



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 4

ตุลาคม - ธันวาคม 2566

บรรณาธิการแถลง

บทความพิเศษ

จิตแพทย์ไทยไปปฏิบัติงาน ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์

เกษม ต้นติผลาชีวะ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กที่มีโรคลมชักและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนมล พูลสวน, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หักยออยู่สุข

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นเปรียบเทียบกับครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว
ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ฐิติรัตน์ สันธิ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ, โชษิตา ภาวสุทธิไพจิตร, พชรินทร์ เสรี

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคลมชัก ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ชัยณรงค์ ศรีละคร, วรณิศา โกมลไพศาล, อัจฉราวรรณ โตภาคงาม

ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้า
จากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมอง
และปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จิราวรรณ รงสอาด, สุพักร แสงแจ่มใส

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กันตพัฒน์ ราชไชยา, มุกิตา พนาสทิธย์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเอื้อสังคมและพฤติกรรมต่อต้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของประเทศไทย
(SOCIALDEVIANCE1820)

บุรชัย อัครทวิบุญ, จารุวรรณ สกุลคู

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว
ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ยุภาตรา ปัตถามัง, อสพรรณ สุนทวง, ชุศรี โพธิ์สูง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด
บริบทนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ทรงพล โลดทนงศ์

บทความปริทัศน์

โรคร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

โชติมันต์ ชินวรารักษ์, Diego Garcia-Borreguero

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย



รายชื่อคณะกรรมการอำนวยการ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2565-2568

นายกสมาคม

ศ.นพ.ชวณันท์ ชาญศิลป์

President

Prof.Chawanun Charnsil, M.D.

อุปนายก

ผศ.พญ.วรลักษณ์ ธีราโมกษ์

Vice-President

Asst.Prof.Voralaksana Theeramoke, M.D.

เลขาธิการ

นพ.สุทธา สุปัญญา

Secretary-General

Suttha Supanya, M.D.

เหรัญญิก

ผศ.พญ.ปรานี เมื่อน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Moungnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลังสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsarn Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piyawat Dendumrongkul, M.D.

กรรมการกลาง

ผศ.นพ.ปรการ ถมยางกูร

Committee Members

Asst.Prof.Prakarn Thomyangkoon, M.D.

ผศ.นพ.ภูซังค์ เหล่าจุสิวัตต์

Asst.Prof.Puchong Laurujisawat, M.D.

ผศ.นพ.วรุฒม์ อุ่นจิตสกุล

Asst.Prof.Warut Aunjitsakul, M.D.

นพ.ศรุตพันธุ์ จักรพันธุ์ ณ อยุธยา

Sarutabhandu Chakrabhandu Na Ayutaya, M.D.

ผศ.พญ.ศุภรา เชาว์ปรีชา

Asst.Prof.Supara Chaopricha, M.D.

นพ.สมนึก หลิมศิริรัตน์

Somnuk Limsiroratana, M.D.



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

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

E-ISSN: 2697-4126

การติดต่อ

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

การส่งบทความ

ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ TCI Thai Jo โดยผู้พิมพ์สามารถส่งบทความได้ที่
www.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/index



กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

บรรณาธิการกิตติมศักดิ์

ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Honorary Editor

Professor Suwanna Arunpongpaisal, MD, MSc
Khon Kaen University

บรรณาธิการ

รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Editor-in-Chief

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

รองบรรณาธิการ

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

Associate Editor

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

กองบรรณาธิการฝ่ายจัดการ

น.ส.สิริลักษณ์ ไชยสิทธิ์

Managing Staffs

Miss Siriluck Chaiyasit



วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

ปีที่ 68 ฉบับที่ 4

ตุลาคม – ธันวาคม 2566

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

บทความพิเศษ

จิตแพทย์ไทยไปปฏิบัติงาน ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์

319

เกษม ต้นติผลาชีวะ

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

326

ชนมล พูลสวน, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นเปรียบเทียบกับครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยวในจังหวัดเพชรบูรณ์

339

ฐิติรัตน์ สันติ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, นิดา ลิ้มสุวรรณ, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ, พชรินทร์ เสรี

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

358

ชัยณรงค์ ศรีละคร, วรณิศา โกมลไพศาล, อัจฉราวรรณ ไตภาคงาม

ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวความคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในผู้ดูแลเด็กพิการ ทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

371

จิราวรรณ ธงสะอาด, สุพัทธ แสงแจ่มใส

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

380

กันตพัฒน์ ราชไชยา, มุทิตา พนาสถิตย์

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเอื้อสังคมและพฤติกรรมต่อต้านสังคมในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของประเทศไทย (SOCIALDEVIANCE1820)

394

บุรชัย อัครทวิบุญ, จารุวรรณ สกุลคู

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพ ในครอบครัว ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

403

ยุภาตรา ปัตถามัง, อรพรรณ สุนทวง, ชุติรี โพธิ์สูง

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่มิวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิต จากสารเสพติด บริบทนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี

412

ทรงพล โลดทนต์

บทความปริทัศน์

โรคร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

422

โชติมันต์ ชินวรารักษ์, Diego Garcia-Borreguero

สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

428



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 68 Number 4

October - December 2023

CONTENTS

EDITORIAL

A

SPECIAL ARTICLE

- A Thai Psychiatrist's Work Experience in the Republic of Maldives 319
Kasem Tantiphlachiva

ORIGINAL ARTICLES

- Self-Compassion in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Associated Factors 326
Chanamol Poolsuan, Komsan Kiatrungrit, Somboon Hataiyusuk
- Factors Associated with Mental Health Status of Adolescents in Skipped-Generation Family Compared with Extended Family and Nuclear Family in Phetchabun Province 339
Thitirat Sunthi, Komsan Kiatrungrit, Nida Limsuwan, Chosita Pavasuthipaisit, Patcharin Seree
- Study of Methylphenidate-Related Problems in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder at a Hospital in Northeast Thailand 358
Chainarong Srilacorn, Wannisa Komonpaisarn, Acharawan Topark-ngarm
- The Effects of Cognitive Behavior Counseling Program on Compassion Fatigue, Secondary Trauma and Burnout in Caregivers of Children with Intellectual Disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities 371
Jirawan Thongsard, Supat Sanjamsai
- Prevalence and Factors Associated with Suicidality in Patients with Major Depressive Disorder in Charoenkrung Pracharak Hospital 380
Kuntapat Rachchaiya, Muthita Phanasathit
- The Study of Pro/Antisocial Behavior in Thai Young Adults (SOCIALDEVIANCE1820) 394
Burachai Asawathaweewoon, Jaruwan Sakulku
- Effectiveness of Satir Family Therapy on Amphetamine Addiction and Family Relationship at Roi Et Hospital 403
Yupattra Pattamang, Orapun Suntuang, Chusri Phosung
- Prevalence and Associated Factors of Conversion to Schizophrenia among Patients with Substance-Induced Psychotic Disorder, The Rural Context in Ubon Ratchathani 412
Songpon Lodthanong
- REVIEW ARTICLE
- The Comorbid Between Depression and Obstructive Sleep Apnea 422
Chotiman Chinvararak, Diego Garcia-Borreguero
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 428

บรรณาธิการแถลง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายของปี พ.ศ. 2566 โดยวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ฉบับนี้มีบทความหลากหลายเรื่อง ทั้งนิพนธ์ต้นฉบับ บทความปริทัศน์ และนอกจากนี้ยังมีบทความพิเศษของอาจารย์ เกษม ตันติผลาชีวะ ที่ได้ถึงประสบการณ์ช่วงที่ได้ไปปฏิบัติงานที่สาธารณรัฐมัลดีฟส์อีกด้วย ซึ่งผู้ที่สนใจสามารถเข้าไปอ่านบทความเพิ่มเติมได้

จากการทำงานเป็นบรรณาธิการของวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ มาหลายปี พบว่าปัญหาที่พบบ่อยในบทความที่ส่งมาคือการทำเอกสารอ้างอิง ซึ่งเป็นจุดที่เกิดความผิดพลาดได้บ่อย ทำให้ต้องส่งกลับไปให้ผู้นิพนธ์แก้ไขซ้ำ ซึ่งพบมากกว่าร้อยละ 90 ของบทความที่ส่งมา หลายบทความต้องมีการส่งกลับไปให้ผู้นิพนธ์แก้ไขเกินกว่า 2 - 3 รอบ ดังนั้นในส่วนท้ายของบทบรรณาธิการแถลงฉบับนี้ ผมจึงได้รวบรวมจุดผิดพลาดที่พบบ่อยในการทำเอกสารอ้างอิงของวารสารฯ เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้นิพนธ์ได้ตรวจทานอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะส่งบทความเข้าสู่ระบบต่อไป

สุดท้ายผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้นิพนธ์ทุกท่านที่ส่งบทความกับทางวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมนาท เจริญบุญ

บรรณาธิการ

ข้อผิดพลาดที่พบบ่อยของการเขียนเอกสารอ้างอิง

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ใช้ระบบการอ้างอิงแบบ Vancouver โดยมีตัวอย่างการอ้างอิงบทความที่เป็นวารสารวิชาการ (journal) ดังนี้

Charernboon T. Negative and neutral valences of affective theory of mind are more impaired than positive valence in clinically stable schizophrenia patients. *Psychiatry Investig* 2020; 17(5): 460-4.

โดยมีลำดับการเขียนคือ [นามสกุล ชื่อย่อผู้พิมพ์] [ชื่อบทความ] [ชื่อย่อวารสาร] [ปี ค.ศ.; volume: เลขหน้า]

ทั้งนี้จากประสบการณ์การเป็นบรรณาธิการมา พบว่าการเขียนอ้างอิงบทความวิชาการนั้นมีข้อผิดพลาดที่พบบ่อยดังนี้

1. เขียนชื่อเรื่องบทความด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำซึ่งไม่ถูกต้อง การเขียนชื่อบทความใช้ตามหลักภาษาอังกฤษทั่วไป โดยไม่จำเป็นต้องขึ้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่ทุกคำ

a. ✓ (ถูก) Charernboon T. Negative and neutral valences of affective theory of mind are more impaired than positive valence in clinically stable schizophrenia patients. *Psychiatry Investig* 2020; 17(5): 460-4.

b. ✗ (ผิด) Charernboon T. Negative And Neutral Valences Of Affective Theory Of Mind Are More Impaired Than Positive Valence In Clinically Stable Schizophrenia Patients. *Psychiatry Investig* 2020; 17(5): 460-4.

2. ไม่ใช้ชื่อย่อวารสาร ระบบ Vancouver เป็นระบบที่ต้องเขียนชื่อวารสารด้วยชื่อย่อ ซึ่งวารสารต่างประเทศสามารถหาชื่อย่อได้ใน National Library of Medicine (NLM) หรือเว็บไซต์ของวารสารนั้นๆ ส่วนวารสารในประเทศสามารถหาได้ที่ <https://tci-thailand.org/>

a. ✓ Saetia S, Charoenporn V, Charernboon T. Prevalence of gaming disorder and its association with depression and anxiety among undergraduate students at Thammasat University. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2023; 68(1): 26-35.

b. ✗ Saetia S, Charoenporn V, Charernboon T. Prevalence of gaming disorder and its association with depression and anxiety among undergraduate students at Thammasat University. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2023; 68(1): 26-35.

3. ใส่จุด (.) หลังชื่อวารสาร ทั้งนี้วารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ ใช้ Vancouver ระบบที่ไม่ต้องใส่จุด (.) ท้ายชื่อวารสาร

a. ✓ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. *Psychiatry Investig* 2016; 13: 571-3.

b. ✗ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. *Psychiatry Investig*. 2016; 13: 571-3.

4. ใส่เลขหน้าที่ซ้ำ ในระบบ Vancouver จะไม่เขียนเลขตัวหน้าที่ซ้ำกัน ให้เขียนหน้าท้ายเฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำเท่านั้น

a. ✓ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. *Psychiatry Investig* 2016; 13: 571-3.

b. ✗ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. *Psychiatry Investig* 2016; 13: 571-573.

5. ใส่วันที่และเดือนมาด้วย การเขียนเอกสารอ้างอิงไม่ต้องใส่วันที่กับเดือนที่ตีพิมพ์เข้ามาด้วย ซึ่งปัญหานี้จะพบได้บ่อยในคนที่ copy-paste มาจาก PubMed ซึ่งในหน้าเว็บไซต์ PubMed จะแสดงวันที่กับเดือนที่ตีพิมพ์ตีพิมพ์มาด้วย
- ✓ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. Psychiatry Investig 2016; 13: 571-3.
 - ✗ Charernboon T, Jaisin K, Lerthattasilp T. The Thai Version of the Addenbrooke's Cognitive Examination III. Psychiatry Investig 2016 Sep 30; 13: 571-3.
6. ไซ้ et al. ไม่ถูกต้อง ระบบ Vancouver จะแสดงชื่อผู้พิมพ์เฉพาะ 6 คนแรก หากมีผู้พิมพ์มากกว่านั้นจะเขียนว่า et al. หลังคนที่ 6
- ✓ Hemrungronj S, Tangwongchai S, Charernboon T, Panasawat M, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, et al. Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. Dement Geriatr Cogn Disord 2021; 50(2): 183-94.
 - ✗ Hemrungronj S, Tangwongchai S, Charernboon T, et al. Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. Dement Geriatr Cogn Disord 2021; 50(2): 183-94.
 - ✗ Hemrungronj S, Tangwongchai S, Charernboon T, Panasawat M, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, Maleevach P, Likitjaroen Y, et al. Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version to discriminate amnesic mild cognitive impairment from Alzheimer's disease and healthy controls: Machine learning results. Dement Geriatr Cogn Disord 2021; 50(2): 183-94.

เหล่านี้เป็นผู้ผิดพลาดที่พบบ่อย จึงอยากให้ผู้พิมพ์ได้ศึกษาไว้ เพื่อที่จะได้ตรวจทานเอกสารอ้างอิงให้เรียบร้อย จะได้ไม่ถูกส่งกลับไปให้แก้ไข ซึ่งจะทำให้เสียเวลาและตีพิมพ์ล่าช้าได้ ทั้งนี้การใช้โปรแกรมช่วยจัดเอกสารอ้างอิง เช่น EndNote ผู้พิมพ์ก็ยังจำเป็นต้องตรวจทานอีกครั้ง เนื่องจากการดึงข้อมูลของโปรแกรมนั้นมีข้อผิดพลาดได้อยู่บ้าง

อย่างไรก็ตามบทความที่เขียนข้างต้นนี้เป็นเพียงตัวอย่างการเขียนผิดที่พบบ่อยของการเขียนอ้างอิงที่เป็นวารสารวิชาการเท่านั้น ไม่ใช่คู่มือการเขียนเอกสารอ้างอิงทั้งหมดแต่อย่างใด

รศ.ดร.นพ. ธรรมนาถ เจริญบุญ
บรรณาธิการ



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2566

- | | |
|----------------------|------------------|
| 1. ผศ.ดร.นพ.กันตธีร์ | อนันตพงศ์ |
| 2. ผศ.นพ.คมสันต์ | เกียรติรุ่งฤทธิ์ |
| 3. รศ.พญ.ชนกานต์ | ��ชาลา |
| 4. นพ.ชนาธิป | ทองยงค์ |
| 5. นพ.ชัยชนะ | จรรยาพัฒน์กุล |
| 6. อ.ดร.นพ.ชาวิท | ตันวีระชัยสกุล |
| 7. รศ.พญ.ทิฆัมพร | หอสิริ |
| 8. อ.นพ.ณภัทร | ศิรินิมมวลกุล |
| 9. ผศ.นพ.ดารุจ | อนิวรรณพงศ์ |
| 10. รศ.ดร.พญ.ติรยา | เลิศหัตถศิลป์ |
| 11. ผศ.ดร.พญ.ธนาวดี | ประชาสันต์ |
| 12. รศ.พญ.ธนิดา | ตันตระกูลโรจน์ |
| 13. รศ.ดร.นพ.ธรรมนาถ | เจริญบุญ |
| 14. อ.นพ.ธันวรัตน์ | บุญสุขสกุล |
| 15. ผศ.นพ.ธีรยุทธ | รุ่งนรินทร์ |
| 16. รศ.พญ.นิดา | ลิ้มสุวรรณ |
| 17. พญ.เบญจพร | ตันตสุติ |
| 18. นพ.ปทานนท์ | ขวัญสนธิ |
| 19. นพ.ปิยะวัฒน์ | เด่นดำรงกุล |
| 20. อ.พญ.ปฐนทริก | ศรีสวาท |
| 21. รศ.นพ.พงศ์ธร | พหลภาคย์ |
| 22. นพ.ภูมิ | ชมภูศรี |
| 23. ดร.พญ.วชิราภรณ์ | อรุโณทอง |
| 24. ผศ.ดร.นพ.วรุฒม์ | อุ้นจิตสกุล |
| 25. ผศ.นพ.วัลลภ | อัศจรรย์ะสิงห์ |
| 26. พญ.วีระวรินทร์ | เจริญพร |
| 27. พญ.คันสนีย์ | นิฐ |
| 28. อ.นพ.สรวิศ | วัยนิพัทธ์พงศ์ |
| 29. ผศ.ดร.สิทธิชัย | ทองวร |
| 30. นพ.สุทธา | สุปัญญา |



จิตแพทย์ไทยไปปฏิบัติงาน ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์

เกษม ตันติผลาชีวะ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

บทคัดย่อ

ผู้เขียนได้ไปปฏิบัติงานในฐานะแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์ ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม ถึง 25 มิถุนายน 2537 ตามโครงการความร่วมมือทางวิชาการไทย - สาธารณรัฐมัลดีฟส์

ผู้เขียนได้ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการแก่บุคลากรทางการแพทย์ และให้การตรวจรักษาแก่ประชาชนชาวมัลดีฟส์ ที่โรงพยาบาลกลาง เมืองมาเล และที่สถานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการ บนเกาะคูรายดู

Corresponding author: เกשמ ตันติผลาชีวะ

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

E-mail: ktantiphachiva@gmail.com

วันรับ : 30 สิงหาคม 2566 วันแก้ไข : 12 กันยายน 2566 วันตอบรับ : 16 กันยายน 2566



A Thai Psychiatrist's Work Experience in the Republic of Maldives

Kasem Tantiplachiva

Somdet Chaophraya Institute of Psychiatry

ABSTRACT

The author worked as a specialist in psychiatry in the Republic of Maldives from May 25 to June 25, 1994 on a Thai - Maldives cooperative project. The author gave psychiatric aid to medical personnel and gave psychiatric services to the people at the Central Hospital in Male and at Kuraidhu Rehabilitation Centre for the Aged and the Disabled Persons.

Corresponding author: Kasem Tantiplachiva

E-mail: ktantiplachiva@gmail.com

Received 30 August 2023 Revised 12 September 2023 Accepted 16 September 2023

ระหว่างวันที่ 25 พฤษภาคม 2537 ถึง 25 มิถุนายน 2537 ผู้เขียนได้รับมอบหมายจากรัฐบาลไทย ให้ไปปฏิบัติหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์ ตามโครงการความร่วมมือทางวิชาการไทย - สาธารณรัฐมัลดีฟส์

ผู้เขียนเป็นจิตแพทย์ไทยคนแรกที่มาปฏิบัติงานใน สาธารณรัฐมัลดีฟส์ และเท่าที่ทราบจนถึงปัจจุบันยังไม่มี จิตแพทย์ไทยคนใดไปปฏิบัติงานต่อจากผู้เขียนอีกเลย จึงขอ นำเรื่องราวมาบันทึกไว้เพื่อเป็นประโยชน์ทางประวัติศาสตร์ให้คนรุ่น ต่อไปได้ศึกษา

ข้อมูลทั่วไป: สาธารณรัฐมัลดีฟส์ เป็นหมู่เกาะปะการัง อยู่ในมหาสมุทรอินเดีย ระหว่างเส้นรุ้งที่ 7° 6' 30" เหนือ กับ 0° 41' 48" ใต้ และเส้นแวงที่ 72° 32' 30" ตะวันออก กับ 73° 45' 54" ตะวันออก ครอบคลุมพื้นที่ 90,000 ตารางกิโลเมตร ซึ่งส่วนใหญ่ เป็นทะเล ความยาวจากเหนือจรดใต้ 823 กิโลเมตร ความกว้าง สูงสุด 130 กิโลเมตร ประกอบด้วยหมู่เกาะปะการังรูปวงแหวน (atolls) ทั้งหมด 26 หมู่เกาะ แบ่งเขตการปกครองเป็นเขตเมืองหลวง และ 19 atolls มีจำนวนเกาะ 1,190 เกาะ มีประชาชนอาศัยอยู่ 199 เกาะ เมืองหลวงชื่อว่า มาเล (Male') ศาสนาประจำชาติคือ อิสลาม นิกายสุหนี่ ภาษาราชการคือ Dhivehi เงินตราสกุล Rufiyaa (อัตราแลกเปลี่ยนขณะนั้น 11.5 Rufiyaa ต่อ 1 เหรียญสหรัฐ) ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (Gross Domestic Product) 1,121.1 ล้าน Rufiyaa (2535) เฉลี่ยต่อหัว 4,857 Rufiyaa อัตรา เติบโตของ GDP 6.3% รายได้หลักของประเทศมาจากการท่องเที่ยว และการส่งออกเป็นสินค้าออก

ข้อมูลด้านประชากร: ประชากรทั้งประเทศปี 2535 มี 230,819 คน ปี 2536 มี 238,363 คน โดยประมาณ (ปี 2565 มี 523,787 คน) อยู่ในเมืองหลวง 25.9% อัตราเพิ่มของประชากร (2528 - 2533) 3.4% อัตราผู้มีรายได้ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป (2533) 50% อัตราส่วนการพึ่งพิง (2533) 1 : 0.99 อัตราการว่างงาน (2533) 0.85%

ข้อมูลด้านการศึกษา: อัตราผู้รู้หนังสือในกลุ่มอายุ 15 - 45 ปี (2533) 98% โรงเรียนทั้งหมด 268 แห่ง เป็นของรัฐบาล 57 แห่ง ของเอกชน 211 แห่ง จำนวนนักเรียน (2535) 73,642 คน อยู่ในโรงเรียนรัฐบาล 32,475 คน ในโรงเรียนเอกชน 41,167 คน การศึกษาแบ่งเป็น 12 ระดับ ประชาชนส่วนใหญ่จบไม่เกินระดับ 10

การศึกษาระดับอุดมศึกษาต้องไปต่างประเทศ ส่วนใหญ่ด้วยทุนรัฐบาลหรือความช่วยเหลือจากต่างประเทศ ในขณะนั้นเริ่มมีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรในประเทศ เช่น สถาบันฝึกหัดครู และสถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Institute of Health Sciences)

ข้อมูลด้านสาธารณสุข: สถิติปี 2535 รายงานอัตราการตายของทารก 31 ต่อ 1,000 อัตราการเกิด 35 ต่อ 1,000 อัตราการตาย 6 ต่อ 1,000 อัตราการตายของมารดาจากการคลอด 4 ต่อ 1,000 อัตราทารกตายคลอด 20 ต่อ 1,000 การคาดหมายอายุขัยเมื่อคลอด 66.95 ปี

บริการทางการแพทย์: บริการด้านสุขภาพอยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ (Ministry of Health and Welfare) มีโรงพยาบาลในเมืองมาเล 1 แห่ง และโรงพยาบาล เขต 4 แห่ง มีจำนวนเตียงทั้งหมด 238 เตียง นอกจากนี้ยังมีศูนย์ สาธารณสุขมูลฐาน 21 แห่ง กระจายอยู่ตามเกาะต่างๆ งบประมาณด้านสุขภาพคิดเป็นร้อยละ 12.4 ของงบประมาณแผ่นดินในปี 2534 และเป็นร้อยละ 7.65 ในปี 2535

โรงพยาบาลกลาง (Central Hospital) เปิดดำเนินการมา ตั้งแต่ปี 2510 โดยรัฐบาลอังกฤษเป็นผู้สร้างให้ในปี 2537 มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วย 109 เตียง มีแพทย์ 36 คน เป็นชาวมัลดีฟส์ 1 ใน 3 อีก 2 ใน 3 รัฐบาลจ้างมาจากอินเดีย จำนวนพยาบาล ประจำการ (staff nurse) 30 คน ซึ่งจบการศึกษาจากต่างประเทศ ทั้งหมด พยาบาลที่จบการฝึกอบรมในประเทศ 56 คน หอผู้ป่วย แบ่งเป็น 4 แผนก คือ อายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ กุมารเวชศาสตร์ และสูติ-นรีเวช โรงพยาบาลมีขีดความสามารถจำกัดในการรักษา พยาบาลผู้ป่วย ถ้าหากมีความจำเป็นสามารถส่งต่อไปรักษา ในประเทศข้างเคียง เช่น ศรีลังกา โดยรัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่าย ให้ทั้งหมดถ้าผู้ป่วยไม่สามารถเสียค่าใช้จ่ายได้ แต่ทั้งนี้ต้องผ่าน การพิจารณาของคณะกรรมการสวัสดิการ รัฐบาลอินเดียกำลัง ดำเนินการก่อสร้างโรงพยาบาลขนาด 200 เตียง ทางชายฝั่งตะวันตก ของเมืองมาเล ชื่อ Indira Gandhi Memorial Hospital กำหนด เปิดบริการปลายปี 2537 โดยรัฐบาลอินเดียจะเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งหมดในระยะแรก จะส่งแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทุกระดับ มาทั้งหมดประมาณ 170 คน บุคลากรทั้งหมดของ Central Hospital จะย้ายมาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลนี้ และขายโรงพยาบาลเก่า ให้เอกชน นับว่าการแพทย์ของสาธารณรัฐมัลดีฟส์ได้รับอิทธิพล จากอินเดียเป็นอย่างมาก แพทย์ส่วนใหญ่จบการศึกษาจากอินเดีย และยาที่ใช้ในประเทศทั้งหมดผลิตในประเทศอินเดีย

บริการทางจิตเวช: สาธารณรัฐมัลดีฟส์ยังไม่มีจิตแพทย์ที่จะให้บริการทางจิตเวช องค์การอนามัยโลกเคยส่งจิตแพทย์มาให้ความช่วยเหลือในระยะสั้นแต่ขาดความต่อเนื่อง ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ทั่วไปตามกำลังความสามารถที่มีอยู่โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชไม่มีในประเทศนี้ ผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจะถูกส่งตัวไปอยู่ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการบนเกาะ Kuraidhu ซึ่งอยู่ห่างจากเมืองมาเลไปทางใต้ประมาณ 25 กิโลเมตร ใน atoll เดียวกัน ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจและสั่งการรักษาจากแพทย์ที่เมืองมาเลก่อนส่งตัวไป ศูนย์ฟื้นฟูนี้มีหัวหน้าเป็นผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชน (community health worker) อาวุโสผู้หนึ่ง มีพยาบาลชาวอินเดีย 1 คน นอกนั้นเป็นเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นคนในท้องถิ่น และบางส่วนเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาแล้วช่วยปฏิบัติงาน รวมทั้งหมด 25 คน แพทย์มาตรวจรักษาประมาณเดือนละ 1 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยในตอนนั้น 84 คน ผู้ป่วยในศูนย์มีทั้งผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแล ผู้ป่วยปัญญาอ่อน ผู้ป่วยโรคจิต โรคคลุ้มคลั่ง โรคเรื้อรัง โรคเท้าช้าง โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ตลอดจนผู้พิการที่ไม่มีผู้ช่วยเหลือเกื้อกูล

การปฏิบัติงาน: ผู้เขียนได้เริ่มต้นศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับภูมิหลัง ประเพณี วัฒนธรรมและศาสนาของประเทศเท่าที่สามารถหาได้จากเอกสาร และจากการศึกษาเพิ่มเติมในประเทศนี้ เพื่อให้สามารถเข้าใจสภาพจิตใจของคนในสังคมนี้ตามความเป็นจริง ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานทางด้านจิตเวช

วันที่ 26 พฤษภาคม 2537 เป็นวันแรกที่เดินทางไปถึง Mrs. Huda Ali Shareef ซึ่งเป็น senior programme officer ใน Department of External Resources, Ministry of Finance and Treasury ได้ทำหน้าที่ประสานงานและนำไปพบรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสุขภาพและสวัสดิการ และได้สนทนาเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการทางด้านจิตเวชของประเทศมัลดีฟส์ ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการในระยะเวลา 1 เดือนที่มาปฏิบัติงาน จากนั้นจึงได้ไปพบ Dr. Firdous ผู้อำนวยการ (Executive Director) ของโรงพยาบาลกลาง (Central Hospital) เพื่อวางแผนการปฏิบัติงานก่อนลงมือปฏิบัติงานจริง

งานทั้งหมดแบ่งออกได้เป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. การฝึกอบรม

1.1 ภาคทฤษฎี

1.1.1 บรรยายวิชาจิตเวชศาสตร์ แก่แพทย์ผู้สนใจของโรงพยาบาลกลาง 1 ครั้ง

1.1.2 บรรยายวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแก่นักศึกษาหลักสูตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ปีที่ 2 ของสถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ จำนวน 10 คน เป็นเวลา 8 วัน วันละ 1 ชั่วโมง รวม 8 ชั่วโมง

1.2 ภาคปฏิบัติ

ฝึกอบรมแพทย์ 2 คน คือ แพทย์หญิง Aminath Nazeer แพทย์ชาวมัลดีฟส์ สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย New Delhi กลับมาปฏิบัติงานเป็นแพทย์ทั่วไปที่โรงพยาบาลกลาง เมื่อเดือนเมษายน 2537 และ นายแพทย์ Unnikrishnan N.S. แพทย์ชาวอินเดีย สำเร็จการศึกษาจากมหาวิทยาลัย Madras เมื่อปี 2534 เพิ่งเดินทางมาถึง เพื่อปฏิบัติงานที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการ บนเกาะ Kuraidhu (Guraidoo) โดยมีสัญญาว่าจ้างเป็นเวลา 2 ปีการฝึกอบรมใช้วิธีเฝ้าทางคลินิก (clinical supervision) ทุกวัน ตลอดระยะเวลา 1 เดือน เพื่อให้สามารถซักประวัติ ตรวจสภาพจิต ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ให้การวินิจฉัย บอกกลไกการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค และให้การรักษายาบาลทั้งทางยาและทางจิตใจแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช ตลอดจนให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย โดยประยุกต์ให้เข้ากับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย

2. การรับปรึกษาทางจิตเวช (Psychiatric Consultation)

ให้บริการรับปรึกษาทางจิตเวชแก่แพทย์ทุกแผนกของโรงพยาบาล ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน การรับปรึกษามีทั้งวิธีส่งผู้ป่วยมาปรึกษาและการถูกปัญหาผู้ป่วยกับแพทย์ เพื่อให้ไปดูแลผู้ป่วยด้วยตนเอง

3. การบริการตรวจรักษาผู้ป่วย

3.1 **ตรวจรักษาผู้ป่วยนอกทางจิตเวช** ร่วมกับแพทย์ผู้รับการฝึกอบรมทั้ง 2 คน ตั้งแต่เวลา 8.00 - 13.00 น. ทุกวัน เว้นวันศุกร์ ซึ่งเป็นวันหยุดประจำสัปดาห์ ในวันแรกมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก ต่อมาได้จำกัดจำนวนผู้ป่วยใหม่ไว้ 10 ราย เพื่อให้ตรวจรักษาได้คุณภาพมากที่สุด และวินิจฉัยได้ตรงประเด็น อีกทั้งเพื่อเป็นกรณีตัวอย่างแก่แพทย์ที่รับการฝึกอบรมด้วย (รายละเอียดจำนวนผู้ป่วยนอกใหม่และการวินิจฉัย ได้แสดงไว้ในตารางที่ 1)

3.2 **ตรวจรักษาผู้ป่วยใน** ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่รับการปรึกษาจากแพทย์แผนกอายุรศาสตร์ วันละ 2 - 3 ราย เป็นอย่างน้อย

3.3 **ตรวจรักษาผู้ป่วยที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการ** บนเกาะ Kuraidhu จำนวน 84 คน เป็นเวลา



ตารางที่ 1 การวินิจฉัยผู้ป่วยใหม่ที่ได้รับการตรวจทั้งหมด

Age (years) and sex (male: female) / Diagnosis	0 - 9		10 - 19		20 - 29		30 - 39		40 - 49		50 - 59		60+		Total
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Schizophrenia		1	3	4	8		2	2	1		1		1		23
Generalized anxiety disorder	1		3		3	4	1	2	2		1	3			20
Mental retardation	7	1	5	5				1							19
Convulsive disorder	2		3	2	3	1	1	2			1				15
Dysthymia				1	2	1		3					2		9
Mixed anxiety and depressive disorder						1	2	2		2	1				8
Adjustment disorder		2		1			1	1	1	2					8
Psychogenic headache			1			3						1			5
Enuresis			4	1											5
Conduct disorder			4												4
Hypochondriacal disorder							2	1							3
Panic disorder						1	1								2
Dissociative disorder				2											2
Cerebral palsy	1			1											2
Hyperkinetic disorder	2														2
Hearing defect	1	1													2
Depressive episode, unspecified													1		1
Paranoid personality disorder									1						1
Schizoid personality disorder					1										1
Somatoform autonomic dysfunction												1			1
Cyclothymia						1									1
Heroin dependence			1												1
Impotence + Homosexuality							1								1
Autistic disorder		1													1
Hypothyroidism				1											1
Sturge-Weber syndrome						1									1
Marfan syndrome			1												1
Febrile convulsion	1														1
Normal child	1														1
	22		43		30		25		9		9		4		142

2 วัน ตลอดจนตรวจรักษาประชาชนบนเกาะ Kuraidhu ซึ่งมีอยู่ 1,150 คน ทั้งที่มีอาการทางกายและอาการทางจิต ให้คำแนะนำด้านการป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพจิต และได้ร่วมในการจัดทำแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูฯ สำหรับแพทย์ผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยในระยะยาวด้วย

4. การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ประชาชนทางสื่อมวลชน

ผู้เขียนได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทางจิตใจและสังคมของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เพื่อเผยแพร่ทางหนังสือพิมพ์โดยผ่าน นายแพทย์ Mohamed Waheed แพทย์ทางหู คอ จมูก ประจำโรงพยาบาลกลาง

ภาพรวมปัญหาทางจิต-สังคมที่พบในสาธารณรัฐมัลดีฟส์: สาธารณรัฐมัลดีฟส์ มีปัญหาทางจิตเวชทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม ประชาชนส่วนใหญ่ยังยากจน มีระดับการศึกษาไม่สูงและขาดความรู้ ประชากรระดับการศึกษาสูงยังมีจำนวนน้อย คนส่วนใหญ่แต่งงานตั้งแต่อายุยังน้อย อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ขาดการวางแผนครอบครัว อัตราการหย่าร้างและแต่งงานใหม่สูงมาก ปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว และการเจ็บป่วยทางจิตเวชมีมาก และยังขาดการดูแลจากจิตแพทย์และบุคลากรทางสุขภาพจิต ความจำเป็นในการรับความช่วยเหลือจากต่างประเทศยังมีมาก โดยเฉพาะด้านวิชาการและการพัฒนาบุคลากร เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีการพัฒนาของประชากรและประเทศโดยรวม

ปัญหาและอุปสรรค: ผู้เขียนเป็นจิตแพทย์ไทยคนแรก ที่ไปปฏิบัติงานในสาธารณรัฐมัลดีฟส์ เป็นระยะเวลา 1 เดือน ไม่มี

การปฐมนิเทศ ไม่มีผู้ให้คำแนะนำมาก่อน จึงต้องศึกษาข้อมูลด้วยตนเองในยุคที่ยังไม่สามารถค้นหาข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต ผู้เขียนต้องวางแผนการปฏิบัติงานด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ โดยมีการปรึกษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศเจ้าบ้าน เพื่อให้เข้าใจความต้องการของเขาให้ถ่องแท้ ก่อนลงมือปฏิบัติงานจริง

ผู้เขียนไม่ได้ชนเอกสารทางวิชาการใดๆ ไปเลย การบรรยายและการสอนจึงต้องอาศัยความจำของตนเองที่มีอยู่เป็นหลัก อีกทั้งยังไม่มีอุปกรณ์และสื่อการสอนใดๆ ทำให้เห็นประโยชน์ของการที่ได้สอนนักศึกษาพยาบาลเป็นประจำหลายแห่ง

อย่างไรก็ตามประสบการณ์ตลอดระยะเวลา 1 เดือน ช่วยทำให้ผู้เขียนเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้งถึงสภาพจิตใจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาทั่วไปของชาวมัลดีฟส์ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางและข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการให้ความช่วยเหลือแก่สาธารณรัฐมัลดีฟส์ต่อไปในอนาคต อันเป็นการส่งเสริมความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างทั้งสองประเทศ

สรุปผลการปฏิบัติงาน

ผู้เขียนได้ไปปฏิบัติงานในฐานะผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ ณ สาธารณรัฐมัลดีฟส์ เป็นเวลา 1 เดือน ได้ให้ความรู้ทางจิตเวชศาสตร์โดยการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการแพทย์และสาขาที่เกี่ยวข้อง ให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช และให้คำแนะนำในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัวและในเด็ก ตลอดจนสร้างความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างผู้รายงานกับชาวมัลดีฟส์ เพื่อให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อประเทศไทยในสายตาของชาวมัลดีฟส์ บรรลุวัตถุประสงค์ตามโครงการความร่วมมือทางวิชาการไทย - สาธารณรัฐมัลดีฟส์



รูปที่ 1 โรงแรมที่พัก



รูปที่ 2 โรงพยาบาลกลาง (Central Hospital)



รูปที่ 3 Indira Gandhi Memorial Hospital



รูปที่ 4 ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการ เกาะ Kuraidhu



รูปที่ 5 นักศึกษาพยาบาลและอาจารย์พยาบาล



รูปที่ 6 ที่ทำการรัฐบาลและสุเหร่าใหญ่

ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กที่มีโรคลมชัก และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ชนบท พูลสวน*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์**, สมบูรณ์ หทัยอยู่สุข***

*วท.ม. จิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมระหว่าง ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคลมชัก และ 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคลมชักอายุระหว่าง 10 - 18 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาธิบดี ใช้เครื่องมือวัดในการวิจัย 3 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง และแบบวัดความผูกพันกับผู้ปกครอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบ chi-square, t-test, correlation coefficient และวิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมวิจัย 175 คน เป็นเพศชาย 132 คน อายุเฉลี่ย 14.06 ปี จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ correlation coefficient พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุ ($r = .248$) คะแนนความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งในภาพรวม ($r = .279$) และด้านย่อยความไว้วางใจ ($r = .341$) การสื่อสาร ($r = .163$) และสัมพันธ์ทางลบกับความแปลกแยก ($r = -.181$) และจากสถิติวิธีการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณเชิงเส้น พบว่าความผูกพันกับผู้ปกครอง ($B = .013 (.005-.021)$, $p = 0.002$) เป็นปัจจัยที่ยังคงมีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นลมชัก

สรุป การศึกษาแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นลมชัก ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงผลของการส่งเสริมความผูกพันกับผู้ปกครองต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองต่อไป

คำสำคัญ: โรคลมชัก ความเมตตากรุณาต่อตนเอง ความผูกพันกับผู้ปกครอง

Self-Compassion in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Associated Factors

Chanamol Poolsuan*, Komsan Kiatrungrit**, Somboon Hataiyusuk***

*M.Sc. Child, Adolescent and Family Psychology, Affiliate Program Between Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital and National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

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

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

ABSTRACT

Objective: 1) To explore self-compassion in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), and 2) to examine the relations among self-compassion and related factors.

Method: A cross-sectional survey study was conducted in 10 to 18-year-old children and adolescents diagnosed with ADHD by psychiatrist and residents at outpatient department of Psychiatry, Ramathibodi Hospital. Three questionnaires were utilized in this study including a demographic data questionnaire, the self-compassion scale (SCS), and the inventory of parental attachment and peer attachment- Revised (IPPA-R). Data were analyzed using chi-square tests, t-tests, correlation coefficient, and multiple linear regression analyses.

Results: This study included 175 participants, of whom 132 were male. The average age of the participants was 14.06 years. According to correlation coefficient analysis, the self-compassion score was found to be positively correlated with age ($r = .248$), the total score of parental attachment ($r = .279$), the trust subscale ($r = .341$), communication subscale ($r = .163$) and negatively correlated with alienation subscale ($r = -.181$). Furthermore, multiple linear regression analyses revealed that parental attachment ($B = .013$ (.005 -.021), $p = 0.002$) remained associated with self-compassion in children and adolescents with ADHD.

Conclusion: The research identified factors associated with self-compassion in children and adolescents with ADHD. Further studies should investigate the effects of promoting parental attachment on self-compassion.

Key words: ADHD, self-compassion, parental attachment

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากภาวะบกพร่องในการทำหน้าที่ของสมองส่วนหน้า ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการขาดสมาธิ (inattention) ชนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) หรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) โดยเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็กก่อนอายุ 7 ปี จากการสำรวจสุขภาพของเด็กและวัยรุ่นในประเทศไทย พบอัตราความชุกเฉลี่ยของโรคสมาธิสั้นเท่ากับ 5.29¹ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการศึกษาความชุกของโรคสมาธิสั้นในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 5 ทั่วประเทศ พบว่ามีความชุกเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 8.1² จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม มิเช่นนั้นกลุ่มผู้ป่วยจะมีแนวโน้มเป็นปัญหาทางสุขภาพจิต ความยากลำบากในการปรับตัวเข้ากับสังคม อาจทำให้เกิดผลเสีย (impairment) และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่³ นอกจากนี้พบว่าการมีโรคสมาธิสั้นยังอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการเลี้ยงดู เช่น ต้องถูกควบคุม ถูกกล่าวหาและสิ่งในเรื่องต่างๆ ซ้ำๆ มากกว่า แต่ได้รับการชื่นชมให้รางวัลน้อยกว่าเด็กที่ไม่ได้เป็นโรคสมาธิสั้น⁴⁻⁵ เกิดความขัดแย้งในความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ และเด็กและวัยรุ่น⁶ และมีความผูกพันที่ไม่มั่นคง (insecure attachment)⁷⁻⁸ ผลดังกล่าวอาจส่งผลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเอง (self-compassion) ในเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำกว่าเด็กและวัยรุ่นทั่วไป⁹⁻¹⁰

ความเมตตากรุณาต่อตนเองคือต้นทุนทางจิตวิทยาเชิงบวกประเภทหนึ่ง ที่ถูกริเริ่มนำมาพูดถึงอย่างแพร่หลายในการเยียวยาและช่วยเหลือผู้ที่เผชิญกับความทุกข์ โดยความเมตตากรุณาต่อตนเองถูกให้ความหมายไว้ว่าเป็นการเปิดใจยอมรับความทุกข์หรือความรู้สึกแง่ลบที่มีของตนเอง¹¹ และได้จำแนกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การใจดีกับตนเอง (self-kindness) แทนที่จะตัดสินต่อความล้มเหลวด้วยการตำหนิตนเองไม่ดีพอของตนเอง (self-criticism) 2) การรับรู้ความผิดพลาดนั้นเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้ทั่วไปทั้งกับตนเองและมนุษย์ทุกคน (common humanity) แทนที่จะแยกตัวออกจากสังคม (isolation) และ 3) การมีสติตระหนักรู้ในสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (mindfulness) แทนที่จะระบุตนเองเกินจริงจนจมอยู่กับความผิดพลาดที่ขึ้น (overidentification)¹¹ กล่าวคือเมื่อบุคคลต้องเผชิญอารมณ์เชิงลบ กล่าวโทษและตำหนิตนเอง การมีสติจะช่วยให้บุคคลนั้นสังเกตเห็นความคิดและอารมณ์เชิงลบ

ของตนเอง และไตร่ตรองตนเองอย่างเหมาะสมตามความเป็นจริง แทนที่การจมอยู่กับความคิดและความรู้สึกเชิงลบที่มากเกินไป¹² ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะผสมผสานกันสร้างกรอบทางความคิดที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองเพื่อพิจารณา เมื่อบุคคลต้องเผชิญความบกพร่อง ความผิดพลาด และความล้มเหลว ในสถานการณ์ที่ต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการดิ้นรนต่อสู้ชีวิต ซึ่งล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บปวดทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึก¹³

ความเมตตากรุณาต่อตนเองถูกนำมาใช้ในการทำความเข้าใจและบำบัดบุคคลที่มีสภาวะการเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการศึกษาพบว่าระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้นมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำงานของระบบสมองและระบบประสาท โดยความเมตตากรุณาต่อตนเองช่วยให้สมองหลังฮอโมนออกซิโตซิน (oxytocin) หรือฮอโมนแห่งความรักออกมา¹⁴ ส่งผลให้บุคคลที่มีบุคลิกลักษณะเมตตากรุณาต่อตนเองสูงจะมีความรู้สึกรักและทัศนคติในเชิงบวกในการใช้ชีวิต รวมถึงการมีความรู้สึกผูกพันมั่นคง (secure attachment) ปลอดภัยทั้งกับตนเองและผู้อื่นในสังคม มีสุขภาพจิตที่ดีอย่างเป็นองค์รวม และมีความยืดหยุ่นทางใจ (psychological resilience) ซึ่งเป็นพื้นฐานของการมีความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) ปัญญา (wisdom) ความพอใจในชีวิต (life satisfaction) ความเชื่อมโยงทางสังคม (social connectedness) ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการใช้ชีวิตอย่างมีความหมาย^{13,15} ในขณะเดียวกันความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับฮอโมนคอร์ติซอล (cortisol) หรือฮอโมนความเครียด¹⁶ ความเมตตากรุณาต่อตนเองจึงถูกจัดว่าเป็นเครื่องมือในการเยียวยาตนเองเมื่อเกิดความเครียด ความคิดแง่ลบ การตกอยู่ในสถานการณ์ที่รู้สึกเจ็บปวด หรือการตำหนิตนเองอย่างรุนแรง ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดยพบได้มากที่สุดในกลุ่มวัยรุ่น¹⁶⁻¹⁷ สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ทำการศึกษความเมตตากรุณาต่อตนเองในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นที่มีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำ ล้วนประเมินตนเองด้วยทัศนคติและความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ ซึ่งสัมพันธ์กับการมีความละอายใจ (shame) การวิพากษ์ตัดสินหรือตำหนิตนเอง ความรู้สึกด้อยค่า เมื่อเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม และการมีพฤติกรรมยอมจำนน (submissive behavior)¹⁸

จากความสำคัญของความเมตตากรุณาต่อตนเองดังกล่าว การทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณา

ต่อตนเองจึงมีความสำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลโดยเฉพาะปัจจัยด้านอายุ มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเอง มีการศึกษาพบว่า เด็กจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองลดลงเมื่ออายุมากขึ้น¹⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีความคิดเชิงนามธรรม วิตกกังวลเกี่ยวกับมุมมองที่ผู้อื่นจะมีต่อเขา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้น มีความสัมพันธ์ทางลบกับความละอายใจ (shame) การวิพากษ์ตัดสินหรือตำหนิตนเองสูง¹⁸ และวัยรุ่นเป็นช่วงที่พบความผิดปกติทางอารมณ์ได้มาก ซึ่งจากการศึกษาพบว่าความผิดปกติทางอารมณ์นี้มีความสัมพันธ์กับระดับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่ต่ำ^{16,18} ทั้งยังพบว่าปัจจัยด้านครอบครัวโดยเฉพาะปัจจัยด้านความผูกพันกับผู้ปกครองในวัยเด็กนั้นมีอิทธิพลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองเช่นกัน เนื่องจากบุคคลที่มีการวิพากษ์ตัดสินหรือตำหนิตนเองสูงจะขาดความสามารถในการสร้างความรู้สึกอบอุ่นได้ด้วยตนเอง (self-directed warmth) ความรู้สึกอุ่นใจ (reassurance soothing) ความชื่นชมตัวเอง (self-liking) ได้ เนื่องจากพวกเขาขาดประสบการณ์หรือความทรงจำเกี่ยวกับการได้รับความเมตตาและความอบอุ่นในวัยเด็ก¹⁸ สอดคล้องกับทฤษฎีความผูกพันทางจิตใจ (attachment theory) ของ John Bowlby ที่ได้อธิบายไว้ว่าความรู้สึกผูกพันที่สร้างขึ้นกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กที่ดีจะเป็นต้นแบบของความสัมพันธ์ที่จะมีต่อตนเองและบุคคลอื่นๆ ในอนาคต¹⁹ ในทางตรงข้ามหากเด็กเติบโตมาด้วยคำวิจารณ์ต่อว่า และถูกเพิกเฉยจากพ่อแม่ หรือถูกทารุณกรรม (abuse) มีบาดแผลในใจ จะมีความผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecure attachment) กับพ่อแม่ และอาจส่งผลให้เด็กมีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำ²⁰ มีอาการทางจิตเวชอื่นๆ รวม และมีแนวโน้มที่จะปฏิเสธการเข้ารับการบำบัดรักษาให้ดีขึ้น²¹ ดังนั้นเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นและมักได้รับการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม มีปัญหาความสัมพันธ์และความผูกพันกับผู้ปกครองดังได้กล่าวมา จึงอาจส่งผลกับความเมตตากรุณาต่อตนเองได้เช่นกัน อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กและวัยรุ่นที่เป็นสมาธิสั้นอยู่ค่อนข้างน้อยในปัจจุบัน

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาความเมตตากรุณาต่อตนเอง และความผูกพันกับผู้ปกครองอย่างแพร่หลายในต่างประเทศ โดยเฉพาะการหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นทั่วไป แต่ยังมีการศึกษาอยู่จำนวนน้อยได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อ

ตนเองในกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น และยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองกับผู้พันทางจิตใจกับผู้ปกครองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น รวมถึงปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นจึงเป็นที่มาของการศึกษานี้เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการช่วยเหลือ ดูแล และทำกิจกรรมเสริมสร้างความเมตตากรุณาต่อตนเอง ให้เด็กที่มีโรคสมาธิสั้นต่อไป

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive survey) โดยทำการศึกษาดังแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นช่วงอายุระหว่าง 10 - 18 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นโดยจิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรงพยาบาลรามาริบัติ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 384 คน การกำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ผู้วิจัยประมาณโดยใช้แนวคิดการกำหนดกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยประชากร โดยสูตรการคำนวณของทาร์โย ยามาเน่ คือ

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยใช้ในการศึกษา

N = จำนวนประชากรเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

e = ค่าความเคลื่อนที่จะยอมรับได้ กำหนดที่ 0.06

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{384}{1 + (384)(0.06)^2} = 161.18 \text{ (162 คน)}$$

จากสูตรจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 162 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนเพื่อแทนจำนวนการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 175 คน จึงนำมาวิเคราะห์ผลทั้งหมด

การศึกษาได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ เลขที่โครงการ ID 720 เอกสารรับรองเลขที่ MURA 2021/576

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยแบบประเมินออนไลน์ประกอบด้วยเครื่องมือดังต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในแบบสอบถาม

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา โดยข้อมูลทั่วไปตอบโดยผู้เข้าร่วมการวิจัยเอง มี 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (เกรดเฉลี่ย) สมาชิกครอบครัวในปัจจุบัน สถานภาพของบิดามารดา สำหรับข้อมูลในส่วนการรักษา ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลย้อนหลังจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง ประกอบด้วย ก) ระยะเวลาที่ได้รับการรักษาโดยผู้วิจัยเริ่มนับตั้งแต่วันแรกที่ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งปัจจุบัน และรายงานเป็นจำนวนเดือนที่ได้รับการรักษา ข) ยาที่ใช้ในการรักษา โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลยาที่ใช้ในการรักษาปัจจุบันมาแบ่งกลุ่มเป็น ผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาสมาธิสั้น (short-acting stimulant, intermediate-long-acting stimulant, methylphenidate hydrochloride extended-release capsules, non-stimulant) และไม่ได้รับ และการได้รับยาอื่นๆ ค) การมีโรคร่วมทางจิตเวช โดยผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาแบ่งกลุ่มเป็นผู้ที่มีโรคร่วมทางจิตเวชและผู้ที่ไม่มโรคร่วม

2) แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (ฉบับภาษาไทย) พัฒนาโดยพลอยชมพู อัครธัญญ์²² ซึ่งได้ถูกปรับปรุงและดัดแปลงมาจากแบบวัด Self-Compassion Scale (SCS) ที่สร้างขึ้นโดย Kristin D. Neff²³ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบโดยตนเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อคำถามด้านบวก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีเมตตาต่อตนเอง ความรู้สึกร่วมกันของความเป็นมนุษย์ และการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น และข้อคำถามด้านลบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตำหนิหรือตัดสินตนเอง การแยกตัว และการระบุตนเองเกินจริง มาตราวัดเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ ตรงแทบทุกครั้ง (5 คะแนน) ตรงบ่อยครั้ง (4 คะแนน) ตรงบางครั้ง (3 คะแนน) แทบจะไม่ตรง (2 คะแนน) และไม่เคยตรงเลย (1 คะแนน) การแปลผลใช้การรวมคะแนนจากข้อคำถามทุกข้อ โดยคะแนนมากหมายถึงการมีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูง แบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) ทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\alpha=.88$) และค่าความเชื่อมั่นสำหรับด้านย่อยอยู่ในเกณฑ์ดี คะแนนอยู่ระหว่าง .70 - .79²² มีการหาความเที่ยงตรงเชิงเหมือนและเชิงต่างกัน (convergent and divergent validity) จากการใช้สถิติ Pearson's correlation

หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดความเมตตากรุณาต่อตนเอง (SCS) กับบันทึกทางอารมณ์เชิงบวก (EMWSS) และอาการทางจิตเวช (DASS-21) พบว่าความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับบันทึกทางอารมณ์เชิงบวก (EMWSS) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะซึมเศร้าวิตกกังวล และความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁴

3) ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง ผู้วิจัยใช้แบบวัด inventory of parental attachment and peer attachment- Revised (IPPA-R) ฉบับภาษาไทย ในส่วนของความผูกพันกับผู้ปกครอง ซึ่งแปลโดย อักษรวิภาค หลีกทอง²⁵ โดย Gullone และ Robinson ได้พัฒนาแบบวัดมาจาก inventory of parental attachment and peer attachment (IPPA) แบบสอบถามเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ โดยข้อคำถามถูกแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ความไว้วางใจ (trust) จำนวน 10 ข้อ การสื่อสาร (communication) จำนวน 10 ข้อ และการแปลกแยก (alienation) จำนวน 8 ข้อ มาตราวัดเป็นแบบวัดประเมินค่า (rating scale) 3 ระดับ ได้แก่ จริงเสมอ (3 คะแนน) จริงบ้างบางครั้ง (2 คะแนน) และไม่จริง (1 คะแนน) การแปลผลใช้การรวมคะแนนจากข้อคำถามทุกข้อ โดยคะแนนมากหมายถึงการมีความผูกพันกับผู้ปกครองสูง โดยแบบสอบถามนี้มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) อยู่ในเกณฑ์ดีมาก ($\alpha=.93$) และสำหรับด้านย่อยอยู่ในเกณฑ์ดี - ดีมาก คะแนนอยู่ระหว่าง .72 - .91²⁵ มีการหาความเที่ยงตรงเชิงเหมือนและเชิงต่างกัน (convergent and divergent validity) จากการใช้สถิติ correlation หาความสัมพันธ์ระหว่างแบบวัดการรับรู้ความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (IPPA) ด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัว (family self-concept) และด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านสังคม (social self-concept) พบว่าความผูกพันทางจิตใจกับพ่อแม่หรือผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านครอบครัวและด้านย่อยอัตมโนทัศน์ด้านสังคม และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเชื่อมโยง (cohesion) และการแสดงออก (expressiveness) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับความขัดแย้ง (conflict) และการควบคุม (control) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁶

