



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

วารสารสมาคมจิตแพทย์ แห่งประเทศไทย

ปีที่ 69 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2567

บรรณาธิการแถลง

นิพนธ์ต้นฉบับ

สุขภาพทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

ณัฐริดา วงศ์กาญจชัย, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, อาภา ภักภิญโญ, ปรีญกมล รัชนกุล

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับประสิทธิภาพของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า
ในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้าและโรคไบโโพลาร์วัยผู้ใหญ่

นันทภักร พัทธกิจธรณกร, พิชัย อภิรัฐสกุล, อัมพร ปิติธรรมภรณ์, ธิดารัตน์ แยมัน, นุรี สมบัติเจริญนนท์

ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ชนชนม์ โคตรสมบัติ, ชูชาติ วงศ์อนุชิต

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
สันติภาพ เขี่ยมโรสง, ดรุณี รุจกรกานต์

การสำรวจปัญหาการนอนของเด็กวัยเรียน: การวิเคราะห์ภาคตัดขวางและความสัมพันธ์กับการมีวินิจฉัยโรคจิตเวช
ของเด็ก คุณภาพการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู

ณิชาวรรณ จงรักนรินทร์, สุวรรณ พุทธิศรี, มหิชา ทองปาน, จริญญา จุฑาทิสกริ, กมลวรรณ เพติมผล, พรประพิมพ์ ใสรา

ความชุกของภาวะ Not in Education, Employment, or Training (NEET) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์
กับภาวะติดเกมในเยาวชน อายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทย

ชุตินันท์ บุญรอด, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภ อังสริยะสิงห์

แบบสอบถามการติดพันออนไลน์ฉบับภาษาไทย: การพัฒนาและการศึกษาลักษณะจิตมิติในเยาวชนไทย

ภาสกร คุ้มศิริ, ศศิญา จันทร์แก้ว, ชลธิชา แยมมา, รัตนพร โพธิ์ทอง

ปัจจัยด้านจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลลำปาง
เกษศิริ เหลี่ยมวานิช

ความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรม
เอกชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ภวิษยา จิตสมานกุล, จิรา ประสาทพรศิริโชค

มุมมองและพฤติกรรมการปรับตัวของนักแสดงชาวไทยที่มีต่อบทบาทการแสดง ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน
แฟนคลับ และภาวะสุขภาพจิต

ณลินี ยศไพบูลย์, บุรณี กาญจนทวัชย์, ทวี เชื้อสุวรรณทวี

รูปแบบการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่เปรียบเทียบกับระหว่างก่อนการแพร่ระบาด
และหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงพยาบาลสวนปรุง

ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง, ลัทธิมา คำสอ, น้ำฝน ปิยะตระกูล, เรวดี เจนร่วมจิต

การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมินปรีชามอนทรีออล (MoCA) ในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะ
สมองเสื่อม

กุลริดา แสงคลัง, เจษฎา เขียวขจี, พงศกร รุ่งวิทยาบุญวัฒน์

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 เมืองน้อย

Treasurer

Asst.Prof.Pranee Mounngnoi, M.D.

ปฎิคม

พ.อ.พลั้งสันต์ จงรักษ์

Chairman for Social Affairs

Col.Palangsang Chongrak, M.D.

ประธานวิชาการ

รศ.นพ.พิชัย อภิรัฐสกุล

Chairman for Academic Affairs

Assoc.Prof.Pichai Ittasakul, M.D.

ประธานวารสาร

รศ.นพ.ธรรมนาถ เจริญบุญ

Chairman for Journal

Assoc.Prof.Thammanard Charernboon, M.D.

ฝ่ายวิเทศสัมพันธ์

ผศ.พญ.กมลพร วรณฤทธิ์

Chairman for International Affairs

Asst.Prof.Kamonporn Wannarit, M.D.

นายทะเบียน

ร.อ.ปิยะวัฒน์ เด่นดำรงกุล

Registrar

Flt.Lt.Piawat 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 69 ฉบับที่ 3

กรกฎาคม - กันยายน 2567

สารบัญ

บรรณาธิการแถลง

A

นิพนธ์ต้นฉบับ

- สุขภาพทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก 240
ณัฐธิดา วงศ์หาญชัย, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์, อาภา ภาคภิญโญ, ปรียกมล รัชกุล
- ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับประสิทธิภาพของการรักษาทางจิตเวช 255
ด้วยไฟฟ้า ในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้าและโรคไบโโพลาร์วัยผู้ใหญ่
นนทภัทร พัทธกิจจรณกร, พิชัย อภิรัฐสกุล, อัมพร ปิตธิธรรมภรณ์, ธิดารัตน์ แย้มนิ่ม, นุจรี สมบัติเจริญนนท์
- ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียน 266
ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย
ชนกชนม์ โคตรสมบัติ, ชูชาติ วงศ์อนุชิต
- ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียน 282
ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น
สันติภาพ เยี่ยมไธสง, ดร.ณิ รุจกรกานต์
- การสำรวจปัญหาการนอนของเด็กวัยเรียน: การวิเคราะห์ภาคตัดขวางและความสัมพันธ์กับการมีวินัย 293
โรคจิตเวชของเด็ก คุณภาพการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู
ณิชาวรรณ จงรักชฌนกิจ, สุวรรณีย์ พุทธิศรี, มนัสสา ทองปาน, จริญญา จุฑาทิสิทธิ์, กมลวรรณ เติมมผล, พรประพิมพ์ โปธา
- ความชุกของภาวะ Not in Education, Employment, or Training (NEET) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์ 308
กับภาวะติดเกมในเยาวชน อายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทย
ชุติมณฑน์ บุญรอด, ชาญวิทย์ พรนภดล, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์
- แบบสอบถามการติดพันออนไลน์ฉบับภาษาไทย: การพัฒนาและการศึกษาลักษณะจิตมิติในเยาวชนไทย 321
ภาสกร คุ่มศิริ, ศศิญา จันทรแก้ว, ชลธิชา แย้มมา, รัตนพร โพธิ์ทอง
- ปัจจัยด้านจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาในโรงพยาบาลลำปาง 333
เกษศิริ เหลี่ยมวานิช
- ความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงาน 344
ในคลินิกทันตกรรมเอกชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ภาวิษา จิตสมานกุล, จิรดา ประสาทพรศิริโชค
- มุมมองและพฤติกรรมการปรับตัวของนักแสดงวัยไทยที่มีต่อบทบาทการแสดง ความสัมพันธ์ 353
กับเพื่อนร่วมงาน แฟนคลับ และภาวะสุขภาพจิต
นลินี ยศไพบูลย์, นุรณี กาญจนถวัลย์, ทวี เชื้อสุวรรณทวี
- รูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่เปรียบเทียบระหว่าง 363
ก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงพยาบาลสวนปรุง
ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง, ลัทธิมา คำสอ, น้ำฝน ปิยะตระกูล, เรวดี เจริญร่วมจิต
- การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมินปริชานมอนทรีออล (MoCA) ในผู้ป่วยพาร์กินสันและ 376
ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม
กุลธิดา แสงคลัง, เจษฎา เขียวขจี, พงศกร รุ่งวิทยานุกัณณ์
- สารบัญวารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 389



Journal of the Psychiatric Association of Thailand

Volume 69 Number 2

July - September 2024

CONTENTS

EDITORIAL

A

ORIGINAL ARTICLES

- Psychological Well-being and Behavioral Effect of Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder 240
Nattida Wonghanchai, Kaewta Nopmaneejumruslers, Komsan Kiatrungrit, Apa Puckpinyo, Pregamol Rutchanagul
- Association Between Adverse Childhood Experiences and Efficacy of ECT in Adults with Unipolar and Bipolar Depression 255
Nontapat Pitukkitronnagorn, Pichai Ittasakul, Umporn Pitidhammabhorn, Thidarat Yamnim, Nujaree Sombatcharoennon
- The Effect of Resilience and Coping Intervention to Reduce Depression in Senior High School Students 266
Chanokchon Khotsombat, Choochart Wong-Anuchi
- Effects of Mindful Self-Compassion Enhancing Program on Depression in Junior High School Students 282
Santipap Yiamthaisong, Darunee Rujkorakarn
- Exploring Sleep Problems in School-Age Children: A Cross-Sectional Analysis and Association with Children's Psychiatric Diagnoses, Caregivers' Sleep Quality, and Stress 293
Nitchawan Jongrakthanakij, Suwannee Putthisri, Masatha Thongpan, Jariya Chuthapisith, Kamonwan Phadermphol, Pomprapim Pota
- Prevalence of Not in Education, Employment, or Training (NEET), Associated Factors, and the Relationship with Game Addiction Among Youth Aged 15 - 25 Years in Thailand 308
Chutimon Boonrod, Chanvit Pornnoppadol, Wanlop Atsariyasing
- The Thai-version of the Online Gambling Disorder Questionnaire: Development and Psychometric Properties in Youth 321
Passakorn Koomsiri, Sasiya Jankaew, Chonticha Yamma, Rattanaporn Photong
- Psychosocial Factors and Emotional Intelligence of Attempted Suicide Patients in Lampang Hospital 333
Ketsiri Liamwanich
- Work Stress, Occupational Burnout and Quality of Life among Dental Assistants in Private Dental Clinics, Bangkok, Thailand 344
Phawitsaya Jitsamhankul, Jirada Prasartpornsirichoke
- Perspective and Adaptive Behavior Toward acting Role, Peer Relationship, Fan Club and Mentality among Thai "Y" Genre Actors 353
Nalinee Yospaiboon, Buranee Kanchanatawan, Tavee Cheasuwantavee
- Comparison of Benzodiazepines and Antidepressants Prescribing Pattern among New Psychiatric Outpatients before and after the COVID-19 Pandemic in Suanprung Psychiatric Hospital 363
Kwanjira Sridaorueang, Lutthalima Kumsor, Namfon Piyatrakul, Rewadee Jenraumjit
- Comparison of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) between Patients with Parkinson's Disease and Parkinson's Disease Dementia 376
Kultida Sangklung, Jedsada Khieukhajee, Pongsakorn Rungwittayanuwat
- Contents Preface in Journal of Mental Health of Thailand 389

บรรณาธิการกลอง

ในปี พ.ศ. 2567 นี้ ถือว่าเป็นปีที่มีผู้ส่งบทความมายังวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นจำนวนค่อนข้างมาก โดยในฉบับที่ 3 ของปี พ.ศ. 2567 นี้มีบทความทั้งสิ้น 12 บทความ ทำให้ในปีนี้อวสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยมีบทความตีพิมพ์ไปแล้วมากกว่า 30 เรื่อง หากพิจารณาในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา จะพบว่ามีความส่งเข้ามาเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะบทความจากแพทย์ประจำบ้านสาขาจิตเวชศาสตร์ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในช่วงหลังมานี้มีความนิยมตีพิมพ์วิทยานิพนธ์มากขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่น่ายินดีที่ผลงานวิจัยเหล่านี้จะได้มีโอกาสเผยแพร่ในวงกว้าง

ผมและกองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้พิมพ์ทุกท่านที่ส่งบทความมายังวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาช่วยประเมินบทความในฉบับนี้

ธรรมนาถ เจริญบุญ

บรรณาธิการ

สุขภาวะทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

ณัฐริดา วงศ์หาญชัย*, แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ**, คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์***, อาภา ภัคภิญโญ****, ปรียกมล รัชกุล*****

*วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

***ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน

*****คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

วิธีการศึกษา เป็นการวิจัยแบบเชิงปริมาณ (quantitative approach) และมีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพิ่มเติมกลุ่มตัวอย่างเป็นพี่น้องของเด็กออทิสติกอายุระหว่าง 7 - 16 ปี และผู้เลี้ยงดูหลัก ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวนทั้งสิ้น 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7), The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R) และ Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) 2) แบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ Social Support Questionnaire และ The Mental Health Inventory (MHI) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและอนุมาน รวมถึงใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงลึก (content analysis) ในการสรุปเนื้อหาจากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา พี่น้องเด็กออทิสติก ร้อยละ 52.5 มีสุขภาวะทางจิตดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 92.5) ทั้งนี้พี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียน (อายุ 7 - 12 ปี) มีแนวโน้มวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในวัยรุ่น (อายุ 13 - 16 ปี) และผลจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างสัมพันธ์ทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกเกิดความรู้สึกทั้งเชิงบวกและลบควบคู่กันไป

สรุป พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีสุขภาวะทางจิตที่ดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ โดยพบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก และพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัญหาพฤติกรรมในพี่น้องเด็กออทิสติก

คำสำคัญ สุขภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ออทิสติก การสนับสนุนทางสังคม ผู้ดูแลหลัก

Corresponding author: ณัฐริดา วงศ์หาญชัย

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาเด็ก วัยรุ่น และครอบครัว โครงการร่วมสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว, คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: lamiales.mint@gmail.com

วันรับ : 8 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 3 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 7 กรกฎาคม 2567

Psychological Well-being and Behavioral Effect of Siblings of Children with Autism Spectrum Disorder

Nattida Wonghanchai*, Kaewta Nopmaneejumruslers**, Komsan Kiatrungrit***, Apa Puckpinyo****, Pregamol Rutchanagul*****

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

**National Institute for Child and Family Development

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

****ASEAN Institute for Health Development

*****Faculty of Nursing, Thammasat University

ABSTRACT

Objective: To investigate on the psychological well-being of the siblings of children with autism spectrum disorder and the correlations between depression and anxiety in the primary caregivers, behavior problems in children with ASD, social support and psychological well-being and behavior problems in siblings of children with ASD.

Methods: The current study used a quantitative approach and in-depth interview method to collect data from the sample group. The target populations were the caregivers of children with ASD and siblings of children with ASD between the age of 7 - 16 years old. Purposive sampling was done and 80 people participated in the study. The research instruments were applied as follows: 1) assessment forms for primary caregivers, which are, depression assessment form (PHQ9), anxiety assessment form (GAD7), The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R), and The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), 2) assessment forms for the siblings of the children with ASD, which are Social Support Questionnaire and psychological well-being assessment form (MHI). The data was analyzed by using descriptive statistics, Inferential statistic and content analysis.

Result: It is found that 52.5% of the siblings of the children with ASD have healthy psychological well-being and they had normal behavior (92.5%). The result also reveals that the siblings of the children with ASD aged 7 - 12 are more likely to receive anxiety compared with the siblings of the children with ASD aged 13 - 16. Furthermore, from the correlation analysis, the study shows that the primary caregiver's depression and the violent behavior of children with ASD were significantly positively correlated with the behavioral problems of siblings of children with ASD. Additionally, receiving social support was significantly positively correlated with the pro-social behavior of the siblings of the children with ASD. The result of the in-depth interview reveals that sibling of children with ASD experience both positive and negative feelings.

Conclusion: Most of the siblings of children with ASD had good mental health and typical behavior. Additionally, the primary caregiver's depression and the violent behavior of children with ASD were significantly correlated with behavioral problems of siblings of children with ASD. Also, receiving social support was significantly correlated with the pro-social behavior of the siblings of the children with ASD.

Keywords: psychological well-being, behavior of siblings of children with autism spectrum disorder, autistic / social support, primary caregiver

Corresponding author: Nattida Wonghanchai

E-mail: lamiales.mint@gmail.com

Received 8 May 2024 Revised 3 July 2024 Accepted 7 July 2024

บทนำ

โรคออทิสซึมสเปกตรัมหรือออทิสติก เป็นโรคที่มีลักษณะความบกพร่องทางการสื่อสาร การปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และมีพฤติกรรมความสนใจที่ซ้ำๆ และจำกัด ซึ่งลักษณะเหล่านี้จะแสดงออกให้เห็นก่อนอายุ 3 ปี และมีความต่อเนื่องไปตลอดชีวิต¹ ในประเทศไทยพบว่าความชุกของโรคในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี ประมาณ 10 ต่อประชากรเด็ก 10,000 คน² และผลสำรวจจากกระทรวงสาธารณสุขคาดว่าทั่วประเทศจะมีเด็กออทิสติกอยู่ประมาณ 300,000 คน³ ซึ่งความบกพร่องจากโรคออทิสซึมสเปกตรัมทำให้เด็กออทิสติกมีความยากลำบากในการดำรงชีวิตหรือพึ่งพาตนเอง อีกทั้งเด็กออทิสติกแต่ละคนมีความรุนแรงของอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากน้อยแตกต่างกันไปในแต่ละคน เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว พฤติกรรมกระตุ้นตนเอง ปัญหาการนอน ปัญหาการรับประทานอาหาร เป็นต้น ซึ่งปัญหาพัฒนาการและพฤติกรรมต่างๆ ของเด็กออทิสติกเหล่านี้ ส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งผู้ดูแลหลักและพี่น้องเด็กออทิสติก

สุขภาวะทางจิต (psychological well-being) คือความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน⁴⁻⁶ โดยส่วนมากพี่น้องเด็กออทิสติกมักเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ทั้งต่อภาระหน้าที่ที่ตนเองต้องรับผิดชอบในอนาคต การสูญเสียพี่น้อง รู้สึกหวาดกลัวและไม่ปลอดภัย โดยเฉพาะในครอบครัวที่เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมก้าวร้าวร่วมด้วย⁷ รวมถึงความรู้สึกโกรธที่สามารถพบได้บ่อยและรุนแรงในพี่น้องเด็กออทิสติก ทั้งจากการที่พ่อแม่ปฏิบัติไม่เท่าเทียมกันระหว่างตนเองกับเด็กออทิสติก การที่พี่น้องไม่สามารถทำตามความต้องการของตัวเองได้ เพราะข้อจำกัดของเด็กออทิสติก ความเปลี่ยนแปลง ความวุ่นวาย และการทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัว⁸ โดยอาจเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม นอกจากนี้พี่น้องเด็กออทิสติกอาจรู้สึกอิจฉา รู้สึกโดดเดี่ยว⁹ รู้สึกอับอาย เพราะพฤติกรรมของเด็กออทิสติก¹⁰ รวมถึงรู้สึกเครียดและกดดัน¹¹ และในขณะเดียวกันพี่น้องเด็กออทิสติกก็มีความรู้สึกเศร้า รู้สึกผิดต่อความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นต่อเด็กออทิสติกหรือต่อพ่อแม่อีกด้วย^{8,12} ความรู้สึกที่เกิดขึ้นหลากหลายย่อมทำให้เด็กเกิดความรู้สึกสับสน อีกทั้งอารมณ์ส่วนมากเป็นอารมณ์ทางลบ ซึ่งอาจนำไปสู่การมีแนวโน้มที่พี่น้องเด็กออทิสติกจะมีสุขภาวะทางจิตที่ไม่ดีหรือปัญหาพฤติกรรม โดยปัญหาอารมณ์หรือพฤติกรรมบางชนิดสามารถพบได้บ่อยในเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เช่น ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว ปัญหาสมาธิสั้น ปัญหาด้านอารมณ์

