabe N, Guarnieri R, Walz R, Lin K. How do people with drug-resistant mesial temporal lobe epilepsy sleep? A clinical and video-EEG with EOG and submental EMG for sleep staging study. *eNeurological Science* 2016; 4: 34-41.
15. Nayak C, Sinha S, Nagappa M, Thennarasu K, Taly A. Effect of carbamazepine on the sleep microstructure of temporal lobe epilepsy patients: a cyclic alternating pattern-based study. *Sleep Medicine* 2016; 2: 80-85.
16. Yaranagula S, Asranna A, Nagappa M, Nayak C, Pratyusha P, Mundlamuri R. et al. Sleep profile and polysomnography in patients with drug-resistant temporal lobe epilepsy (TLE) due to hippocampal sclerosis (HS) and the effect of epilepsy surgery on sleep-a prospective cohort study. *Sleep Medicine* 2021; 80: 176-183.
17. Crespel A, Coubes P, Baldy-M. Sleep influence on seizures and epilepsy effects on sleep in partial frontal and temporal lobe epilepsies. *Clinical Neurophysiology* 2000; 111 S54-S59.
18. Yildiz F, Tezer F, Saygi S. Temporal lobe epilepsy is a predisposing factor for sleep apnea: a questionnaire study in video-EEG monitoring unit. *Epilepsy Behav* 2015; 48: 1-3.
19. Filho GM, Rosa VP, Lin K, Caboclo LO, Sakamoto AC, Yacubian EM. Psychiatric comorbidity in epilepsy: a study comparing patients with mesial temporal sclerosis and juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav* 2008 Jul;13(1):196-201.
20. Ertem D, Dirican A, Aydin A, Baybas S, Sözmen V, Ozturk M, et al. Exploring psychiatric comorbidities and their effects on quality of life in patients with temporal lobe epilepsy and juvenile myoclonic epilepsy. *Psychiatry Clin Neurosci* 2017; 71: 280-8.
21. Andrew G, Meredith S, Yue L, Rogier A, Cam C. How are age-related differences in sleep quality associated with health outcomes? An epidemiological investigation in a UK cohort of 2406 adults. *BMJ Open* 2017; 7(7): e014920.
22. Christian C, Mirjam M, Vera K, Katharina B, Anna W. Age-related changes in the circadian and homeostatic regulation of human sleep. *Chronobiol Int* 2006; 23(1-2): 461-74.

การบำบัดโดยใช้การเจริญสติเป็นพื้นฐานเพื่อเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจต่อความเครียดในนักศึกษาแพทย์: การศึกษาที่ทดลอง

อารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์*, สหัทธยา นิยะโมสถ**, ปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์***

*สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

**สาขาวิชารังสีวิทยา สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

***สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจระหว่างนักศึกษาในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) และกลุ่มบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา (Advice Group)

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Designs) ผู้วิจัยได้ดำเนินการสุ่มการบำบัดทั้ง 2 วิธี ให้กับนักศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย จำแนกเป็นกลุ่มบำบัดด้วยสติเป็นฐาน 40 คน และกลุ่มบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา 40 คน และเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงก่อนบำบัด และหลังการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 โดยใช้แบบประเมิน 2 ส่วนหลัก คือ 1) แบบประเมินความเครียดสวนปรง (Suanprung Stress Test-20; SPST-20) และ 2) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Independent Sample t-test และ Paired-sample t-test

ผลการศึกษา คะแนนความเครียดเฉลี่ยก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ของนักศึกษาในกลุ่มบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) เท่ากับ 49.20, 46.30 และ 47.98 และกลุ่มบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา (Advice Group) เท่ากับ 47.48, 46.95 และ 46.78 ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีระดับความเครียดเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) หลังจากได้รับการบำบัดแล้ว กลุ่ม Mindfulness Group มีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เท่ากับ 55.98, 55.48 และกลุ่ม Advice Group เท่ากับ 55.78, 55.88 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจในแต่ละองค์ประกอบ ระหว่างก่อนบำบัดและหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 พบว่ากลุ่ม Mindfulness Group มีความสามารถในการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ($p<0.05$) แต่กลุ่ม Advice Group มีความสามารถในการด้านกำลังใจที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ($p<0.05$) อีกทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจในภาพรวมไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

สรุป ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ให้คำปรึกษาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาควรนำการบำบัดด้วยสติเป็นฐานและการบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษาใช้ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการของนักศึกษาเป็นหลัก นำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจของนักศึกษา

คำสำคัญ สติ ความเครียด ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ

Corresponding author: อารีรัตน์ สิริพงศ์พันธ์

สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

E-mail: areerat.si@sut.ac.th

วันรับ : 20 กุมภาพันธ์ 2566 วันแก้ไข : 22 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับ : 24 พฤษภาคม 2566

Using Mindfulness-Based Interventions for Increasing Medical Students' Resiliency to Stress: Quasi-Experimental Study

Areerat Siripongpan*, Sahattaya Niyamosot**, Paninun Srinuchasart***

*School of Psychiatry, Institute of Medicine, Suranaree University of Technology

**School of Radiology, Institute of Medicine, Suranaree University of Technology

***School of Pediatrics, Institute of Medicine, Suranaree University of Technology

ABSTRACT

Objective: This study aims to compare resilience quotient between students given mindfulness-based therapy (Mindfulness Group) and students given advice therapy (Advice Group).

Methods: The study is conducted on the basis of a quasi-experimental design. Two types of the therapy are given to students through a simple random sampling method. There are 40 students in the mindfulness group and 40 students in the advice group. Data are collected in pre-intervention, week 4 and week 8. We used two main assessments: 1) the Suanprung Stress Test-20; SPST-20 and 2) the Resilience Quotient; RQ. Data are analyzed using descriptive statistics, independent sample t-test and paired-sample t-test.

Results: The average stress scores in pre-intervention, week 4, and week 8 of students in the Mindfulness Group were 49.20, 46.30, and 47.98, and those of students in the Advice Group were 47.48, 46.95, and 46.78, respectively. Both groups had no statistical difference ($p>0.05$). After the intervention, the Mindfulness Group had a resilience quotient of 55.98 at week 4 and 55.48 at week 8, while the Advice Group had a resilience quotient of 55.78 and 55.88, respectively. The comparison of resilience quotient in each aspect between pre-intervention, week 4, and week 8 found that students in the Mindfulness Group had increased resilience quotient regarding problem management in week 8 ($p>0.05$) but students in the Advice Group had increased resilience quotient regarding encouragement in week 8 ($p>0.05$), showing that students in the Mindfulness Group and Advice Group had no difference of resilience quotient ($p>0.05$).

Conclusion: The study results indicated that consultants or advisors should combine mindfulness-based therapy with advice therapy by focusing on students' needs, which shall lead to the development resilience quotient among students.

Keywords: mindfulness, stress, resilience

Corresponding author: Areerat Siripongpan

E-mail: areerat.si@sut.ac.th

Received 20 February 2023 Revised 22 May 2023 Accepted 24 May 2023

บทนำ

ความเครียด (stress) เป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุด ถ้าหากเครียดเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมอาจกลายเป็นความเครียดเรื้อรังหรือรุนแรงขึ้น จนนำไปสู่โรคทางจิตเวช (mental disorders) ได้ นักศึกษาแพทย์มีอัตราความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตายสูง เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรทั่วไป การเรียนแพทย์นั้นมักสร้างความเครียดให้กับนักศึกษาแพทย์ ส่งผลเสียต่อความสามารถในการปรับตัวและสภาพทางจิตใจ¹⁻² นักศึกษาแพทย์ที่มีความเครียดในระดับสูง มักมีผลการเรียนต่ำตามไปด้วย เกิดผลกระทบต่อความจำและการตัดสินใจ³ ซึ่งความทุกข์ยาก (distress) และความเหนื่อยหน่าย (burnout) เป็นสิ่งที่พบได้บ่อยในนักศึกษาแพทย์ ทำให้เกิดข้อผิดพลาดทางการแพทย์ที่เพิ่มขึ้น และเพิ่มโอกาสที่จะเกิดการผิดจรรยาบรรณมากขึ้นเมื่อสำเร็จการศึกษา⁴⁻⁵ อย่างไรก็ตามความเครียดก็ไม่ได้จะก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเสมอไป ความเครียดในปริมาณที่พอเหมาะจะทำให้เกิดความรู้สึกตื่นเต้น (excitement) ทำทาย (challenging) และเกิดการพัฒนาดตนเอง (personal growth)⁶

ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (resilience) เป็นความสามารถในการปรับตัวของแต่ละบุคคลและฟื้นตัวกลับสู่สภาวะปกติ ซึ่งเป็นความสามารถในการทนต่อความยากลำบากที่แตกต่างกัน ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ จะช่วยในการปรับตัวหรือการฟื้นตัวจากความเครียดและการปกป้องตนเองจากความทุกข์ที่เกิดจากความเครียด⁷ จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจมีความสัมพันธ์โดยตรงกับความเครียดจากสิ่งแวดล้อม⁸ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญในการจัดการศึกษาที่ช่วยให้นักศึกษาแพทย์พัฒนาทักษะดังกล่าวในการคงอยู่ในการเรียนและสำเร็จการศึกษาได้อย่างไม่มีปัญหาสุขภาพจิต

การพัฒนาทักษะการคิดเชิงบวก หรือทักษะความยืดหยุ่นต่อปัญหาสามารถดำเนินการได้หลายวิธี การฝึกสติเป็นอีกวิธีที่นิยมนำมาใช้ ซึ่งสติหมายถึงการรับรู้ที่ไม่ซับซ้อน การไม่ตัดสิน การตระหนักรู้ อยู่กับปัจจุบัน ยอมรับในสิ่งที่เห็น สิ่งที่เป็น และสิ่งที่เกิดขึ้น⁹ ในการศึกษาประสิทธิภาพของการฝึกสติพบว่า การฝึกสติช่วยพัฒนาความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น (Empathy and Compassion) ทำให้ผู้ฝึกสติจะมีการตัดสินใจดีขึ้น สร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย และมีผลต่อความยืดหยุ่นของสมอง (neural plasticity)¹⁰⁻¹¹ สติถูกนำไปใช้เป็นที่เครื่องมือเพื่อช่วยให้นักศึกษา

มีความสุข หรือมีสุขภาพใจที่แข็งแรง¹² ในปัจจุบันการแทรกแซงที่อิงสติเป็นฐาน (Mindfulness-based intervention) สำหรับการดูแลปัญหาทางสุขภาพจิตกำลังได้รับความนิยมมากขึ้น¹³⁻¹⁴ การรักษาทางด้านจิตใจมีการบูรณาการของการเจริญสติมากขึ้น เช่น การลดความเครียดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based stress reduction; MBSR) การยอมรับและรักษาสัญญา (acceptance and commitment therapy; ACT) พฤติกรรมบำบัดวิภาษ (dialectical behavioral therapy; DBT) การบำบัดความคิดด้วยการเจริญสติ (mindfulness-based cognitive therapy; MBCT) การเสริมสร้างความสัมพันธ์เชิงการเจริญสติ (mindfulness-based relationship enhancement; MBRE) เป็นต้น¹⁵⁻¹⁹ จากการศึกษาของ Waechter R. พบว่า ผลของโปรแกรมการแทรกแซงด้านสุขภาพ (wellness intervention) ร่วมกับกิจกรรมอื่นๆ (การเล่นโยคะ การฝึกสติ การเดิน) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่า นักศึกษาแพทย์ที่ได้รับโปรแกรมมีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังมีการศึกษาอีกหลายงานวิจัยที่พบว่าการฝึกสติช่วยลดความเครียดในนักศึกษาแพทย์²⁰⁻²³

สำหรับในประเทศไทย มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการเจริญสติต่อการพัฒนาดตนเองของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยผู้สอนจะฝึกให้นักศึกษาเข้าถึงภาวะของสติปัจจุบัน และสอนการประยุกต์ใช้สติในชีวิตประจำวัน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาทุกคนมีสติในอิริยาบถต่างๆ เพิ่มขึ้น และสามารถนำสติมาประยุกต์ใช้ในการเรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น²⁴ ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำการเจริญสติมาประยุกต์ใช้ในการดูแลนักศึกษาแพทย์ ซึ่งเป็นนักศึกษาที่มีความเครียดสูง ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของการทำกลุ่มบำบัดโดยใช้สติเป็นฐาน (การฝึกสติ) เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมให้นักศึกษาแพทย์มีความคิดที่ยืดหยุ่น หรือการเพิ่มความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ สำหรับการแก้ปัญหาอย่างเหมาะสมเมื่อต้องเผชิญปัญหา หรืออุปสรรคต่างๆ รวมถึงนำผลการวิจัยมาพัฒนาระบบการดูแลนักศึกษาแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness) โดยเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพื้นฐานคือการให้คำปรึกษา (Advice Group)