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเริ่มจากการขออนุญาตจิตแพทย์และแพทย์

ประจำบ้านที่ดูแลกลุ่มตัวอย่าง และขอความอนุเคราะห์ให้จิตแพทย์และแพทย์ประจำบ้านเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงเป็นผู้ชี้แจงข้อมูลการวิจัยขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงชื่อในเอกสารแสดงความยินยอมก่อนทำแบบสอบถามออนไลน์สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาทางไกล (telemed) ผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ปกครองเข้าร่วมกลุ่ม Line ของโครงการ และใช้กลุ่ม Line ของโครงการเพื่อส่งลิงก์แบบสอบถาม และแจ้งเตือนกลุ่มตัวอย่างและผู้ปกครองขณะกล่าวคำว่า "ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย" เพื่อเป็นหลักฐานในการเข้าร่วม โดยผู้วิจัยจะทำลายไฟล์เสียงเมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง ในส่วนของข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับประวัติการรักษา ผู้วิจัยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนของผู้ป่วยด้วยตนเอง โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 18 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยมหิดล สถิติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ สถิติเชิงพรรณนา เพื่อหาการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไป ความเมตตากรุณาต่อตนเอง และความผูกพันกับผู้ปกครอง และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ สถิติการทดสอบ chi-square test, independent samples t-test, correlation coefficient และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (multiple linear regression analysis) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามทั้งสิ้น 215 คน ได้รับแบบสอบถามที่ครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งสิ้น 175 ฉบับ ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศชายจำนวน 132 คน (75.40%) อายุเฉลี่ยอยู่ที่ 14.06 ปี (SD = 2.53, min-max = 10-18) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ยอยู่ที่ 3.38 (SD = 0.58, min-max = 1.49-4.00) ระยะเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ยอยู่ที่ 60.85 เดือน (5.07 ปี) (SD = 40.30, min-max = 1-157) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยา (n = 169, 91.57%) โดยแบ่งเป็น short acting stimulant 132 คน (75.40%), intermediate-long acting stimulant 67 คน (38.29%)

และ non-stimulant (atomoxetine; Strattera) 5 คน (2.90%) และมีผู้ได้รับยาอื่นๆ จำนวน 58 คน (31.40%) (ดูรายละเอียดใน supplementary table 1, <https://bit.ly/44GBLwv>) ทั้งนี้พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีโรคร่วมทางจิตเวช 107 คน (61.10%) โรคร่วมทางจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disorder; LD) 42 คน (24.10%) โรคกล้ามเนื้อกระตุก (Tics/Tourette) 22 คน (12.60%) โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder; MDD) 13 คน (7.40%) ตามลำดับ (ดูรายละเอียดใน supplementary table 2, <https://bit.ly/44GBLwv>) ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย 141 คน (80.60%) สถานะของพ่อแม่โดยส่วนใหญ่พบว่าพ่อแม่อาศัยอยู่ด้วยกัน 130 คน (74.30%) และมีความผูกพันกับผู้ปกครองเฉลี่ย 65.79 คะแนน (SD = 9.39, min-max = 38-83) ดังตารางที่ 1

ความเมตตากรุณาต่อตนเองและความผูกพันกับผู้ปกครองของเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นในภาพรวมและรายด้าน

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเอง 2.58 คะแนน (SD = 0.47, min-max = 1.31-3.58) โดยแบ่งเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการมีเมตตาต่อตนเอง (self-kindness) มีค่าเฉลี่ย 3.45 คะแนน (SD = 0.85, min-max = 1.60-5) ด้านความรู้สึกร่วมกันของความเป็นมนุษย์ (common humanity) มีค่าเฉลี่ย 1.85 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) ด้านการมีสติตระหนักรู้ต่อสิ่งที่เกิดขึ้น (mindfulness) มีค่าเฉลี่ย 3.21 คะแนน (SD = 0.92, min-max = 1-5) ด้านการตำหนิหรือตัดสินตนเอง (self-judgement) มีค่าเฉลี่ย 1.85 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) การระบุตนเองเกินจริง (over identification) มีค่าเฉลี่ย 1.77 คะแนน (SD = 0.53, min-max = 1-3) และการแยกตัว (isolation) มีค่าเฉลี่ย 1.75 คะแนน (SD = 0.55, min-max = 1-3) ตามลำดับ

ในส่วนของความผูกพันกับผู้ปกครองพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครอง 65.79 คะแนน (SD = 9.39, min-max = 38-83) เมื่อพิจารณาด้านย่อยพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีค่าเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครองด้านความไว้วางใจมากที่สุด 24.01 คะแนน (SD = 4.08, min-max = 12-30) ด้านการสื่อสาร 21.94 คะแนน (SD = 4.26, min-max = 10-30) และด้านความรู้สึกแปลกแยก 13.49 คะแนน (SD = 3.66, min-max = 8-24) ดังตารางที่ 2

โดยจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่พบว่ามีค่าแตกต่างของค่าเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัจจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย

		รวม (n=175) n (%) / mean (SD)	กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (n = 96) n (%) / mean (SD)	กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี (n = 79) n (%) / mean (SD)	χ^2/t	p
เพศ	ชาย	132 (75.40)	68 (51.52)	64 (48.48)	2.42	.120
	หญิง	43 (24.60)	28 (65.12)	15 (34.88)		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน		3.38 (2.45)	3.44 (0.58)	3.30 (0.58)	.807	.175
ระยะเวลาที่รับการรักษา (เดือน)		60.85	44.94 (28.82)	80.18 (43.83)	.000	.000*
การได้รับยา ^a	ได้รับยาสมาธิสั้น	169 (91.40)	92 (54.40)	77 (45.60)	.350	.554
	short-acting stimulant (ritalin)	132 (75.40)	75 (78.10)	57 (72.20)		
	intermediate-long-acting stimulant	67 (38.30)	40 (41.70)	27 (34.20)		
	Methylphenidate ER tablets (concerta)	45 (25.70)	24 (25.00)	21 (26.60)		
	Methylphenidate hydrochloride ER capsule (ritalin LA)	22 (12.60)	16 (16.70)	6 (7.60)		
	non-stimulant (atomoxetine; strattera)	5 (2.90)	3 (3.10)	2 (2.50)		
	ไม่ได้รับยาสมาธิสั้น	6 (3.20)	4 (66.70)	2 (33.30)		
	ได้รับยาอื่นๆ ^b	58 (31.40)	29 (50.00)	29 (50.00)		
โรคร่วมทางจิตเวช	มี ^c	107 (61.10)	53 (49.50)	54 (50.50)	3.152	.076
	ไม่มี	68 (38.90)	43 (63.20)	25 (36.80)		
รูปแบบครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว/ขยาย	141 (80.60)	73 (51.80)	68 (48.20)	2.787	.095
	ครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว	34 (19.40)	23 (67.60)	11 (32.40)		
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	130 (74.30)	68 (52.30)	62 (47.70)	1.327	.249
	หย่าร้าง/เสียชีวิต	45 (25.70)	28 (62.20)	17 (37.80)		

Abbreviation: ER = extended release, LA = long acting; a = ผู้ป่วย 1 คนรับยาได้มากกว่า 1 ประเภท, b = รายละเอียดยาอื่นๆ ที่ได้รับเพิ่มเติมอยู่ใน supplementary table 1, c = รายละเอียดโรคทางจิตเวชร่วมเพิ่มเติมอยู่ใน supplementary table 2, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความเมตตาการุณาต่อตนเองและความผูกพันกับผู้ปกครองของกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นในภาพรวมและรายด้าน เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ 10 - 14 ปี และ 15 - 18 ปี (n = 175)

		รวม (n=175) mean (SD)	min-max	กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี (n = 96) mean (SD)	min-max	กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี (n = 79) mean (SD)	min-max	t	p
ความเมตตาการุณาต่อตนเอง	ความเมตตาตนเอง	3.45 (0.85)	1.60-5.00	3.32 (0.90)	1.60-5.00	3.62 (0.77)	1.80-5.00	.091	.023*
	การตัดสินใจ	3.23 (0.34)	2.20-4.20	3.25 (0.35)	2.20-4.20	3.21 (0.32)	2.60-4.20	.281	.466
	ความรู้สึกร่วมการเป็นมนุษย์	3.42 (1.04)	1.00-5.00	3.29 (1.13)	1.00-5.00	3.58 (0.90)	1.00-5.00	.019	.072
	การแยกตัว	4.25 (0.55)	3.00-5.00	4.32 (0.52)	3.00-5.00	4.16 (0.57)	3.00-5.00	.218	.047*
	การมีสติ	3.21 (0.92)	1.00-5.00	3.03 (0.98)	1.00-5.00	3.43 (0.78)	1.50-5.00	.072	.004**
	การระบุนตนเองเกินจริง	4.23 (0.53)	3.00-5.00	4.25 (0.53)	3.00-5.00	4.20 (0.49)	3.00-5.00	.172	.598
	คะแนนรวม	2.58 (0.47)	1.31-3.58	2.49 (0.50)	1.31-3.58	2.69 (0.40)	1.38-3.50	.016	.003*
ความผูกพันกับผู้ปกครอง	ความไว้วางใจ	24.01 (4.08)	13.00-30.00	24.58 (3.81)	14.00-30.00	24.53 (3.60)	13.00-30.00	.799	.927
	การสื่อสาร	21.94 (4.26)	15.00-30.00	23.45 (3.22)	15.00-29.00	23.04 (3.69)	16.00-30.00	.075	.434
	ความแปลกแยก	13.49 (3.66)	8.00-24.00	13.44 (3.75)	8.00-24.00	13.54 (3.56)	8.00-24.00	.426	.848
	คะแนนรวม	65.79 (9.39)	40.00-83.00	66.59 (9.17)	40.00-83.00	66.03 (8.89)	42.00-83.00	.890	.679

* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05, ** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .01

พื้นฐานของกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น แต่พบว่าคะแนนรวมของ
ความเมตตากรุณาต่อตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ
ความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งภาพรวมและด้านย่อย ได้แก่ ด้าน
ความไว้วางใจ การสื่อสาร และความแปลกแยก อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติ ($r = .266, p < 0.001$; $r = .314, p < 0.001, r = .166, p < 0.05$ $r = -.182, p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเอง

จากผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นพบว่า
ปัจจัยด้านอายุ $B = -.200 (-.368 -.031), p = 0.020$ และปัจจัย
ความผูกพันกับผู้ปกครอง ($B = .013 (.005 -.021), p = 0.002$)
เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองได้อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นมี
คะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อตนเอง 2.58 คะแนน ซึ่งใกล้เคียง

กับงานวิจัยของ Willoughby และ Evans ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่น
ที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ร่วมกับโรคสมาธิสั้นมีค่าเฉลี่ย
ความเมตตากรุณาต่อตนเองเท่ากับ 2.63²⁷ และพบว่าคะแนนเฉลี่ย
ความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำกว่าในกลุ่มเด็กทั่วไป
จากงานวิจัยของ Bluth และงานวิจัยของ Xavier ที่ศึกษาในกลุ่ม
เด็กนักเรียนอายุ 11 - 18 ปี พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความเมตตากรุณา
ต่อตนเองอยู่ที่ 2.94 - 3.09^{10,28} สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่
พบว่า ผู้ใหญ่ที่มีโรคสมาธิสั้นมีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำกว่า
กลุ่มที่ไม่มีโรคสมาธิสั้น²⁹ เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นสมาธิสั้นนั้น
มักประสบกับปัญหาในด้านต่างๆ ของชีวิต ทั้งด้านการเรียน
การทำงาน และการเข้าสังคม ทำให้เกิดผลกระทบต่อการปรับตัว
และไม่เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ประสบการณ์เหล่านี้
ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคิดตำหนิตัดสินภาพลักษณ์ต่อตนเอง
ในด้านลบ รู้สึกขาดความมั่นใจในตนเองและมองว่าตนแปลกแยก
จากคนอื่น³⁰ สังคม ขาดการยอมรับนับถือในคุณค่าของตนเอง³⁰

ถึงแม้ว่ายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริม
ความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น แต่พบว่า

ตารางที่ 3 ตารางแสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างค่าเฉลี่ยความเมตตากรุณาต่อ
ตนเองกับปัจจัยพื้นฐานและการรักษาที่เกี่ยวข้องของกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

		ความเมตตากรุณาต่อตนเอง mean (SD)	t/r	p-value
เพศ	ชาย	2.58 (0.48)	.54	.887
	หญิง	2.57 (0.44)		
ได้รับยาสมาธิสั้น	ได้รับ	2.59 (0.47)	.61	.404
	ไม่ได้รับ	2.42 (0.62)		
โรคร่วมทางจิตเวช	มี	2.58 (0.49)	.23	.957
	ไม่มี	2.58 (0.44)		
รูปแบบครอบครัว	ครอบครัวเดี่ยว/ขยาย	2.58 (0.46)	.49	.968
	ครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว	2.58 (0.51)		
สถานภาพครอบครัว	อยู่ด้วยกัน	2.58 (0.45)	.10	.856
	หย่าร้าง/เสียชีวิต	2.59 (0.54)		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเฉลี่ย ^a			.66	.437
ระยะเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ย ^a			.15	.067
ความผูกพันกับผู้ปกครอง ^a	ความไว้วางใจ		.34	.000**
	การสื่อสาร		.16	.032*
	ความแปลกแยก		.18	.016*
	คะแนนรวม		.28	.000**

a = สถิติ correlation, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = \text{value} < .05$, ** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = \text{value} < .001$

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้น

ปัจจัยที่ศึกษา	ความเมตตากรุณาต่อตนเอง (95% CI)			p-value
	B	Lower Bound	Upper Bound	
Constant	1.511	.658	2.365	.001
เพศชาย ^a	.020	-.144	.185	.806
กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี ^b	-.200	-.368	-.031	.020*
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	.072	-.061	.206	.285
ช่วงเวลาที่มารับการรักษาเฉลี่ย	.001	-.001	.003	.239
ได้รับยาสมาธิสั้น ^c	-.059	-.484	.365	.783
มีโรคร่วมทางจิตเวช ^d	-.053	-.209	.103	.503
รูปแบบครอบครัวเดี่ยว/ขยาย ^e	.056	-.004	.116	.065
สถานภาพครอบครัวอยู่ด้วยกัน ^f	.029	-.110	.169	.679
ความผูกพันกับผู้ปกครองในภาพรวม	.013	.005	.021	.002**

a = อ้างอิงกับเพศหญิง, b = อ้างอิงกับอายุระหว่าง 15-18 ปี, c = อ้างอิงกับ ไม่ได้รับยาสมาธิสั้น, d = อ้างอิงกับไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช, e = อ้างอิงกับรูปแบบครอบครัวข้ามรุ่น/เลี้ยงเดี่ยว, f = อ้างอิงกับสถานภาพครอบครัวหย่าร้าง/เสียชีวิต, * = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .05, ** = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value < .01

ความเมตตากรุณาต่อตนเองช่วยให้บุคคลลดการตำหนิตนเองลง³¹ กล้าเผชิญหน้ากับข้อจำกัดของตนเอง การหันกลับมาสังเกตตนเองและประเมินตนเองตามความเป็นจริงทำให้เกิดการยอมรับในตนเอง ให้อภัยตนเองจากประสบการณ์ความผิดพลาดในอดีต และมีความกระตือรือร้นในการพัฒนาตนเองให้ดีขึ้น³² ทั้งยังพบอีกว่าความเมตตากรุณาต่อตัวเองมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (self-efficacy) และการควบคุมความเชื่อทางด้านการเรียน (control belief for learning) ในกลุ่มวัยรุ่น³³⁻³⁴ ซึ่งจะช่วยป้องกันผลทางลบจากความล้มเหลวในการเรียน (academic failure)³⁵ มีความใจดีต่อตนเอง เกิดความเข้าใจว่าความล้มเหลวเป็นเรื่องปกติที่เกิดขึ้นกับใครก็ได้ และการมีสติรับรู้อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นอาจช่วยเสริมความมั่นใจในการเรียน โดยการประเมินความสามารถตนเองตามความเป็นจริง และเกิดการยอมรับตนเองมากขึ้น⁹ ดังนั้นการมีความเมตตากรุณาต่อตนเองจึงอาจช่วยป้องกันผลทางลบต่างๆ ในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นได้

ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่มีอายุน้อยกว่ามีความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงกว่าเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่อายุน้อย

ซึ่งผลดังกล่าวขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเมตตากรุณาต่อตนเองและความทุกข์ทางใจ (psychological distress) ในเด็กและวัยรุ่นช่วงอายุระหว่าง 10 - 19 ปี จำนวน 7,049 คน ที่พบว่าเด็กและวัยรุ่นจะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองลดต่ำลงเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น¹⁶ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาการแสดงของโรคสมาธิสั้นจะเปลี่ยนแปลงไปตามพัฒนาการตามวัยของเด็ก ความทุกข์ของโรคสมาธิสั้นลดลงเรื่อยๆ จากร้อยละ 12.8 เป็นร้อยละ 6.0 เมื่ออายุเพิ่มขึ้น³⁶ โดยอาการนอนไม่หลับและอาการหุนหันพลันแล่นมักจะพบน้อยลงในวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น³⁰ นอกจากนี้กลุ่มประชากรในการศึกษาเป็นเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาศูนย์จิตเวชและส่วนมากได้รับการรักษาด้วยยา จึงอาจส่งผลกับอาการสมาธิสั้นที่ดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการเปรียบเทียบความเมตตากรุณาต่อตนเองของผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม ที่พบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยจากประเทศไทยนั้นมีคะแนนความเมตตากรุณาต่อตนเองสูงสุด อาจเนื่องมาจากประชากรในประเทศไทยส่วนใหญ่ได้รับการอบรมสั่งสอนที่สอดคล้องกับหลักธรรมทางพุทธศาสนา ประกอบ

ไปด้วยทั้งความเมตตากรุณาต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งหล่อหลอมให้บุคคลมีอัตมโนทัศน์แห่งตน (self-concept) ให้มีความเมตตากรุณาต่อตนเองเป็นพื้นฐาน¹⁵ นอกจากนี้ในวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่มีความเข้าใจในเรื่องนามธรรมมากขึ้น จึงอาจเกิดการตระหนักและเข้าใจในเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองซึ่งเป็นเรื่องเชิงนามธรรมได้ดีกว่าวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้น³⁷

ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันกับผู้ปกครองทั้งภาพรวมและด้านย่อยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ที่พบว่ารูปแบบความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูในวัยเด็กคือปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเอง¹⁶ ความผูกพันที่มั่นคง (secure attachment) ในวัยเด็ก ทำให้รู้สึกปลอดภัยในการออกไปเผชิญสิ่งต่างๆ ภายนอก มีทัศนคติแง่บวก ความหวัง และความไว้วางใจทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง ในทางกลับกันเด็กที่มีความผูกพันที่ไม่มั่นคงกับผู้เลี้ยงดูนั้นจะมีทัศนคติแง่ลบต่อสิ่งแวดล้อมรอบๆ พวกเขา และจะมีความรู้สึกกังวลจนเป็นปัญหาในการใช้ชีวิต เมื่อเกิดความผิดพลาดมักจะตำหนิตนเอง รู้สึกแปลกแยก จมอยู่กับความทุกข์ และอาจมีปัญหาทางจิตเวชร่วมเมื่อเติบโตขึ้น ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองที่ต่ำ^{14,38} นอกจากนี้ยังพบว่าเด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูที่รุนแรง (harsh parenting) มักก่อให้เกิดความรู้สึกอับอาย (shame) ตำหนิตนและตัดสินตนเอง (self-criticism)³⁹ และยังก่อให้เกิดอุปสรรคในการปลอบโยนตนเอง (self-soothing) และการยืนยันในตนเอง (self-reassuring) เนื่องจากผู้ที่ได้รับการเลี้ยงดูดังกล่าวมักขาดความทรงจำภายในทางอารมณ์ (internalized emotional memories) ถึงผู้ที่ปฏิบัติกับเขาอย่างอ่อนโยน ซึ่งทั้งการเผชิญความทุกข์ยากในวัยเด็ก (childhood adversity) ที่สะสมมา การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม มักพบได้ในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้น⁴⁻⁶ และอาจนำไปสู่การตำหนิตนเอง ไม่สามารถปลอบโยนและยืนยันตนเองได้นั้น จะส่งผลต่อความสามารถของเขาในการพัฒนาความเมตตากรุณาต่อตนเองและการมีจิตทางจิตเวชร่วม⁴⁰⁻⁴¹ และในทางกลับกันจากการศึกษาที่ติดตามเด็กจำนวน 543,650 คน ตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งเด็กอายุ 15 - 19 ปี พบว่าเด็กที่เผชิญความทุกข์ยากในวัยเด็กที่สะสม (cumulative exposure to childhood adversity) จากปัจจัยครอบครัว เช่น การเสียชีวิตของบุคคลในครอบครัว การติดยาเสพติดของผู้ปกครอง การป่วยเป็นโรคทางจิตเวชของผู้ปกครอง ประวัติอาชญากรรมรุนแรงของผู้ปกครอง เด็กจะมี

ความเสี่ยงของการเป็นโรคสมาธิสั้นมากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน⁴² แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้นมีคะแนนเฉลี่ยความผูกพันกับผู้ปกครองใกล้เคียงกับงานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอายุ 12 - 15 ปี ที่ไม่ได้มีโรคสมาธิสั้น (65.79 คะแนนเมื่อเทียบกับ 64.22 - 65.24 คะแนน)^{25,43} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มเด็กสมาธิสั้นดังกล่าวได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง และได้มีการให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองในการดูแลเมื่อมาติดตามการรักษา ซึ่งต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าอาการของโรคสมาธิสั้นมีความสัมพันธ์กับความผูกพันที่ไม่มั่นคง และการได้รับการรักษาก็มีส่วนช่วยให้มีความผูกพันที่ดีขึ้น⁴⁴ ดังนั้นการมีโรคสมาธิสั้นเองก็มีแนวโน้มที่จะพบการเลี้ยงดูที่รุนแรงหรือไม่เหมาะสมดังที่ได้กล่าวมา และเสี่ยงกับการมีความผูกพันแบบไม่มั่นคง ซึ่งอาจส่งผลต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองได้ต่อไป

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเรื่องความเมตตากรุณาต่อตนเองในเด็กสมาธิสั้น ซึ่งยังมีการศึกษาอยู่น้อยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ อย่างไรก็ตามการวิจัยครั้งนี้ยังคงมีข้อจำกัดต่างๆ ดังนี้ 1) เนื่องจากการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ดังนั้นจึงไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยใดเป็นเหตุหรือผลที่ตามมาได้ (causal relationship) 2) การวิจัยเป็นการศึกษาในกลุ่มเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล จึงอาจไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้กับประชากรทั่วไป หรือเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาก็ได้ 3) ในการประเมินความเมตตากรุณาต่อตนเองนั้น เป็นข้อมูลจากการประเมินด้วยตนเองเพียงด้านเดียว จึงอาจเกิดอคติจากการให้ข้อมูลได้ 4) การศึกษานี้อาจไม่ได้เก็บข้อมูลปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับความเมตตากรุณาต่อตนเอง เช่น ปัจจัยทางด้านการเรียน ความสัมพันธ์กับเพื่อน ความเมตตากรุณาต่อตนเองของตัวผู้ปกครอง และเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเมตตากรุณาต่อตนเองในการศึกษาก่อนหน้านี้

สรุป

เด็กและวัยรุ่นที่มีโรคสมาธิสั้น โดยเฉพาะในช่วงวัยเรียนและวัยรุ่นตอนต้น มีแนวโน้มที่จะมีความเมตตากรุณาต่อตนเองต่ำ โดยปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์คือความผูกพันที่ดีกับผู้ปกครอง ดังนั้นผู้ปกครองจึงควรให้ความสำคัญกับการสร้างความผูกพันที่ดีตั้งแต่ในวัยเด็ก โดยเฉพาะในเด็กที่มีโรคสมาธิสั้นเพื่อป้องกันปัญหาต่างๆ ในอนาคต ที่อาจส่งผลกระทบต่อความเมตตากรุณาต่อตนเองต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล ศูนย์จริยธรรมในมนุษย์ในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ รวมทั้งผู้ปกครองที่ยินยอมและผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Guilherme Polanczyk, Mauricio Silva de Lima, Bernardo Lessa Horta, Joseph Biederman, Luis Augusto Rohde. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007; 164(6): 942-8.
2. Visanuyothin T, Pavasuthipaisit C, Wachiradilok P, Arunruang P, Buranasuksakul T. The prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder in Thailand. *J Ment Health Thai* 2013; 21(2): 66-75.
3. Limsuwan N, Wisajun P. Clinical presentations of attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2017; 62(2): 139-48.
4. Cunningham CE. A family-centered approach to planning and measuring the outcome of interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Ambul Pediatr* 2007; 7(1 Suppl): 60-72.
5. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek WR, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 158-68.
6. Danforth JS, Anderson LP, Barkley RA, Stokes TF. Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1991; 11(6): 703-27.
7. Fearon RM, Belsky J. Attachment and attention: Protection in relation to gender and cumulative social-contextual adversity. *Child Dev* 2004; 75(6): 1677-93.
8. Low JA, Webster L. Attention and executive functions as mediators of attachment and behavior problems. *Soc Dev* 2016; 25(3): 646-64.
9. Willoughby D, Evans MA. Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learn Disabil Res Pract* 2019; 34(4): 175-84.
10. Xavier A, Pinto-Gouveia J, Cunha M. The protective role of self-compassion on risk factors for non-suicidal self-injury in adolescence. *Sch Ment Health* 2016; 8(4): 476-85.
11. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. *Handbook of mindfulness and self-regulation*: Springer; 2015: p. 121-37.
12. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self identity* 2003; 2(2): 85-101.
13. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003; 2: 223-50.
14. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* 2007; 41(1): 139-54.
15. Neff KD, Pisitsungkagarn K, Hsieh Y. Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *J Cross Cult Psychol* 2008; 39(3): 267-85.
16. Marsh IC, Chan SW, MacBeth A. Self-compassion and psychological distress in adolescents—a meta-analysis. *Mindfulness* 2018; 9(4): 1011-27.
17. Gilbert P, Baldwin MW, Irons C, Baccus JR, Palmer M. Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *J Cogn Psychother* 2006; 20(2): 183-200.
18. Gilbert P, Irons C. Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* 2009; 1: 195-214.
19. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *Am J Orthopsychiatry* 1982; 52(4): 664.
20. Sakulsriprasert C. Attachment style measures: From past to future. *Th J Cli Psy* 2015;46(Jul-Dec).
21. Cole-King A, Gilbert P. Compassionate care: The theory and the reality. *J Holist healthcare* 2011;8(3): 29-37.
22. Attasaranya P. Relationships among self-esteem, self-compassion, body mass index, self-objectification, and body image satisfaction in female adolescents Chulalongkorn University; 2012.
23. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity* 2003;2(3):223-50.
24. Cunha M XA, Castilho P. Understanding self-compassion in adolescents: Validation study of the self-compassion scale. *Pers Individ Dif* 2016;93:56-62.
25. Lucktong A, Salisbury TT, Chamrathirong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *Int J Adolesc Youth* 2018;23(2):235-49.
26. Gullone E, Robinson K. The inventory of parent and peer attachment—revised (ippa-r) for children: A psychometric investigation. *Clin Psychol Psychother* 2005;12(1):67-79.
27. Willoughby D, Evans MA. Self-processes of acceptance, compassion, and regulation of learning in university students with learning disabilities and/or ADHD. *Learn Disabil Res Pract* 2019;34(4):175-84.
28. Bluth K, Blanton PW. The influence of self-compassion on emotional well-being among early and older adolescent males and females. *J Posit Psychol* 2015;10(3):219-30.
29. Beaton DM, Sirois F, Milne E. Self-compassion and perceived criticism in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Mindfulness* 2020;11(11):2506-18.
30. Pornopadol C. ADHD: Attention deficit hyperactivity disorders. Siriraj press, Faculty of Medicine Siriraj Hospital. 2561. 409 p.
31. Meerholz EW, Spears R, Epstude K. Having pity on our victims to save ourselves: Compassion reduces self-critical emotions and self-blame about past harmful behavior among those who highly identify with their past self. *PLoS One* 2019;14(12):e0223945.
32. Zhang JW, Chen S. Self-compassion promotes personal improvement from regret experiences via acceptance. *Pers Soc Psychol Bull* 2016; 42(2): 244-58.



33. Smeets E, Neff K, Alberts H, Peters M. Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *J Clin Psychol* 2014; 70(9): 794-807.
34. Iskender M. The relationship between self-compassion, self-efficacy, and control belief about learning in Turkish university students. *Soc Behav Pers* 2009; 37(5): 711-20.
35. Breines JG, Chen S. Self-compassion increases self-improvement motivation. *Pers Soc Psychol Bull* 2012; 38(9): 1133-43.
36. Cohen R SY, Shuper A, Inbar D, Chodick G, Shalev V, Raz R, et al. Prevalence of epilepsy and attention-deficit hyperactivity (ADHD) disorder: A population-based study. *J Child Neurol* 2013;28(1):120-3.
37. Bluth K, Mullarkey M, Lathren C. Self-compassion: A potential path to adolescent resilience and positive exploration. *J Child Fam Stud* 2018; 27(9): 3037-47.
38. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of the self: Routledge; 2018.
39. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. New York: Routledge; 2005. p. 263-325.
40. Whelton WJ, Greenberg LS. Emotion in self-criticism. *Pers Individ Dif* 2005; 38(7): 1583-95.
41. Gilbert P, Irons C. Shame, self-criticism, and self-compassion in adolescence. *Adolescent Emotional Development and the Emergence of Depressive Disorders* 2008: 195-214.
42. Björkenstam E, Björkenstam C, Jablonska B, Kosidou K. Cumulative exposure to childhood adversity, and treated attention deficit/hyperactivity disorder: A cohort study of 543 650 adolescents and young adults in sweden. *Psychol Med* 2018; 48: 498-507.
43. Kiatrungrit K. Association between parental, peer, and teacher attachment, and cyberbullying. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;65(3):245-62.
44. Wylock J-F, Borghini A, Slama H, Delvenne V. Child attachment and ADHD: A systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2023; 32(1): 5-16.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น เปรียบเทียบกับครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ในจังหวัดเพชรบูรณ์

ฐิติรัตน์ สันธิ*, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์*, นิดา ลิ้มสุวรรณ*, โซนิดา ภาวสุทธิไพศิฐ**, พชรินทร์ เสรี***

*วท.ม. จิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมระหว่างภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล และสถาบันเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันพัฒนาการเด็กราชชนกรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

***สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของการมีปัญหภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น เปรียบเทียบกับครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยวและหาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และวัยรุ่นที่กำลังศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 5 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 415 ครอบครัว เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและระยะเวลาการใช้อินเทอร์เน็ต 2) Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 3) Nine-Item Internet Gaming Disorder Scale (IGD Scale-9 TH) 4) Alabama Parenting Questionnaire (APQ) และ 5) The Parental Bonding Instrument (PBI) สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงบรรยายเพื่อหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบที่ใช้ ได้แก่ Chi-square, t-test, correlation analysis, ANOVA และ regression analysis

ผลการศึกษา พบว่าภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ไม่แตกต่างกับวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว แต่ครอบครัวข้ามรุ่นมีสถานภาพพ่อแม่แยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิตมากกว่า และพ่อแม่มีการติดต่อสื่อสารและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย ในทางกลับกันครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติมากกว่า และผู้ดูแลของครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูต่ำกว่าครอบครัวรูปแบบอื่นๆ ผลการศึกษาพบว่า ความผูกพันแบบ overprotection และการเลี้ยงดูแบบมีวินัยไม่สม่ำเสมอมีความสัมพันธ์กับการมีปัญหหรือเสี่ยงที่จะมีปัญหภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป แม้การศึกษาไม่พบว่าวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีภาวะสุขภาพจิตต่างจากวัยรุ่นในครอบครัวอื่นๆ แต่ครอบครัวข้ามรุ่นมีลักษณะการเลี้ยงดูที่เสี่ยง และมีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่น้อยกว่า ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่น ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสมและส่งเสริมการติดต่อสื่อสารระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวที่มีผู้สูงอายุเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งอาจลดปัญหาภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้

คำสำคัญ ครอบครัวข้ามรุ่น ภาวะสุขภาพจิต วัยรุ่น การเลี้ยงดู ความผูกพัน

Corresponding author: คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: komsan.kei@gmail.com

วันรับ : 13 มีนาคม 2566 วันแก้ไข : 6 กรกฎาคม 2566 วันตอบรับ : 26 กันยายน 2566

Factors Associated with Mental Health Status of Adolescents in Skipped-Generation Family Compared with Extended Family and Nuclear Family in Phetchabun Province

Thitirat Sunthi*, Komsan Kiatrungrit*, Nida Limsuwan*, Chosita Pavasuthipaisit**, Patcharin Seree***

*Master of Science Program in Child, Adolescent and Family Psychology, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, National Institute for Child and Family Development

**Rajanagarindra Institute of Child Development, Department of Mental Health, Ministry of Public Health

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

ABSTRACT

Objectives: To examine the prevalence of having mental health status problems among adolescents in the skipped-generation families compared to those in extended families and nuclear families, and to identify the associated factors.

Method: The cross-sectional descriptive research design involved 415 primary caregivers and adolescents studying in grades 5 - 12 under the Office of the Basic Education Commission (OBEC) in Phetchabun Province. Data were collected from June to August 2021. The measurements consisted of 1 (questionnaire regarding demographic data and duration of internet use, 2 (strengths and difficulties questionnaire (SDQ), 3 (nine-item internet gaming disorder scale (IGD Scale-9 TH), 4) alabama parenting questionnaire (APQ), and 5) parental bonding instrument (PBI). Descriptive statistics were used to find frequency, percentage, mean and standard deviation. Analytical statistics included chi-square, t-test, correlation analysis, ANOVA, and regression analysis.

Results: The results showed that the mental health statuses of adolescents in skipped-generation families were not different from those in nuclear families or extended families. However, parents of skipped-generation families had experienced more separations/divorces/dead statuses and had less communication and participation in parenting than those in extended and nuclear families. On the other hand, the skipped-generation families received more support from their relatives. In addition, caregiver in skipped-generation family tend to have lower parental involvement than other family types. The study found that high level of overprotection and inconsistent discipline were significantly associated with having or being at risk of having mental health status problems in adolescents.

Conclusion: Although the study did not find a significant difference in mental health statuses between adolescents living in skipped-generation families and those in other family types, skipped-generation families exhibited higher risky parenting styles and less communication with parents. These factors were related to the mental health status problems in adolescents. Therefore, promoting appropriate parenting and communication between adolescents and their parents, especially in families where the elderly are primary caregivers, may reduce mental health problems in adolescents.

Keywords: skipped-generation family, adolescent, mental health status, parenting, attachment

Corresponding author: Komsan Kiatrungrit

E-mail: komsan.kei@gmail.com

Received 13 March 2023 Revised 6 July 2023 Accepted 26 September 2023

บทนำ

ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานของสังคม เป็นจุดเริ่มต้นของการเรียนรู้และพัฒนาเด็กและเยาวชนให้เติบโตขึ้นอย่างมีคุณภาพ ให้มีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี โดยสมาชิกที่อยู่ครอบครัวเดียวกัน มีหน้าที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิต ให้การศึกษาอบรม ถ่ายทอดวัฒนธรรมประเพณี และค่านิยมของสังคม รวมทั้งช่วยพัฒนาด้านต่างๆ เช่น การสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคง การสร้างความผูกพันกับผู้อื่น รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวและดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุข¹ โดยลักษณะครอบครัวที่อาศัยร่วมกันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพสังคม ซึ่งปัจจุบันการอยู่อาศัยของครอบครัวในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จากการอาศัยอยู่เป็นครอบครัวใหญ่หรือครอบครัวขยาย (extended family) ที่มีพ่อแม่เป็นผู้อบรมเลี้ยงดูเด็ก และมีปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติพี่น้องคอยดูแลช่วยเหลือ แนวโน้มสถานการณ์เปลี่ยนแปลงเป็นพ่อแม่ต้องย้ายเข้ามาทำงานในเขตเมืองหรือต่างจังหวัดเพิ่มมากขึ้น²⁻³ จึงมีลักษณะของครอบครัวข้ามรุ่น (skipped-generation family) หรือครอบครัวที่ผู้สูงอายุอยู่กับเด็กและวัยรุ่นโดยไม่มีพ่อแม่เพิ่มมากขึ้น

จากรายงานสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553 พบครอบครัวข้ามรุ่นเพิ่มขึ้นจาก 107,494 ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2530 เป็น 405,615 ครอบครัว ในปี พ.ศ. 2556 และพบว่ามีเด็กจำนวน 1.24 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 2.1 อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น² ซึ่งส่วนใหญ่ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นปู่ ย่า ตา ยาย ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี³⁻⁵ ในประเทศไทย จังหวัดเพชรบูรณ์เป็นจังหวัดที่มีสัดส่วนของครอบครัวข้ามรุ่นที่สูงที่สุด โดยมีสัดส่วนของครอบครัวข้ามรุ่นร้อยละ 4.1 ของครอบครัวทั้งหมด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศไทยคือร้อยละ 2.1² รวมถึงร้อยละ 8.6 ของหัวหน้าครอบครัวข้ามรุ่นมีอายุมากกว่า 80 ปี² มีโรคประจำตัวทางกาย³ และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ⁶⁻⁷ ส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูหลักในครอบครัวข้ามรุ่นต้องรับผิดชอบบทบาทหน้าที่ที่หลากหลาย ทั้งการเลี้ยงดูบุตรหลาน การดูแลจัดการภายในบ้าน และหารายได้⁵ รวมถึงอาจจะต้องเลี้ยงดูหลานพร้อมกันหลายคน^{4,8} โดยมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจและสุขภาพที่ไม่แข็งแรง^{2,4} และเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของบุตรหลาน ส่งผลให้เกิดความเครียดได้มาก นำไปสู่การใช้วิธีการลงโทษหรือการเลี้ยงดูบุตรหลานที่ไม่เหมาะสม^{4,9} เกิดความขัดแย้งในครอบครัว และส่งผลต่อสุขภาพจิตต่างๆ ของบุตรหลานต่อไป

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับผลกระทบต่อสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น พบว่าเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตจากการวัดด้วย strength and difficulties questionnaire (SDQ) สูงกว่าครอบครัวลักษณะอื่น ทั้งในภาพรวมและด้านย่อยทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁰ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยซึ่งพบว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย มีโอกาสมีพัฒนาการต่ำกว่าปกติ 2 เท่าของเด็กที่เลี้ยงดูโดยพ่อแม่ และพบปัจจัยด้านลักษณะการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมมีอิทธิพลต่อพัฒนาการของเด็ก¹¹ แต่บางการศึกษาพบว่าเด็กที่เลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย สัมผัสได้ถึงความรัก ความช่วยเหลือ และการเป็นแบบอย่างที่สำคัญของปู่ ย่า ตา ยาย และพบว่าผลการเลี้ยงดูโดยปู่ ย่า ตา ยาย มีความสำคัญต่อพัฒนาการด้านร่างกาย ความนึกคิด และสังคม¹² ดังนั้นความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูบุตรหลานกับภาวะสุขภาพจิตจึงอาจมีความขัดแย้งกันในการศึกษาที่ผ่านมาทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบท กลุ่มประชากร และวิธีการประเมินที่แตกต่างกัน

เนื่องด้วยการเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นดังกล่าว การทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นจึงมีความสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบปัจจัยต่างๆ อาจมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นที่ถูกเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่น เกี่ยวกับปัจจัยในตัววัยรุ่นพบว่า เพศของหลานที่ได้รับการดูแลมีความสัมพันธ์กับความใกล้ชิดกับปู่ ย่า ตา ยาย¹³ ระยะเวลาที่เด็กได้ใช้ร่วมกันกับปู่ ย่า ตา ยาย ที่จะมีความสัมพันธ์กับการสร้างความผูกพันที่มั่นคง ซึ่งเป็นปัจจัยที่ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในด้านต่างๆ¹⁴ ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูพบว่า เด็กมักมีความใกล้ชิดกับตา ยาย มากกว่าปู่ ย่า¹⁵ การที่ปู่ ย่า ตา ยาย ยังทำงานอาจส่งผลต่อการขาดกำลังใจในการเลี้ยงดูบุตรหลาน รวมถึงรู้สึกห่างเหินทางสังคมกับเพื่อน เนื่องจากภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรหลาน¹⁶⁻¹⁷ ปัจจัยด้านครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เช่น ทรัพยากรของครอบครัวและเศรษฐกิจพบว่า มีความสัมพันธ์กับความทุกข์ทางจิตใจ (psychological distress) ของปู่ ย่า ตา ยาย¹⁸ นอกจากนี้พบว่าปู่ ย่า ตา ยาย ที่ขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจะรู้สึกโดดเดี่ยว แปรปรวน¹⁹ ซึ่งผลทางลบทางด้านจิตใจต่อผู้สูงอายุดังที่ได้กล่าวมานี้ อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดู และส่งผลกับการเลี้ยงดูบุตรหลานต่อไป²⁰ และอาจนำไปสู่ปัญหาภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นได้

นอกจากนี้การเลี้ยงดูซึ่งเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่น พบว่าปู่ ย่า ตา ยาย ในครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่ยังไปทำงานและไม่มีเวลาดูแลบุตรหลานใกล้ชิด ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ในเด็กและวัยรุ่น เช่น ติดเพื่อน ไม่เรียนหนังสือ การสูบบุหรี่และใช้สารเสพติด และตั้งครมในวัยเรียน⁷ สอดคล้องกับการศึกษาความสัมพันธ์ในครอบครัวข้ามรุ่นที่พบความขัดแย้งระหว่างปู่ ย่า ตา ยาย และบุตรหลาน โดยเมื่อบุตรหลานกระทำผิด ปู่ ย่า ตา ยาย มักมีความลำบากในการรับมือกับปัญหาพฤติกรรม²¹ รวมถึงอาจขาดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมกับบุตรหลาน²² นอกจากนี้ช่วงวัยที่มีความห่างกันส่งผลให้มีช่องว่างทางการสื่อสาร เกิดความไม่เข้าใจ และกระทบกับสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในครอบครัว⁷ ซึ่งจากที่กล่าวมาข้างต้นปัจจัยจากตัวเด็ก ผู้เลี้ยงดู ครอบครัวและการสนับสนุน ลักษณะการเลี้ยงดู สามารถส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจของเด็กและวัยรุ่นและนำไปสู่การเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการเลี้ยงดูในครอบครัวข้ามรุ่นกับภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นยังมีความขัดแย้งกัน รวมถึงยังมีการศึกษาครอบครัวข้ามรุ่นในบริบทประเทศไทยอยู่น้อย และขาดการศึกษาเปรียบเทียบความชุกของภาวะสุขภาพจิตในวัยรุ่นระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวลักษณะอื่นๆ รวมถึงยังไม่มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในครอบครัวข้ามรุ่นในบริบทประเทศไทย การศึกษาวิจัยในครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อเปรียบเทียบความชุกของการมีปัญหามาตรสุขภาพจิตของวัยรุ่น ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และมีวัตถุประสงค์รอง คือ 1) เปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และ 2) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับการมีปัญหามาตรสุขภาพจิตของวัยรุ่นโดยมีสมมติฐานการวิจัยว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่าผู้ที่อาศัยในครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว และปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีความแตกต่างกัน และมีความสัมพันธ์กับ

ภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการวางแผนดูแลช่วยเหลือ และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับกลุ่มเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น และสร้างความตระหนักให้กับผู้เลี้ยงดูและผู้ที่เกี่ยวข้อง

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) ในวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 - 17 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ และคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Yamane, 1973 ดังนี้

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} = \frac{70,074}{1 + (70,074)(0.05)^2} = 397.7=398$$

n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N คือ ขนาดประชากร

e คือ สัดส่วนของความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 5%

จากสูตรจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 398 คน การวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ MURA953/1202

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ได้แก่ วัยรุ่น อายุระหว่าง 11 - 17 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 - 6 และมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 6 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) จังหวัดเพชรบูรณ์ ที่อยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยาย และครอบครัวเดี่ยว จำนวน 415 คน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบ multi-stage random sampling โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) นอกเขตเทศบาลและในเขตเทศบาล และใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) เพื่อเลือกโรงเรียนจำนวนทั้งสิ้น 6 โรงเรียน และครูประจำชั้นเป็นผู้เลือกชั้นเรียนและนักเรียนที่จะเข้าร่วมการวิจัยตามความสะดวก (convenience sampling) ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามหลังจากอธิบายขั้นตอนการวิจัย และแจกเอกสารยินยอมเข้าร่วม

การวิจัยให้วัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก และหากผู้เลี้ยงดูลงนามยินยอมให้ตนเองและวัยรุ่นเข้าร่วมการวิจัย ผู้เลี้ยงดูและวัยรุ่นจะได้รับแบบสอบถาม กรณีที่วัยรุ่นไม่ได้มาโรงเรียนเนื่องจากสถานการณ์โควิด ผู้วิจัยจะแจกสิ่งบอกสารที่แจ้งงานวิจัยและแบบสอบถามออนไลน์แก่ครูประจำชั้น เพื่อส่งให้นักเรียนผ่านทางช่องทางออนไลน์ต่างๆ กรณีผู้เลี้ยงดูยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แต่ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้และให้ช่องทางการติดต่อกลับไว้ ผู้วิจัยจะติดต่อกลับและสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ โดยใช้คำถามเดียวกับชุดแบบสอบถาม การวิจัยนี้เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน - สิงหาคม พ.ศ. 2564

เครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลักและวัยรุ่น โดยส่วนผู้เลี้ยงดูหลักประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับวัยรุ่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยผู้เลี้ยงดูหลักเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับชั้นการศึกษา ระดับผลการเรียน สถานภาพพ่อแม่ การได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง

2. แบบสอบถามปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้เลี้ยงดูหลักประกอบด้วย ข้อมูลเศรษฐกิจครอบครัว ผู้วิจัยใช้คำถาม “ปัจจุบันฐานะทางการเงินของครอบครัวของท่านเป็นอย่างไร” มี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ค่อนข้างลำบากเงินไม่พอใช้ ลำบากเล็กน้อยต้องอยู่อย่างประหยัด ไม่ลำบากมีเงินเพียงพอใช้จ่าย ไม่ลำบากมีเงินเหลือเก็บ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็นผู้มีฐานะ ลำบาก และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็นฐานะ ไม่ลำบาก

ข้อคำถามปัญหาสุขภาพจิตสมาชิกในครอบครัว ผู้วิจัยใช้คำถาม “ครอบครัวของท่านนอกจากบุตรหลาน มีสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรคสมาธิสั้น โรคติดกัญชา เสพติดสุราและสารเสพติด หรือไม?” มี 2 ตัวเลือก คือ มีและไม่มี

ข้อคำถามการช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้อง ผู้วิจัยใช้คำถาม “บุตรหลานของท่านได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติพี่น้อง เช่น ลุง ป้า น้า อา เพื่อนบ้านมากนักเพียงใด” และข้อคำถามการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่ ผู้วิจัยใช้คำถาม

“ปัจจุบันพ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูเด็กอย่างไร” ข้อคำถามประกอบด้วย 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดู มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูนานๆ ครั้ง มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบ่อยครั้ง มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูประจำ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกแรกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

ข้อคำถามระยะเวลาการเลี้ยงดู ผู้วิจัยใช้คำถาม “บุตรหลานของท่านเคยอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง (ไม่มีพ่อแม่/ลุง/ป้า/น้า/อา ของเด็กพักอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว) หรือไม?” ประกอบด้วย 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคย เคยในช่วงตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ปี เคยในช่วงหลังจากอายุ 3 ปี แปลผล 3 กลุ่ม ได้แก่ ไม่เคยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยายเพียงลำพัง เคยในช่วงตั้งแต่ก่อนอายุ 3 ปี เคยในช่วงหลังจากอายุ 3 ปี

ข้อคำถามความถี่ของการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ด้วยคำถาม “บุตรหลานของท่านติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่โดยวิธีการ เช่น พูดคุย, โทรศัพท์, มาเยี่ยม, VDO call บ่อยเพียงใด” โดยมี 4 ตัวเลือก คือ ไม่ติดต่อสื่อสารกันเลย ติดต่อสื่อสารนานๆ ครั้ง ติดต่อสื่อสารกันบ่อยครั้ง ติดต่อสื่อสารเป็นประจำ ผู้ที่ตอบสองตัวเลือกแรกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง และผู้ที่ตอบอีกสองตัวเลือกจะถูกจัดกลุ่มเป็น มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ

3. ภาวะสุขภาพจิต ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมจุดแข็งและจุดอ่อน (Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ) ฉบับผู้ปกครองประเมินและฉบับวัยรุ่นประเมินตนเอง แปลโดย ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ และคณะ²³ โดยแต่ละฉบับประกอบด้วย 25 ข้อคำถาม แต่ละคำถามมี 3 ตัวเลือก คือ ไม่จริง จริงบ้าง และจริงแน่นอน โดยวัดพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ ได้แก่ ปัญหาด้านอารมณ์ ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง/สมาธิสั้น ปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว/ความประพฤติและความสามารถทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency - Cronbach's alpha)²⁴ ของฉบับผู้ปกครองเท่ากับ 0.76 และฉบับวัยรุ่นประเมินตนเองเท่ากับ 0.70 การแปลผลใช้ข้อมูลทั้งสองส่วนโดยวัยรุ่นที่ประเมินตนเองหรือได้รับการประเมินจากผู้ปกครองว่าพฤติกรรมอยู่ในระดับมีปัญหา หรือมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาในด้านย่อยใดๆ จะนับว่ามีปัญหาหรือเสี่ยงที่จะมีปัญหาในด้านย่อยนั้นๆ

3.2 การใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตและการติดเกม ประกอบด้วยแบบวัดการติดเกมอินเทอร์เน็ต 9 ข้อ ฉบับภาษาไทย (Nine-item, Internet Gaming Disorder Scale; IGD Scale-9 TH) ซึ่งต้นฉบับพัฒนาโดย Lemmens และคณะ²⁵ และแปลเป็นภาษาไทย โดย อุดมพร บุญยประเสริฐ และ คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์²⁶ เป็นแบบสอบถามอาการติดเกมโดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม แต่ละคำถามมี 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ โดยใช้คัดกรองและวินิจฉัยโรคติดเกม (internet gaming disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5 และ ICD-11 แบบสอบถามมีค่า internal consistency อยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.69) การสัมภาษณ์มีค่า Inter-rater reliability อยู่ในเกณฑ์ดีมาก (Cohen's kappa = 1) การแปลผลใช้คะแนนรวมแต่ละข้อ โดยคะแนนมากบ่งถึงการมีอาการติดเกมมาก และสอบถามพฤติกรรมการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตโดยคำถาม "ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ใช้เวลาเฉลี่ยกี่ชั่วโมงต่อวันในการใช้สื่อต่างๆ" และวัยรุ่นตอบเป็นเฉลี่ยชั่วโมงต่อวัน โดยวัยรุ่นเป็นผู้ตอบคำถามดังกล่าวด้วยตนเอง โดยจำนวนชั่วโมงที่มากหมายถึงมีการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตต่อวันมาก

4. ปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดูใช้แบบประเมิน ดังนี้

4.1 แบบประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง (Alabama parenting Questionnaire; APQ)²⁷ เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยผู้ปกครอง แปลโดย เอพิกา คำออน และคณะ ประเมินการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง ประกอบไปด้วย 6 หมวดหลัก โดยหมวดที่ 1 - 2 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (positive parenting) ได้แก่ บทบาทการเป็นพ่อแม่ที่ดี (positive parenting practices) การมีส่วนร่วมของพ่อแม่ (parental involvement) และหมวดที่ 3 - 5 เป็นการประเมินการเลี้ยงดูทางลบ (negative parenting) ได้แก่ การขาดการดูแล/สังสของพ่อแม่ (poor parental monitoring/supervision) การใช้กฎระเบียบแบบไม่เคร่งครัด (inconsistent discipline) การลงโทษทางร่างกาย (corporal punishment) หมวดที่ 6 วัดการใช้กฎระเบียบและการลงโทษที่เฉพาะเจาะจงที่นอกเหนือไปจากหมวดอื่นๆ มีจำนวนข้อคำถาม 42 ข้อ แต่ละข้อใช้การตอบแบบ 5-point Likert คือ ไม่เคย แทบจะไม่เคย บางครั้ง บ่อย และบ่อยมาก การแปลผลเครื่องมือใช้การรวมคะแนนของการเลี้ยงดูแต่ละหมวดคะแนนมากหมายถึงการมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูในหมวดนั้นๆ มาก แบบประเมินมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในในหมวด positive parenting practices, parental involvement และ poor parental monitoring อยู่ใน

เกณฑ์ดี (Cronbach's alpha = 0.80) หมวด inconsistent discipline มีค่าเท่ากับ 0.70 ส่วนในหมวด corporal punishment และ other discipline มีค่าเท่ากับ 0.60

4.2 แบบวัดความผูกพันผู้ปกครอง-เด็ก (The Parental Bonding Instrument) เป็นแบบสอบถามที่ตอบโดยวัยรุ่น แปลโดย ศุภกรใจ เจริญสุข²⁸ ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม โดยประเมินสององค์ประกอบได้แก่ การรับรู้ความผูกพันแบบดูแล จำนวน 14 ข้อ และการรับรู้ความผูกพันแบบปกป้องมากเกินไปจำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คะแนนจาก 0 (ไม่เหมือนอย่างมา) ถึง 3 (เหมือนอย่างมา) การแปลผลเครื่องมือใช้การรวมคะแนนในแต่ละองค์ประกอบคะแนนที่มากหมายถึงผู้ปกครองมีความผูกพันกับวัยรุ่นในรูปแบบนั้นๆ มาก แบบวัดมีความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในเท่ากับ 0.88 ในองค์ประกอบการเลี้ยงดูแบบดูแล และมีค่าเท่ากับ 0.80 ในองค์ประกอบการรับรู้การเลี้ยงดูแบบควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 18 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลักและวัยรุ่น ภาวะสุขภาพจิต และปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดู และใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ได้แก่ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square) และสถิติทดสอบที (t-test) เพื่อเปรียบเทียบการมีปัญหาวะสุขภาพจิต ระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวรูปแบบอื่น และเปรียบเทียบความแตกต่างของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวรูปแบบอื่น สถิตีสหสัมพันธ์ (correlation) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ ความผูกพันกับการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ตและพฤติกรรมเสพติดเกม และสถิติวิเคราะห์การถดถอย (regression analysis) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพัน กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น เนื่องจากมีตัวแปรจำนวนมากในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยใช้ Bonferroni correction method เพื่อแก้ไขปัญหที่อาจเกิดจากการเปรียบเทียบหลายครั้ง (multiple comparisons) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและการมีภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 415 คน ส่วนใหญ่พักอาศัยในครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยาย จำนวน 189 คน (ร้อยละ 45.5) และ 151 คน (ร้อยละ 36.4) รองลงมาคือครอบครัวข้ามรุ่น จำนวน 75 คน (ร้อยละ 18.1) โดยวัยรุ่นในการศึกษาเป็นเพศหญิง จำนวน 265 คน (ร้อยละ 63.9) กำลังศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 182 คน (ร้อยละ 43.9) มีระดับผลการเรียนเฉลี่ย >3.00 จำนวน 380 คน (ร้อยละ 91.6) ประชากรศึกษามีพ่อแม่ที่มีสถานภาพสมรสเป็นแยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิต 120 คน (ร้อยละ 28.9) พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ในภาพรวม 152 คน (ร้อยละ 36.6) และด้านย่อยด้านอารมณ์ 150 คน (ร้อยละ 36.1) ด้านพฤติกรรมเกราะ 75 คน (ร้อยละ 18.1) ด้านอยู่ไม่นิ่ง 119 คน (ร้อยละ 28.7) ด้านปัญหากับเพื่อน 234 คน (ร้อยละ 56.4) ด้านพฤติกรรมดีทางสังคม 79 คน (ร้อยละ 19.0)