ผลจากการศึกษาของต่างประเทศพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีภาวะวิตกกังวล¹³ และภาวะซึมเศร้ามากกว่าเด็กที่มีพี่น้องพัฒนาการปกติทั่วไป¹⁴ และมีความเสี่ยงที่จะมีปัญหาด้านอารมณ์ และพฤติกรรมมากกว่าเด็กทั่วไป¹⁵ ซึ่งสำรวจในพี่น้องเด็กออทิสติกในประเทศฟินแลนด์พบว่า ร้อยละ 37 ของพี่น้องเด็กออทิสติกมักจะมีปัญหาสุขภาพจิต¹⁶ แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของไทย⁹ และต่างประเทศ^{17,18} ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีการปรับตัวทางจิตวิทยาที่ดี เช่น การสื่อสาร การใช้ชีวิตประจำวัน และทักษะทางสังคม

พี่น้องเด็กออทิสติกวัยเรียนและวัยรุ่น มีการแสดงออกอารมณ์หรือพฤติกรรมในรูปแบบที่แตกต่างกันตามพัฒนาการของแต่ละช่วงวัย พี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียนอาจยังไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคเด็กออทิสติกชัดเจน เนื่องจากข้อจำกัดของพัฒนาการด้านสติปัญญา รวมถึงเกิดความรู้สึกผิดต่อเด็กออทิสติกและผู้เลี้ยงดูเด็กบางคนอาจแสดงออกด้วยการพยายามประพடுத்தตัว¹⁹ เพื่อชดเชยปัญหา แต่บางคนก็ประพடுத்தไม่เหมาะสมเพื่อดึงดูดความสนใจจากพ่อแม่²⁰ ในขณะที่พี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นสามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับโรคได้ดีขึ้น¹⁹ ซึ่งเป็นผลจากการพัฒนาของสติปัญญาตามช่วงวัย ทั้งนี้ช่วงวัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยที่ต้องการการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนและอิสระ ดังนั้นพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นจึงรู้สึกอับอาย และกังวลกับความแตกต่างจากเพื่อน²⁰ รวมถึงกังวลต่อภาระหน้าที่ของตนในการดูแลเด็กออทิสติกในอนาคต

ผลจากงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยที่มีแนวโน้มเกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก^{13,14,21} ภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก^{13,21} และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กออทิสติก^{12,14} โดยงานวิจัยพบว่าปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวล²¹ และซึมเศร้าในพี่น้องเด็กออทิสติก¹⁴ และในส่วนของ การบำบัดรักษาและดูแลเด็กออทิสติกในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องพึ่งพาผู้เลี้ยงดูหลักอย่างมาก ทำให้เกิดผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย เศรษฐกิจ ครอบครัว สังคม และจิตใจ นำไปสู่ภาวะเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก^{22,23} ซึ่งสภาวะดังกล่าวส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในพี่น้องเด็กออทิสติกได้เช่นกัน^{13,21}

การได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ถ้าหากพี่น้อง

เด็กออทิสติกได้รับการดูแล ให้ข้อมูลและกำลังใจ รวมไปถึงการให้คำปรึกษา คำแนะนำ การช่วยเหลือต่างๆ ในการอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกจากผู้เลี้ยงดูหลัก ญาติพี่น้อง หรือบุคคลรอบข้าง เช่น บุคลากรทางการแพทย์ ครู เพื่อน ก็อาจช่วยให้พี่น้องเด็กออทิสติกเผชิญกับสภาวะอารมณ์หรือปัญหาต่างๆ ซึ่งเป็นผลกระทบจากการอาศัยอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกได้ดียิ่งขึ้น รวมถึงเกิดความรู้สึกได้รับความรัก การเห็นคุณค่า ความอบอุ่น ปลอดภัยอีกด้วย โดยการศึกษาของ Lovell และ Wetherell¹⁴ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมและปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าในพี่น้องเด็กออทิสติก นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษานานาชาติพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มที่เด็กจะปรับตัวได้ดี²⁴

การสืบค้นข้อมูลจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาจากต่างประเทศ ผลการศึกษาหรือตำราเกี่ยวกับพี่น้องเด็กออทิสติกในประเทศไทยยังคงมีจำนวนน้อยมาก⁹ อีกทั้งไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องและลักษณะของผลกระทบที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่องสภาวะทางจิตและผลกระทบด้านพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการศึกษานี้คือเพื่อศึกษา 1) สภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก 2) ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative approach) และใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (indepth-interview) เพื่อเจาะลึกข้อมูลเพิ่มเติม ซึ่งงานวิจัยผ่านการตรวจสอบโดยศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหิดล (MURA2018/539) โดยประชากรได้แก่ ผู้เลี้ยงดูหลักและพี่น้องเด็กออทิสติก อายุระหว่าง 7 - 16 ปี ที่มาเข้ารับการรักษา ณ สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคลินิกฝึกพูดภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่มาเข้ารับบริการที่สถานบริการดังกล่าว ระหว่าง

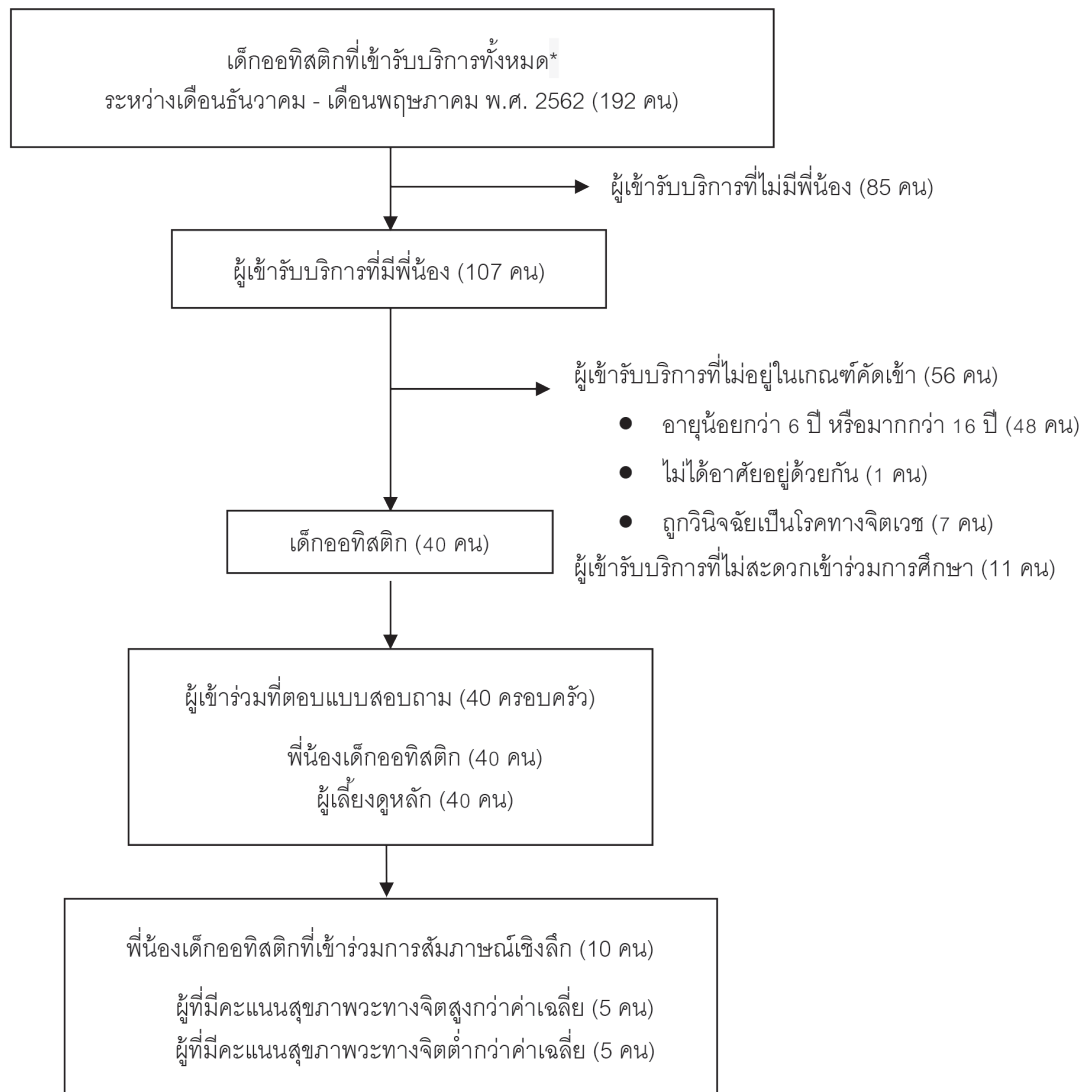
เดือนธันวาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2562 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) เป็นผู้ดูแลหรือพี่น้องเด็กออทิสติก โดยเด็กได้รับการวินิจฉัยยืนยันจากกุมารแพทย์หรือจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นตามเกณฑ์วินิจฉัย DSM-5 2) อาศัยอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกและพี่น้องเด็กออทิสติกมาเป็นเวลาอย่างน้อย 3 เดือน 3) พี่น้องเด็กออทิสติกจะต้องไม่มีโรคทางจิตเวชและไม่มีความผิดปกติด้านพัฒนาการ และไม่มีเกณฑ์การคัดออก

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G-power ตามสถิติการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 ค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 และขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.451 ซึ่งอ้างอิงจากงานวิจัยการปรับตัวในพี่น้องเด็กออทิสติกของประเทศไทย⁹ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้เท่ากับ 36 คน และเพื่อป้องกันข้อมูลขาดหายจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีทั้งหมด 40 ครอบครัว หลังจากการวิเคราะห์ผลเชิงปริมาณผู้วิจัยจึงดำเนินการคัดเลือกพี่น้องเด็กออทิสติกเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกจาก 5 ลำดับแรกของผู้ที่มีความสุขทางจิตดี และ 5 ลำดับท้ายของผู้ที่มีความสุขทางจิตไม่ดี รวมจำนวนทั้งสิ้น 10 คน (รูปที่ 1)

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้เข้าร่วมวิจัยโดยตรงด้วยวิธีการดังต่อไปนี้ 1) เก็บข้อมูลกับผู้เลี้ยงดูหลักโดยใช้แบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก 2) เก็บข้อมูลจากพี่น้องเด็กออทิสติกโดยตรงโดยใช้แบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก 3) สำหรับพี่น้องที่ไม่สามารถเดินทางมาให้ข้อมูลได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะฝากแบบประเมินผ่านทางผู้เลี้ยงดูหลัก และมีการติดต่อผ่านทางโทรศัพท์เพื่อชี้แจงการวิจัยและการตอบแบบประเมิน โดยแบบประเมินจะถูกส่งกลับทางไปรษณีย์หรือผู้เลี้ยงดูหลักเมื่อมาติดตามการรักษาครั้งต่อไป 4) หลังจากการวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยจึงคัดเลือกพี่น้องเด็กออทิสติกสำหรับการสัมภาษณ์เป็นลำดับถัดไป 5) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ ผู้วิจัยจึงติดต่อผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อให้คำแนะนำการดูแลในเบื้องต้น รวมถึงแจ้งผลสรุปให้กับแพทย์ผู้ดูแลเด็กออทิสติกเพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบประเมินสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก และแบบประเมินสำหรับพี่น้องเด็กออทิสติก โดยมีเครื่องมือดังนี้



รูปที่ 1 จำนวนทั้งหมดของผู้เข้าร่วมการศึกษา

*สถาบันแห่งชาติเพื่อพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, คลินิกผู้ป่วยนอกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ และคลินิกฝึกพูด ภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

1. เครื่องมือที่นำไปใช้กับผู้เลี้ยงดูหลัก

1.1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย 6 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส

1.2. แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (Patient Health Questionnaire-9 Thai version (PHQ-9))

เครื่องมือประเภท Self-Report ใช้สำหรับคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลัก พัฒนาโดย Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke และนำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย มาโนช หล่อตระกูล²⁵ แบบประเมินนี้ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ เกี่ยวกับความถี่ของอาการที่เกิดขึ้น โดย

อิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า DSM-IV มาตราในการประเมินเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ จุดตัดคือ 9 คะแนน ซึ่งสามารถคัดกรองอาการได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า มีความผิดปกติแต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า ซึมเศร้าเล็กน้อย ซึมเศร้าปานกลาง และซึมเศร้ารุนแรง มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี (Cronbach's alpha=0.79)

1.3. แบบประเมินภาวะวิตกกังวล (Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7))

สำหรับประเมินภาวะวิตกกังวล พัฒนาโดย Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B²⁶ แปลและเผยแพร่โดย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

โดยเครื่องมือเป็นลักษณะ self-report ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความถี่ของอาการวิตกกังวล 7 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก โดยคะแนนจุดตัดคือ 10 คะแนน หมายถึงมีแนวโน้มที่จะเป็นโรควิตกกังวล โดยเครื่องมือสามารถคัดกรองอาการได้เป็น 4 ระดับ ได้แก่ มีความวิตกกังวลเล็กน้อย มีความวิตกกังวลปานกลาง มีความวิตกกังวลสูง และมีความวิตกกังวลสูงมาก ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในระดับดีมาก (Cronbach's alpha=0.92)

1.4 แบบประเมินปัญหาพฤติกรรม (The Scales of Independent Behavior-Revised (SIB-R))

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ด้านพฤติกรรมกรรมการปรับตัว และด้านปัญหาพฤติกรรม โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้เฉพาะส่วนปัญหาพฤติกรรมเพื่อประเมินพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก ซึ่งแบบประเมินถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย ศศิธร สังข์อยู่ และคณะ²⁷ แบบประเมินประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมภายใน (internalized maladaptive behavior) พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมทางสังคม (asocial maladaptive behavior) และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมภายนอก (externalized maladaptive behavior) ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นการประมาณค่า Likert scale ตามความถี่และความรุนแรงของพฤติกรรม สามารถคัดกรองพฤติกรรมได้เป็น 6 ระดับ ได้แก่ ปกติ ค่อนข้างปกติ เล็กน้อย ปานกลาง รุนแรง และรุนแรงที่สุด โดยคะแนนมาก หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมระดับปกติ และคะแนนน้อย หมายถึง มีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรงที่สุด ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในระดับดี (Split-half reliability coefficients=0.70 - 0.80)

1.5 แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก (Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ))

สร้างโดย Robert Goodman ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย มาโนช หล่อตระกูล และ พรณพิมล หล่อตระกูล²⁸ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน SDQ ฉบับผู้ปกครองมาใช้ในการประเมินพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก แบบประเมินแบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านอารมณ์ พฤติกรรมเกราะ พฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น พฤติกรรมด้านความสัมพันธ์กับเพื่อน และพฤติกรรมด้านสัมพันธ์ทางสังคม แต่ละด้านมีคำถาม 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า Likert scale 3 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 10 คะแนนในแต่ละด้าน และสามารถนำคะแนนจากพฤติกรรม 4 ด้านแรกมารวมกันเป็นด้านปัญหาพฤติกรรมโดยรวม (min-max=0 - 40) การแปลผลคะแนนสามารถคัดกรองพฤติกรรมออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และ

กลุ่มมีปัญหา ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินอยู่ในเกณฑ์ดี (Cronbach's alpha=0.72) ค่าความไวเท่ากับ 63.3% (95% CI 59.7-66.9%)

2. เครื่องมือที่นำไปใช้กับพี่น้องเด็กออทิสติก

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ประกอบด้วย 4 คำถาม ได้แก่ เพศ อายุ สถานะเป็นพี่หรือน้อง และมีผู้เลี้ยงดูหลักคือใคร

2.2 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire)

แบบประเมินเป็นลักษณะ self-report พัฒนาจากแนวความคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer โดย พีรพันธ์ ลีอนุญวัชชัย และ อรรถพรณ ลีอนุญวัชชัย²⁹ โดยมีคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์สังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร และวัตถุประสงค์คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ การแปลผลใช้คะแนนรวม ซึ่งแบ่งระดับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ค่า IOC (Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.625

2.3 แบบประเมินสุขภาพจิต (The Mental Health Inventory (MHI))

แบบประเมินสุขภาพจิตสร้างขึ้นโดย Veit และ Ware ซึ่งนำมาแปลไทย โดย อธิยา เชื้อนมนัน และ ภัทธกรณ พุ่มปันคำ³⁰ เป็นเครื่องมือลักษณะ self-report ใช้สำหรับประเมินสุขภาพจิตสำหรับบุคคลทั่วไป มีคำถามทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพจิต (psychological well-being) มีองค์ประกอบย่อยเป็น 2 หมวด คือ หมวดความรู้สึกดีทั่วไป และหมวดความผูกพันทางอารมณ์และด้านความกดดันทางจิตใจ (psychological distress) มีองค์ประกอบย่อยเป็น 3 หมวด คือ หมวดความวิตกกังวล หมวดภาวะซึมเศร้า และหมวดการสูญเสีย การควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ข้อคำถามมีทั้งหมด 38 ข้อ โดยข้อคำถามด้านสุขภาพจิตจะมีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ จำนวน 36 ข้อ และมีคำถามด้านความกดดันทางจิตใจจำนวน 2 ข้อ ที่มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และคะแนนเป็นทิศทางตรงข้ามกัน การแปลผลจากการรวมคะแนนทั้งสองด้าน แบ่งระดับคะแนนตามค่าเฉลี่ยของกลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ยของกลุ่ม หมายถึง มีสุขภาพจิตดี และคะแนนที่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย

ของกลุ่ม หมายถึง มีสภาวะทางจิตไม่ดี แบบประเมินมีค่า IOC เท่ากับ 0.631

2.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้วิจัยพัฒนาแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยอิงข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมิน โดยมีการพิจารณาความเหมาะสมของคำถามร่วมกับผู้เชี่ยวชาญด้านเด็กออทิสติกและปรับแก้ไขตามคำแนะนำ แนวคำถามประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก 2) ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลักและผลกระทบ 3) ปัจจัยจากเด็กออทิสติกและผลกระทบ 4) ปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคมที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับและผลกระทบ (ตารางที่ 1) ซึ่งในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที ต่อ 1 คน และดำเนินการในที่ที่มีความสะดวก ปลอดภัย และเป็นส่วนตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS Statistics 18.0 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (frequency distributions) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ในการพรรณนาลักษณะทั่วไปของข้อมูล

2. การทดสอบค่าไค-สแควร์ (Chi-Square Test : χ^2 -test)

เพื่อหาความแตกต่างของสภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติกในแต่ละช่วงวัย

3. การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (correlation analysis) ชนิด Spearman Rank Correlation Coefficient ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับสภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

4. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อสร้างข้อสรุปจากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์

ผลการศึกษา

ประชากรที่มีจำนวนทั้งสิ้น 192 คน หลังจากคัดกรองตามเกณฑ์คัดเข้าและออก จากการวิจัยพบว่าได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 ครอบครัว เป็นผู้เลี้ยงดูหลักจำนวน 40 คน โดยผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี (range= 32 - 61 ปี, S.D=5.39) (ตารางที่ 2) และเป็นพี่น้องเด็กออทิสติกจำนวน 40 คน มีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 12 ปี (S.D=2.92) และโดยส่วนใหญ่มีสถานะเป็นพี่ของเด็กออทิสติก (ร้อยละ 67.5) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