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาแพทย์ 4 ชั้นปี ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1, 3, 4, และ 5 รวมจำนวน 80 คน โดยนักศึกษาแต่ละชั้นปีจะได้รับการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) จำนวน 40 คน และ 2) กลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพื้นฐานคือการให้คำปรึกษา (Advice Group) จำนวน 40 คน ทั้งสองกลุ่มจะได้รับการบำบัดที่ต่างกัน โดยกลุ่มการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) จะได้รับการบำบัดด้วยกิจกรรมการรู้จักตนเอง (Self-awareness) การรับรู้ของร่างกาย (body scan) การกำหนดรู้เฉยๆ (bare attention) และการเรียนรู้ใหม่ (new learning) และกลุ่มการบำบัดด้วยวิธีพื้นฐานคือการให้คำปรึกษา (Advice Group) จะได้รับการบำบัดด้วยการแนะนำวิธีแก้ไขปัญหา (advice and guidance) ทั้งสองกลุ่มจะทำการประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20; SPST-20) และประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ในช่วงก่อนบำบัด หลังจากนั้นจะทำกิจกรรมกลุ่มบำบัดทุกๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที และดำเนินการประเมินดังกล่าวทั้งสองแบบอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังจากกิจกรรมกลุ่มบำบัดแล้วเสร็จ ทั้งนี้การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี รหัส COA No. 118/2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในประชากร คือ นักศึกษาแพทย์ 4 ชั้นปี ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1, 3, 4, และ 5 และกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ซึ่งควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่าง 20 - 30 คน โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มไม่ต่ำกว่า 10 คน ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 80 คน โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 40 คน และกลุ่มทดลอง 40 คน²⁵⁻²⁶ โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria): เป็นนักศึกษาแพทย์ชั้นปีที่ 1, 3, 4, และ 5 ให้ความยินยอมร่วมกิจกรรมและตอบแบบสอบถาม เป็นนักศึกษาแพทย์ที่ไม่ได้มีปัญหาลุขภาพจิตหรือไม่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวช

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria): นักศึกษาแพทย์ที่ได้คะแนนจากการทำแบบประเมินความเครียดตั้งแต่ 62 คะแนนขึ้นไป (เครียดมาก) หรือเป็นนักศึกษาแพทย์ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช หรือนักศึกษาแพทย์มีความรู้สึกไม่สบายใจและไม่แสดงการมีส่วนร่วมในการร่วมกิจกรรมตามแบบแผนที่กำหนด หรือนักศึกษาแพทย์ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด หรือมีความประสงค์ที่จะขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยหรือพ้นสภาพการการเป็นนักศึกษาแพทย์ของมหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามประกอบด้วย ชั้นปี และช่องทางออนไลน์ที่ให้ผู้วิจัยติดต่อกลับ

2) แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20; SPST-20) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินความเครียด มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อคำถาม โดยให้ระดับความเครียดเป็น rating scale ประกอบด้วย 1 หมายถึง ไม่รู้สึกเครียด, 2 หมายถึง รู้สึกเครียดเล็กน้อย, 3 หมายถึง รู้สึกเครียดปานกลาง, 4 หมายถึง รู้สึกเครียดมาก และ 5 หมายถึง รู้สึกเครียดมากที่สุด²⁷ แบบประเมินมีความน่าเชื่อถือ (Reliability) จาก Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.92 ในการแปลผลระดับของความเครียดรายละเอียดดังนี้

ระดับคะแนน 0 - 23	หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย
ระดับคะแนน 24 - 41	หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน 42 - 61	หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง
ระดับคะแนน 62 ขึ้นไป	หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

3) แบบประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาขึ้นจากกรมสุขภาพจิต ใช้ประเมินความสามารถ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้อาชชะนะอุปสรรค มีข้อคำถามจำนวน 20 ข้อคำถาม สอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยแบ่งเป็น rating scale ประกอบด้วย 1 หมายถึง ไม่จริง, 2 หมายถึง จริงบางครั้ง, 3 หมายถึง ค่อนข้างจริง และ 4

หมายถึง จริงมาก²⁸ ค่าความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบประเมินจาก Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.89 สำหรับการแปลผลระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ ทำโดยนำผลรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน มาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมจากนักศึกษาแพทย์มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติ SPSS version 20 โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย วิเคราะห์ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนการเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจระหว่าง Mindfulness Group และ Advice Group วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent Sample t-test อีกทั้งการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจในแต่ละสัปดาห์ด้วยสถิติ Repeated measures ANOVA และเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni Test ซึ่งการทดสอบทางสถิติทั้งหมดผู้วิจัยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และ 0.05

ผลการศึกษา

นักศึกษาแพทย์ที่เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 80 คน จำแนกเป็นนักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) จำนวน 40 คน และนักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพื้นฐานคือการให้คำปรึกษา (Advice Group) จำนวน 40 คน ซึ่งนักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปีเท่ากันได้แก่ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 10 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 8 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 12 คน และชั้นปีที่ 5 จำนวน 10 คน (ตารางที่ 2) ในการศึกษาระดับความเครียดของทั้งสองกลุ่มพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เท่ากับ 49.20, 46.30, และ 47.98 ตามลำดับ ซึ่งก่อนบำบัดนักศึกษามีความเครียดสูง และมีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงอย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในสัปดาห์ที่ 8 ในส่วนนักศึกษาแพทย์ที่ได้รับการบำบัดด้วยการให้คำปรึกษา (Advice Group) มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 เท่ากับ 47.48, 46.95, และ 46.78 ตามลำดับ ซึ่งมีผลลดลงอย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 4 เช่นเดียวกัน คะแนน

ตารางที่ 1 เกณฑ์การแปลผลระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ)

องค์ประกอบของความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ	ค่าคะแนน		
	ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ	เกณฑ์ปกติ	สูงกว่าเกณฑ์ปกติ
ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ (ข้อ 1 - 10 คะแนนเต็ม 40 คะแนน)	<27	27 - 34	>34
ด้านกำลังใจ (ข้อ 11 - 15 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	<14	14 - 19	>19
ด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้อาชนะอุปสรรค (ข้อ 16 - 20 คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	<13	13 - 18	>18
ผลรวม (ข้อ 1 - 20 คะแนนเต็ม 80 คะแนน)	<55	55 - 69	>69

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไป	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=80)	
	Mindfulness Group (%) (n=40)	Advice Group (%) (n=40)
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	10 (25)	10 (25)
ชั้นปีที่ 3	8 (20)	8 (20)
ชั้นปีที่ 4	12 (30)	12 (30)
ชั้นปีที่ 5	10 (25)	10 (25)

ความเครียดของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับสูง และผลการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า คะแนนความเครียดเฉลี่ยของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มช่วงก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) (ตารางที่ 3)

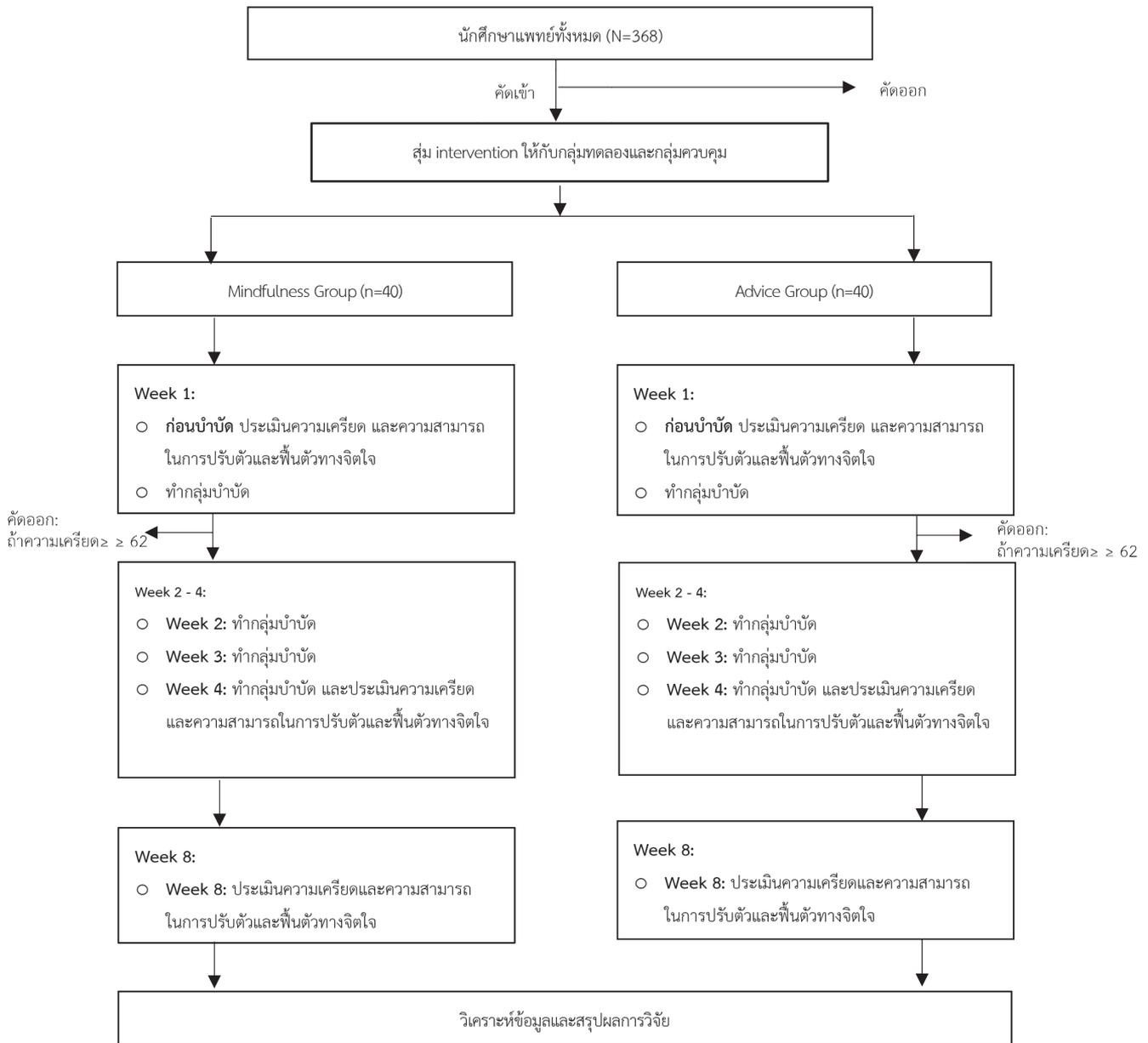
การศึกษาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ของนักศึกษาแพทย์ทั้งสองกลุ่มพบว่า นักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) มีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจในช่วงก่อนบำบัดและหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ในภาพรวมเท่ากับ 55.15, 55.98, 55.48 ตามลำดับ ส่วนนักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา (Advice Group) มีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ในภาพรวม เท่ากับ 55.55, 55.78, 55.88 ตามลำดับ ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ และผลการเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า ความสามารถในการปรับตัวดังกล่าวของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มช่วงก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) (ตารางที่ 3)

ในการศึกษาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ใน 3 องค์ประกอบ ของนักศึกษาแพทย์ทั้งสองกลุ่ม พบว่านักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วย

สติเป็นฐาน (Mindfulness Group) มีความสามารถดังกล่าวในช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ เท่ากับ 27.77, 27.92, 27.41 ด้านกำลังใจ เท่ากับ 13.19, 13.05, 13.55 และด้านการจัดการกับปัญหา เท่ากับ 14.32, 14.02, 16.02 ตามลำดับ ส่วนนักศึกษาที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา (Advice Group) มีความสามารถดังกล่าวช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ เท่ากับ 28.05, 27.90, 28.02 ด้านกำลังใจ เท่ากับ 13.95, 13.85, 15.15 และด้านการจัดการกับปัญหา เท่ากับ 13.55, 13.92, 13.71 ตามลำดับ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบอยู่ในเกณฑ์ปกติ และเมื่อเปรียบเทียบความสามารถดังกล่าวของทั้งสองกลุ่มในแต่ละสัปดาห์พบว่า Mindfulness Group มีความสามารถดังกล่าวด้านการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ($p<0.05$) Advice Group มีความสามารถดังกล่าวด้านกำลังใจที่เพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ($p<0.05$) การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มพบว่า ความสามารถดังกล่าวในภาพรวมของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หากพิจารณาตามองค์ประกอบพบว่า นักศึกษากลุ่ม Advice Group มีความสามารถในด้านกำลังใจในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่ม Mindfulness Group ($p<0.05$) แต่นักศึกษากลุ่ม Mindfulness Group มีความสามารถในด้านการจัดการกับปัญหามากกว่า ($p<0.05$) กลุ่ม Advice Group (รูปที่ 2)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับของความเครียด (stress score) และความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ระหว่าง Mindfulness Group และ Advice Group