กลุ่มตัวอย่างมีผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 351 คน (ร้อยละ 84.8) เป็นผู้ที่อายุมากกว่า 60 ปี จำนวน 61 คน (ร้อยละ 14.7) เป็นผู้ที่มีสถานะสมรส จำนวน 305 คน (ร้อยละ 73.7) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า จำนวน 340 คน (ร้อยละ 82.3) และมีฐานะการเงินของครอบครัวค่อนข้างลำบาก-ลำบากเล็กน้อย 277 คน (ร้อยละ 66.9) และมีโรคประจำตัว จำนวน 102 คน (ร้อยละ 25.2) ตารางที่ 1

ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดูและความผูกพัน

การศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่เคยพักอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพังก่อนอายุ 3 ปี จำนวน 106 คน (ร้อยละ 25.5) และเคยหลังจากอายุ 3 ปี จำนวน 65 คน (ร้อยละ 15.7) และส่วนใหญ่มีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ระดับบ่อยครั้งหรือประจำ จำนวน 341 คน (ร้อยละ 83.1) รองลงมาคือระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง จำนวน 70 คน (ร้อยละ 16.9) และพ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับบ่อยครั้งหรือประจำ จำนวน 341 คน (ร้อยละ 82.2) และระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง จำนวน 74 คน (ร้อยละ 17.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีฐานะการเงินของครอบครัวค่อนข้างลำบากหรือลำบากเล็กน้อย จำนวน 277 คน (ร้อยละ 66.9) และญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้านมีการช่วยเหลือการเลี้ยงดูอยู่ในระดับบ่อยครั้งหรือเป็นประจำ จำนวน 110 คน (ร้อยละ 26.6)

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่อยู่ในระดับไม่มีหรือมีส่วนร่วมนานๆ ครั้ง ($p < .001$ และ $p = .001$) มีการติดต่อสื่อสารของพ่อแม่อยู่ในระดับไม่มีหรือมีนานๆ ครั้ง ($p < .001$ และ $p < .001$) และการพักอาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง ($p < .001$ และ $p < .001$) มากกว่าครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นได้รับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติ พี่น้องหรือเพื่อนบ้านมากกว่าครอบครัวเดี่ยว ($p = .005$) และจากสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีลักษณะการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดูในการเลี้ยงดู (parental involvement) อยู่ในระดับเสี่ยงสูงกว่าครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$) ตารางที่ 1

เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

จากสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าวัยรุ่นที่ศึกษาอยู่ระดับประถมปลายเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ศึกษาระดับมัธยมศึกษา และวัยรุ่นที่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตเมื่อเทียบกับวัยรุ่นที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิต ด้านอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$ และ $p < .001$) ด้านปัญหากับเพื่อน ($p < .001$ และ $p = .002$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($p < .001$ และ $p = .003$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่า นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกราะ ($p = .005$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิตมากกว่า และวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าวัยรุ่นชาย ($p = .002$) แต่วัยรุ่นชายมีแนวโน้มที่มีการติดเกมมากกว่าเพศหญิง ($p < .001$) ตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์พบว่าผู้เลี้ยงดูมีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลายมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกราะ ($p < .001$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหามากกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ตารางที่ 2

เปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

การศึกษาไม่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวประเภทอื่นๆ มีภาวะสุขภาพจิตทั้งในภาพรวมและด้านย่อยต่างๆ

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเลี้ยงดู เปรียบเทียบระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวรูปแบบอื่นๆ

ข้อมูลด้านประชากร		รวม (n = 415) n (%) / mean (SD)	ครอบครัวข้ามรุ่น (n = 75, 18.1%) n (%)	ครอบครัวเดี่ยว (n = 189, 45.5%) n (%)	χ^2/t	p	ครอบครัวขยาย (n = 151, 36.4%) n (%)	χ^2/t	p
ปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่น									
อายุ ^a		14.0 (2.0)	13.96 (1.9)	14.47 (2.0)		.058	13.64 (2.0)		.254
เพศ ^b	ชาย	150 (36.1)	32 (42.7)	63 (33.3)	2.03	.154	55 (36.4)	.825	.364
	หญิง	265 (63.9)	43 (57.3)	126 (66.7)			96 (63.6)		
ระดับชั้นการศึกษา ^b	ประถมปลาย	81 (19.5)	14 (18.7)	25 (13.2)	1.31	.521	42 (27.8)	2.87	.238
	มัธยมต้น	152 (36.6)	27 (36.0)	70 (37.0)			55 (36.4)		
	มัธยมปลาย	182 (43.9)	34 (45.3)	94 (49.7)			54 (35.8)		
ระดับผลการเรียน ^b	<3.00	35 (8.4)	6 (8.0)	19 (10.1)	.26	.607	10 (6.6)	.145	.704
	≥3.00	380 (91.6)	69 (92.0)	170 (89.9)			141 (93.4)		
สถานภาพพ่อแม่ ^b	อยู่ด้วยกัน	295 (71.1)	36 (48.0)	151 (79.9)	25.27	< .001**	108 (71.5)	11.99	.001*
	ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ^c	120 (28.9)	39 (52.0)	38 (20.1)			43 (28.5)		
การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ^b	ไม่เคย	407 (98.1)	72 (96.0)	187 (98.9)	2.21 ^b	.138	148 (98.0)	.74 ^b	.389
	เคย	8 (1.9)	3 (4.0)	2 (1.1)			3 (2.0)		
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก									
เพศ ^b	ชาย	63 (15.2)	14 (18.7)	29 (15.3)	.44	.510	20 (13.3)	1.11	.292
	หญิง	351 (84.8)	61 (81.3)	160 (84.7)			130 (86.7)		
อายุ ^b	< 60 ปี	354 (85.3)	36 (48.0)	180 (95.2)	80.54	< .001**	138 (91.4)	53.26	< .001**
	≥ 60 ปี	61 (14.7)	39 (52.0)	9 (4.8)			13 (8.6)		
สถานภาพสมรส ^b	สมรส	305 (73.7)	49 (66.2)	146 (72.2)	3.38	.066	110 (72.8)	1.05	.305
	อื่นๆ ^d	57 (13.8)	25 (33.8)	43 (22.8)			41 (27.2)		
ระดับการศึกษา ^b	ต่ำกว่า - มัธยมศึกษา	340 (82.3)	68 (90.7)	149 (79.3)	4.84	.028	123 (82.0)	2.93	.087
	ปริญญาตรี - สูงกว่า	73 (17.7)	7 (9.3)	39 (20.7)			27 (18.0)		
โรคประจำตัว ^b	ไม่มี	303 (74.8)	43 (59.7)	139 (75.1)	5.96	.015	121 (81.8)	12.39	< .001**

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปข้อมูลปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการเลี้ยงดู เปรียบเทียบระหว่างครอบครัวข้ามรุ่นกับครอบครัวรูปแบบอื่นๆ (ต่อ)

ข้อมูลด้านประชากร		รวม (n = 415) n (%) / mean (SD)	ครอบครัวข้ามรุ่น (n = 75, 18.1%) n (%)	ครอบครัวเดี่ยว (n = 189, 45.5%) n (%)	χ^2/t	p	ครอบครัวขยาย (n = 151, 36.4%) n (%)	χ^2/t	p
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม									
อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายลำพัง ^b	ไม่เคย	244 (58.8)	10 (13.3)	132 (69.8)	70.78	< .001**	102 (67.5)	60.32	< .001**
	เคย ก่อนอายุ 3 ปี	106 (25.5)	40 (53.3)	41 (21.7)			25 (16.6)		
	เคย หลังอายุ 3 ปี	65 (15.7)	25 (33.3)	16 (8.5)			24 (15.9)		
การติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ ^b	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	70 (16.9)	29 (38.7)	21 (11.1)	26.56	< .001**	20 (40.8)	19.07	< .001**
	บ่อยครั้ง - ประจำ	345 (83.1)	46 (61.3)	168 (88.9)			131 (74.0)		
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ^b	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	74 (17.8)	44 (58.7)	10 (5.3)	94.02	< .001**	20 (31.3)	50.93	< .001**
	บ่อยครั้ง - ประจำ	341 (82.2)	31 (41.3)	179 (94.7)			131 (80.9)		
ฐานะการเงินของครอบครัว ^b	ลำบาก	277 (66.9)	54 (72.0)	122 (64.9)	1.22	.269	101 (66.9)	.61	.436
	ไม่ลำบาก	137 (33.1)	21 (28.0)	66 (35.1)			50 (33.1)		
ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^b	ไม่มี	396 (95.4)	71 (94.7)	185 (97.9)	1.71 ^a	.191	140 (92.7)	.32 ^a	.572
	มี	19 (4.9)	4 (5.3)	4 (2.1)			11 (7.3)		
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ^{b,c}	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	304 (73.4)	46 (61.3)	148 (78.3)	7.94	.005*	110 (73.3)	3.39	.066
	บ่อยครั้ง - ประจำ	110 (26.6)	29 (38.7)	41 (21.7)			40 (26.7)		
การเลี้ยงดู									
positive parenting ^b	ปกติ	222 (53.5)	32 (42.7)	107 (56.6)	4.190	.041	83 (55.0)	3.034	.082
	เสี่ยง	193 (46.5)	43 (57.3)	82 (43.4)			68 (45.0)		
parental involvement ^b	ปกติ	132 (31.8)	10 (13.3)	66 (34.9)	12.205	< .001**	56 (37.1)	13.674	< .001**
	เสี่ยง	283 (68.2)	65 (86.7)	123 (65.1)			95 (62.9)		
poor parental monitoring ^b	ปกติ	171 (41.2)	25 (33.3)	81 (42.9)	2.027	.155	65 (43.0)	1.973	.160
	เสี่ยง	244 (58.8)	50 (66.7)	108 (57.1)			86 (57.0)		
inconsistent discipline ^b	ปกติ	340 (81.9)	58 (77.3)	163 (86.2)	3.126	.077	119 (78.8)	.064	.800
	เสี่ยง	75 (18.1)	17 (22.7)	26 (13.8)			32 (21.2)		
corporal punishment ^b	ปกติ	325 (78.3)	52 (69.3)	153 (81.0)	4.177	.041	120 (79.5)	2.832	.092
	เสี่ยง	90 (21.7)	23 (30.7)	36 (19.0)			31 (20.5)		
ความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูหลัก ^a	caring	24.7 (4.3)	25.6 (4.9)	24.50 (4.2)		.060	24.51 (1.0)		.073
	overprotection	26.8 (6.2)	28.31 (7.1)	26.22 (6.1)		.014	26.85 (5.9)		.098

a = t-test, b = chi-square test, c = แยกกันอยู่/หย่า/เสียชีวิต, d = โสด/แยกอยู่/หย่า/หม้าย/สมรสใหม่, e = การช่วยเหลือการเลี้ยงดูจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

ปัจจัย	emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction ^a		p	ระยะเวลาการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ต ^a		p
	n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)		n (%)	mean (SD)	
ปัจจัย	ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)							
ปัจจัยส่วนบุคคลวัยรุ่น																								
อายุ ^a	14.0 (2.0)	14.2 (2.0)	.213	14.1 (2.0)	13.0 (2.0)	.185	14.2 (1.9)	13.8 (2.2)	.064	14.3 (1.9)	13.9 (2.1)	.056	14.2 (2.0)	13.6 (2.0)	.017	14.3 (1.9)	13.7 (2.1)	.010	1.88 (2.0) ^c	<.001 ^{**}		8.69 (4.7) ^c	<.001 ^{**}	
เพศ ^b	ชาย	110 (73.3)	40 (26.7)	.002 [*]	119 (79.3)	31 (20.7)	.301	97 (64.7)	53 (35.3)	.024	64 (42.7)	86 (57.3)	.770	112 (74.7)	38 (25.3)	.014	91 (60.7)	59 (39.3)	.389	2.51 (2.1)	<.001 ^{**}		8.22 (4.3)	.132
	หญิง	155 (58.5)	110 (41.5)		221 (83.4)	44 (16.6)		199 (75.1)	66 (24.9)		117 (44.2)	148 (55.8)		224 (84.5)	41 (15.5)		172 (64.9)	93 (35.1)		1.52 (1.7)			8.96 (4.9)	
ระดับชั้นการศึกษา ^b	ประถมศึกษา	53 (65.4)	28 (34.6)	.742	59 (72.8)	22 (27.2)	.018	42 (51.9)	39 (48.1)	<.001 ^{**}	22 (27.2)	59 (72.8)	<.001 ^{**}	58 (71.6)	23 (28.4)	.017	34 (42.0)	47 (58.0)	<.001 ^{**}	3.10 (2.1)	<.001 ^{**}		6.52 (3.0)	<.001 ^{**}
	มัธยม	212 (63.5)	122 (36.5)		281 (84.1)	53 (15.9)		254 (76.0)	80 (24.0)		159 (47.6)	175 (52.4)		278 (83.2)	56 (16.8)		229 (68.6)	105 (31.4)		1.58 (1.7)			9.18 (4.9)	
ระดับผลการเรียน ^b	<3.00	23 (65.7)	12 (34.3)	.811	26 (74.3)	9 (25.6)	.219	22 (62.9)	13 (37.1)	.247	15 (42.9)	20 (57.1)	.925	18 (51.4)	17 (48.6)	<.001 ^{**}	21 (60.0)	14 (40.0)	.665	1.54 (2.0)	.277		7.62 (3.3)	.172
	≥3.00	242 (63.7)	138 (36.3)		314 (82.6)	66 (17.4)		274 (72.1)	106 (27.9)		166 (43.7)	214 (56.3)		318 (83.7)	62 (16.3)		242 (63.4)	138 (36.3)		1.91 (1.9)			8.79 (4.8)	
สถานภาพพ่อแม่ ^b	อยู่ด้วยกัน	189 (71.6)	106 (70.7)	.842	246 (72.6)	49 (65.3)	.210	214 (72.3)	81 (68.6)	.458	134 (74.0)	161 (69.1)	.271	244 (72.8)	51 (64.6)	.144	192 (65.1)	103 (34.9)	.300	1.77 (1.9)	.076		8.93 (4.9)	.120
	ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ^d	75 (28.4)	44 (29.3)		94 (27.4)	26 (34.7)		82 (27.7)	37 (31.4)		47 (26.0)	72 (30.9)		92 (27.2)	28 (35.4)		71 (59.7)	48 (40.3)		2.13 (2.0)			8.11 (4.1)	
ปัญหาสุขภาพจิต ^e	ไม่เคย	264 (64.9)	143 (35.1)	.002 [*]	337 (82.8)	70 (17.2)	.005 [*]	295 (72.5)	112 (27.5)	<.001 ^{**}	181 (44.5)	226 (55.5)	.002 [*]	332 (81.6)	75 (18.4)	.046	262 (64.4)	145 (35.6)	.003 [*]	1.84 (1.9)	.110		8.75 (4.7)	.111
	เคย	1 (12.5)	7 (87.5)		3 (37.5)	5 (62.5)		1 (12.5)	7 (87.5)		0 (0.0)	8 (100)		4 (50.0)	4 (50.0)		1 (12.5)	7 (87.5)		3.88 (3.1)			6.06 (2.3)	
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก																								
เพศ ^b	ชาย	42 (66.7)	21 (33.3)	.633	51 (81.0)	12 (19.0)	.792	43 (68.3)	20 (31.7)	.536	33 (52.4)	30 (47.6)	.132	49 (77.8)	14 (22.2)	.491	40 (63.5)	23 (36.5)	.995	1.79 (1.9)	.724		8.19 (4.3)	.724
	หญิง	223 (63.5)	128 (36.5)		289 (82.3)	62 (17.7)		253 (72.1)	98 (27.9)		148 (42.2)	203 (57.8)		286 (81.5)	65 (18.5)		223 (63.5)	128 (36.5)		1.89 (1.9)			8.79 (4.8)	
อายุ ^b	<60 ปี	231 (65.3)	123 (34.7)	.153	290 (81.9)	64 (18.1)	.993	252 (71.2)	102 (28.8)	.880	154 (43.5)	200 (56.5)	.912	289 (81.6)	65 (18.4)	.399	231 (65.3)	123 (34.7)	.055	1.83 (1.9)	.237		8.83 (4.8)	.180
	≥60 ปี	34 (55.7)	27 (44.3)		50 (82.0)	11 (18.0)		44 (72.1)	17 (27.9)		27 (44.3)	34 (55.7)		47 (77.0)	14 (23.0)		32 (52.5)	29 (47.5)		2.15 (2.0)			7.93 (4.3)	
สถานภาพสมรส ^b	สมรส	193 (63.3)	112 (36.7)	.729	254 (83.3)	51 (16.7)	.218	222 (72.8)	83 (27.2)	.250	139 (45.6)	166 (54.4)	.150	249 (81.6)	56 (18.4)	.532	199 (65.2)	106 (34.8)	.166	1.81 (1.8)	.196		8.93 (4.8)	.065
	อื่น ๆ ^e	71 (65.1)	38 (34.9)		85 (78.0)	24 (22.0)		73 (67.0)	36 (33.0)		41 (37.6)	68 (62.4)		86 (78.9)	23 (21.1)		63 (57.8)	46 (42.2)		2.10 (2.1)			7.94 (4.3)	
ระดับการศึกษา ^b	มัธยม	215 (63.2)	125 (36.8)	.685	268 (78.8)	72 (21.2)	<.001 ^{**}	233 (68.5)	107 (31.5)	.010 [*]	153 (45.0)	187 (55.0)	.299	268 (78.8)	72 (21.2)	.022	49 (67.1)	24 (32.9)	.471	1.88 (1.9)	.825		8.41 (4.6)	.007 [*]
	ปริญญาตรี	48 (65.8)	25 (34.2)		70 (95.9)	3 (4.1)		61 (83.6)	12 (16.4)		28 (38.4)	45 (61.6)		66 (90.4)	7 (9.6)		213 (62.6)	127 (37.4)		1.82 (1.7)			9.93 (4.9)	
โรคประจำตัว ^b	ไม่มี	200 (66.0)	103 (34.0)	.043	244 (80.5)	59 (19.5)	.395	216 (71.3)	87 (28.7)	.310	132 (43.6)	171 (56.4)	.658	245 (80.9)	58 (19.1)	.578	188 (62.0)	115 (38.0)	.120	1.83 (1.9)	.958		8.85 (4.8)	.359
	มี	58 (56.9)	44 (43.1)		86 (84.3)	16 (15.7)		78 (76.5)	24 (23.5)		47 (46.1)	55 (53.9)		85 (83.3)	17 (16.7)		72 (70.6)	30 (29.4)		1.84 (1.8)			8.34 (4.4)	

a = t-test, b = chi-square test, c = Pearson correlation, d = แยกกันอยู่/หย่า/เสียชีวิต, e = โสด/แยกอยู่/หย่า/หม้าย/สมรสใหม่, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

อยู่ในเกณฑ์เสี่ยงหรือมีปัญหาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่พบว่าวัยรุ่นที่พ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูอยู่ในระดับไม่มีหรือนานๆ ครั้ง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($p = .006$) ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า **ตารางที่ 3**

เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติทดสอบไคสแควร์วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ (inconsistent discipline) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($p < .001$) พฤติกรรมเกร ($p < .001$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($p < .001$) อยู่ในระดับเสี่ยง-มีปัญหา รวมถึงปัญหาติดเกม ($p = .001$) และการใช้เวลากับสื่อและอินเทอร์เน็ตมากกว่า ($p = .005$) นอกจากนี้วัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบใช้การลงโทษทางกาย (corporal punishment) อยู่ในกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกร ($p < .001$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($p < .001$) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า รวมถึงวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบเชิงบวก (positive parenting practices) และผู้ปกครองมีส่วนร่วม (parental involvement) อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มีแนวโน้มมีพฤติกรรมดีทางสังคม อยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา มากกว่า ($p < .001$ และ $p < .001$) นอกจากนี้การมีคะแนนรับรู้ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหลักแบบปกป้องมากเกินไป สูงสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมเกร ($p = .002$) พฤติกรรมปัญหากับเพื่อน ($p < .001$) และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ($p < .001$) มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 3**

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น

จากสถิติวิเคราะห์การถดถอยไม่พบว่าการอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีความสัมพันธ์กับการมีภาวะปัญหาสุขภาพจิต แต่พบว่าวัยรุ่นที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ เมื่อทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพบว่าเป็นปัจจัยทำนายการมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ ($OR = 5.55 (2.94 - 10.47)$, $p < 0.001$) พฤติกรรมเกร ($OR = 2.97 (1.48 - 5.97)$, $p = .002$) พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ($OR = 3.33 (1.77 - 6.28)$, $p < .001$) ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม ($OR = 4.06 (2.19 - 7.56)$, $p < .001$) นอกจากนี้พบว่าวัยรุ่นที่มีความผูกพันกับผู้ปกครองแบบปกป้องมากเกินไป (overprotection) เป็นปัจจัยทำนายการมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในภาพรวม ($OR = 1.08 (1.03 - 1.13)$, $p = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 4**

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นเมื่อทดสอบด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการมีภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์มากกว่าเพศชาย ($OR = 2.76 (1.60 - 4.74)$, $p < 0.001$) แต่เพศชายมีแนวโน้มภาวะสุขภาพจิตด้านติดเกมมากกว่าเพศหญิง ($OR = -.77 (-1.15 - -.40)$, $p < 0.001$) และการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายเป็นปัจจัยทำนายด้านพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา และติดเกมมากกว่า ($OR = 4.76 (1.84 - 12.35)$, $p < .001$; $OR = 3.29 (1.39 - 7.83)$, $p = 0.007$; $OR = .95 (.30 - 1.59)$, $p = .004$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ระดับผลการเรียนเฉลี่ย < 3.00 เป็นปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมดีทางสังคมอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา ($OR = 4.04 (1.67 - 9.79)$, $p = .002$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 4**

วิจารณ์

วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีภาวะสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

จากผลการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่พักอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว ไม่พบความแตกต่างกันด้านภาวะสุขภาพจิตด้านต่างๆ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้ที่กล่าวว่า เด็กที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่พักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ โดยการศึกษาของ Natasha และ Rachel²⁹ พบว่ามีความชุกของโรคสมาธิสั้นและปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าวเกร (externalizing behaviors) ในผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่นสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือแม่ แต่ไม่พบความแตกต่างของปัญหาพฤติกรรมด้านอารมณ์ (internalizing behaviors) และจากการศึกษาของ Masfety และคณะ³⁰ พบว่าการมีปู่/ย่า/ตา/ยายในครอบครัวสัมพันธ์กับการมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตจากการวัดด้วย SDQ ในเด็กเพิ่มขึ้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในบริบทประเทศไทยของ Karittha Onkeaw³¹ พบว่าผู้ที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นส่วนใหญ่มีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 58.1) โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับไม่ดีเพียงร้อยละ 1.1 โดยพบว่าผู้เลี้ยงดูซึ่งเป็นปู่/ย่า/ตา/ยายมีความเอาใจใส่ในการดูแล พ่อแม่มีการกลับมาเยี่ยม³¹ รวมถึงครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะได้รับการช่วยเหลือจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้าน³² เช่น การช่วยเหลือรับส่ง การช่วยเหลือดูแลบุตรหลาน⁵ ซึ่งแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศที่พบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมักไม่ได้รับ

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน

ปัจจัย	emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction mean (SD)	ระยะเวลา การใช้สื่อ และ อินเทอร์เน็ต mean (SD)	p		
	ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)						
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม																							
ลักษณะครอบครัว ^a	ไม่ใช่ครอบครัวข้ามรุ่น	221 (65.0)	119 (35.0)	.301	278 (81.8)	62 (18.2)	.854	241 (70.9)	99 (29.1)	.671	144 (42.4)	196 (57.6)	.270	275 (80.9)	65 (19.1)	.928	220 (64.7)	120 (35.3)	.230	1.88 (1.9)	.998	8.63 (4.717)	.597
	ครอบครัวข้ามรุ่น	44 (58.7)	31 (41.3)		62 (82.7)	13 (17.3)		55 (73.3)	20 (26.7)		37 (49.3)	38 (50.7)		61 (81.3)	14 (18.7)		43 (57.3)	32 (42.7)		1.88 (2.0)		8.96 (4.721)	
อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายายลำพัง ^a	ไม่เคย	160 (65.6)	84 (34.4)	.542	199 (81.6)	45 (18.4)	.944	174 (71.3)	70 (28.7)	.992	105 (43.0)	139 (57.0)	.959	200 (82.0)	44 (18.0)	.537	161 (66.0)	83 (34.0)	.053	1.7 (1.8)	.063 ^c	8.58 (4.8)	.847 ^c
	เคย ก่อนอายุ 3 ปี	63 (59.4)	43 (40.6)		88 (83.0)	18 (17.0)		76 (71.7)	30 (28.3)		47 (44.3)	59 (55.7)		82 (77.4)	24 (22.6)		57 (53.8)	49 (46.2)		2.2 (1.9)		8.7 (4.7)	
	เคย หลังจากอายุ 3 ปี	42 (64.6)	23 (35.4)		53 (81.5)	12 (18.5)		46 (70.8)	19 (29.2)		29 (44.6)	36 (55.4)		54 (83.1)	11 (16.9)		45 (69.2)	20 (30.8)		1.9 (2.0)		9.0 (4.7)	
การติดต่อกับพ่อแม่ ^a	ไม่มี-นาน ๆ ครั้ง	37 (52.9)	33 (47.1)	.036	50 (71.4)	20 (28.6)	.012	42 (60.0)	28 (40.0)	.022	22 (31.4)	48 (68.6)	.024	53 (75.7)	17 (24.3)	.220	225 (65.2)	120 (34.8)	.083	1.79 (1.8)	.053	8.67 (4.614)	7.93
	บ่อยครั้ง-ประจำ	228 (66.1)	117 (33.9)		290 (84.1)	55 (15.9)		254 (73.6)	91 (26.4)		159 (46.1)	186 (53.9)		283 (82.0)	62 (18.0)		38 (54.3)	32 (45.7)		2.34 (2.2)		8.83 (5.214)	
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ^a	ไม่มี-นาน ๆ ครั้ง	37 (50.0)	37 (50.0)	.006 [*]	55 (74.3)	19 (25.7)	.061	48 (64.9)	26 (35.1)	.175	26 (35.1)	48 (64.9)	.105	56 (75.7)	18 (24.3)	.201	225 (66.0)	116 (34.0)	.018	1.82 (1.9)	.142	8.86 (4.699)	.130
	บ่อยครั้ง-ประจำ	228 (66.9)	113 (33.1)		285 (83.6)	56 (16.4)		248 (72.7)	93 (27.3)		155 (45.5)	186 (54.5)		280 (82.1)	61 (17.9)		38 (51.4)	36 (48.6)		2.18 (2.0)		7.94 (4.737)	
ฐานะการเงินของครอบครัว ^a	ลำบาก	172 (62.1)	105 (37.9)	.314	221 (79.8)	56 (20.2)	.115	187 (67.5)	90 (32.5)	.017	115 (41.5)	162 (58.5)	.252	217 (78.3)	60 (21.7)	.058	90 (65.7)	47 (34.3)	.475	1.58 (1.6)	.018	8.89 (4.711)	.570
	ไม่ลำบาก	92 (67.2)	45 (32.8)		118 (86.1)	19 (13.9)		108 (78.8)	29 (21.2)		65 (47.4)	72 (52.6)		118 (86.1)	19 (13.9)		172 (62.1)	105 (37.9)		2.02 (2.0)		8.61 (4.726)	
ปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^a	ไม่มี	257 (64.9)	139 (35.1)	.043	323 (81.6)	73 (18.4)	.351	286 (72.2)	110 (27.8)	.065	177 (44.7)	219 (55.3)	.035	322 (81.3)	74 (18.7)	.408	255 (64.4)	141 (35.6)	.049	1.85 (1.9)	.207	8.67 (4.751)	.643
	มี	8 (42.1)	11 (57.9)		17 (89.5)	2 (10.5)		10 (52.6)	9 (47.4)		4 (21.1)	15 (78.9)		14 (73.7)	5 (26.3)		8 (42.1)	11 (57.9)		2.42 (2.4)		9.18 (3.948)	
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ^a	ไม่มี - นานๆ ครั้ง	204 (67.1)	100 (32.9)	.029	253 (83.2)	51 (16.8)	.239	224 (73.7)	80 (26.3)	.101	137 (45.1)	167 (54.9)	.359	243 (79.9)	61 (20.1)	.397	60 (54.5)	50 (45.5)	.022	1.95 (1.7)	.668	9.31 (5.215)	.125
	บ่อยครั้ง - ประจำ	61 (55.5)	49 (44.5)		86 (78.2)	24 (21.8)		72 (65.5)	38 (34.5)		44 (40.0)	66 (60.0)		92 (83.6)	18 (16.4)		203 (66.8)	101 (33.2)		1.86 (2.0)		8.5 (4.493)	

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบปัจจัยครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม การเลี้ยงดู กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตแต่ละด้าน (ต่อ)

ปัจจัย		emotional		p	conduct		p	hyperactivity		p	peer problems		p	prosocial behavior		p	total difficulties score		p	Game Addiction mean (SD)	p	ระยะเวลา การใช้สื่อ และ อินเทอร์เน็ต mean (SD)	p
		n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)			n (%)						
		ปกติ n = 265 (63.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 150 (36.1%)		ปกติ n = 340 (81.9%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 75 (18.1%)		ปกติ n = 296 (71.3%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 119 (28.7%)		ปกติ n = 181 (43.6%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 234 (56.4%)		ปกติ n = 336 (81.0%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 79 (19.0%)		ปกติ n = 263 (63.4%)	เสี่ยง- ปัญหา n = 152 (36.6%)					
การเลี้ยงดู																							
positive parenting practices ^b	ปกติ	144 (64.9)	78 (35.1)	.646	184 (82.9)	38 (17.1)	.588	159 (71.6)	63 (28.4)	.886	91 (41.0)	131 (59.0)	.248	197 (88.7)	25 (11.3)	<.001**	132 (59.5)	90 (40.5)	.076	1.91 (1.8)	.691	8.65 (4.779)	.845
	เสี่ยง	121 (62.7)	72 (37.3)		156 (80.8)	37 (19.2)		137 (71.0)	56 (29.0)		90 (46.6)	103 (53.4)		139 (72.0)	54 (28.0)		131 (67.9)	62 (32.1)		1.84 (2.0)		8.74 (4.647)	
parental involvement ^b	ปกติ	89 (67.4)	43 (32.6)	.301	112 (84.8)	20 (15.2)	.291	94 (71.2)	38 (28.8)	.972	52 (39.4)	80 (60.6)	.236	121 (91.7)	11 (8.3)	<.001**	77 (58.3)	55 (41.7)	.146	1.93 (1.9)	.704	9.19 (4.951)	.144
	เสี่ยง	176 (62.2)	107 (37.8)		228 (80.6)	55 (19.4)		202 (71.4)	81 (28.6)		129 (45.6)	154 (54.4)		215 (76.0)	68 (24.0)		186 (65.7)	97 (34.3)		1.86 (1.9)		8.46 (4.585)	
poor parental monitoring ^b	ปกติ	115 (67.3)	56 (32.7)	.228	153 (89.5)	18 (10.5)	<.001**	129 (75.4)	42 (24.6)	.121	69 (40.4)	102 (59.6)	.262	145 (84.8)	26 (15.2)	.096	109 (63.7)	62 (36.3)	.896	1.75 (1.7)	.244	8.56 (4.860)	.627
	เสี่ยง	150 (61.5)	94 (38.5)		187 (76.6)	57 (23.4)		167 (68.4)	77 (31.6)		112 (45.9)	132 (54.1)		191 (78.3)	53 (21.7)		154 (63.1)	90 (36.9)		1.97 (2.0)		8.79 (4.618)	
inconsistent discipline ^b	ปกติ	240 (70.6)	100 (29.4)	<.001**	294 (86.5)	46 (13.5)	<.001**	261 (76.8)	79 (23.2)	<.001**	150 (44.1)	190 (55.9)	.660	278 (81.8)	62 (18.2)	.376	235 (69.1)	105 (30.9)	<.001**	1.74 (1.8)	.001*	8.58 (4.730)	.005*
	เสี่ยง	25 (33.3)	50 (66.7)		46 (61.3)	29 (38.7)		35 (46.7)	40 (53.3)		31 (41.3)	44 (58.7)		58 (77.3)	17 (22.7)		28 (37.3)	47 (62.7)		2.52 (2.1)		9.21 (4.630)	
corporal punishment ^b	ปกติ	214 (65.8)	111 (34.2)	.109	278 (85.5)	47 (14.5)	<.001**	247 (76.0)	78 (24.0)	<.001**	146 (44.9)	179 (55.1)	.307	270 (83.1)	55 (16.9)	.037	215 (66.2)	110 (33.8)	.025	1.69 (1.8)	<.001**	8.84 (4.900)	.717
	เสี่ยง	51 (56.7)	39 (43.3)		62 (68.9)	28 (31.1)		49 (54.4)	41 (45.6)		35 (38.9)	55 (61.1)		66 (73.3)	24 (26.7)		48 (53.3)	42 (46.7)		2.58 (2.1)		8.13 (3.897)	
ความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูหลัก ^a	caring	24.5 (4.1)	24.5 (4.6)	.321	24.4 (4.0)	25.9 (5.4)	.028	24.5 (4.0)	25.2 (5.0)	.171	23.9 (3.7)	25.3 (4.6)	.001*	24.9 (4.1)	23.9 (4.9)	.108	24.4 (3.9)	25.3 (4.9)	.054		.225		.146
	overprotection	26.3 (6.1)	27.7 (6.5)		26.3 (5.8)	29.2 (7.5)		26.3 (5.7)	28.1 (7.4)		25.4 (5.5)	28.0 (6.6)		<.001**	27.0 (6.2)		26.1 (6.6)	25.8 (3.4)		28.6 (7.0)		<.001**	

a = t-test, b = chi-square test, * = p < 0.01, ** = p < 0.001

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆ กับภาวะปัญหาสุขภาพจิตของวัยรุ่น

ปัจจัยทำนาย	emotional		conduct		hyperactivity		peer problems		prosocial behaviour		total difficulties score		Game Addiction		ระยะเวลาการใช้สื่อและอินเทอร์เน็ต	
	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	Odds ratio (CI)	p	B (95%CI)	p	B (95%CI)	p
ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่น																
เพศหญิง ^a	2.76 (1.60 - 4.74)	<.001**	1.04 (.55 - 1.97)	.902	.74 (.43 - 1.28)	.282	1.12 (.70 - 1.79)	.638	.74 (.40 - 1.37)	.337	1.18 (.71 - 1.96)	.534	-.77 (-1.15 - -.40)	<.001**	.19 (-.84 - 1.22)	.175
อายุ	1.16 (.98 - 1.36)	.078	1.00 (.80 - 1.24)	.984	1.18 (.98 - 1.42)	.079	1.05 (.90 - 1.22)	.534	.83 (.67 - 1.02)	.077	1.05 (.89 - 1.24)	.579	-.10 (-.22 - .02)	.111	.12 (.21 - .45)	.461
ระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ^b	1.79 (.74 - 4.33)	.198	3.47 (1.15 - 10.45)	.027	4.76 (1.84 - 12.35)	.001*	2.55 (1.12 - 5.83)	.027	1.40 (.50 - 3.91)	.517	3.29 (1.39 - 7.83)	.007*	.95 (.30 - 1.59)	.004*	-2.22 (-3.97 - -.48)	.013
ระดับผลการเรียนเฉลี่ย <3.00 ^c	.77 (.31 - 1.91)	.578	1.00 (.36 - 2.77)	.994	1.06 (.43 - 2.59)	.900	.96 (.42 - 2.20)	.918	4.04 (1.67 - 9.79)	.002*	1.00 (.41 - 2.45)	.997	-.80 (1.46 - (-.15)	.016	-1.06 (-2.85 - .73)	.245
เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต ^d	N/A	.999	10.08 (.68 - 149.68)	.093	4.04 (.37 - 43.97)	.252	N/A	.999	1.40 (.21 - 9.33)	.726	7.23 (.57 - 92.15)	.128	.54 (-.87 - 1.98)	.444	-2.36 (-6. - 1.45)	.224
ปัจจัยส่วนบุคคลผู้เลี้ยงดูหลัก																
อายุ >60 ปี ^e	.93 (.41 - 2.09)	.856	.44 (.16 - 1.20)	.110	.40 (.16 - 1.02)	.056	.741 (.34 - 1.61)	.448	1.07 (.39 - 2.89)	.902	1.01 (.44 - 2.29)	.992	.04 (-.56 - .64)	.901	-.191 (-1.82 - 1.44)	.818
ระดับการศึกษามัธยมศึกษา - ต่ำกว่า ^f	.74 (.37 - 1.45)	.378	4.49 (1.24 - 16.32)	.022	1.49 (.66 - 3.35)	.332	.649 (.34 - 1.61)	.187	1.26 (.47 - 3.38)	.641	1.03 (.55 - 2.01)	.944	-.39 (-.90 - .12)	.129	-1.33 (-2.69 - .04)	.056
มีโรคประจำตัว ^g	1.68 (.98 - 2.88)	.060	.89 (.43 - 1.90)	.754	.82 (.44 - 1.52)	.533	.991 (.60 - 1.65)	.971	.77 (.38 - 1.56)	.467	.72 (.41 - 1.27)	.258	.08 (-.33 - .49)	.685	-.72 (-1.82 - 1.44)	.205
ปัจจัยครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม																
ไม่ใช่ครอบครัวข้ามรุ่น ^h	.84 (.38 - 1.84)	.662	.66 (.23 - 1.90)	.439	.65 (.26 - 1.59)	.343	.49 (.23 - 1.04)	.064	.62 (.24 - 1.60)	.321	.89 (.40 - 2.02)	.788	-.39 (-.97 - .20)	.194	1.02 (-.56 - 2.60)	.204
อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง ก่อน 3 ปี	1.08 (.59 - 1.97)	.799	.69 (.31 - 1.55)	.365	.77 (.39 - 1.52)	.452	.90 (.51 - 1.58)	.706	.98 (.47 - 2.01)	.951	1.31 (.72 - 2.40)	.374	-.13 (-.38 - .13)	.322	.35 (-.35 - 1.04)	.328
อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง หลัง 3 ปี	.64 (.30 - 1.33)	.232	.63 (.26 - 1.55)	.297	.83 (.39 - 1.77)	.626	.88 (.45 - 1.72)	.704	.72 (.30 - 1.75)	.473	.61 (.29 - 1.27)	.185				
การติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่ ไม่มี - นานๆ ครั้ง	1.60 (.81 - 3.09)	.183	2.22 (1.02 - 4.83)	.045	2.55 (1.24 - 5.25)	.011	2.11 (1.07 - 4.15)	.031	1.05 (.47 - 2.33)	.908	1.75 (.87 - 3.51)	.117	.57 (.04 - 1.09)	.034	.71 (-.72 - 2.15)	.329
การมีส่วนร่วมเลี้ยงดูของพ่อแม่ ไม่มี - นานๆ ครั้ง ⁱ	1.96 (.88 - 4.34)	.098	1.69 (.63 - 4.52)	.293	1.06 (.44 - 2.60)	.895	1.63 (.76 - 3.53)	.211	1.26 (.48 - 3.28)	.643	1.36 (.61 - 3.04)	.454	.05 (-.55 - .65)	.859	-1.52 (-3.15 - .11)	.067
ฐานะทางการเงินค่อนข้าง - ลำบากเล็กน้อย ^j	1.28 (.77 - 2.14)	.342	1.13 (.59 - 2.18)	.718	1.81 (1.02 - 3.23)	.044	1.63 (.76 - 3.53)	.336	1.55 (.80 - 3.00)	.192	1.08 (.65 - 1.80)	.772	.41 (.03 - .79)	.035	.48 (-.54 - 1.50)	.357
มีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว ^k	1.20 (.37 - 3.86)	.761	.11 (.01 - 1.30)	.080	2.13 (.61 - 7.45)	.238	2.34 (.66 - 8.28)	.186	1.94 (.50 - 7.49)	.339	1.67 (.52 - 5.34)	.391	.33 (-.55 - 1.21)	.462	1.09 (-1.27 - 3.45)	.365
การช่วยเหลือการเลี้ยงดู ไม่มี - นานๆ ครั้ง ^l	.53 (.31 - .90)	.018	.68 (.35 - 1.31)	.252	.60 (.34 - 1.06)	.078	.75 (.46 - 1.25)	.271	1.57 (.77 - 3.19)	.214	.62 (.37 - 1.06)	.079	-.13 (-.52 - .27)	.535	-1.07 (-2.15 - .01)	.053
ลักษณะการเลี้ยงดูเด็ก																
positive parenting practices ^o	.80 (.50 - 1.41)	.433	.81 (.40 - 1.62)	.544	.87 (.47 - 1.62)	.653	.81 (.47 - 1.39)	.447	2.52 (1.24 - 5.13)	.011	.63 (.35 - 1.12)	.111	-.04 (-.25 - .18)	.741	.17 (-.41 - .75)	.570
parental involvement ^o	1.23 (.66 - 2.32)	.517	.82 (.37 - 1.79)	.615	.87 (.44 - 1.73)	.700	.88 (.48 - 1.58)	.662	2.68 (1.07 - 6.69)	.036	.74 (.38 - 1.39)	.348	.09 (-.15 - .33)	.468	-.37 (-1.10 - .27)	.256
poor parental monitoring ^o	.83 (.48 - 1.46)	.524	2.17 (1.02 - 4.62)	.045	1.59 (.86 - 2.97)	.142	1.05 (.62 - 1.78)	.845	1.01 (.50 - 2.04)	.977	1.15 (.66 - 2.02)	.625	.19 (-.02 - .40)	.074	.26 (-.31 - .83)	.366
inconsistent discipline ^o	5.55 (2.94 - 10.47)	<.001**	2.97 (1.48 - 5.97)	.002*	3.33 (1.77 - 6.28)	<.001**	1.05 (.58 - 1.90)	.879	.96 (.45 - 2.04)	.917	4.06 (2.19 - 7.56)	<.001**	.30 (.06 - .54)	.014	.43 (-.22 - 1.09)	.199
corporal punishment ^o	1.15 (.61 - 2.17)	.679	1.57 (.78 - 3.13)	.205	1.89 (1.01 - 3.53)	.045	1.10 (.62 - 1.95)	.756	1.36 (.68 - 2.74)	.386	1.01 (.54 - 1.88)	.982	.14 (-.10 - .37)	.253	.24 (-.88 - .41)	.473
ความผูกพันระหว่างเด็กและผู้เลี้ยงดูหลัก																
ความผูกพันแบบ caring	1.00 (.94 - 1.07)	.972	1.02 (.94 - 1.10)	.675	.99 (.93 - 1.06)	.825	1.05 (.99 - 1.12)	.096	.94 (.87 - 1.02)	.114	.99 (.93 - 1.06)	.782	-.01 (-.06 - .04)	.589	-.09 (-.22 - .04)	.179
ความผูกพันแบบ overprotection	1.02 (.97 - 1.07)	.372	1.07 (1.01 - 1.13)	.022	1.04 (.99 - 1.09)	.168	1.05 (1.01 - 1.10)	.018	.99 (.94 - 1.05)	.705	1.08 (1.03 - 1.13)	.002**	.03 (-.01 - .06)	.113	.04 (-.05 - .14)	.350

a = เทียบกับเพศชาย, b = เทียบกับระดับชั้นมัธยมศึกษา, c = เทียบกับระดับผลการเรียนเฉลี่ย >3.00, d = เทียบกับไม่เคยได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพจิต, e = เทียบกับอายุ <60 ปี, f = เทียบกับระดับการศึกษาปริญญาตรี-สูงกว่าปริญญาตรี, g = ไม่มีโรคประจำตัว, h = เทียบกับลักษณะครอบครัวข้ามรุ่น, i = เทียบกับไม่เคยพักอาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยาย เพียงลำพัง, j = เทียบกับการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่บ่อยครั้ง-ประจำ, k = เทียบกับมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูของพ่อแม่บ่อยครั้ง-ประจำ, l = เทียบกับฐานะทางการเงินของครอบครัวไม่ลำบาก เพียงพอ-เหลือเก็บ, m = เทียบกับไม่มีปัญหาสุขภาพจิตในครอบครัว, n = เทียบกับการช่วยเหลือเลี้ยงดูจากญาติพี่น้อง บ่อยครั้ง-ประจำ, o = อยู่ในเกณฑ์คะแนนระดับปกติ, N/A = ไม่สามารถอ่านค่าได้, * = p < 0.01 และ ** = p < 0.001

การสนับสนุนทางสังคม (social support)³³⁻³⁴ นอกจากนี้ Michelle Rosenthal และคณะ³⁵ พบว่าในช่วงสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (covid-19) ที่ครอบครัวข้ามรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมลดลง จึงอาจทำให้ผลที่ได้ในการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาก่อนหน้าในต่างประเทศ นอกจากนี้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่แตกต่างกันอาจส่งผลให้ผลการศึกษามีความแตกต่างกันได้ รวมถึงการศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรค covid-19 ซึ่งส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต เช่น การงดการเรียนในชั้นเรียน การเรียนออนไลน์ การจำกัดเดินทาง³⁶⁻³⁸ และการย้ายที่อยู่ของเด็กและวัยรุ่นชั่วคราวไปอยู่อาศัยกับปู่/ย่า/ตา/ยายที่ต่างจังหวัด³⁹ ซึ่งปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้นอาจส่งผลต่อปัญหาภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมที่เพิ่มมากขึ้นทุกรูปแบบครอบครัวได้

ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดู ระหว่างผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวข้ามรุ่น ครอบครัวขยายและครอบครัวเดี่ยว มีความแตกต่างกัน

จากการศึกษาวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีสถานภาพบิดามารดาแยกกันอยู่/หย่าร้าง/เสียชีวิตมากกว่า และมีการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่/ย่า/ตา/ยายน้อยกว่า ซึ่งที่มาของครอบครัวข้ามรุ่นเกิดจากสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงจากสังคมเกษตรกรรมเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้พ่อแม่ต้องย้ายถิ่นไปทำงานที่อื่น รวมถึงการมีปัญหาคู่ครองได้แก่ การเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว⁴⁰ การแยกทางกับคู่สมรส การมีภาระการทำงานที่มากขึ้นในปัจจุบัน⁵ ทำให้ปู่/ย่า/ตา/ยายต้องเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กแทน พ่อแม่มีส่วนร่วมในการเลี้ยงดูและติดต่อสื่อสารกับเด็กน้อยกว่าครอบครัวรูปแบบอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thianlai และ Hutaphaed⁴⁰ ที่พบว่าในครอบครัวข้ามรุ่นพ่อแม่มักกลับมาเยี่ยมเฉลี่ยปีละ 1 - 2 ครั้ง และใช้การติดต่อผ่านโทรศัพท์มือถือติดต่อแทน แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่า ครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับการช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Karittha Onkeaw³¹ ที่พบว่าเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมักได้รับความช่วยเหลือจากโรงเรียน และชุมชน ซึ่งเป็นสิ่งที่เกื้อหนุนที่ช่วยให้การอาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นดำเนินต่อไปได้⁵

ด้านปัจจัยผู้เลี้ยงดูหลักพบว่า ครอบครัวข้ามรุ่นผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีระดับการศึกษา

สูงสุดต่ำกว่า และมีปัญหาสุขภาพสูงกว่าผู้เลี้ยงดูของครอบครัวลักษณะอื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ซึ่งพบว่าผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น ร้อยละ 34 มีอายุที่มากกว่า 65 ปี⁴¹ และมีโรคประจำตัวทางกาย²⁻³ และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา^{6,42} และพบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีการมีส่วนร่วมของผู้เลี้ยงดู (parental involvement) ต่ำกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวเดี่ยวและขยาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Jampaklay และคณะ⁴³ พบว่าเด็กในครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มได้รับการสนับสนุนในการทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ น้อยกว่าผู้ที่อยู่ในครอบครัวลักษณะอื่นๆ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากอายุของผู้ดูแลที่มากและปัญหาสุขภาพกาย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ ปวดตามร่างกาย^{9,3} รวมถึงปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด⁴⁴ โดยปู่/ย่า/ตา/ยาย ร้อยละ 29 ระบุว่า มีระดับสุขภาพจิต (mental health) และด้านอารมณ์ (emotional) อยู่ในระดับต่ำถึงพอใช้³³ ซึ่งจากที่กล่าวมาส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการเลี้ยงดูเด็กและวัยรุ่นอย่างเหมาะสม รวมทั้งการทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาสุขภาพกายและใจของเด็กและวัยรุ่นได้

ปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นและผู้เลี้ยงดู ปัจจัยครอบครัว ลักษณะการเลี้ยงดู ความผูกพันกับผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น

จากการศึกษาแม้ไม่พบว่าลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น แต่พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูจากผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างครอบครัวแต่ละประเภท เป็นปัจจัยที่สำคัญกับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่น โดยจากการศึกษาพบว่าการมีความผูกพันต่อ ผู้เลี้ยงดูหลัก แบบ ควบคุมหรือปกป้องมากเกินไป (overprotection) สัมพันธ์กับการเพิ่มของภาวะสุขภาพจิตในภาพรวมของวัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเสี่ยง-มีปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของ Yuli Li และคณะ⁴⁵ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีปู่/ย่า/ตา/ยายเป็นผู้เลี้ยงดูหลัก และมีเลี้ยงแบบดูแลและปกป้องมากเกินไป สัมพันธ์กับการมีปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรม และการศึกษานี้พบปัจจัยการเลี้ยงดูแบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอ (inconsistent discipline) มีความสัมพันธ์กับปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกรง พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่ง ภาวะสุขภาพจิตภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Nancy E. Hill และคณะ⁴⁶ และการศึกษาของ Cuong และคณะ⁴⁷ พบว่าการเลี้ยงดู

แบบไม่มีวินัยอย่างสม่ำเสมอสัมพันธ์การเพิ่มขึ้นของภาวะซึมเศร้า (depressive symptoms) ปัญหาพฤติกรรม (conduct problems)

ด้านปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมหรือมัธยมศึกษาสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Tippavan Surinya⁴⁸ พบว่าวัยรุ่นชายที่มีระดับการศึกษาของบิดาแตกต่างกัน มีพฤติกรรมก้าวร้าวแตกต่างกัน โดยวัยรุ่นที่บิดามีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีพฤติกรรมก้าวร้าวสูงกว่าผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า

ด้านปัจจัยส่วนบุคคลของวัยรุ่นพบว่า เพศหญิงมีปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านอารมณ์ (emotional) สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบความชุกปัญหาสุขภาพจิตด้านอารมณ์ได้แก่ โรคซึมเศร้าและวิตกกังวลในเพศหญิงมากกว่าชาย⁴⁹ ในขณะที่เพศชายพบปัญหาติดเกมมากกว่าเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ko Chin-Hung และคณะ⁵⁰ และการศึกษาพบว่าระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายพบมีปัญหาสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมอยู่ไม่น้อย ภาวะสุขภาพจิตในภาพรวม และติดเกมที่สูงกว่าระดับมัธยมศึกษา ซึ่งจากการศึกษาของ kolkijikovin และคณะ⁵¹ พบว่าระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีความเสี่ยงติดเกมลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับชั้นประถมศึกษา ด้านระดับผลการเรียนพบว่าผู้ที่ระดับผลการเรียนเฉลี่ย <3.00 สัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านพฤติกรรมดีทางสังคมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ พบว่าเด็กและวัยรุ่นที่มีเกรดเฉลี่ยต่ำกว่า 2.50 มีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านสุขภาพจิต (mental health) น้อยกว่าผู้ที่ได้เกรดเฉลี่ยมากกว่า >2.50³¹

จากความสัมพันธ์ระหว่างการเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสมกับการเสี่ยงหรือมีปัญหาวินัยสุขภาพจิตดังได้กล่าวมา การศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม โดยเฉพาะในปู่/ย่า/ตา/ยาย ที่ให้การดูแลบุตรหลานจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไปที่พบได้มากในครอบครัวข้ามรุ่นมากกว่าครอบครัวรูปแบบอื่น ซึ่งส่วนหนึ่งปู่/ย่า/ตา/ยาย อาจใช้เพื่อจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ในบุตรหลานที่ตนดูแล⁵² ซึ่งอาจเนื่องมาจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลบุตรหลานอย่างเหมาะสม โดยพบว่าปู่/ย่า/ตา/ยายที่เลี้ยงดูบุตรหลานอาจขาดความรู้และทักษะในเรื่องต่างๆ เช่น ทักษะการเลี้ยงดู การจัดการปัญหาพฤติกรรม ทักษะการสื่อสาร พฤติกรรมทางเพศและการใช้สารเสพติด หรือการจัดการกับความรู้สึกเศร้าจากการสูญเสีย

พ่อแม่ของเด็ก (grief) ซึ่งการให้ความรู้เหล่านี้อาจช่วยเหลือให้ปู่/ย่า/ตา/ยาย สามารถที่จะดูแลบุตรหลานได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น^{19,53} แต่อย่างไรก็ตามปู่/ย่า/ตา/ยาย อาจมีแรงต้านเนื่องจากพวกเขาอาจตีความว่าการอบรมการเลี้ยงดูเหล่านี้ แปลว่าพวกเขาเลี้ยงดูลูกของเขาไม่ถูกต้องหรือผิดวิธี⁵⁴ การเริ่มต้นอบรมด้วยเรื่องปัญหาที่เปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยอาจช่วยลดแรงต้านดังกล่าวลงได้¹⁹ นอกจากนี้การตระหนักถึงภาระของเด็กที่อาจต้องช่วยเหลือดูแลปู่/ย่า/ตา/ยาย รวมถึงภาระหน้าที่ในบ้านร่วมด้วยก็มีความสำคัญ เนื่องจากการรับผิดชอบของเด็กที่ไม่เหมาะสมอาจนำไปสู่การมีภาวะผู้ใหญ่หลอก (pseudo adult) ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ ต่อไป²²

จุดแข็งและจุดอ่อน

การวิจัยมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างรูปแบบครอบครัวต่างๆ ซึ่งมีผู้ทำการศึกษาก่อนหน้านี้อยู่น้อย และมีการคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ เช่น ลักษณะการเลี้ยงดู การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเพื่อนบ้าน ช่วงระยะเวลาและช่วงอายุที่อาศัยอยู่กับปู่/ย่า/ตา/ยาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทในประเทศไทยและน่าที่จะนำผลการศึกษาไปใช้ได้ แต่อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดต่างๆ เช่น 1) เนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จึงอาจไม่สามารถสรุปทิศทางของความสัมพันธ์ได้ จึงควรมีการศึกษาระยะยาว (longitudinal study) ในการศึกษาถัดไป 2) การศึกษานี้ทำในประชากรจังหวัดเพชรบูรณ์รวมถึงเป็นเด็กและวัยรุ่นที่อยู่ในระบบการศึกษาเท่านั้น การศึกษาถัดไปจึงควรทำในประชากรที่ครอบคลุมมากขึ้น 3) การศึกษานี้เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงที่อยู่การพักอาศัย การเรียนรูปแบบการใช้ชีวิต ส่งผลให้มีผลกระทบต่อดัชนีที่ใช้ในการศึกษา 4) การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ SDQ เพื่อวัดการมีปัญหาวินัยสุขภาพจิต ซึ่งอาจไม่ได้สะท้อนถึงการมีโรคหรือปัญหาสุขภาพจิต หากต้องการทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างรูปแบบครอบครัวและการเลี้ยงดูกับโรคหรือปัญหาสุขภาพจิต การศึกษาถัดไปควรใช้เครื่องมือที่สะท้อนถึงโรคหรือปัญหาสุขภาพจิตตามเกณฑ์การวินิจฉัย อย่างไรก็ตามแบบวัด IGD Scale-9 TH ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นแบบวัดที่ได้มีการเทียบเคียงกับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์²⁶ จึงอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งซึ่งสะท้อนถึงปัญหาการติดเกมอินเทอร์เน็ตตามเกณฑ์การวินิจฉัยได้ และ 5) อาจมีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจเกี่ยวข้องเพิ่มเติมที่ไม่ได้เก็บข้อมูลในการศึกษานี้