หัวข้อ	คำถาม
สภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก	ผู้เลี้ยงดูหลัก/พ่อแม่ที่มีลูกป่วย บางครั้งต้องดูแลคนที่ป่วยมาก และมีเวลาให้พี่น้องน้อย ครอบครัวของคุณเป็นเช่นไร และคุณรู้สึกอย่างไร ในวันหยุดคุณต้องการทำกิจกรรมอะไรกับครอบครัวบ้าง หาก你不能ทำตามความต้องการของตนเองได้ เนื่องจากข้อจำกัดของ... (ชื่อของเด็กออทิสติก) คุณมีความรู้สึกอย่างไรบ้าง
ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลักและผลกระทบ	ผู้เลี้ยงดูหลัก/พ่อแม่ของเด็กที่ป่วยบางคนก็รู้สึกเครียด กังวล เศร้า ในการดูแลเด็กที่ป่วย ครอบครัวของคุณเป็นเช่นไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรที่เห็นเช่นนั้น
ปัจจัยจากเด็กออทิสติกและผลกระทบ	เด็กออทิสติกบางคนมีพฤติกรรมก้าวร้าว หรือพฤติกรรมแปลกๆ พี่น้องของคุณมีพฤติกรรมอย่างไรบ้าง และคุณรู้สึกอย่างไรกับพฤติกรรมเหล่านั้น
ปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคมที่พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับและผลกระทบ	เมื่อคุณต้องการความช่วยเหลือ เช่น เวลาที่ไม่สบายใจเรื่อง... (ชื่อของเด็กออทิสติก) คุณมักจะเล่าให้ใครฟัง หรือคุณได้รับกำลังใจ คำแนะนำจากใครบ้าง หรือคุณทำอย่างไร คุณเคยถูกเพื่อนกลั่นแกล้งด้วยสาเหตุจาก... (ชื่อของเด็กออทิสติก) หรือไม่ และคุณสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้าง คุณคิดว่าคุณต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับการอยู่ร่วมกับ... (ชื่อของเด็กออทิสติก) อย่างไรบ้าง

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไป ระดับภาวะซึมเศร้า และระดับภาวะวิตกกังวลของผู้เลี้ยงดูหลัก

ผู้เลี้ยงดูหลัก		N=40 (%) หรือ Mean (Range, S.D)	
เพศ		สถานภาพสมรส	
ชาย	4 (10.0)	อยู่ด้วยกัน	35 (87.5)
หญิง	36 (90.0)	แยกกันอยู่	4 (10.0)
อายุ	43.98 (32 - 61 ปี, S.D=5.39)	หม้าย	1 (2.5)
การศึกษา		ลักษณะครอบครัว	
มัธยมศึกษา	8 (20.5)	ครอบครัวเดี่ยว	32 (80.0)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ และวิชาชีพชั้นสูง	2 (5.2)	ครอบครัวขยาย	8 (20.0)
ปริญญาตรี	17 (43.6)	ระดับภาวะซึมเศร้า	
สูงกว่าปริญญาตรี	12 (30.7)	ปกติ	17 (42.5)
อาชีพ		มีความผิดปกติ แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า	21 (52.5)
ข้าราชการ	9 (22.5)	เล็กน้อย	2 (5.0)
พนักงานบริษัท	7 (17.5)	ปานกลางและรุนแรง	0 (0.0)
ธุรกิจส่วนตัว	9 (22.5)	ระดับภาวะวิตกกังวล	
แม่บ้าน	9 (22.5)	เล็กน้อย	34 (85.0)
อื่นๆ	6 (15.0)	ปานกลาง	4 (10.0)
รายได้		สูง	2 (5.0)
ต่ำกว่า 15,000 บาท	5 (12.5)	สูงมาก	0 (0.0)
15,001 - 30,000 บาท	6 (15.0)		
30,001 - 45,000 บาท	3 (7.5)		
45,001 - 55,000 บาท	11 (27.5)		
55,001 บาท ขึ้นไป	15 (37.5)		

1. ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กออทิสติก

1.1 ภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดูหลัก

คะแนนของภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 คะแนน (range=0 - 10, S.D.=5) โดยส่วนมากมีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับที่มีความผิดปกติ แต่ยังไม่อยู่ในเกณฑ์โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 52.5) และไม่พบผู้เลี้ยงดูที่มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับปานกลางและรุนแรง สำหรับคะแนนภาวะวิตกกังวลพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมีค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะวิตกกังวลเท่ากับ 3.03 คะแนน (range=0 - 13, S.D.=3.02) ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 85) มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่พบผู้เลี้ยงดูหลักที่มีภาวะวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงมาก (ตารางที่ 2)

1.2 ปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก

พบว่าคะแนนด้านปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติกมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ -10.35 คะแนน (range = -46 - 3, S.D.=10.54)

โดยส่วนใหญ่มีปัญหาพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 65) และมีผู้ที่มีปัญหาพฤติกรรมระดับรุนแรงและระดับรุนแรงมากเพียงระดับละ 1 คน (ร้อยละ 2.5)

2. พี่น้องเด็กออทิสติก

2.1 การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในพี่น้องเด็กออทิสติก

พี่น้องเด็กออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 60.80 (range=39 - 77, S.D.=9.81) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.5) โดยพี่น้องเด็กออทิสติกที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำมีเพียงร้อยละ 7.5 (ตารางที่ 3)

2.2 สุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

พี่น้องเด็กออทิสติกมีคะแนนเฉลี่ยของสุขภาวะทางจิต

เท่ากับ 157.88 คะแนน (range=102 - 200, S.D.=22.28) และสามารถจัดกลุ่มพี่น้องเด็กออทิสติกออกเป็นกลุ่มที่มีสุขภาวะทางจิตดีและไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52.5 และ 47.5 ตามลำดับ โดยพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี ที่มีสุขภาวะทางจิตดี มีสัดส่วนน้อยกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกช่วงอายุ 13 - 16 ปี (ร้อยละ 45 และ 60 ตามลำดับ) รวมถึงพบว่าสัดส่วนของพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี (วัยเรียน) มีคะแนนด้านความรู้สึกรังเกียจกลัว (ร้อยละ 70) มากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 13 - 16 ปี (วัยรุ่น) (ร้อยละ 35) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.027$) (ตารางที่ 3)

ผลการศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกจำนวน 3 คน (ร้อยละ 7.5) มีปัญหาพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับเสี่ยง และไม่พบพี่น้องเด็กออทิสติกที่อยู่ในระดับมีปัญหา โดยเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมีปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ร้อยละ 5 ในแต่ละด้าน (ตารางที่ 3)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก ปัจจัยจากเด็กออทิสติก และปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติก

ภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์ทางบวกกับปัญหาพฤติกรรมโดยรวมของพี่น้องเด็กออทิสติก ($r=0.425$, $p<0.006$) ปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น ($r=0.418$, $p<0.007$) และปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน ($r=0.410$, $p<0.009$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกยังมีความสัมพันธ์ทางลบกับปัญหาพฤติกรรมเกรี้ยว ($r=0.415$, $p<0.008$) ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม ($r=0.351$, $p<0.026$) และปัญหาพฤติกรรมอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้นของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.335$, $p<0.034$)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไป ระดับสุขภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และ p-value of Chi square analysis

		พี่น้องเด็กออทิสติก			P ^a
		ทั้งหมด (n=40) N (%)	อายุ 7 - 12 ปี (n=20) N (%)	อายุ 13 - 16 ปี (n=20) N (%)	
เพศ	ชาย	21 (52.5)	11 (55.0)	10 (50.0)	.752
	หญิง	19 (47.5)	9 (45.0)	10 (50.0)	
สถานะ	พี่	27 (67.5)	11 (55.0)	16 (80.0)	.091
	น้อง	13 (32.5)	9 (45.0)	4 (20.0)	
ผู้ดูแลหลัก	พ่อแม่	38 (95.0)	18 (90.0)	20 (100.0)	.152
	ญาติ	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
การได้รับการสนับสนุนทางสังคม	สูง	12 (30.0)	6 (30.0)	6 (30.0)	.765
	ปานกลาง	25 (62.5)	14 (70.0)	11 (55.0)	
	ต่ำ	3 (7.5)	0 (0.0)	3 (15.0)	
สุขภาวะทางจิตโดยรวม	ดี	21 (52.5)	9 (45.0)	12 (60.0)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5)	11 (55.0)	8 (40.0)	
ความรู้สึกดีทั่วไป	ดี	24 (60.0%)	11 (55.0%)	13 (65.0%)	.519
	ไม่ดี	16 (40.0%)	9 (45.0%)	7 (35.0%)	
ความผูกพันทางอารมณ์	ดี	24 (60.0%)	12 (60.0%)	12 (60.0%)	1.000
	ไม่ดี	16 (40.0%)	8 (40.0%)	8 (40.0%)	
สุขภาวะทางจิต	ดี	22 (55.0%)	11 (55.0%)	11 (55.0%)	1.000
	ไม่ดี	18 (45.0%)	9 (45.0%)	9 (45.0%)	

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไป ระดับสภาวะทางจิต พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และ p-value of Chi square analysis (ต่อ)

		พี่น้องเด็กออทิสติก			P ^a
		ทั้งหมด (n=40) N (%)	อายุ 7 - 12 ปี (n=20) N (%)	อายุ 13 - 16 ปี (n=20) N (%)	
ภาวะซึมเศร้า	ดี	21 (52.5%)	9 (45.0%)	12 (60.0%)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5%)	6 (30.0%)	8 (40.0%)	
ภาวะวิตกกังวล	ดี	19 (47.5%)	11 (55.0%)	13 (65.0%)	.027*
	ไม่ดี	21 (52.5%)	14 (70.0%)	7 (35.0%)	
การสูญเสียการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม	ดี	21 (52.5%)	9 (45.0%)	12 (60.0%)	.342
	ไม่ดี	19 (47.5%)	11 (55.0%)	8 (40.0%)	
ความกดดันทางจิตใจ	ดี	19 (47.5%)	8 (40.0%)	11 (55.0%)	.342
	ไม่ดี	21 (52.5%)	12 (60.0%)	9 (45.0%)	
พฤติกรรม ^c					
พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม	ปกติ	39 (97.5)	20 (100)	19 (95.5)	.317
	เสี่ยง	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	ปัญหา	1 (2.5)	0 (0.0)	1 (5.0)	
ปัญหาด้านอารมณ์	ปกติ	37 (92.5)	18 (90.0)	19 (95.5)	.553
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
ปัญหาพฤติกรรมเกร	ปกติ	35 (87.5)	17 (85.0)	18 (90.0)	.834
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	
ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น	ปกติ	36 (90.0)	16 (80.0)	20 (100.0)	.108
	เสี่ยง	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	2 (10.0)	0 (0.0)	
ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน	ปกติ	35 (87.5)	18 (90.0)	17 (85.0)	.834
	เสี่ยง	3(7.5)	1 (5.0)	2 (10.0)	
	ปัญหา	2 (5.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	
ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม	ปกติ	37 (92.5)	18 (90.0)	19 (95.5)	.553
	เสี่ยง	3 (7.5)	2 (10.0)	1 (5.0)	
	ปัญหา	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	

a=ค่า p-value ของ Chi square analysis ระหว่างช่วงอายุ 7 - 12 ปี (วัยเรียน) และช่วงอายุ 13 - 16 ปี (วัยรุ่น) กับระดับสภาวะทางจิต

รวมถึงพบว่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($r=0.339, p<0.032$) (ตารางที่ 4)

4. ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลจากการการสัมภาษณ์เชิงลึกกับพี่น้องเด็กออทิสติกเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิต บัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก บัณฑิตจากพี่น้องที่เป็นออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมพบว่า

4.1 ลักษณะผลกระทบด้านสุขภาวะทางจิตในพี่น้องเด็กออทิสติก

ผู้วิจัยพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น มีความสุข รู้สึกเป็นที่รัก เศร้า วิตกกังวล และสูญเสียการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งเป็นไปตามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตในหมวดความกดดันทางจิตใจ

และหมวดสุขภาวะทางจิต ตามแนวคิดของ Veit และ Ware³¹ รวมถึงพี่น้องเด็กออทิสติกยังได้รับผลกระทบซึ่งทำให้เกิดอารมณ์เชิงลบอื่นๆ เช่น โกรธ กลัว อาย และสับสนต่อความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับสถานการณ์และสถานะพี่น้องของตนเองด้วย อย่างไรก็ตามความรู้สึกทางบวกและทางลบนี้มักเกิดควบคู่กันไป

“ก็มีความสุข บางทีหนูก็เล่นกับพี่เขา แล้วก็เวลาที่เขาไม่ดื้อ ไม่กวน แต่จะหงุดหงิดบ่อย บ่อยกว่ามีความสุข”

“ผมคิดว่า โตไปแล้วมันยังไม่หายจะคุ้มกันยังไง แม่พูดว่าให้ดูแลน้อง ก็กังวลนิดหน่อย ว่าเดี๋ยวดูแลไม่ได้ หรือตอนน้องไปโรงเรียนก็จะกลัวว่าน้องจะโดนแกล้ง ตอนไปเที่ยวก็กลัวว่าน้องจะหลงทาง เพราะน้องจำเบอร์โทรศัพท์ไม่ได้เลย”

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกได้แสดงคุณลักษณะเชิงบวก อันได้แก่ การควบคุมอารมณ์ และการคิดวางแผนอนาคต อีกด้วย

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างบัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก บัณฑิตจากเด็กออทิสติก และบัณฑิตจากการสนับสนุนจากสังคม ที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

	X ₁	X ₂	X ₃	X ₄	Y ₁	Y ₂	Y ₃	Y ₄	Y ₅	Y ₆	Y ₇
X ₁	1										
X ₂	.447**	1									
X ₃	-.486**	-.536**	1								
X ₄	-.175	-.230	-.033	1							
Y ₁	-.047	-.016	-.104	.199	1						
Y ₂	-.254	-.304	.101	.339*	.249	1					
Y ₃	.095	.181	-.111	-.090	-.407**	-.279	1				
Y ₄	.295	.189	-.415**	-.120	-.090	-.182	.062	1			
Y ₅	.418**	.175	-.335*	-.055	-.207	-.163	.316*	.537**	1		
Y ₆	.410**	.298	-.197	-.232	-.130	-.295	.119	.317	.287	1	
Y ₇	.425**	.267	-.351*	-.132	-.276	-.280	.529**	.676**	.862**	.545**	1

** p-value <0.01 * p-value <0.05

Note:

บัณฑิตจากผู้เลี้ยงดูหลัก ได้แก่ X₁ = ภาวะซึมเศร้าของผู้เลี้ยงดูหลัก; X₂ = ภาวะวิตกกังวลของผู้เลี้ยงดูหลัก

บัณฑิตจากเด็กออทิสติก ได้แก่ X₃ = พฤติกรรมปัญหาของเด็กออทิสติก

บัณฑิตจากการสนับสนุนจากสังคม ได้แก่ X₄ = การได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สุขภาวะทางจิตโดยรวม = Y₁

พฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก ได้แก่ Y₂ = พฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคม; Y₃ = ปัญหาด้านอารมณ์; Y₄ = ปัญหาพฤติกรรมเกราะ; Y₅ = ปัญหาอยู่ไม่นิ่งหรือสมาธิสั้น; Y₆ = ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน; Y₇ = ปัญหาพฤติกรรมโดยรวม

“เมื่อก่อนน้องโยนของ แล้วบางทีเราก็คูณตัวเองไม่ไหว ก็ปาของกลับ ปากแตก เลือดไหล หรือลืมหิ้วตัว กระชากน้องแรง เพราะแรงเราเยอะ แม่เลยไม่ค่อยอยากให้อยู่ด้วยกัน”

4.2 ลักษณะปัจจัยจากผู้เลี้ยงดูหลัก

การสัมภาษณ์พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกทั้งกลุ่มที่มีคะแนนสุขภาพทางจิตสูงและต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ต่างก็รับรู้ว่าคุณผู้เลี้ยงดูหลักมีความรู้สึกเครียด วิตกกังวล เหน็ดเหนื่อยและเศร้า ซึ่งอารมณ์ดังกล่าวส่งผลกับความรู้สึกของพี่น้องเด็กออทิสติก ทั้งเชิงบวกและลบเช่นกัน

“เคยเห็นแม่กังวลบ่อยๆ เช่น วันนี้แม่จะไปกินข้าวกับเพื่อน ถ้าน้องร้องจะกลับก็ต้องกลับ แต่บางทีน้องไม่ร้องก็อยู่ได้นาน แล้วก็เห็นแม่เหนื่อย เพราะแม่เคยต้องกล่อมน้อง 3 ชั่วโมง ใครห้ามขึ้น ไปยุ่ง เห็นแล้วไม่อยากให้แม่เหนื่อยสงสารแม่ เศร้า”

“แต่ก่อนเห็นคุณแม่ร้องไห้ให้หนูก็ถามว่าเป็นอะไร แม่บอกว่าเสียใจที่พี่เป็นแบบนี้ แต่เดี๋ยวนี้ไม่มีแล้ว แสบปีมีความสุขกันทั้งครอบครัว”

4.3 ลักษณะปัจจัยจากเด็กออทิสติก

พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกมักเกิดความรู้สึกทางลบต่อปัญหาพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ทั้งจากความบกพร่องตามอาการออทิสติก พฤติกรรมกระตุ้นตนเอง และปัญหาพฤติกรรมต่างๆ ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ เสียใจ สงสาร อาาย และกังวล

“ไววายเสียงดัง ถ้าน้องจะกลับก็ต้องกลับ ไม่งั้นจะร้องให้อยากออกไปข้างนอก วันหนึ่ง 1 - 2 รอบ/ไม่ยอมให้อยู่ดีๆ ก็ร้องน้องจะเป็นตัวกำหนดว่า วันนี้จะได้ออกไปข้างนอกหรือไม่ได้ก็ได้ไปเรียนหรือไม่ได้ไปเรียน ถ้าน้องบังคับไม่ได้ก็ไม่รอด ก็รู้สึกเบื่อ”

“พี่เขาพูดรู้เรื่องบ้าง ไม่รู้เรื่องบ้าง พูดไม่ชัด เขาอาจจะพูดภาษาอื่น ก็เลยไม่เข้าใจ หนูก็รู้สึกหงุดหงิด เบื่อ รำคาญนิดนึง”