Stress score	Mindfulness Group (n=40)	Advice Group (n=40)	t	p-value
	Means ± SD	means ± SD		
ระดับของความเครียด (stress score)				
Pre-intervention	49.20 ± 11.09	47.48 ± 12.05	0.666	0.507
Post-intervention				
Week 4	46.30 ± 11.43	46.98 ± 11.73	-0.647	0.520
Week 8	47.98 ± 9.45	46.78 ± 10.93	0.524	0.602
ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ)				
Pre-intervention	55.15 ± 7.64	55.55 ± 5.28	-0.272	0.786
Post-intervention				
Week 4	55.98 ± 8.03	55.78 ± 4.13	-0.560	0.577
Week 8	55.48 ± 7.01	55.88 ± 3.95	-0.314	0.754

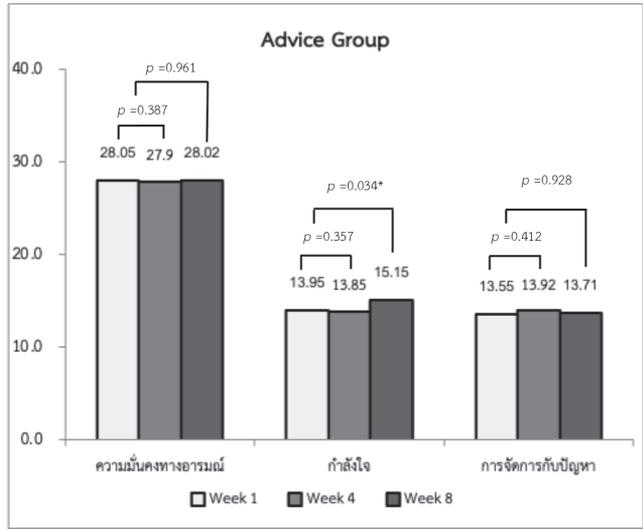
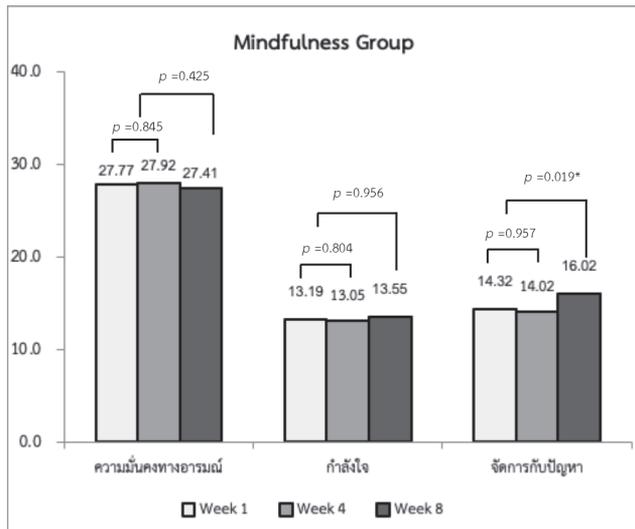


รูปที่ 1 กระบวนการวิจัย

วิจารณ์

การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness) โดยเปรียบเทียบระดับความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการบำบัดด้วยสติเป็นฐาน (Mindfulness Group) และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีพื้นฐานคือการให้คำปรึกษา (Advice Group) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักศึกษาแพทย์ 4 ชั้นปี ประกอบด้วย ชั้นปีที่ 1, 3, 4, และ 5 จำนวน 80 คน โดยนักศึกษาแต่ละชั้นปีจะได้รับการสุ่มเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 40 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 40 คน

ทั้งสองกลุ่มจะได้รับกลุ่มบำบัดที่แตกต่างกัน ทำทุกๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60 - 90 นาที และดำเนินการประเมินความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test-20; SPST-20) ในช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 และประเมินความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) หลังจากกิจกรรมกลุ่มบำบัดแล้วเสร็จ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาแพทย์ทั้ง Mindfulness Group และ Advice Group แต่ละกลุ่มมีจำนวนนักศึกษาในแต่ละชั้นปีเท่ากัน ได้แก่ ชั้นปีที่ 1 จำนวน 10 คน ชั้นปีที่ 3 จำนวน 8 คน ชั้นปีที่ 4 จำนวน 12 คน และชั้นปีที่ 5 จำนวน 10 คน โดยนักศึกษาในกลุ่ม Mindfulness Group



*Significant at p-value <0.05

รูปที่ 2 การเปรียบเทียบความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ใน 3 องค์ประกอบระหว่าง Mindfulness Group และ Advice Group

มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยสูงช่วงก่อนบำบัดและมีการเปลี่ยนแปลงหรือลดลงอย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งกลุ่ม Advice Group มีคะแนนความเครียดเฉลี่ยในรูปแบบเดียวกัน และคะแนนความเครียดเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ ($p > 0.05$) อีกทั้งยังเป็นความเครียดที่อยู่ในระดับสูง นั่นคือการเรียนแพทย์ทำให้เกิดความเครียดประกอบกับความคาดหวังของครอบครัวและปัจจัยอื่นๆ ส่งผลให้ระดับความเครียดสูงในช่วงก่อนการบำบัด แต่เมื่อได้เข้ารับการบำบัดทั้งสองวิธี นักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเครียดเฉลี่ยลดลงอย่างชัดเจนในสัปดาห์ที่ 4 เช่นเดียวกัน จากการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า นักศึกษาแพทย์ส่วนใหญ่มีอัตราความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้นั้นมาจากการเรียนแพทย์ที่หนัก และความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จจนทำให้เกิดความเครียด¹⁻³ นอกจากนี้ความเครียดดังกล่าวอาจเกิดจากปัจจัยภายนอก เช่น ปัญหาส่วนตัวหรือครอบครัวที่ทำให้นักศึกษาแพทย์มีระดับความเครียดที่สูงกว่าปกติ แต่การทำกิจกรรมบำบัดอาจส่งผลให้นักศึกษาแพทย์มีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ หรือความสามารถในการรับมือกับความเครียดได้ดียิ่งขึ้น^{7-8,29-30}

การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ของนักศึกษาแพทย์ทั้งสองกลุ่มพบว่าความสามารถในการปรับตัวดังกล่าวของนักศึกษาทั้งสองกลุ่มอยู่ในเกณฑ์ปกติ และการเปรียบเทียบความสามารถดังกล่าว

ในภาพรวมแต่ละสัปดาห์ พบว่าช่วงก่อนการบำบัดและหลังการบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ไม่แตกต่างกันในแต่ละสัปดาห์ ($p > 0.05$) หากพิจารณาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจใน 3 องค์ประกอบ พบว่านักศึกษากลุ่ม Advice Group มีความสามารถในด้านกำลังใจในสัปดาห์ที่ 8 มากกว่ากลุ่ม Mindfulness Group ($p < 0.05$) แต่นักศึกษากลุ่ม Mindfulness Group มีความสามารถในด้านการจัดการกับปัญหามากกว่า ($p < 0.05$) กลุ่ม Advice Group กล่าวคือนักศึกษากลุ่ม Mindfulness Group มีความสามารถในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ และด้านกำลังใจทั้งในช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ใกล้เคียงกัน แต่ในด้านการจัดการกับปัญหา มีความสามารถในการปรับตัวดังกล่าวเพิ่มขึ้นชัดเจนหลังบำบัดสัปดาห์ที่ 8 ($p < 0.05$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่ม Advice Group คือ มีความสามารถในช่วงก่อนบำบัด และหลังบำบัดสัปดาห์ที่ 4 และ 8 ใกล้เคียงกัน ในด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านการจัดการกับปัญหา ส่วนในด้านกำลังใจนั้นเพิ่มขึ้นหลังบำบัดสัปดาห์ที่ 8 ($p < 0.05$) ซึ่งการบำบัดด้วยสติเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้นักศึกษาแพทย์มีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ในการจัดการกับปัญหามากขึ้น^{12,14,31} และการฝึกสติอาจช่วยลดความเครียดในนักศึกษาแพทย์ แต่การฝึกสติต้องใช้เวลาพัฒนาทักษะในระยะยาว²¹⁻²³ แต่การบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา เป็นวิธีที่ทำให้นักศึกษามีความสามารถในด้านกำลังใจมากขึ้น ซึ่งตามองค์ประกอบของความสามารถในการปรับตัวและ

พื้นที่ทางจิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ใน 3 องค์ประกอบ นักศึกษาแพทย์ทั้งสองกลุ่มมีการพัฒนาในแต่ละองค์ประกอบ แตกต่างกัน ดังนั้นผู้ให้คำปรึกษาหรืออาจารย์ที่ปรึกษาควรนำ การบำบัดด้วยสติเป็นฐานและการบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา ใช้ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการของนักศึกษาเป็นหลัก นำไปสู่ การพัฒนาด้านพลังสุขภาพจิตของนักศึกษาที่ตรงตามความต้องการ ของนักศึกษามากที่สุด นักศึกษาแต่ละคนมีปัญหาหรือปัจจัยที่ทำให้ เกิดความเครียดที่ต่างกัน และอาจส่งผลต่อการเรียนและการใช้ ชีวิตประจำวันได้ และมหาวิทยาลัยควรนำการให้สติไปปรับใช้กับ การให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับการนำสติมาใช้ในการดูแลนักศึกษาในระบบที่ปรึกษา หรือ มีกลุ่มการบำบัดด้วยสติแบบออนไลน์ผ่าน platform ต่างๆ รวมทั้ง การศึกษาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ เช่น ระดับผลการเรียน สถานภาพ ครอบครัว ความรัก เป็นต้น นอกจากนี้มหาวิทยาลัยควรมีการศึกษา การใช้สติเป็นฐานในนักศึกษากลุ่มอื่นหรือสำนักวิชาอื่น และ การศึกษาผลของการให้สติเป็นฐานในระยะยาว (Long term) เพื่อให้ เห็นผลการศึกษาที่ชัดเจนขึ้น³² หรืออาจพิจารณาใช้การบำบัด ด้วยสติเป็นฐานในช่วงการศึกษาของนักศึกษาแพทย์ในระยะยาว เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมดังกล่าวหลังนักศึกษาสำเร็จการศึกษา และประกอบอาชีพ³³

สรุป

นักศึกษาแพทย์ Mindfulness Group มีคะแนน ความเครียดเฉลี่ยสูงในช่วงก่อนบำบัด และมีการเปลี่ยนแปลงหรือ ลดลงอย่างชัดเจนหลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 4 และเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ ที่ 8 เช่นเดียวกับ Advice Group นั้นมาจากการเรียนแพทย์ที่หนัก และความคาดหวังต่อการประสบความสำเร็จจนทำให้เกิด ความเครียด การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวทาง จิตใจ (Resilience Quotient; RQ) ของนักศึกษาแพทย์ทั้งสองกลุ่ม ทำให้นักศึกษา Mindfulness Group มีความสามารถในการปรับตัว และฟื้นตัวทางจิตใจในด้านการจัดการกับปัญหาเพิ่มขึ้นชัดเจน หลังบำบัดในสัปดาห์ที่ 8 ซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่ม Advice Group มีความสามารถในด้านกำลังใจเพิ่มขึ้นชัดเจนหลังบำบัดในสัปดาห์ ที่ 8 แต่ในภาพรวมนักศึกษาทั้งสองกลุ่มมีความสามารถในการ ปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจไม่แตกต่างกัน การบำบัดด้วยสติช่วย ให้นักศึกษาแพทย์มีความสามารถในการจัดการกับปัญหามากขึ้น แต่การบำบัดด้วยวิธีการให้คำปรึกษา เป็นวิธีที่ทำให้นักศึกษามี ความสามารถในด้านกำลังใจมากขึ้น โดยผู้ให้คำปรึกษาหรือ

อาจารย์ที่ปรึกษาควรนำการบำบัดด้วยสติเป็นฐานและการบำบัด ด้วยวิธีการให้คำปรึกษาใช้ร่วมกัน โดยมุ่งเน้นที่ความต้องการ ของนักศึกษาเป็นหลัก นำไปสู่การพัฒนาความสามารถในการ ปรับตัวและฟื้นตัวทางจิตใจของนักศึกษา และมหาวิทยาลัย ควรนำการให้สติไปปรับใช้กับการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาแพทย์ และควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการนำสติมาใช้ในการดูแล นักศึกษาในระบบที่ปรึกษา หรือมีกลุ่มการบำบัดด้วยสติแบบ ออนไลน์ผ่าน platform ต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำแนะนำ คำปรึกษา ในการ ใช้เครื่องมือการวิจัย และขอบคุณนักศึกษาที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งขอบคุณผู้ช่วยสอนและวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัยและประสานงานต่างๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

วาริณี สิริพงศ์พันธ์ เป็นหัวหน้าโครงการรับผิดชอบ ในการออกแบบการวิจัย การวิเคราะห์การทดลอง การเก็บรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย สหทัยา นิยะโมสถ รับผิดชอบในการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบการทดลอง และการจัดเตรียมบทความวิจัยเบื้องต้น ปณินันท์ ศรีนุชศาสตร์ รับผิดชอบในการทบทวน วรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005;39(6):594-604.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006;81(4):354-73.
3. Schiller JH, Stansfield RB, Belmonte DC, Purkiss JA, Reddy RM, House JB, et al. Medical students' use of different coping strategies and relationship with academic performance in preclinical and clinical years. *Teach Learn Med* 2018;30(1):15-21.
4. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study. *JAMA* 2006;296(9):1071-8.
5. Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336(7642):488-91.