ซึ่งอาจส่งผลกับผลการศึกษา เช่น การเข้ารับการรักษาสุขภาพจิตของวัยรุ่นและผู้ปกครอง ความลำบากในครอบครัว (family adversity) เช่น การทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว การดื่มสุราและใช้สารเสพติดในครอบครัว ดังนั้นการนำผลไปใช้ควรคำนึงถึงผลที่อาจเกิดขึ้นจากปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วย

สรุป

แม้การศึกษานี้จะไม่พบว่าวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวข้ามรุ่นมีปัญหาวัยรุ่นในครอบครัวแตกต่างจากครอบครัวในรูปแบบอื่นๆ แต่พบว่าลักษณะการเลี้ยงดูและการมีความผูกพันต่อผู้เลี้ยงดูที่เหมาะสม รวมถึงการติดต่อสื่อสารกับพ่อแม่อย่างสม่ำเสมอเป็นปัจจัยที่สำคัญ และมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของวัยรุ่นในครอบครัวข้ามรุ่น และพบว่าครอบครัวข้ามรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีลักษณะการเลี้ยงดูที่เสี่ยง อาจจะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาภาวะสุขภาพจิตมากกว่า รวมถึงขาดการช่วยเหลือในการเลี้ยงดูหรือการพูดคุยสื่อสารจากพ่อแม่มากกว่าครอบครัวประเภทอื่นๆ ดังนั้นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและวัยรุ่นจึงควรที่จะส่งเสริมการเลี้ยงดูให้มีระเบียบวินัยอย่างสม่ำเสมอ ใช้การเลี้ยงดูเชิงบวก ลดการดูแลแบบปกป้องมากเกินไปหรือการลงโทษทางกาย และเพิ่มการสอดคล้องดูแล รวมถึงการสนับสนุนให้มีการติดต่อสื่อสารและช่วยเหลือการเลี้ยงดูจากพ่อแม่ที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้หน่วยงานที่มีบทบาทในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ควรมีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ซึ่งอาจช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในเด็กและวัยรุ่นทั้งในครอบครัวข้ามรุ่นและครอบครัวลักษณะอื่นๆ ได้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิตติรัตน์ สันธิ ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์ ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; นิดา ลิ้มสุวรรณ ออกแบบการศึกษา และตรวจสอบแก้ไขบทความ; โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ ตรวจสอบแก้ไขบทความ; พัชรินทร์ เสรี ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. Bangkok: Family research and development center; 2018.
2. Peek C, Im-em W, Tangthanaset R. The state of Thailand's population 2015 features of Thai families in the era of low fertility and longevity. Institute of population and social research, Mahidol University; the National Economic and Social Development Board; 2015.
3. Runghairun U. A study of the quality of life elderly in skipped-generation family in Northeast Thailand. Panyapiwat Journal 2021;13:226-39.
4. Hongthai K, Jongudomkarn D. A phenomenological study on older persons as a breadwinner of a skipped-generation family: day by day coping journey in Thai context. Int J Qual Stud on Health Well-being 2021;16:2-11.
5. Komjakraphan P, Chansawang W. The lived experience of living in skipped-generation household among Southern Thai elders. Songklanagarind J Nurs 2015;33:33-55.
6. Rutchatawat A. A comparison of the cognitive development of school-age children reared by their grandparents and those reared by their parents in the rural area of Phaisali district, Nakhon Sawan Province [the degree of master of public health]: Mahidol University; 2003.
7. Hongthai K, Jongudomkarn D. Older person who raising teenage grandchildren in the present age. Nurs Health Sci 2020;43:97-109.
8. Fuller-Thomson E. Grandparents raising grandchildren in Canada: A profile of skipped generation families. McMaster university; 2005.
9. Hongthai K, Jongudomkarn D. Grandchildren-raising burden of older people in skipped-generations families. JTNMC 2021;36:72-88.
10. Smith G, Palmieri P. Risk of psychological difficulties among children raised by custodial grandparents. Psychiatr Serv 2007;58(10):1303-10.
11. Nanthamongkolchai S, Munsawaengsub C, Nanthamongkolchai C. Influence of child rearing by grandparent on the development of children aged six to twelve years. J Med Assoc Thai 2009; 92(3):430-4.
12. Wake M, Australia. Department of Families H, Community Services, Affairs I, Berthelsen D, Sanson A, Hardy P, et al. Social Policy Research Paper No. 36: How well are Australian infants and children aged 4-5 doing?: Findings from the longitudinal study of Australian children wave 1: Australian Government - Department of Social Services; 2008.
13. Dubas JS. How gender moderates the grandparent-grandchild relationship: A comparison of kin-keeper and kin-selector theories. J Fam Issues 2001;22(4):478-92.
14. Patterson DL. Adolescent mothering: Child-grandmother attachment. J Pediatr Nurs 1997;12(4):228-37.
15. Kennedy GE. College students' expectations of grandparent and grandchild role behaviors. Gerontol 1990;30(1):43-8.
16. Wilson MN. The black extended family: An analytical consideration. Dev Psychol 1986;22:246-58.
17. Jendrek MP. Grandparents who parent their grandchildren: circumstances and decisions. Gerontol 1994;34(2):206-16.
18. Whitley DM, Lamis DA, Kelley SJ. Mental health stress, family resources and psychological distress: A longitudinal mediation analysis in African American grandmothers raising grandchildren. J Clin Psychol 2016;72(6):563-79.
19. Wohl E, Lahner J, Jooste J. Group processes among grandparents

- raising grandchildren. In: Hayslip B, Patrick J, editors. Working with custodial grandparents. New York: Springer; 2003. p. 195–212.
20. Musil CM. Health, stress, coping, and social support in grandmother caregivers. *Health Care Women Int* 1998;19(5):441–55.
21. Ingersoll-Dayton B, Tangchonlatip K, Punpuing S, Yakas L. Relationships between grandchildren and grandparents in skipped generation families in Thailand. *J Intergenerational Relatsh* 2018;16(3):256–74.
22. Bavolek SJ, Keene RG. Adult–adolescent parenting inventory–2: Administration and development handbook. Park City, UT: Family Development Resources; 1999.
23. Wongpiromsarn Y, Nuanmanee S, Mongkol A, Wipulakorn P, Woener W. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Thai improved version: change and administration. *J Ment Health Thai* 2011;19(2):128–34.
24. Woerner W, Nuanmanee S, Becker A, Wongpiromsarn Y, Mongkol A. Normative data and psychometric properties of the Thai version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *J Ment Health Thai* 2011;19(1):42–57.
25. Lemmens JS, Valkenburg PM, Gentile DA. The Internet Gaming Disorder Scale. *Psychol Assess* 2015;27(2):567–82.
26. Boonyaprasert U, Kiatrungrit K. Validity and reliability of the Thai Internet Gaming Disorder Scale 9-item (IGD Scale-9 TH) in adolescents at psychiatric out-patient unit. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2021;66(3):243–60.
27. Khamon A, Charmsil C, Srisurapanont M, Suradom C. Development and validation of the Thai version of the Alabama Parenting Questionnaire (APQ). *J Ment Health Thai* 2019;27(2):107–20.
28. Vongsirimas N, Sitthimongkol Y, Wiratchai N, Beeber L, Sangorn S. The parental bonding instrument (Thai version): Psychometric testing for use in adolescents with depressed mothers. *J Nurs Sci* 2011;29:19–28.
29. Pilkauskas NV, Dunifon RE. Understanding grandfamilies: Characteristics of grandparents, nonresident parents, and children. *J Marriage Fam* 2016;78(3):623–33.
30. Masfety VK, Aarnink C, Otten R, Bitfoi A, Mihova Z, Lesinskiene S, et al. Three-generation households and child mental health in European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2019;54(4):427–36.
31. Onkeaw K. Quality of life of children and youths in skipped generation families in Thailand's northeastern region. *JHSTRU* 2020;15:93–104.
32. Watyotha W, Samahito C. The study of child rearing behaviors of young children in skipped-generation families in Maha Sarakham province. *Kasetsart Educational Review* 2019;34(1):91–7.
33. Shakya HB, Usita PM, Eisenberg C, Weston J, Liles S. Family well-being concerns of grandparents in skipped generation families. *J Gerontol Soc Work* 2012;55(1):39–54.
34. Sampson D, Hertlein K. The experience of grandparents raising grandchildren. *GrandFamilies: The Contemporary Journal of Research, Practice and Policy* 2015;2(1).
35. Rosenthal M, Littlewood K, Langosch D, Cooper L, Fedus D. GrOW national study of grandfamilies during COVID-19: Wave I and Wave II results and recommendations. *GrandFamilies: The Contemporary Journal of Research, Practice and Policy* 2022;7(1):52–61.
36. Shah K, Mann S, Singh R, Bangar R, Kulkarni R. Impact of COVID-19 on the mental health of children and adolescents. *Cureus* 2020;12(8).
37. Fitzpatrick O, Carson A, Weisz JR. Using mixed methods to identify the primary mental health problems and needs of children, adolescents, and their caregivers during the coronavirus (COVID-19) pandemic. *Child Psychiatry Hum Dev* 2021;52(6):1082–93.
38. Saxena R, Vivek G, Vaishali R, Rebika D, Bhardawaj A, Vashist P. Lifestyle modification in school-going children before and after COVID-19 lockdown. *Indian J Ophthalmol* 2021;69(12):3623–9.
39. Department of Disease Control. Corona Virus Disease (COVID-19) Situation 2022 [Available from: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/eng/situation.php>].
40. Thianlai K, Hutaphaed W. Distance people: communication of skipped-generation household. *Soc Dev* 2019;21.
41. Conway F, Jones S, Speakes-Lewis A. Emotional strain in caregiving among African American grandmothers raising their grandchildren. *J Women Aging* 2011;23(2):113–28.
42. Wen M, Ren Q, Korinek K, Trinh HN. Living in skipped generation households and happiness among middle-aged and older grandparents in China. *Soc Sci Res* 2019;80:145–55.
43. Jampaklay A, Tangchonlatip K, Richter K, Nanthamongkolchai S, Lucktong A, Prasithima C. The impact of Internal migration on early childhood well-being and development. Bangkok; 2016.
44. Hung S, Fung K, Lau A. Grandparenting in Chinese skipped-generation families: Cultural specificity of meanings and coping. *J Fam Stud* 2018;27(2):196–214.
45. Li Y, Cui N, Kok H, Deatrick J, Liu J. The relationship between parenting styles practiced by grandparents and children's emotional and behavioral problems. *J Child Fam Stud* 2019;28(7):1899–913.
46. Hill NE, Bush KR, Roosa MW. Parenting and family socialization strategies and children's mental health: low-income Mexican-American and Euro-American mothers and children. *Child Dev* 2003;74:189–204.
47. Cuong VM, Assanangkornchai S, Wichaidit W, Minh Hanh VT, My Hanh HT. Associations between gaming disorder, parent-child relationship, parental supervision, and discipline styles: Findings from a school-based survey during the COVID-19 pandemic in Vietnam. *J Behav Addict* 2021;10(3):722–30.
48. Surinya T. The effects of self-esteem, anger control, coping behavior and attitudes toward the violence on aggressive behavior of Thai male adolescence. *Asian Acad Res J Soc Sci Humanit* 2015;21(2):193–244.
49. Panyayong B, Wacharasindhu A. Psychiatric disorder of school-age children in Bangkok: Epidemiologic study. 1998.
50. Ko CH, Yen JY, Chen CC, Chen SH, Yen CF. Gender differences and related factors affecting online gaming addiction among Taiwanese adolescents. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(4):273–7.



51. Kolkijkovin V, Wisitpongaree C, Techakasem P, Pornnoppadol C, Supawattanabodee B. Computer game addiction: Risk and protective factors in students in Dusit district, Bangkok. *Vajira Med J* 2015;59(3):1-13.
52. Li J, Ahemaitijiang N, Han ZR, Jin Z. Grandparents' parenting on children's internalizing symptoms: The serial mediation of parents' psychological control and children's emotion regulation. *J Fam Issues* 2018;39(17):3996-4018.
53. Silverstein N, Vehvilainen L. Grandparents and schools: Issues and potential challenges. In: Cox C, editor. *To grandmother's house we go and stay: Perspectives on custodial grandparents*. New York: Springer; 2000. p. 268-82.
54. Pinson-Millburn NM, Fabian ES, Schlossberg NK, Pyle M. Grandparents raising grandchildren. *J Couns Dev*.1996;74:548-54.

การศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

ชัยณรงค์ ศรีละคร*, วรณิสา โกมลไพศาล**, อัจฉราวรรณ โตภาคงาม***

*นักศึกษาระดับปริญญาโท คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

***สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและรายละเอียดของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้นในสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการศึกษา การศึกษาแบบตัดขวางในผู้ป่วยอายุ 6 - 18 ปี ที่ได้รับการรักษาโรคสมาธิสั้นด้วยยาเมทิลเฟนิเดต ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 โดยศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ด้วยเครื่องมือ The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 ร่วมกับ Naranjo's algorithm และทำการวิเคราะห์แจกแจงประเภทและลักษณะของปัญหา สาเหตุวิธีการแก้ไข และการยอมรับต่อการแก้ไขปัญหามารูปของความถี่และเปอร์เซ็นต์

ผลการศึกษา ผู้ป่วย 286 คน มีอายุเฉลี่ย 10.5 ± 2.9 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.3) เป็นเพศชาย มีมัธยฐานระยะเวลาที่เป็นโรคสมาธิสั้น 2.0 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.8 - 4.1 ปี) และมีมัธยฐานของระยะเวลาที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต 1.0 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.4 - 2.9 ปี) โดยพบว่าเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วย 152 ราย (161 เหตุการณ์) คิดเป็นความชุกร้อยละ 53.1 โดยพบว่าปัญหาด้านความปลอดภัยในการรักษา ร้อยละ 56.5 ซึ่งทั้งหมดเกิดจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา ร้อยละ 43.5 โดยอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดสามอันดับแรก คือ เบื่ออาหาร (ร้อยละ 57.1) และแสบท้อง (ร้อยละ 7.7) และนอนไม่หลับ (ร้อยละ 7.7) ปัญหาด้านประสิทธิภาพเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.3) เกิดจากความรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น ไม่ใช้ยา ใช้ยาน้อยกว่าหรือมากกว่าที่แพทย์สั่ง ไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ในการจัดการกับปัญหาพบว่า ทั้งปัญหาด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัยสามารถแก้ไขได้ที่ผู้ป่วย ร้อยละ 96.3 มีเพียงร้อยละ 2.5 ที่เป็นการจัดการแก้ไขที่บุคลากรทางการแพทย์ และร้อยละ 1.2 แก้ไขที่การเปลี่ยนยา โดยเภสัชกรให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนยาและการบริหารยา ในด้านการยอมรับต่อการแก้ไขปัญหามาจากผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ พบว่ามีการยอมรับ ร้อยละ 100

สรุป ในการศึกษาพบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น ทั้งด้านประสิทธิภาพในการรักษาและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงควรมีการติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยโดยบูรณาการร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความรู้และสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยป้องกันปัญหา หรือตรวจพบและแก้ไขปัญหา ทำให้เกิดผลลัพธ์การรักษาที่ดี

คำสำคัญ อาการไม่พึงประสงค์จากยา ปัญหาการใช้ยา ความชุก เด็กและวัยรุ่น โรคสมาธิสั้น ยาเมทิลเฟนิเดต

Corresponding author: อัจฉราวรรณ โตภาคงาม

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

E-mail: achkha@kku.ac.th

วันรับ : 22 สิงหาคม 2566 วันแก้ไข : 6 พฤศจิกายน 2566 วันตอบรับ : 7 พฤศจิกายน 2566

Study of Methylphenidate-Related Problems in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder at a Hospital in Northeast Thailand

Chainarong Srilacorn*, Wannisa Komonpaisarn**, Acharawan Topark-ngarm***

*Master's degree student, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

**The Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Khon Kaen

***Division of Clinical Pharmacy, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University

ABSTRACT

Objective: To examine the prevalence and details of problems associated with the use of methylphenidate in children and adolescent patients with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) at the Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health (NECAM).

Methods: A cross-sectional study was conducted in ADHD patients aged between 6 to 18, who were undergoing treatment with methylphenidate at the Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health (NECAM) between October 2022 and January 2023. Methylphenidate-related problems (MRPs) were evaluated using the Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 tool and Naranjo's algorithm. Types and characteristics of problems, causes, resolution methods, and acceptance of problem-solving measures were analyzed in terms of frequency and percentage.

Results: The study included 286 patients with a mean age of 10.5 ± 2.9 years, of whom the majority (85.3%) were male. The median duration since ADHD diagnosis was 2.0 years (interquartile range: 0.8 to 4.1 years), and the median duration of methylphenidate treatment was 1.0 year (interquartile range: 0.4 to 2.9 years). Among the patients, 152 individuals (161 events) encountered MRPs, having a prevalence of 53.1%. The most common problems (56.5%) were safety-related issues, all stemming from adverse drug reactions, whereas 43.5% of the problems were related to treatment effectiveness. The top three adverse drug reactions were decrease in appetite (57.1%), nail biting (7.7%), and insomnia (7.7%). Most of effectiveness-related problems (94.3%) were attributed to patient knowledge and behavior, such as medication underuse, overuse, or lack of understanding about treatment. Both effectiveness and safety problems were primarily resolved at the patient level, with only a small proportion was resolved at professional level (2.5%) and by drug change (1.2%). Overall, the resolution of all issues was widely accepted and acknowledged (100.0%).

Conclusion: This study identified issues related to the use of methylphenidate in children and adolescent patients with ADHD, encompassing both treatment effectiveness and adverse reactions. Effective patient monitoring and collaboration among healthcare professionals, along with comprehensive patient education and communication, are recommended to prevent, detect, and address problems, thereby promoting positive treatment outcomes.

Keywords: Adverse drug reactions, Drug-related problems, Prevalence, Child and adolescent, ADHD, Methylphenidate

Corresponding author: Acharawan Topark-ngarm

E-mail: achkha@kku.ac.th

Received 22 August 2023 Revised 6 November 2023 Accepted 7 November 2023

บทนำ

โรคสมาธิสั้น (Attention-deficit/hyperactivity disorder; ADHD) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านการเรียน ครอบครัว และสังคม¹ เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับโลกและในระดับประเทศ โดยมีการประมาณความชุกของโรคสมาธิสั้นในระดับโลกไว้ที่ร้อยละ 5.3² สำหรับประเทศไทยจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติปี พ.ศ. 2563 ที่มีจำนวนเด็กแรกเกิดจนถึง 18 ปี ประมาณ 13.9 ล้านคน³ และจากรายงานความชุกของโรคสมาธิสั้นร้อยละ 5 - 8 ทำให้คาดคะเนได้ว่าจะมีเด็กไทยอายุไม่เกิน 18 ปี อย่างน้อย 700,000 คน ที่เป็นโรคสมาธิสั้น แต่จากรายงานของกรมสุขภาพจิตปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีผู้ป่วยเพียง 90,329 รายเท่านั้นที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้อง⁴

การรักษาโรคสมาธิสั้นในปัจจุบันเป็นการรักษาแบบผสมผสาน (multimodal management) ประกอบด้วยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล การประสานกับคุณครูที่โรงเรียนในการช่วยเหลือทั้งการให้ยาและการดำเนินชีวิต และการรักษาด้วยยาเมทิลเฟนิเดต (methylphenidate, MPH) ซึ่งเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาเนื่องจากมีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาในปัจจุบัน⁵ โดยยามีกกลไกในการออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง อย่างไรก็ตามยาที่มีอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยคือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ หงุดหงิด เป็นต้น

การรักษาโรคสมาธิสั้นจำเป็นต้องให้ความร่วมมือรับประทายาติดต่อกันเป็นเวลานาน จึงพบปัญหาเกี่ยวกับยาบ่อยครั้ง จากผลการดำเนินงานของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีผู้เข้ารับบริการที่เป็นโรคสมาธิสั้นกว่า 900 คน โดยจากการรวบรวมข้อมูลของงานเภสัชกรรมในปี พ.ศ. 2563 พบปัญหาเกี่ยวกับยา 146 ครั้ง ตัวอย่างปัญหาที่พบ คือ อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทายา น้อยลง ปัญหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ปัญหาเศรษฐกิจของผู้ดูแล ซึ่งทำให้ขาดการติดตามการรักษา

การศึกษาของ Khajehpuri และคณะ ได้ทำการศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเดตในเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นโดยการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งของประเทศอิหร่าน ผู้ที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดต 71 ราย พบส่วนใหญ่ร้อยละ 74.3 มีอาการเบื่ออาหาร ร้อยละ 57.1 มีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย และร้อยละ 47.2 มีอาการนอนไม่หลับ

ซึ่งอาการเหล่านี้มักมีความรุนแรงน้อย⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของ Tobaiqy และคณะ ได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยจากการใช้ยาในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน 578 ราย พบอาการไม่พึงประสงค์ได้แก่ เบื่ออาหาร ร้อยละ 34.3 ปวดศีรษะ ร้อยละ 17.9 และอารมณ์หงุดหงิด ร้อยละ 14.9 นอนไม่หลับ ร้อยละ 10.4⁷

จากบทความของ Patel MX และ David AS ซึ่งได้รวบรวมปัจจัยที่เกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าปัจจัยหลักที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่ 1) ภาวะเจ็บป่วย หากมีอาการของโรคที่รุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่สูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงของโรค หรือมีการเจ็บป่วยไม่รุนแรง 2) ยาและแบบแผนของการรักษา เช่น ยาที่มีรสหรือกลิ่นไม่ดี จะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 3) อาการไม่พึงประสงค์จากยา ถ้าหากยาที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้ง่ายหรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจะเพิ่มขึ้น⁸ และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Gajria K และคณะ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการหยุดยา พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา ลืมรับประทานยา และผู้ดูแลขาดความรู้หรือทัศนคติต่อการรับประทานยา⁹

ปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัญหาการใช้ยาในโรคสมาธิสั้นยังมีจำกัด การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต ตลอดจนวิเคราะห์ถึงสาเหตุ การแก้ไขปัญห และการยอมรับต่อการแก้ปัญหา โดยใช้เครื่องมือในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับยา The Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) version 9.1 ซึ่งช่วยในการจำแนกปัญหา สาเหตุ และวิธีการแก้ไขปัญห ซึ่งผลการวิจัยที่ได้นี้จะนำไปสู่การพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์และการบริหารเภสัชกรรม เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ในการรักษาที่ดี มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วย

วิธีการศึกษา

รูปแบบและขอบเขตงานวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดต ในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและมีการติดตามการรักษา ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 - มกราคม พ.ศ. 2566

จาก 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก 2) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลหลักหรือครู และ 3) ข้อมูลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล

ประชากรและสถานที่วิจัย

ประชากรในงานวิจัยนี้คือผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้น พิจารณาจากการมี 10th revision of International Classification of Disease (ICD-10) รหัส F90.0 (ADHD, predominantly inattentive presentation) และได้รับการรักษาและติดตามแบบผู้ป่วยนอก ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุช่วง 6 - 18 ปี ที่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตชนิดรับประทานรูปแบบออกฤทธิ์สั้นหรือออกฤทธิ์ยาว ที่ยินยอมให้สัมภาษณ์พร้อมทั้งลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา สำหรับผู้ที่มีประวัติการใช้สารเสพติดหรือผู้ที่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคออทิซึม จะถูกคัดออกจากการศึกษา ในกรณี que ผู้ป่วยไม่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลักแทน โดยต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ดูแลการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยพิจารณาจากข้อมูลของผู้ดูแลหลักที่ปรากฏในเวชระเบียนที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์แล้ว และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 2) ครู (ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเมื่ออยู่โรงเรียน) จะต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นครูประจำชั้นหรือครูที่ปรึกษาของผู้ป่วย ไม่มีภาวะเจ็บป่วยทางจิต โดยให้ครูรับรองในใบยินยอมว่าไม่มีปัญหาทางจิตเวช และสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

สถานที่วิจัยในการศึกษานี้คือ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ให้การรักษาแก่ผู้ป่วยเฉพาะทางด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุตั้งแต่ 2 - 18 ปี ตั้งอยู่ในจังหวัดขอนแก่น ให้บริการครอบคลุมจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และมหาสารคาม

ตัวแปรและการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลผู้ป่วยจาก 1) การสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก 2) การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลหลักหรือครู และ 3) ฐานข้อมูลผู้ป่วยในโรงพยาบาล โดยข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถิติการรักษา ระดับการศึกษา การมีโรคร่วม ความรุนแรงของโรคเทียบกับครั้งก่อน ระยะเวลาในการ

เป็น ADHD ระยะเวลาได้รับ MPH และเขตจังหวัดภูมิลำเนา

เก็บข้อมูลผู้ดูแลหลักจากการสัมภาษณ์โดยข้อมูลที่เก็บ ได้แก่ ระดับการศึกษาสูงสุด และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

การประเมินปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตให้เครื่องมือ PCNE version 9.1 ที่แยกการวิเคราะห์ปัญหาเป็น 5 ประเด็น ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับยา แบ่งเป็นปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษา ปัญหาด้านความปลอดภัยในการรักษา และปัญหาด้านอื่นๆ 2) สาเหตุของปัญหา แบ่งเป็นสาเหตุมาจากการเลือกใช้ยา รูปแบบยา ขนาดใช้ยา ระยะเวลาในการรักษา ใบสั่งยาและกระบวนการจ่ายยา การบริหารยาของบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ดูแล พฤติกรรมของผู้ป่วย การส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย และสาเหตุอื่นๆ 3) วิธีการแก้ไขปัญห แบ่งเป็นไม่มีการแก้ไขปัญห แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งยา แก้ไขที่ตัวผู้ป่วย แก้ไขที่ตัวยาหรือฉลากยา และการแก้ไขอื่นๆ 4) การยอมรับต่อการแก้ไขปัญห แบ่งเป็นได้รับการยอมรับ ไม่ได้รับการยอมรับ และอื่นๆ และ 5) ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญห แบ่งเป็นไม่ทราบ ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน ปัญหายังไม่ได้รับการแก้ไข ในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะ 4 ประเด็นแรก¹⁰ โดยเมื่อเกิดปัญหาเกี่ยวกับยา เกณฑ์จะประเมินชนิดของปัญหาเกี่ยวกับยาตามแบบประเมิน PCNE version 9.1 ข้อ P1 - P3 ประเมินสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา (C1 - C9) เลือกวิธีการแก้ไขปัญห (IO - I4) ซึ่งอาจจะมีมากกว่า 1 ข้อ และแก้ไขปัญห จากนั้นประเมินการยอมรับต่อการแก้ไขปัญห (A1 - A3) จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก และจากบุคลากรทางการแพทย์

การประเมินปัญหาด้านความปลอดภัยในการรักษาในด้านอาการไม่พึงประสงค์จากยา ใช้แบบประเมิน Naranjo's algorithm ซึ่งมี 10 ข้อคำถาม และแบ่งผลการประเมินเป็น 4 ระดับ ได้แก่ 1) ชัดเจน (definite; ≥ 9 คะแนน) 2) 1) น่าสงสัย (probable; 5 - 8 คะแนน) 3) อาจเป็นไปได้ (possible; 1 - 4 คะแนน) และ 4) น่าสงสัย (doubtful; ≤ 0 คะแนน)¹¹ โดยในงานวิจัยนี้จะจัดว่าเป็นปัญหาเกี่ยวกับยาจากยาเมทิลเฟนิเดต หากผู้ป่วยมีคะแนนประเมินอยู่ในระดับ possible ขึ้นไป การประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาใช้วิธีนับเม็ดยาและคำนวณเป็นร้อยละการรับประทานยา ซึ่งคำนวณจากร้อยละของการรับประทานยา = (จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทานจริง - จำนวนเม็ดยาที่เหลือ) * 100 / จำนวนเม็ดยาที่ควรรับประทานจริง หากมีค่าตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไปจะถือว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดี¹²

ขนาดตัวอย่างและอำนาจทางสถิติ

จากข้อมูลเวชระเบียนของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2564 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้นทั้งหมด 936 ราย เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างตามสูตรการคำนวณของ Yamane¹³ เพื่อสุ่มเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างร้อยละ 5 จะได้จำนวนตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดอย่างน้อย 281 คน

การวิเคราะห์ทางสถิติ

ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักจะนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา กล่าวคือลักษณะที่เป็นข้อมูลแบ่งกลุ่มจะถูกนำเสนอในรูปความถี่ (ร้อยละ) สำหรับข้อมูลต่อเนื่องจะนำเสนอในรูปค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (กรณีที่มีข้อมูลมีการกระจายเป็นปกติ) หรือค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ (กรณีที่ข้อมูลมีการกระจายไม่เป็นปกติ) สำหรับข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับยาจากยาเมทิลเฟนิเดต ตลอดจนอาการไม่พึงประสงค์จากยาจะถูกนำเสนอในรูปของความถี่และร้อยละ

จริยธรรมงานวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการวิจัย HE652136

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าร่วมการศึกษา

จากผู้ป่วยที่ถูกสุ่มมาทั้งสิ้น 286 คน พบว่าส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.3) เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 10.49 ± 2.88 ปี มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 19.19 ± 5.37 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนใหญ่มีสิทธิรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ร้อยละ 49.0) มีระดับของการศึกษาส่วนใหญ่ชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า (ร้อยละ 75.2) ส่วนใหญ่ได้รับยาเมทิลเฟนิเดตรูปแบบออกฤทธิ์สั้น (ร้อยละ 82.5) มีโรคอื่นๆ ร่วม (ร้อยละ 10.1) ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคสมาธิสั้นมาแล้ว (มัธยฐาน) 2.0 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.8 - 4.1 ปี) และได้รับยาเมทิลเฟนิเดตมาแล้ว (มัธยฐาน) 1.0 ปี (พิสัยควอไทล์ 0.4 - 2.9 ปี) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 57.3) มีอาการของโรคสมาธิสั้นคงที่เมื่อเปรียบเทียบกับมารพบแพทย์ครั้งก่อน และส่วนใหญ่มีเขตจังหวัดภูมิภาคนาเป็นเขตสุขภาพที่ 7 (ประกอบไปด้วยจังหวัด

ขอนแก่น กาฬสินธุ์ มหาสารคาม และร้อยเอ็ด) ร้อยละ 83.6 สำหรับลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลหลักจำนวน 286 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 49.3) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน (มัธยฐาน) 20,000 บาท (พิสัยควอไทล์ 10,000 - 35,000 บาท) รายละเอียดของลักษณะของผู้เข้าร่วมการศึกษาและผู้ดูแลหลักแสดงดังตารางที่ 1

ความชุกและลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับยาจากยาเมทิลเฟนิเดต

จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจำนวน 286 คน พบปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเมทิลเฟนิเดตยา 152 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 53.1 โดยพบจำนวน 161 เหตุการณ์ (ประมาณ 1.1 เหตุการณ์ต่อคน) ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 143 คน (ร้อยละ 94.1) พบปัญหาเกี่ยวกับยา 1 เหตุการณ์ อีก 9 คน (ร้อยละ 5.9) พบ 2 เหตุการณ์ โดยเมื่อวิเคราะห์ประเภทของปัญหา พบว่าร้อยละ 56.5 เป็นปัญหาด้านความปลอดภัย ซึ่งล้วนแต่มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ในขณะที่ปัญหาด้านประสิทธิภาพการรักษาพบปัญหาเรื่องไม่ได้ผลจากการรักษา 54 เหตุการณ์ (ร้อยละ 33.6) ผลจากการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม 15 เหตุการณ์ (ร้อยละ 9.3) และไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ในการรักษา 1 เหตุการณ์ (ร้อยละ 0.6) ตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ถึงรายละเอียดด้านการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา พบอาการไม่พึงประสงค์ทั้งหมด 91 เหตุการณ์ ในผู้ป่วย 82 คน ในจำนวนนี้มีผู้ป่วย 73 คน (ร้อยละ 89.0) พบอาการไม่พึงประสงค์คนละ 1 เหตุการณ์ อีก 9 คน (ร้อยละ 11.0) พบคนละ 2 เหตุการณ์ เมื่อประเมินตามหลักการ PCNE version 9.1 โดยใช้เครื่องมือ Naranjo's Algorithm พบว่าอาการไม่พึงประสงค์ส่วนใหญ่ คือ เบื่ออาหาร 52 เหตุการณ์ (ร้อยละ 57.1) รองลงมา คือ แดงแฉะเล็บ 7 เหตุการณ์ (ร้อยละ 7.7) นอนไม่หลับ 7 เหตุการณ์ (ร้อยละ 7.7) ปวดศีรษะ 6 เหตุการณ์ (ร้อยละ 6.6) อารมณ์หงุดหงิดและใจสั้น 5 เหตุการณ์เท่ากัน (ร้อยละ 5.5) ซึ่งคิดเป็นความชุกของอาการไม่พึงประสงค์ในประชากรทั้งหมด คือ ร้อยละ 18.2, 2.4, 2.4, 2.1 และ 1.7 ตามลำดับ และยังพบอาการไม่พึงประสงค์อื่นๆ ดังแสดงในตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาความน่าจะเป็นของอาการไม่พึงประสงค์ซึ่งประเมินตามเกณฑ์ Naranjo's Algorithm พบความน่าจะเป็นระดับใช่ (probable) 72 เหตุการณ์ (ร้อยละ 79.1) และระดับอาจจะใช่ (possible) 19 เหตุการณ์ (ร้อยละ 20.9) ตารางที่ 3

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (n=286)

ตัวแปร	การเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต		ทั้งหมด (n=286)
	เกิด (n=152)	ไม่เกิด (n=134)	
ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย			
เพศชาย , N (%)	131 (86.2)	113 (84.3)	244 (85.3)
อายุ (ปี) , mean ± SD	10.30 ± 2.70	10.70 ± 3.08	10.49 ± 2.88
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²) , mean ± SD	18.31 ± 4.66	20.19 ± 5.93	19.19 ± 5.37
สิทธิการรักษา, N (%)			
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	76 (50.0)	64 (47.8)	140 (49.0)
สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	46 (30.3)	44 (32.8)	90 (31.5)
รัฐวิสาหกิจ	8 (5.3)	3 (2)	11 (3.8)
ชำระด้วยตนเอง	22 (14.5)	23 (17.2)	45 (15.7)
ระดับการศึกษาของผู้ป่วย, N (%)			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	118 (77.6)	97 (72.4)	215 (75.2)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	34 (22.4)	37 (27.6)	71 (24.8)
รูปแบบยา MPH ที่ได้รับ, N (%)			
ออกฤทธิ์สั้น	121 (79.6)	115 (85.8)	236 (82.5)
ออกฤทธิ์ยาว	31 (20.4)	19 (14.2)	50 (17.5)
มีโครว์ม*, N (%)	12 (7.9)	17 (12.7)	29 (10.1)
ความรุนแรงของโรคเทียบกับครั้งก่อน, N (%)			
เพิ่มขึ้น	49 (32.2)	46 (34.3)	95 (33.2)
คงที่	89 (58.6)	75 (56.0)	164 (57.3)
ลดลง	14 (9.2)	13 (9.7)	27 (9.4)
ระยะเวลาเป็น ADHD (ปี), มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)			
	2.0 (0.8-4.1)	2.0 (0.6-4.3)	2.0 (0.8-4.1)
ระยะเวลาได้รับ MPH (ปี), มัธยฐาน (พิสัยควอไทล์)			
	1.0 (0.3-2.8)	1.1 (0.4-3.3)	1.0 (0.4-2.9)
เขตจังหวัดภูมิลำเนา, N (%)			
เขตสุขภาพที่ 7	118 (77.6)	121 (90.3)	239 (83.6)
เขตสุขภาพที่ 8	17 (11.2)	6 (4.5)	23 (8.0)
เขตสุขภาพที่ 9	15 (9.9)	5 (3.7)	20 (7.0)
เขตสุขภาพที่ 10	2 (1.3)	2 (1.5)	4 (1.4)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย (n=286) (ต่อ)

ตัวแปร	การเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต		ทั้งหมด (n=286)
	เกิด (n=152)	ไม่เกิด (n=134)	
ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล (n=286)			
ระดับการศึกษาสูงสุด , N (%)			
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	28 (18.4)	14 (10.4)	42 (14.7)
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา	52 (34.2)	51 (38.1)	103 (36.0)
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	72 (47.4)	69 (51.5)	141 (49.3)
รายได้ (บาท/เดือน), มาตรฐาน (พิสัยควอไทล์)	20,000 (10,000 - 35,00)	20,000 (12,000 - 35,000)	20,000 (10,000 - 35,000)

หมายเหตุ *โรคร่วมประกอบด้วย ภาวะดื้อต่อต้าน (Opposition defiant disorder) ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (Intellectual disability) การมีปัญห
ในการเรียน (Learning problem) และภาวะบกพร่องทางพัฒนาการ (Global development delay) อักษรย่อ ADHD: Attention Deficit Hyperactivity
Disorder, MPH: methylphenidate

ตารางที่ 2 ชนิดปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดต (161 เหตุการณ์)

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวนเหตุการณ์ (%)
ชนิดของปัญหาเกี่ยวกับยา Problems (P)		161 (100)
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	P1.1 ไม่ได้ผลจากการรักษา	70 (43.5)
	ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าหรือไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง	54 (33.6)
	ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา	29 (18.0)
	ผู้ป่วยบริหารยาหรือระยะห่างในการใช้ยาไม่เหมาะสม	16 (10.0)
	ผู้ป่วยเก็บรักษาไม่ถูกต้อง	6 (3.7)
	ผู้ป่วยเก็บรักษาไม่ถูกต้อง	3 (1.9)
	P1.2 ผลการรักษาด้วยยาไม่เหมาะสม	15 (9.3)
	ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	12 (7.5)
	เลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย	2 (1.2)
	บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้บริหารยา	1 (0.6)
P2 ความปลอดภัยในการรักษา	P1.3 ไม่ได้รับการรักษา/ไม่ตรงกับข้อบ่งชี้ในการรักษา	1 (0.6)
	P2.1 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	91 (56.5)

เมื่อวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา (Causes, C) ตามหลักการประเมินของ PCNE version 9.1 พบว่าสาเหตุของ
ปัญหาส่วนใหญ่มาจากสาเหตุอื่น คือ จากอาการไม่พึงประสงค์ของ
ยา (ร้อยละ 56.5) รองลงมาเป็นสาเหตุจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก

(ร้อยละ 41.1) เมื่อวิเคราะห์หัวข้อย่อยส่วนใหญ่ผู้ป่วยใช้ยา
น้อยกว่าหรือไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (ร้อยละ 18.0) ผู้ป่วยไม่เข้าใจ
เกี่ยวกับการรักษา (ร้อยละ 10.0) ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง
(ร้อยละ 7.5) ผู้ป่วยบริหารยาหรือระยะห่างในการใช้ยาไม่เหมาะสม

ตารางที่ 3 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาเมทิลเฟนิเดตประเมินตาม Naranjo's algorithm (91 เหตุการณ์)

อาการไม่พึงประสงค์	ผลการประเมิน				
	ใช่แน่ (Definite)	ใช่ (Probable)	อาจจะใช่ (Possible)	น่าสงสัย (Doubtful)	รวม (%)
เบื่ออาหาร	0	47	5	0	52 (57.1)
แคะแคะเล็บ	0	5	2	0	7 (7.7)
นอนไม่หลับ	0	4	3	0	7 (7.7)
ปวดศีรษะ	0	3	3	0	6 (6.6)
อารมณ์หงุดหงิด	0	4	1	0	5 (5.5)
ใจสั่น	0	3	2	0	5 (5.5)
คลื่นไส้ อาเจียน	0	3	1	0	4 (4.4)
หัวใจเต้นเร็ว	0	3	0	0	3 (3.3)
ปวดท้อง	0	0	1	0	1 (1.1)
เยื่อจมูกอักเสบ	0	0	1	0	1 (1.1)
รวม	0	72	19	0	91 (100)

(ร้อยละ 3.7) ผู้ป่วยเก็บรักษาอย่างไม่ถูกต้อง (ร้อยละ 1.9) นอกจากนี้ในการศึกษา ยังพบสาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยาที่มาจาก การเลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย (ร้อยละ 1.2) ไม่มีข้อบ่งชี้ของยา และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้บริหารยา (ร้อยละ 0.6) ตามลำดับ **ตารางที่ 4** โดยการศึกษา นี้เภสัชกรได้เสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาให้แก่แพทย์และผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก และการปรับเปลี่ยนยา ตัวอย่างเช่น การอภิปรายร่วมกันกับแพทย์ในการหยุดยา aripiprazole เนื่องจากไม่มีบ่งชี้ หรือการเปลี่ยนยาเมื่อผู้ป่วยไม่สามารถทนอาการไม่พึงประสงค์ได้ การเปลี่ยนรูปแบบยาให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย การปรับเปลี่ยนการบริหารยาให้ถูกต้อง การให้คำปรึกษาด้านยา เรื่องความรู้เรื่องโรค การใช้ยา และอาการไม่พึงประสงค์ให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักได้เข้าใจ **ตารางที่ 5** ซึ่งพบว่าแนวทางแก้ไข ปัญหาทั้งหมด (ร้อยละ 100) ได้รับการยอมรับจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ อาจเนื่องมาจากการอภิปรายร่วมกันกับบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นการสื่อสารโดยตรง สำหรับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักมีการให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายความสำคัญในการใช้ยา การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา และการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ ที่ถูกต้อง มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผ่าน line official account หรือการติดต่อทางโทรศัพท์ จึงทำให้ได้รับ

การยอมรับของการแก้ไข ปัญหาจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักทุกคน **ตารางที่ 4**

วิจารณ์

จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่เป็นโรคสมาธิสั้น และได้รับยาเมทิลเฟนิเดตจำนวน 286 คน พบความชุกของการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาร้อยละ 53.1 โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาทั้งด้านประสิทธิภาพ (ร้อยละ 43.5) และความปลอดภัยจากยา (ร้อยละ 56.5) โดยเกิดจากการขาดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น ความไม่เข้าใจเรื่องการใช้ยาและอาการไม่พึงประสงค์ของยา จึงส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้เมื่อเภสัชกรได้อธิบายหรือแนะนำแนวทางแก้ไข ปัญหา ผู้ป่วย ผู้ดูแลหลัก รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ก็ให้การยอมรับต่อแนวทางในการแก้ไขทั้งหมด ปัญหาจากอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่พบบ่อยในการศึกษา นี้คือภาวะเบื่ออาหาร การแคะแคะเล็บ ภาวะนอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด ใจสั่น และปวดศีรษะตามลำดับ

จากการศึกษาของ กมลวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และคณะ¹⁴ เกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาในเด็กและวัยรุ่นที่มีภาวะทางสุขภาพจิตจำนวน 68 ราย พบผลการศึกษาลักษณะ คือ

ตารางที่ 4 ลักษณะของปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตดที่พบในการศึกษา (161 เหตุการณ์)

หัวข้อหลัก	หัวข้อย่อย	จำนวนเหตุการณ์ (%)
สาเหตุของปัญหาเกี่ยวกับยา, Causes (C)		161 (100)
C1 การเลือกใช้ยา	C1.2 ไม่มีข้อบ่งชี้ของยา	1 (0.6)
C2 การเลือกรูปแบบยา	C2.1 เลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย	2 (1.2)
C6 ขั้นตอนการใช้ยา	C6.4 บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้บริหารยา	1 (0.6)
C7 สาเหตุจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก		66 (41.1)
	C7.1 ผู้ป่วยใช้ยาน้อยกว่าหรือไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง	29 (18.0)
	C7.2 ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	12 (7.5)
	C7.6 ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง	3 (1.9)
	C7.7 ผู้ป่วยบริหารยาหรือระยะห่างในการใช้ยาไม่เหมาะสม	6 (3.7)
	C7.10 ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา	16 (10.0)
C9 สาเหตุอื่น	C9.2 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	91 (56.5)
วิธีการแก้ไข้ปัญหา*, Intervention (I)		163 (100)
I1 แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา	I1.4 วิธีการแก้ไข้ได้อภิปรายร่วมกับแพทย์	4 (2.5)
I2 แก้ไขที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก	I2.1 ให้คำปรึกษาด้านยา	157 (96.3)
I3 แก้ไขที่ยาหรือฉลากยา	I3.1 เปลี่ยนยา	2 (1.2)
การยอมรับการแก้ไข้ปัญหา, Intervention Acceptance (A)		161 (100)
A1 การแก้้ปัญหาที่ได้รับการยอมรับ	A1.1 ได้รับการยอมรับและดำเนินการตามทั้งหมด	161 (100)

*วิธีการแก้ไข้ปัญหามี 1 วิธีหรือมากกว่า

ปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกี่ยวกับอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 60.3) โดยเฉพาะอย่างยิ่งความอยากอาหารที่ลดลง และปัญหาด้านยา อันที่สองที่พบ คือ การขาดการตระหนักถึงความจำเป็นของการใช้ยาอย่างต่อเนื่องนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ หากผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจในโรคและการใช้ยา ย่อมส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาได้

ในการศึกษาครั้งนี้มีการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือระดับดี คือ เกินร้อยละ 80 จำนวน 258 คน (ร้อยละ 90.2) ในการศึกษาโดย Alexander Häge และคณะ¹⁵ ได้ทำรวบรวมการศึกษาความชุกของการไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มจิตเวชในผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่น (ความร่วมมือน้อยกว่าร้อยละ 80) พบว่ามีความชุกร้อยละ 6 - 62 ซึ่งเห็นว่ามีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับที่รายงานในครั้งนี้

นอกจากนี้ในการศึกษายังพบว่า การติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับ

ปัญหาเกี่ยวกับยาและวิธีแก้ไข้ รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับเป็นระยะ จะช่วยให้สามารถตรวจพบปัญหาเกี่ยวกับยา และได้รับการยอมรับการแก้ไข้ปัญหาเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Solmi และคณะ ที่ทำการเปรียบเทียบการยอมรับการแก้ไข้ปัญหาและให้ข้อสรุปเป็นคำแนะนำทางคลินิกเพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล และการติดตามผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ¹⁶

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาขึ้นแรกในประเทศไทยที่ศึกษาถึงปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเตดตามกระบวนการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระบุประเภทของปัญหา สาเหตุ วิธีการแก้ไข้ และการยอมรับการแก้ไข้ปัญหา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการนำเครื่องมือ PCNE มาใช้ในการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย แม้ว่าการวิจัยที่ผ่านมาส่วนหนึ่ง^{12,17-18} ได้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา ก็เป็นเพียงการประเมินปัญหาส่วนเดียวตามเครื่องมือ PCNE ในขณะที่

ตารางที่ 5 สาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตที่พบในการศึกษา

สาเหตุของปัญหา	วิธีแก้ไข*
C1 การเลือกใช้ยา (1 เหตุการณ์)	
C1.2 ไม่มีข้อบ่งชี้ของยา แพทย์สั่งใช้ยา aripiprazole ร่วมกับเมทิลเฟนิเดตโดยไม่ตรงตามข้อบ่งชี้	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา โดยได้อภิปรายร่วมกันและติดตามอาการสมรรถนะของผู้ป่วย แพทย์พิจารณาสั่งหยุดยา aripiprazole ตามที่เภสัชกรได้ให้คำแนะนำ
C2 การเลือกรูปแบบยา (2 เหตุการณ์)	
C2.1 เลือกรูปแบบยาไม่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย แพทย์สั่งใช้ยาเมทิลเฟนิเดตในรูปแบบยาออกฤทธิ์ยาวที่ไม่สามารถหักแบ่งหรือบดได้ แต่ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนเม็ดยาได้	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา โดยได้อภิปรายร่วมกัน และแนะนำยาเมทิลเฟนิเดตในรูปแบบยาออกฤทธิ์ยาวที่สามารถแกะแคปซูลเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลืนเม็ดยาได้
C6 ขั้นตอนการใช้ยา (1 เหตุการณ์)	
C6.4 บุคลากรทางการแพทย์ไม่ได้บริหารยา แพทย์สั่งบริหารยาเมทิลเฟนิเดต 1 เม็ดทันที แต่พยาบาลไม่ได้บริหารยาตามแพทย์สั่ง	แก้ไขที่แพทย์ผู้สั่งใช้ยา โดยได้อภิปรายร่วมกันแพทย์ให้ผู้ป่วยข้ามการรับประทานยามื้อเช้าไป โดยให้รับประทานมื้อเที่ยงซึ่งเป็นมื้อถัดไปแทน และให้มีการทำสัญลักษณ์การบริหารยาทันทีให้สังเกตได้ชัด
C7 สาเหตุจากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก (66 เหตุการณ์)	
C7.1 ผู้ป่วยใช้น้อยกว่าหรือไม่ใช้ยาตามที่แพทย์สั่ง (29 เหตุการณ์) ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดต 1 เม็ดหลังอาหารเช้าและเที่ยง แต่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักให้รับประทานครึ่งเม็ด หลังอาหารเช้าและเที่ยง หรือรับประทานยาเฉพาะมื้อเช้าเพียงมื้อเดียว	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด เนื่องจากการรับประทานยาหากเลือกรับประทานเพียงมื้อใดมื้อหนึ่ง หรือรับประทานน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในการเรียนได้ นอกจากนั้นยังได้แก้ไขโดยปรับภาพสัญลักษณ์เม็ดยาหนึ่งเม็ด หรือครึ่งเม็ดบนของยา เพื่อเป็นการเตือนให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก รวมถึงการเพิ่มช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลักกับเภสัชกรผ่านโทรศัพท์หรือ line official account ในกรณีต้องการคำปรึกษาด้านยาเพิ่มเติม
C7.2 ผู้ป่วยใช้ยามากกว่าที่แพทย์สั่ง (12 เหตุการณ์) ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตครึ่งเม็ดหลังอาหารเช้าและเที่ยง แต่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักให้รับประทานครึ่งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้าเวลาเดียว	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา 2 เวลา เนื่องจากยาเมทิลเฟนิเดตชนิดออกฤทธิ์สั้นมีระยะเวลาการออกฤทธิ์เฉลี่ยที่ 3 - 5 ชั่วโมง หากรับประทานเฉพาะมื้อเช้าจะออกฤทธิ์ถึงเที่ยง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีสมาธิในช่วงบ่าย และรบกวนเพื่อนร่วมชั้นเรียน รวมถึงอาจเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ จากการสอบถามผู้ป่วยทั้งหมดที่พบปัญหาทั้ง 12 เหตุการณ์ ไม่พบว่าผู้ป่วยเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา แต่พบการไม่มีสมาธิในการเรียนเวลาบ่ายเท่านั้น เภสัชกรจึงได้ให้คำแนะนำว่าหากผู้ป่วยรับประทานยาตามที่แพทย์สั่งแล้วยังไม่มีสมาธิในการเรียน ให้ผู้ดูแลหลักสามารถติดต่อผ่านโทรศัพท์หรือ line official account หากต้องการคำปรึกษาด้านยาเพิ่มเติม
C7.6 ผู้ป่วยเก็บรักษายาไม่ถูกต้อง (3 เหตุการณ์) ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก ได้แกะเม็ดยาเมทิลเฟนิเดตออกจากแผงยาและนำยามารวมในถุงยาเดียวกัน	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายถึงความสำคัญของการเก็บรักษายา อุณหภูมิที่เหมาะสม แสงแดด ความชื้น แนะนำไม่ให้แกะยาเม็ดออกจากแผงมารวมกัน เนื่องจากยาอาจเสื่อมคุณภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการสมรรถนะลดลงและป้องกันการหิบบายรับประทานผิดชนิดตัวยา โดยได้มีการนำภาพตัวอย่างของการเก็บรักษายาที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้ดู เพื่อไม่ให้เกิดการเก็บรักษายาไม่ได้มาตรฐาน

ตารางที่ 5 สาเหตุของปัญหาและวิธีแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตที่พบในการศึกษา (ต่อ)

สาเหตุของปัญหา	วิธีแก้ไขปัญห*
C7.7 ผู้ป่วยบริหารยาหรือระยะห่างในการใช้ยาไม่เหมาะสม (6 เหตุการณ์) ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดตครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเที่ยง แต่ผู้ป่วยลืมรับประทานยามื้อเที่ยง มักจะรับประทานช่วงหลังเลิกเรียนแทน	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามเวลาที่กำหนด และประโยชน์ในการรับประทานตามมือแพทย์สั่งให้เหมาะสมกับช่วงเวลาเรียนของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีสมาธิ จดจ่อการเรียน และไม่รบกวนเพื่อนในชั้นเรียน การรับประทานยามื้อเย็นอาจส่งผลให้เกิดอาการข้างเคียงคือ อาการนอนไม่หลับได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยมักลืมรับประทานยามื้อเที่ยง เกสเซอร์ได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักให้แจ้งครูประจำชั้นช่วยเตือนผู้ป่วยให้รับประทานยา
C7.10 ผู้ป่วยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการรักษา (16 เหตุการณ์) ตัวอย่างเช่น แพทย์สั่งให้รับประทานยาเมทิลเฟนิเดต ครั้งละ 1 เม็ด หลังอาหารเช้าและเที่ยง แต่ผู้ป่วยจะรับประทานเฉพาะวันไหนที่ต้องใช้สมาธิ	แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยให้คำปรึกษาด้านยา อธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อธิบายการรับประทานอย่างต่อเนื่อง การปรับขนาดยาหรือระยะห่างในการรับประทานยา แพทย์จะปรับขึ้นกับอาการและผลข้างเคียงของยาในผู้ป่วยแต่ละราย โดยขนาดที่เหมาะสม ได้แก่ ขนาดที่ลดอาการของโรคสมาธิสั้นได้มากที่สุด โดยเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักไม่ควรเลือกรับประทานยาเฉพาะเวลาที่ต้องใช้สมาธิหรือเวลาเรียน ซึ่งหากผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักเกิดความสงสัยหรือไม่เข้าใจในการรักษา สามารถติดต่อทางโทรศัพท์หรือ line official account ได้ตลอดเวลา

C9 สาเหตุอื่น (91 เหตุการณ์)

C9.2 เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (91 เหตุการณ์)

แก้ไขที่ตัวผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยแนะนำการจัดการอาการไม่พึงประสงค์ เช่น อาการเบื่ออาหาร โดยเฉพาะมื้อเที่ยง แก้ไขโดยอาจให้เคี้ยวรับประทานอาหารชดเชยในมื้ออื่นๆ เช่น มื้อเย็น หรือมื้อเช้างก่อนรับประทานยา อาการแคะแคะเล็บ ควรหากิจกรรมให้เด็กทำเพื่อไม่ให้มีเวลาว่างในการแคะแคะเล็บ แต่หากเป็นมากขึ้นจนรบกวนการเรียน การใช้ชีวิตให้รับแจ้งแพทย์หรือเภสัชกรทันที อาการนอนไม่หลับ โดยอาจเกิดขึ้นได้หากรับประทานยาหลังเวลา 17.00 น. แนะนำหากแพทย์ให้รับประทานยามื้อบ่าย ไม่ควรรับประทานยาเกินเวลา 17.00 น. อาการคลื่นไส้หรืออาเจียน แก้ไขโดยให้รับประทานยาหลังอาหารทันที ไม่ควรรับประทานยาตอนท้องว่าง เป็นต้น ซึ่งการแก้ไขทางผู้วิจัยได้มีการให้คำแนะนำด้วยวาจา เอกสารอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาผ่าน line official account หรือการติดต่อทางโทรศัพท์

*วิธีแก้ไขปัญหได้รับการยอมรับทั้งหมดและได้แก้ปัญหจนเสร็จสิ้น

บางงานวิจัย¹⁴ ได้ศึกษาประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยาตามคำนิยามของ Hepler และ Strand แต่ก็ไม่ได้แสดงให้เห็นถึงรายละเอียดของปัญหาและวิธีการแก้ไขที่ชัดเจน นอกจากนี้ การศึกษานี้ยังมีผู้ป่วยที่เข้าร่วมการศึกษาในขนาดกลุ่มใหญ่ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้

อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้ก็มีข้อจำกัดสำคัญบางประการ คือ งานวิจัยนี้ไม่ได้กำหนดเกณฑ์คัดเข้าจากระยะเวลาที่ผู้ป่วยได้รับเมทิลเฟนิเดต ผลจากการศึกษาจึงมาจากทั้งผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับยาและผู้ที่ได้รับยามาระยะเวลาหนึ่ง สังเกตจากพิสัยควอไทล์ของระยะเวลาได้รับยาเมทิลเฟนิเดตซึ่งอยู่ในช่วง 0.4 - 2.9 ปี จึงมี

ความเป็นไปได้ว่าปัญหาเกี่ยวกับยาที่ค้นพบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านความปลอดภัยในการใช้ยาอาจเป็นเพียงอาการที่เกิดขึ้นในช่วงของการเริ่มต้นใช้ยาซึ่งมักดีขึ้นเองหากผู้ป่วยใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประมาณความชุกของการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาจากเมทิลเฟนิเดตสูงกว่าความเป็นจริง (overestimation) ได้ และประการที่สอง เนื่องจากงานวิจัยนี้เก็บข้อมูลเชิงตัดขวาง ไม่ได้ทำการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว จึงขาดข้อมูลผลของการแก้ปัญหาและปัญหาเกี่ยวกับยาเมื่อมีการใช้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน ซึ่งอาจกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้¹⁹

เมื่อพิจารณาถึงการนำผลการศึกษานี้ไปประยุกต์ใช้ในทางคลินิก จะเห็นว่าความเข้าใจเรื่องของความชุกและลักษณะของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเมทิลเฟนิเดต จะช่วยให้เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์เกิดความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่พบบ่อย จนนำไปสู่การวางแผนป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยาที่จำเพาะกับบริบทของโรงพยาบาลต่อไป นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าการติดตามและสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เรื่องโรคแก่ผู้ป่วยเป็นระยะ ตลอดจนการบูรณาการการทำงานร่วมกันของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นปัจจัยที่น่าจะช่วยให้สามารถตรวจพบและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในอนาคตควรมีการศึกษาปัญหาเกี่ยวกับยาในระยะยาว (longitudinal study) เพื่อติดตามผลของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ตลอดจนการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยาซ้ำในผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เคยมีปัญหากับยาเกี่ยวกับยามาก่อน และควรมีการประเมินปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดปัญหา เพื่อช่วยทำนายกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดปัญหาเกี่ยวกับยานำไปสู่การวางแผนติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อไป

สรุป

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าปัญหาเกี่ยวกับยาเมทิลเฟนิเดตที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นที่เป็นเด็กและวัยรุ่น มักเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในโรคและยาของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและความปลอดภัยของผู้ป่วย ดังนั้นการติดตามผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอย่างรอบด้าน เป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันหรือตรวจพบปัญหา และจัดการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้อย่างทันท่วงที

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม เภสัชกรทุกท่าน พยาบาลห้องตรวจผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่เวชระเบียนของสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ช่วยอำนวยความสะดวกเรื่องการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลของสถาบันฯ และการนัดผู้ป่วย ทำให้การสัมภาษณ์และเก็บข้อมูลสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เภสัชกรณัฐ นาเอก จาก

กลุ่มวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและการบริหาร คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา ที่ช่วยอ่านและให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ทำให้หนังสือฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้เขียนขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้เขียน (authors' contributions)

ชัยณรงค์ ศรีละคร มีส่วนในการออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ; วรณิศา โกมลไพศาล มีส่วนในการออกแบบการศึกษา การเก็บข้อมูล; อัจฉรวรรณ โตมาคงาม ออกแบบการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
2. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry* 2007;164(6):942-8.
3. National Statistical Office. Report on children and adolescents surveyed in 2020. Bangkok; Ministry of Information and Communication Technology, 2021.
4. Department of Mental Health. Annual report on mental health in 2020 [Internet]. [cited 2022 Apr 1]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
5. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2019;144(4):1007-22.
6. Khajehpiri Z, Mahmoudi-Gharai J, Faghihi T, Karimzadeh I, Khalili H, Mohammadi M. Adverse reactions of methylphenidate in children with attention deficit-hyperactivity disorder: report from a referral center. *J Res Pharm Pract* 2014;3(4):130-6.
7. Tobaiqy M, Stewart D, Helms PJ, Williams J, Crum J, Steer C, et al. Parental reporting of adverse drug reactions associated with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) medications in children attending specialist paediatric clinics in the UK. *Drug Saf* 2011;34(3):211-9.
8. Patel MX, David AS. Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry* 2007;6(9):357-61.
9. Gajria K, Lu M, Sikirica V, Greven P, Zhong Y, Qin P, et al. Adherence, persistence, and medication discontinuation in patients with attention-deficit/hyperactivity disorder - a systematic literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:1543-69.