4.4 ลักษณะปัจจัยจากการสนับสนุนทางสังคม

การศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากสังคมทั้งในด้านอารมณ์ สังคม ด้านข้อมูลความรู้ และด้านทรัพยากรจากผู้เลี้ยงดูหลัก นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวอื่นๆ เช่น ย่า น้า ก็มีบทบาทช่วยสนับสนุนทางสังคมแก่พี่น้องเด็กออทิสติกเช่นกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้พี่น้องเด็กออทิสติกรู้สึกว่าตนเองเป็นที่รัก มีความสุข และสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับพี่น้องที่เป็นออทิสติกได้ และพี่น้องเด็กออทิสติกก็ยังคงต้องการการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องในทุกๆ ด้าน

“เวลาทะเลาะกับพี่ก็จะเล่าให้พ่อแม่ฟัง แม่ให้คำแนะนำได้ดีที่สุด หนูก็ไปเล่าว่าพี่ดื้อแบบนี้ ป่วนแบบนี้ ให้ทำยังไงดี แม่ก็จะบอก”

“แม่ก็กวาดบ้าน ล้างจาน รีดผ้า ทำกับข้าว ซักผ้า ตอนนี้นุญก็ช่วยแม่มากขึ้น งานในห้องเรียน งานกลุ่มบางทีก็ให้เพื่อนช่วย ส่วนพี่ทุกคนก็ช่วยกันดูแล แม่ก็บอกให้ช่วยดูพี่บ้าง ถ้าทำอะไรที่ไม่สำคัญอยู่ ก็จะเรียกให้ไปช่วยดูพี่บ้าง”

“หนูอยากให้อาโกยังไม่แต่งงานออกไปเพราะจะได้มีคนเล่นด้วย แล้วก็พี่พี่พี่ พี่เขา หนูอยากให้พี่เขาเชื่อฟัง อยากมากๆ อยากให้พี่ที่ปรับพี่ แบบทำแบบนี้แล้วพี่เชื่อฟังเลย”

“อยากให้ช่วยๆ กัน ดูแลพี่ บางอย่างอยากให้พี่เขาฝึกทำเอง เช่น อาบน้ำ”

วิจารณ์

งานวิจัยนี้เสนอผลการศึกษาสุขภาพทางจิตและพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก และความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวลในผู้เลี้ยงดูหลัก พฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติก และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพทางจิต และพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก

การศึกษาพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกทั้งหมด 40 คน มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพทางจิตเท่ากับ 157.88 โดยร้อยละ 52.5 มีสุขภาพตามเกณฑ์ของแบบวัด MHI อยู่ในเกณฑ์ดี และอีกร้อยละ 47 จัดอยู่ในเกณฑ์ไม่ดี และพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกช่วงอายุ 13 - 16 ปี มีสัดส่วนที่มีสุขภาพทางจิตดีมากกว่าในช่วงวัย 7 - 12 ปี ในด้านความวิตกกังวลพบว่า สัดส่วนของพี่น้องเด็กออทิสติกอายุ 7 - 12 ปี มีคะแนนด้านความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงอายุ 13 - 16 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจาก Schubert ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยรุ่นสามารถเข้าใจข้อมูลที่ซับซ้อนเกี่ยวกับโรคได้ดีขึ้น¹⁹ จากการพัฒนาของสติปัญญาที่ซับซ้อนมากกว่า สามารถเข้าใจเหตุผล และมีทักษะการแก้ปัญหาได้ดีกว่า

จากการสืบค้นไม่พบงานวิจัยอื่นๆ ที่ใช้แบบประเมินสุขภาพทางจิตชนิดเดียวกันกับพี่น้องเด็กออทิสติก แต่พบงานวิจัยที่ใช้แบบประเมินสุขภาพทางจิตชนิดเดียวกันกับชาวมุสลิมช่วงอายุระหว่าง 16 - 30 ปี ที่สวดมนต์โดยใช้หลักการฝึกสติและไม่ใช้หลักการฝึกสติ โดยการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่สวดมนต์โดยใช้หลักการฝึกสติมีค่าเฉลี่ยสุขภาพทางจิตที่สูงกว่าโดยมีค่าเท่ากับ 133.29³² ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบแล้วผลจากการศึกษาครั้งนี้แสดงถึงสุขภาพทางจิตของพี่น้องเด็กออทิสติกที่ดีกว่า

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกต่างก็มีความรู้สึกทั้งด้านบวกและลบที่ตรงตามองค์ประกอบของสุขภาวะทางจิตจากแนวคิดของ Veit และ Ware³¹ ได้แก่ มีความสุขเศร้า และวิตกกังวล รวมถึงความรู้สึกอื่นๆ เช่น รู้สึกโกรธ ก้าวร้าว และสับสนร่วมด้วย และยังพบอีกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในวัยเรียนมีแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลมากกว่าพี่น้องเด็กออทิสติกที่อยู่ในช่วงวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกในช่วงวัยเด็กตอนกลาง (6 - 11 ปี) มีความเสี่ยงต่อการมีภาวะวิตกกังวลและอาจนำไปสู่ปัญหาพฤติกรรม²¹ โดยพี่น้องที่มีอายุน้อยกว่ามักมีการปรับตัว มีความรู้และความเข้าใจต่อเด็กออทิสติกได้ดีขึ้นตามอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาความคิดเชิงนามธรรม การพัฒนาของสมองส่วนหน้าที่มากขึ้นในวัยรุ่น

งานวิจัยนี้พบว่าปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับทั้งภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติก โดยสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องและปัญหาพฤติกรรมของเด็กที่มีความบกพร่องทางพัฒนาการมีความสัมพันธ์กัน อีกทั้งยังพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักมักมีความเครียดสูงจากการเลี้ยงดูบุตรและภาวะซึมเศร้า ซึ่งทำให้พี่น้องอาจมีความเสี่ยงมากขึ้นที่จะมีภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า^{13,21} และมีปัญหาพฤติกรรมต่างๆ³³ จากการจัดการที่ไม่เหมาะสม รวมถึงการใช้ความรุนแรงในครอบครัว³⁴

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกส่วนหนึ่งต่างรู้สึกว่าได้ประสบผลกระทบบางอย่างจากพฤติกรรมรุนแรงของเด็กออทิสติกทำให้เกิดความรู้สึกทางลบ และถึงแม้ว่าส่วนใหญ่พี่น้องมักจะพยายามควบคุมอารมณ์ของตนเอง แต่ก็ยังคงมีบางส่วนที่ไม่สามารถควบคุมได้และนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Moyson T, Roeyers H³⁵ ที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกรู้สึกยากลำบากที่จะต้องอดทนต่อพฤติกรรมของเด็กออทิสติก ซึ่งพวกเขาพยายามจะควบคุมตนเองและปรับตัว แต่พวกเขาก็ยังจำเป็นต้องใช้เวลาและการช่วยเหลือจากสังคม รวมถึงพี่น้องอาจพยายามจัดการอารมณ์โดยการต่อสู้กับความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นเพียงลำพัง และพยายามจะประพடுத்தมันให้ดีขึ้นเพื่อลดภาระของผู้ดูแล หรือบางคนอาจทำพฤติกรรมที่แย่ลงเพื่อเรียกร้องความสนใจ¹¹

ผลจากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านสัมพันธภาพทางสังคมของพี่น้องเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม โดยพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูง (92.5%) อีกทั้ง

ผลจากการสัมภาษณ์พบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกได้รับการสนับสนุนจากสังคมจากผู้เลี้ยงดูหลักและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านอารมณ์และสังคม ซึ่งช่วยประคับประคองให้พี่น้องเด็กออทิสติกสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับเด็กออทิสติกได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศที่พบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกเด็กดาวนซินโดรม และพี่น้องเด็กพัฒนาการปกติ ต่างก็ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจากพ่อแม่ ครู เพื่อนร่วมห้อง และเพื่อนสนิท¹⁷ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบว่า พี่น้องยังคงต้องการการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่อง โดยผลการศึกษาการปรับตัวทางจิตวิทยาในพี่น้องเด็กออทิสติกพบว่า พี่น้องเด็กออทิสติกที่ผู้ปกครองสนับสนุนให้เข้าร่วม Group Support มีการปรับตัวทางจิตวิทยาดีกว่าพี่น้องที่ไม่ได้เข้าร่วม¹⁷

จุดแข็งและข้อจำกัด

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่ 1) การศึกษาค้นครั้งนี้มีรูปแบบเป็น cross-sectional study จึงไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ในลักษณะความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (causal relationship) ได้ 2) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ส่วนใหญ่มีเศรษฐกิจปานกลางและอยู่ในระบบการดูแลสุขภาพ ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจึงอาจและไม่สามารถเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมดได้ 3) การเก็บข้อมูลโดยผู้เลี้ยงดูหลักและพี่น้องเด็กออทิสติกตอบด้วยตนเองอาจมีอคติในการรายงานข้อมูล จึงมีปัญหาดังกล่าวในพี่น้องค่อนข้างน้อยเนื่องจากการเปรียบเทียบกับเด็กออทิสติก 4) แบบประเมินสุขภาวะทางจิต มีการแปลผลในรูปแบบอิงคะแนนกลุ่ม จึงอธิบายได้เฉพาะกลุ่มตัวอย่างเท่านั้น ไม่สามารถอ้างอิงถึงกลุ่มประชากรทั้งหมดได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำงานวิจัยครั้งต่อไปมีดังต่อไปนี้ 1) การเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมปัจจัยอื่นมากขึ้น เช่น ระยะเวลาในการรับการรักษา ความห่างของอายุพี่น้องและเด็กออทิสติก 2) พิจารณาใช้แบบประเมินสุขภาวะทางจิตที่มีความจำเพาะกับกลุ่มเด็กและวัยรุ่น และมีการทดลองใช้ในประชากรกลุ่มใหญ่แล้ว เพื่อที่จะสามารถเปรียบเทียบงานวิจัยกับกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้นได้

พี่น้องเด็กออทิสติกควรได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ สังคม ข่าวสาร และทรัพยากรอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับช่วงวัย นำไปสู่การมีพฤติกรรมทางสังคมที่ดีและเกิดความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเด็กออทิสติกที่จะช่วยบรรเทา

ความรู้สึกเชิงลบต่างๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการวางแผนในการช่วยเหลือพี่น้องของเด็กออทิสติกและครอบครัวอย่างครอบคลุม

สรุป

ผลการศึกษาสุขภาพจิตทางจิตพี่น้องเด็กออทิสติกที่ประเมินด้วยแบบประเมิน MHI โดยเปรียบเทียบในกลุ่มพี่น้องเด็กออทิสติกด้วยกัน พบว่าส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับปกติ โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่มีความรู้สึกทั้งในเชิงลบและเชิงบวกควบคู่กันไป และจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าภาวะซึมเศร้าในผู้เลี้ยงดูหลักและพฤติกรรมรุนแรงในเด็กออทิสติกมีความสัมพันธ์กับปัญหาพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติก รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของพี่น้องเด็กออทิสติกในด้านการสร้างสัมพันธ์ทางสังคม โดยพี่น้องเด็กออทิสติกส่วนใหญ่กล่าวว่า ตนเองได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลความรู้ และทรัพยากรจากผู้เลี้ยงดูเป็นหลัก แต่พี่น้องเด็กออทิสติกบางส่วนก็ยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าที่ตนได้รับตามปกติ

แม้ว่าจะไม่พบปัญหาพฤติกรรมหรือปัญหาสุขภาพจิตในพี่น้องเด็กออทิสติก แต่การเผชิญกับความเครียดทางลบอยู่เสมอยังคงเป็นเรื่องที่ควรระมัดระวัง และควรให้การสนับสนุนทางสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงการนำไปสู่ปัญหาทางด้านอารมณ์หรือพฤติกรรมในอนาคต รวมถึงเป็นอีกตัวช่วยหนึ่งในการส่งเสริมการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมให้กับพี่น้องเด็กออทิสติก นอกจากนี้ การดูแลและให้ความช่วยเหลือเด็กออทิสติกและครอบครัวทั้งในทางตรงและทางอ้อม เช่น การเข้ารับการรักษา การเพิ่มศักยภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูบุตรและช่วยเหลือเด็กออทิสติก การให้คำปรึกษาแก่ผู้เลี้ยงดูหลักเพื่อให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการที่ดีขึ้น ผู้เลี้ยงดูหลักก็มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อาจเป็นอีกหนทางหนึ่งที่จะช่วยเหลือครอบครัวของเด็กออทิสติกได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผศ.ศศิธร สังข์อู่, รศ.นพ.พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และ รศ.ดร.อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย และคุณวันเพ็ญ โพธิยอด ที่อนุญาตให้นำเครื่องมือมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ พญ.ปรารภนา ชีวีวัฒน์, อ.นพ.สมบุญ หทัยอยู่สุข

และ น.ส.ประพา หมายสุข ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, หัวหน้าแผนกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และหัวหน้าภาควิชาวิทยาศาสตร์สื่อความหมายและความผิดปกติของการสื่อความหมาย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ และสมาคมศิษย์เก่ามหาวิทยาลัยมหิดล สำหรับทุนสนับสนุนในการวิจัยครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

ผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ขัดกันในการศึกษาครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ณัฐธิดา วงศ์หาญชัย: การออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ; แก้วตา นพมณีจรัสเลิศ: การออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; คมสันต์ เกียรติรุ่งฤทธิ์: ให้คำปรึกษาระหว่างเก็บข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบแก้ไขบทความ; ปรียกมล รัชกุล, อาภา ภักดิบุญญะ: ให้คำปรึกษาภาพรวมของงานวิจัยและ และการเขียนวิทยานิพนธ์

เอกสารอ้างอิง

1. Vitharon B. Autistic spectrum disorder. In: Sidthiraksa N, Wannasewok K, Wannarit K, Pukrittakayamee P, Apinuntavech S, Katumarn P, editors. Siriraj psychiatry: DSM-5. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; 2015. p. 543-55.
2. Phutthisiri S. Autistic spectrum disorder. In: Lotrakul M, Sukhanit P, editors. Psychiatry Ramathibodi. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; 2015. p. 553-60.
3. Department of Mental Health. Accelerate research on "genes" as the cause of autism, with an estimated 300,000 Thai children expected to be affected [Internet]. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2017 [cited 2018 May 10]. Available from: <https://www.dmh.go.th/newsdmh/view.asp?id=2670574>.
4. Bradburn NM. The structure of psychological well-being [Internet]. Chicago: Aldine; 1969 [cited 2018 May 10]. Available from: https://www.norc.umd.edu/publications/BradburnN_Struct_Psych_Well_Being.pdf.

5. Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. The quality of Americans life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. New York: Russell Sage Foundation; 1976.
6. Lawton MP. Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist* 1983;23: 349-57.
7. Benderix Y, Sivberg B. Siblings' experiences of having a brother or sister with autism and mental retardation: A case study of 14 siblings from five families. *J Pediatr Nurs* 2007;22: 410-8.
8. Shannon T. Supporting siblings of a child with autism [Internet]. Vernon Hills, IL: North Shore Pediatric Therapy; 2015 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://nspt4kids.com/parenting/supporting-siblings-of-a-child-with-autism>.
9. Watthanaree A. Adaptive behaviors in older siblings of children with autistic spectrum disorders [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2009.
10. Autism Spectrum Australia. Siblings of children with autism spectrum disorder [Internet]. Australia: Aspect; 2013 [cited 2017 Oct 6]. Available from: <https://www.aspect.org.au/sites/default/files/Aspect%20Practice%20Siblings%20of%20children%20with%20ASD.pdf>.
11. Autism West Midlands. Sibling issues and autism [Internet]. Kings Norton, United Kingdom: Autism West Midlands; 2017 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <https://autismwestmidlands.org.uk/asset/2017/11/Siblings-and-autism.pdf>.
12. Mandleco B, Webb AEM. Sibling perceptions of living with a young person with Down syndrome or autism spectrum disorder: An integrated review. *J Spec Pediatr Nurs* 2015;20: 138-56.
13. Orsmond GI, Seltzer MM. Adolescent siblings of individuals with an autism spectrum disorder: Testing a diathesis-stress model of sibling well-being. *J Autism Dev Disord* 2009;39: 1053-65.
14. Lovell B, Wetherell MA. The psychophysiological impact of childhood autism spectrum disorder on siblings. *Res Dev Disabil* 2016;49: 226-34.
15. Verté S, Roeyers H, Buysse A. Behavioural problems, social competence and self-concept in siblings of children with autism. *Child Care Health Dev* 2003;29: 193-205.
16. Jokiranta-Olkonemi E, Cheslack-Postava K, Sucksdorff D, Suominen A, Gyllenberg D, Chudal R, et al. Risk of psychiatric and neurodevelopmental disorders among siblings of probands with autism spectrum disorders. *JAMA Psychiatry* 2016;73: 622-9.
17. Kaminsky L, Dewey D. Psychosocial adjustment in siblings of children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43: 225-32.
18. Pilowsky T, Yirmiya N, Doppelt O, Gross-Tsur V, Shalev RS. Social and emotional adjustment of siblings of children with autism. *J Child Psychol Psychiatry* 2004;45: 855-65.
19. Schubert DT. Sibling needs [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 6]. Available from: https://www.autism.com/advocacy_siblings.
20. Charnsil C. Autism spectrum disorder. Chiang Mai: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chiang Mai University; 2018.
21. Shivers CM, Deisenroth LK, Taylor JL. Patterns and predictors of anxiety among siblings of children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord* 2013;43: 1336-46.
22. Wacharasin C. Nursing intervention for families experiencing chronic illness. Chonburi: Chonburi Printing; 2018.
23. Petchrourng N. Nursing intervention for families with illness members. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2017.
24. Tsai, H-W. Psychosocial adjustment of siblings of children with autism spectrum disorder (ASD) in Taiwan and the United Kingdom: Influence of BAP-characteristics, coping styles, social support and demographic factors [dissertation]. United Kingdom: University of Edinburgh; 2016.
25. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8: 1-7.
26. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166: 1092-7.
27. Sung-U S, Pongsaksri M, Sasat D, Vittayakorn S, Satiansukpong N. The effect of Thai elephant-assisted therapy program on social and maladaptive behaviors for children and adolescents with autistic spectrum disorder. *Bull Chiang Mai Assoc Med Sci* 2014;47: 162-76.
28. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Child behavior: The Strengths and Difficulties Questionnaire: SDQ [Internet]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2011 [cited 2017 Oct 17]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909367>.
29. Faculty of Medicine, Chulalongkorn University. Social Support Questionnaire (Thai version) [Internet]. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2011 [cited 2018 Mar 28]. Available from: <http://www.cumentalhealth.com/index.php?lay=show&ac=article&Id=539909345>.
30. Khueanman I. Mental health and dependent-care agency among mother of autistic children [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
31. Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol* 1983;51(5): 730-42.
32. Ijaz S, Khalily MT, Ahmad I. Mindfulness in salah prayer and its association with mental health. *J Relig Health* 2017;56: 2297-307.
33. Hastings RP. Longitudinal relationships between sibling behavioral adjustment and behavior problems of children with developmental disabilities. *J Autism Dev Disord* 2007;37: 1485-92.
34. Trangkasombat U. Family therapy and family counseling. 5th ed. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; 2001.
35. Moyson T, Roeyers H. The quality of life of siblings of children with autism spectrum disorder. *Except Child* 2011;78: 41-55.

ความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับประสิทธิภาพของการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าในโรคซึมเศร้าและโรคไบโพลาร์วัยผู้ใหญ่

นนทภัทร พิทักษ์กิจกรณกร*, พิชัย อภิรัฐสกุล*, อัมพร ปิติธรรมภรณ์*, ธิดารัตน์ แยมณี*, นุจรี สมบัติเจริญนนท์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับการตอบสนองต่อการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลรามาธิบดี

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาและวิเคราะห์แบบย้อนหลังในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าที่โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้ Chi-square test, Fisher's Exact test, independent t-test และ binary logistic regression

ผลการศึกษา ผู้ป่วยเข้าร่วมวิจัย 38 คน ได้รับการวินิจฉัย major depressive disorder, persistent depressive disorder และ bipolar depression อายุเฉลี่ย 45.0 ± 17.4 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 71.1) เป็นเพศหญิง โดยพบว่าประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กที่พบมากที่สุดสามอันดับแรก คือ การละเลยทอดทิ้งทางใจ (ร้อยละ 31.6) การเจ็บป่วยทางจิตเวชในครอบครัว (ร้อยละ 31.6) และการละเลยทอดทิ้งทางกาย (ร้อยละ 26.3) พบว่าผู้ป่วย 20 คน (ร้อยละ 52.6) ตอบสนองต่อการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าหลังทำการรักษาไปได้ 6 ครั้ง จากการวิเคราะห์ด้วย binary logistic regression ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับการตอบสนองต่อการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า (OR = 0.42, 95% CI = 0.05-3.21, p = 0.40) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตอบสนอง คือ ผู้ป่วยอายุน้อย (OR = 0.91, B = -0.09, 95% CI = 0.84-0.96, p = 0.02) และความแรงของการกระตุ้นไฟฟ้า (Odds ratio = 1.01, B = 0.01, 95% CI = 1.00-1.03, p = 0.05)

สรุป การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กกับการตอบสนองต่อการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ดังนั้นการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้ายังคงเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็กหรือไม่ก็ตาม อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นในการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก เพื่อพิจารณาเลือกการรักษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ ประสบการณ์อันไม่พึงประสงค์ในวัยเด็ก โรคซึมเศร้า การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า

Corresponding author: อัมพร ปิติธรรมภรณ์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: umporn.pii@mahidol.edu

วันรับ : 20 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 15 มีนาคม 2567 วันตอบรับ : 25 มีนาคม 2567

Association Between Adverse Childhood Experiences and Efficacy of ECT in Adults with Unipolar and Bipolar Depression

Nontapat Pitukkitronnagorn*, Pichai Ittasakul*, Umporn Pitidhammabhorn*, Thidarat Yamnim*, Nujaree Sombatcharoennon*

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

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the association between adverse childhood experiences (ACEs) and response to electroconvulsive therapy (ECT) in adult patients with unipolar and bipolar depression at Ramathibodi Hospital.

Methods: A retrospective-observational study was conducted on patients with unipolar and bipolar depression (≥ 18 years) who received inpatient ECT at Ramathibodi Hospital, Thailand, from January 2015 to June 2023. ACEs were assessed using the Adverse Childhood Experiences (ACE) Questionnaire - Thai version. The data were analyzed using Chi-square test, Fisher's Exact test, independent t-test, and binary logistic regression.

Results: The study involved 38 patients diagnosed with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or bipolar depression, with a mean age of 45.0 ± 17.4 years. Most of the patients were female (71.1%). This study found that the most prevalent ACE categories were emotional neglect (31.6 %), household mental illness (31.6 %), and physical neglect (26.3 %). After 6 sessions of ECT, 20 patients (52.6%) achieved response. Binary logistic regression showed that no significant association was found between ACE and ECT response (OR = 0.42, 95% CI = 0.05 - 3.21, $p = 0.40$). However, younger age (Odds ratio = 0.91, B = -0.09, 95%CI = 0.84 - 0.96, $p = 0.02$). and higher stimulus intensity (Odds ratio = 1.01, B = 0.01, 95%CI = 1.00 - 1.03, $p = 0.05$) were significant predictors of ECT response.

Conclusion: This study did not find a correlation between ACE and the response to ECT in patients with major depressive disorder. Therefore, ECT may be an effective treatment option for patients with depression, regardless of their history of childhood trauma. However, further research is necessary to understand how adverse childhood experiences affect treatment decisions.

Keywords: adverse childhood experiences, depressive disorder, electroconvulsive therapy

INTRODUCTION

Mental disorders are the leading cause of disability globally, with depression being the largest contributor to the global burden of these disorders.¹ Its debilitating effects can significantly impair an individual's quality of life.² Despite the availability of various treatments, such as antidepressant medications and psychotherapy, many patients do not achieve adequate response or remission.³ Electroconvulsive therapy (ECT) is an effective acute treatment for patients with severe and treatment-resistant depression.⁴ It involves delivering brief electrical pulses to the brain under general anesthesia, which induces seizures. However, the mechanisms of ECT are not fully understood. According to some previous imaging studies, treatment response is linked to sequential changes in functional connectivity within the intralimbic and limbic–prefrontal networks, and ECT induces volume increases in fronto-limbic areas.^{5,6} A recent survey has indicated that ECT is frequently employed in Thailand.⁷

However, not all patients respond equally to ECT, and some may experience adverse effects such as memory loss or confusion.^{8,9} Therefore, it is important to identify the factors that influence the response to ECT and optimize its effectiveness and safety. Predictors that could affect the outcome of ECT for people living with depression remain a subject of ongoing research. These predictors include age, sex, psychotic depression, duration of episode, polarity of mood disorder, and melancholic features.¹⁰⁻¹⁵ Treatment-resistant depression (TRD) is also a factor that lowers the response to ECT.¹⁶⁻¹⁸

Childhood trauma is one of the most influential factors leading to the subsequent development of Major Depressive Disorder (MDD).^{19,20} Moreover, childhood trauma may also influence the course, severity, and treatment outcomes of depression.^{21,22} The International Study to Predict Optimized Treatment for Depression (iSPOT-D) examined how childhood trauma affects depression treatment with three different antidepressants.²³ 1,008 patients were randomly assigned to take escitalopram, sertraline, or venlafaxine for 8 weeks, with doses adjusted by their doctors. The iSPOT-D trial reported

that, although the overall trauma was not a significant predictor of response or remission, abuse occurring at ≤ 7 years of age predicted poorer outcomes after 8 weeks of antidepressant treatment in adults. Moreover, meta-analysis of studies conducted before 2010 showed a generally poorer effect of monotherapy, combination therapy, and psychotherapy in adults with MDD and a history of childhood maltreatment.²⁴

One study by Finnegan et al examined the effect of childhood trauma and personality disorder on the response to brief-pulse electroconvulsive therapy in patients with depression. The study found that patients with a history of childhood trauma had a lower response rate to ECT (38.5%) than those who did not report any childhood trauma (83.3%). However, there is limited research in Thailand that examined how exposure to childhood trauma would influence the benefit of ECT treatment. The aim of this study was to investigate the potential association between adverse childhood experiences (ACEs), as measured by the ACE-Thai questionnaire, and efficacy of ECT in patients with depressive disorders. We hypothesize that patients with a history of ACEs will exhibit lower response and remission rates compared to those without ACEs. Understanding the relationship between ACEs and ECT response holds significant clinical implications. If ACEs are found to negatively impact ECT efficacy, clinicians can consider this information when making treatment decisions for patients with depression. Additionally, identifying the specific ACEs that are most strongly associated with poorer ECT response could inform the development of targeted interventions to improve ECT outcomes in patients with a history of trauma.

METHODS

Study design and participants

The study protocol was approved by the Ethics Committee on Human Experimentation of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand (COA. No.: MURA2022/384). Participants provided written informed consent if they were

physically present at the outpatient department or verbal consent if they were enrolled via telephone.

The study was a retrospective, observational study of adult patients (≥ 18 years old) who received inpatient ECT at Ramathibodi Hospital from January 2015 to June 2023. Participants were diagnosed with major depressive disorder, persistent depressive disorder, or bipolar depression, with or without psychotic features. Psychiatric diagnoses were performed by psychiatrists based on the DSM-IV-TR criteria.²⁶ Exclusion criteria included a history of seizure disorder, epilepsy, organic mood disorder, schizophrenia, schizoaffective disorder, or any other psychotic disorder; individuals who did not complete the recommended six sessions of ECT; and known medical conditions or sensory impairments that could interfere with assessments.

The sample size was calculated by n4StudyS applications, using this formula.:

$$n_1 = \left[\frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{p}\bar{q} \left(1 + \frac{1}{r}\right)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1 q_1 + \frac{p_2 q_2}{r}}}{\Delta} \right]^2$$

Response rates to ECT for patients with and without childhood traumas from the previous study were used for sample size calculation.²⁷ The estimated sample size for each group is 18.

Procedure

Data Collection

Chart reviews were conducted for all participants to collect demographic data, clinical characteristics, physical and mental illness, and ECT data (e.g., indications, stimulus dose, and electrode placement method). The Adverse Childhood Experiences (ACE) questionnaire-Thai version was administered to assess exposure to childhood trauma and adversity.²⁸ For participants who presented at the clinic in person, the questionnaire was provided in paper format. Participants who were enrolled via telephone provided their responses to the same questionnaire verbally during the telephone interview by a psychiatric resident. Montgomery Asberg

Depression Rating Scale (MADRS) for depression was used to assess the severity of symptoms at baseline (24 hours before ECT), after every 3 sessions of ECT treatment, and after the last ECT session. The MADRS is a 10-item rating scale used to assess the severity of depressive symptoms.²⁹ Each item is scored from 0 to 6, with higher scores indicating worse symptoms. Assessments were performed by staffs and psychiatric residents who had received appropriate training. Assessments of inter-rater reliability were performed using the intraclass correlation coefficient (ICC). The ICC was 0.9.

Questionnaire: Adverse childhood experiences questionnaire-Thai version

The ACE-Thai questionnaire is a 28-item, self-reported measure that assesses exposure to specific traumatic events that occurred before the age of 18. The questionnaire covers 10 domains of adversities, including physical abuse, emotional abuse, sexual abuse, physical neglect, emotional neglect, domestic violence, household substance abuse, household mental illness, parental separation or divorce, and incarcerated household member.²⁸ Each item is endorsed on a dichotomous (present or absent) scale and summed to compute a total ACE score. The total ACE score 0 means no exposure to childhood trauma, and total ACE ≥ 1 means patient exposed to at least one type of ACEs.

ECT treatment

Before commencing ECT treatment, a thorough assessment of all patients was conducted by psychiatrists and anesthesiologists. The administration of benzodiazepines was typically ceased at least 15 hours prior to the scheduled treatment sessions. The ECT procedures took place in the post-anesthetic care unit (PACU) and involved a collaborative effort from a team comprising psychiatric staff, psychiatric residents, anesthesia staff, psychiatric nurses, and anesthesia nurses. Anesthesia was induced using either thiopental (2-5 mg/kg IV) or propofol (1-2 mg/kg IV), along with the muscle relaxant succinylcholine (0.5-1 mg/kg IV). ECT was then performed using a modified technique involving

a brief pulse wave generated by a Mecta Spectrum 5000Q (Mecta Corp, USA) or Thymatron® System IV. ECT was performed three times per week. The placement of the electrodes was determined by the psychiatrists who prescribed ECT. At the first ECT session, the initial seizure threshold (IST) is the lowest dose of electrical stimulation that causes a generalized motor seizure and at least 25 seconds of EEG seizure, which is considered adequate seizure. If the EEG seizure following ECT stimulation lasts less than 25 seconds, restimulation at a higher dose may be attempted after 45 seconds. The titration schedules were shown in Table 1 and Table 2 of supplementary file. Stimulus intensity was then adjusted according to the selected electrode placement. For right unilateral (RUL) electrode placement, the stimulus was increased to 500% above the ST, whereas for bilateral (BL) electrode placement, the stimulus was set at 50% above the ST.³⁰ Treatment usually ended when patients achieved clinical remission or there was no further improvement in symptoms, as measured by MADRS scale, after 2 consecutive ECT sessions. Treatment is also discontinued if patients experience severe adverse effects such as postictal delirium, aspiration pneumonia, life-threatening arrhythmias, or myocardial infarction. In case of milder adverse effects, such as ECT-related cognitive deficit, nausea, vomiting, or headache, supportive treatment is considered.

Outcomes

The primary outcome was the rate of response ($\geq 50\%$ decrease in MADRS scores from baseline) after the 6 sessions of ECT, which was used as an indicator of ECT efficacy.³¹

Statistical analysis

SPSS version 21.0 for Windows was used to conduct all statistical analyses (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Prior to each analysis, relevant statistical assumptions were verified, and a two-sided P-value ≤ 0.05 was considered significant. Categorical parameters were compared using Chi-squared and Fisher's Exact tests, as

indicated. Continuous variables were compared using independent t-tests. Descriptive statistics were used to summarize the characteristics of the participants and the treatment outcomes. Continuous variables were presented as means and standard deviations (SD), while categorical variables were presented as percentages. The total ACEs scores and the specific domains of ACEs were also analyzed as continuous and categorical variables, respectively. Binary logistic regression analysis was conducted to evaluate the relative importance of various factors in predicting the ECT outcomes.

RESULTS

Demographic Characteristics

The study included a total of 38 adult depressed patients who underwent inpatient ECT. For exposure to ACE, 11 (28.9%) had no exposure, and 27 (71.1%) had exposure to at least one type of ACE. The demographic characteristics of all participants and comparison between responder group and non-responder group were shown in Table 1. The MADRS score of the patients was 30.4 (SD = 8.8), indicating severe depression. There were no statistical differences between responder and non-responder group, regarding baseline characteristics, clinical variables, and treatment variables. However, age, average electrical charge, electrode placement, and antipsychotic use had a tendency towards statistical significance. We then used these variables in a binary logistic regression analysis.

Adverse childhood experiences exposure versus response rate

The most commonly reported ACE categories were emotional neglect (N = 12, 31.6%), household mental illness (N = 12, 31.6%), and physical neglect (N = 10, 26.3%) (Table 2). When comparing responders and non-responders to ECT, there were no significant differences in overall ACE exposure (Table 1) or specific ACE categories. Binary logistic regression analysis also showed no significant difference in ACE exposure between responder and non-responder groups (Table 3).

TABLE 1 demographics and baseline clinical characteristics

Characteristic	N (%) or Mean $\pm$ SD	N (%) or Mean $\pm$ SD	N (%) or Mean $\pm$ SD	Group difference		
	All patient (N=38)	Responders (N=20)	Non-responders (N=18)	Chi-square	T	p-value
Mean age	45.0 $\pm$ 17.4	40.35 $\pm$ 14.3	50.06 $\pm$ 19.5		-1.764	0.086
Sex						
Male	11 (28.9)			0.752		0.485
Female	27 (71.1)	13 (65.0)	14 (77.8)			
Education						
Bachelor's degree or higher	29 (76.3)	15 (75.0)	14 (77.8)	0.40		1.000
Marital status						
Single	24 (63.2)	12 (60.0)	12 (66.7)	3.237		0.338
Married & live together	12 (31.6)	8 (40.0)	4 (22.2)			
Married & live separately	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (5.6)			
Divorced or widow	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (5.6)			
Chronic medical diseases (diabetes mellitus, Hypertension, Dyslipidemia)	22 (57.9)	11 (55.0)	11 (61.1)	0.145		0.752
Diagnosis						
Unipolar depression	35 (92.1)	17 (85.0)	18 (100.0)	2.931		0.232
Bipolar depression	3 (7.9)	3 (15.0)	0 (0.0)			
Psychotic symptoms	13 (34.2)	6 (30.0)	7 (38.9)	0.333		0.734
History of previous ECT	10 (26.3)	4 (20.0)	6 (33.3)	0.869		0.468
Electrode placement						
Right unilateral	35 (92.1)	20 (100.0)	15 (83.3)	3.619		0.097
Bilateral	3 (7.9)	0 (0.0)	3 (16.7)			
Average charge (mC)	219.6 $\pm$ 102.1	248.7 $\pm$ 123.0	187.2 $\pm$ 60.5		1.984	0.057
Concurrent medications						
Antidepressants	6 (15.8)	3 (15.0)	3 (16.7)	0.020		1.000
Antipsychotics	27 (71.1)	17 (85.0)	10 (55.6)	3.993		0.074
Lamotrigine	1 (2.6)	1 (5.0)	0 (0.0)	0.924		1.000
Benzodiazepines	3 (7.9)	1 (5.0)	2 (11.1)	0.487		0.595
Baseline MADRS score	30.4 $\pm$ 8.8	29.70 $\pm$ 7.1	31.11 $\pm$ 10.6		-0.487	0.629
Total ACEs score	1.74 $\pm$ 1.7	1.65 $\pm$ 1.8	1.83 $\pm$ 1.7		-0.324	0.784

Abbreviations: N, number, SD, standard deviation; ECT, electroconvulsive therapy; mC, millicoulombs, MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; ACE, Adverse childhood experiences

Factors associated with response to ECT.

Out of 38 patients, 20 (52.6%) responded after 6 sessions of ECT while 18 (47.4%) had no response to 6 sessions of ECT (Table 1). 4 patients discontinued ECT before 6 sessions, so they were excluded from this study.

Among the variables examined, binary logistic regression analysis revealed that the average charge used during ECT sessions showed a significant association with ECT response (Odds ratio = 1.01, B = 0.01, 95%CI [1.00, 1.03], p = 0.05). In other words, for every 1 milliCoulomb

(mC) increase in the electrical charge delivered during ECT, the odds of a response increase by 1%. This suggests that the stimulus intensity, represented by the average charge, influences the likelihood of a positive response to ECT. Furthermore, younger age at the time of ECT was associated with a higher likelihood of a positive response (Odds ratio = 0.91, B = -0.09, 95%CI [0.84, 0.96], $p = 0.020$). Specifically, for each one-year increase

in age, the likelihood of a response to ECT decreases by 9%. However, there is no association between response rate and ACE exposure (Table 3).