6. McKenna E. Business Psychology and Organizational Behavior: A Student's Handbook. 4th ed. East Sussex: Psychology Press; 2006.
7. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007;20(6):1019-28.
8. Ledesma J. Conceptual frameworks and research models on resilience in leadership. *SAGE Open* 2014;2:1-10.
9. Bishop S, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson N, Carmody J, Segal Z, Abbey S, Devins G. Mindfulness: a proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2004; 11:230-41.
10. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999;282(9):833-9.
11. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, Rosenkranz M, Muller D, Santorelli SF, et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003;65(4): 564-70.
12. Williams JMG, & Kabat-Zinn J. Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemporary Buddhism* 2011;12:1-18.
13. Bietman BD, Manring J. Theory and practice of psychotherapy integration. In: Gabbard GO, editor. *Textbook of psychotherapeutic treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
14. McCown D, Reibel D, Micozzi, MS. *Teaching mindfulness: A practical guide for clinicians and educators*. New York: Springer; 2011.
15. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford; 1993.
16. Kabat-Zinn J. *Mindfulness meditation: What it is, What it isn't and its role in health care and medicine*. Comparative and psychological study on meditation. Netherlands; 1996.
17. Hayes S, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy*. New York: Guilford; 1999.
18. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford; 2002.
19. Carson J, Carson K, Gil K, Baucom D. Mindfulness based relationship enhancement. *Behavior Therapy* 2007;35:471-494.
20. Hassed C, De Lisle S, Sullivan G, Pier C. Enhancing the health of medical students: outcomes of an integrated mindfulness and lifestyle program. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2009;14(3):387-98.
21. Warnecke E, Quinn S, Ogden K, Towle N, Nelson MR. A randomized controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical student stress levels. *Medical Education* 2011;45(4):381-8.
22. Moore S, Barbour R, Ngo H, Sinclair C, Chambers R, Auret K, et al. Determining the feasibility and effectiveness of brief online mindfulness training for rural medical students: a pilot study. *BMC Medical Education* 2020;20(1):1-12.
23. Waechter R, Stahl G, Rabie S, Colak B, Johnson-Rais D, Landon B, et al. Mitigating medical student stress and anxiety: Should schools mandate participation in wellness intervention programs? *Medical Teacher* 2021;1-11.
24. Sriroongrueng W, Buncherd H, Thanapongpichat S. Effect of mindfulness on self-development in students of Prince of Songkla University. *Parichart Journal, Thaksin University* 2018;31(3):34-40.
25. Yalom ID. *Theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). New York: Basic Books; 1995.
26. Polit DF, Hungler BP. *Nursing research principle and methods* (6th ed.). New York: Lippincott; 1999
27. Mahatnirunkul S, Pumpisalchai W, Thapanya P. The construction of Suan Prung Stress Test for Thai population. *Bulletin of Suan Prung* 1997;13:1-20.
28. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. *Change evil to be good: resilience quotient*. Bangkok: Department of Mental Health; 2009.
29. Boyd N, Alexander DG. An online mindfulness intervention for medical students in South Africa: A randomised controlled trial. *S Afr J Psychiatr* 2022;28:1840.
30. Tengthanakij P, Chindamai N, Suphaka O, Poocherd S, Lothongdaeng N, Chompoonsri P, Pingmuangkaew P. Prevalence and associated factors of stress upon online study among Mae Fah Luang University preclinical year medical and dental students during COVID-19 pandemic. *Medical Education* 2022;2(2):89-99.
31. Lampe LC, Müller-Hilke B. Mindfulness-based intervention helps preclinical medical students to contain stress, maintain mindfulness and improve academic success. *BMC Medical Education* 2021;21(145): 1-8.
32. McVeigh C, Ace L, Ski CF, Carswell C, Burton S, Rej S, Noble H. Mindfulness-based interventions for undergraduate nursing students in a university setting: A narrative review. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 2021;2:9(11):1493.
33. Barbosa P, Raymond G, Zlotnick C, Wilk J, Toomey R, Mitchell J. Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Educ Health (Abingdon)* 2013;26(1):9-14.

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น

สุภัค เหลืองรุ่งโรจน์*, พัทธินทร เสรี**, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์***

*บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อทบทวนความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น

วิธีการศึกษา สืบค้นงานวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากฐานข้อมูล Pubmed, Embase และ ThaiJO ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 - 2564 กำหนดคำสำคัญภายใต้การใช้กรอบแนวคิด PICO ได้แก่ adolescent, adolescents, teenager, social media, Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, mental health และ well-being เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) รูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่น อายุ 12 - 17 ปี 3) ผลลัพธ์ที่ศึกษาคือสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพมีความสัมพันธ์กันอย่างไร 4) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 5) ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2564 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีคุณภาพงานวิจัยในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยขาดการตรวจสอบคุณภาพ หรือกระบวนการในการเก็บข้อมูลขาดความชัดเจน เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย คือ Newcastle-Ottawa scale cross-sectional studies กระบวนการศึกษามีผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ได้มีการตัดสินใจขั้นสุดท้ายโดยผู้วิจัยคนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา งานวิจัยที่สืบค้นได้ 3,676 เรื่อง ผ่านการคัดเลือก 8 เรื่อง การประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่ามีระดับคะแนนในระดับสูง 2 งาน ระดับกลาง 5 งาน และระดับต่ำ 1 งาน ผลการวิจัยพบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่น โดยในกลุ่มการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่สูงกว่า พบว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สูง ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและภาวะวิตกกังวล การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ที่มากขึ้นทุก 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง ภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นพบความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างระยะเวลาที่ใช้ออนไลน์และระดับความนับถือตนเองที่ลดลง หากเป็นกลุ่มผู้ใช้งานช่วงเวลากลางคืน นอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับแล้ว ยังส่งผลต่อการลงทุนทางอารมณ์และความนับถือตนเองที่ลดลงอีกด้วย

สรุป สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของวัยรุ่น

คำสำคัญ สื่อสังคมออนไลน์ สุขภาพ วัยรุ่น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ สุขภาพจิต

Corresponding author: วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

วันรับ : 6 กุมภาพันธ์ 2566 วันแก้ไข : 16 พฤษภาคม 2566 วันตอบรับ : 14 สิงหาคม 2566

A Systematic Literature Review on the Relationship Between Social Media and Well-Being Among Adolescents

Supak Luengroongroj*, Patcharin Seree**, Wanlop Atsariyasing***

*Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

**National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

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

ABSTRACT

Objective: To review the relationship between social media and well-being in adolescents.

Methods: Both qualitative and quantitative systematic review under the PICO framework was carried out using Pubmed, EMBASE, and ThaiJO databases published between 2011 and 2021. The search keywords included adolescent, adolescents, teenager, social media, Facebook, Twitter, Instagram, TikTok, mental health and well-being. The selection criteria were: 1) research approach was research reported on the relationship between social media and well-being in adolescents; 2) sample group of study was adolescent aged between 12 and 17 years olds; 3) research outcomes to study how social media was associated with well-being; 4) both Thai and English research articles; 5) articles published between 2011 and 2021. The deselection criteria was quality of research work was lower than acceptable standard. For example, the research assessment was no quality check or research methodology was not clear. The risk-of-bias assessment was performed using Newcastle-Ottawa Scale cross-sectional studies. The research work should contain at least 2 researchers; the third research could make a final decision in case of no agreement met between the two. The analysis was done by descriptive statistics to elucidate frequency, percentage and average of the data.

Results: A total of 3,676 research studies has been identified and 8 of them were included in the review. After research evaluation, it is found that two articles had a high risk of bias, five of them had some medium risks, and one study had a low risk of bias. The results indicated that use of social media was associated with well-being among adolescents. The higher social media is used, the higher level of mental health problems, which leads to depression and anxiety. In every 30 minutes of time spent on social media was also associated with an increased risk of self-harm and depression. In female adolescents, inverse relationship was found between time spent on-line and self-esteem. In the case of night-time social media users, this will affect not only sleep quality but also emotional investment in social media and self-esteem.

Conclusion: Use of social media has a relationship with well-being in adolescents.

Keywords: social media, well-being, adolescents, systematic review, mental health

Corresponding author: Wanlop Atsariyasing

E-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

Received 6 February 2023 Revised 16 May 2023 Accepted 14 August 2023

บทนำ

ช่วงวัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนผ่านจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่เป็นทั้งวัยที่มีภาวะเสี่ยงต่ออันตราย แต่ในขณะเดียวกันก็ถือเป็นโอกาสสำคัญที่จะเสริมสร้างสุขภาพทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และทักษะการรู้คิด ในสังคมปัจจุบันวัยรุ่นต้องเผชิญกับแรงกดดันรอบด้าน ทั้งจากการเรียน การคบเพื่อน ความคาดหวังของครู พ่อแม่ผู้ปกครอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งแรงกดดันในการแข่งขันกันเพื่อประสบความสำเร็จ¹ นอกจากนี้ตัววัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงจากการเผชิญหน้าการเปลี่ยนแปลงรอบตัว รวมถึงสภาพครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไป การขาดการดูแลหรือให้คำแนะนำจากครอบครัวในเรื่องของการรู้เท่าทันสื่อเทคโนโลยี อาจจะทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น²

นอกจากภาวะภัยอันตรายที่ส่งผลมาจากปัจจัยภายนอกแล้ว สิ่งที่คุณความและที่เป็นปัญหาทั้งต่อตัวบุคคลเอง ยังส่งผลถึงครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติโดยรวม อีกหนึ่งปัญหานั้นก็คือปัญหาทางสุขภาพจิตของวัยรุ่น ในที่นี้คือ ปัญหาความเครียด ปัญหาการทำร้ายร่างกายตนเอง (self-harm) ซึ่งนำไปสู่ปัญหาที่ใหญ่กว่าคือ อาการซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย จากการรายงานของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)³ ในประเทศสหรัฐอเมริกาปัญหาการฆ่าตัวตายนับว่าเป็นปัญหาใหญ่ และประเด็นที่ภัยคุกคามต่อสังคมโดยรวมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับที่ 10 ของประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2561 มีการรายงานผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายอยู่ที่จำนวน 48,000 คน หรือในทุกๆ 11 นาที จะมีผู้เสียชีวิต 1 คน ซึ่งนอกจากจะส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมรอบข้างของผู้ที่เสียชีวิตเองแล้ว ปัญหาการฆ่าตัวตายยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเป็นเงิน 70 ล้านดอลลาร์สหรัฐต่อปี

การใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น อาจเป็นผลมาจากการเข้าถึงอุปกรณ์ดิจิทัล เช่น สมาร์ทโฟนที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการสำรวจแสดงให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73 ในปี 2558 เป็นร้อยละ 95 ในปี 2563 จากการรายงานของ Pew Research Center⁴ ในปี 2565 พบว่ามีจำนวนวัยรุ่นที่เข้าถึงอินเทอร์เน็ตและเป็นผู้ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 92 ในปี 2558 โดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้งานหนัก ซึ่งมีช่วงอายุระหว่าง 13 - 17 ปี เมื่อให้ประเมินตนเองถึงเวลาในการใช้งานส่วนใหญ่ร้อยละ 55 กล่าวว่าเวลาที่ใช้งานแอปพลิเคชันและเว็บไซต์มีความเหมาะสม ยิ่งไปกว่านั้นพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้งานอย่างต่อเนื่องมีจำนวน

ที่เพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว กิจกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่นิยมในกลุ่มคนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 91.2 คือการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์อย่าง Facebook Line และ Instagram⁵ และจากการจัดอันดับประเทศที่มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์โดยคิดเป็นจำนวนชั่วโมงประเทศไทยนับว่าเป็นประเทศลำดับที่ 8 จาก 10 ประเทศทั่วโลกที่มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์สูงที่สุด⁶

จากการศึกษางานวิจัยทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพในวัยรุ่น พบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า⁷⁻⁹ อาการซึมเศร้า¹⁰⁻¹¹ โรคซึมเศร้า¹² ในวัยรุ่นในกลุ่มที่มีการใช้งานผิดปกติ¹³ หรือกลุ่มที่ใกล้เคียงโดยสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้ หมายถึง แนวคิดสุขภาพแบบเฮโดนิคส์ (hedonic well-being) หรือแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับความสุข และแนวคิดสุขภาพแบบยูโดโมนิกส์ (eudemonic well-being) หรือแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁴ และสุขภาพแบบที่ผสมผสานกันระหว่างสุขภาพด้านอารมณ์ (emotional well-being) และสุขภาพด้านบุคคล (psychological well-being) แนวคิดของเซลิกแมน (Seligman)¹⁵ แนวคิดที่ระบุว่าการมีสุขภาพที่ดี คือการที่บุคคลมีความสุขและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (flourish) ส่วนประกอบแบ่งเป็น 5 มิติ ที่เรียกว่า PERMA (positive emotion, engagement, positive relationships, meaning, accomplishment) และการใช้งานในกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป

ในการเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นของสื่อสังคมออนไลน์นับวันยิ่งมากขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงอุปกรณ์ในการใช้งานนั้นทำได้มากขึ้นจนแทบจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวันรวมทั้งมีบทบาทเกี่ยวกับพัฒนาการทางสังคมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจะช่วยให้สามารถวางนโยบาย ให้คำแนะนำ หรือให้ความรู้แก่วัยรุ่นได้รู้เท่าทันเทคโนโลยี และเห็นสิ่งอื่นใดจะส่งผลให้วัยรุ่นมีสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้นได้

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล หมายเลขอ้างอิง 658/2564 (extempt) ทำการสืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูล Pubmed Embase และ Thai Journal Online (ThaiJo) กำหนดคำสำคัญโดยใช้กรอบ

แนวคิด PICO ดังนี้ 1) population ได้แก่ adolescent OR adolescents OR child OR children OR teenagers OR students 2) intervention ได้แก่ social media OR social network OR online social network OR social networking OR social networks OR social networking sites OR social network sites OR Facebook OR Twitter OR Instagram OR TikTok 3) comparison ไม่ได้กำหนด และ 4) outcome ได้แก่ well-being OR wellbeing OR positive psychology OR emotional well-being OR psychological well-being OR mental well-being OR mental health OR subjective well-being OR hedonic well-being OR eudemonic well-being OR PERMA OR positive emotion OR positive relationship OR positive relationship OR meaning OR accomplishment flourishing OR resilience OR flourish

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) รูปแบบงานวิจัยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาวะ 2) กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่น อายุ 12 - 17 ปี 3) ผลลัพธ์ที่ศึกษา คือสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาวะมีความสัมพันธ์กันอย่างไร 4) เป็นบทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ 5) ได้รับการตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2564 เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีคุณภาพงานวิจัยในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่ยอมรับได้ เช่น เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยขาดการตรวจสอบคุณภาพ หรือกระบวนการในการเก็บข้อมูลขาดความชัดเจน จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลทั้ง 3 แหล่ง คือ Pubmed EMBASE และ ThaiJo หลังจากทำการคัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกโดยใช้โปรแกรม EndNote ทำการคัดเลือกงานวิจัยจากการอ่านหัวข้อเรื่องและบทคัดย่อ และตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกอีกครั้งด้วยเว็บไซต์ Rayyan จากนั้นผู้วิจัยได้อ่านงานวิจัยที่ผ่านการคัดกรองในฉบับสมบูรณ์ แสดงผลการคัดกรองด้วยแผนภาพ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) กระบวนการศึกษามีผู้วิจัยอย่างน้อย 2 คน ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ได้มีการตัดสินใจขั้นสุดท้ายโดยผู้วิจัยคนที่สาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัย ซึ่งมีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตารางรวบรวมข้อมูล (data extraction sheet) โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ ชื่องานวิจัย (title) ชื่อผู้แต่ง (author) ปีที่ตีพิมพ์ (year) ประเภทของงานวิจัย (research design) กลุ่มตัวอย่าง (participants) เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย (instruments) ผลการวิจัย (outcome)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพงานวิจัยคือ Newcastle-Ottawa quality assessment scale cross-sectional studies¹⁶ ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นในการพิจารณาถึงการคัดเลือก (selection) การเปรียบเทียบ (comparability) และการวัดผลลัพธ์ (outcome) ของงานวิจัยในหัวข้อการคัดเลือกสามารถให้คะแนนได้สูงสุด 5 คะแนน (*****) หัวข้อการเปรียบเทียบสามารถให้คะแนนได้สูงสุด 2 คะแนน (**) และหัวข้อการวัดผลลัพธ์สามารถให้คะแนนได้สูงสุด 3 คะแนน (***) ประเมินด้วยผู้วิจัย 2 คน โดยใช้ระบบการให้คะแนนด้วยเครื่องหมายดอกจันทน์ โดยมี ความหมายเป็น 1 คะแนน จาก 0 ถึง 10 คะแนน เกณฑ์ในการให้คะแนนกำหนดจากคะแนนโดยรวม โดยระดับคะแนน 7 - 10 อยู่ในระดับสูง 6 - 4 อยู่ในระดับกลาง และถ้าหากคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ในกรณีที่มีความเห็นไม่ตรงกันในการประเมินได้มีการตัดสินใจขั้นสุดท้ายโดยผู้วิจัยคนที่สาม มีรายละเอียดดังนี้

การคัดเลือก (selection)

1) Representativeness of the sample (การเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง)

a) Truly representative of the average in the target population * (all subject or random sampling) (กลุ่มตัวอย่างเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมายอย่างแท้จริง * (มาจากอาสาสมัครทั้งหมด หรือการสุ่มตัวอย่าง))

b) Somewhat representative of the average in the target population * (non-random sampling) (ค่อนข้างเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรเป้าหมาย * (ไม่ได้ทำการสุ่มตัวอย่าง))

c) Selected group of users (เลือกกลุ่มจากผู้ใช้)

d) No description of satisfactory (ไม่มีคำอธิบายเป็นที่น่าพอใจ)

2) Sample size (ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง)

a) Justified and satisfactory * (มีโอกาสถูกเลือกเท่าเทียมกัน *)

b) Not justified (ไม่มีความเท่าเทียมเป็นธรรมชาติ)

3) Non-respondents (ที่ไม่ใช่ผู้ตอบแบบสอบถาม)

a) Comparability between respondents and non-respondents characteristics is established, and the response rate is satisfactory * (มีการเปรียบเทียบระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม เป็นไปตามคุณลักษณะตามที่กำหนด และมีอัตราตอบสนองเป็นที่น่าพอใจ *)

b) The response rate is unsatisfactory, or the comparability between respondents and non-respondents is unsatisfactory * (อัตราตอบสนองไม่เป็นที่น่าพอใจ หรือเมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถามพบว่าไม่เป็นที่น่าพอใจ *)

c) No description of the response rate or the characteristics of the responders and the non-responders (ไม่มีคำอธิบายอัตราการตอบสนอง หรือคุณลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามและผู้ที่ไม่ตอบแบบสอบถาม)

4) Ascertainment of the exposure (risk factor) (การค้นหปัจจัยสัมผัส (ปัจจัยเสี่ยง))

a) Validated measurement tool ** (เครื่องมือที่ใช้วัดมีความเที่ยง **)

b) Non-validated measurement tool, but the tool is available or described * (เครื่องมือที่ใช้วัดไม่มีความเที่ยง แต่สามารถนำเครื่องมือไปใช้ได้หรือมีคำอธิบาย *)

c) No description of the measurement tool (ไม่มีคำอธิบายของเครื่องมือที่ใช้วัด)

การเปรียบเทียบ (comparability)

1) The subjects in different outcome groups are comparable, based on the study design or analysis. Confounding factors are controlled (ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันเมื่อทำการเปรียบเทียบ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบการศึกษาหรือการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวควบคุม)

a) The study controls for the most important factor (select one) * (การควบคุมการศึกษาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง))

b) The study controls for any additional factor * (การควบคุมการศึกษาสำหรับปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม)

การวัดผลลัพธ์ (outcome)

1) Assessment of the outcome (การประเมินผลลัพธ์)
a) Independent blind assessment ** (การประเมินแบบเป็นอิสระต่อกัน **)

b) Record linkage ** (การเชื่อมโยงข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล **)

c) Self report * (การรายงานด้วยตนเอง *)

d) No description (ไม่มีคำอธิบาย)

2) Statistical test (การทดสอบทางสถิติ)

a) The statistical test used to analyze the data is clearly described and appropriate, and the measurement of the association is presented, including confidence intervals and the probability level (p value) * (การทดสอบทางสถิติที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งมีคำอธิบายไว้อย่างชัดเจน มีความเหมาะสม และเป็นไปตามหลักการวัด รวมถึงช่วงความเชื่อมั่น และระดับความน่าจะเป็น (p-value) *)

b) The statistical test is not appropriate, not described or incomplete (การทดสอบทางสถิติไม่มีความเหมาะสม ไม่ได้มีคำอธิบายที่ชัดเจน หรือไม่สมบูรณ์)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผลการสืบค้นและคัดเลือกงานวิจัย

จากการสืบค้นจากฐานข้อมูลพบงานวิจัยจำนวนทั้งสิ้น 3,676 เรื่อง และอีก 4 เรื่อง จากงานวิจัยอ้างอิงจากงานวิจัยที่เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ หลังจากทำการคัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกโดยใช้โปรแกรม EndNote เหลืองานวิจัยจำนวน 3,654 เรื่อง คัดเลือกงานวิจัยจากการอ่านหัวข้อเรื่องและบทคัดย่อ และตัดงานวิจัยที่ซ้ำกันออกอีกครั้งด้วยเว็บไซต์ Rayyan โดยงานวิจัยที่ถูกคัดออกเนื่องจาก 1) ที่มาและความสำคัญไม่ตรงกับความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพตามคำจำกัดความที่กำหนดไว้ 2,819 เรื่อง 2) กลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับกลุ่มวัยรุ่นอายุ 12 - 17 ปี 390 เรื่อง 3) รูปแบบงานวิจัยไม่ตรงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพตามคำจำกัดความ

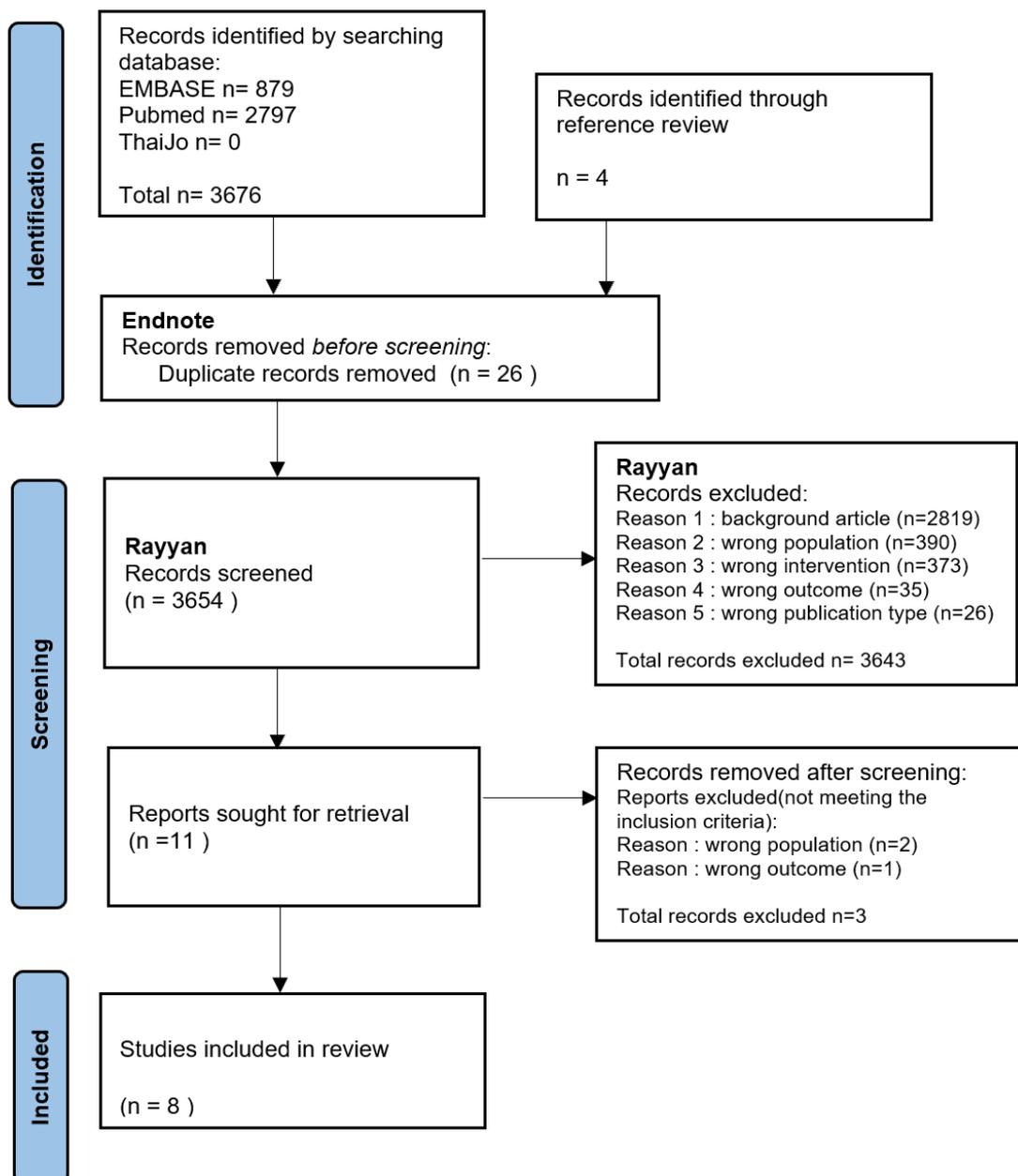
ที่กำหนดไว้ 373 เรื่อง 4) ผลลัพธ์ที่ศึกษาไม่ตรงกับสุภาพระหรือองค์ประกอบของสุภาพระตามคำจำกัดความที่กำหนดไว้ 35 เรื่อง 5) ประเภทสิ่งพิมพ์ไม่ตรงกับรูปแบบงานวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ 26 เรื่อง เหลืองานวิจัย 11 เรื่อง การประเมินโดยการอ่านงานวิจัยฉบับสมบูรณ์พบว่า มีงานวิจัยที่ไม่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าอีก 3 เรื่อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ตรงกับกลุ่มวัยรุ่น 2 เรื่อง และผลลัพธ์การศึกษาไม่ตรงกับสุภาพระหรือองค์ประกอบของสุภาพระ ดังนั้นมีงานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรม 8 เรื่อง ดังแสดงด้วยแผนภาพ Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) ดังรูปที่ 1