10. Foundation Pharmaceutical Care Network Europe. The PCNE classification V 9.1. 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 8]. Available from: https://www.pcne.org/upload/files/417_PCNE_classification_V9-1_final.pdf
11. Naranjo CA, Shear NH, Lanctôt KL. Advances in the diagnosis of adverse drug reactions. *J Clin Pharmacol* 1992;32(10):897-904.
12. Pimratana W. Associations between caretakers' attitude, caretakers' knowledge of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and child patients' compliance to take methylphenidate (MPH). *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2016;61(1):15-26.
13. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1973.
14. Tantipiwattanasul K. A study of drug related problems in child and adolescent with mental health problem. *Journal of Health Science* 2019;28(6):986-95.
15. Hage A, Weymann L, Bliznak L, Marker V, Mechler K, Dittmann RW. Non-adherence to psychotropic medication among adolescents - a systematic review of the literature. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2018; 46(1):69-78.
16. Solmi M, Miola A, Croatto G, Pigato G, Favaro A, Fornaro M, et al. How can we improve antidepressant adherence in the management of depression? A targeted review and 10 clinical recommendations. *Braz J Psychiatry* 2021;43(2):189-202.
17. Ninlanon K, Sakulbumrungsil R, Phattanasudee S, Tan-khum T. Factors affecting methylphenidate adherence in children and adolescent with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Mental Health of Thailand* 2015;23(1):1-11.
18. Jumpapan M. The study of prevalence and factors associated with medication nonadherence in child and adolescent psychiatric department, Nakorn Nayok Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand* 2023;68(1):13-25.
19. Vucur C, Wirtz DA, Weinhold L, Zipfel M, Schmid M, Schmidt-Wolf IGH, et al. Drug-related problems in head and neck cancer patients identified by repeated medication reviews on consecutive therapy cycles. *J Oncol Pharm Pract* 2021;27(6):1439-46.

ผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจ ระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

จิราวรรณ ธงสะอาด*, สุพัทธ แสนแจ่มใส**

*หลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงกับผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญา ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ คัดเลือกจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ โดยเรียงจากคะแนนสูงที่สุดไปต่ำที่สุด จำนวน 16 ราย และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 8 ราย และกลุ่มควบคุม 8 ราย กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ประเมินก่อนและหลังการทดลองด้วยแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนีย ยู

ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ และบาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการหลังได้รับการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีคะแนนอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเฉลี่ยต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุป การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมสามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจบาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

คำสำคัญ การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุกข์ทรมาน อาการเหนื่อยล้าหมดแรง ผู้ดูแล

Corresponding author: จิราวรรณ ธงสะอาด

หลักสูตรจิตวิทยาประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

E-mail: Jirawanthongsard@gmail.com

วันรับ : 17 กุมภาพันธ์ 2566 วันแก้ไข : 28 สิงหาคม 2566 วันตอบรับ : 3 กันยายน 2566

The Effects of Cognitive Behavior Counseling Program on Compassion Fatigue, Secondary Trauma and Burnout in Caregivers of Children with Intellectual Disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities

Jirawan Thongsard*, Supat Sanjamsai**

*Graduate School of Applied Psychology Srinakarinwirot University

**National Institute for Child and Family Development Mahidol University

ABSTRACT

Objective: To study the effects of cognitive behavior counseling program on compassion fatigue, secondary trauma and burnout in caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities by comparing between the experimental group and the control group.

Methods: The sample group is caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities. 16 caregivers with the lowest scores on the Compassion fatigue measurement were selected and divided equally into the experimental group and the control group, with 8 caregivers per group. The experimental group participated in the Cognitive behavior counseling program for 6 sessions, each session lasting 45 - 75 minutes, once a week. The compassion fatigue measurement was administered before and after the experiment and data was analyzed using the Man-Whitney U test.

Results: Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities who had participated in the Cognitive behavior counseling program scored lower on compassion fatigue and secondary trauma than caregivers of children with intellectual disabilities who had not participated in the program, at the .05 statistical significance. Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities who had participated in the program scored lower on Burnout than caregivers of children with intellectual disabilities who had not participated in the program but not at the .05 statistical significance.

Conclusion: Cognitive behavior counseling program can help reduce Compassion Fatigue, Secondary Trauma and Burnout in Caregivers of children with intellectual disabilities in the Home for Protection and Development for Persons with Disabilities.

Keyword: cognitive behavioral counseling program, compassion fatigue, secondary trauma, burnout, caregivers

Corresponding author: Jirawan Thongsard

E-mail: Jirawanthongsard@gmail.com

Received 17 February 2023 Revised 28 August 2023 Accepted 3 September 2023

บทนำ

สภาพเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันมีรายงานข้อมูลสถานการณ์ด้านคนพิการในประเทศไทยรายไตรมาสบอกถึงอัตราผู้พิการในประเทศไทยที่มีมากขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งปัจจุบันคนพิการในไทยมีบัตรประจำตัวคนพิการมากกว่า 2 ล้านคน¹ โดยกว่า 1 ล้านคน มีภาวะสติปัญญาบกพร่อง² ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1 - 3 ของประชากรไทย³ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มคนพิการที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนคนพิการที่รอความช่วยเหลือจากรัฐ และกลุ่มคนพิการร้อยละ 21.2 ที่มีความจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือแต่ยังไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งการสนับสนุนผู้ช่วยเหลือคนพิการเป็นความช่วยเหลือที่ต้องการมากที่สุด⁴ แต่ในขณะที่ความช่วยเหลือจากภาครัฐของประเทศไทยถือเป็นความช่วยเหลือที่เกินกำลังอย่างปฏิเสธไม่ได้ ซึ่งสิ่งนี้ส่งผลกระทบต่อบุคลากรของรัฐ และตัวผู้รับความช่วยเหลือจากรัฐเองเช่นกัน

การดูแลผู้ป่วยพิการทางสมองและปัญญา สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการ กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (Department of Social Development and Welfare of Thailand) กำหนดมาตรฐานการจัดบริการคนพิการในสถานสงเคราะห์และศูนย์ฟื้นฟูอาชีพ โดยระบุเกณฑ์บุคลากรที่เป็นผู้ดูแลต่อเด็กตามอัตรา ดังนี้ เด็กเล็กที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีอัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองได้บ้างอัตรา 1:3 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยอัตรา 1:1 เด็กโตที่ช่วยเหลือตนเองได้ดีอัตรา 1:10 ช่วยเหลือตนเองได้บ้างอัตรา 1:7 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลยอัตรา 1:2 ในปัจจุบันพบว่า อัตราผู้ดูแลต่อเด็กไม่เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานอ้างอิงจากสถิติผู้รับบริการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรี ช่วงต้นปี พ.ศ. 2564 มียอดเด็กในความอุปการะ 579 คน มีผู้ดูแลทั้งหมดจำนวน 61 คน โดยทำงานแบบเช้ากะ (shift work) ตามช่วงเวลา ซึ่งหมายถึงผู้ดูแลประมาณ 30 คน ต้องดูแลเด็ก 579 คน หรือมีอัตราผู้ดูแลต่อเด็กพิการทางสมองและปัญญา 1:19⁵ แบบคละช่วงวัย ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานที่สำนักบริการสวัสดิการสังคมและสวัสดิการได้กำหนดไว้

ในภาพรวมคนพิการประเทศไทย อายุ 0 - 21 ปี เป็นผู้พิการทางสติปัญญามากที่สุด จำนวน 46,201 คน คิดเป็นร้อยละ 30.39 ของจำนวนผู้พิการทั้งหมดในวัยเดียวกัน⁶ ผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะต้องรับมือกับจำนวนเด็กพิการทางสมองและปัญญาในอัตราส่วนที่มาก ยิ่งไปกว่านั้นการดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญามีความซับซ้อนมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเด็ก

ทั่วไป เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ โดยเฉพาะรายที่เกิดจากความผิดปกติของสมอง เช่น อาการชัก ซึ่งพบในเด็กพิการทางสมองและปัญญาสูงกว่าเด็กปกติถึง 5 เท่า โดยหากอยู่ภาวะพิการระดับรุนแรง เด็กจะมีความต้องการความช่วยเหลือในทุกกิจกรรมประจำวัน การดูแลเรื่องสุขภาพและความปลอดภัยตลอดเวลา หรือบางรายอาจพบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การทำร้ายตัวเอง ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาจึงต้องดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดกับเด็กตลอดเวลาและตลอดชีวิต⁷

ภาระงานของผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาที่มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานกำหนด และลักษณะงานที่มีความต่อเนื่องยาวนาน การดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาอย่างใส่ใจและใกล้ชิด ตลอดจนการรับรู้เรื่องราวภูมิหลังของเด็กก่อนที่จะถูกส่งเข้ามาอยู่ในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ไม่ว่าจะเป็นการถูกทารุณกรรม ครอบครัแตกแยก การถูกทอดทิ้ง บิดามารดาหย่าร้าง ฐานะยากจน ผู้ปกครองไม่มีความสามารถในการดูแล ฯลฯ คือสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางสติปัญญาต้องเผชิญ โดยปกติแล้วอาชีพผู้ดูแลมักไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมว่าเป็นอาชีพที่คุ้มค่ากับความพยายาม และไม่ได้ขับเคลื่อนหน้าที่จากความทะเยอทะยาน แต่ขับเคลื่อนหน้าที่ผ่านความก้าวหน้าในการดูแลความผิดปกติ และอาชีพผู้ดูแลไม่สามารถละทิ้งหน้าที่ได้ตามความต้องการของตัวเอง⁸ รวมไปถึงการมีเด็กที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาอยู่ในความดูแลนั้นก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลและการปรับตัวของผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวเนื่องกับความบกพร่องทางสติปัญญาของเด็ก⁹ ผลกระทบจากการดูแลนั้นเกิดต่อทางร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพ เศรษฐกิจ และทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพได้¹⁰ พฤติกรรมต่างๆ ของเด็ก เช่น อารมณ์ไม่คงที่ ก้าวร้าว โกรธง่าย ตื่นตัวหรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ ทำให้ผู้ดูแลนอนหลับไม่เพียงพอและอ่อนเพลีย¹¹ ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแล¹² ปัจจัยเหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลเด็กในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการต้องประสบ ถึงแม้จะเป็นหน้าที่แต่ก็ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแล ซึ่งอาจนำไปสู่โอกาสในการก่อให้เกิดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่เป็นสภาวะของความเหนื่อยล้าทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่เรื้อรังทางด้านอารมณ์¹³ มีความเกี่ยวข้องกับความเหน็ดเหนื่อย ความคับข้องใจ ความโกรธ และภาวะซึมเศร้าและบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ

(secondary trauma) ที่เป็นการรับรู้สึกทางลบที่เกิดจากความวิตกกังวลเป็นความบอบช้ำจากการทำงาน (work-related trauma)¹⁴ หรือความเครียดจากการที่ได้รับรู้เรื่องราวจากผู้ประสบเหตุการณ์ร้ายแรง เหตุการณ์เครียดอย่างรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจ¹⁵ ซึ่งอาการหรือภาวะต่างๆ เหล่านี้ อาจนำไปสู่ปัญหาคุณภาพชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านกระบวนการรับรู้ (cognitive) ด้านอารมณ์ (emotion) ด้านพฤติกรรม (behavior) ด้านความสัมพันธ์ส่วนบุคคล (interpersonal relationship) ผลกระทบด้านร่างกาย (body) และผลกระทบในด้านการปฏิบัติงาน (performance)¹⁶ ส่งผลต่อการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวทางในการเยียวยา ดูแลป้องกันบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การศึกษาหาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยล้าจากความเห็นอกเห็นใจ หรือเป็นการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) และความพึงพอใจในการเห็นอกเห็นใจ (compassion satisfaction) แต่สำหรับการศึกษาในลักษณะของการสร้างหรือพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคล พบว่ายังมีอย่างจำกัดโดยเฉพาะการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษารายบุคคลในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญา เพื่อช่วยลดบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ผู้วิจัยเห็นว่าหากผู้ดูแลสามารถเรียนรู้แนวคิดหรือวิธีการจากการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันด้วยตัวเอง และนำมาปรับใช้เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในมิติอื่นๆ จะเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจกับผู้ดูแล สร้างการดูแลที่ยั่งยืน และคงทนอันจะส่งผลดีต่อผู้รับบริการในระยะยาว

ผู้วิจัยมีเป้าหมายในการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาที่มีต่อบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรงและความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทั้งนี้รูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม เป็นการนำเอาแนวคิดและเทคนิควิธีในการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่มีผลต่อบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงมาเป็นแกนหลักสำหรับการพัฒนาโปรแกรมในครั้งนี้ เนื่องจากแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมมีโครงสร้างที่ชัดเจน มีกรอบระยะเวลา มีหลักฐานจากการศึกษาวิจัยที่น่าเชื่อถือ

ในการบำบัด เน้นไปที่การเอื้อให้ผู้รับบริการได้ค้นพบปัญหาของตัวเอง เป็นการปรับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในสภาพจริง มีการสรุปและให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยสิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้รับบริการมองเห็นถึงระบบของการบำบัดที่ชัดเจน สามารถเรียนรู้และนำแนวคิดไปใช้เองในอนาคตได้รับรู้ถึงสภาพการณ์ของปัญหาที่ชัดเจนขึ้น ได้มีโอกาสเพิ่มทางเลือกให้กับตนเองในการแก้ไขปัญหา รวมถึงได้ลองปรับพฤติกรรมของตัวเอง และเข้าใจความคิดหรือความเชื่อของตัวเอง สามารถนำไปจัดการกับความคิดเพื่อให้เกิดความคิดหรือความเชื่อใหม่ๆ ที่ส่งผลดีต่ออารมณ์และพฤติกรรมตามมา¹⁷ นอกจากนั้นแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมยังสามารถบรรเทาความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ (compassion fatigue) บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ (secondary trauma) และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง (burnout) ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาต่อกระบวนการรับรู้อารมณ์ พฤติกรรม จิตวิญญาณ ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ตลอดจนอาการทางกาย และประสิทธิภาพในการทำงาน¹⁶ โดยผลจากการลดการเกิดบาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิและอาการเหนื่อยล้าหมดแรง มีส่วนช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจะส่งผลถึงการทำงานที่เป็นการดูแล ผู้พิการได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จำนวน 61 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชาวดี (ชาย) จังหวัดนนทบุรีโดยผู้วิจัยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะต้องเป็นผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

บ้านราชวดี (ชาย) สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูด ภาษาไทยได้ ไม่มีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม และมีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจมากเป็น 16 อันดับแรก และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ไม่สามารถอ่าน ฟัง เขียน พูด ภาษาไทยได้ และหรือมีการเจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยใช้แบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่สร้างขึ้น โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจเรียงจากสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นทำการจับคู่คะแนนผู้ดูแลที่ใกล้เคียงกัน โดยแต่ละคู่ทำการจับคู่รายบุคคล (matching subject) และจับสลากเพื่อเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอใบรับรองการอนุมัติการทำวิจัยและเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ซึ่งได้รับรองโครงการโดยมีรหัสโครงการวิจัยเลขที่ SWUEC-G-004/2565 เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการดำเนินการเก็บข้อมูล และการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย และนำหนังสือขออนุญาตและในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยไปยังผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) จากนั้นได้ทำการทดสอบก่อนการทดลอง โดยการให้ผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการตอบแบบสอบถามแล้วเก็บไว้เป็นคะแนนหลังการทดลอง และนำคะแนนที่ได้มาจัดลำดับ ผู้วิจัยคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากแบบวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจที่มี 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเรียงจากผู้ที่มีคะแนนสูงที่สุดไปต่ำที่สุดจำนวน 16 คน และแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 8 คน เพื่อแยกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ในการทดลองนี้ กลุ่มทดลองจะเข้าร่วมโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที ในรูปแบบออนไลน์ กลุ่มควบคุมจะได้รับใบความรู้เกี่ยวกับความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง รวมถึงแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรม ตาม Interactional Model เนื่องจากโมเดลนี้เป็นโมเดลรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์

พฤติกรรม และปฏิกิริยาทางร่างกายซึ่งทั้ง 4 อย่างมีความเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงส่วนใดส่วนหนึ่งก็จะส่งผลต่อกัน เป็นโมเดลการบำบัดที่สามารถเข้าไปแก้ไขในส่วนที่สามารถแก้ไขจัดการได้ หากสามารถแก้ไขให้ส่วนใดส่วนหนึ่งดีขึ้นแล้วส่วนอื่นที่เชื่อมโยงต่อกันอยู่จะค่อยๆ ดีขึ้นเช่นกัน¹⁸ และเมื่อสิ้นสุดการเข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง ผู้วิจัยทำการวัดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งมีทั้งหมด 35 ข้อ มีทั้งหมด 2 องค์ประกอบ คือ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ จำนวน 17 ข้อ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง จำนวน 18 ข้อ ซึ่ง 2 องค์ประกอบข้างต้น เมื่อรวมกันจะได้เป็นแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจ แบบทดสอบเป็น Rating Scale มี 5 ระดับ แทบไม่เคยเกิดขึ้นเลย = 1 เกิดขึ้นบางครั้ง = 2 เกิดขึ้นปานกลาง = 3 เกิดขึ้นบ่อย = 4 เกิดขึ้นเป็นประจำ = 5 โดยหากผู้ที่ทำแบบวัดได้คะแนนรวมสูง หมายถึง มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่มาก และหากผู้ที่ทำแบบวัดได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงที่น้อย

โดยข้อคำถามในแบบวัดความเหนื่อยล้าในการเห็นอกเห็นใจที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ได้ปรับปรุงพัฒนาข้อคำถามจากแบบวัด The Compassion Fatigue Scale - Short Scale ของ Adams et al. (2008)¹⁹ และ Professional Quality of Life Scale ของ Hundall Stamm (2009)²⁰ แล้วนำแบบวัดที่ปรับปรุงพัฒนามาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและกระบวนการของโปรแกรมโดยผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา 3 ท่าน ตรวจสอบและทำการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป โดยนำคำถามทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ไปทดลอง (try out) กับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการในหลายจังหวัด ซึ่งข้อคำถามทั้งหมดผ่านเกณฑ์ทั้ง 35 ข้อ ไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ได้ผลรวมความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 2 โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อบาดแผลทางใจ

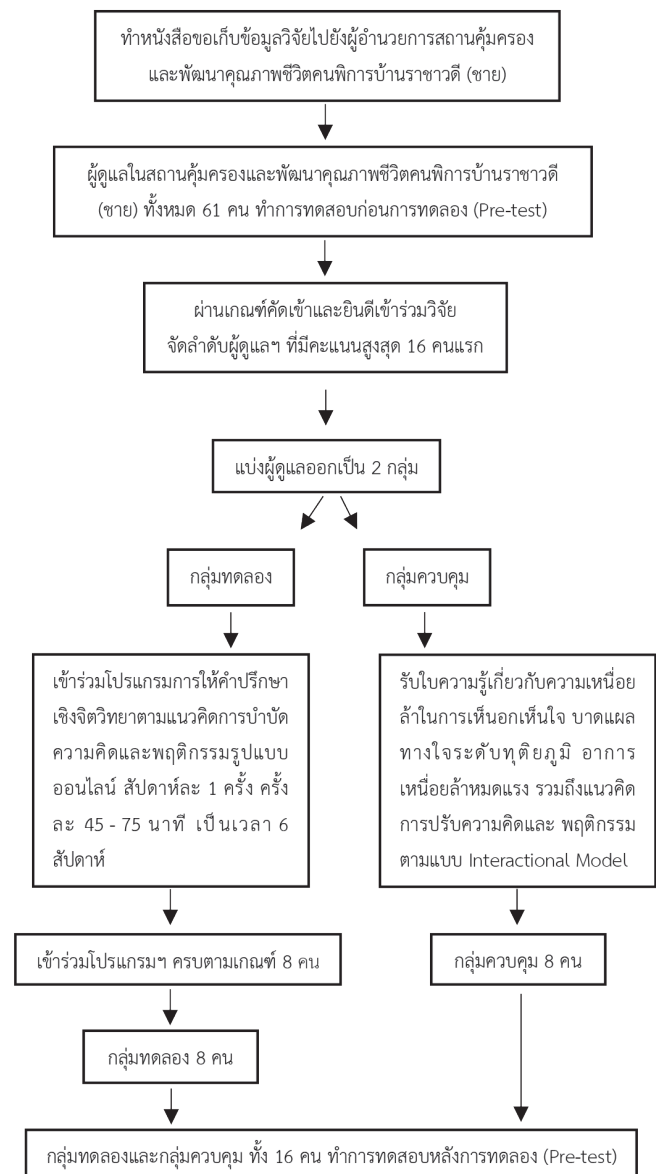
ระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้า ในการเห็นอกเห็นใจ โปรแกรมมีทั้งหมด 6 ครั้ง ใช้เวลาสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 75 นาที รวม 6 สัปดาห์

โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิด การบำบัดความคิดและพฤติกรรม ผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมให้ เหมาะสมกับผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ โดยให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการเข้ารับการปรึกษา ในแต่ละครั้ง และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประกอบไปด้วย อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาและนักจิตวิทยาการศึกษา ชำนาญการที่ทำงานในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการเป็นผู้ตรวจสอบ โดยผู้วิจัยปรับแก้ตามคำแนะนำ และ นำเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรม เพื่อตรวจสอบความเหมาะสม และนำไปใช้จริงโดยโปรแกรมทั้ง 6 ครั้ง ที่สร้างขึ้นจะประกอบไปด้วย รายละเอียดโดยย่อดังนี้ ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ประเมิน ความกังวล แนะนำให้รู้จักและคุ้นเคยกับความเหนื่อยล้าจากการ เห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้า หมดแรง และการบำบัดความคิดและพฤติกรรม ครั้งที่ 2 ร่วมค้นหา สาเหตุของปัญหา ระบุความเชื่อที่ไม่พึงประสงค์ การจดบันทึก ความคิด กำหนดเป้าหมาย ครั้งที่ 3 สำรวจแนวทางในการจัดการ ด้านความคิด เสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาด้านความคิด มอบหมายการบ้านด้านการจดบันทึกความคิด ครั้งที่ 4 ทบทวน การบ้าน สำรวจแนวทางในการจัดการด้านอารมณ์ เสริมสร้าง กระบวนการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ มอบหมายการบ้านด้านการจัดการอารมณ์ ครั้งที่ 5 ทบทวนการบ้าน สำรวจแนวทาง ในการจัดการด้านพฤติกรรม เสริมสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหา ด้านพฤติกรรม มอบหมายการบ้านด้านการปรับพฤติกรรม กระตุ้น พฤติกรรม การผ่อนคลาย หารือเกี่ยวกับการยุติการเข้ารับการ ปรึกษาและเตรียมพร้อมสำหรับการรักษาการเปลี่ยนแปลง ครั้งที่ 6 ทบทวนการบ้าน เสริมสร้างคุณลักษณะทางบวก สรุป และทบทวนแนวทางที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม การคงสภาพ การเปลี่ยนแปลง และยุติการให้คำปรึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของ ความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Mann Whitney U Test

วิธีดำเนินการวิจัย



รูปที่ 1 ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กพิการทางสมอง และปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการโดย คัดเลือกจากผู้ดูแลที่มีคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ มากที่สุด 16 อันดับแรก แต่มีผู้ดูแลบางท่านที่ไม่ประสงค์เข้าร่วม โปรแกรมฯ จึงจัดลำดับ 16 อันดับแรกที่ประสงค์เข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 8 คน ดังแสดงใน ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
เพศ		
ชาย	0	0
หญิง	8	8
อายุ		
31 - 40	1	1
41 - 50	4	4
51 - 60	2	2
61 ขึ้นไป	1	1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงทั้งหมด เนื่องจากเป็นไปตามระเบียบของสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการบ้านราชวดี (ชาย) โดยมีอายุระหว่าง 31 - 40 ปี 2 คน 41 - 50 ปี 8 คน 51 - 60 ปี 4 คน และ 61 ปีขึ้นไป 2 คน รวมทั้งสิ้น 16 คน และมีอายุงานอยู่ในระหว่าง 3 - 28 ปี

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม

จากการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจก่อนเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .598$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .004$) เช่นเดียวกับผลต่างคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .442$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของผู้ดูแลใน

สถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .006$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .343$) และผลต่างคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของผู้ดูแลในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการเหนื่อยล้าหมดแรงของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($p = .139$) ดัง ตารางที่ 2

วิจารณ์

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ โดยผลจากการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีผลต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ซึ่งอธิบายได้ว่าการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรม อาจเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Abolmaali และ Aghaeepour Gavasaraee ในปี 2015²¹ ที่ศึกษาผลของการปรับความคิดและพฤติกรรมสำหรับลดระดับอาการบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ (secondary trauma) ในภรรยาของทหารผ่านศึกในภาวะเครียดหลังผ่านเหตุการณ์ร้ายแรง โดยผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิในกลุ่มทดลองนั้นต่ำกว่ากลุ่มควบคุม เช่นเดียวกับการศึกษาการปลดปล่อยทางจิตใจจากการทำงานและความเป็นอยู่ที่ดีในกลุ่มลูกจ้าง: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างการบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมรูปแบบออนไลน์ และการเจริญสติ (mindfulness) ของ Tement และคณะ ในปี 2020²² โดยการศึกษา

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		N	Mann Whitney U Prob
	M	SD	M	SD		
ก่อนการทดลอง						
ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	90.3	25.5	83.5	14.6	8	.598
บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ	50.6	10.3	53.1	8.8	8	.442
อาการเหนื่อยล้าหมดแรง	39.6	15.7	30.4	6.9	8	.343
หลังการทดลอง						
ความเหนื่อยล้า จากการเห็นอกเห็นใจ	44.6	2.7	78.1	23.2	8	.004
บาดแผลทางจิตใจ ระดับทุติยภูมิ	23.5	2.7	48.3	18.4	8	.006
อาการเหนื่อยล้า หมดแรง	22.4	2.2	30.9	9.9	8	.139

ผู้วิจัยคาดว่า การบำบัดแบบความคิดและพฤติกรรมแบบออนไลน์นั้น สามารถเพิ่มการแยกแยะความเครียดจากการทำงานและลดอาการเหนื่อยล้าหมดแรงได้ เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับการเจริญสติ และกลุ่มควบคุม และคาดว่า การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม จะนำไปสู่การยกระดับสุขภาวะโดยทั่วไปและการทำงาน

จุดแข็งและข้อจำกัด

การศึกษานี้เป็นการนำโปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรง โดยเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และพัฒนาบนฐานแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมภายใต้บริบทของกลุ่มผู้ดูแลเฉพาะ ซึ่งอาจมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะ ซึ่งอาจทำให้การอธิบายผลในมุมกว้างเป็นไปได้ยาก

สรุป

การศึกษานี้พบว่า โปรแกรมการให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยาตามแนวคิดการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยบรรเทาและลดความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ บาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ และอาการเหนื่อยล้าหมดแรงในกลุ่มผู้ดูแลเด็กพิการทางสมองและปัญญาในสถานคุ้มครองและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการได้ แต่อาจมีข้อจำกัดเรื่องของขนาดกลุ่มตัวอย่างและการอธิบายผลในวงกว้าง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งนี้วัดผลหลังจากเสร็จสิ้นการร่วมโปรแกรมโดยทันที หากมีการศึกษาครั้งต่อไปอาจมีการติดตามผลของผู้เข้าร่วมโปรแกรมในระยะยาว เพื่อวัดการคงสภาพของระดับบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจ

2. ผลจากการพัฒนาโปรแกรมเพื่อลดบาดแผลทางจิตใจระดับทุติยภูมิ อาการเหนื่อยล้าหมดแรง และความเหนื่อยล้าจากการเห็นอกเห็นใจสามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น อาสาสมัครบนพื้นที่ห่างไกล อาชีพครูใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้ดูแลสัตว์พิการหรือจรจัด เจ้าหน้าที่ในค่ายผู้อพยพหรือผู้ลี้ภัย ผู้พิพากษา ทนายความ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

จิราวรรณ ธงสะอาด ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล เขียนบทความ

สุพัทธ แสนแจ่มใส ออกแบบการศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Empowerment of Persons with Disabilities Thailand. Disabled person situation [Internet]. 2010-2021 [cited 2021 October 5]. Available form: <https://dep.go.th/th/law-academic/knowledge-base/disabled-person-situation>
2. Nittaya N, Boonkorn B, Thongpetch T, Karnchana K. Department of Mental Health reveals more than 1 million Thai people have intellectual disabilities [Internet]. 2018 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28246>
3. Sriwongpanich N, Wechviroon C, Phosombun W, Thatsinpong C, Chuasuk T, Anpurawatanakit A, Rayan S. Intellectual disabilities [Internet]. 2014 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://th.rajanukul.go.th/ข้อมูลวิชาการ:กลุ่มโรคสำคัญ/บทพร่องทางสติปัญญา>
4. National Statistical Office of Thailand. Disability Poll Results [Internet]. 2017 [cited 2021 November 25]. Available form: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/12-61/N04-12-61-1.pdf>
5. Home for Protection and Development for Persons with Disabilities (Male). Statistics of service recipients and staff rates [Internet]. 2021 [cited 2021 February 17]. Available form: <http://www.banrachawadee.com/Content/Structure.aspx>
6. Mahwanukul T. Report of the disabled situation in Thailand [Internet]. 2021 [cited 2021 November 25]. Available form: https://dep.go.th/images/uploads/files/situation_Sep64.pdf
7. Siriratleka T. Intellectual disabilities [Internet]. 2017 [cited 2021 December 5]. Available form: <https://www.happyhomeclinic.com/Download/article/sp05-intellectual-disability.pdf>
8. Raina P, O'Donnell M, Schwellnus H, Rosenbaum P, King G, Brehaut J, et al. Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. BMC Pediatrics 2004; 4(1): 1-13.
9. Korsuwan K. Intellectual disabilities. 1st ed. Bangkok: Srinakarinwirot University; 2010.
10. Polkrang P. Health-promoting behavior of child caregivers with developmental delays [dissertation]. Changmai: Changmai University; 2004.
11. Didden R, Korzilius H, Aperlo B, Overloop C, Vries M. Sleep problems and daytime problem behaviours in children with intellectual disability. Journal of Intellectual J Intellect Disabil Res 2002;46:537-47.
12. Danvanich W. Depression and related factors in caregivers of children with intellectual disabilities. [dissertation]. Changmai: Changmai University; 2008.
13. Pines A, Aronson E. Career Burnout: Causes and Cures. 1st ed. New York: Free Pres; 1988.
14. Hundall S. Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL) [Internet]. 2009 [cited 2021 November 25]. Available form: <https://proqol.org/proqol-measure>
15. Panurach S. Nursing life quality assessment. Songklanagarind Journal of Nursing 2008; 38(1): 129-43.
16. Figley C. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. 1st ed. New York: Taylor & Francis Group LLC; 1995.
17. Tapinta D. Depression: therapy and counseling by adjusting cognitive and behavior. 1st ed. Changmai: Wanida Kampim; 2020.
18. Beck A, Rush J, Shaw B, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford 1979.
19. Adams E, Figley C, Boscarino A. The compassion fatigue scale: Its use with social workers following urban disaster. Res Soc Work Pract 2008;18(3) :238-50.
20. Hundall S. Professional quality of life measure: Compassion, satisfaction, and fatigue version 5 (ProQOL) 2009.
21. Tement S, Zorjan S, Lavric M, Postuvan V, Plohl N. A randomized controlled trial to
22. improve psychological detachment from work and well-being among employees: a study protocol comparing online CBT-based and mindfulness interventions. BMC Public Health. 2020; 20(1): 1708.
23. Abolmaali K, Aghaeepour Gavasararee M. Effectiveness of cognitive-behavioral training on reducing the secondary trauma symptoms of PTSD veterans' wives. Iranian Journal of War and Public Health 2015; 7(2): 57-65.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

กัณตพัฒน์ ราชไชยา*, มุทิตา พนาสติดิษฐ์**

*กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์

วิธีการศึกษา การศึกษานี้เป็นเป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง ในกลุ่มผู้ป่วยช่วงอายุ 20 - 60 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าเป็นครั้งแรก และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2565 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ chi-square test, Fisher's Exact test, Kruskal-Wallis test, binary logistic regression และ multivariable logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยซึมเศร้าเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 441 คน มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 31 ปี (IQR = 28) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จำนวน 211 คน (ร้อยละ 47.9) เพศหญิง ร้อยละ 73.9 พบว่าร้อยละ 72.8 อยู่ในสถานภาพโสด และว่างงาน ร้อยละ 58.7 พบความชุกของความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 64.0 ในกลุ่มนี้แบ่งเป็นผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 37.9 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression พบ 2 ปัจจัย ได้แก่ เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง (AOR 104.09, 95% CI 43.51-249.04) และการทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 65.15, 95% CI 21.44-197.97)

สรุป จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ การทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า และอาจเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้

คำสำคัญ โรคซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย การคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย

Prevalence and Factors Associated with Suicidality in Patients with Major Depressive Disorder in Charoenkrung Pracharak Hospital

Kuntapat Rachchaiya*, Muthita Phanasathit**

*Psychiatric Department, Charoenkrung Pracharak Hospital

**Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence of suicidality among patients diagnosed with major depressive disorder and to identify factors associated with suicidality in these patients at Charoenkrung Pracharak Hospital.

Methods: A retrospective descriptive-analytic study was conducted on patients between the ages of 20 - 60 years, diagnosed with major depressive disorder for the first time and were treated within the six-month period of being diagnosed at Charoenkrung Pracharak Hospital throughout 2022. The study involved the use of questionnaires that consisted of demographic data, a depression rating scale consisting of 9 questions (9Q), and a suicidal rating scale consisting of 8 questions (8Q). The data were analyzed using chi-square test, Fisher's Exact test, Kruskal-Wallis test, binary logistic regression, and multivariable logistic regression.

Results: The study involved 441 patients diagnosed with major depressive disorder, with a median age of 31 years (IQR = 28). Among them, 211 patients (47.9%) were between the ages of 20 - 30 years. The majority of the patients were females 73.9%, no couples 72.8%, and unemployed 58.7%. The prevalence of suicidality was 64.0%. These include 37.9% of suicidal ideations and 26.1% of suicidal attempts. The two factors that were statistically significant related to suicidality, as analyzed by multivariable logistic regression, were severe major depressive disorder (AOR 104.09, 95% CI 43.51-249.04) and self-harm (AOR 65.15, 95% CI 21.44-197.97).

Conclusion: The study identified self-harm and severe major depressive disorder as significant factors associated with suicidality in patients with major depressive disorder. These factors must be considered while evaluating patients with major depressive disorder and may be effective methods for preventing suicide in such patients.

Keywords: major depressive disorder, suicidality, suicidal ideation, suicidal attempt

Corresponding author: Kuntapat Rachchaiya

E-mail: kissinkurami@hotmail.com

Received 31 August 2023 Revised 2 October 2023 Accepted 3 October 2023

บทนำ

ผู้ป่วยซึมเศร้าส่วนใหญ่จะมีอาการเบื่อหน่ายทำอะไรไม่สนใจทำอะไร มีปัญหาการนอนไม่ค่อยมีแรง เบื่ออาหารทำอะไรเข้าลง¹⁻² และมีอาการสำคัญ คือ ไม่อยากมีชีวิตอยู่ มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมากกว่าร้อยละ 50³ และพบว่าผู้ที่มีความคิดฆ่าตัวตายจะมีแนวโน้มอย่างสูงที่จะพยายามฆ่าตัวตาย และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายบ่อยครั้งก็มีโอกาสฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด⁴⁻⁵ โดยมีความชุกของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายจนฆ่าตัวตายสำเร็จมากถึงร้อยละ 79⁶ ปัญหาการฆ่าตัวตายจึงเป็นปัญหาสำคัญระดับโลกที่ทำให้เกิดการสูญเสียด้านทรัพยากรบุคคล และส่งผลกระทบต่อทางจิตต่อผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ 9 คนต่อประชากรแสนคน⁷ โดยในทุกๆ 40 วินาที จะมีผู้คนทั่วโลกฆ่าตัวตาย 1 คน และมีแนวโน้มจะมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี⁸ โดยร้อยละ 50 - 70 ของผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า⁹ ในแถบเอเชียมีการศึกษาในประเทศจีน พบความชุกของผู้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ร้อยละ 53.4 โดยจะมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงาน¹⁰ สถิติของประเทศไทยโดยกรมสุขภาพจิตพบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นในทุกๆ ปี โดยเมื่อดูจากสถิติย้อนหลัง 10 ปี พบว่าเมื่อปี พ.ศ. 2553 มีอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จอยู่ที่ 5.9 ต่อประชากรแสนคน และในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 7.37 ต่อประชากรแสนคน¹¹ มีการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าในช่วง 6 เดือนแรก มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 76.4 โดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร¹²

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยอ้างอิงจากสถิติของโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ต่อเนื่องตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 - 2564 พบอัตราการพยายามฆ่าตัวตายร้อยละ 2.21, 3.17 และ 4.51 ตามลำดับ ซึ่งโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เป็นโรงพยาบาลที่มีสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายสูงสุด 3 อันดับแรกของโรงพยาบาลในสังกัดของสำนักงานแพทย์ ตลอดระยะเวลา 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2564 ในปี 2565 พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์มีสถิติสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานแพทย์

กรุงเทพมหานครทั้ง 11 โรงพยาบาล โดยมีผู้มารับบริการเป็นจำนวนทั้งสิ้น 7,375 คนจำนวน 16,393 ครั้ง และผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการสูงสุดเป็นอันดับ 1 โดยมีจำนวนผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการทั้งรายเก่าและรายใหม่จำนวนทั้งสิ้น 1,223 คน การเฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์โดยการประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายจึงสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย¹³⁻¹⁴

ฉะนั้นงานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (suicidality) ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (suicidal ideation) รวมถึงพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย (suicidal attempt)¹⁵⁻¹⁶ และศึกษาถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า (major depressive disorder) เพื่อทราบขนาดของปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเพื่อนำไปสู่การเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้าต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (retrospective descriptive-analytic study) เพื่อหาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้า ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน กรุงเทพมหานคร รหัสโครงการ S014hc/66_EXP รับรองวันที่ 26 มิถุนายน 2566

กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) มาก่อน ที่รับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ในปี พ.ศ. 2565 ผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้าโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ร่วมกับคะแนนประเมินโรคซึมเศร้าจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ที่ได้คะแนนมากกว่า 7 คะแนนขึ้นไป โดยเก็บข้อมูลจากการทบทวนเวชระเบียน โดยดูการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัส F32.0 - F32.3 และ F32.9 กลุ่มตัวอย่างมีอายุตั้งแต่ 20 - 60 ปี และอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา โดยจะเลือกเก็บข้อมูลในครั้งที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงสุด ได้แก่ พยายามฆ่าตัวตาย คิดอยากฆ่าตัวตาย ไม่มีความคิด

อยากฆ่าตัวตาย รวมถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) โรคจิตประเภทรูปอื่น (other psychotic disorder) โรคอารมณ์ 2 ขั้ว (bipolar disorder) หรือเคยมีประวัติ mania หรือ hypomania ก่อนหน้านี้ และผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคทางกายหรือการใช้ยาเสพติด

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จะคัดเลือกผู้ป่วยทั้งหมดที่เป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ ประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช ประวัติโรคจิตกักขังร่วม (anxiety disorder) ประวัติโรคเกี่ยวกับการใช้สุรา (alcohol use disorder) ประวัติการรักษาโดยใช้ยากกลุ่มคลายกังวลร่วม (benzodiazepine) ที่ได้รับหลังการวินิจฉัยการพาดูแล เพื่อให้ทราบข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างและนำไปใช้หาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
2. แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ เพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าและระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้า ซึ่งประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับอาการของโรคซึมเศร้า 9 ข้อ ให้เลือกตอบ 4 ตัวเลือก คือ ไม่มีอาการเลยให้ค่าคะแนน = 0 เป็นบางวันให้ค่าคะแนน = 1 เป็นบ่อยให้ค่าคะแนน = 2 และเป็นทุกวันให้ค่าคะแนน = 3 มีค่าคะแนนรวมสูงสุด 27 คะแนน จุดตัดของคะแนนคือตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไว ร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้อง ร้อยละ 83.29 ค่า positive likelihood ratio = 5.10 ค่า ROC area 0.897 (95%CI 0.85 - 0.943)² โดยแบบประเมินดังกล่าวได้อนุญาตให้ใช้อย่างแพร่หลายแบบสาธารณะโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่งเสริมให้ใช้เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานในเวชปฏิบัติ การแปลผลคะแนน <7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก 7 - 12 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13 - 18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง ≥19 คะแนนมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยข้อมูลจากแบบประเมิน 9Q ที่จะนำมา

ใช้วิเคราะห์ทางสถิติ ได้แก่ ไม่สนใจทำอะไร ดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 1 ซึมเศร้าทำอะไรดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 2 หลับยากนอนไม่หลับดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 3 ไม่ค่อยมีแรงดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 4 เบื่ออาหารดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 5 คิดว่าตัวเองล้มเหลวดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 6 สมองไม่ดีดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 7 ทำอะไรช้าลงดูจากแบบประเมิน 9Q ข้อ 8 ระดับความรุนแรงของโรคซึมเศร้าดูจากผลรวมของคะแนนจากแบบประเมิน และค่าผลรวมคะแนนจากแบบประเมิน 9Q ของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งปัจจัยทั้งหมดจะถูกนำไปวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

3. แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) โดยนักจิตวิทยาเป็นผู้สัมภาษณ์ เพื่อประเมินความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และได้ไม่ได้ ค่า kappa 0.86 ค่าความไว ร้อยละ 96 ค่าความจำเพาะ ร้อยละ 91 positive predictive value ร้อยละ 90 negative predictive value ร้อยละ 97¹⁷⁻¹⁸ โดยแบบประเมินดังกล่าวได้อนุญาตให้ใช้อย่างแพร่หลายแบบสาธารณะโดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งส่งเสริมให้ใช้เป็นแบบคัดกรองมาตรฐานในเวชปฏิบัติ การแปลผล 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย 1 - 8 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับน้อย 9 - 16 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับปานกลาง มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน มีแนวโน้มฆ่าตัวตายในระดับรุนแรง โดยข้อมูลนี้นำมาใช้วิเคราะห์ทางสถิติจากแบบประเมิน 8Q ได้แก่ ทำให้ตัวเองบาดเจ็บดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 6 และผลคะแนนรวมของ 8Q ในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อนำไปวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และนอกจากนี้ยังใช้ข้อมูลจาก 8Q ประกอบในการดูความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดอยากฆ่าตัวตายดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 3 และการพยายามฆ่าตัวตายดูจากแบบประเมิน 8Q ข้อ 7 และต้องมีรหัสการวินิจฉัยตาม ICD 10 เป็นรหัสของการพยายามฆ่าตัวตาย รหัส X60 - X84 ในช่วงของการศึกษาร่วมด้วย

การเก็บข้อมูลจะเป็นการเก็บข้อมูลตามแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร จากการทบทวนบันทึกเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้ามาก่อน ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ตั้งแต่เดือนมกราคม - ธันวาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) โดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ร่วมกับดูการวินิจฉัยตามระบบ ICD-10 รหัส F32.0 - F32.3 และ F32.9 โดยอยู่ในช่วง 6 เดือนแรกของการรักษา โดยเลือกเก็บข้อมูลในครั้งที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายสูงสุด ส่วนข้อมูลโรคร่วม โรควิตกกังวล (anxiety disorder) ดูจาก ICD-10 รหัส F40-F41 และโรคที่เกี่ยวกับการใช้สุรา (alcohol use disorder) ดูจาก ICD-10 รหัส F10.10, F10.20 และวินิจฉัยโรคร่วมโดยจิตแพทย์ตามเกณฑ์ DSM-5 criteria¹ ที่ระบุไว้ในเวชระเบียน และผู้ป่วยทุกรายได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน 9Q และ 8Q จากการสัมภาษณ์โดยนักจิตวิทยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ความชุกนำเสนอเป็นร้อยละของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายและผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย สถิติเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ คะแนนรวมจากแบบประเมิน 9Q และ 8Q นำเสนอเป็นค่ามัธยฐาน และ interquartile range (IQR) และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายโดยใช้ Kruskal-Wallis test สถิติเชิงคุณภาพ ได้แก่ เพศ สถานภาพ อาชีพ และประวัติครอบครัวเป็นโรคจิตเวช ซึ่งหมายถึงโรคจิตเวชที่มีโอกาสถ่ายทอดทางพันธุกรรมสูง ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท โรคอารมณ์สองขั้ว บัณฑิตอาการทางคลินิก โรควิตกกังวลร่วม โรคการใช้สุราร่วม การใช้ยาคลายกังวล การพักอาศัย นำเสนอเป็นจำนวนร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ใช้การทดสอบ chi-square test และ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป อาการของโรคซึมเศร้า กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย โดยถือว่ามีความสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < .05$ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย คือ ผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายรวมกับผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย โดยตัดผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จออก เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (no suicidal idea) ทดสอบความสัมพันธ์ทางสถิติโดยใช้ binary logistic regression ส่วนการเปรียบเทียบปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายเทียบกับผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย กลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับ

ผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และกลุ่มผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย จะทดสอบทางสถิติโดยใช้ multivariable logistic regression โดยคัดเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบวิเคราะห์ในรูปแบบต่างๆ จากผลการวิเคราะห์ตัวแปรอิสระซึ่งได้แก่ ปัจจัยพื้นฐาน อาการของโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นำเสนอเป็นค่า adjusted odds ratio (AOR) และช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (95% confidence interval: 95% CI)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 441 คน มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 31 ปี (IQR = 28 ปี) ผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 30 ปี 211 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9 เป็นเพศชาย 115 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 เพศหญิง 326 คน คิดเป็นร้อยละ 73.9 พบว่าร้อยละ 72.8 อยู่ในสถานภาพโสด ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ที่มีสถานะ โสด หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ว่างงาน ร้อยละ 58.7 อาศัยอยู่คนเดียว ร้อยละ 51.5 และมีประวัติเป็นโรคจิตเวชในครอบครัว ร้อยละ 55.1 ดังแสดงในตารางที่ 1

ความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายจากการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 64 มีจำนวน 282 คน แยกเป็นผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 167 คน คิดเป็นร้อยละ 37.9 และผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย 115 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 โดยพบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่ไม่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย คือผู้ที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย 158 คน คิดเป็นร้อยละ 35.8 ส่วนผู้ป่วยซึมเศร้าที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ (death from suicide) จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.2 จำนวนผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1 ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายสำเร็จนั้นไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายตามนิยามที่อ้างอิง¹⁵⁻¹⁶ และมีจำนวนเพียง 1 คน จึงไม่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติร่วมด้วยในตารางที่ 2 - 5

ข้อมูลของอายุเก็บข้อมูลเป็นปี ซึ่งเป็นข้อมูลต่อเนื่องเชิงปริมาณและพบการกระจายตัวของข้อมูลแบบไม่ปกติ โดยพบการกระจายตัวสูงในช่วงอายุ 20 - 30 ปี จึงนำเสนออายุเป็นค่ามัธยฐาน และ IQR โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีค่ามัธยฐานของอายุ 31 ปี (IQR 28) กลุ่มผู้ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 44.5 ปี (IQR 29) ผู้มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 27 ปี (IQR 23) ผู้มีความพยายามในการฆ่าตัวตายมีค่ามัธยฐานของอายุ 24 ปี (IQR 15) และเมื่อนำมาวิเคราะห์

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	จำนวน (คน) (N=441)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	115	26.1
หญิง	326	73.9
ช่วงอายุ		
20 - 30	211	47.9
31 - 40	68	15.4
41 - 50	52	11.8
51 - 60	110	24.9
สถานภาพ		
มีคู่	120	27.2
ไร้คู่	321	72.8
อาชีพ		
มีอาชีพ	182	41.3
ว่างงาน	259	58.7
ประวัติครอบครัวเป็นโรคทางจิตเวช		
มี	243	55.1
ไม่มี	198	44.9
โรคจิตตกกังวลร่วม		
มี	168	38.1
ไม่มี	273	61.9
โรคเกี่ยวกับการใช้สุรา		
มี	95	21.5
ไม่มี	346	78.5
การพักอาศัยอยู่คนเดียว		
ใช่	227	51.5
ไม่ใช่	214	48.5
การใช้ยาคลายกังวลร่วม		
ใช่	318	72.1
ไม่ใช่	123	27.9
ความเสี่ยงการฆ่าตัวตายและฆ่าตัวตายสำเร็จ		
ไม่คิดฆ่าตัวตาย	158	35.8
มีความคิดฆ่าตัวตาย	167	37.9
พยายามฆ่าตัวตาย	115	26.1
ฆ่าตัวตายสำเร็จ	1	00.2

ความแตกต่างของแต่ละกลุ่มโดยการทดสอบทางสถิติโดยใช้ Kruskal-Wallis test พบค่า p-value <.001 ซึ่งแสดงว่าแต่ละกลุ่มมีค่ามัธยฐานของอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากการกระจายตัวของข้อมูลด้านอายุและสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ พบว่าช่วงอายุ 20 - 30 ปี เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุด จึงเป็นเหตุผลที่ตัดเอาช่วงอายุนี้นี้มาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

จากการวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลทั่วไปในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ซึ่งประกอบด้วยกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย และพยายามฆ่าตัวตายโดยไม่นับรวมผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ได้แก่ปัจจัยดังต่อไปนี้ ช่วงอายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว มีโรคจิตตกกังวลร่วม มีโรคเกี่ยวกับการใช้สุรา ร่วม การอาศัยอยู่คนเดียว การใช้ยาคลายกังวลร่วม ดังแสดงในตารางที่ 2