DISCUSSION

Our study examined an association between adverse childhood experiences and response to ECT. This study included 38 participants who were diagnosed

TABLE 2 Prevalence of adverse childhood experience in patients with depressive disorders

Adverse childhood experiences	N (%); Total (N=38)	N (%) Responders (N=20)	N (%) Non-responders (N=18)	X ²	P-value
Exposure to at least 1 type of ACE	27 (71.1)	13 (65.0)	14 (77.8)	0.752	0.485
Patients without exposure to ACE	11 (28.9)	7 (35.0)	4 (22.2)		
ACE exposure by category					
Physical abuse	3 (7.9)	1 (5.0)	2 (11.1)	0.487	0.595
Emotional abuse	6 (15.8)	4 (20.0)	2 (11.1)	0.563	0.663
Sexual abuse	3 (7.9)	2 (10.0)	1 (5.6)	0.257	1.000
Emotional neglect	12 (31.6)	6 (35.0)	5 (27.8)	0.229	0.734
Physical neglect	10 (26.3)	4 (20.0)	6 (33.3)	0.869	0.468
domestic violence	5 (13.2)	2 (10.0)	3 (16.7)	0.368	0.653
household substance abuse	6 (15.8)	2 (10.0)	4 (22.2)	1.064	0.395
household mental illness	12 (31.6)	5 (25.0)	7 (38.9)	0.846	0.489
parental separation or divorce	5 (13.2)	3 (15.0)	2 (11.1)	0.125	1.000
incarcerated household member	4 (10.5)	3 (15.0)	1 (5.6)	0.897	0.606

Abbreviations: N, number; ACE, Adverse childhood experiences

TABLE 3 Logistic regression analysis for response to ECT

Variables	Comparison between responder and non-responder	
	Adjusted odds ratio (95% CI)	P-value
Age on ECT (year)	0.91 (0.84 - 0.96)	0.02*
Average charge (mC)	1.01 (1.00 - 1.03)	0.05*
Antipsychotics use	5.18 (0.72 - 37.14)	0.10
Bilateral electrode placement	0.00 (-)	1.00
Exposure to ACE	0.42 (0.05 - 3.21)	0.40

Abbreviations: CI, confidence interval; ECT, electroconvulsive therapy; mC, millicoulombs, * $p < .05$; ACE, Adverse childhood experiences

with either major depressive disorder, persistent depressive disorder, or bipolar depression. This study found no significant association between the ACE score or the specific types of ACEs and the response outcome after ECT, which is contrary to the previous study by Finnegan et al. which reported that patients who were exposed to childhood trauma were associated with poorer response to ECT than those who had no exposure to childhood trauma.²⁵ This may be explained by, in our study, we measured outcome after 6 sessions of ECT treatment, whereas some patients may require more sessions to respond. The optimal timing of outcome measurement is unclear. A study by Nygren et al. reported that most patients with TRD or non-TRD received six to ten sessions of ECT to achieve response.¹⁶ Therefore, the timing of outcome measurement in our study may not have been enough for some patients to achieve the benefit of ECT.

This study also examined other factors associated with ECT response. Contrary to previous literature suggesting that older age is associated with better ECT response, our study identified younger age as a predictor for a positive response to ECT. This study supported a study by Liang et al. that reported that older age groups responded less to ECT treatment.³² However, existing studies examining the association between age and response to ECT yielded mixed results. Some studies suggested that older age might hold an advantage in response to ECT,^{10,16} while others have found no association.³³ One possible explanation for this discrepancy is that there are methodological differences in outcome assessment and definitions of response across various studies. For example, O' Connor et al. used bitemporal electrode placement in all patients and measured the outcome as the change from baseline in total Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) score at the end of treatment. They found that older age was associated with better response to ECT.¹⁰ A randomized trial by Loo et al. used MADRS scale to evaluate response, defined by a $\geq 50\%$ reduction from baseline MADRS scores or if criterion for remission was met, after the first week of ECT. They found no association between age and response to one

week of ECT treatment in patients with major depressive disorder.³³ However, one-week period of outcome measurement may not be long enough to conclude the association between age and ECT treatment. Another possible explanation for the inconsistent findings is that the age-response relationship may be confounded by other factors, such as duration of depressive episode.¹⁸

Regarding stimulus intensity, measured in terms of mean charge delivered, we found that higher stimulus intensity was associated with better ECT response. However, this finding should be interpreted cautiously, as the analysis used mean charge per treatment, and the dose-response relationship in ECT is complex. A previous study demonstrated that high electrical dosage is associated with a more rapid response.³⁴ Anyway, in the same study, the author also mentioned that the efficacy of ECT is more influenced by exceeding the patient's seizure threshold than by the absolute electrical dose administered.

This study has some limitations to consider when interpreting the findings. First, the sample size of this study was relatively small, which may have reduced the statistical power to detect any meaningful differences between groups. However, we tried to calculate the sample size needed in this study and obtained the minimum number of participants required for each group. Second, the study was a retrospective, observational study that relied on chart reviews and self-reported measures, which may introduce recall biases and errors in the data collection and analysis. Bias may also have occurred in patients' reports of childhood adversity, where they may have underreported certain ACEs for fear of negative consequences, weakening the observed associations. Third, regarding the assessment of ACE, the measure of ACE exposure that we used, the Adverse Childhood Experiences Questionnaire Thai version, may not have captured the full range and severity of ACEs that the participants experienced. Moreover, although this questionnaire assesses the frequency of ACEs, it does not assess the duration, intensity, or timing of the ACEs, which may affect the impact of the ACEs on the brain and

the development of depression. It is important to acknowledge that the questionnaire's validity for telephone administration has not been established. This raises concerns about potential biases or inaccuracies in the collected data. Fourth, for patients who had been treated at psychiatric departments at Ramathibodi Hospital before 2015, some of the data may not have been available in the electronic medical records, which may limit the accuracy and completeness of the information. Additionally, some of the factors that may influence treatment response to ECT were not recorded, such as the duration of depressive episodes, the presence of melancholic features, psychiatric comorbidities, number of failed medications, and the duration of pharmacologic treatment. Therefore, we could not control these factors in the analysis. The presence of psychiatric comorbidities and the degree of treatment resistance can confound the effectiveness of ECT. This is because these factors may independently reduce a patient's response to the treatment. This study did not gather information on anesthetic agents that could impact the seizure threshold during ECT treatment. Consequently, this data was not adjusted in the analysis. Fifth, during titration of dosage of ECT, we adjusted ECT parameter according to dose titration schedule. This study did not determine a new seizure threshold for each patient after adjusting pulse width during dose titration. Since changes in pulse width can influence seizure threshold, this may have confounded the observed association between higher stimulus dose and response to ECT.³⁵ Lastly, this study only examined the immediate outcomes of ECT and did not assess the long-term prognosis or remission rates of the patients. Many patients still had some depressive symptoms after meeting the response criteria. These limitations require careful interpretation and suggest future research directions to overcome these challenges and improve knowledge in this complex area.

CONCLUSION

Our findings suggest that ACEs may not have a significant impact on the response to ECT in patients with

depressive disorders. This implies that ECT may be an effective treatment option for patients with depression, regardless of their history of childhood trauma. However, further research with larger, diverse samples, comprehensive ACE assessment, and long-term outcome evaluation is necessary to definitively confirm these results and optimize ECT usage for patients with various childhood trauma histories.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to the dedicated personnel at the Brain Stimulation Unit, Ramathibodi Hospital, for their invaluable support during the data collection.

Conflict of interest

The authors report no conflicts of interest.

Authors' contributions

Nontapat Pitukkitronnagorn: conceptualization, methodology, data collection, data analysis, writing - original draft, writing - review & editing; Pichai Ittasakul: conceptualization, methodology, data analysis, writing - review & editing, supervision, approval of final version; Umporn Pitidhamabhorn: conceptualization, methodology, data analysis, writing - review & editing; Thidararat Yamnim: conceptualization, methodology, data collection, writing - review & editing; Nujaree Sombatcharoennon: conceptualization, methodology, data collection, writing - review & editing.

REFERENCES

1. Collaborators GBDMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry* 2022; 9(2): 137-50.
2. Demyttenaere K. Quality of life in depression and anxiety: does it matter? *Int J Psychiatry Clin Pract* 2006; 10 Suppl 1(sup1): 27-30.
3. Sinyor M, Schaffer A, Levitt A. The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) trial: a review. *Can J Psychiatry* 2010; 55(3): 126-35.
4. Kellner CH, Greenberg RM, Murrough JW, Bryson EO, Briggs MC, Pasculli RM. ECT in treatment-resistant depression. *Am J Psychiatry* 2012; 169(12): 1238-44.

5. Cano M, Cardoner N, Urretavizcaya M, Martinez-Zalacain I, Goldberg X, Via E, et al. Modulation of limbic and prefrontal connectivity by electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: A preliminary study. *Brain Stimul* 2016; 9(1): 65-71.
6. Gbysl K, Videbech P. Electroconvulsive therapy increases brain volume in major depression: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2018; 138(3): 180-95.
7. Kittayarak K, Ittasakul P. Electroconvulsive Therapy Practice in Thailand: A nationwide survey. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2022; 18: 2477-84.
8. Semkovska M, McLoughlin DM. Objective cognitive performance associated with electroconvulsive therapy for depression: a systematic review and meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2010; 68(6): 568-77.
9. Li X, Cheng N, Deng Y, Du J, Zhang M, Guo Y, Hei Z. Incidence and risk factors for postictal delirium in patients after electroconvulsive therapy in China. *Asian J Psychiatr* 2020; 53: 102361.
10. O'Connor MK, Knapp R, Husain M, Rummans TA, Petrides G, Smith G, et al. The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a C.O.R.E. report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9(4): 382-90.
11. Petrides G, Fink M, Husain MM, Knapp RG, Rush AJ, Mueller M, et al. ECT remission rates in psychotic versus nonpsychotic depressed patients: a report from CORE. *J ECT* 2001; 17(4): 244-53.
12. Bloch Y, Ratzoni G, Sobol D, Mendlovic S, Gal G, Levkovitz Y. Gender differences in electroconvulsive therapy: a retrospective chart review. *J Affect Disord* 2005; 84(1): 99-102.
13. Agarkar S, Hurt S, Lisanby S, Young RC. ECT use in unipolar and bipolar depression. *J ECT* 2012; 28(3): e39-40.
14. Chen CC, Lin CH, Yang WC, Chen MC. Clinical factors related to acute electroconvulsive therapy outcome for patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2017; 32(3): 127-34.
15. Pinna M, Manchia M, Oppo R, Scano F, Pillai G, Loche AP, et al. Clinical and biological predictors of response to electroconvulsive therapy (ECT): a review. *Neurosci Lett* 2018; 669: 32-42.
16. Nygren A, Reutfors J, Brandt L, Boden R, Nordenskjold A, Tiger M. Response to electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: nationwide observational follow-up study. *BJPsych Open* 2023; 9(2): e35.
17. Heijnen WT, Birkenhager TK, Wierdsma AI, van den Broek WW. Antidepressant pharmacotherapy failure and response to subsequent electroconvulsive therapy: a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30(5): 616-9.
18. Dombrovski AY, Mulsant BH, Haskett RF, Prudic J, Begley AE, Sackeim HA. Predictors of remission after electroconvulsive therapy in unipolar major depression. *J Clin Psychiatry* 2005; 66(8):1043-9.
19. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord*. 2004; 82(2): 217-25.
20. Mandelli L, Petrelli C, Serretti A. The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *Eur Psychiatry* 2015; 30(6): 665-80.
21. Negele A, Kaufhold J, Kallenbach L, Leuzinger-Bohleber M. Childhood trauma and its relation to chronic depression in adulthood. *Depress Res Treat* 2015; 2015: 650804.
22. Fuller-Thomson E, Baird SL, Dhrodia R, Brennenstuhl S. The association between adverse childhood experiences (ACEs) and suicide attempts in a population-based study. *Child Care Health Dev* 2016; 42(5): 725-34.
23. Williams LM, Debattista C, Duchemin AM, Schatzberg AF, Nemeroff CB. Childhood trauma predicts antidepressant response in adults with major depression: data from the randomized international study to predict optimized treatment for depression. *Transl Psychiatry* 2016; 6(5): e799.
24. Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169(2): 141-51.
25. Finnegan M, Galligan T, McLoughlin DM. Response to electroconvulsive therapy for depression: investigating the effects of childhood trauma and personality disorder. *Brain Stimulation* 2019; 12(2): 557.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC; 2000.
27. Bernard R. Fundamentals of biostatistics. 5 ed. Duxbury: Thomson learning; 2000.
28. Lertsak R, Napakkawat B, Parichawan C, Wantipa W. Development of the adverse childhood experiences (ACE) questionnaire Thai version. *Chulalongkorn Med Bull* 2019; 1: 251-60.
29. Kongsakon R, Zartrungpak S, Rotjananirunkit A, Buranapichet U. The reliability and validity of montgomery asberg depression rating scale (MADRS) Thai version. *J Psychiatr Assoc Thai* 2003; 48: 211-9.
30. Ittasakul P, Likitnukul A, Pitidhrammahorn U, Waleeprakhon P, Goldman MB. Stimulus intensity determined by dose-titration versus age-based methods in electroconvulsive therapy in Thai patients. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2019; 15: 429-34.
31. Leucht S, Fennema H, Engel RR, Kaspers-Janssen M, Lepping P, Szegedi A. What does the MADRS mean? Equipercetile linking with the CGI using a company database of mirtazapine studies. *J Affect Disord* 2017; 210: 287-93.
32. Su L, Zhang Y, Jia Y, Sun J, Mellor D, Yuan TF, Xu Y. Predictors of electroconvulsive therapy outcome in major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2023; 26(1): 53-60.
33. Loo CK, Mahon M, Katalinic N, Lyndon B, Hadzi-Pavlovic D. Predictors of response to ultrabrief right unilateral electroconvulsive therapy. *J Affect Disord* 2011; 130(1-2): 192-7.
34. Sackeim HA, Prudic J, Devanand DP, Kiersky JE, Fitzsimons L, Moody BJ, et al. Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. *N Engl J Med* 1993; 328(12): 839-46.
35. Girish K, Gangadhar BN, Janakiramaiah N, Lalla RK. Seizure threshold in ECT: effect of stimulus pulse frequency. *J ECT* 2003; 19(3): 133-5.

Supplementary Data

TABLE 1 Dose Titration Schedule and Parameter Settings for Mecta Spectrum 5000Q

Step	Right Unilateral Electrode Placement					Bilateral Electrode Placement				
	Pulse-Width (ms)	Frequency (Hz)	Duration (Sec)	Current (mA)	Charge (mC)	Pulse width(ms)	Frequency (Hz)	Duration (Sec)	Current (mA)	Charge (mC)
1	0.5	50	0.5	800	20	1	40	0.75	800	48
2	0.5	40	1	800	32	1	40	1.25	800	80
3	0.5	40	1.5	800	48	1	40	2	800	128
4	0.5	40	1.5	800	77	1	60	2	800	192
5	1	40	2	800	128	1	60	3	800	288
6	1	60	2	800	192	1	60	4.5	800	432
7	1	60	3	800	288	1	60	6	800	576
8	1	60	4.5	800	432					
9	1	60	6	800	576					

TABLE 2 Dose Titration Schedule and Parameter Settings for Thymatron System IV

Step	Right Unilateral Electrode Placement				Bilateral Electrode Placement			
	Pulse-Width (ms)	Frequency (Hz)	Energy Level (%)	Charge (mC)	Pulse Width (ms)	Frequency (Hz)	Energy Level (%)	Charge (mC)
1	0.5	40	5	25	0.5	40	10	50
2	0.5	40	10	50	0.5	40	15	76
3	0.5	40	15	76	0.5	40	25	126
4	0.5	40	25	126	0.5	40	35	176
5	0.5	40	35	176	0.5	40	50	252
6	0.5	40	50	252	0.5	60	70	353
7	0.5	60	70	353	1	40	100	504
8	1	40	100	504				

ผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ*, ชูชาติ วงศ์อนุชิต**

*พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

**กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในครั้งนี้ ประชากรในการวิจัย คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอายุ 15 - 18 ปี ที่จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง (42 ราย) ซึ่งได้รับโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม (42 ราย) ได้รับการดูแลด้วยระบบการช่วยเหลือตามปกติในโรงเรียน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และแบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ซึ่งใช้เก็บข้อมูลในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทดลอง หลังสิ้นสุดการทดลองทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติอ้างอิง คือ การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว และการเปรียบเทียบเชิงพหุคูณแบบรายคู่ด้วยวิธีของบอนเฟอร์โรนี

ผลการศึกษา หลังสิ้นสุดการทดลองทันที โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา ทำให้คะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองลดต่ำลง ($p=.004$) และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.020$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในทำนองเดียวกันกลุ่มทดลองมีคะแนนความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ($p=.013$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ($p=.013$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่พึงประสงค์ดังกล่าวนี้ไม่สามารถคงอยู่นานไปจนถึงระยะติดตามผล 1 เดือน

สรุป ถึงแม้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหามีประสิทธิภาพสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ แต่โปรแกรمدังกล่าวนี้นี้ ก็ยังไม่สามารถทำให้ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งในชีวิตของนักเรียนคงอยู่นานได้ในระยะยาว

คำสำคัญ ความแข็งแกร่งในชีวิต นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ภาวะซึมเศร้า

Corresponding author: ชูชาติ วงศ์อนุชิต

กลุ่มวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

E-mail: choochart.d@gmail.com

วันรับ : 8 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 11 มิถุนายน 2567 วันตอบรับ : 11 กรกฎาคม 2567

The Effect of Resilience and Coping Intervention to Reduce Depression in Senior High School Students

Chanokchon Khotsombat*, Choochart Wong-Anuchit**

*Master of Nursing Science Student (Psychiatric and Mental Health Nursing), Mahasarakham University Faculty of Nursing

**Department of Psychiatric and Mental Health Nursing, Mahasarakham University Faculty of Nursing

ABSTRACT

Objective: To study the effect of a Resilience and Coping Intervention (RCI) on reducing depression in senior high school students.

Methods: The study used a quasi-experimental, pre-post-intervention design. The research population was high school students aged 15 - 18 years in one northeastern province in Thailand. The sample of 84 students was assigned to either an experimental group (n=42) in the RCI program for three weeks or a control group (n=42) for the school's regular support program. Instruments used to measure the variables included a demographic characteristics form, the Thai versions of the Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A) for depression, and the Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC). Data were collected pre-intervention (baseline), immediately upon the program's completion, and one-month post-intervention. Descriptive statistics, independent t-test, one-way repeated measures ANOVA, and multiple comparisons of Bonferroni were used for data analysis.

Results: Immediately after program completion, the RCI significantly reduced depression scores in the experimental group ($p=.004$) and were significantly lower than those in the control group ($p=.020$). Similarly, the experimental group showed a significant increase in resilience scores over baseline ($p=.013$) and were significantly higher than those in the control group ($p=.013$). However, these positive effects were not sustained one month after program completion.

Conclusion: Although the three-week RCI program demonstrated effectiveness by reducing depression and increasing resilience, it did not provide lasting relief for the high school students.