2. การประเมินคุณภาพของงานวิจัย

ผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยพบว่า มีงานวิจัยที่ได้คะแนนในระดับที่สูงจำนวน 2 เรื่อง มีงานวิจัยที่ได้คะแนนในระดับกลาง 5 เรื่อง และมีงานวิจัยที่ได้คะแนนระดับต่ำแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ที่รับได้ 1 เรื่อง ดังแสดงในตารางที่ 1

3. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

จากการศึกษา 8 เรื่อง พบว่างานวิจัยเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์และสุภาพระในวัยรุ่น ปี พ.ศ. 2554 - 2564 เป็นงานวิจัยที่ถูกตีพิมพ์ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 งาน ปี พ.ศ. 2563 จำนวน



รูปที่ 1 ขั้นตอนคัดเลือกงานวิจัยตาม PRISMA 2020 flow diagram

ตารางที่ 1 ตารางแสดงผลการประเมินคุณภาพงานวิจัยด้วย Newcastle-Ottawa quality assessment scale cross-sectional studies

ลำดับที่	รหัสการวิจัย	การคัดเลือก				การเปรียบเทียบ	การวัดผลลัพธ์		รวม
		การเป็นตัวแทน ของกลุ่มตัวอย่าง	ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง	ที่ไม่ใช่ผู้ตอบ แบบสอบถาม	การค้นหาปัจจัย สัมผัส(ปัจจัยเสี่ยง)		การประเมิน ผลลัพธ์	การทดสอบ ทางสถิติ	
1	Beeres et al.	*	*	*	**		*	*	7
2	Hjetl et al.	*		*	*		*	*	5
3	Sampasa-Kanyinga, H.; Lewis, R. F.;	*	*	*	**		*		6
4	Beyens et al.				*		*	*	3
5	Bourke N.	*			**		*	*	5
6	Košir et al.	*	*	*	**		*	*	7
7	Barthorpe at al.	*	*		**		*	*	6
8	Woods and Scott	*	*		**		*	*	6

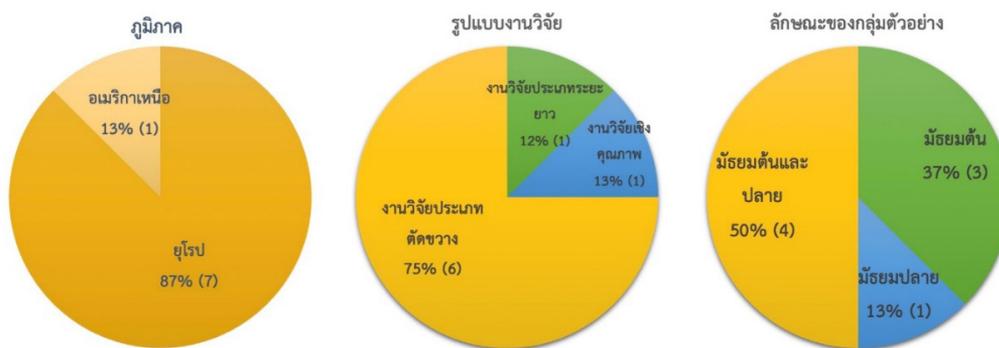
2 งาน ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 2 งาน ปี พ.ศ. 2558 จำนวน 1 งาน ปี พ.ศ. 2556 จำนวน 1 งาน สามารถจำแนกได้ดัง **รูปที่ 2**

เมื่อจำแนกตามกลุ่มภูมิภาคประเทศที่วิจัย พบว่าเป็นงานจากทวีปยุโรปจำนวน 7 งาน ได้แก่ ประเทศสวีเดน นอร์เวย์ เนเธอร์แลนด์ ไอร์แลนด์ สโลวีเนีย ประเทศละ 1 งาน และสหราชอาณาจักร 2 งาน เป็นงานจากทวีปอเมริกาเหนือจำนวน 1 งาน คือ ประเทศแคนาดา

เมื่อจำแนกตามรูปแบบของงานวิจัย พบว่าเป็นงานวิจัยประเภทระยะยาว (longitudinal research) 1 งาน งานวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group) 1 งาน และเป็นงานวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional research) จำนวน 6 งาน พบว่าเป็นวัยรุ่นช่วงกลางหรือช่วงมัธยมต้นเท่านั้น เป็นจำนวน 3 งาน เป็นกลุ่มวัยรุ่นช่วงปลายหรือช่วงมัธยมปลายเท่านั้นจำนวน 1 งาน และเป็นกลุ่มช่วงมัธยมจำนวน 4 งาน

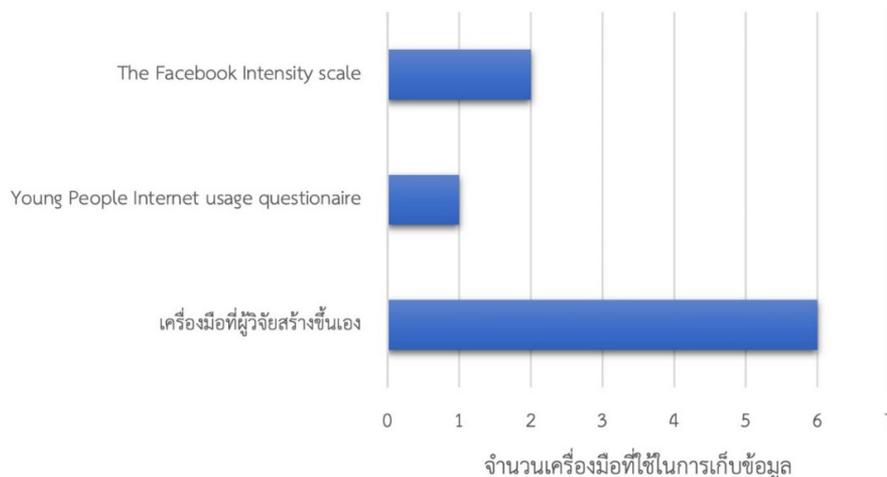
เมื่อจำแนกตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้เครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เป็นแบบทดสอบการประเมินผลความถี่ในการใช้งานแบบรายงานผลด้วยตัวเอง ซึ่งมีเกณฑ์ในการประเมินเรื่องความถี่ในการใช้ระยะเวลาในการใช้ต่อครั้ง และช่วงเวลาในการใช้ โดยมีการนำมาใช้มากที่สุดคือจำนวน 6 งาน รองลงมาคือการใช้แบบวัดที่ปรับมาจากแบบวัด Young People Internet usage questionnaire จำนวน 1 งาน และแบบวัด The Facebook Intensity scale จำนวน 2 งาน **ดังรูปที่ 3**

เมื่อจำแนกตามเครื่องมือที่ผู้วิจัยใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ พบว่าเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลมีความหลากหลาย ได้แก่ งานวิจัยที่ใช้แบบทดสอบ The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) จำนวน 1 งาน งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 1 งาน เก็บข้อมูลโดยใช้คำถามเกี่ยวกับสุขภาพในการสัมภาษณ์



รูปที่ 2 ภาพแสดงการจำแนกตามกลุ่มภูมิภาค จำแนกตามรูปแบบงานวิจัย และจำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ในเครื่องหมายวงเล็บเป็นจำนวนงาน)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์



รูปที่ 3 แผนภูมิแสดงการจำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์

2 คำถาม คือ 1) สื่อสังคมออนไลน์เป็นปัจจัยบวกในชีวิตของคุณในทางใดบ้าง? (In what way is social media a positive factor in your lives?) 2) สื่อสังคมออนไลน์เป็นปัจจัยลบในชีวิตของคุณในทางใดบ้าง? (In what way is social media a negative factor in your lives?) งานวิจัยที่ใช้การหาคำถามถึงการได้รับการสนับสนุนดูแลทางด้านสุขภาพจิตจำนวน 1 งาน งานวิจัยที่ใช้แบบวัดความทุกข์ทางจิตใจ The Kessler Psychological Distress Scale (K10) วัดภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล จำนวน 1 งาน งานวิจัยที่วัดความคิดในการฆ่าตัวตาย จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัดสุขภาวะทางอารมณ์ (Affective Well-being) โดยการใช้ข้อคำถาม คือ ในตอนนี้คุณมีความสุขอย่างไร? (How happy do you feel right now?) คำตอบเป็นคะแนนทั้งหมด 7 คะแนน โดยเริ่มจาก 1 คือ ไม่เลย (not at all) จนถึง 7 คือ มากที่สุด (completely) และมีคะแนนตรงกลาง 4 คือ นิดหน่อย (a little) งานที่ใช้ Rosenberg Self-esteem Scale จำนวน 2 งาน งานที่ใช้แบบวัด The Revised UCLA Loneliness scale จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัด The Social Anxiety จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัด Social Acceptance ประกอบไปด้วย แบบวัด Sociometric measure และแบบวัด social acceptance ที่ประเมินโดยครูงานที่ใช้แบบวัด Self-concept โดยใช้ The Self-description Questionnaire (SDQ) ซึ่งประกอบไปด้วยสามมิติ ได้แก่ ในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างกับเพื่อน มิติของโรงเรียน และความนับถือตนเอง จำนวน 1 งาน งานที่ใช้ข้อคำถามถึงการทำร้ายตัวเอง (self-harm) จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัด The Shorth Mood and Feeling questionnaire (SMFQ) เพื่อประเมินการซึมเศร้า จำนวน 1 งาน งานที่ใช้วัดความนับถือตัวเองโดยใช้แบบวัด The Rosenberg Scale แบบย่อ เพื่อวัดความพึงพอใจในตนเอง (self-satisfaction) จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัด Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) เพื่อวัดคุณภาพของการนอน จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัด The Hospital Anxiety and Depression Scale เพื่อวัดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวล จำนวน 1 งาน งานที่ใช้แบบวัดที่บูรณาการมาจาก The Social Integration and Emotional Connection subscale of Social Media Use Integration Scale เพื่อใช้วัดการลงทุนทางอารมณ์ในสื่อสังคมออนไลน์ (emotional investment in social media)

ดังตารางที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ทำให้ทราบถึงผลของสุขภาวะในหลากหลายมิติ ทั้งในเชิงคุณภาพและในเชิงปริมาณ จะเห็นได้ว่ามีการใช้แบบวัดของสุขภาวะที่แตกต่างกัน

นอกจากนี้ในส่วนของสื่อสังคมออนไลน์งานวิจัยที่ถูกคัดเลือกเป็นงานวิจัยที่ถูกต้องพิมพ์ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 2 งาน ปีพ.ศ. 2563 จำนวน 2 งาน ปีพ.ศ. 2559 จำนวน 2 งาน ปีพ.ศ. 2558 จำนวน 1 งาน และปีพ.ศ. 2556 จำนวน 1 งาน ผลการวิจัยนอกจากความถี่ในการใช้งาน ทำให้เห็นถึงลักษณะของการใช้งาน ฟังก์ชัน และช่วงเวลาในการใช้งาน มีผลต่อสุขภาวะของวัยรุ่น

งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 งาน พบว่ามีผลลัพธ์ที่เป็นองค์ประกอบของสุขภาวะที่แตกต่างกันมาก ทั้งขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของสุขภาวะที่ศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบวัดที่ใช้ในการประเมิน รวมถึงผลลัพธ์ที่ศึกษา อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมพบว่าในแง่ของระยะเวลา