จากแบบประเมิน 9Q และ 8Q พบว่าผลคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละแบบประเมินมีการกระจายตัวที่ไม่ปกติ จึงนำเสนอเป็นค่ามัธยฐานและ IQR ของแต่ละกลุ่มได้แก่ กลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย มีค่ามัธยฐานผลรวมคะแนนรวมจากแบบประเมิน 9Q = 8 คะแนน (IQR 1) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 0 คะแนน (IQR 0) กลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายมัธยฐานผลรวมคะแนน 9Q = 16 คะแนน (IQR 4) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 9 คะแนน (IQR 4) และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายมัธยฐานผลรวมคะแนน 9Q = 20 คะแนน (IQR 2) มัธยฐานผลรวมแบบประเมิน 8Q = 21 คะแนน (IQR 10) โดยเมื่อนำผลรวมคะแนนมาทดสอบทางสถิติโดยใช้ Kruskal-Wallis test พบค่า p-value <.001 ทั้ง 2 แบบประเมิน ซึ่งแสดงว่าแต่ละกลุ่มมีค่ามัธยฐานของคะแนนของแบบประเมิน 9Q และ 8Q แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำปัจจัยด้านอาการซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q มาทำการวิเคราะห์โดยใช้ chi-square test และ Fisher's Exact test พบว่าอาการของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q เมื่อเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย โดยไม่นับรวมกลุ่มผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ พบความแตกต่างในแต่ละกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่การดังต่อไปนี้ไม่สนใจทำอะไร

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ากับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

ข้อมูลทั่วไป	จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย				p-value
	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ) (n=440)	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=167)	พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=115)	
เพศ					
ชาย	114 (26.1)	32 (28.1)	48 (42.1)	34 (29.8)	.120
หญิง	326 (73.9)	126 (38.7)	119 (36.5)	81 (24.8)	
ช่วงอายุ					< .001**
20 - 30 ปี	211 (48.0)	48 (22.8)	91 (43.1)	72 (34.1)	
มากกว่า 30 ปี	229 (52.0)	110 (48.0)	76 (33.2)	43 (18.8)	
สถานภาพ					< .001**
ไร้คู่	321 (72.8)	74 (23.1)	147 (45.8)	100 (31.1)	
มีคู่	119 (27.2)	84 (70.6)	20 (16.8)	15 (12.6)	
อาชีพ					< .001**
ว่างงาน	258 (58.7)	41 (15.9)	127 (49.2)	90 (34.9)	
มีอาชีพ	182 (41.3)	117 (64.3)	40 (22.0)	25 (13.7)	
ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว					< .001**
มี	242 (55.1)	12 (5.0)	132 (54.5)	98 (40.5)	
ไม่มี	198 (44.9)	146 (73.7)	35 (17.7)	17 (8.6)	
โรคติดกัญชา					< .001**
มี	168 (38.1)	9 (5.4)	112 (66.6)	47 (28.0)	
ไม่มี	272 (61.9)	149 (54.8)	55 (20.2)	68 (25.0)	
โรคเกี่ยวกับการใช้สุรา					< .001**
มี	95 (21.5)	0 (0.0)	53 (55.8)	42 (44.2)	
ไม่มี	345 (78.5)	158 (45.8)	114 (33.0)	73 (21.2)	
การพักอาศัยอยู่คนเดียว					< .001**
ใช่	226 (51.5)	14 (6.2)	129 (57.1)	83 (36.7)	
ไม่ใช่	214 (48.5)	144 (67.2)	38 (17.8)	32 (15.0)	
การใช้ยาคลายกังวล					< .001**
มี	318 (72.1)	95 (29.9)	144 (45.3)	79 (24.8)	
ไม่มี	122 (27.9)	63 (51.6)	23 (18.9)	36 (29.5)	

*p < .05, **p < .001

ซึมเศร้าที่แท้ไม่ค่อยมีแรง คิดว่าตัวเองล้มเหลว สมาธิไม่ดี ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ เป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงคือมีค่าคะแนน 9Q ≥ 19 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อนำปัจจัยที่มีความแตกต่างอย่างนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 2 และ 3 มาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้ binary logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งหมายถึงกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย รวมกับ

กลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย ไม่นับผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ เปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับกลุ่มมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพิจารณาจากค่า adjusted odds ratio ในทุกปัจจัยดังนี้ อายุช่วง 20 - 30 ปี (AOR 3.12, 95% CI 2.06 - 4.71) ไร้คู่ (AOR 7.91, 95% CI 4.94 - 12.65) ว่างงาน (AOR 9.40, 95% CI 6.00 - 14.73) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (AOR 51.64, 95% CI

26.84 - 98.63) เป็นโรคจิตกัณฑ์ร่วม (AOR 20.32, 95% CI 10.13 - 40.79) โรคที่เกี่ยวกับการใช้สุรา (AOR 161.46, 95% CI 9.95 - 2621.07) อาศัยอยู่คนเดียว (AOR 30.04, 95% CI 16.43 - 54.92) ใช้ยาคลายกัณฑ์ร่วม (AOR 2.50, 95% CI 1.63 - 3.83) ความรู้ลึกลับว่าตัวเองลัณฑ์เหลว (AOR 1802.22, 95% CI 441.34 - 7359.42) ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 152.27, 95% CI 29.98 - 7359.42)

ตารางที่ 3 อาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย				
อาการและความรุนแรงของโรคซึมเศร้า	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=167)	พยายามฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=115)	p-value
ไม่สนใจทำอะไร				.004*
มี	147 (34.5)	165 (38.7)	114 (26.8)	
ไม่มี	11 (78.6)	2 (14.3)	1 (7.1)	
ซึมเศร้าท้อแท้				< .001**
มี	109 (28.0)	165 (42.4)	115 (29.6)	
ไม่มี	49 (96.1)	2 (3.9)	0 (0.0)	
หลับยากนอนไม่หลับ				.235
มี	152 (35.3)	164 (38.1)	114 (26.5)	
ไม่มี	6 (60.0)	3 (30.0)	1 (10.0)	
ไม่ค่อยมีแรง				.003*
มี	86 (33.5)	114 (44.4)	57 (22.2)	
ไม่มี	72 (39.3)	53 (29.0)	58 (31.7)	
เบื่ออาหาร				.290
มี	138 (35.1)	154 (39.2)	101 (25.7)	
ไม่มี	20 (42.6)	13 (27.7)	14 (29.8)	
คิดว่าตัวเองลัณฑ์เหลว				< .001**
มี	2 (0.7)	158 (57.5)	115 (41.8)	
ไม่มี	156 (94.5)	9 (5.5)	0 (0.0)	
สมาธิไม่ดี				< .001**
มี	118 (35.5)	154 (64.4)	60 (18.1)	
ไม่มี	40 (37.0)	13 (12.0)	55 (50.9)	
ทำอะไรช้าลง				.100
มี	79 (33.6)	100 (42.6)	56 (23.8)	
ไม่มี	79 (38.5)	67 (32.7)	59 (28.8)	
ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ				< .001**
มี	1 (0.6)	55 (32.7)	112 (66.7)	
ไม่มี	157 (57.7)	112 (41.2)	3 (1.1)	
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า				< .001**
รุนแรง (9Q≥19)	0 (0.0)	20 (15.6)	108 (84.4)	
ไม่รุนแรง (9Q<19)	158 (50.6)	147 (47.1)	7 (2.2)	

*p < .05, **p < .001

และโรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 263.65, 95% CI 16.26 - 4275.51) ดังแสดงในตารางที่ 4

เมื่อนำปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากตารางที่ 4 มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้ multivariable logistic regression เพื่อหาปัจจัยที่มีผลกับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตาย เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พบปัจจัยที่มีผลกับการพยายามฆ่าตัวตาย โดยพิจารณาจากค่า adjusted odds ratio ในทุกปัจจัย ได้แก่ อายุช่วง 20 - 30 ปี (AOR 3.80, 95% CI 2.29 - 6.29) ไร้คู่ (AOR 7.35, 95% CI 3.96 - 13.66) ว่างาน (AOR 10.05, 95% CI 5.72 - 17.67) มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว (AOR 65.97, 95% CI 30.56 - 142.39) มีโรคติดก้นวเป็นโรคร่วม (AOR 10.91, 95% CI 5.14 - 23.17) โรคเกี่ยวกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม (AOR 183.3, 95% CI 11.13 - 3019.58) อาศัยอยู่คนเดียว (AOR 25.60, 95% CI 13.04 - 50.29) คิดว่าตัวเองล้มเหลว (AOR 14460.60, 95% CI 687.67 - 304081.34) ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 3375.00, 95% CI 490.87 - 23204.96) โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 4585.93, 95% CI 259.21 - 81134.03) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เทียบกับกลุ่มที่ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย จะมีปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความคิดอยากฆ่าตัวตายสอดคล้องกับกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายทุกประการ แต่จะมีปัจจัยด้านประวัติการใช้ยาคลายกังวลร่วม (AOR 4.09, 95% CI 2.38 - 7.01) เพิ่มอีกหนึ่งปัจจัยสำหรับกลุ่มผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เมื่อวิเคราะห์ในกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายเทียบกับกลุ่มที่คิดอยากฆ่าตัวตาย พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ การทำให้ตัวเองบาดเจ็บ (AOR 65.15, 95% CI 21.44 - 197.97) โรคซึมเศร้าในระดับรุนแรง (AOR 104.09, 95% CI 43.51 - 249.04) โดยจะพบว่าปัจจัย 2 ปัจจัยนี้มีนัยสำคัญทางสถิติในทุกรูปแบบของการวิเคราะห์เปรียบเทียบ ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

ความชุกของผู้ที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าจากการศึกษาอยู่ที่ร้อยละ 64 มีความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 37.9 พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 26.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 76.4 มีความคิดฆ่าตัวตาย ร้อยละ 62.4 และพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 35.4¹² เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในประเทศแถบยุโรปพบความเสี่ยง

การฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่ร้อยละ 46.67¹⁹ และจากการศึกษาในหลายภูมิภาคพบความชุกของผู้ที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 33.6 และผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 29.0⁸ การศึกษาในประเทศจีนที่มีความชุกของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีความคิดอยากฆ่าตัวตายอยู่ที่ร้อยละ 53.4¹⁰ และกลุ่มผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายพบความชุกที่ร้อยละ 24⁴ จากข้อมูลความชุกจะเห็นได้ว่ามีข้อมูลที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละภูมิภาค โดยอาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นขนาดกลุ่มตัวอย่าง ระเบียบวิธีการวิจัย เครื่องมือที่ใช้วัด และเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ช่วงเวลาในการศึกษา เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้านเพศจากการศึกษานี้ไม่พบความแตกต่างระหว่างเพศชายกับเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ จึงยังสรุปไม่ได้ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย เนื่องจากสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมากกว่าเพศชายสองเท่า แต่จากการศึกษาอื่นในประเทศไทยก่อนหน้านี้พบว่าเพศชายมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศหญิง¹² ซึ่งต่างจากการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นและเนเธอร์แลนด์ ที่เพศหญิงมีความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากกว่าเพศชาย²⁰⁻²¹ ปัจจัยด้านเพศที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย จึงเป็นปัจจัยที่น่าสนใจในการศึกษาต่อไป

ปัจจัยด้านอายุ จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยซึมเศร้าช่วงอายุ 20 - 30 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานครก่อนหน้านี้ ที่อายุช่วง 20 - 30 ปี สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายเช่นกัน¹² ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในประเทศจีนที่ผู้ป่วยซึมเศร้าอายุมากกว่า 40 ปี มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย เนื่องจากความแตกต่างของขนาดประชากร และการกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 40 - 50 ปี และเป็นการศึกษาในหลายภูมิภาคทั่วประเทศจีน¹⁰ ซึ่งการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครเท่านั้น

ด้านสถานภาพไร้คู่ ว่างาน และอาศัยอยู่คนเดียว พบมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทั้งความคิดอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย สอดคล้องกับหลายการศึกษาทั้งในประเทศไทยและประเทศแถบเอเชีย^{6,10,12,20} ซึ่งทั้ง 3 ปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่ามีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างชัดเจน¹⁰ และส่งผลทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้าขาดรายได้จากการว่างงาน ไม่มีกิจกรรมทำระหว่างวัน¹² ขาดการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นไม่ว่าจะ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีผลกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าโดยวิธี binary logistic regression

ปัจจัยที่มีผล	จำแนกตามความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย		p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)
	ไม่คิดฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=158)	เสี่ยงฆ่าตัวตาย (ร้อยละ) (n=282)		
ช่วงอายุ (ปี)			<.001**	3.12 (2.06 - 4.71)
20 - 30	48 (22.7)	163 (77.3)		
มากกว่า 30	110 (48.0)	119 (52.0)		
สถานภาพ			<.001**	7.91 (4.94 - 12.65)
ไร้คู่	74 (23.1)	247 (76.9)		
มีคู่	84 (70.6)	35 (29.4)		
อาชีพ			<.001**	9.40 (6.00 - 14.73)
ว่างงาน	41 (15.9)	217 (84.1)		
มีงานทำ	117 (64.3)	65 (35.7)		
โรคจิตเวชในครอบครัว			<.001**	51.46 (26.84 - 98.63)
มี	12 (5.0)	230 (95.0)		
ไม่มี	146 (73.7)	52 (26.3)		
โรควิตกกังวลร่วม			<.001**	20.32 (10.13 - 40.79)
มี	9 (5.4)	159 (94.6)		
ไม่มี	149 (54.8)	123 (45.2)		
โรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา			<.001**	161.46 (9.95 - 2621.07)
มี	0 (0.0)	95 (100.0)		
ไม่มี	158 (45.8)	187 (54.2)		
การพักอยู่คนเดียว			<.001**	30.04 (16.43 - 54.92)
ใช่	14 (6.2)	212 (93.8)		
ไม่ใช่	144 (67.3)	70 (32.7)		
ใช้ยาคลายกังวลร่วม			.014*	2.50 (1.63 - 3.83)
ใช่	95 (29.9)	223 (70.1)		
ไม่ใช่	63 (51.6)	59 (48.4)		
คิดว่าตัวเองล้มเหลว			<.001**	1802.22 (441.34 - 7359.42)
มี	2 (0.7)	273 (99.3)		
ไม่มี	156 (94.5)	9 (5.5)		
ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ			<.001**	152.27 (29.98 - 773.53)
มี	1 (0.6)	167 (99.4)		
ไม่มี	157 (57.7)	115 (42.3)		
ความรุนแรงของโรคซึมเศร้า			<.001**	263.65 (16.26 - 4275.51)
รุนแรง (9Q≥19)	0 (0.0)	128 (100.0)		
ไม่รุนแรง (9Q<19)	158 (50.6)	154 (49.4)		

*p < .05, **p < .001

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีผลกับความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย และกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับกลุ่มคิดอยากฆ่าตัวตายโดยวิธี multivariable logistic regression

ปัจจัยที่มีผล	มีความคิดฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ ไม่มีความคิดฆ่าตัวตาย		พยายามฆ่าตัวตายเปรียบเทียบกับ มีความคิดฆ่าตัวตาย	
	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)	p-value	Adjusted odds ratio (95% CI)
อายุ 20 - 30 ปี	.006*	2.73 (1.73 - 4.29)	< .001**	3.80 (2.29 - 6.29)	.676	1.39 (0.86 - 2.26)
สถานภาพไร้คู่	< .001**	8.16 (4.67 - 14.25)	< .001**	7.35 (3.96 - 13.66)	.956	0.9 (0.44 - 1.83)
ว่างงาน	< .001**	8.91 (5.40 - 14.70)	< .001**	10.05 (5.72 - 17.67)	.942	1.13 (0.64 - 1.98)
ประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว	< .001**	27.98 (14.50 - 53.98)	< .001**	65.97 (30.56 - 142.39)	.752	1.51 (0.80 - 2.83)
โรคจิตกึ่งจริงร่วม	< .001**	31.90 (15.37 - 66.22)	< .001**	10.91 (5.14 - 23.17)	.008*	0.34 (0.21 - 0.56)
โรคเกี่ยวกับการใช้ สุราร่วม	< .001**	148.12 (9.05 - 2423.81)	< .001**	183.3 (11.13 - 3019.58)	.862	1.24 (0.75 - 2.64)
อาศัยอยู่คนเดียว	< .001**	33.52 (17.52 - 64.13)	< .001**	25.6 (13.04 - 50.29)	.844	0.76 (0.44 - 1.31)
ใช้ยาคลายกังวล รวม	< .001**	4.09 (2.38 - 7.01)	.075	1.45 (0.87 - 2.40)	.082	0.35 (0.20 - 0.64)
คิดว่าตัวเอง ล้มเหลว	< .001**	1044.43 (254.84 - 4280.42)	< .001**	14460.60 (687.67 - 304081.34)	.379	13.85 (0.80 - 240.29)
ทำให้ตัวเอง บาดเจ็บ	< .001**	51.80 (10.05 - 266.97)	< .001**	3375.00 (490.87 - 23204.96)	< .001**	65.15 (21.44 - 197.97)
โรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง	< .001**	44.06 (2.64 - 734.99)	< .001**	4585.93 (259.21 - 81134.03)	< .001**	104.09 (43.51 - 249.04)

*p < .05, **p < .001

เป็นสามีหรือภรรยา เพื่อน เพื่อนร่วมงาน รวมถึงทำให้ขาดการช่วยเหลือทางสังคม (social support) โดยเฉพาะด้านการพูดคุยให้คำปรึกษา^{13,22} ทำให้เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหลายการศึกษา^{6,10,12-13,20,22} จึงทำให้ต้องตระหนักถึงปัญหาของผู้ป่วยซึมเศร้าที่มีสถานะไร้คู่ ว่างงาน

และอาศัยอยู่คนเดียว เป็นกลุ่มที่อาจต้องเฝ้าระวังเพื่อลดความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย

ด้านประวัติการเป็นโรคทางจิตเวชในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในหลายภูมิภาคที่พบว่า

ผู้ที่มีประวัติโรคทางจิตเวชในครอบครัว ส่งผลทำให้แนวโน้มของตัวโรคซึมเศร้าแย่ลงและเพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย^{13,23} จากการศึกษาพบผู้ที่มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากถึง 51 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มียาประวัติครอบครัว ประวัติโรคจิตเวชในครอบครัวจึงเป็นข้อมูลสำคัญที่ต้องสอบถามในการคัดกรองผู้ป่วยซึมเศร้าทุกราย

นอกจากนี้ยังมีปัจจัยโรคร่วมทางจิตเวชที่มีผลต่อความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าที่สอดคล้องกันหลายการศึกษา ได้แก่ โรควิตกกังวล และโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุรา ซึ่งโรคร่วมดังกล่าวทำให้แนวโน้มของโรคซึมเศร้าแย่ลง และมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ทั้งความคิดอยากฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{22,24-27} ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรควิตกกังวลและโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราร่วมกับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า เป็นกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังความเสี่ยงการฆ่าตัวตายมากยิ่งขึ้น

ด้านการรักษาโรคซึมเศร้าโดยการใช้ยาคลายกังวล ร่วมกับการรักษาด้วยยาด้านเศร้า (antidepressant) พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศไทย¹² จากการศึกษาพบความสัมพันธ์ของผู้ที่มีประวัติการใช้ยาคลายกังวลร่วมกับผู้ป่วยที่มีความคิดฆ่าตัวตาย แต่ไม่พบความสัมพันธ์กับผู้ป่วยซึมเศร้าที่พยายามฆ่าตัวตายแต่อย่างใด ทำให้ยังไม่สามารถสรุปความสัมพันธ์ของการใช้ยาคลายกังวลกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ และน่าจะต้องมีการศึกษาติดตามถึงผลการใช้ในระยะยาวต่อไป²⁸

ด้านอาการของโรคซึมเศร้าตามแบบประเมิน 9Q และ 8Q พบอาการสำคัญของโรคซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ได้แก่ การคิดว่าตัวเองล้มเหลว และทำให้ตัวเองบาดเจ็บ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนและฟินแลนด์ที่ได้กล่าวถึงอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้รู้สึกตัวตัวเองไร้คุณค่า และเป็นตัวบ่งชี้ที่ทำให้ผู้ป่วยซึมเศร้ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายและนำไปสู่การพยายามฆ่าตัวตาย เช่นเดียวกับการทำให้ตัวเองบาดเจ็บ พบว่าสามารถใช้เป็นตัวทำนายความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งความคิดในการอยากฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตาย^{10,22,29} บางการศึกษาพบว่าผู้ที่มีการทำให้ตัวเองบาดเจ็บทำให้เพิ่มความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าได้ถึง 10 เท่า¹³ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การคิดว่าตัวเองล้มเหลวและทำให้ตัวเองบาดเจ็บ มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อาการดังกล่าวจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ควรตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการในทุกครั้ง

จากการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าที่อยู่ในระดับรุนแรง มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในหลายการศึกษาพบว่าโรคซึมเศร้าระดับรุนแรงจะพบอาการแสดงของตัวโรคซึมเศร้าได้หลายอาการ โดยเฉพาะความคิดว่าตัวเองล้มเหลว ไร้คุณค่า มีความบกพร่องในการทำงาน การดูแลตัวเอง การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามฆ่าตัวตาย รวมถึงการฆ่าตัวตายสำเร็จในที่สุด^{22,30,31} การประเมินระดับความรุนแรงของผู้ป่วยซึมเศร้าจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยซึมเศร้า

การศึกษานี้เป็นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าหลายปัจจัยที่มีความแตกต่างกับการศึกษาในจังหวัดส่วนภูมิภาค ได้มีการศึกษาในจังหวัดภูเก็ตและพัทลุงพบปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายคือ มีโรคร่วมเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่เจาะจง มีระยะเวลาการรักษาซึมเศร้านานมากกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี และเคยมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน³²⁻³³ ภาคตะวันออกได้แก่จังหวัดชลบุรีและจันทบุรี พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ อายุ 40 - 49 ปี มีประวัติเป็นโรคทางกายเรื้อรัง มีอาชีพรับจ้าง และมีสถานภาพสมรส³⁴⁻³⁵ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดบุรีรัมย์ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ประกอบอาชีพรับจ้าง อายุต่ำกว่า 21 ปี³⁶ ภาคเหนือจังหวัดลำปาง พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ได้แก่ ทำอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ไม่ชอบเข้าสังคม³⁷ โดยสรุปปัจจัยที่มีสัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในการศึกษานี้ได้แก่ อายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวชในครอบครัว มีโรควิตกกังวล หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม อาศัยอยู่คนเดียว มีอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง อาจเป็นปัจจัยที่จำเพาะในการเฝ้าระวังผู้ป่วยซึมเศร้าในกรุงเทพมหานคร ที่แตกต่างออกไปจากจังหวัดในส่วนภูมิภาค

จุดเด่นของการศึกษานี้คือมีการวิเคราะห์ในเชิงสถิติ เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหลากหลายรูปแบบ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่มีความน่าเชื่อถือมากที่สุด ทั้งการวิเคราะห์แบบ binary logistic regression และ multivariable logistic regression จนได้ผล

การวิเคราะห์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติหลายปัจจัย และมีค่า adjusted odds ratio ที่สูงในหลายปัจจัยเช่นกัน

ข้อจำกัดของการศึกษาคือศึกษาผู้ป่วยซึมเศร้าในโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์เท่านั้น จึงไม่สามารถสะท้อนปัญหาของทั้งประเทศ การศึกษานี้เน้นไปที่กลุ่มผู้ใหญ่วัยทำงาน อายุ 20 - 60 ปี แม้จะเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่เป็นโรคซึมเศร้า แต่ก็ทำให้ขาดข้อมูลของผู้ป่วยวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป รวมถึงเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงสถิติมีการกระจายของข้อมูลที่จำกัด ทำให้ช่วงความน่าเชื่อถือ 95% CI ในบางปัจจัยมีช่วงค่อนข้างกว้าง จึงเป็นข้อเสียในการทำการวิจัยในอนาคตที่รูปแบบใกล้เคียงกัน น่าจะมีการขยายช่วงอายุของผู้ป่วยซึมเศร้า รวมถึงขยายจำนวนขนาดตัวอย่างเพื่อให้การกระจายข้อมูลได้อย่างทั่วถึงในทุกกลุ่ม และทำในหลายภูมิภาคร่วมกันเพื่อสะท้อนภาพกว้าง น่าจะทำให้ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพยิ่งขึ้น

สรุป

การรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหาผ่านความทุกข์ของผู้ป่วยซึมเศร้าที่เสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สูงถึงร้อยละ 64 และปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้า ได้แก่ อายุ 20 - 30 ปี สถานภาพไร้คู่ ว่างงาน มีประวัติโรคจิตเวช ในครอบครัว มีโรคติดก้นวล หรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการใช้สุราเป็นโรคร่วม อาศัยอยู่คนเดียว มีอาการคิดว่าตัวเองล้มเหลว ทำให้ตัวเองบาดเจ็บ และเป็นโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นปัจจัยสำคัญที่ต้องตระหนักในการประเมินผู้ป่วยซึมเศร้า เพื่อเฝ้าระวังและป้องกันภาวะการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยซึมเศร้าโดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานครได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมจิตแพทย์ นักจิตวิทยา กลุ่มงานจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมการวิจัยและทีมงานส่งเสริมการวิจัย โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ ที่ช่วยส่งเสริมทำให้เกิดงานวิจัยชิ้นนี้ขึ้น และขอขอบคุณ ผศ.ดร.พญ.มูทิตา พนาสธิตย์ ผู้ร่วมวิจัยที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยในหลายส่วน รวมถึงผู้เกี่ยวข้องที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้วิจัยไม่ได้รับผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ จากการทำวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นพ.กนกพัฒน์ ราชไชยา ทำการออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์สถิติ วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ผศ.ดร.พญ.มูทิตา พนาสธิตย์ ร่วมออกแบบการศึกษา วิเคราะห์สถิติ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5thed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Kongsuk T, Arunpongpaissal 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(4): 321-34.
3. Kleiman EM, Nock MK. Real-time assessment of suicidal thoughts and behaviors. Curr Opin Psychol 2018;22: 33-7.
4. Dong M, Zeng LN, Lu L, Li XH, Ungvari GS, Ng CH, et al. Prevalence of suicide attempt in individuals with major depressive disorder: a meta-analysis of observational surveys. Psychol Med 2019;49(10): 1691-704.
5. Reutfofs J, Andersson TML, Tanskanen A, DiBernardo A, Li G, Brandt L, et al. Risk factors for suicide and suicide attempts among patients with treatment-resistant depression: nested case-control study. Arch Suicide Res 2021;25(3): 424-38.
6. Abdullah M, Khalily MT, Ahmad I, Hallahan B. Psychological autopsy review on mental health crises and suicide among youth in Pakistan. Asia Pac Psychiatry 2018;10(4): e12338.
7. World Health Organization. Suicide rates [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>
8. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 2008;192(2): 98-105.
9. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior. Dialogues Clin Neurosci 2016;18(2): 183-90.
10. Fang X, Zhang C, Wu Z, Peng D, Xia W, Xu J, et al. Prevalence, risk factors and clinical characteristics of suicidal ideation in Chinese patients with depression. J Affect Disord 2018;235: 135-41.
11. Department of Mental Health, Thailand. Suicidal report [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 20]. Available from: https://dmh.go.th/report/suicide/stat_prov.asp.
12. Chiddaycha M, Lueboonthavachai P. Suicidal Ideation, suicide attempt and associated factors in Thai patients with acutely treated depressive disorder. J Psychiatry Psychiatric Disord 2022;6(2): 47-60.
13. Favril L, Yu R, Uyar A, Sharpe M, Fazel S. Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies. Evid Based Ment Health 2022;25(4): 148- 55.
14. Ten HM, De GR, Van DS, Tuihof M, Kleinjan M, Penninx B.

- Recurrence and chronicity of major depressive disorder and their risk indicators in a population cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2018;137(6): 503-15.
15. American Psychological Association. Suicidality - APA dictionary of psychology [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 17]. Available from: <https://dictionary.apa.org/suicidality>
 16. Sriruenthong W, Kongsuk T, Pangchunr W, Kittirattanapaiboon P, Kenbubpha K, Yingyeun R, et al. The suicidality in Thai population: a national survey. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2011;54(4): 413-24.
 17. Kittirattanapaiboon P. The validity of the mini international neuropsychiatric interview (M.I.N.I.) Thai version. *J Ment Health Thai* 2005;13(3): 125-38.
 18. Tepklang C. The development of elderly depression surveillance and caring system in out patient department of Ubonratana hospital, KhonKaen province. *Maharakham Hospital Journal* 2019;16(1): 70-7.
 19. Dold M, Bartova L, Fugger G, Kautzky A, Souery D, Mendlewicz J, et al. Depression and the degree of suicidality: results of the European group for the study of resistant depression (GSRD). *Int J Neuropsychopharmacol* 2018;21(6): 539-49.
 20. Kodaka M, Matsumoto T, Takai M, Yamauchi T, Kawamoto S, Kikuchi M, et al. Exploring suicide risk factors among Japanese individuals: the largest case-control psychological autopsy study in Japan. *Asian J Psychiatr* 2017;27(1): 123-6.
 21. Spijker J, De GR, Ten HM, Nolen WA, Speckens A. Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study. *Soc Psychiat Epidemiol* 2010;45(5): 513-21.
 22. Li X, Mu F, Liu D, Zhu J, Yue S, Liu M, et al. Predictors of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death among people with major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *J Affect Disord* 2022;302(10): 332-51.
 23. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360(9340): 1126-30.
 24. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170(3): 205-28.
 25. Thaisittikul P, Ittasakul P, Waleeprakhon P, Wisajun P, Jullagate S. Psychiatric comorbidities in patients with major depressive disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10(21): 2097-103.
 26. Maniam T, Marhani M, Firdaus M, Kadir AB, Mazni MJ, Azizul A, et al. Risk factors for suicidal ideation, plans and attempts in Malaysia--results of an epidemiological survey. *Compr Psychiatry* 2014;55(10): 121-5.
 27. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *J Psychiatr Res* 2012;46(7): 946-52.
 28. McCall WV, Benca RM, Rosenquist PB, Riley MA, McCloud L, Newman JC, et al. Hypnotic medications and suicide: risk, mechanisms, mitigation, and the FDA. *Am J Psychiatry* 2017;174(1): 18-25.
 29. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. The 12-month prevalence and characteristics of major depressive episode in a representative nationwide sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2001;31(7): 1169-79.
 30. Wang JL, Patten SB, Currie S, Sareen J, Schmitz N. Predictors of 1-year outcomes of major depressive disorder among individuals with a lifetime diagnosis: a population-based study. *Psychol Med* 2012;42(2): 327-34.
 31. Witte TK, Timmons KA, Fink E, Smith AR, Joiner TE. Do major depressive disorder and dysthymic disorder confer differential risk for suicide. *J Affect Disord* 2009;115(2): 69-78.
 32. Jusanit S. Factors related to suicide attempt: a study form Vachiraphuket hospital. *Reg11med* 2022;36(3): 1-12.
 33. Thongtawat A. Factors associated with suicidal behavior among individuals with major depressive disorder. *Health Sci J Thai* 2023;5(2): 7-14.
 34. Kongmeesuk C, Kaneko K, Triwuttanon B. Factors associated with depression and the risk of suicide among residents aged 35 years and older in Ko Sichang district, Chonburi province. *JHSR* 2008;2(1): 563-70.
 35. Samang N. Factors related to suicide attempt at Prapokklao hospital Chanthaburi. *AJMP* 2020;4(8): 266-76.
 36. Kamonpan J, Pinratana w. The factors associated with suicidal attempted in counselling clinic, department of substance abuse and mental health services, Buriram hospital. *MJSBH* 2020;35(2): 481-90.
 37. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang district, Lampang province by psychological autopsy from October 2010 to September 2013. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1): 47-54.

การศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเอื้อสังคมและพฤติกรรมต่อต้านสังคม ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นของประเทศไทย (SOCIALDEVIANCE1820)

บุรชัย อัครวิบูลย์*, จารุวรรณ สกุลคู**

*สาขาวิชาจิตวิทยา คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**สาขาสังคมศาสตร์ วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายอุบัติการณ์และทดสอบปัจจัยเสี่ยงของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กต่อทัศนคติต่อต้านสังคม ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม และพฤติกรรมเอื้อสังคม

วิธีการศึกษา เก็บกลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน วิเคราะห์ผลการทดสอบด้วยแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง (Structural Equation Modeling: SEM)

ผลการศึกษา พบว่าพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคมได้รับอิทธิพลทางบวกจากการถูกทารุณกรรมทางร่างกายและการเห็นความรุนแรงในครอบครัว ในขณะที่บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมได้รับอิทธิพลทางบวกจากการเห็นความรุนแรงในครอบครัว รวมถึงการถูกทารุณกรรมทางร่างกายและการถูกทารุณกรรมทางเพศ ในส่วนของทัศนคติในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนได้รับอิทธิพลทางบวกจากการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตาย และส่วนของอิทธิพลทางลบจากการถูกละเลยด้านอารมณ์และการเห็นความรุนแรงในครอบครัว และสุดท้ายในด้านปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม พบว่าการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตายมีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ปัจจัยเสี่ยงของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กมีอิทธิพลทั้งทางบวกและทางลบอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเยาวชน ทัศนคติในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน และปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม

คำสำคัญ ประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก พฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม ทารุณกรรมทางร่างกาย ทารุณกรรมทางอารมณ์ ทารุณกรรมทางเพศ การเห็นความรุนแรงในครอบครัว บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม การถูกละเลยด้านอารมณ์

The Study of Pro/Antisocial Behavior in Thai Young Adults (SOCIALDEVIANCE1820)

Burachai Asawathaweewoon*, Jaruwan Sakulku**

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

**Social Science Division, Mahidol University International College

ABSTRACT

Objectives: To describe the incidence and analyze the influence of adverse childhood experiences, as risk factors, on antisocial attitudes, problems in psychosocial adjustment, and prosocial attitudes.

Methods: We collected data from 420 participants. Data analysis was conducted by Structural Equation Modeling (SEM).

Results: The results showed that deviant behavior was positively influenced by physical abuse and domestic violence exposure. Youth psychopathic traits were positively influenced by domestic violence exposure, physical abuse, and sexual abuse. Altruistic behavior was positively influenced by growing up with a family member who had substance abuse issues, mental illness, or a family in which one member had committed suicide. Moreover, altruistic behavior was negatively influenced by emotional neglect and exposure to domestic violence. Finally, psychosocial adjustment was positively influenced by physical and emotional abuse, as well as by growing up with a family member who had substance abuse issues, mental illness, or a family in which one member had committed suicide.

Conclusion: Adverse childhood experiences were risk factors that had both significant positive and negative influences on deviant behavior, antisocial personality, prosocial attitudes, and psychosocial adjustment.

Keywords: adverse childhood experiences, deviant behavior, physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, domestic violence exposure, youth psychopathic traits, emotional neglect, prosocial attitudes

Corresponding author: Burachai Asawathaweewoon

E-mail: burachai@gmail.com

Received 16 December 2022 Revised 31 July 2023 Accepted 29 August 2023

บทนำ

จากหลักฐานงานวิจัยที่เก็บข้อมูลในหลายประเทศ พบว่าเยาวชนที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคมเคยมีประวัติถูกทารุณกรรมทอดทิ้ง หรือปัญหาครอบครัวที่รุนแรงในช่วงวัยเด็ก¹⁻² และประสบการณ์ทางลบเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมต่อต้านสังคมยังคงอยู่ในกลุ่มเยาวชนผู้กระทำความผิด^{1,3} จากมุมมองของแนวคิดทางประสาทชีววิทยา การที่บุคคลเผชิญกับสถานการณ์ตึงเครียดต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้กลไกการตอบสนองทางชีววิทยาของร่างกายที่มีต่อความเครียดสูญเสียความสมดุล (เช่น การหลั่งสารคอร์ติซอล หรือเซโรโทนินในระดับที่ผิดปกติ) ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาการของสมอง โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการแปลผลสิ่งเร้าภายนอก และการควบคุมอารมณ์ทางลบ⁴ ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาเกี่ยวกับการควบคุมตนเองเป็นผลกระทบที่มีการรายงานในงานวิจัยหลายชิ้น⁵ ซึ่งจะนำไปสู่การเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต และปัญหาพฤติกรรมที่รุนแรง รวมถึงพฤติกรรมต่อต้านสังคม⁶

นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบของความผูกพันในวัยเด็ก (attachment) มีความสัมพันธ์ต่อบุคลิกภาพหรือพฤติกรรมบุคคลในอนาคต โดยบุคคลที่มีรูปแบบบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (psychopathic traits) ในระดับสูงที่มีพฤติกรรมรุนแรงก้าวร้าว มักมีรูปแบบของความผูกพันในวัยเด็ก (attachment) ที่เป็นปัญหา⁷ อีกทั้งลักษณะของรูปแบบความผูกพันแบบไม่มั่นคงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่อต้านสังคม ขาดการควบคุมตนเอง (antisocial and disinhibition) ในขณะที่รูปแบบความผูกพันแบบหลีกเลี่ยง (avoidant attachment style) เกี่ยวข้องกับการขาดความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนทางอารมณ์⁸ และมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาบุคลิกภาพที่มีลักษณะเย็นชาขาดความใส่ใจขาดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น⁹

ทักษะความสามารถที่กล่าวมาข้างต้นมีความจำเป็นต่อการปรับตัว และสำคัญต่อการเกิดพฤติกรรมเอื้อสังคม^{4,7} ดังนั้นผลกระทบของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กจึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางจิตใจหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งในระยะยาวจะกระทบต่อมุมมอง ความคิด ความเชื่อ ที่มีต่อการรับรู้ตนเองและการรับรู้โลกของบุคคลนั้นๆ

จากการศึกษาประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก (adverse childhood experiences; ACEs) พบว่าการล่วงละเมิดการละเลย และประสบการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กอื่นๆ เป็น

ปัจจัยเสี่ยงอย่างมากต่อการพัฒนาร่างกาย สุขภาพจิต และปัญหาการใช้สารเสพติด ซึ่งส่งผลเชิงลบต่อสมองที่กำลังพัฒนาอันเป็นผลจากการตอบสนองต่อความเครียด โดยส่งผลให้โครงสร้างและการทำงานของสมองหลายส่วนเกิดความบกพร่อง¹⁰ และหากพิจารณาถึงพัฒนาการในช่วงวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่พฤติกรรม ความคิด และสมองมีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงเวลาหัวเลี้ยวหัวต่อที่จะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ระดับฮอร์โมน ซึ่งวัยรุ่นสามารถที่จะตระหนักและสะท้อนอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นภายในตนเองได้มากกว่าตอนช่วงวัยเด็ก นอกจากนี้สมองส่วนคอร์เทกซ์กลีบหน้าผากส่วนหน้า (prefrontal cortex) และส่วนคอร์เทกซ์กลีบข้าง (parietal cortex) ก็มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและการเชื่อมต่อทำให้ความสามารถด้านการเลือกสิ่งที่สนใจ (selective attention) การตัดสินใจและการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเป็นไปได้มากขึ้นกว่าช่วงวัยเด็ก และสมองทั้งสองส่วนนี้ยังคงพัฒนาต่อเนื่องไปจนถึงในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น¹¹ อีกทั้งการถูกทอดทิ้งยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการเพิ่มขึ้นของเซลล์ประสาท และการกำจัดเซลล์ประสาทส่วนเกินของสมองหรือการมีประสบการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง (trauma) ส่งผลกระทบต่อกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับความกลัวของสมอง¹²

นอกจากนี้ จากผลการศึกษาของ the International Self-Reported Delinquency Study ในปี 2005 พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 12 - 15 ปี รายงานว่าตนเองเคยกระทำความผิดที่ละเมิดกฎหมายอย่างน้อยหนึ่งครั้ง อย่างไรก็ตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้กระทำผิดที่ได้มาจากระบบยุติธรรมเป็นเพียงแค่ข้อมูลระดับผิวเผินในการทำความเข้าใจพฤติกรรมของผู้กระทำผิด¹³ แม้ว่าวัยรุ่นจะเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมที่ละเมิดกฎหมาย แต่จากการศึกษาวิจัยพบว่า วัยผู้ใหญ่ตอนต้นกลับเป็นวัยที่ปัญหาพฤติกรรมการละเมิดกฎหมายเกิดขึ้นมากที่สุด¹⁴

การเปลี่ยนแปลงจากวัยรุ่นเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงเวลาที่เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม จากงานวิจัยหลายชิ้น¹⁵⁻¹⁶ พบว่าช่วงเวลาในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นนี้เป็นช่วงเวลาที่บุคคลสามารถที่จะเลิกพฤติกรรมที่ละเมิดกฎหมายหรือมีพฤติกรรมเหล่านั้นรุนแรงขึ้นจนเข้าสู่การเป็นอาชญากรและกลายเป็นปัญหาของสังคมได้ แม้ว่าช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจะเป็นช่วงเวลาที่สำคัญ แต่ก็ยังมีช่องว่างในการศึกษาวิจัยอยู่มาก ดังนั้นการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตในวัยเด็ก วัยรุ่น

และวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมต่อต้านสังคม พฤติกรรมเอื้อสังคม อันจะช่วยให้เกิดความเข้าใจพฤติกรรม เหล่านี้ในบุคคลกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นในชุมชนมากขึ้น สามารถ นำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ในเชิงคลินิก และนิติจิตวิทยา เพื่อเป็น แนวทางในการสร้างนโยบายที่มีประสิทธิภาพต่อไป

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย SOCIALDEVIANCE1820 ซึ่งเป็นโครงการวิจัยนานาชาติ โดยวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการวิจัยในส่วนของประเทศไทย ครั้งนี้มุ่งเน้นเพื่อ 1) ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ประสพการณ์ ทางลบในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences) ในกลุ่ม คนไทย 2) ทดสอบการเป็นปัจจัยเสี่ยงของประสพการณ์ทางลบ ในวัยเด็ก (childhood adverse experiences) ต่อทัศนคติต่อต้าน สังคม (antisocial attitudes) ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม (psychosocial adjustment problems) และการยับยั้งการเกิด พฤติกรรมเอื้อสังคม (prosocial attitudes)

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ หนังสือรับรองเลขที่ 116/2561 โดยการคัดเลือกอาสาสมัครเป็นการเลือกตัวอย่าง แบบตามสะดวก (convenience sampling) ในประชากรไทยที่มี อายุช่วง 18 - 20 ปี ในสถานศึกษาและชุมชน ที่อ่านหนังสือออก ทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา และสมัครใจ เข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้สอดคล้องกับข้อกำหนดของโครงการวิจัย SOCIALDEVIANCE1820 ซึ่งระบุจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำไว้ที่ 400 คน โดยมีอัตราส่วนความแตกต่างระหว่างจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างเพศชาย และเพศหญิงไม่เกิน 35%/65% และกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ นักเรียน นักศึกษา อย่างน้อย 10% เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยจึงกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างนี้มีจำนวน 440 คน โดยเป็น เพศชาย 154 คน และเพศหญิง 286 คน ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนี้ จำนวน 44 คน จะต้องเป็นบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในสถาบันการศึกษา ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามทั้งหมด 5 ฉบับ และแบบสอบถาม เกี่ยวกับภูมิหลัง (Demographic Backgrounds) ของอาสาสมัคร โดยนอกเหนือจากแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับประสพการณ์ ทางลบในวัยเด็ก (Adverse Childhood Experiences) แบบสอบถามแต่ละชุดจะมีจำนวนข้อคำถามอยู่ระหว่าง 12 - 19 ข้อ จะใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ

15 - 20 นาที สำหรับอาสาสมัครที่อ่านหนังสือช้าจะใช้เวลา ไม่เกิน 30 นาที โดยรายละเอียดของชุดแบบสอบถามที่ใช้ในงาน วิจัยมีดังนี้

1) Authorization for the participant to be contacted - ใบให้ความยินยอม ให้ผู้วิจัยติดต่อเพื่อการวิจัยในระยะที่สอง และสาม

2) แบบสอบถามเกี่ยวกับสถานการณ์ทางครอบครัวและ สังคม² - แบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อประเมิน ลักษณะพื้นฐานทางสังคมประชากร (sociodemographic) ในปัจจุบันของอาสาสมัคร ตัวอย่างข้อคำถาม เช่น การสอบถาม เกี่ยวกับสถานสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และโครงสร้างของ ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรทางจิตวิทยา

1) Adverse Experiences in Childhood Questionnaire¹⁷ - แบบสอบถามเกี่ยวกับประสพการณ์ทางลบในวัยเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha = .81 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินว่าอาสาสมัครเคยมีประสพการณ์ ทางลบในวัยเด็ก เช่น การถูกทารุณ หรือทอดทิ้งมากน้อยเพียงใด

2) Deviant behavior variety scale¹⁸ - เป็นแบบสอบถาม ที่ใช้ประเมินพฤติกรรมละเมิดกฎหรือบรรทัดฐานทางสังคมที่ เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา จำนวน 19 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha = .84

3) Youth Psychopathic Traits Inventory-Short Version¹⁹ - แบบประเมินบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเยาวชน แบบสั้น จำนวน 18 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha = .80 ใช้ประเมิน ลักษณะบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (psychopathic traits) ในวัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุไม่เกิน 20 ปี)

4) Depression Anxiety and Stress Scale-21²⁰ - เป็น แบบวัดแบบย่อของ DASS มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha = .92 ใช้ประเมินระดับความวิตกกังวล ความเศร้า และความเครียด เป็นตัวสะท้อนถึงปัญหาการปรับตัว ทางจิตสังคม

5) Altruistic Attitudes Scale²¹ - ใช้ประเมินทัศนคติ ในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน (Altruistic attitudes) หรือพฤติกรรมเอื้อสังคม แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ มีค่า Cronbach's Alpha = .68

ในการดำเนินการวิจัยจะทำการประกาศหาอาสาสมัคร

จาก 1) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ขอความร่วมมือจากคณะต่างๆ ตีตประกาศประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัยบนบอร์ดของคณะ และขอความร่วมมือคณาจารย์ช่วยประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัยในชั้นเรียน 2) สถาบันการศึกษาต่างๆ โดยขอความอนุเคราะห์ช่วยประชาสัมพันธ์ผ่านการตีตประกาศ และประกาศแก่นักศึกษาเกี่ยวกับโครงการวิจัยในชั้นเรียน 3) ช่องทางสื่อออนไลน์ต่างๆ เช่น เว็บไซต์ของคณะ และ Facebook ของภาควิชา เป็นต้น เพื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโครงการวิจัย อาสาสมัครที่สนใจสามารถติดต่อขอเข้าร่วมวิจัยตามอีเมลโครงการ ผู้วิจัยจะติดต่ออาสาสมัครที่แสดงความสนใจเข้าร่วมการวิจัย เพื่อให้ข้อมูลชี้แจงเกี่ยวกับโครงการ โดยส่งเอกสารชี้แจงให้อาสาสมัครศึกษา ก่อนเมื่ออาสาสมัครเข้าใจ และตัดสินใจเข้าร่วมการทดลอง ผู้วิจัยจะทำการนัดหมายอาสาสมัครเพื่อทำการเก็บข้อมูลต่อไป

ผลการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจภายใต้โครงการวิจัย SOCIALDEVIANCE1820 ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 440 คน โดยเป็นเพศชาย 154 คน และเพศหญิง 286 คน ซึ่งในกลุ่มตัวอย่างนี้จะต้องเป็นบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในสถาบันการศึกษา จำนวน 44 คน ซึ่งภายหลังจากการสำรวจ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 420 คน แบ่งเป็นเพศชาย 113 คน และเพศหญิง 307 คน โดยผลการวิจัยจะแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา: ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 และเพศชาย ร้อยละ 26.9 ประกอบด้วยผู้ที่อายุ 19 ปี ร้อยละ 40.7 และผู้ที่อายุ 18 ปี ร้อยละ 19.8 โดยร้อยละ 93.3 กำลังศึกษาอยู่และส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพิงผู้อื่นในด้านการเงิน (ร้อยละ 86.4) ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (ร้อยละ 67.1) และยังไม่มีบุตร (ร้อยละ 99.3) ซึ่งจากข้อมูลเกี่ยวกับครอบครัวพบว่า ร้อยละ 28.6 มีสมาชิกจำนวน 4 คน ที่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน โดยที่บิดาและมารดามีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 29.2 และร้อยละ 34.2 ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาจำนวน 12 ปี (ร้อยละ 56.0) และไม่เคยสอบตกมาก่อน (ร้อยละ 43.1) โดยมีบิดาและมารดาให้การดูแลด้านการศึกษาร่วมกันถึงร้อยละ 72.4 สำหรับข้อมูลทั่วไปพบว่า ร้อยละ 86.9 เป็นผู้นับถือศาสนา และร้อยละ 74.3 ปฏิบัติตามหลักศาสนาที่ตนนับถือ ส่วนใหญ่มีงานอดิเรก

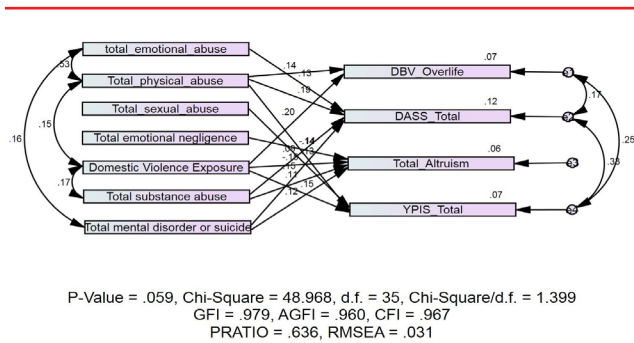
สม่ำเสมอ (ร้อยละ 80.0) แต่มีเพียงร้อยละ 26.2 ที่เล่นกีฬาเป็นประจำ โดยเกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง (ร้อยละ 96.2) ไม่เคยเป็นทหาร (ร้อยละ 99.3) ไม่เคยอยู่ในสถานพินิจ (ร้อยละ 97.9) ไม่มีประวัติการติดคุกหรือถูกจับ (ร้อยละ 98.6) ไม่มีเพื่อนที่เคยติดคุกหรือติดคุกในเวลานี้ (ร้อยละ 94.8) ไม่เคยมีปัญหาเกี่ยวกับตำรวจ (ร้อยละ 93.3) รวมถึงไม่เคยใช้สารเสพติดผิดกฎหมาย (ร้อยละ 94.5) ทั้งนี้ร้อยละ 40.5 เคยเมาจากการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แต่ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเมาเพียงปีละครั้งเท่านั้น (ร้อยละ 25.2)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทางลบในด้านการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด (ร้อยละ 28.1) รองลงมาเป็นเติบโตในครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือแยกทางกัน (ร้อยละ 20.5) โดยที่ร้อยละ 59.76 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กอย่างน้อยหนึ่งครั้ง และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคมอยู่ในช่วง 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 78.8) เมื่อแบ่งผลจากการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยในแต่ละด้านออกเป็น 5 ระดับ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (ค่าเฉลี่ย 2.04) และปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม (ค่าเฉลี่ย 1.00) ในระดับค่อนข้างต่ำ ขณะที่ทัศนคติในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน (ค่าเฉลี่ย 2.62) อยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ส่วนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน

ผลการวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้างตามที่แสดงในรูปที่ 1 พบว่าค่าไคสแควร์ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าไคสแควร์/ดีกรีของฟรีดอม ต่ำกว่า 3 ($\chi^2 = 48.968$, $df = 35$, χ^2/df เท่ากับ 1.399) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องมากกว่า .09 (GFI = .979) ค่าดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบมากกว่า .94 (CFI = .967) ดัชนีรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือน้อยกว่า .10 (RMR = 0.023) ค่าความคลาดเคลื่อนในการประเมินค่าพารามิเตอร์น้อยกว่า .07 (RMSEA = .031) ทั้งนี้จากการตรวจสอบค่าดังกล่าวพบว่า จัดอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้³⁴⁻³⁵ แสดงว่าโมเดลและข้อมูลมีความสอดคล้องกัน

จากรูปที่ 1 จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม (DBV_Overlife) คือการถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ($\beta = .139$) และการเห็นความรุนแรงในครอบครัว ($\beta = .204$)



รูปที่ 1 การวิเคราะห์ด้วยแบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง

สำหรับบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเยาวชน (YPIS_Total) พบว่าการเห็นความรุนแรงในครอบครัว ($\beta = .149$) การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ($\beta = .142$) และการถูกทารุณกรรมทางเพศ ($\beta = .133$) เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ

ในส่วนของการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน (Total_Altruism) พบว่าการถูกละเลยด้านอารมณ์ ($\beta = -.144$) และการเห็นความรุนแรงในครอบครัว ($\beta = -.149$) มีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด ($\beta = .114$) และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตาย ($\beta = .118$) มีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม (DASS_Total) พบว่าการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์ ($\beta = .135$) การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย ($\beta = .195$) การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด ($\beta = .086$) และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตาย ($\beta = .147$) มีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

วิจารณ์

1. อุบัติการณ์การเกิดประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก

อุบัติการณ์การเกิดประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนของไทยมีความใกล้เคียงกับรายงานตัวเลขอุบัติการณ์ของประเทศอื่นๆ ลักษณะรูปแบบของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กที่แตกต่างอย่างเห็นได้ชัดชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลอุบัติการณ์ของไทยกับประเทศอื่นๆ คือ ประสบการณ์ทางลบที่เกี่ยวกับการถูกละเลยทางร่างกาย มีระดับต่ำกว่ากลุ่มประเทศอื่นๆ โดยในไทยรายงานอยู่ที่ร้อยละ 1.7 มอลโดวา ร้อยละ 8.2 รัสเซีย ร้อยละ 53.3 อิรัก ร้อยละ 19.8 ในขณะที่การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติดกลับมี

อุบัติการณ์ที่ค่อนข้างสูงกว่าประเทศอื่นๆ คือ ไทย ร้อยละ 28.1 อเมริกา ร้อยละ 25.6 สเปนและมอลโดวาอยู่ที่ร้อยละ 18.4 และ 18.9 ตามลำดับ ในขณะที่รัสเซียและอิรักมีรายงานอยู่ในระดับที่ต่ำเพียง ร้อยละ 2.4 และ 3.24 เท่านั้น²²⁻²⁵

ความแตกต่างของตัวเลขอุบัติการณ์นี้ น่าจะสะท้อนถึงปัจจัยของวัฒนธรรมและสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูอบรมเด็กของแต่ละประเทศที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งในประเทศไทยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย แต่ในเรื่องของความต้องการทางอารมณ์และจิตใจมีแนวโน้มที่จะขาดการดูแล เอาใจใส่ และถูกละเลยสูงกว่า ซึ่งหากพิจารณาถึงรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่คนไทยที่มักไม่แสดงออกถึงความอบอุ่นทางอารมณ์อย่างเปิดเผย บทบาทของพ่อแม่ที่มีลักษณะเป็นผู้นำ ทำให้เด็กไม่ได้รับรู้ถึงความรัก กำลังใจ หรือความรู้สึกอบอุ่นผูกพันทางอารมณ์ เมื่อเด็กรู้สึกผิดหวังพ่อแม่ก็ไม่ได้ให้คำปลอบใจหรือแสดงออกถึงความเข้าใจในอารมณ์ของเด็ก