Keywords: Depression, High school students, Resilience

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสุขภาพจิตอย่างหนึ่งที่พบมากที่สุด ในวัยรุ่น และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทวีปเอเชียเป็นหนึ่งในภูมิภาคที่มีความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นสูงที่สุด¹ สำหรับประเทศไทยมีการสำรวจพบระดับความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นอายุ 13 - 17 ปี ร้อยละ 1.6 โดยพบว่าวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี มีความชุกของภาวะซึมเศร้ามากกว่าอายุ 11 - 14 ปี² ซึ่งนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายนับว่าอยู่ในช่วงวัยรุ่นที่มีความเปราะบาง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของพัฒนาการต้องเผชิญและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในหลายๆ ด้าน อยู่ในช่วงสุดท้ายของการศึกษาในระดับชั้นมัธยมศึกษาซึ่งเป็นช่วงที่มีเนื้อหาการเรียนที่เข้มข้น ต้องตัดสินใจเตรียมตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในอนาคตทั้งในเรื่องการศึกษาต่อหรือการประกอบอาชีพ มีการแข่งขันกันเพิ่มขึ้น และมักจะมีความกังวลกับการวางแผนในอนาคตของตนเอง ประกอบกับบริบทของสังคมไทยในปัจจุบันที่ครอบครัวมักจะคาดหวังในการศึกษาของวัยรุ่นมากขึ้น³ ทำให้เกิดผลกระทบกับวัยรุ่นคือถูกคาดหวังทั้งทางด้านการเรียน สัมพันธภาพ และสังคม จึงเกิดเป็นความสับสนวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ประกอบกับเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทางอารมณ์ในลักษณะที่มีความรุนแรงและเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังที่ถูกรู้จักว่า “วัยรุ่นพายุแคม” จากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมานี้ทำให้วัยรุ่นต้องมีการปรับตัวและเผชิญปัญหาอยู่ตลอดเวลา นับว่าเป็นวัยที่เกิดความขัดแย้งในจิตใจได้ง่ายและมีแนวโน้มจะเกิดปัญหาทางด้านอารมณ์ได้สูง⁴ ดังนั้นวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อจึงเป็นช่วงภาวะวิกฤตของชีวิต⁵ หากวัยรุ่นไม่สามารถผ่านพ้นช่วงนี้ไปได้ดีพอ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาพฤติกรรมและสุขภาพจิตตามมา โดยเฉพาะความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า อีกทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น เช่น การใช้สารเสพติด การพยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายสำเร็จ⁶ โดยมีข้อมูลจากทั่วโลกพบว่า การฆ่าตัวตายเป็นสาเหตุการตายอันดับ 2 ของคนอายุ 15 - 29 ปี⁷ ซึ่งวัยรุ่นอายุ 15 - 19 ปี เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย 6.9 ต่อแสนประชากร⁸ และวัยรุ่นที่พยายามฆ่าตัวตายมักมีอาการซึมเศร้านำมาก่อนเสมอ⁹ ดังนั้นภาวะซึมเศร้าจึงนับว่าเป็นปัญหาสำคัญเร่งด่วนที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเรียน การเข้าสังคม และเป็นสาเหตุสำคัญลำดับสองของการสูญเสียสุขภาพของกลุ่มวัยรุ่น 15 - 19 ปี¹⁰

ภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน เช่น ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน¹¹ ความผูกพัน ในครอบครัว¹² ปัญหาสุขภาพเรื้อรัง¹³ ทักษะการเผชิญปัญหา¹⁴ และความแข็งแกร่งในชีวิต¹⁵ โดยวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้าอาจแสดงอาการ เช่น หงุดหงิด ก้าวร้าว รู้สึกไร้ค่า มีความคิดหรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะทำให้มีความรุนแรงจนอาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าได้ การป้องกันภาวะซึมเศร้าในระยะแรกที่มีประสิทธิภาพ คือ การค้นหา คัดกรองผู้ที่มีภาวะเสี่ยงและให้ความช่วยเหลืออย่างทันท่วงที เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตามวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่โรงเรียนมากถึง 6 - 8 ชั่วโมงต่อวัน ดังนั้นโรงเรียนจึงนับว่าเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้า เพราะเป็นสถานที่ที่เอื้อให้สามารถเข้าถึงวัยรุ่นได้ดี¹⁶ ลดปัญหาการเข้าร่วมกิจกรรม และมีความสะดวกในการเดินทาง การจัดโปรแกรมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในโรงเรียนจึงถือเป็น การป้องกันและช่วยลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าตั้งแต่นในระยะเริ่มต้น⁶ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลสำหรับเยาวชนของ Werner-Seidler และคณะ¹⁷ พบว่า ที่ผ่านมา มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในโรงเรียน เช่น โปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม¹⁸ โปรแกรมการบำบัดด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคคล¹⁹ และโปรแกรมการบำบัดแบบการยอมรับและสร้างพันธสัญญา²⁰ โดยพบว่ารูปแบบการบำบัดเหล่านี้มีส่วนช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อย่างมีนัยสำคัญ²¹ สำหรับในประเทศไทยมีการสนับสนุนให้บุคลากรทางการสาธารณสุขและบุคลากรทางการศึกษา จัดกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการประเมินเบื้องต้นว่าเริ่มมีอาการซึมเศร้า เพื่อป้องกันไม่ให้ความรุนแรงมากขึ้นจนเกิดเป็นโรคในที่สุด²²

เมื่อวัยรุ่นเกิดปัญหาหรือความเครียดขึ้นแล้ว แต่ละคนก็จะพยายามแสวงหาวิธีการในการจัดการปัญหาของตนเอง สิ่งเหล่านี้ทำให้นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำเป็นต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงและเผชิญภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นอย่างมาก ซึ่งคุณลักษณะประการหนึ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ “ความแข็งแกร่งในชีวิต (resilience)” ซึ่งเป็นศักยภาพของบุคคลหรือกระบวนการปรับตัวให้สามารถยืนหยัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรับมือกับความเครียดและการยอมรับต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เมื่อต้อง

เผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ การเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของมนุษย์ และเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ การขาดความแข็งแกร่งในชีวิตหรือมีในระดับต่ำส่งผลให้ความสามารถในการเผชิญปัญหาและภาวะวิกฤติต่างๆ ลดลง อาจนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ในที่สุด ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตสูงเมื่อต้องเจอกับสถานการณ์วิกฤติต่างๆ วัยรุ่นเหล่านั้นก็จะสามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตได้น้อยลง²⁴ และช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดโรคซึมเศร้าได้²⁵ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับเด็กและวัยรุ่นในสถานศึกษา พบว่าสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ปัญหาพฤติกรรมและความทุกข์ทางใจได้อย่างมีนัยสำคัญ²⁶ โดยพบว่า มีรูปแบบการบำบัดจำนวน 5 โปรแกรมที่มีประสิทธิภาพ และโปรแกรมที่ใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ การเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา (Resilience and Coping Intervention: RCI) ซึ่งใช้เวลาดำเนินกิจกรรมเพียง 3 สัปดาห์ อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์พบว่า ระยะเวลาของโปรแกรมไม่มีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อการเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิต²⁷ โดยโปรแกรม RCI นับว่าเป็นกิจกรรมที่ออกแบบมาเพื่อใช้กับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อช่วยให้สามารถระบุมุมมอง ความคิด ความรู้สึก และการเผชิญสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ พฤติกรรม และความสัมพันธ์หลังจากที่พบเจอกับเหตุการณ์ หรือประสบการณ์ที่เป็นปัญหาอันก่อให้เกิดความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ ซึ่งมีการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที จากผลการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial: RCT) พบว่าโปรแกรม RCI ช่วยลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁸ ซึ่งรูปแบบการบำบัดนี้ยังไม่ได้มีการนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย อีกทั้งยังไม่ได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทั้งในระดับต้นและระดับยาว

สำหรับประเทศไทยเริ่มมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้า และเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตสำหรับวัยรุ่นในสถานศึกษามาบ้าง เช่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจของวัยรุ่นตอนต้นในโรงเรียนแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา²⁹ ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคเหนือ³⁰ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ³¹ โดยมีการจัดกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 - 10 สัปดาห์ ใช้เวลา 45 - 90 นาที อย่างไรก็ตาม

การศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเพื่อลดภาวะซึมเศร้าสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียนนับว่ายังไม่หลากหลายมากนัก นอกจากนี้การจัดกิจกรรมในโรงเรียนที่ต้องคำนึงถึงการใช้เวลาในการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้เกิดกระทบต่อการเรียน ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม และก่อให้เกิดประโยชน์ต่อนักเรียนสูงสุด จากเหตุผลในเรื่องเนื้อหา กิจกรรมที่มีการระบุปัญหา การอธิบายถึงปัญหาและการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นภายหลังจากการประสบปัญหา การสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเองเมื่อเกิดปัญหา การระดมความคิดเพื่อค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหาใหม่ๆ และพิจารณาถึงข้อดี ข้อเสียของแต่ละวิธี แล้วจึงเลือกวิธีที่ปลอดภัย สามารถทำได้จริง พร้อมนำไปทดลองปฏิบัติและประเมินผลลัพธ์ที่ตามมา ซึ่งเป็นการช่วยเพิ่มพลังความสามารถในการจัดการปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รวมไปถึงระยะเวลาในการทำกิจกรรมที่สั้น กระชับ ประกอบกับผลยืนยันประสิทธิภาพของโปรแกรม RCI ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหามาประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญของการนำโปรแกรม RCI มาใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในบริบทของสังคมไทย เพราะนอกจากจะเป็นช่วงวัยวิกฤติที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการของวัยรุ่นแล้ว ยังต้องประสบกับปัญหาต่างๆ เช่น การกลั่นแกล้งรังแก การเสพติดโทรศัพท์และอินเทอร์เน็ต ความกดดันในด้านการศึกษา ปัญหาสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด รวมไปถึงสภาพครอบครัวและสังคมที่มีความเปราะบาง ถ้าหากไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมก็จะส่งผลให้มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการสร้างเสริมและพัฒนาความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรับมือกับความยากลำบากเมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ ปัญหาอุปสรรค หรือความเครียดในชีวิตประจำวัน การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลของโปรแกรม RCI โดยมีสมมติฐาน คือ การมีภาวะซึมเศร้ามลดลงและมีความแข็งแกร่งในชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้นภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการป้องกันภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และพัฒนาผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเด็กและวัยรุ่นในการพูดคุยเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้วัยรุ่นมีสุขภาพจิตที่ดี เติบโตไปสู่วัยผู้ใหญ่และเป็นการสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดซ้ำเปรียบเทียบสองกลุ่ม (the control- group pretest - posttest time series design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ดำเนินการทดลองที่โรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ณ จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง 2 แห่ง จำนวนโรงเรียนละ 42 คน โดยผู้วิจัยทำการจับสลากเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษา ครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองสำหรับทำโปรแกรม RCI เป็นเวลา 3 สัปดาห์ และจับสลากครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนตามปกติในโรงเรียน โดยโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 346-299/2566 เมื่อวันที่ 11 กันยายน 2566 และผ่านการพิจารณาอนุมัติให้เก็บข้อมูลและทำการวิจัยในโรงเรียนจากผู้อำนวยการโรงเรียน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้เข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย สอบถามความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง และทำหนังสือขอความยินยอมจากผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเมื่อได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากทั้งนักเรียนและผู้ปกครองเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรของการวิจัยในครั้งนี้คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 15 - 18 ปี ที่กำลังศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 - 6) ภาคการศึกษาที่ 2 ปีการศึกษา 2566 ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ณ จังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากนักเรียนที่มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย จากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (PHQ-A) ฉบับภาษาไทย ได้คะแนนอยู่ระหว่าง 5 - 9 คะแนน โดยไม่พบความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 2) ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวชจากการวินิจฉัยของจิตแพทย์ และ 3) สมัครใจเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครและได้รับการลงนามยินยอมให้เป็นอาสาสมัครจากนักเรียนและผู้ปกครอง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 โดยในเบื้องต้นผู้วิจัยได้ใช้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size: ES) คือ 1.16 จากงานวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตต่อภาวะซึมเศร้า และความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของ วิจิตรา จิตรักษ์, พัชรินทร์ นันทจันทร์ และ ทศนา ทวีคุณ³¹ มาเป็นข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณา อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยดังกล่าว ไม่สามารถเทียบเคียงกันได้อย่างสมบูรณ์กับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของผู้วิจัยครั้งนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าตามเกณฑ์ขั้นต่ำของค่า ES ขนาดสูงที่โคเฮน³² กำหนดไว้คือ 0.8 มาใช้ในการกำหนดขนาดอิทธิพล กำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ .05 โดยใช้สถิติที่เป็นอิสระต่อกัน (independent t-test) และได้กำหนดการทดสอบเป็นแบบทางเดียว (one-tailed test) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม 35 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างทำการทดลอง (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 15 ทำให้การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 42 คน และกลุ่มควบคุม 42 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 84 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือ ประกอบไปด้วยเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ เพศ ชั้นเรียน อายุ ผลการศึกษาเฉลี่ยสะสม (GPA) ภาวะสุขภาพ บุคคลที่พักอาศัยด้วย สถานภาพสมรสของบิดามารดา รายได้ครอบครัว เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง และจำนวนเพื่อนสนิท
- 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น (The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) ฉบับภาษาไทย เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง (self-report) เหมาะสำหรับวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 20 ปี ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน Patient health questionnaire (PHQ-9) ที่สร้างขึ้นโดย Dr. Robert และคณะ ในปี ค.ศ. 1999 แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์³³ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ

เพื่อใช้ในการประเมินความรุนแรงของอาการของภาวะซึมเศร้า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และมีแทบทุกวัน (3 คะแนน) โดยมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน แบบประเมินนี้มีคำถามเพิ่มเติมอีก 2 คำถาม เกี่ยวกับกรณีร้ายแรงที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตัวเอง โดยไม่ต้องนำมาคิดคะแนน ในการแปลผลถ้าคะแนนรวมของเครื่องมือนี้ยิ่งมากสะท้อนถึงว่ายิ่งมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง โดยสามารถแบ่งเป็น 5 ระดับคือ ไม่มีภาวะซึมเศร้า (คะแนนรวม 0 - 4) มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย (คะแนนรวม 5 - 9) มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง (คะแนนรวม 10 - 14) มีภาวะซึมเศร้ามาก (คะแนนรวม 15 - 19) และมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง (คะแนนรวม 20 - 27) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเชื่อมั่น โดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

3) แบบวัดความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson resilience scale: 10-item CD-RISC) ซึ่งพัฒนามาจากแบบประเมิน 10-item measure of resilience ของ Campbell-Sills & Stein ในปี 2007³⁴ และนำมาแปลเป็นฉบับภาษาไทย โดย รองศาสตราจารย์ ดร.นพพร ว่องสิริมาศ และคณะ³⁵ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบ likert scales มีตัวเลือก 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (0 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (1 คะแนน) เห็นด้วยบางครั้ง (2 คะแนน) เห็นด้วยบ่อยครั้ง (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) โดยมีคะแนนรวม ตั้งแต่ 0 - 40 คะแนน ในการแปลผลถ้าหากคะแนนรวมของเครื่องมือนี้ยิ่งมากสะท้อนถึงว่ายิ่งมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตสูง จากการศึกษาในประเทศไทยกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 ได้มีการกำหนดเกณฑ์ไว้ว่าหากใช้เครื่องมือนี้ประเมินแล้วพบว่ามีความน้อยกว่าหรือเท่ากับ 9 แปลผลได้ว่ามีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตต่ำ³⁶ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือนี้ไปหาความเชื่อมั่นโดยทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย พบว่ามีความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.94

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรม RCI เป็นโปรแกรมกลุ่มบำบัดสำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น เพื่อช่วยให้สามารถระบุความคิด ความรู้สึก และการเผชิญสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านจิตใจ พฤติกรรม

และความสัมพันธ์หลังจากเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่เป็นปัญหาหรือความท้าทาย และความเครียดในชีวิตประจำวัน²³ เป็นการกระตุ้นให้วัยรุ่นแบ่งปันประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหา รวมถึงการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ซึ่งทีมผู้วิจัยได้ทำการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษและดำเนินการปรับ intervention เพื่อนำมาใช้ตามบริบทของประเทศไทย โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับแล้ว หลังจากนั้นทีมผู้วิจัยได้ทำการแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษและดำเนินการปรับ intervention เพื่อนำมาใช้ตามบริบทของประเทศไทยภายใต้หลักการประยุกต์ใช้ intervention คือ ADAPT-ITT model ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน³⁷ คือ ทำการประเมินความสอดคล้องของโปรแกรม RCI กับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย (assessment: A) เมื่อตัดสินใจเลือกใช้โปรแกรมแล้ว (decision: D) จึงทำการแปลโปรแกรมต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์และผู้ที่มีความรู้ในด้านภาษาอังกฤษ รวมถึงมีประสบการณ์กับประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการศึกษา ช่วยในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยฉบับแปลและทำ theatre testing คือ การนำป้ทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (administration: A) จากนั้นนำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการทำ theatre testing มาปรับปรุงใหม่ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย (production: P) และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาและความเหมาะสมของกิจกรรม (topical experts: T) หลังจากนั้นดำเนินการปรับปรุงเนื้อหาตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ (integration: I) เมื่อโปรแกรมแล้วเสร็จจึงฝึกฝนการทำกลุ่มตามโปรแกรม RCI โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมสังเกตการณ์ (training: T) และทำการทดลองโปรแกรมกับกลุ่มตัวอย่างและประเมินผล (testing: T)

ในการจัดกิจกรรมกลุ่ม RCI จะดำเนินการโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม (facilitator-1) และพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้นำกลุ่มร่วม (facilitator-2) ซึ่งจะมีหน้าที่จดบันทึกคำตอบของสมาชิกกลุ่มในระหว่างกระบวนการสนทนา โดยผู้ดำเนินการกลุ่มทั้ง 2 ราย ได้ผ่านการอ่านศึกษาโปรแกรมตามคู่มือและฝึกฝนการทำกลุ่มร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ก่อนทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายจริง พร้อมทั้งมีการบันทึกรายละเอียดในการทำกิจกรรมกลุ่มทุกครั้ง โดยใช้แบบประเมินการทำกิจกรรมกลุ่มของผู้นำกลุ่ม และแบบรายงานการจัดกิจกรรม ซึ่งเป็นการประเมินโดยผู้นำกลุ่มและผู้นำกลุ่ม

ร่วมเพื่อกำกับติดตามให้การดำเนินกิจกรรมทุกครั้งเป็นไปตามแบบแผนครบถ้วนทุกขั้นตอน และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงในการทำกิจกรรมกลุ่มครั้งต่อไป

ถึงแม้ว่าโปรแกรม RCI จะสามารถจัดกิจกรรมให้แล้วเสร็จได้ครั้งเดียวพร้อมติดตามผลภายในหนึ่งสัปดาห์ อย่างไรก็ตาม Dr. Sandra F. Allen ซึ่งเป็นผู้พัฒนาโปรแกรมได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ว่าโปรแกรมดังกล่าวนี้ควรจัดอย่างน้อย 3 ครั้ง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรม²³ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ผ่านมาโดย Houston และคณะ²⁸ พบว่า การจัดโปรแกรม RCI จำนวน 3 ครั้งภายใน 3 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มความแข็งแกร่งในจิตใจและความหวัง พร้อมทั้งช่วยให้อาการเครียดและภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงยังคงดำเนินการจัดกิจกรรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น