ตารางที่ 2 แสดงการจำแนกตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาวะ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาวะ	จำนวน
The Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)	1
Interview	1
Unmet need for mental health support	1
The Kessler Psychological Distress Scale (K10)	1
Suicidal ideation	1
Affective Well-being	1
Rosenberg Self-esteem Scale	2
The Revised UCLA loneliness scale	1
The Social Anxiety	1
Self-Concept	1
The Short Mood and Feeling questionnaire (SMFQ)	1
The Rosenberg Scale (shorten version)	1
Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)	1
The Hospital Anxiety and Depression Scale	1
The Social Integration and Emotional Connection subscale of Social Media Use Integration Scale	1

ในการใช้งาน จากการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal)¹⁷ พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่สูงกว่ามี ปัญหาทางสุขภาพจิตที่มากกว่ากลุ่มที่ใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ มากกว่า 2 ชั่วโมงต่อวัน¹⁸ มีการรายงานความต้องการความช่วยเหลือทางสุขภาพจิตมากกว่ารวมทั้งสัมพันธ์กับการประเมินสุขภาพจิตในตนเองที่ไม่ดี ประสบกับความทุกข์ทางจิตใจและ มีความคิดฆ่าตัวตายในระดับที่สูง การใช้เวลากับสื่อสังคมออนไลน์ ที่มากขึ้นทุก 30 นาที มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเอง และภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้น¹⁹

ในกลุ่มวัยรุ่นเพศหญิง²⁰ พบความสัมพันธ์แบบผกผันระหว่างระยะเวลาที่ใช้ออนไลน์กับการเห็นคุณค่าในตัวเอง และระดับความนับถือตนเองที่ลดลงในกลุ่มเพศหญิง

ช่วงเวลาในการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์²¹ หากเป็นกลุ่มผู้ใช้งานช่วงเวลากลางคืน นอกจากจะส่งผลต่อคุณภาพการนอนหลับ emotional investment และความนับถือตนเองที่ลดลงแล้วยังทำให้มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น

ในแง่ของผลกระทบต่อสุขภาพบุคคล จากการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูล ณ เวลาที่มีการใช้งาน²² พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพทางอารมณ์ (affective well-being) แตกต่างกันอย่างมากระหว่างวัยรุ่น ในขณะที่ร้อยละ 44 ไม่ได้รู้สึกดีขึ้นหรือแย่ลงหลังจากใช้สื่อสังคมออนไลน์ร้อยละ 46 รู้สึกดีขึ้น และร้อยละ 10 รู้สึกแย่ลง ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะในการใช้งานว่าเป็นการใช้งานแบบ active หรือ passive และขึ้นอยู่กับชนิดของสื่อสังคมออนไลน์ ผลจากการทำการเก็บข้อมูลแบบการสนทนากลุ่ม²³ ได้แบ่งผลลัพธ์ออกเป็นสามประเด็นหลักคือ ประเด็นแรก สื่อสังคมออนไลน์เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการที่บุคคลสื่อสารและเชื่อมโยงถึงกัน ประเด็นที่สอง บางส่วนของ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นบวกลบในแง่ของการอำนวยความสะดวกให้เกิดการเชื่อมโยงในสังคม เนื่องจากสามารที่จะติดต่อสื่อสารกันได้ง่ายมากขึ้น เชื่อมโยงบุคคลเข้าหาสิ่งที่มีความสนใจร่วมกัน เป็นกลุ่มสังคมเดียวกัน ขณะเดียวกันก็มีทางลบ บุคคลปฏิบัติตัวต่อกันแย่มากกว่าการปฏิสัมพันธ์แบบเจอหน้ากัน ยิ่งไปกว่านั้น การใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมในทุกระดับแตกต่างกัน ในแง่บวกลบในแง่ของความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและการสนับสนุนทางสังคม และในแง่ลบในแง่ของการรับรู้ความเครียด ความดันร่างกาย และมาทดแทนกิจกรรมอื่นๆ ประเด็นที่สาม แรงจูงใจในการใช้หรือไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีหลายแง่มุม ทั้งนี้ อาจจะขึ้นอยู่กับลักษณะในการใช้งาน²⁴

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของสื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพจิตในวัยรุ่น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า จากแบบวัดของสุขภาพจิตที่มีหลากหลายมิติ จึงทำให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพจิตที่แตกต่างกันทั้งหมด 8 แบบ

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 1 จากการศึกษาแบบระยะยาว (longitudinal) พบว่าในกลุ่มวัยรุ่นที่มีการใช้งานสื่อสังคมออนไลน์ที่สูงกว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตที่มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁵ ที่ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เป็นการศึกษาแบบระยะยาว ในฐานข้อมูล PsycINFO Medline Web of Science และ Assia จากปี พ.ศ. 2550 - 2563 พบว่ามากกว่าความสัมพันธ์ระหว่างความถี่ในการใช้สื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพจิต ปัญหาทางสุขภาพจิตของผู้ใช้งานขึ้นอยู่กับประเภทของสื่อสังคมออนไลน์และลักษณะในการใช้งานของผู้ใช้ด้วย ถ้าหากเป็นผู้ใช้งานโดยอ้อม (passive user) คือเป็นผู้ดู จะมีอาการซึมเศร้า มีความอิจฉาและมีความพึงพอใจในชีวิตที่น้อยกว่าผู้ที่ใช้งานแบบทางตรง (active user)

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 2 จากการทำ การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ผลลัพธ์ได้แบ่งออกเป็นสามประเด็นหลัก คือ ประเด็นแรก สื่อสังคมออนไลน์เป็นตัวเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิธีการที่บุคคลสื่อสารและเชื่อมโยงถึงกัน ประเด็นที่สอง บางส่วนของ การเปลี่ยนแปลงนั้นเป็นบวกลบในแง่ของการอำนวยความสะดวกให้เกิดการเชื่อมโยงในสังคม ขณะเดียวกันก็มีทางลบ เช่น บุคคลปฏิบัติตัวต่อกันแย่มากกว่าการปฏิสัมพันธ์แบบเจอหน้ากัน ยิ่งไปกว่านั้นการใช้สื่อสังคมออนไลน์ส่งผลต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมในทุกระดับแตกต่างกัน ในแง่บวกลบในแง่ของความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและการสนับสนุนทางสังคม และในแง่ลบในแง่ของการรับรู้ความเครียด ความดันร่างกาย และมาทดแทนกิจกรรมอื่นๆ เช่น การนอนและการบ้าน ประเด็นที่สาม แรงจูงใจในการใช้หรือไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีหลายแง่มุม ซึ่งสะท้อนด้านบวกลบและด้านลบ ด้านสื่อสังคมออนไลน์ในแง่ของผลกระทบต่อกลุ่มผู้เข้าร่วมในทุกระดับแตกต่างกัน ในแง่บวกลบในแง่ของความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งและการสนับสนุนทางสังคม และในแง่ลบในแง่ของการรับรู้ความเครียด ความดันร่างกาย และมาทดแทนกิจกรรมอื่นๆ ประเด็นที่สาม แรงจูงใจในการใช้หรือไม่ใช้สื่อสังคมออนไลน์มีหลายแง่มุม ทั้งนี้ อาจจะขึ้นอยู่กับลักษณะในการใช้งาน²⁴

ความรู้และการสนับสนุนจากทางออนไลน์ที่นักวิจัยจึงได้ทำการ ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ซึ่งผลจากการศึกษาพบว่า สื่อสังคม (social media) นับว่าเป็นตัวช่วยสำคัญในการเชื่อมโยง ในกลุ่มสังคม และยังมีการให้ข้อมูล การติดตามการรักษา การดูแลอาหาร และการส่งเสริมการออกกำลังกายต่อผู้ดูแลรักษา กลุ่มเพื่อน และตัวผู้ป่วยเอง

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 3 ในกลุ่มนักเรียนที่แสดง ความต้องการความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิตโดยไม่ได้รับการ ตอบสนอง มีแนวโน้มที่จะรายงานโดยใช้สื่อสังคมออนไลน์ มากกว่า 2 ชั่วโมงทุกวัน มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ระบุความต้องการ ความช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต การใช้สื่อสังคมออนไลน์รายวัน มากกว่า 2 ชั่วโมงนั้น สัมพันธ์อย่างอิสระกับการประเมินสุขภาพจิต ในตนเองที่ไม่ดีและประสบการณ์ของความทุกข์ทางจิตใจ และ ความคิดฆ่าตัวตายในระดับสูง ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่านักเรียนที่มี สุขภาพจิตไม่ดีอาจเป็นผู้ใช้สื่อสังคมออนไลน์มากขึ้น สอดคล้องกับ งานวิจัยที่ผ่านมา¹³ ที่ทำการศึกษากาบทบทวนวรรณกรรม อย่างเป็นระบบและ meta-analysis จากการรวบรวมงานวิจัย จาก PsysInfo Pubmed Scopus Reserchgate และ Google Scholar ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ใช้งานที่มีมาก หรือมีการใช้งานที่ผิดปกติ มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับความทุกข์ทางด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และสุขภาพในแง่ของความพึงพอใจ ในชีวิตและสุขภาพจิตเชิงบวก

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 4 จากการประเมินที่มี การเก็บข้อมูล ณ เวลาที่มีการใช้งาน 2,155 รายการ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์และสุขภาพทาง อารมณ์แตกต่างกันอย่างมากในวัยรุ่น ในขณะที่ร้อยละ 44 ไม่ได้ รู้สึกดีขึ้นหรือแย่ลงหลังจากใช้สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 46 รู้สึกดีขึ้น และร้อยละ 10 รู้สึกแย่ลง ขึ้นกับลักษณะผู้ใช้งานว่าเป็น ผู้ใช้งานแบบ active หรือ passive และขึ้นอยู่กับประเภทของสื่อ สังคมออนไลน์ที่ใช้ มีส่วนสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ซึ่งทำการ ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนเปรียบเทียบในสังคม และภาวะความเหงาในกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้ Instagram ซึ่งพบว่าการใช้ สื่อสังคมออนไลน์ในแง่ของลักษณะการใช้งานโดยกลุ่มที่มีการใช้ แบบ browsing และ interaction มีภาวะความเหงาที่น้อยกว่าในกลุ่ม ที่ใช้งานแบบ broadcasting²⁷ ดังนั้นลักษณะในการใช้และชนิด ของสื่อสังคมออนไลน์นั้นก็มีผลต่อสุขภาพของผู้ใช้งาน

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 5 จากผู้เข้าร่วมทั้งหมด (อายุเฉลี่ย = 13.66) ใช้อินเทอร์เน็ตทุกวัน โดยร้อยละ 73 รายงานว่า

สื่อสังคมออนไลน์เป็นหนึ่งในกิจกรรมหลัก ผลลัพธ์จากการศึกษา ในปัจจุบันระบุว่ามีความสัมพันธ์ที่สำคัญระหว่างปัจจัยของ สุขภาวะในการใช้อินเทอร์เน็ตและสื่อสังคมออนไลน์ในวัยรุ่น ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์แบบสัดส่วนผกผันระหว่างระยะเวลาที่ใช้ ออนไลน์กับความนับถือตนเอง โดยเฉพาะในเพศหญิง ในขณะที่ ไม่พบความสัมพันธ์ที่สำคัญกับความเหงา มีส่วนที่สอดคล้องกับ งานวิจัยที่ผ่านมา²⁸ ที่มีการศึกษาในเรื่องของสื่อสังคมออนไลน์และ สุขภาวะในแง่ของความเห็นคุณค่าในตัวเอง โดยพบว่าการใช้สื่อ สังคมออนไลน์มีส่วนสัมพันธ์กับความนับถือตนเองและสุขภาพ ทางจิตใจ กลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำนั้น จะมีเพื่อนในออนไลน์มากกว่าและมีปฏิสัมพันธ์ในหน้าข้อมูลส่วนตัว (profile) มากกว่า (ยกตัวอย่างเช่น เพื่อนมีการเขียนข้อความเห็น หรือ มีการลงข้อความถึงกัน) และยิ่งไปกว่านั้นพบว่า ยิ่งการที่มี ปฏิสัมพันธ์กันในเชิงบวกบนหน้าข้อมูลส่วนตัวยิ่งพบว่ามีความ นับถือตนเองมากยิ่งขึ้น จึงแสดงให้เห็นว่าการใช้งานสื่อสังคม ออนไลน์ไม่ได้ทำให้เกิดความรู้สึกของสุขภาพ แต่ปฏิสัมพันธ์ ทั้งทางบวกและทางลบที่วัยรุ่นได้รับในทางออนไลน์เป็นกลไก สำคัญสำหรับการพัฒนาทางด้านสังคม