นอกจากนี้อุบัติการณ์ประสบการณ์ทางลบที่รายงานเกี่ยวกับการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติดในอัตราที่สูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ เป็นประเด็นที่ควรต้องให้ความสำคัญและเกิดความตื่นตัว ประเด็นเรื่องของการติดสารเสพติดที่ประเมินในงานวิจัยนี้ เป็นการประเมินที่รวมถึงการติดแอลกอฮอล์ ดังนั้นเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับแนวโน้มการใช้สารเสพติดของ UNODC ประจำปี 2019 ที่พบว่าแนวโน้มของการใช้สารเสพติดในกลุ่มคนไทย โดยเฉพาะ Crystalline methamphetamine Ecstasy เคตามีน กัญชา เฮโรอีน และกระท่อม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ในช่วงปี 2017 และจากรายงานของ WHO²⁵ ประเทศไทยมีจำนวนของผู้ติดยาเสพติดที่จัดอยู่ในกลุ่มติดยาหนักถึงร้อยละ 47.4 ซึ่งน่าจะสะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องกับอุบัติการณ์การพบสมาชิกในครอบครัวที่ติดสารเสพติดค่อนข้างสูง

2. การเป็นปัจจัยเสี่ยงของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก

จากการทดสอบการเป็นปัจจัยเสี่ยงของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก พบว่าผลการวิจัยบางส่วนสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา และบางส่วนมีความแตกต่างอย่างน่าสนใจ ในส่วนของผลการวิจัยที่สอดคล้องพบว่า การมีประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กโดยรวมเป็นตัวทำนายสำหรับการเกิดพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม แต่ไม่ได้เป็นตัวทำนายสำหรับการยับยั้งการเกิด

พฤติกรรมเอื้อสังคม ซึ่งประเด็นเหล่านี้ยืนยันผลการวิจัยที่ผ่านมาในอดีต^{22,27-29} ประสพการณ์ทางลบที่เกิดขึ้นในวัยเด็กนั้น เป็นจุดเปลี่ยนในชีวิตที่เป็นความเสี่ยงให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าจะทำให้การเกิดพฤติกรรมที่จะเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่นนั้นต้องหมดไป²¹ ดังนั้นจึงเป็นไปได้ที่ประสพการณ์ทางลบในวัยเด็กในภาพรวมจะไม่ใช่ว่ายับยั้งการเกิดพฤติกรรมเอื้อสังคม

นอกจากนี้กระบวนการของการเกิดปัญหานั้นจะมีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบประสพการณ์ทางลบที่บุคคลเผชิญในวัยเด็ก เมื่อพิจารณาไปถึงประเภทของประสพการณ์ทางลบในวัยเด็กพบว่า การถูกทารุณกรรมทางร่างกาย และการเห็นความรุนแรงในครอบครัว เป็นตัวทำนายที่สำคัญสำหรับพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม ในขณะที่การเห็นความรุนแรงในครอบครัว และการถูกละเลยด้านอารมณ์ เป็นส่วนของประสพการณ์ที่เป็นตัวยับยั้งพฤติกรรมเอื้อสังคม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{22,27,30} ที่พบว่าเด็กที่ถูกทารุณกรรมทางร่างกายมักจะมีปัญหาพฤติกรรม (externalizing problems) มากกว่าเด็กที่ถูกทอดทิ้งละเลยไม่ใส่ใจ ซึ่งการเกิดพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคม พฤติกรรมรุนแรง ต่อต้านกฎระเบียบ อาจเกิดมาจากกระบวนการเรียนรู้โดยการเลียนแบบพฤติกรรม หรือการได้รับการเสริมแรงจากการทำตามพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม³¹ ในขณะที่เด็กที่ถูกทอดทิ้งละเลยหรือเห็นความรุนแรงในครอบครัวบ่อยๆ จะไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่มั่นคงกับบุคคลในครอบครัวได้ ซึ่งการขาดความสัมพันธ์หรือความผูกพันตรงนี้จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคม และการพัฒนามุมมองที่เกี่ยวกับอัตลักษณ์ความเป็นตัวตนของเด็ก เนื่องจากเด็กไม่ได้รับความสนใจ ความห่วงใย หรืออยู่ในสภาพแวดล้อมที่รุนแรงยุ่งเหยิง กระบวนการพัฒนา self-construct ของเด็กถูกรบกวน³² ปัญหาเกี่ยวกับการพัฒนาอัตลักษณ์ความเป็นตัวตนของเด็ก อาจส่งผลต่อการรับรู้บุคคลอื่น ดังนั้นเด็กที่เติบโตขึ้นมาท่ามกลางประสพการณ์ของการถูกละเลยทอดทิ้ง หรืออยู่ท่ามกลางความรุนแรงในครอบครัว อาจมีแนวโน้มที่จะแยกตัวไม่สนใจบุคคลอื่น และจำกัดพฤติกรรมเอื้อสังคมของตนเอง

ในส่วนของประสพการณ์ทางลบด้านการถูกทารุณกรรมทางอารมณ์เป็นประสพการณ์ทางลบเพียงด้านเดียวที่เป็นตัวทำนายเกี่ยวกับปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคมในภาพรวม ความเครียด ความวิตกกังวล และความเศร้า ในขณะที่การถูกทารุณกรรมทางเพศเป็นตัวทำนายการเกิดบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา³³⁻³⁴ อย่างไรก็ตามสิ่งที่น่าสนใจ

ในงานวิจัยนี้พบว่า การหย่าร้างหรือแยกทางของครอบครัว เป็นตัวยับยั้งการเกิดบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและปัญหาทางจิตสังคม การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด เป็นตัวยับยั้งการเกิดบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม เป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมเอื้อสังคม และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตาย เป็นตัวทำนายการเกิดพฤติกรรมเอื้อสังคม ผลงานวิจัยเหล่านี้ น่าจะสะท้อนถึงตัวแปรทางจิตสังคมอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อทิศทางความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น มีความเป็นไปได้ว่าการหย่าร้างและการแยกทางของผู้ปกครองเป็นความเครียดที่เกิดขึ้น แต่ความเครียดในลักษณะนี้หากเป็นความเครียดที่รุนแรง (tolerable stress) มีผลกระทบต่อสมองและร่างกายในทางลบ แต่มีระยะเวลาให้ร่างกายฟื้นตัวและไม่ได้เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ผลกระทบทางลบก็จะไม่ได้มีมากเท่ากับความเครียดที่มีลักษณะเกิดขึ้นซ้ำๆ ตลอดเวลา (toxic stress) นอกจากนี้การจัดการกับการหย่าร้าง หรือแยกทางของบิดามารดา ก็อาจเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การจัดการกับความขัดแย้งหากเป็นไปได้ด้วยความเหมาะสมก็อาจช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และเติบโตจากประสพการณ์นั้น เช่นเดียวกับการที่มีสมาชิกในครอบครัวติดยาเสพติด หรือการมีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นทั้งความเครียดและโอกาสที่จะทำให้เด็กได้เรียนรู้ที่จะเกิดความเห็นอกเห็นใจ (empathy) เข้าใจความแตกต่าง และเรียนรู้การแสดงออกถึงการเป็นผู้ดูแล การแสดงพฤติกรรมเอื้อสังคม อย่างไรก็ตามการที่จะเกิดผลลัพธ์ทางบวกได้ควรจะต้องพิจารณาถึงปัจจัยทางจิตสังคมอื่นๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้องในกระบวนการเหล่านี้

3. ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยที่เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ดังนั้นการจดจำข้อมูลในวัยเด็กอาจมีข้อจำกัดอยู่บ้างในเรื่องของความถูกต้องแม่นยำ นอกจากนี้งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับประสพการณ์ทางลบในวัยเด็กที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานทางสังคม บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม และพฤติกรรมเอื้อสังคม โดยที่ยังไม่ได้ลงไปรายละเอียดของผลสะสม (cumulative effect) ของประสพการณ์ทางลบในวัยเด็กและปัจจัยทางจิตสังคมอื่นๆ ที่อาจส่งผลให้ความสัมพันธ์และอิทธิพลที่เกิดขึ้นในโมเดลมีความแตกต่างออกไป อีกทั้งในงานวิจัยนี้ไม่ได้ควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น โดยเฉพาะปัจจัยทางชีวภาพ

สรุป

ส่วนข้อมูลทั่วไป

ในภาพรวมครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างรายงานว่า เคยมีประสบการณ์ทางลบในวัยเด็กอย่างน้อยหนึ่งครั้ง (ร้อยละ 59.57) โดยประสบการณ์ทางลบส่วนใหญ่จะเป็นด้านการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด (ร้อยละ 28.1) รองลงมาเป็นการเติบโตในครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือแยกทางกัน (ร้อยละ 20.5) และมีพฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคมอยู่ในช่วง 1 - 5 ครั้ง (ร้อยละ 78.8) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมและปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคมในระดับค่อนข้างต่ำ ขณะที่ทัศนคติในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

ส่วนการวิเคราะห์ด้วยการใช้แบบจำลองสมการเชิงโครงสร้าง

พฤติกรรมละเมิดบรรทัดฐานของสังคมได้รับอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญจากการเห็นความรุนแรงในครอบครัวและการถูกละเมิดทางร่างกาย

ในส่วนของบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเยาวชน พบว่าการหย่าร้างหรือแยกทางของครอบครัว และการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติด มีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญต่อบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเยาวชน

ในด้านทัศนคติในการช่วยเหลือผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน พบว่าการถูกละเลยด้านอารมณ์ และการเห็นความรุนแรงในครอบครัวมีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกติดสารเสพติดและการเติบโตในครอบครัวที่มีสมาชิกมีโรคทางจิตเวชหรือฆ่าตัวตายมีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ

ส่วนปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม พบว่าการถูกละเมิดทางอารมณ์มีอิทธิพลทางบวกอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่การหย่าร้างหรือแยกทางของครอบครัวมีอิทธิพลทางลบอย่างมีนัยสำคัญ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้จะเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้เลยหากไม่ได้รับทุนวิจัยจากคณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อาสาสมัครที่ช่วยให้ข้อมูล ผู้ช่วยวิจัย ผู้ช่วยวิเคราะห์ผลด้านสถิติ รวมถึงอาจารย์ที่ช่วยตรวจความถูกต้องของภาษา และโครงการวิจัย SOCIALDEVIANCE1820 จากประเทศโปรตุเกส ที่เปิดโอกาสให้หลายประเทศได้เข้าร่วมในการเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ผลกระทบของประสบการณ์ทางลบในวัยเด็ก ซึ่งความเข้าใจอันนี้จะช่วยให้เราตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงดูเด็กให้เติบโตภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อไป

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยขอรับรองว่าไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในงานวิจัยฉบับนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

บุรชัย อัครวิบูลย์ มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; จารุวรรณ สกุลคู มีส่วนร่วมในการติดต่อกับผู้วิจัยหลักของโครงการ SOCIALDEVIANCE1820 เพื่อนำเครื่องมือมาพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย และออกแบบการวิจัยตามหลักของการวิจัยข้ามวัฒนธรรม และวิเคราะห์ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Baglivio MT, Epps N, Swartz K, Huq MS, Sheer A, Hardt NS. The prevalence of adverse childhood experiences (ACE) in the lives of juvenile offenders. *J Juv Justice* 2014;3(2).
2. Basto-Pereira M, Miranda A, Ribeiro S, Maia A. The psychometric properties of a questionnaire for measuring delinquency and crime (D-CRIM). In: Sánchez M, Sánchez T, editors. *Avances en Psicología Clínica*. Granada: Asociación Española de Psicología Conductual; 2015:856-67.
3. Fox BH, Perez N, Cass E, Baglivio MT, Epps N. Trauma changes everything: Examining the relationship between adverse childhood experiences and serious, violent and chronic juvenile offenders. *Child Abuse Negl* 2015;46:163-73.
4. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2005;1:409-38.
5. Pinto RJ, Maia AC. A comparison study between official records and self-reports of childhood adversity. *Child Abuse Rev* 2013;22(5):354-66.
6. Lee V, Hoaken PN. Cognition, emotion, and neurobiological development: Mediating the relation between maltreatment and aggression. *Child Maltreat* 2007;12(3):281-98.
7. Collins OF, Fanti KA, Salekin RT, Andershed H. Psychopathic personality in the general population: Differences and similarities across gender. *J Pers Disord* 2017;31(1):49-74.
8. Christian E, Sellbom M, Wilkinson RB. Clarifying the associations between individual differences in general attachment styles and psychopathy. *Pers Disord: Theory Res Treat* 2017;8(4):329.
9. Pasalich DS, Dadds MR, Hawes DJ, Brennan J. Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(8):838-45.
10. Navalta CP, McGee L, Underwood J. Adverse childhood experiences, brain development, and mental health: A call for

- neurocounseling. *J Ment Health Couns* 2018;40(3):266-78.
11. Giedd, Jay N. The amazing teen brain. *Sci Am* 2015;312(6):32-7.
 12. Sheridan MA, McLaughlin KA. Dimensions of early experience and neural development: deprivation and threat. *Trends Cogn Sci* 2014;18(11):580-5.
 13. Enzmann D, Marshall IH, Killias M, Junger-Tas J, Steketee M, Gruszczynska B. Self-reported youth delinquency in Europe and beyond: First results of the Second International Self-Report Delinquency Study in the context of police and victimization data. *Eur J of Criminol* 2010;7(2):159-83.
 14. Stolzenberg L, D'Alessio SJ. Co-offending and the age-crime curve. *J Res Crime Delinq* 2008;45(1):65-86.
 15. Moffitt TE. A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. *Taking stock* 2017:277-311.
 16. Farrington DP, Loeber R, Howell JC. Young adult offenders: The need for more effective legislative options and justice processing. *Criminal Public Policy* 2012;11(4):729-50.
 17. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Marks JS. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.
 18. Sanches C, Gouveia-Pereira M, Marôco J, Gomes H, Roncon F. Deviant behavior variety scale: development and validation with a sample of Portuguese adolescents. *Psicol-Reflex Crit* 2016;29:31.
 19. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the depression anxiety stress scales. 2nd ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.
 20. Loureiro A, Lima ML. Escala de atitudes altruístas: Estudo de validação e fiabilidade. *Lab. Psicol.* 2009;7(1):73-83.
 21. Gomis Pomares A, Villanueva Badenes ML. The effect of adverse childhood experiences on deviant and altruistic behavior during emerging adulthood. *Psicothema* 2020.
 22. Leşco G, Baban A, Sethi D, Boderscova L, Chihai J, Luchian A. Adverse childhood experiences and health-risk behaviours in university students from the Republic of Moldova. *World Health Organization. Regional Office for Europe*; 2018.
 23. World Health Organization. Survey on the prevalence of adverse childhood experiences among young people in the Russian Federation: report. Copenhagen: WHO regional publications. 2014.
 24. Al Shawi AF, Sarhan YT, Altaha MA. Adverse childhood experiences and their relationship to gender and depression among young adults in Iraq: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019;19(1):1-7.
 25. Addictive Behaviors. Global status report on alcohol and health 2018 [Internet]. Who.int. World Health Organization; 2018 [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
 26. Basto-Pereira M, Miranda A, Ribeiro S, Maia Â. Growing up with adversity: From juvenile justice involvement to criminal persistence and psychosocial problems in young adulthood. *Child Abuse Negl* 2016;62:63-75.
 27. Cernkovich SA, Lanctôt N, Giordano PC. Predicting adolescent and adult antisocial behavior among adjudicated delinquent females. *Crime Delinquency* 2008;54(1):3-33.
 28. Douglas-Siegel JA, Ryan JP. The effect of recovery coaches for substance-involved mothers in child welfare: Impact on juvenile delinquency. *J Subst Abuse Treat* 2013;45(4):381-7.
 29. Braga T, Cunha O, Maia Â. The enduring effect of maltreatment on antisocial behavior: A meta-analysis of longitudinal studies. *Aggress Violent Behav* 2018;40:91-100.
 30. Akers R. Social learning and social structure: A general theory of crime and deviance. Routledge; 2017.
 31. Toth SL, Cicchetti D, Macfie J, Emde RN. Representations of self and other in the narratives of neglected, physically abused, and sexually abused preschoolers. *Dev Psychopathol* 1997;9(4):781-96.
 32. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl* 2008;32(6):607-19.
 33. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry* 2019;92:1-6.
 34. Kline RB. Structural equation modeling. New York: Guilford. 1998.
 35. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 1999;6(1):1-55.

ประสิทธิผลของครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ในผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่มี ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ณ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

ยุภัตรา ปัตถามัง*, อรพรรณ สุนทวง**, ชุติ โพธิ์สูง***

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

**กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

***กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพติดแอมเฟตามีนกับค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว ระหว่างก่อน หลัง และติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาเชิงทดลอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนอายุระหว่าง 20 - 59 ปี เข้ารับการบำบัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 12 คน กลุ่มที่ 2 เป็นครอบครัวผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นผู้ที่พำนักอาศัยในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย และมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จำนวน 12 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนว Satir แบบประเมินการเสพติดแอมเฟตามีนและแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ใช้สถิติเชิงพรรณนา และ paired sample t-test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการบำบัดในระยะเวลา 1 เดือน และหลังติดตาม 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนมีการเสพติดแอมเฟตามีนต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference=13.67; 95% CI =-15.18 - -12.15; p-value <0.05) ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวมีค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (mean difference =2.59 ; 95% CI =2.41 - 2.77 ; p-value <0.05)

สรุป การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนว Satir มีผลทำให้การเสพติดแอมเฟตามีนลดลงและช่วยเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว แต่ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบและทดสอบประสิทธิภาพเทียบกับการรักษาแบบอื่น

คำสำคัญ ครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน สัมพันธภาพในครอบครัว

Effectiveness of Satir Family Therapy on Amphetamine Addiction and Family Relationship at Roi Et Hospital

Yupattra Pattamang*, Orapun Suntuang**, Chusri Phosung***

*Department of Psychiatry and Drug Dependence Roi-Et Hospital

**Department of Psychiatry and Drug Dependence Roi-Et Hospital

***Department Social Work Roi-Et Hospital

ABSTRACT

Objective: To compare the mean score of amphetamine addiction, family relationship before and after receiving the Satir-based family therapy and after one month of follow up.

Method: This study was a quasi-experimental research. The subjects consisted of two groups. Group 1: twelve amphetamine addicted patients, aged between 20 - 59 years, visited the out patient department, Roi Et Hospital. Group 2: twelve patients' family members who lived in the same house with the patients and involved in family relationship problem. All participants received one-month of Satir family therapy and assessed by the amphetamine addiction assessment form and the family relationship assessment form before and after the therapy and after one month of follow-up. Descriptive statistics and paired sample t-test were used for all data analysis.

Results: After the therapy and after one month of follow up, the study showed statistically significant that amphetamine addiction patients had lower scores of amphetamine addiction (mean difference = 13.67; 95% CI = -15.18 - -12.15; p-value <0.05). In terms of family relationship, it was found that amphetamine drug addicted patients and their families had significantly higher mean family relationship scores (mean difference = 2.59; 95% CI = 2.41 - 2.77; p-value <0.05).

Conclusion: This study showed that a Satir family therapy model can reduce amphetamine addiction and improve family relationship. Therefore, this program should be applied to the treatment of amphetamine addicted patients with family relationship problem.

Keywords: Satir family therapy, amphetamine addicted patients, family relationship

Corresponding author: Yupattra Pattamang

E-mail: yupattra.pat@gmail.com

Received 8 November 2022 Revised 18 August 2023 Accepted 24 August 2023

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดทั่วโลกโดยเฉพาะสารเสพติดแอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงมากขึ้น และส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ และความมั่นคงของชาติ World Drug Report ได้คาดการณ์ว่ามีประชากรทั่วโลกที่ใช้ยาเสพติดประมาณ 243 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากรโลก มีการขยายตัวการผลิตสารแอมเฟตามีนในอเมริกาเหนือ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยประชากรอายุระหว่าง 15 - 64 ปี เป็นผู้ที่ใช้ยาเสพติดผิดกฎหมาย และมีผู้ใช้ยาเสพติดที่มีปัญหามีประมาณ 27 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.6 ของประชากรผู้ใหญ่ทั่วโลก¹ และพบว่าในประเทศไทยมีการแพร่ระบาดของสารแอมเฟตามีนหรือยาบ้ามากเป็นลำดับที่ 1 ของผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งในประเทศไทยมีผู้เข้ารับการบำบัดทั้งหมดในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 168,569 คน ประเภทตัวยาที่มีผู้เสพมากที่สุด คือ แอมเฟตามีนหรือยาบ้า² จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของสารเสพติดแอมเฟตามีน

สารเสพติดแอมเฟตามีนเป็นสารเสพติดที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำหน้าที่ในการควบคุมสมองส่วนคิด และสมองส่วนอยาก ควบคุมการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกี่ยวกับการทรงตัว และการเคลื่อนไหว และการถ่ายทอดความรู้สึก ถ้ามีการเสพยาเสพติดแอมเฟตามีนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน จะทำให้สารสื่อประสาทคงเหลือในเซลล์น้อยลง ร่างกายไม่สามารถสังเคราะห์ใหม่ได้เพียงพอ ในระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการในทางตรงข้ามคือ เฉื่อยชา ซึมเศร้าได้ แต่เมื่อเสพยาอย่างต่อเนื่องไปเรื่อยๆ ปริมาณสารที่เคยเสพยาเดิมจึงไม่ค่อยได้ผล จึงต้องมีการใช้ปริมาณที่มากขึ้นกว่าเดิมเพื่อให้ได้ผลเหมือนเดิม มีผลทำให้ความสามารถในการคิด และความจำแย่ลง ไม่สามารถนึกคิด แยกแยะเหตุผลถูกผิดได้เหมือนคนปกติ จึงพบว่าผู้เสพยาแอมเฟตามีนมักจะจมอยู่ภายใต้อิทธิพลของสารเสพติด มีความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ที่เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิดง่าย จะไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองให้หยุดเสพยาเสพติดได้ และหากผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนยังคงเสพยา ไม่เลิกเสพยา ก็จะทำให้มีอาการทางจิตและกลายเป็นผู้ป่วยโรคจิตได้ในที่สุด³ ในทางทฤษฎีทางจิตวิทยาที่ทำให้เกิดเสพยาเสพติด ได้มีการศึกษาและพบทวนอย่างเป็นระบบ พบว่าปัจจุบันทฤษฎีชีวจิตสังคมได้รับการยอมรับว่าเป็นทฤษฎีที่มีการกล่าวถึงในการบำบัดรักษา พฤติกรรมการติดสารเสพติด และได้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลาย⁴

ข้อดีของทฤษฎีนี้คือทำให้ผู้ให้การรักษาต้องใช้เวลา และทำความเข้าใจกับองค์ประกอบในแต่ละส่วนของแต่ละบุคคลมีสัดส่วนปัจจัยที่แตกต่างกัน มีความสอดคล้องกับธรรมชาติของพฤติกรรมและการเสพยาเสพติดมากที่สุด เพราะทฤษฎีชีวจิตสังคมสามารถอธิบายครอบคลุมถึงผู้ที่มีพฤติกรรมเสพยาเสพติดได้ในหลายระดับ เพื่อให้ทำความเข้าใจผู้เสพยาและการให้ความช่วยเหลือแบบองค์รวม ทำให้ผู้เสพยามีโอกาสในการฟื้นฟูสภาพมากที่สุด⁵

จากผลกระทบของการเสพยาแอมเฟตามีนดังกล่าวข้างต้น นอกจากจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อตัวของผู้เสพยาเสพติดแอมเฟตามีนแล้ว ยังส่งผลกระทบที่สำคัญต่อครอบครัว โดยพบว่าปัจจัยความขัดแย้งในครอบครัวมีอิทธิพล และสามารถร่วมทำนายการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนได้ การใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนทำให้สัมพันธภาพของครอบครัวเปลี่ยนไป และยังพบว่าปัจจัยที่ช่วยปกป้องจากการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน คือ ปัจจัยสัมพันธภาพในครอบครัว ในขณะที่ปัจจัยผลักดันคือ การที่คนในครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกัน การไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแล ขาดความรักความเข้าใจในครอบครัว ไม่มีเวลาให้กัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน⁶⁻⁷ ผลจากการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่มีบทบาทและอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนของผู้ป่วย ดังนั้นการให้ความสำคัญกับครอบครัวในการมีส่วนร่วมบำบัดรักษา จึงควรได้รับการตระหนักและให้ความสำคัญ

การทำครอบครัวบำบัดมีหลายรูปแบบ ครอบครัวบำบัดชนิดเชิงประสบการณ์⁸ ซึ่งผู้นำการบำบัดในรูปแบบนี้คือ Virginia Satir เป็นครอบครัวบำบัดแนวหนึ่ง ซึ่งเน้นที่การแก้ไขความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลควบคู่ไปกับประสบการณ์ภายในของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้แต่ละคนมีความรับผิดชอบตนเอง และประสบการณ์ภายในของตน มีทางเลือกและรู้จักเลือกได้ดีขึ้น และมีความสอดคล้องกลมกลืนในตนเอง และสอดคล้องกลมกลืนระหว่างตนเอง ผู้อื่น และบริบทการทำครอบครัวบำบัดแนว Satir จะทำให้ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในระดับต่างๆ ของประสบการณ์ ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายและทำให้พวกเขาใช้ชีวิตร่วมกันได้ดีขึ้น ยอมรับกันและกันอย่างสอดคล้องกลมกลืนมากขึ้น⁹ มีการศึกษาวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศถึงประสิทธิผลของการบำบัดแบบครอบครัวโดยการใช้นา Satir ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน พบว่าทำให้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า สุขภาพจิตดีขึ้น การปรับตัวทางสังคมดีขึ้น เพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัว ทักษะการเผชิญปัญหา และการทำหน้าที่ของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น¹⁰⁻¹⁴

โรงพยาบาลร้อยเอ็ดเป็นโรงพยาบาลขนาด 820 เตียง มีกลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดให้บริการการบำบัดรักษาผู้ป่วย สารเสพติดแบบผู้ป่วยนอก ให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติด โดยใช้โปรแกรมเมทริกซ์ (matrix program) บำบัดรายบุคคล ยังไม่มีโปรแกรมเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม ในประเทศไทย ได้มีผู้ทำการศึกษาการบำบัดโดยใช้แนว Satir ในกลุ่มที่ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนในกลุ่มวัยรุ่น และในบริบท ผู้ป่วยใน^{11,13} แต่บริบทของจังหวัดร้อยเอ็ด พบกลุ่มที่ใช้สารเสพติด แอมเฟตามีนมีในทุกกลุ่มวัย และให้บริการบำบัดเฉพาะแบบ ผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทในการบำบัดรักษาเล็งเห็นถึงความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนจึงต้องการนำรูปแบบการใช้ครอบครัวบำบัดโดยใช้แนว Satir มาใช้ในผู้ป่วย สารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวแบบ ผู้ป่วยนอกในบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผลของการศึกษาวิจัย ที่ได้จะนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพิจารณาจัดตั้งคลินิกครอบครัว บำบัดโดยใช้แนว Satir ในบริบทของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดให้มี ประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย การเสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนกับหลัง และหลังติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนกับหลัง และหลังติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดก่อนและหลัง และติดตาม 1 เดือน (one group pre and post - test design) โดยมีประชากรคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสารเสพติด แอมเฟตามีน และสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย ที่เข้ารับการบำบัด ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี 2) มีปัญหาความสัมพันธ์ภาพ ในครอบครัว โดยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2.60 คะแนน โดยใช้แบบ ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ จุฑาพร อินทสิทธิ์ (2545) 3) ไม่มีปัญหาในการพูด การฟัง ในการติดต่อสื่อสารภาษาไทย

และมีเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด การบำบัด 2) มีภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายและจิตใจที่รุนแรงเกิดขึ้น และเป็นอุปสรรคในการดำเนินการวิจัย 3) มีอาการ ถอนพิษของแอมเฟตามีน โดยขนาดของกลุ่มตัวอย่าง คำนวณ โดยการใช้สูตร¹⁵

$$n = \frac{P[1 - P]}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P[1 - P]}{N}}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

P = ค่าความชุกของผู้ใช้สารเสพติดแอมเฟตามีน ร้อยละ 8.8

E = ค่าความคลาดเคลื่อน 5%

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% มีค่าเท่ากับ 1.96

N = จำนวนผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พ.ศ. 2563 จำนวน 217 คน

จากสูตรสามารถคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 11 คน เมื่อรวมความคลาดเคลื่อนจากข้อมูลไม่สมบูรณ์ประมาณ ร้อยละ 10 ของขนาดตัวอย่างทั้งหมด อย่างน้อย 12 คน

การศึกษาได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ RE070/2563 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ชี้แจงกระบวนการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้ง ผู้ป่วยและครอบครัว จากนั้นดำเนินการบำบัดตามโปรแกรม ครอบครัวบำบัดตามแนว Satir มีคณะผู้วิจัยเป็นพยาบาลจิตเวช เป็นผู้ช่วยผู้บำบัด และมีนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้สังเกตการณ์ กระบวนการบำบัด และให้ข้อเสนอแนะช่วงท้ายของการบำบัด และหลังดำเนินการครอบครัวบำบัดตามแนว Satir เสร็จสิ้นลง ผู้ช่วย ผู้บำบัดเป็นพยาบาลจิตเวชให้ผู้ป่วยและครอบครัวตอบแบบ ประเมินผลในการดำเนินการครั้งที่ 4 และติดตามหลังดำเนินการ ครบ 1 เดือน ข้อมูลที่เก็บได้จะเป็นความลับ มีเพียงคณะผู้วิจัย ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และมีการเผยแพร่เฉพาะผลในภาพรวม ที่ไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ

1. โปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ซึ่งผู้วิจัย พัฒนาขึ้นตามแนวคิดครอบครัวบำบัดชนิดเชิงประสบการณ์ (Experiential family therapy)⁸ ผสมผสานกับแนวคิด Satir⁹ ประกอบด้วยการบำบัด จำนวน 4 ครั้ง ใช้ระยะเวลาครั้งละ

45 - 60 นาที ดำเนินการทุก 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยใช้รูปแบบการบำบัดรายครอบครัว โดยมีสาระสำคัญในการดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 เป็นการสร้างสัมพันธภาพและสร้างความร่วมมือระหว่างทีมผู้บำบัด ผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมการบำบัด เข้าใจเกี่ยวกับโรคสมองติดยาและตระหนักถึงผลกระทบจากการเสพแอมเฟตามีน มีส่วนร่วมประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้ Iceberg และให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ร่วมกันตั้งเป้าหมายเพื่อควบคุมการเสพแอมเฟตามีน

ครั้งที่ 2 เป็นการให้แผนภูมิครอบครัวช่วยในการสำรวจโครงสร้าง และความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการเสพแอมเฟตามีนของผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ และการตีความเกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เสพแอมเฟตามีน และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการจัดการสิ่งกระตุ้นต่างๆ รวมถึงความคาดหวังในการรับรู้ปัญหานั้นๆ และพัฒนาความรู้สึกในทางบวกร่วมกัน

ครั้งที่ 3 เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับกฎของครอบครัว ได้เข้าใจบทบาทของครอบครัวเมื่ออยู่กับผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน และให้ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นผู้เลือกในการคงไว้ซึ่งกฎปัจจุบันของครอบครัว และละทิ้งกฎของครอบครัวบางอย่างที่ไม่เข้ากับปัจจุบัน

ครั้งที่ 4 เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และมีทักษะการวางแผนเพื่อจัดการกับพฤติกรรมการเสพซ้ำ ได้ทบทวนอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเสพซ้ำ และได้สร้างพันธสัญญาที่ยั่งยืนร่วมกัน รวมทั้งมีแนวทางจัดการกับปัญหาได้เมื่อสิ้นสุดการบำบัด

ผู้วิจัยนำเครื่องมือโปรแกรมครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ที่คณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านครอบครัวบำบัดและการบำบัดตามแนว Satir คือ รศ.พญ.นวนันท์ ปิยะวัฒนกุล อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบำบัดตามแนว Satir ได้แก่ อาจารย์สกวรัตน์ พวงลัดดา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลศรีธัญญา และ อาจารย์กานดา ผาวันดี นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เป็นผู้ตรวจสอบความตรง

ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา ก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1 ครอบครัว เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ก่อนนำไปใช้จริง

2. แบบประเมินการเสพแอมเฟตามีน Timeline Follow back (TLFB) เป็นแบบประเมินการใช้สารเสพติดที่แปลโดย ก.สินศักดิ์ สุวรรณโชติ¹⁰ มีลักษณะเป็นข้อคำถาม 4 ข้อ ให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (self-report) เกี่ยวกับปริมาณการใช้สารเสพติดแอมเฟตามีนได้แก่ ข้อที่ 1 ให้ระบุว่ามีสารเสพติดแอมเฟตามีนหรือไม่ใน 1 วันที่ผ่านมา โดยสามารถทำเครื่องหมายถูกหากมีการเสพสารแอมเฟตามีน และทำเครื่องหมายกากบาท เมื่อไม่มีการเสพสารแอมเฟตามีน ข้อที่ 2 ให้ระบุปริมาณสารแอมเฟตามีนที่ใช้ หากไม่มีการเสพเลยให้ใส่เลข "0" หากมีการใช้ให้ใส่ตัวเลขปริมาณเม็ดที่ใช้ ข้อที่ 3 ให้ระบุจำนวนครั้งของการเสพสารแอมเฟตามีน หากไม่มีการเสพเลยให้ใส่ เลข "0" หากมีการใช้ให้ใส่จำนวนครั้งเป็นตัวเลข และข้อที่ 4 ให้ระบุวิธีการเสพสารแอมเฟตามีน เช่น สูบ กิน ชีด หรือวิธีการอื่นๆ ตามที่ใช้จริง ลงในช่องวิธีการใช้ การคิดคะแนนการเสพแอมเฟตามีน ได้จากผลคูณจำนวนครั้งที่ใช้ในแต่ละวัน กับปริมาณสารแอมเฟตามีนที่ใช้ในแต่ละครั้ง มีหน่วยเป็นเม็ด การแปลผล ค่าคะแนน 0 คะแนน หมายถึง ไม่มีการเสพ ค่าคะแนน >0 คะแนน หมายถึง มีการเสพ ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.95)

3. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแบบประเมินปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย จุฑาพร อินทสิทธิ์¹⁷ มีทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ คือ ด้านความรักและห่วงใยอาทรซึ่งกันและกัน ด้านการพักผ่อนหย่อนใจ ด้านความเคารพนับถือซึ่งกันและกัน และด้านการปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี = 1.00 - 1.79 ค่อนข้างไม่ดี = 1.80 - 2.59 ปานกลาง = 2.60 - 3.39 ค่อนข้างดี = 3.40 - 4.19 และดี = 4.25 - 5.00 คะแนนรวมที่มากแสดงว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงใดๆ และนำไปหาความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha coefficient = 0.85)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงบรรยายในการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป และใช้สถิติวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการเสพแอมเฟตามีน กับค่าคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัวในกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อน หลัง และติดตาม 1 เดือน ด้วยสถิติ Pair t-test มีการกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน จำนวน 12 คน และครอบครัวผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน 12 ครอบครัว มีดังนี้

ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่สถานะในครอบครัวเป็นสามี (ร้อยละ 58.3) เป็นเพศชายทุกคน อายุอยู่ในช่วง 51 - 59 ปี (ร้อยละ 41.7) การศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 58.3) ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ (ร้อยละ 58.3) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 58.3) รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 75.0) ทุกคนมีอายุที่เริ่มเสพสารเสพติดแอมเฟตามีนในช่วง 10 - 20 ปี ส่วนใหญ่ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ต่อครั้ง จำนวน 1 เม็ด (ร้อยละ 58.3) ทุกคนไม่มีประวัติการใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วมด้วย และส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดครั้งแรก (ร้อยละ 91.7) **ตารางที่ 1**

สำหรับข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนส่วนใหญ่ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และมีลูก 1-2 คน (ร้อยละ 75.0) ทุกครอบครัวมีรายได้เพียงพอ สถานะสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นภรรยา (ร้อยละ 58.3) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.7) อายุอยู่ในช่วง 51 - 59 ปี (ร้อยละ 50.0) ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 66.6) ทุกคนมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 41.7) และสมาชิกในครอบครัวทุกครอบครัวไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด **ตารางที่ 2**

ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีน ประกอบด้วย

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีน ระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 3**

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนกับหลังติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนหลังติดตาม 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **ตารางที่ 4**

ข้อมูลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ประกอบด้วย

1. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ภาพหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 5**

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนกับหลังติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว ภาพหลังติดตาม 1 เดือน สูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **ตารางที่ 6**

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวบำบัดตามแนว Satir สามารถทำให้ลดการเสพแอมเฟตามีน และช่วยเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้นได้ หลังการบำบัดและหลังติดตามหลัง 1 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่าการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ทำให้ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกต่อปัญหาการเสพสารแอมเฟตามีนของตนเองปรับเปลี่ยนมุมมองว่าทุกคนรักจึงต้องการให้ตนเองเลิกเสพ ผู้ป่วยมองเห็นว่าตนเองมีคุณค่าต่อครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสพแอมเฟตามีน สามารถค้นหาศักยภาพที่มีของตัวเองได้ และด้านสัมพันธภาพในครอบครัวผู้ป่วยสามารถบอกได้ถึงความรักของคนในครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนการสื่อสารทางบวกในครอบครัวมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นและการป้องกันการกลับไปเสพซ้ำ และมีทักษะการจัดการร่วมกัน และครอบครัวสามารถแสดง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะในครอบครัว		
สามี	7	58.3
บุตร	5	41.7
เพศ		
ชาย	12	100
อายุ (ปี)		
20 - 30 ปี	2	16.7
31 - 40 ปี	4	33.3
41 - 50 ปี	1	8.3
51 - 59 ปี	5	41.7
การศึกษา		
ประถมศึกษา	3	25.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	58.3
ปริญญาตรี	2	16.7
สถานภาพ		
โสด	5	41.7
คู่	7	58.3
อาชีพ		
รับจ้าง	7	58.3
ค้าขาย	3	25.0
รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	2	16.7
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	1	8.3
5,001 - 10,000 บาท	9	75.0
10,000 บาท ขึ้นไป	2	16.7
อายุที่เริ่มเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน		
10 - 20 ปี	12	100
ปริมาณยาเสพติดที่ใช้ต่อครั้ง		
1 เม็ด	7	58.3
1 - 2 เม็ด	4	33.3
2 - 3 เม็ด	1	8.3
การใช้ยาเสพติดชนิดอื่นร่วม		
ไม่มี	12	100.0
จำนวนครั้งที่รับการบำบัดยาเสพติด		
ครั้งแรก	11	91.7
ครั้งที่ 2	1	8.3

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของครอบครัวผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีน

ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ลักษณะของครอบครัว		
ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และมีลูก 1 - 2 คน	9	75.0
ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และมีลูกมากกว่า 2 คน	2	16.7
ครอบครัวที่มีพ่อ แม่ และญาติอยู่ร่วมกัน	1	8.3
รายได้ของครอบครัว		
เพียงพอ	12	100
สถานะสมาชิกในครอบครัว		
พ่อ	1	8.3
แม่	4	33.4
ภรรยา	7	58.3
เพศ		
ชาย	1	8.3
หญิง	11	91.7
อายุ		
20 - 30 ปี	1	8.3
31 - 40 ปี	1	8.3
41 - 50 ปี	4	33.4
51 - 59 ปี	6	50.0
การศึกษา		
ประถมศึกษา	8	66.6
ปริญญาตรี	4	33.4
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	1	8.3
รับจ้าง	5	41.7
เกษตรกร	2	16.6
ค้าขาย	4	33.4
ประวัติการใช้สารเสพติด		
ไม่ใช้	12	100

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนการเสพแอมเฟตามีน	n	$\bar{X}$	S.D	Mean df	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	12	13.67	2.38	13.67	-15.18 - -12.15	<0.05
หลังการทดลอง	12	0.00	0.00			

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการเสพแอมเฟตามีนระหว่างก่อนกับหลังติดตาม 1 เดือนหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนการเสพแอมเฟตามีน	n	$\bar{X}$	S.D	Mean df	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	12	13.67	2.38	13.67	-15.18 - -12.15	<0.05
หลังการทดลอง	12	0.00	0.00			

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนกับหลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D	Mean df	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	12	1.54	.04	2.59	2.41 - 2.77	<0.05
หลังการทดลอง	12	4.14	.27			

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างก่อนกับหลังติดตาม 1 เดือน หลังได้รับการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัว	n	$\bar{X}$	S.D	Mean df	95%CI	p-value
ก่อนการทดลอง	12	1.54	.04	2.58	2.42 - 2.74	<0.05
หลังการทดลอง	12	4.13	.23			

ความรู้สึกให้ผู้ป่วยรับรู้ได้ถึงความรักที่มีในตัวผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกายรัตน์ ช่วยเจริญ และคณะ¹¹ ได้พัฒนาโปรแกรมการบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดด้วยแนวคิดครอบครัวบำบัดตามแนวคิด Satir โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมใน 3 ด้าน คือ ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะการเผชิญปัญหา และสัมพันธภาพในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า หลังการศึกษาและเมื่อติดตาม 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการเห็นคุณค่าในตนเอง และการเผชิญปัญหาสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว พบว่าหลังการทดลองญาติ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย

สัมพันธภาพในครอบครัวสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตตา ฤทธิมนตร์¹³ ได้ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามแนวคิดของซาเทียร์โมเดล เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ติดยาบ้า เป็นการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดยาบ้าที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนการเห็นคุณค่าในตนเองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มตัวอย่างสามารถพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองให้มีทางเลือกตัดสินใจ

ใช้ชีวิตโดยไม่พึ่งพายาเสพติด และเช่นเดียวกับการศึกษาของ Maarefvand et al¹⁴ ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพของการบำบัดด้วยครอบครัวด้วยโดยแนวคิด Satir ของสมาชิกครอบครัวผู้ติดยาในเรือน เป็นการศึกษาที่มีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มการทำหน้าที่ของครอบครัวผู้ติดยาในการป้องกันการเสพยาซ้ำ กลุ่มทดลองจำนวน 27 ครอบครัว ได้การบำบัดด้วยครอบครัวโดยแนวคิด Satir และกลุ่มควบคุม 26 ครอบครัว ได้รับการบำบัดรักษาตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ครอบครัวผู้ติดยามีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการป้องกันการเสพยาซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า จุดแข็งที่สามารถทำให้ผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนและครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางบวก เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะสมาชิกที่มีอิทธิพลโดยตรงกับตัวผู้ป่วย และการบำบัดโดยใช้ทีมสหวิชาชีพช่วยให้เห็นมุมมองของปัญหาในหลายแง่มุม แต่การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ทีมผู้บำบัดทั้ง 3 คน ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดได้ครบทีมในการบำบัดครั้งที่ 4 แต่การบำบัดครั้งที่ 4 ของทุกครอบครัว จะมีทีมในการบำบัดอย่างน้อย 2 คน ทุกครั้ง เนื่องจากในภาพรวมของการให้บริการต้องให้บริการผู้ป่วยทุกกลุ่มโรค และมีจำนวนผู้มารับบริการเป็นจำนวนมาก

สรุป

การศึกษานี้พบว่า ผลที่เกิดจากการการบำบัดด้วยครอบครัวบำบัดตามแนว Satir ทำให้ลดการเสพยาแอมเฟตามีนและช่วยเพิ่มสัมพันธภาพในครอบครัวให้ดีขึ้น ควรนำมาใช้เป็นทางเลือกหนึ่งในการบำบัดผู้ป่วยสารเสพติดแอมเฟตามีนที่มีปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัวหลังมีการศึกษาเพิ่มเติม โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ และมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นที่แตกต่างกันจากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ตัวแปรสำคัญต่อการเลิกเสพยาเสพติดแอมเฟตามีน คือการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะถ้าสมาชิกที่มีอิทธิพลโดยตรงกับตัวผู้ป่วย แต่ในการศึกษานี้มีข้อจำกัดของสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการบำบัดได้ทุกคน จากข้อจำกัดด้านภาระหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวบางคน แต่ผู้วิจัยได้ให้สมาชิกที่มีผลกระทบโดยตรงกับผู้ป่วยเข้าร่วมกระบวนการบำบัดทุกครอบครัว การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาโดยมีกลุ่มควบคุมร่วมด้วยเพื่อที่จะแสดงและเปรียบเทียบให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบำบัดได้อย่างชัดเจนมากขึ้น รวมทั้งควรมีการติดตามหลังการบำบัดระยะยาวมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). Patterns and trends of amphetamine-type stimulants and other drug. United Nation publication;2021.
2. Office of the Narcotics Control Board: Ministry of Justice. Report drug problem situation in Thailand [Internet].2022[cited 2022 Mar 20]; Available from: <https://data.oncb.go.th/bst>
3. Soontornchoti M, Uthis P. Selected factors related to resilience to amphetamine use of adolescents receiving treatment, out patient department, eastern region hospital. J Psychiatr Ment Health Nurs 2013; 27(2): 85-98.
4. Jhanjee S. Evidence based psychosocial Interventions in substance use. Indian J Psychol Med 2014; 36: 112-118.
5. Rattanasumawong W, Kalayasiri R, Saengcharnchai P. Current models of addiction and controversy. J Psychiatr Assoc Thailand 2018; 63(3): 295-306.
6. Mungkung W, Wacharasin C, Deoisres W. Family factors Influencing substance abuse in male adolescents at a juvenile vocational training centre. PHJBUU 2016;11(2):53-63.
7. Hiranyatheb T, Udomsubpayakul U, Kongsakon R. Factors associated with non-relapse in clients who completed the rehabilitation programme in compulsory treatment system for drug addiction. J Psychiatr Assoc Thailand 2013;58(2):157-164.
8. Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambridge, MA:Harvard University;1974.
9. Satir V. The Satir model. California: science and behavior books;1991.
10. Suvanchot KS, Somrongthong R, Phukhao D. Efficacy of group motivation interviewing plus brief cognitive behavior therapy for relapse in amphetamine use with co-occurring psychological problems at southern psychiatric hospital in Thailand. J Med Assoc Thai 2012;95(8):1075-1080.
11. Chuaycharoen P, Chaipichitpan N, Meesil W. Effectiveness of family therapy program for drug dependent patients and their family. J DMS 2015;40(2):80-93.
12. Sisangsong S, Uthis P, Suktrakul S. The effect of multidimensional family therapy program on amphetamine consumption in adolescent with amphetamine dependence. J Psychiatr Ment Health Nurs 2019;33(2):76-90.
13. Ritmoontree S. Effect of group Satir model based program on self-esteem enhancement of amphetamine dependence in compulsory rehabilitation. J DMS 2021;46(1):80-93.
14. Maarefvand M, Aghaei H, Hosseinzadeh S, Abbasi M, Khubchandani J. Effectiveness of Satir-Informed family-therapy on the codependency of drug dependents' family members in Iran: a randomized controlled trial. J Evid Inf Soc Work 2017;14(4):301-310.
15. Dattalo P. Determining sample size: balancing power, precision, and practicality. New York: Oxford University Press;2008.
16. Intasithi J. Family relationship and attitude toward pregnancy of pregnant women with nausea and vomiting. Bangkok: Mahidol University;2002.

ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่มี วินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด บริบทนอกเขตอำเภอเมืองอุบลราชธานี

ทรงพล ไลดทงค

โรงพยาบาลตระการพืชผล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เป็นโรคจิตจากสารเสพติด

วิธีการศึกษา ศึกษาแบบ retrospective study (มีนาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566) ในผู้มีอายุ 15 - 65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด รหัส F1X.15, F1X.5 F1X.7 ตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพืชผล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 - 30 มิถุนายน 2564 ซึ่งเป็นข้อมูลจากการสัมภาษณ์และประเมินโดยพยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งบริการประจำในคลินิกจิตเวช ตรวจรักษาโดยจิตแพทย์และแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน ศึกษา รวบรวมข้อมูล แปลผล ตรวจสอบความถูกต้องโดยจิตแพทย์เป็นขั้นตอนสุดท้าย อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR วิเคราะห์โดยใช้ Chi-square test Fischer's exact test และ logistic regression analysis รายงานสถิติเป็นสัดส่วน ร้อยละ odds ratio และ 95%CI

ผลการศึกษา ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด 182 ราย มี 40 ราย ที่ตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นจิตเภท ในเวลาต่อมา หลังการติดตามพบความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด ร้อยละ 22 เมื่อจำแนกตามชนิดของสารที่เสพ พบกลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิดเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 38.7 กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 23.1 และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 17.6 ประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทมีข้อมูลทั่วไปแนวโน้มรูปแบบเดียวกันยกเว้นชนิดสารที่เสพ และพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมาของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดได้แก่ ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ นั่นคือ อาการหลงผิด (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10-13.77, P = 0.035) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized speech or behavior) (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05-218.67, P <0.001) รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (Long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79-190.23, P <0.001)

สรุป ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ การได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา จึงควรพิจารณาติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวเป็นระยะเวลานานขึ้น ลดยาลงอย่างระมัดระวังและคงการติดตามรักษาไว้จนแน่ใจในกลุ่มเสี่ยง

คำสำคัญ ความชุก ปัจจัย จิตเภท โรคจิตจากสารเสพติด

Corresponding author: ทรงพล ไลดทงค

โรงพยาบาลตระการพืชผล

E-mail: sosong2554@gmail.com

วันรับ : 1 มิถุนายน 2566 วันแก้ไข : 20 กรกฎาคม 2566 วันตอบรับ : 26 กันยายน 2566

Prevalence and Associated Factors of Conversion to Schizophrenia among Patients with Substance-Induced Psychotic Disorder, The Rural Context in Ubon Ratchathani

Songpon Lodthanong

Trakan Phuet Phon Hospital

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence and associated factors of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder.

Methods: The retrospective study (March 2022 - February 2023) included subjects who were 15 - 65 years of age, diagnosed substance-induced psychotic disorders (ICD-10: F1X.15, F1X.5 F1X.7), visited Trakan Phuet Phon hospital between January 2013, 1st and June 2021, 30th. All subjects were reviewed definite diagnosis by psychiatrists. The data were analyzed using percentage, Chi-square test, Fischer's exact test, and logistic regression analysis.

Results: The 223 subjects were 182 subjects who were diagnosed substance-induced psychotic disorders, enough data for analysis and 41 subjects who were excluded from the study because of diagnosed schizophrenia before the study, the criteria of substance-induced psychotic disorders were not met, lost to follow up, or death. The prevalence of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder was 22.0%, 38.7% for persons with a diagnosis of multiple substances-induced psychotic disorder, 23.1% for those with an amphetamine-induced psychotic disorder, and 17.6% for those with an alcohol-induced psychotic disorder. Associated factors of schizophrenia among patients with substance-induced psychotic disorder were delusion (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10-13.77, $P = 0.035$), disorganized speech or behavior (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05-218.67, $P < 0.001$), and Long-acting injectable antipsychotics (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79-190.23, $P < 0.001$).

Conclusion: There was a great extent of changing or revised-diagnosis from substance-induced psychotic disorders to schizophrenia. Clinical observation and extended treatment should be considered, in particular delusion, disorganized speech or behavior, and Long-acting injectable antipsychotics treatment.

Keywords: Prevalence, factors, schizophrenia, substance-induced psychotic disorder

Corresponding author: Songpon Lodthanong

E-mail: sosong2554@gmail.com

Received 1 June 2023 Revised 20 July 2023 Accepted 26 September 2023

บทนำ

ปัญหาสารเสพติดเป็นปัญหาที่สำคัญของทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมายาวนาน และทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง¹ 35 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับการเสพติด และประมาณ 0.5 ล้านคนต่อปีเสียชีวิตด้วยเหตุอันเนื่องมาจากการเสพติด²⁻³ ส่งผลกระทบต่อสังคมและครอบครัวอย่างต่อเนื่องไปถึงการพัฒนาสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนความมั่นคงของประเทศ ปัญหาสารเสพติดจึงเป็นปัญหาที่มีขึ้นเฉพาะการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีความเกี่ยวเนื่องกับปัญหาพื้นฐานของสังคมอีกด้วย สถานการณ์และปัญหาสารเสพติดจึงมีความสำคัญตั้งแต่ระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศตามลำดับ³⁻⁴

การเสพติดเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิต จังหวะที่มีอาการรุนแรงได้โดยโรคจิตจากสารเสพติดนั้นผู้ป่วยจะมีอาการเสียงแว่ว เห็นภาพหลอน หรือระแวงกลัว หลงผิด คล้ายลักษณะของโรคจิตเภท แต่จะมีอาการเพียงระยะสั้น เมื่อหยุดเสพสารเสพติดแล้วและได้รับการรักษาที่เหมาะสมมักจะหายขาดในระยะเวลาไม่นานกว่า 1 เดือน ในขณะที่โรคจิตเภทจะมีลักษณะที่เรื้อรังหรือมีอาการกำเริบได้อีก จึงต้องรักษาในระยะเวลาที่ต่อเนืองยาวนานกว่า รวมถึงการพยากรณ์โรคและคุณภาพชีวิตจะค่อนข้างด้อยกว่า⁵⁻⁶ เกิดประเด็นปัญหาสมรรถนะด้านสังคม การทำงานและเศรษฐกิจ และจัดเป็น 1 ใน 15 โรคที่นำมาสู่ความพิการทั่วโลก⁷ โดยองค์การอนามัยโลกยังจัดให้เป็น 1 ใน 10 ภาระโรคในระดับโลก (global burden of disease) และเปรียบเทียบความรุนแรงของการสูญเสียความสามารถ (the severity of disability) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการกำเริบกับโรคทางกาย โดยเทียบเท่าผู้ที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (quadriplegia) มี severity weights 0.7 - 1 จัดอยู่ใน disability class 7 ระดับสูงที่สุด⁸ จนบางครั้งอาจต้องมีผู้ดูแลในระยะยาว โดยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของจิตเภท ประมาณร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป⁹⁻¹¹ ในขณะที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดจำนวนหนึ่งได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทภายใน 3 ปี¹² ความเสี่ยงสะสมของการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 11.3¹³ และบางการศึกษาพบว่า ร้อยละ 32.2 ของผู้ที่เป็โรคจิตจากสารเสพติดเปลี่ยนเป็นโรคอารมณ์สองขั้วหรือกลุ่มโรคจิตเภทได้¹⁴ ในทางเวชปฏิบัติพบว่าผู้ป่วยที่แรกเริ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตจากสารเสพติดนั้น เมื่อติดตามต่อเนืองมีจำนวนหนึ่งที่มีลักษณะอาการทางจิตเรื้อรัง จนต้องเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทภายหลัง ซึ่งอาการของจิตเภท

ได้แก่อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) การพูดหรือพฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติไปจากปกติ (catatonic behavior) อารมณ์ที่อับ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง หากอาการเหล่านี้ยังคงอยู่แม้ในช่วงระยะเวลาที่ไม่ได้เสพสารเสพติดแล้วเป็นระยะเวลานาน¹⁵⁻¹⁶ จะได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาประเด็นความชุกและจำแนกลักษณะของการเปลี่ยนจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในประเทศไทย ทั้งในต่างประเทศยังมีข้อมูลไม่มาก ในครั้งนี้จึงศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทในผู้ที่เป็โรคจิตจากสารเสพติด หากพบความชุกของการเป็นโรคจิตเภทในเวลาต่อมากว่าประชากรทั่วไปและพบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จะส่งผลในการติดตามอาการทางจิตลักษณะต่างๆ เผื่อระวังการเป็นโรคจิตเภทในระยะยาว และพิจารณาควมยารักษาอาการทางจิตจากช่วงแรก รักษาไว้นานขึ้น หรือลดขนาดและปริมาณยารักษาอาการทางจิตอย่างระมัดระวังไม่เร็วจนเกินไป โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง ติดตามอาการจนแน่ใจว่าผู้ป่วยรายนั้นเป็นหรือไม่เป็นโรคจิตเภท เพื่อผลการรักษาที่ดีและเป็นแนวทางในติดตามดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในระยะยาวต่อไป

วิธีการศึกษา

ศึกษาแบบ retrospective study โดยดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 ศึกษาในผู้มีอายุ 15 - 65 ปี ที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลตระการพืชผล บ้านทึกเวระเบียน อีเล็คทรอนิกส์ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2566 - 30 มิถุนายน 2564 มีระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน เพื่อเป็นการติดตามอาการและการรักษาต่อเนือง และเพิ่งเริ่มได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ ICD-10 ในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติด (substance-induced psychotic disorder) รหัส F1X.15, F1X.5, F1X.7 ในช่วงเวลาดังกล่าว โดยไม่รวมผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดมาก่อนวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยชัดเจนว่าเป็นโรคจิตเภทมาก่อนหรือมารับการตรวจรักษาอาการทางจิตเพียงครั้งเดียว มีข้อมูลการรักษาไม่เพียงพอที่จะบททวนการวินิจฉัยในระยะยาว และผู้ที่ได้รับการทบทวนแล้วข้อมูลพบว่าไม่ใช่อกลุ่ม

โรคจิตจากสารเสพติด ตลอดจนผู้ที่เสียชีวิตในช่วงเวลาที่ติดตาม ข้อมูล คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปลี่ยนวินิจัยโรคจิต จากสารเสพติดเป็นจิตเภทที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมี ค่าเท่ากับ 0.11¹³ ค่าระดับความเชื่อมั่นเป็นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ 0.05 จากสูตร $\frac{(Za/2)^2 p(1-p)^2}{d^2}$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 151 ราย เพิ่มร้อยละ 20 เพื่อป้องกันความ ไม่สมบูรณ์ของข้อมูล รวมกลุ่มตัวอย่าง 182 ราย เก็บข้อมูล ตามแบบบันทึกข้อมูลซึ่งประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทั่วไปทาง ประชากร ได้แก่ เพศ อายุ (ที่มารับการรักษาด้วยอาการทางจิต) สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว (แบ่งเป็นทางกายและจิตเวช) ชนิดสารที่เสพ และข้อมูลลักษณะอาการทางจิตเด่นที่นำมาสู่ การรักษาในระยะแรก (ช่วงที่มีอาการของโรคจิตจากสารเสพติด เริ่มแรก) ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ภาพหลอน (visual hallucination) เสียงแว่ว (auditory hallucination) การพูดหรือ พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms) รวมถึงข้อมูล ชนิดและปริมาณของยารักษาอาการทางจิต (antipsychotic drugs) ที่ได้รับต่อเนื่องทั้งแบบรับประทานในขนาดสูงนาน 1 เดือน ขึ้นไป โดยกำหนดให้เทียบเท่าขนาดกับการได้รับ Haloperidol ≥ 15 มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่า equivalent dose ของ Risperidone ≥ 7.5 หรือ Perphenazine ≥ 60 มิลลิกรัมต่อวัน)¹⁷⁻²⁰ และยารักษา อาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป และใช้ฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จากโรงพยาบาลตระการพิรุณ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนแห่งเดียว ประจำอำเภอตระการพิรุณ จังหวัดอุบลราชธานี รวมถึงเป็น สถานที่หลักในการรับบริการของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดในอำเภอ ซึ่งมีการจัดบริการคลินิกเฉพาะโรคจิตเวชมาอย่างยาวนาน ข้อมูล ในเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ได้จากการสัมภาษณ์และประเมิน โดยพยาบาลวิชาชีพ สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ซึ่งให้บริการประจำในคลินิกจิตเวชมาโดยตลอด ตรวจรักษาโดย จิตแพทย์และแพทย์ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน โดยศึกษา รวบรวมข้อมูล แปลผล และ ตรวจสอบความถูกต้องโดยจิตแพทย์เป็นขั้นตอนสุดท้ายทั้งหมด ทุกราย อ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-IV-TR

พรรณนาความถี่ สัดส่วน ร้อยละ วิเคราะห์ระหว่างกลุ่ม ที่เป็นจิตเภทและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ใช้ Chi-square test Fischer's exact test และ logistic regression study วิเคราะห์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รายงาน 95%CI และ odd ratio กำหนดระดับ

นัยสำคัญที่ 0.05 วิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2565 รหัสโครงการ SSJ.UB 100 เอกสาร รับรองเลขที่ SSJ.UB 2564-100

ผลการศึกษา

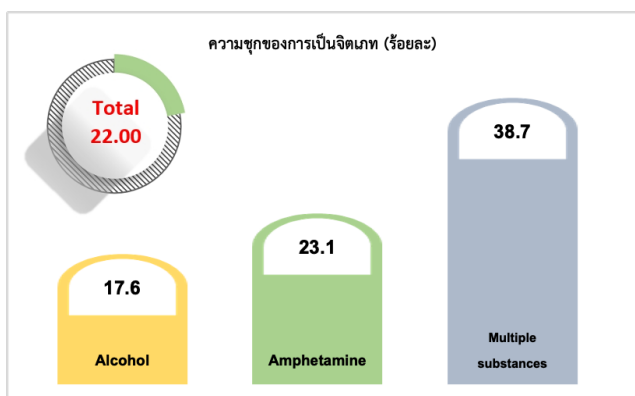
ผู้ป่วยที่เพิ่งเริ่มได้รับการวินิจฉัยในกลุ่มโรคจิตจาก สารเสพติด รหัส F1X.15, F1X.5, F1X.7 ตาม ICD-10 ในช่วงอายุ 15 - 65 ปี จำนวน 223 ราย พบ 41 ราย ไม่ตรงตามเกณฑ์การ คัดเลือก ได้แก่ 5 ราย ที่อาการครบเกณฑ์การวินิจฉัยเป็นจิตเภท มาก่อนแล้ว อีก 6 ราย ซึ่งอาการไม่ครบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิต จากสารเสพติด มี 13 ราย รับการรักษาอาการทางจิตเพียงครั้งเดียว หรือไม่มาติดตามรักษา มี 9 ราย ที่ข้อมูลไม่เพียงพอต่อการรักษา และ 8 ราย เสียชีวิต ในการศึกษาจึงเหลือผู้ป่วย 182 ราย กลุ่ม ประชากรที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 96.2 อายุเฉลี่ย 35.2 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.9 สถานภาพโสดหรือไม่มีคู่ ร้อยละ 76.4 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.6 และใช้แอลกอฮอล์ ร้อยละ 68.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.1 (มีโรคประจำตัวเป็น ทางกาย ร้อยละ 19.2 โรคประจำตัวทางจิตเวช ร้อยละ 6.0 โรคประจำตัวทั้งทางกายและจิตเวช ร้อยละ 1.7) จากข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา กับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท พบว่าประชากรส่วนใหญ่ของทั้งสองกลุ่ม มีข้อมูลทั่วไปเป็นไปในรูปแบบเดียวกัน ยกเว้นชนิดสารที่เสพ ($P = 0.039$) ตามตารางที่ 1

ผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจัย เป็นจิตเภทในเวลาต่อมาโดยจิตแพทย์เป็นผู้ทบทวนการวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละรายซ้ำ พบว่าครบตามเกณฑ์การวินิจฉัยจิตเภท 40 ราย จากทั้งหมด 182 ราย ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่วินิจฉัย เดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 22.0 เมื่อจำแนก ตามชนิดของสารที่เสพ พบกลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 38.7 กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 23.1 และกลุ่มโรคจิตจาก แอลกอฮอล์เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา ร้อยละ 17.6 ดังรูปที่ 1 ซึ่งใน กลุ่มโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด ใช้แอมเฟตามีนเป็นหลัก ร่วมกับสารเสพติดชนิดอื่น พบเสพกัญชาด้วยเพียง 4 ราย และ เสพสารระเหยร่วมด้วยเพียง 1 ราย ไม่พบรายงานการเสพสาร ชนิดอื่นนอกเหนือจากนี้

ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรก

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา

ข้อมูลทั่วไป	ไม่เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=142)	เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=40)	ทั้งหมด ร้อยละ (n=182)	P-value
เพศ				
ชาย	137 (96.5)	38 (95.0)	175 (96.2)	0.667
หญิง	5 (3.5)	2 (5.0)	7 (3.8)	
อายุ (ปี)				
Mean±SD	35.4±9.8	34.6±10.4	35.2±9.9	0.641
อาชีพ				
เกษตรกร	86 (60.6)	28 (70.0)	114 (62.6)	0.685
รับจ้าง	36 (25.4)	8 (20.0)	44 (24.2)	
ราชการ/พนักงานรัฐ	2 (1.4)	0 (0)	2 (1.1)	
นักเรียน/นักศึกษา	9 (6.3)	3 (7.5)	12 (6.6)	
อื่นๆ	9 (6.3)	1 (2.5)	10 (5.5)	
สถานะ				
โสด (ไม่มีคู่)	110 (77.5)	29 (72.5)	139 (76.4)	0.514
มีคู่	32 (22.5)	11 (27.5)	43 (23.6)	
โรคประจำตัว				
ไม่มี	100 (70.4)	33 (82.5)	133 (73.1)	0.373
ทางจิตเวช	10 (7.0)	1 (2.5)	11 (6.0)	
ทางกาย	30 (21.1)	5 (12.5)	35 (19.2)	
ทั้งทางกายและจิตเวช	2 (1.4)	1 (2.5)	3 (1.7)	
ชนิดสารที่เสพ				
แอลกอฮอล์	103 (72.5)	22 (55.0)	125 (68.7)	0.039*
แอมเฟตามีน	20 (14.1)	6 (15.0)	26 (14.3)	
สารหลายชนิด	19 (13.4)	12 (30.0)	31 (17.0)	



รูปที่ 1 ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด และจำแนกตามกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดแต่ละชนิด ได้แก่ กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ โรคจิตจากแอมเฟตามีน และโรคจิตจากการเสพยาหลายชนิด (ร้อยละ)

ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ภาพหลอน (visual hallucination) เสียงแว่ว (auditory hallucination) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบ (negative symptoms) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา กับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) ($P=0.015$) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) ($P < 0.001$) และกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ($P=0.001$) และพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา และกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภทในประเด็นการได้รับการรักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง โดยกำหนดให้

เทียบเท่าขนาดกับการได้รับ Haloperidol ≥ 15 มิลลิกรัมต่อวัน (เทียบเท่า Risperidone ≥ 7.5 และ Perphenazine ≥ 60 มิลลิกรัมต่อวัน)¹⁷⁻²⁰ นาน 1 เดือนขึ้นไป ($P < 0.001$) และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป ($P < 0.001$) ตามตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ logistic regression analysis ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา พบว่ากลุ่มที่มีตัวแปร ได้แก่ อาการหลงผิด (adjusted OR 2.67, 95%CI 1.18–6.02, $P = 0.035$) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) (crude OR 51.21, 95%CI 13.93–188.14, $P < 0.001$) และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (crude OR 23.00, 95%CI 7.08–74.72, $P = 0.001$) มีความเสี่ยงในการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภท เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีปัจจัยดังกล่าว

จากข้อมูลประชากรศาสตร์ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา กับกลุ่มที่ไม่เป็นจิตเภท เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูล พบปัจจัยที่มีความสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการหลงผิด (adjusted OR 3.90, 95%CI 1.10–13.77, $P = 0.035$) การพูดหรือพฤติกรรมไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) (adjusted OR 36.36, 95%CI 6.05–218.67, $P < 0.001$) รวมถึงการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) 3 เดือนขึ้นไป (adjusted OR 30.20, 95%CI 4.79–190.23, $P < 0.001$) ดังตารางที่ 3 โดยไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) ซึ่งพบ

เพียง 3 ราย โดยทั้งหมดเป็นกลุ่มที่เปลี่ยนเป็นจิตเภทเมื่อติดตามข้อมูลในเวลาต่อมา

วิจารณ์

ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ชนิดของสารที่เสพ ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ การได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมาของผู้ที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและทางสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกชั่วชีวิต ร้อยละ 0.5 - 1.0 ของประชากรทั่วไป⁹⁻¹¹ ในประเทศไทยมีการสำรวจความชุกของโรคทางจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 1.31²¹ และการสำรวจระบาดวิทยาของความผิดปกติทางจิตของประชากรทุกภาค พบความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภท ร้อยละ 0.172²² ซึ่งน้อยมากเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่น (ร้อยละ 22) อาจเนื่องจากกลุ่มประชากรการศึกษามีความแตกต่างกันทั้งขนาดและลักษณะของประชากร คือ ครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มที่มีโรคจิตจากสารเสพติดเป็นหลัก ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาความชุกของจิตเภทในผู้ป่วยกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดที่สามารถเทียบเคียงได้โดยตรง ปัจจุบันยังไม่ทราบปัจจัยแน่ชัดที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองของผู้ป่วยจิตเภทแม้จะมีการเสนอสมมติฐานหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องหลายประการ อีกทั้งในบรรดาสารเสพติดหลากหลายชนิดยังไม่พบ

ตารางที่ 2 ข้อมูลลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกและการได้รับยารักษาอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในเวลาต่อมา

ลักษณะอาการทางจิต/ยาที่ได้รับ	ไม่เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=142)	เป็นจิตเภท ร้อยละ (n=40)	ทั้งหมด ร้อยละ (n=182)	P-value
หลงผิด	80 (56.3)	31 (77.5)	111 (61.0)	0.015*
ภาพหลอน	67 (47.2)	23 (57.5)	90 (49.5)	0.249
เสียงแว่ว	112 (78.9)	36 (90.0)	148 (81.3)	0.111
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	3 (2.1)	21 (52.5)	24 (13.2)	<0.001*
อาการด้านลบ	0 (0.0)	3 (7.5)	3 (1.7)	0.001*
ยาฉีดแบบออกฤทธิ์นาน	4 (2.8)	16 (40.0)	20 (11.0)	<0.001*
ยารับประทานขนาดสูง	3 (2.1)	10 (25.0)	13 (7.1)	<0.001*

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติด

อาการทางจิต/ยาที่ได้รับ	Crude OR	95% CI	Adjusted OR	95% CI	P-value
หลงผิด	2.67	1.18 - 6.02	3.90	1.10 - 13.77	0.035*
ภาพหลอน	1.51	0.75 - 3.07	1.23	0.41 - 3.66	0.714
เสียงแว่ว	2.41	0.78 - 7.31	7.12	0.90 - 56.10	0.062
การพูด/พฤติกรรมผิดปกติ	51.21	13.93 - 188.14	36.36	6.05 - 218.67	<0.001*
ยาฉีดแบบออกฤทธิ์นาน	23.00	7.08 - 74.72	30.20	4.79 - 190.23	<0.001*
ยารับประทานขนาดสูง	15.44	4.01 - 59.53	4.90	0.73 - 32.81	0.101

**Adjusted odds ratio โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูล

วิเคราะห์โดย logistic regression analysis

ความสัมพันธ์ที่แน่ชัดว่าเป็นสาเหตุให้เกิดจิตเภท⁵ แต่มีหลายทฤษฎีที่กล่าวถึงความสัมพันธ์ระหว่างสารเสพติดและจิตเภท เช่น มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน (common factors) สารเสพติดกระตุ้นให้เกิดโรคจิตเวช (secondary mental disorder) มีโรคจิตเวชอยู่เดิมแล้วใช้สาร (secondary substance use, self-medication hypothesis) ปัญหาทั้งคู่ส่งผลต่อกันและกัน (bidirectional) เป็นต้น²³ บางการศึกษาพบว่าผู้เสพกัญชาที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดจิตเภท²⁴⁻²⁵ โดยเพิ่มความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะในรายที่ใช้ในปริมาณมาก²⁶ ในการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สารชนิดอื่นจึงไม่สามารถสรุปผลของความเสี่ยงจากการใช้กัญชาได้ เมื่อพิจารณาในกลุ่มที่เสพสารหลายชนิดพบใช้แอมเฟตามีนเป็นสารหลัก ซึ่งมีการศึกษาพบว่าโรคจิตจากแอมเฟตามีนได้รับการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในเวลาหลายปีต่อมามากถึงร้อยละ 25²⁷ ซึ่งใกล้เคียงกับงานวิจัยนี้ บางการศึกษาพบความชุกของการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ในผู้ป่วยจิตเภทค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป²³ ในขณะที่บางสมมติฐานอธิบายเรื่องการใช้สารเสพติด (substance use disorder) เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตเวช (mental disorder) ในผู้ที่มีความโน้มเอียงทางพันธุกรรมอยู่เดิม (diathesis-stress or two-hit hypothesis)²⁸⁻²⁹

Kenneth S. Kendler และคณะ พบการเปลี่ยนวินิจัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทเมื่อแยกตามประเภทของสาร กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนวินิจัยต่ำที่สุด และกลุ่มโรคจิตจากกัญชามีการเปลี่ยนวินิจัยสูงที่สุด โดยปัจจัยเรื่องเพศมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ การวิจัยครั้งนี้พบกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์มีการเปลี่ยนวินิจัยต่ำที่สุด

สอดคล้องกับการศึกษาดังกล่าว ในขณะที่กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนมีการเปลี่ยนวินิจัยสูงที่สุด อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาสามารถจำแนกการเสพสารได้เพียง 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแอลกอฮอล์ กลุ่มแอมเฟตามีน และกลุ่มเสพสารหลายชนิด โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ ไม่พบกลุ่มที่เสพเฉพาะกัญชาเพียงชนิดเดียวในกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องจากกัญชา (ซึ่งยังถูกกำหนดเป็นยาเสพติดตามกฎหมายในประเทศไทยช่วงปีที่ย้อนศึกษา) ยังไม่เป็นที่นิยมในพื้นที่มากเท่าแอมเฟตามีนซึ่งนิยมสูงที่สุดในบรรดาสารที่ต้องควบคุมตามกฎหมาย^{2,4} ปัจจัยเรื่องเพศไม่มีความความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติแตกต่างจากการวิจัยดังกล่าว อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเพศชายแทบทั้งหมด มีเพศหญิงจำนวนน้อยเพียง 7 ราย

การเปลี่ยนวินิจัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในการศึกษานี้ เรียงลำดับตามกลุ่มชนิดของสาร ได้แก่ กลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิด (ส่วนใหญ่เสพแอมเฟตามีนเป็นหลักร่วมกับสารอื่น) กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ตามลำดับ สอดคล้องบางประเด็นกับทั้งสองการศึกษานั้นคือ งานวิจัยของ Jussi A. Niemi-Pynttari และคณะ พบการเปลี่ยนวินิจัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นกลุ่มโรคจิตเภท (schizophrenia spectrum) เรียงลำดับได้แก่ กลุ่มโรคจิตจากกัญชา กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน และกลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ โดยโรคจิตจากกัญชาพบมากที่สุด¹² ผลการศึกษาครั้งนี้พบการเปลี่ยนวินิจัยจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทในกลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีนและกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิดมากกว่ากลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ ส่วนประเด็นโรคจิตจากกัญชาไม่สามารถสรุปผลและเปรียบเทียบกับงานวิจัยดังกล่าวได้

ซึ่งอาจเป็นผลจากความนิยมและการเข้าถึงในการเสพสารที่ผิดกฎหมายและถูกกฎหมายของแต่ละพื้นที่ที่แตกต่างกัน ในขณะที่การศึกษาของ Marie Stefanie และคณะ ซึ่งกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิดและโรคจิตจากแอมเฟตามีนจะเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทหรืออารมณ์สองขั้วได้มากกว่ากลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์เช่นกัน โดยการศึกษาดังกล่าวก็พบว่ามีการเปลี่ยนวินิจฉัยสูงที่สุด รองลงมาเป็นกลุ่มโรคจิตจากสารหลายชนิด กลุ่มโรคจิตจากแอมเฟตามีน กลุ่มโรคจิตจากสารหลอนประสาท กลุ่มโรคจิตจากแอลกอฮอล์ กลุ่มโรคจิตจากโอปิออยด์ กลุ่มโรคจิตจากโคเคน และกลุ่มโรคจิตจากยานอนหลับ ตามลำดับของการเปรียบเทียบในกลุ่มชนิดสารเสพติด¹⁴ ซึ่งมีข้อแตกต่างในแง่ความหลากหลายของชนิดสารที่พบในการศึกษา แต่ละพื้นที่ของการศึกษาอาจมีการระบาดของสารเสพติดที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาในประเทศไทย บริบทเขตต่างจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้แอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารที่อนุญาตตามกฎหมายและเป็นที่ยอมรับในประเทศไทย มีผู้เสพแอมเฟตามีนเป็นสัดส่วนรองลงมา และไม่พบการเสพยาเสพติดชนิดอื่นเพียงชนิดเดียวในกลุ่มที่ศึกษา นอกจากนั้น Marie Stefanie และคณะ ยังพบว่าโรคประจำตัวทางจิตเวชเดิมบางชนิด ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และความผิดปกติของการรับประทาน สัมพันธ์กับการเปลี่ยนเป็นจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ¹⁴ แตกต่างจากการศึกษานี้ ซึ่งไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มโรคประจำตัวทางจิตเวชหรือทางกาย หรือในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว อาจเนื่องจากการไม่มีการแยกวิเคราะห์รายโรคดังที่กล่าวมา ซึ่งเป็นข้อจำกัดของขนาดตัวอย่างและข้อมูลที่มีน้อยกว่า

ผลการศึกษากับกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดที่เปลี่ยนเป็นจิตเภทมีลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรก ได้แก่ อาการหลงผิด การพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และอาการด้านลบแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ไม่เปลี่ยนเป็นจิตเภท อาการด้านลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย ความคิดอ่านและการพูดลดลง ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนตัว ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function)¹⁵⁻¹⁶ ซึ่งมีการศึกษาพบว่าอาการด้านลบจะพบในโรคจิตจากสารเสพติดได้น้อยกว่าใน primary psychosis³⁰ โดยเฉพาะผู้เสพยา เช่น เมทแอมเฟตามีน โคเคน แทบจะไม่พบอาการด้านลบเลย แต่จะพบได้บ้างในผู้เสพยา MDMA และ Phencyclidine (PCP)³¹ แม้แต่ในผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีการใช้สารเสพติดอยู่ก็พบ

อาการด้านลบได้น้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช้สารแล้ว³² และลักษณะสำคัญของโรคจิตจากสารเสพติดประเภทสารกระตุ้น (เช่น แอมเฟตามีน) ที่พบอาการหวาดระแวงกลัว (Paranoid delusions) รวมถึงอาการประสาทหลอนชนิดเสียงแว่วได้บ่อย ในขณะที่อาการภาพหลอนและประสาทสัมผัสหลอนจะพบได้น้อยกว่าอาการหวาดระแวงกลัว¹⁸ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่มีอาการทางจิตจากสารเสพติดในการศึกษานี้ใช้แอมเฟตามีนจำนวนหลายราย รวมไปถึงกลุ่มที่เสพยาหลายชนิดซึ่งใช้แอมเฟตามีนเป็นหลักด้วย โดยทั่วไปอาการของโรคจิตจากสารเสพติดมักมีระยะสั้นและหายได้เร็ว หลังจากหยุดเสพยา³³ และมีอาการทางจิตทั้งด้านบวกและด้านลบ (positive and negative symptoms) น้อยกว่าใน primary psychosis³⁴⁻³⁵ จึงไม่มีความจำเป็นต้องให้ยารักษาอาการทางจิตแบบรับประทานในขนาดสูง ดังที่พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่เป็นและไม่เป็นจิตเภทในการศึกษานี้

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในการศึกษานี้ เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมปัจจัยรบกวนทุกตัวแปรที่เก็บข้อมูลพบนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการหลงผิด การพูดหรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech or behavior) และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่า Disorganized speech เป็นสมมูลภาพทางภาษา (linguistic equivalent) ของ formal thought disorder ซึ่งเป็นหนึ่งในอาการหลักของโรคจิตเภท³⁶⁻³⁸ ในขณะที่การรักษาหลักสำหรับโรคจิตจากสารเสพติดคือให้ยารักษาอาการทางจิตเพียงระยะสั้นชั่วคราวเท่านั้น¹⁸ ส่วนการให้ยาระยะยาวดังเช่นยาแบบฉีดออกฤทธิ์นาน (long-acting injectable antipsychotics) มีข้อบ่งชี้ในการรักษาโรคจิตเภทโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่อาการกำเริบจากการขาดยา (medication nonadherence)³⁹⁻⁴⁰ อีกทั้งการพยากรณ์โรคของจิตเภทที่แย่เกินกว่าร้อยละ 50 เนื่องจากอาจต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ อาการของโรคกำเริบ มีช่วงที่มีอาการผิดปกติทางอารมณ์และการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁸ จึงอาจส่งผลให้ได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเพื่อควบคุมอาการ ดังผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของตัวแปรนี้กับการเป็นโรคจิตเภทได้

ข้อจำกัดในการวิจัยนี้คือการศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ผลการศึกษาจึงสรุปได้เพียงว่าปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภท แต่ไม่สามารถระบุชัดเจนได้ว่าปัจจัยเหล่านั้นเป็นเหตุหรือชักนำให้เกิดโรคจิตเภท ยังขาดข้อมูลและรายละเอียดบางประเด็น เช่น ประเด็นกัญชาซึ่งยังเป็นยาเสพติดตามกฎหมาย

ของประเทศไทยและความนิยมยังน้อยในช่วงเวลาที่ศึกษา อาจรวมถึงปัญหาเก็บข้อมูลที่ทำให้เป็นข้อจำกัดเมื่อศึกษาย้อนหลัง ซึ่งอาจทำให้จำนวนที่พบน้อยกว่าความเป็นจริงได้ จึงไม่สามารถหาข้อสรุปเกี่ยวกับผลจากการใช้กัญชา แม้การทบทวนวรรณกรรมจะพบความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ที่เสพยาเสพติดมากถึงร้อยละ 5.2⁴¹ บางการศึกษาพบการเสพยาเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเป็นจิตเภทโดยเพิ่มความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 40 โดยเฉพาะในรายที่ใช้ในปริมาณมาก¹⁸ อีกทั้งประวัติครอบครัวที่มีอาการทางจิต โรคจิตเภททางบุคลิกภาพ ประวัติการทำร้ายตนเอง รวมถึงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จำแนกตามโรคจิตเวชหรือโรคทางกายแต่ละประเภท จากข้อจำกัดนี้ควรมีการศึกษาแบบ prospective study และมีกลุ่มประชากรขนาดใหญ่ที่มีความหลากหลายมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างเพียงพอที่จะเห็นความชุกของการเปลี่ยนจากโรคจิตจากสารเสพติดเป็นจิตเภทที่มากกว่าประชากรทั่วไป ทราบสัดส่วนของโรคจิตจากสารเสพติดแต่ละชนิดที่เปลี่ยนวินิจฉัยเป็นจิตเภท และทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางประการเป็นข้อมูลสำคัญในการติดตามอาการทางจิตลักษณะต่างๆ เฝ้าระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในระยะยาวทั้งกลุ่มโรคจิตจากสารเสพติดทั้งหมด และกลุ่มชนิดสารเสพติดที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม พิจารณาทบทวนการเปลี่ยนแปลงของอาการและเงื่อนไขการใช้ยารักษาอาการทางจิตให้สอดคล้องกันจนแน่ใจในวินิจฉัยและการพยากรณ์โรคของโรคนั้นๆ ลดขนาดและปริมาณยารักษาอาการทางจิตอย่างระมัดระวังไม่เร็วเกินไป นับเป็นข้อมูลในการวางแผนทางดูแลผู้ป่วยในระยะยาว และสะท้อนให้เห็นความสำคัญและเร่งด่วนในการจัดการปัญหาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด ไม่ว่าจะเป็นชนิดสารที่ควบคุมหรือไม่ควบคุมตามกฎหมาย ผลักดันความตระหนักรู้ต่อปัญหาแอลกอฮอล์และสารเสพติดในทุกภาคส่วน ตั้งแต่ระดับครอบครัว ชุมชน สถานศึกษา สังคม และระดับชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนเป็นข้อมูลที่สามารถต่อยอดพัฒนาการศึกษาในแง่มุมอื่นต่อไป

สรุป

ความชุกของการเป็นจิตเภทในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยเดิมเป็นโรคจิตจากสารเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไป ลักษณะอาการทางจิตที่นำมาสู่การรักษาในระยะแรกบางรูปแบบ และการได้รับยารักษาอาการทางจิตแบบฉีดออกฤทธิ์นานเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเป็นจิตเภทในเวลาต่อมา จึงควรพิจารณาติดตามและเฝ้าระวังการเปลี่ยนเป็นโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวเป็นระยะเวลา

นานขึ้น ลดยาอย่างระมัดระวังและคงการติดตามรักษาไว้จนแน่ใจในกลุ่มเสี่ยง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.พงศธร พหลผาศย์ และ ศ.พญ.สุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ตลอดจนผู้ช่วยทุกท่านที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จ

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ไม่มี

เอกสารอ้างอิง

1. Office of secretary of national addiction treatment & rehabilitation committee, ministry of public health. Strategic development plan : treatment and rehabilitation in substance addiction 2023-2027. Bangkok: the printing office to assist veterans organization; 2022.
2. United Nations office on drugs and crime regional office for southeast asia and the pacific (UNODC). Guidance for community-based treatment and care services for people affected by drug use and dependence in southeast asia. Bangkok: 2014.
3. World health organization. Health topics/ drugs (psychoactive): impact [Internet]. 2023 (updated 2023 ; cited 2023 May 20). Available from: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_2
4. Narcotics control management center, ministry of public health. Strategic plan : treatment and rehabilitation for substance use disorder (2021-2023). Samut sakhon : BornToBe publishing Co., Ltd.; 2021.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Wolter Kluwer; 2007.
6. 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.
7. GBD 2016 disease and Injury Incidence and prevalence collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet 2017;390(10100): 1211-59.
8. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard university press; 1996: 11-21.
9. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. Lancet 2004; 363(9426): 2063-72.
10. Bureau of mental health service administration, department of mental health, ministry of public health. Manual of schizophrenia management for hospital (physician version). Bangkok: Victoria image Co., Ltd.; 2017.
11. Bureau of mental health service administration, department of mental health, ministry of public health. Manual of schizophrenia

- management for hospital (nurse version). Bangkok : Victoria image Co., Ltd.; 2017.
12. Pynttari JA, Sund R, Putkonen H, Vormaa H, Wahlbeck K, Pirkola SP. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J Clin Psychiatry* 2013; 74(1): 94-9.
 13. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Prediction of onset of substance-induced psychotic disorder and its progression to schizophrenia in a Swedish national sample. *Am J Psychiatry* 2019; 176(9): 711-9.
 14. Starzer MS, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following substance-induced psychosis. *Am J Psychiatry* 2018; 175(4): 343-50.
 15. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. 2010th ed. Malta: WHO Press; 2011.
 16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American psychiatric press; 2000.
 17. Kane JM. Clinical psychopharmacology of schizophrenia. In : Gabbard GO, ed. Treatment of psychiatric disorders. 2nd ed. Washington, DC : American Psychiatric Press; 1995: 969-86.
 18. Piyasirisilp T, Chungsamanukool P. Antipsychotic drug doses in chronic schizophrenia : a 10-year follow-up study. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1999; 44(2): 125-33.
 19. Patel MX, Arista IA, Taylor M, Barnes T. How to compare doses of different antipsychotics: a systematic review of methods. *Schizophr Res* 2013; 149(1-3): 141-8.
 20. The college of psychiatric and neurologic pharmacists (CPNP). Psychiatric pharmacy essentials: antipsychotic dose equivalents [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 20). Available from: <https://aapp.org/guideline/essentials/antipsychotic-dose-equivalents>
 21. Tavichachart N, Intoh P, Thavichachart T, Meksupa O, Tangwongchai S, Sughondhabirrom A, et al. Epidemiological survey of mental disorders and knowledge attitude practice upon mental health among people in Bangkok Metropolis. *J Med Assoc Thai* 2001; 84 (Suppl 1): 118-26.
 22. Banditchat A, Saosan P, Kittiraknon P, Jutta V. Epidemiology of mental illnesses in Thailand. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2001; 46(4): 335-43.
 23. Campbell EC, Caroff SN, Mann SC. Co-occurring schizophrenia and substance use disorder: epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 20). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/co-occurring-schizophrenia-and-substance-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>
 24. Power RA, Verweij KJ, Zuhair M, Montgomery GW, Henders AK, Heath AC, et al. Genetic predisposition to schizophrenia associated with increased use of cannabis. *Mol Psychiatry* 2014; 19(11): 1201-4.
 25. Sherva R, Wang Q, Kranzler H, Zhao H, Koesterer R, Herman A, et al. Genome-wide association study of cannabis dependence severity, novel risk variants, and shared genetic risks. *JAMA Psychiatry* 2016; 73(5): 472-80.
 26. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 12th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
 27. Medhus S, Rognli EB, Gossop M, Holm B, Mørland J, Bramness JG. Amphetamine-induced psychosis: Transition to schizophrenia and mortality in a small prospective sample. *Am J Addict* 2015; 24: 586-9.
 28. Ng E, McGirr A, Wong AH, Roder JC. Using rodents to model schizophrenia and substance use comorbidity. *Neurosci Biobehav Rev* 2013; 37(5): 896-910.
 29. Westermeyer J. Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. *Am J Addict* 2006; 15(5): 345-55.
 30. Dawe S, Geppert L, Occhipinti S, Kingswell W. A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. *J Subst Abuse Treat* 2011; 40(1): 95-101.
 31. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-induced psychoses: an updated literature review. *Front Psychiatry* 2021; 12: 694863.
 32. Addington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172(33): 134-6.
 33. Tamminga C. Substance-/medication-induced psychotic disorder [Internet]. 2022 (updated 2022 ; cited 2023 May 23). Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/substance-medication-induced-psychotic-disorder>
 34. Wilson L, Szigeti A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophr Res* 2018; 197: 78-86.
 35. Buckley P, Thompson P, Way L, Meltzer HY. Substance abuse among patients with treatment-resistant schizophrenia: characteristics and implications for clozapine therapy. *Am J Psychiatry* 1994; 151(3): 385-9.
 36. Andreasen NC. Scale for the assessment of thought, language and communication (TLC). *Schizophr Bull* 1988; 12(3): 473-82.
 37. Park YC, Lee MS, Si TM, Chiu HF, Kanba S, Chong MY, et al. Psychotropic drug-prescribing correlates of disorganized speech in Asians with schizophrenia: The REAP-AP study. *Saudi Pharm J* 2019; 27(2): 246-53.
 38. Chen E, Lam L, Kan CS, Chan C, Kwok CL, Nguyen D, et al. Language disorganization in schizophrenia: validation and assessment with a new clinical rating instrument. *Hong Kong J Psychiatry* 1996; 6: 4-13.
 39. Davis JM. Maintenance therapy and the natural course of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46(11): 18-21.
 40. John L, Austin RC. Pharmacotherapy for schizophrenia: Long-acting injectable antipsychotic drugs [Internet]. 2023 (updated 2023 ; cited 2023 May 24). Available from: <https://www.uptodate.com/contents/pharmacotherapy-for-schizophrenia-long-acting-injectable-antipsychotic-drugs#>
 41. Libuy N, Angel V, Ibáñez C, Murray RM, Mundt AP. The relative prevalence of schizophrenia among cannabis and cocaine users attending addiction services. *Schizophr Res* 2018; 194: 13-7.

โรคร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

โชติมันต์ ชินวรารักษ์*, Diego Garcia-Borreguero**

*คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

**Sleep Research Institute, Madrid, Spain

บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในเวชปฏิบัติ อาการของภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น สามารถทับซ้อนกันได้หลายอาการ อาทิเช่น นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ง่วงนอนกลางวัน สมาธิไม่ดี ความผิดปกติแต่ละโรคสามารถส่งผลกระทบต่อกันทั้งสองทิศทาง แพทย์จึงจำเป็นต้องมีการประเมินที่ครอบคลุมซึ่งประกอบไปด้วยการซักประวัติ การตรวจประเมินทางเดินหายใจส่วนต้น และการตรวจการนอนหลับ เมื่อสงสัยว่ามีสองภาวะนี้ร่วมกันเพื่อการวินิจฉัยและวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสม ปัจจุบันแม้ยังไม่มีคำแนะนำหรือแนวปฏิบัติการรักษาโรคร่วมระหว่างภาวะซึมเศร้าและภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น อย่างไรก็ตามแพทย์ควรให้การรักษาควบคู่กันตามมาตรฐานของแต่ละความผิดปกติเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางการรักษาที่ดีขึ้นแก่ผู้ป่วย

คำสำคัญ ภาวะซึมเศร้า ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น โรคร่วม

Corresponding author: โชติมันต์ ชินวรารักษ์

คณะแพทยศาสตร์เวชพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

E-mail: chotimanchin@gmail.com

วันรับ : 13 มิถุนายน 2566 วันแก้ไข : 26 ตุลาคม 2566 วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2566



The Comorbid Between Depression and Obstructive Sleep Apnea

Chotiman Chinvararak*, Diego Garcia-Borreguero**

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University

**Sleep Research Institute, Madrid, Spain

ABSTRACT

Depression and Obstructive sleep apnea (OSA) are common disorders in clinical practice. There are many overlapping symptoms of depression and OSA, such as insomnia, fatigue, daytime sleepiness, and poor concentration. Each disorder can affect the other bi-directionally. A comprehensive assessment, including history taking, upper airway evaluation and sleep test, is mandatory when physicians suspect these comorbid conditions. Currently, there is no treatment guideline for comorbid depression and OSA; however, parallel treatment with the standards of each disorder should be provided to patients to achieve better therapeutic outcomes.

Keywords: Depression, Obstructive sleep apnea, Comorbidity

Corresponding author: Chotiman Chinvararak

E-mail: chotimanchin@gmail.com

Received 13 June 2023 Revised 26 October 2023 Accepted 30 October 2023

Introduction

Depression is one of the most common mental disorders. The World Health Organisation (WHO) reports that the 12-month prevalence of major depressive disorder is approximately 6%.¹ In addition, a study by Read et al. (2017) found that having multimorbidity or chronic physical conditions increases the risk of depression by 2 - 3 times compared to those without multimorbidity.² Long duration of untreated depression is also associated with an increased risk of suicidality.³

Obstructive sleep apnea (OSA) is the most common sleep-related breathing disorder. Its cardinal characteristics are the repetitive, partial, or complete collapse of the upper airway during sleep associated with arousals with or without oxygen desaturations.⁴ The prevalence of OSA in the general population when using the apnea-hypopnea index (AHI) higher or equal to 5 events per hour is 9 - 38%.⁵ In addition, several studies revealed that OSA is associated with cardiovascular disease, metabolic disease, depression, and neurocognitive disorders higher.⁶⁻⁸

There are many overlapping symptoms of depression and OSA, such as insomnia, fatigue, daytime sleepiness, and poor concentration.⁹⁻¹¹ According to Gupta et al.'s study, the clinic-based prevalence of comorbid major depressive disorder (MDD) in OSA patients is 0 - 66%, and the population-based prevalence was 7.4 - 44%.¹² In addition, Tiensuntisook and Awiruthworakul found that the clinic-based prevalence of comorbid MDD in Thai OSA patients is 29.7%.¹³ Although co-occurring depression and OSA mechanisms remain unclear, many studies have found bidirectional associations between them.¹⁴⁻¹⁷ OSA results in greater depression severity. In turn, depression results in poor OSA treatment adherence. Therefore, it is crucial to tackle both conditions concurrently in clinical practice.

Bidirectional association

OSA may increase the risk of depression through the following mechanisms^{14,15,18} 1) Sleep fragmentation and intermittent hypoxia lead to frequent nocturnal arousal

and poor sleep quality 2) Intermittent hypoxia results in the production of pro-inflammatory cytokines, for example, interleukin 1 (IL-1), interleukin 6 (IL-6), and tumour necrosis factor (TNF). Hypoxia causes neuronal injury. Neuroimaging studies found structural and functional brain abnormalities among OSA patients in frontostriatal and limbic areas, which play a significant role in emotional regulation.

Common biological abnormalities found in OSA and depression are an abnormal function of serotonergic neurotransmission and cortisol hyperarousal. 1) Reduced function of serotonin was found in both conditions. Serotonin is involved in mood regulation, sleep-wakefulness cycle, and controlling of upper airway motor dilator neurons. Decreased serotonergic function links with depressed mood and a higher risk of upper airway collapsibility. 2) Hyperarousal of the cortical results in difficulty falling asleep and maintaining sleep. When insomnia symptoms worsen, depression will deteriorate as well. In addition, a low arousal threshold can worsen OSA severity from the destabilisation of ventilatory control or ventilatory overshoots.¹⁰⁻¹¹

Depression can likewise affect the severity of OSA. According to studies of sleep architecture, depressed patients have an increase in REM sleep time. This phenomenon leads to a more extended period of REM-sleep muscle atonia, which intensifies OSA symptoms.¹⁹⁻²⁰ Additionally, loss of interest and reduced physical activity among depressed patients or hypersomnia and increased appetite among atypical-type depressed patients can lead to weight gain and obesity, which are the important risk factor of OSA.

Assessment

Since MDD and OSA occur together frequently, clinicians should always be aware of this. The main symptoms of OSA include snoring, witnessed apneas, gasping/choking at night, nocturia, unrefreshing sleep and morning headaches. Widely used OSA screening questionnaires include STOP-BANG, the Berlin questionnaire, and the Epworth sleepiness scale (ESS). Furthermore, systemic physical examination is mandatory

to assess a sign of upper airway narrowing and discover OSA risk factors such as obesity, hypertension, diabetes mellitus, respiratory, cardiovascular, and neurological abnormality.^{11,21} An objective test is required to confirm the OSA diagnosis. The test includes polysomnography (PSG), or home testing with portable monitors (PM), according to AASM guidelines.²¹⁻²²

Core symptoms of major depressive disorder (MDD) are depressed mood, loss of interest or anhedonia, feelings of worthlessness and thought of death.^{3,23} Comprehensive psychiatric evaluation based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) is required to diagnose MDD.²³ Assessments used to screen and track symptoms of depression in patients aged 18 and over include Patient Health Questionnaire (PHQ-9)²⁴, the Beck depression inventory (BDI)²⁵, the Hamilton rating scale for Depression (HRSD)²⁶ and Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).²⁷ However, there are still no specific questionnaires for assessing depression in OSA.

Overlapping symptoms of OSA and MDD include daytime sleepiness, fatigue/loss of energy, poor concentration, irritability, psychomotor retardation and weight gain.¹⁰ Some cases of treatment-resistant depression may be caused by undiagnosed OSA.

Management

Currently, there are no standard practices for treating OSA patients with comorbid depression, but treating both conditions in parallel with the standards of each disorder certainly provides better therapeutic outcomes. Clinically interesting points in the treatment of the two conditions include:

1) Several studies found that treating OSA patients with comorbid depression with CPAP can improve mood, cognitive and insomnia symptoms.²⁸⁻³¹

2) Effective treatment of depression may improve acceptance of OSA treatment and increase motivation for treatment, such as adherence to positive airway pressure (PAP) use.

3) Using sedative or hypnotic agents, especially

benzodiazepines to aid sleep or reduce anxiety, can worsen OSA symptoms due to muscle relaxation and respiratory depression. These medications can also cause daytime drowsiness. Furthermore, long-term use of benzodiazepines also disturbs sleep architecture, particularly decreasing non-rapid eye movement stage 3 (NREM3) and rapid eye movement (REM) sleep.³²

4) Insomnia is a common symptom that affects both depression and OSA. Insomnia is negatively correlated with CPAP adherence and improvement of depression. Although there is no standard guideline yet to treat both comorbidities, studies revealed that cognitive behavioral therapy (CBT-i), in addition to having an improved effect on insomnia symptoms, also improves mood symptoms.¹⁰⁻¹¹ Therefore, clinicians should consider CBT-i as one option of treatment if it is possible.

5) Non-benzodiazepine hypnotics or z-drugs, namely zolpidem, zaleplon and eszopiclone, have been found to help patients initiate sleep faster without affecting sleep architecture and AHI. A study by Wang et al. (2021) found that using eszopiclone increased CPAP usage time by 0.62 hour (95%CI=0.26-0.98) and increased consistency in CPAP use by 12.08% (95%CI=5.27-18.88). The pooled odds ratio of eszopiclone in increasing CPAP use was 2.48 compared to a placebo (95%CI=1.75-3.52). However, there is still no clear evidence that zolpidem and zaleplon support CPAP adherence. Well-designed studies are needed to prove the long-term effect of z-drug use.³³

6) A PAP education with troubleshooting management remains the standard treatment to provide all OSA patients with PAP treatment to improve PAP adherence.²¹⁻²²

7) The effects of the use of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) on OSA symptoms are unclear. Theoretically, SSRIs function through serotonergic neurotransmission, resulting in the suppression of REM sleep and increasing the function of the upper airway dilator muscle, which may reduce upper airway collapsibility. Nonetheless, no study has demonstrated the significant efficiency of SSRIs on OSA treatment.³⁴

Furthermore, clinicians should be careful when using antidepressants with high antihistaminergic effects because of the potential consequence of substantial weight gain. Weight and metabolic parameters should, therefore, be monitored regularly.

Conclusion

It is important to be aware that depression and OSA coexist very often. In addition, the two conditions are associated bidirectionally. Therefore, a comprehensive evaluation should be made to determine the diagnoses, and in-parallel treatments for both conditions are crucial to efficient patient outcomes. Future research should focus on how to improve the accuracy of diagnosis and develop standard treatment guidelines for comorbid MDD and OSA.

Conflict of Interest

None of the authors had conflicts of interest relevant to this study.

Authors' contributions:

Chotiman Chinvararak: study design, data synthesis, writing the manuscript; Diego Garcia-Borreguero: validation and editing of the manuscript.

REFERENCES

1. WHO. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008
2. Read JR, Sharpe L, Modini M, Dear BF. Multimorbidity and depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;221:36-46. Doi: 10.1016/j.jad.2017.06.009. Epub 2017 Jun 14. PMID: 28628766.
3. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* 2018;392(10161):2299-312. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31948-2. Epub 2018 Nov 2. PMID: 30396512.
4. Rundo JV. Obstructive sleep apnea basics. *Cleve Clin J Med* 2019;86(9 Suppl 1):2-9. Doi: 10.3949/ccjm.86.s1.02. PMID: 31509498
5. Senaratna CV, Perret JL, Lodge CJ, Lowe AJ, Campbell BE, Matheson MC, et al. Prevalence of obstructive sleep apnea in the general population: a systematic review. *Sleep Med Rev* 2017;34:70-81. Doi: 10.1016/j.smrv.2016.07.002. Epub 2016 Jul 18. PMID: 27568340.
6. Lajoie AC, Lafontaine AL, Kimoff RJ, Kaminska M. Obstructive sleep apnea in neurodegenerative disorders: current evidence in support of benefit from sleep apnea treatment. *J Clin Med* 2020;9(2):297. Doi: 10.3390/jcm9020297. PMID: 31973065; PMCID: PMC7073991.
7. Walia HK. Beyond heart health: Consequences of obstructive sleep apnea. *Cleve Clin J Med* 2019;86(9 Suppl 1):19-25. Doi: 10.3949/ccjm.86.s1.04. PMID: 31509500.
8. Kerner NA, Roose SP. Obstructive sleep apnea is linked to depression and cognitive impairment: evidence and potential mechanisms. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(6):496-508. Doi: 10.1016/j.jagp.2016.01.134. Epub 2016 Apr 29. PMID: 27139243; PMCID: PMC5381386.
9. Jehan S, Auguste E, Pandi-Perumal SR, Kalinowski J, Myers AK, Zizi F, et al. Depression, obstructive sleep apnea and psychosocial health. *Sleep Med Disord* 2017;1(3):00012. Epub 2017 Oct 27. PMID: 29517078; PMCID: PMC5836734.
10. Ejaz SM, Khawaja IS, Bhatia S, Hurwitz TD. Obstructive sleep apnea and depression: a review. *Innov Clin Neurosci* 2011;8(8):17-25.
11. Harris M, Glozier N, Ratnavadivel R, Grunstein RR. Obstructive sleep apnea and depression. *Sleep Med Rev* 2009;13(6):437-44. Doi: 10.1016/j.smrv.2009.04.001. Epub 2009 Jul 10. PMID: 19596599.
12. Gupta MA, Simpson FC. Obstructive sleep apnea and psychiatric disorders: a systematic review. *J Clin Sleep Med* 2015;11(2):165-75. Doi: 10.5664/jcsm.4466. PMID: 25406268; PMCID: PMC4298774.
13. Tiensuntisook S, Awiruthworakul T. Correlation between severity of obstructive sleep apnea and depression. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2016; 61(1): 63-74.
14. Fang H, Tu S, Sheng J, Shao A. Depression in sleep disturbance: a review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *J Cell Mol Med* 2019;23(4):2324-32. Doi: 10.1111/jcmm.14170. Epub 2019 Feb 7. PMID: 30734486; PMCID: PMC6433686.
15. Pan ML, Tsao HM, Hsu CC, Wu KM, Hsu TS, Wu YT, et al. Bidirectional association between obstructive sleep apnea and depression: a population-based longitudinal study. *Medicine (Baltimore)* 2016;95(37):e4833. Doi: 10.1097/MD.0000000000004833. PMID: 27631236; PMCID: PMC5402579.
16. Winokur A. The relationship between sleep disturbances and psychiatric disorders: introduction and overview. *Psychiatr Clin North Am* 2015;38(4):603-14. Doi: 10.1016/j.psc.2015.07.001. PMID: 26600099.
17. Sutton EL. Psychiatric disorders and sleep issues. *Med Clin North Am* 2014;98(5):1123-43. Doi: 10.1016/j.mcna.2014.06.009. Epub 2014 Jul 22. PMID: 25134876.
18. Grandner MA, Malhotra A. Connecting insomnia, sleep apnoea and depression. *Respirology* 2017;22(7):1249-50. Doi:10.1111/resp.13090
19. Baglioni C, Nanovska S, Regen W, Spiegelhalter K, Feige B, Nissen C, et al. Sleep and mental disorders: a meta-analysis of polysomnographic research. *Psychol Bull* 2016;142(9):969-90.

- Doi: 10.1037/bul0000053. Epub 2016 Jul 14. PMID: 27416139; PMCID: PMC5110386.
20. Krystal AD. Psychiatric disorders and sleep. *Neurol Clin* 2012;30(4):1389-413. Doi:10.1016/j.ncl.2012.08.018
 21. Epstein LJ, Kristo D, Strollo PJ Jr, Friedman N, Malhotra A, Patil SP, et al. Adult Obstructive Sleep Apnea Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. *J Clin Sleep Med* 2009;5(3):263-76.
 22. Patil SP, Ayappa IA, Caples SM, Kimoff RJ, Patel SR, Harrod CG. Treatment of adult obstructive sleep apnea with positive airway pressure: an American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med* 2019;15(2):335-43.
 23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.)*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
 24. Levis B, Benedetti A, Thombs BD. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2019;365:l1476. Doi: 10.1136/bmj.l1476. Erratum in: *BMJ*. 2019 Apr 12;365:l1781. PMID: 30967483; PMCID: PMC6454318.
 25. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77-100.
 26. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62
 27. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1986;73(5):544-8. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1986.tb02723.x. PMID: 3751660.
 28. Jackson ML, Tolson J, Schembri R, Bartlett D, Rayner G, Lee VV, et al. Does continuous positive airways pressure treatment improve clinical depression in obstructive sleep apnea? a randomized wait-list controlled study. *Depress Anxiety* 2021;38(5):498-507. Doi: 10.1002/da.23131. Epub 2020 Dec 28. PMID: 33368782.
 29. Zheng D, Xu Y, You S, Hackett ML, Woodman RJ, Li Q, et al. Effects of continuous positive airway pressure on depression and anxiety symptoms in patients with obstructive sleep apnoea: results from the sleep apnoea cardiovascular Endpoint randomized trial and meta-analysis. *EclinicalMedicine* 2019;11:89-96. Doi: 10.1016/j.eclinm.2019.05.012. PMID: 31312807; PMCID: PMC6610775.
 30. Bargalló N, Bartrés-Faz D, Montserrat JM. Effect of CPAP on cognition, brain function, and structure among elderly patients with OSA: a randomised pilot study. *Chest* 2015;148(5):1214-23. Doi: 10.1378/chest.15-0171. PMID: 26065720.
 31. Povitz M, Bolo CE, Heitman SJ, Tsai WH, Wang J, James MT. Effect of treatment of obstructive sleep apnea on depressive symptoms: systematic review and meta-analysis. *PloS Med* 2014;11(11):e1001762. Doi: 10.1371/journal.pmed.1001762. PMID: 25423175; PMCID: PMC4244041.
 32. de Mendonça FMR, de Mendonça GPRR, Souza LC, Galvão LP, Paiva HS, de Azevedo Marques Périco C, et al. Benzodiazepines and sleep architecture: a systematic review. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2021;17. Doi: 10.2174/1871527320666210618103344. Epub ahead of print. PMID: 34145997.
 33. Wang D, Tang Y, Chen Y, Zhang S, Ma D, Luo Y, et al. The effect of non-benzodiazepine sedative hypnotics on CPAP adherence in patients with OSA: a systematic review and meta-analysis. *Sleep* 2021;44(8):zsab077. Doi: 10.1093/sleep/zsab077. PMID: 33769549.
 34. Abdel Fattah MR, Jung SW, Greenspan MA, Padilla M, Enciso R. Efficacy of antidepressants in the treatment of obstructive sleep apnea compared to placebo: a systematic review with meta-analyses. *Sleep Breath* 2020;24(2):443-53. Doi: 10.1007/s11325-019-01954-9. Epub 2019 Nov 12. PMID



กรมสุขภาพจิต
Department of Mental Health

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566

สารบัญ	หน้า
บรรณาธิการแถลง	A
บทความพิเศษ	
พัฒนาการของจิตเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในประเทศไทย	250
พิเชษฐ อุดมรัตน์	
นิพนธ์ต้นฉบับ	
ผลของการปรึกษากลุ่มตามแนวทางการบำบัดด้วยการยอมรับและการให้สัญญา	262
ในรูปแบบออนไลน์ต่อการฟื้นฟูพลังใจในผู้ที่มีภาวะระยะยาวของโควิด 19	
กัลยาณิ คุชวัต, อีรวรรณ อีระพงษ์	
ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการ	273
ในคลินิกเอดส์ โรงพยาบาลเอราวัณ จังหวัดเลย	
เนติลักษณ์ ศิลาอุดมกิจ, รัตติยากร ผุยมาตย์	
Associations between sleep problems and geriatric conditions	286
in older adults	
Supakorn Chatbubpha, Suphawita Pliannuom, Nida Buawangpong,	
Nopakoon Nantsupawat, Kanokporn Pinyopornpanish	
แบบสอบถามการฟื้นคืนสภาพครอบครัวของ Walsh สำหรับผู้ปกครองผู้ป่วยเด็ก	298
และวัยรุ่นโรคเมเร็งเม็ดเลือดขาว	
สุรางคณา ศุภฤทธิ, ฐาสุกร จันประเสริฐ, นันทชิตส์ณห์ สกุลพงศ์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	309
ช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ชุมชนเมืองในจังหวัดชลบุรี	
มนัสวี สิงห์โท, กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม, เดชา วรรณพาลุล, กมล อาจดี, ภัทรวดี รุจิพิชชาพร	
โรค การพัฒนาต้นแบบโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มบกพร่อง	321
ทางสติปัญญาและพัฒนาการวัยแรกเกิดถึง 5 ปี ในรูปแบบบริการออนไลน์	
กรณีศึกษาสถาบันราชานุกูลในช่วงการระบาดไวรัส COVID-19	
นิรมัย คุ้มรักษา, จันทนี มุ่งเขตกลาง, รัชดาวรรณ แดงสุข	
ดัชนีวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 - 4 ประจำปี 2566	334
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์	I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	