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 6 พบว่าผู้ใช้ Facebook รายงานแนวคิดเกี่ยวกับตนเองจากสัมพันธ์แบบเพื่อนที่สูงกว่า อย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา²⁹ ที่ทำ การศึกษาในรูปแบบการทบทวนวรรณกรรม (literature review) เกี่ยวกับบทบาทของสื่อสังคมออนไลน์ต่อพัฒนาการของวัยรุ่น และการสร้างตัวตน (identity formation) จากการศึกษาพบวัยรุ่น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มีส่วนร่วมกับสื่อสังคมออนไลน์โดย สม่าเสมอ และสื่อสังคมออนไลน์นั้นได้มาเป็นด้านที่สำคัญในชีวิต ของวัยรุ่นอย่างเห็นได้ชัด มีจำนวนงานวิจัยจำนวนหนึ่งแสดงผล อธิบายฟังก์ชันของสื่อสังคมออนไลน์ต่อพัฒนาการว่า เป็นการ ก่อให้เกิดทฤษฎีที่อธิบายว่าสื่อสังคมออนไลน์เป็นการแสดงออกที่ ปรับเปลี่ยนจากพัฒนาการที่ปกติ โดยมาเติมเต็มความต้องการ ที่จะสร้างสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับกลุ่มเพื่อน

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 7 การใช้เวลากับสื่อสังคม ออนไลน์ที่มากขึ้นเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของการทำร้าย ตัวเองและภาวะซึมเศร้า และระดับความนับถือตนเองในเพศหญิง ที่ลดลง ผลการวิจัยที่นี้แสดงให้เห็นว่าการเปิดรับที่เพิ่มขึ้นทีละ 30 นาที มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน อารมณ์และความเสี่ยงของการทำร้ายตนเองและความนับถือตนเอง ที่ไม่ดี มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา³⁰ ที่ทำการศึกษา

เกี่ยวกับผลกระทบทางสุขภาพจากสื่อสังคมออนไลน์ในเด็กและวัยรุ่น จากฐานข้อมูล Medline, Embase และ PsycINFO ผลจากการวิจัยพบว่าสื่อสังคมออนไลน์มีผลกระทบต่อ self-esteem และ well-being โดยพบว่ายิ่งเวลาในการใช้งานที่มากขึ้นจะมี self-esteem และ well-being ที่ลดน้อยลง

เมื่อพิจารณาผลลัพธ์ประเภทที่ 8 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการในช่วงเวลากลางคืนและการลงทุนทางอารมณ์ สื่อสังคมออนไลน์ล้วนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับที่แย่ลง ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในระดับที่สูงขึ้น นอกจากนี้พบว่าการใช้งานโดยรวม การใช้งานเฉพาะเวลากลางคืนและการลงทุนทางอารมณ์ ล้วนเกี่ยวข้องกับความนับถือตนเองที่ลดลง มีความสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา³¹ ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อสังคมออนไลน์ คุณภาพของการนอน และสุขภาพจิต (การวิตกกังวล ซึมเศร้าและความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress)) จากฐานข้อมูล Medline PsychINFO, Embase และ Scopus พบว่าการใช้สื่อสังคมออนไลน์มีความสัมพันธ์กับการนอนหลับที่แย่ (poor sleep quality) และสุขภาพจิตที่เป็นทางลบ (negative mental health) อย่างมีนัยสำคัญ

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ได้แก่ การเข้าถึงฐานข้อมูลที่ใช้ในการสืบค้นมีความจำกัดในฐานข้อมูลของทางมหาวิทยาลัยที่เข้าถึงได้ ทำให้เข้าถึงได้เพียงฐานข้อมูลของ Pubmed, Embase และ ThaiJO จึงเป็นไปได้ว่าทำให้มีงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ามีจำนวนน้อย ในการศึกษาขั้นต่อไปควรจะครอบคลุมฐานข้อมูลที่กว้างขึ้น เพื่อเพิ่มจำนวนงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ามา งานวิจัยที่นำมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 8 งาน มีความแตกต่างกันมากในแง่ของรูปแบบการวิจัยที่เป็นทั้งงานวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรทางด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน จึงเป็นข้อจำกัดในการเปรียบเทียบผลลัพธ์ในการศึกษางานวิจัยที่คัดเข้ามาเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบว่าในส่วนของกลุ่มประชากรในงานที่ถูกคัดเข้าเป็นประชากรในทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือ รวมทั้งในบางงานมีขนาดตัวอย่างค่อนข้างน้อย

สรุป

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าสื่อสังคมออนไลน์สามารถเกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้ในแง่ของการเข้าถึงข้อมูลเชิงลึก ปัญหาสุขภาพ แบ่งปันประสบการณ์ การปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันทำให้ความสัมพันธ์กับเพื่อนที่มีอยู่แล้วมีความแน่นแฟ้นมากขึ้น ส่งผลทางบวก

ต่อตัวตนที่ตนเองมองเห็น (self-concept) รวมทั้งได้ทำความรู้จักกับบุคคลใหม่ที่มีประสบการณ์ร่วมกัน ได้รับคำปรึกษาหรือได้ให้คำปรึกษา ซึ่งส่งผลให้ผู้ใช้เกิดความรู้สึกในแง่บวก อีกทางหนึ่งผู้ใช้ควรมีความตระหนักรู้ลักษณะการใช้งานของตนเองว่าเป็นผู้ใช้ทางตรงหรือเป็นผู้ใช้ทางอ้อม รวมถึงควรจำกัดระยะเวลาในการใช้งาน จำนวนการใช้งานต่อครั้ง ต่อวัน และช่วงเวลาที่ใช้งานให้เหมาะสม เพื่อให้เป็นผลดีต่อสุขภาพและให้ได้ใช้ชีวิตของตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ และสำหรับครู ผู้ปกครอง สถาบันการศึกษา หรือหน่วยงานทางภาครัฐและเอกชน สามารถใช้ความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครั้งนี้ เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย วางแผน ต่อยอด และพัฒนาโปรแกรม หรือการรักษาในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

1. Chaingkul V. Adolescent Psychology overcome problems and develop potential. Bangkok: Saitam; 2009.
2. Arikul V, Hongsaguansri S, Tripathi SD, Manaboriboon B, Areemit R, Prasertvit J, et al. Practical points in adolescent health care. 1st ed, Bangkok: The Royal Collage of Pediatrics of Thailand with Subcommittee and Adolescence health club; 2012.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Suicide data and statistics [Internet]. 2020 [cited 2021 Jun 24]. Available from: <https://www.cdc.gov/suicide/suicide-data-statistics.html>.
4. Pew Research Center. Teens, social media and technology [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 8]. Available from: <https://www.pewresearch.org/internet/2022/08/10/teens-social-media-and-technology-2022/>.
5. Electronic Transactions Development Agency. Thailand internet user behavior 2019 [Internet]. 2020 [cited 2022 June 3]. Available from: <https://www.eta.or.th/th/NEWS/ETDA-Revealed-Thailand-Internet-User-Behavior-2019.aspx>.
6. Finances Online Reviews for Business. Number of social media users in 2020-2021: demographics and predictions [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 8]. Available from: <https://financesonline.com/number-of-social-media-users/>.
7. Best P, Manktelow R, Taylor B. Online communication, social media and adolescent wellbeing: a systematic narrative review. Child Youth Serv Rev 2014;41:27-36.
8. Seabrook EM, Kern ML, Rickard NS. Social networking sites, depression, and anxiety: a systematic review. JMIR Ment Health 2016;3(4):e50.
9. Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. Int J Adolesc Youth 2019;25:1-15.
10. Huang C. Time spent on social network sites and psychological well-being: a meta-analysis. Cyberpsychol Behav Soc Netw 2017;20(6):346-54.

11. McCrae N, Gettings S, Pursell E. Social media and depressive symptoms in childhood and adolescence: a systematic review. *Adolescent Research Review* 2017;2(4):315-30.
12. Baker DA, Algorta GP. The relationship between online social networking and depression: a systematic review of quantitative studies. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2016;19(11):638-48.
13. Marino C, Gini G, Vieno A, Spada MM. The associations between problematic Facebook use, psychological distress and well-being among adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2018;226:274-81.
14. Ryan RM, Huta V, Deci EL. Living well: a self-determination theory perspective on eudaimonia. *J Happiness Stud* 2008;9(1):139-70.
15. Seligman M. PERMA and the building blocks of well-being. *J Posit Psychol* 2018;13(4):333-5.
16. The Institute of Medical Research and Technology Assessment. Quality Assessment [Internet]. 2019 [cited 2021 Jun 24]. Available from: <http://www.imrta.dms.moph.go.th/imrta/images/doc20190110.pdf>
17. Beeres DT, Andersson F, Vossen HG, Galanti MR. Social media and mental health among early adolescents in Sweden: a longitudinal study with 2-year follow-up (KUPOL study). *J Adolesc Health* 2021;68(5):953-60.
18. Barthorpe A, Winstone L, Mars B, Moran P. Is social media screen time really associated with poor adolescent mental health? A time use diary study. *J Affect Disord* 2020;274:864-70.
19. Hjetland GJ, Schønning V, Hella RT, Veseth M, Skogen JC. How do Norwegian adolescents experience the role of social media in relation to mental health and well-being: a qualitative study. *BMC Psychology* 2021;9(1):1-14.
20. Woods HC, Scott H. Sleepyteens: Social media use in adolescence is associated with poor sleep quality, anxiety, depression and low self-esteem. *J Adolesc* 2016;51:41-9.
21. Košir K, Horvat M, Aram U, Jurinec N, Tement S. Does being on Facebook make me (feel) accepted in the classroom? The relationships between early adolescents' Facebook usage, classroom peer acceptance and self-concept. *Comput Human Behav* 2016;62:375-84.
22. Bourke N. Online social networking & wellbeing in adolescents [dissertation]. Dublin: Dublin Business School; 2013.
23. Sampasa-Kanyinga H, Lewis RF. Frequent use of social networking sites is associated with poor psychological functioning among children and adolescents. *Cyberpsychol Behav Social Netw* 2015;18(7):380-5.
24. Beyens I, Pouwels JL, van Driel II, Keijsers L, Valkenburg PM. The effect of social media on well-being differs from adolescent to adolescent. *Scientific Reports* 2020;10(1):1-11.
25. Course-Choi J, Hammond L. Social media use and adolescent well-being: a narrative review of longitudinal studies. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 2020;24.
26. De Clercq E, Rost M, Gumy-Pause F, Diesch T, Espelli V, Elger BS. Moving beyond the friend-foe myth: a scoping review of the use of social media in adolescent and young adult oncology. *J Adolesc Young Adult Oncol* 2020;9(5):561-71.
27. Yang CC. Instagram use, loneliness, and social comparison orientation: interact and browse on social media, but don't compare. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2016;19(12):703-8.
28. Valkenburg P, Peter J, Schouten A. Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychol Behavior* 2006;9:584-90.
29. Asamoah T. 80.4 Frind me: development and identity formation in the digital age. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2019;58(10):S116.
30. Richards D, Caldwell PH, Go H. Impact of social media on the health of children and young people. *Paediatr Child Health* 2015;51(12):1152-7.
31. Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: a systematic review. *Sleep Med Rev* 2021;56:101414.



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชจังหวัดชุมพร สิรินภา สรงสระแก้ว, จุฑาธิป ศีลบุตร, ชูเกียรติ วิวัฒน์วงศ์เกษม, พิจิตรพงศ์ สุนทรพิพิธ	166
ปัจจัยทำนายความสำเร็จในการหยุดใช้เมทแอมเฟตามีนระหว่างเข้ารับบริการ เมทริกซ์โปรแกรม มนฤดี วงศ์จิตรรัตน์	176
ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าของพยาบาลที่ทำงานในหน่วยคัดกรอง โรคโควิด 19 จังหวัดอุบลราชธานี วิวัฒน์ สารพัฒน์	190
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคเครียดหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญในนักศึกษา มหาวิทยาลัยที่ติดเชื้อโควิด 19 : การศึกษาแบบผสมผสาน ลักษิกา ศรีโรจนกุล, รัชฎากร ชัยวัง, ชบาไพโร โปธิ์สุยะ, อวิรุทธ์ อุ่นอารมย์, ชิตชนก เรือนก้อน	202
ผลของโปรแกรมฝึกทักษะการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยไทย (Thai Triple-P) ต่อพัฒนาการ และความฉลาดทางอารมณ์ในเด็กกลุ่มเสี่ยงต่อพัฒนาการล่าช้า ดุษฎี จิงศิริกุลวิทย์, อมรา ธนศุภรัตน์	215
ความชุกและแนวโน้มปัญหาสุขภาพจิตของคนไทยระหว่างการแพร่ระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปี พ.ศ. 2563 - 2565 วรวรรณ จุฑา, กมลลักษณ์ มากคล้าย, ดวงดาว ศรีเรืองรัตน์, เรวดี จายานะ	227
บทความปริทัศน์	
โรคเครียดภายหลังเหตุการณ์สะเทือนขวัญเนื่องจากการทำงาน ภัทรภณ แจ่มมิน, จารุพงษ์ พรหมวิทักษ์, วรงค์ สิทธิศรีธัญญกุล, พริษฐ์ โพธิ์งาม	240
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	