โปรแกรม RCI กำหนดให้มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้กลุ่มละ 5 - 10 คน โดยมีการดำเนินกิจกรรม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 - 60 นาที ซึ่งกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ประกอบไปด้วย 10 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1: การเตรียมความพร้อมก่อนเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นการจัดเตรียมอุปกรณ์สถานที่สำหรับทำกิจกรรม รวมไปถึงการขออนุญาตจากผู้ปกครองและสมาชิกก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2: การเริ่มกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นการเกริ่นนำเพื่อเข้าสู่กิจกรรมกลุ่ม อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และกติกากลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3: การระบุปัญหา เป็นการเลือกปัญหาหรือข้อกังวลที่จะพูดคุยกันในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 4: การอธิบายถึงปัญหาและความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อเจาะลึกลงไปในเรื่องละเอียดของปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนที่ 5: การสำรวจความคิดและความรู้สึกทั้งทางบวกและทางลบที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดปัญหา

ขั้นตอนที่ 6: การระบุปัญหาในปัจจุบัน เพื่อสำรวจปัญหาต่อเนื่องอื่นๆ ที่กำลังเกิดขึ้นตามมาจากปัญหาหลักที่ระบุไว้ในตอนต้น

ขั้นตอนที่ 7: การระดมความคิดเพื่อค้นหาทางเลือกทั้งหมดที่สามารถทำได้ เพื่อแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เกิดขึ้น

ขั้นตอนที่ 8: การพิจารณาผลที่ตามมาจากทางเลือกที่ระบุไว้ในขั้นตอนก่อนหน้า เพื่อระบุว่าทางเลือกเหล่านั้นเป็นประโยชน์เป็นอันตราย หรือเป็นทั้งประโยชน์และอันตราย

ขั้นตอนที่ 9: การพัฒนาแผนปฏิบัติการจากทางเลือกที่เป็นประโยชน์ทั้งแบบรายบุคคลและรายกลุ่มที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

ขั้นตอนที่ 10: การให้คำมั่นสัญญาที่จะปฏิบัติตามแผนโดยการเปล่งวาจาและเขียนคำมั่นสัญญาของตนเองลงในกระดาษโน้ต (แผ่นกระดาษ post-it) และนำกลับไปเพื่อใช้เตือนตนเองหลังจากที่ผู้นำกลุ่มดำเนินการเสร็จสิ้นทุกขั้นตอนแล้วจึงปิดกิจกรรมกลุ่ม

สำหรับกิจกรรมในสัปดาห์ 2 และ 3 จะมีการเพิ่มเติมขั้นตอนในการติดตามผลการเข้าร่วมกลุ่ม RCI ในครั้งที่ผ่านมาโดยการร่วมกันพิจารณาถึงสิ่งที่กลุ่มได้ดำเนินการจัดการกับปัญหาที่ได้ระบุไว้แล้วตั้งแต่เสร็จสิ้นกลุ่มครั้งก่อนหน้านั้น เพื่อเป็นการสำรวจและประเมินว่าสมาชิกกลุ่มได้มีการจัดการหรือเผชิญกับปัญหานั้นๆ อย่างไร ส่วนของโปรแกรม RCI ในการติดตามผลมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การทบทวนเนื้อหาและประเด็นต่างๆ ของกลุ่ม RCI ที่ได้ดำเนินการมาแล้วในครั้งก่อนหน้านั้น ขั้นตอนที่ 2 การเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รายงานความก้าวหน้า ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาถึงความพึงพอใจในความก้าวหน้าของผู้เข้าร่วมกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 ทบทวนแผนปฏิบัติการ (ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มไม่พึงพอใจในแผนปฏิบัติการที่เลือกไว้ในครั้งก่อน) ขั้นตอนที่ 5 ระบุหัวข้อในการอภิปรายกลุ่ม RCI ใหม่อีกครั้ง ถ้าหากว่าสมาชิกกลุ่มมีความพึงพอใจในแผนปฏิบัติการที่เลือกไว้ในครั้งก่อนแล้วก็พร้อมที่จะก้าวไปสู่การจัดการกับปัญหาหรือความท้าทายในประเด็นใหม่ต่อไป ซึ่งจะเป็นดำเนินการกลุ่ม RCI ซ้ำอีกครั้งใน 10 ขั้นตอนที่ได้กล่าวไว้ตามลำดับตั้งแต่ต้น

ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม RCI ต้นฉบับที่ยังไม่มีการดัดแปลงไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกันกับประชากรที่ต้องการศึกษา ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนขนาดกลางที่ตั้งอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเดียวกัน โดยมีสมาชิกกลุ่มจำนวน 6 คน แล้วนำข้อคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะที่ได้รับจากสมาชิกกลุ่มที่ทำการทดลองใช้และผู้สังเกตการณ์ไปปรับปรุง intervention และนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น นักจิตวิทยาคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญ

ด้านสุขภาพจิตในโรงเรียน พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น คุณครู ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตโรงเรียน และอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ รวมทั้งหมด 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของกิจกรรม จากการคำนวณค่า Index of Item-Objective Congruence (IOC) พบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.92

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกจากโรงเรียนมัธยมศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดคือ มีการเรียนการสอนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เป็นโรงเรียนขนาดกลาง ตั้งอยู่ในอำเภอและจังหวัดเดียวกัน มีนโยบายและระบบการช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิต และที่ผ่านมารวมถึงในภาคการศึกษาปัจจุบันไม่มีการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต ซึ่งได้โรงเรียนมัธยมศึกษาที่เข้าเกณฑ์ 9 แห่ง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) โดยทำการจับสลากเลือกโรงเรียนมัธยมศึกษาครั้งที่ 1 เป็นกลุ่มทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม และครั้งที่ 3 เป็นโรงเรียนที่จะใช้ทดสอบโปรแกรมก่อนการนำไปปรับปรุงเพื่อนำไปใช้จริงกับโรงเรียนกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเลือกจนได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 42 คน รวมเป็นจำนวน 84 คน อย่างไรก็ตามในระหว่างการวิจัยมีการสูญหาย (drop out) ของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 37 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 16 คน คิดเป็นร้อยละ 44 ทั้งนี้สามารถวิเคราะห์ได้ว่าสาเหตุการสูญหายของกลุ่มทดลองนั้นเกิดจากการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมนั้นตรงกับช่วงเวลาที่โรงเรียนมีการจัดกิจกรรมอื่นๆ เช่น การแข่งขันศิลปหัตถกรรม การจัดกิจกรรมส่งท้ายปีเก่า การสอบกลางภาค เป็นต้น โดยเฉพาะในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ได้มีการจัดกิจกรรมแนะแนวการศึกษาต่อในมหาวิทยาลัย ทำให้นักเรียนให้ความสำคัญในการเข้าร่วมโปรแกรมน้อย หรืออาจไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ส่วนสาเหตุการสูญหายในกลุ่มควบคุมนั้นเกิดจากนักเรียนไม่ได้มาโรงเรียนในวันที่มีการตอบแบบสอบถาม จึงคงเหลือกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยที่สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติได้รวมทั้งสิ้น 47 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 26 คน

เมื่อพิจารณาข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลืออยู่ภายหลังสิ้นสุดการทดลองพบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมโครงการวิจัยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 1 คน มีการตอบแบบสอบถาม

ซึ่งเป็นเครื่องมือประเมินผลลัพธ์ของการวิจัยในลักษณะสุดโต่ง (outliers) ผู้วิจัยจึงทำการตัดข้อมูลทั้งสองชุดออก ทำให้การวิเคราะห์ครั้งนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลืออยู่รวมทั้งสิ้น 45 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ดังแสดงรายละเอียดในแผนภาพที่ 1 อย่างไรก็ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คงเหลือ เมื่อนำไปคำนวณย้อนกลับเพื่อหาค่า power analysis โดยโปรแกรม G*Power พบว่าค่า power อยู่ในระดับที่น่าพอใจและไม่เป็นปัญหา ผู้วิจัยจึงใช้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออยู่ในการวิเคราะห์ผลการวิจัยครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาใช้สถิติเชิงบรรยายในการหาความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลคุณลักษณะทั่วไป และใช้สถิติอ้างอิงในการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต โดยใช้สถิติ independent t-test เปรียบเทียบคะแนนภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในช่วงเวลาที่ต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวแบบวัดซ้ำ (one-way repeated measures ANOVA) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และเปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ด้วยวิธี Bonferroni โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

ผลการวิจัยในครั้งนี้ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 45 คน ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 84.40) กำลังศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 37.80) มีอายุ 15 - 18 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 16.62 ปี ผลการศึกษาเฉลี่ยสะสม โดยเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 3.53 มีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 88.90) อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 64.40) บิดามารดามีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.90) รายได้ครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 75.60) โดยมีรายได้เฉลี่ย 23,088.89 บาท ต่อเดือน ได้รับเงินจากผู้ปกครองวันละ 50 - 100 บาท (ร้อยละ 82.20) โดยเฉลี่ยแล้วเงินที่ได้รับจากผู้ปกครองเท่ากับ 103.11 บาทต่อวัน ซึ่งเพียงพอและเหลือเก็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=45)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มตัวอย่าง (n=45)		กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=25)		X ²	p-value
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ^a							.541	.682
ชาย	7	15.60	4	20.00	3	12.00		
หญิง	38	84.40	6	80.00	22	88.00		
ชั้นเรียน							.088	.957
มัธยมศึกษาปีที่ 4	12	26.70	5	25.00	7	28.00		
มัธยมศึกษาปีที่ 5	16	35.60	7	35.00	9	36.00		
มัธยมศึกษาปีที่ 6	17	37.80	8	40.00	9	36.00		
อายุ (ปี)							1.624	.202
15 - 16	20	44.40	11	55.00	9	36.00		
17 - 18	25	55.60	9	45.00	16	64.00		
Mean=16.62, SD=.81								
ผลการศึกษาเฉลี่ยสะสม^a							.087	1.000
2.01 - 3.00	6	13.30	3	15.00	3	12.00		
3.01 - 4.00	39	86.70	17	85.00	22	88.00		
Mean=3.53, SD=.37								
ภาวะสุขภาพ^a							2.880	.155
สุขภาพแข็งแรงดี	40	88.90	16	80.00	24	96.00		
มีโรคประจำตัว	5	11.10	4	20.00	1	4.00		
บุคคลที่พักอาศัยด้วย							.485	.486
บิดาและมารดา	29	64.40	14	70.00	15	60.00		
อื่นๆ	16	35.60	6	30.00	10	40.00		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา							.627	.428
สมรส	31	68.90	15	75.00	16	64.00		
อื่นๆ	14	31.10	5	25.00	9	36.00		
รายได้ครอบครัว (บาท)^a							.602	.500
0 - 10,000	11	24.40	6	30.00	5	20.00		
มากกว่า 10,000	34	75.60	14	70.00	20	80.00		
Mean=23,088.89, SD=17,818.30								
เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง (บาท)^a							.190	.716
50 - 100	37	82.20	17	85.00	20	80.00		
101 - 200	8	17.80	3	15.00	5	20.00		
Mean=103.11, SD=29.68								
ความเพียงพอของเงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง							.926	.372
เพียงพอ	28	62.20	14	70.00	14	56.00		
เพียงพอและเหลือเก็บ	17	37.80	6	30.00	11	44.00		
จำนวนเพื่อนสนิท^a							1.674	.495
มีมากกว่า 2 คน	43	95.60	20	100.00	23	92.00		
ไม่มี/มีน้อยกว่า 2 คน	2	4.40	0	0.00	2	8.00		

a=Fisher's exact test

มีเพื่อนสนิทมากกว่าสองคน (ร้อยละ 95.60) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.020$) โดยมีค่า *Hedges'g ES* เท่ากับ .74 (95% CI [.13,1.34]) และเมื่อติดตามผลภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.013$) โดยมีค่า *Hedges'g ES* เท่ากับ -.75 (95% CI [-1.35,-.14]) และเมื่อติดตามผลภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมไปแล้ว 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

2. ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียวของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากการทดสอบว่าเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ผลการเปรียบเทียบโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.45, p=.018$) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทุกๆ ช่วงที่ประเมิน ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลองในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มีอย่างน้อย 1 คู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=4.72, p=.002$) สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันในทุกๆ ช่วงที่ประเมินเช่นเดียวกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน เมื่อเปรียบเทียบ

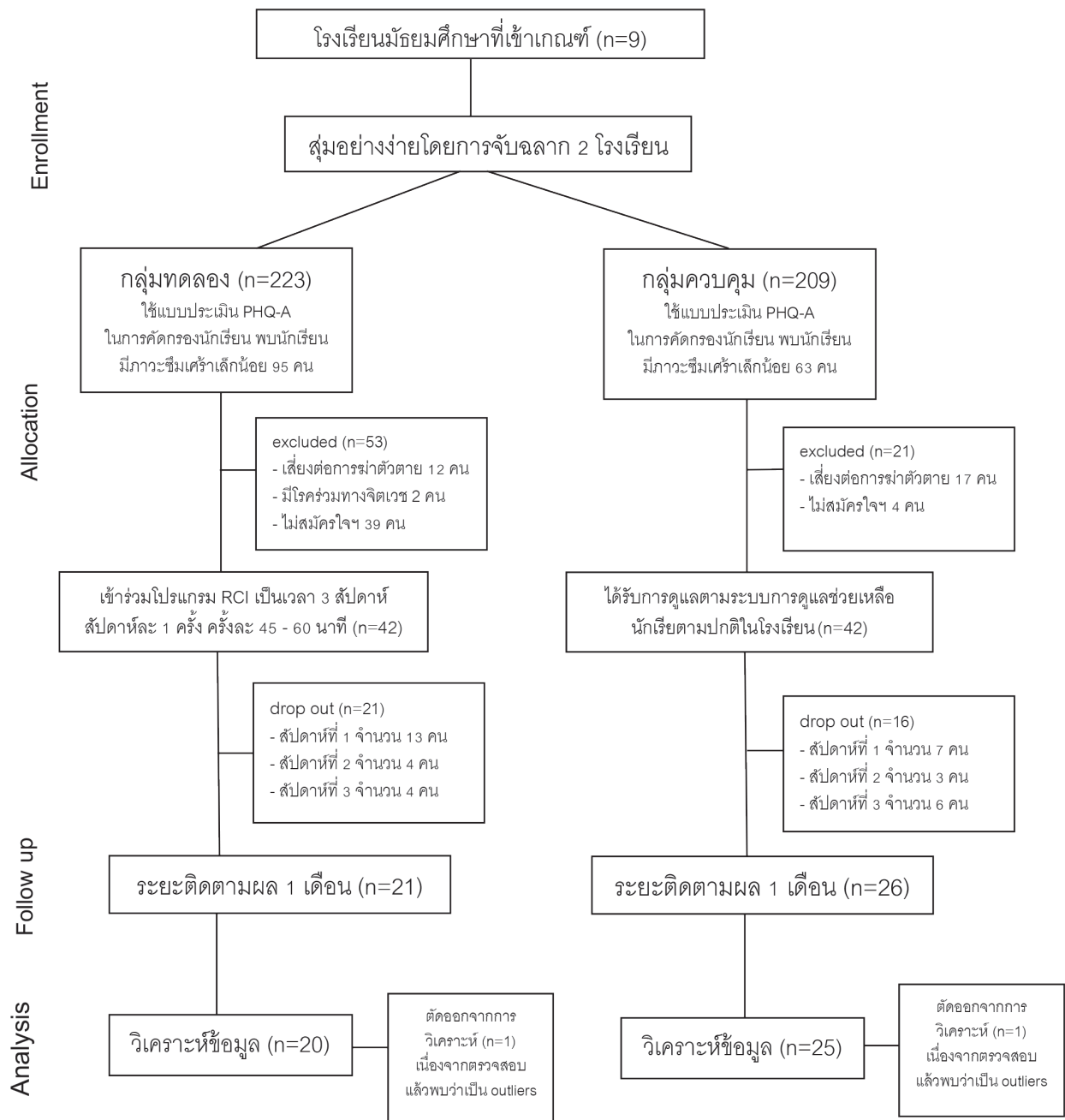
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.004$) โดยมีค่า *Hedges'g ES* เท่ากับ -1.20 (95% CI [-1.80,-.60]) และเมื่อพิจารณาผลภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=.013$) โดยมีค่า *Hedges'g ES* เท่ากับ 1.10 (95% CI [.43,1.76]) และเมื่อพิจารณาผลภายหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

จากผลการวิจัย การที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตไปในทางที่พึงประสงค์ตามสมมติฐาน สะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรม RCI ที่ช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ในระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที แต่อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่นักเรียนเข้าร่วมโปรแกรม 1 เดือน พบว่าภาวะซึมเศร้ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตมีแนวโน้มลดลง ผลการวิจัยดังกล่าวอาจบ่งชี้ถึงข้อจำกัดในการคงอยู่ของประสิทธิผลในระยะยาวของโปรแกรม

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตและการเผชิญปัญหาเพื่อลดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จากผลการวิจัยเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ลักษณะประชากรของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งนับว่าเป็นผลดีในการควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่อาจมีอิทธิพลกับผลลัพธ์ของการวิจัยเชิงทดลองในครั้งนี้ ทำให้เกิดความเชื่อมั่นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างเป็นผลมาจากโปรแกรมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ โดยสามารถอธิบายได้ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแรงในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถช่วยเพิ่มพลังความสามารถของนักเรียนในการจัดการปัญหาหรือการ



แผนภาพที่ 1 ขั้นตอนในการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักรู้ในความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีความหวัง ได้ฝึกสำรวจความคิดและความรู้สึกของตนเอง ทำให้เกิดการระลึกรู้ (awareness) ในความคิดและความรู้สึกของตนเอง เพิ่มความรู้สึกมีความหวัง ซึ่งช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับ Houston และคณะ²⁸ ที่ทำการศึกษารวบรวมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา โดยใช้โปรแกรม RCI กับนักศึกษาระดับปริญญาตรี ช่วงอายุระหว่าง 18 - 23 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยในภูมิภาคตะวันตกของสหรัฐอเมริกา ซึ่งแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่

ได้รับโปรแกรมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมดังกล่าวช่วยเพิ่มความหวัง ลดอาการเครียดและลดภาวะซึมเศร้าที่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามแม้ว่าผลการศึกษาจะมีความสอดคล้องกัน แต่การจัดโปรแกรมในบริบทของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของประเทศไทยนั้น ต้องมีการปรับเพิ่มระยะเวลาในการทำกิจกรรมมากขึ้นเป็น 60 นาที ต่อการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง สำหรับให้คำอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับความคิดและความรู้สึก เพื่อให้นักเรียนมีความเข้าใจและวิเคราะห์ตนเองได้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า และความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

แบบประเมิน	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=25)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	7.80	1.40	7.36	1.50	1.01	.319
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	5.35	2.54	7.32	2.84	-2.42*	.020
ระยะติดตามผล 1 เดือน	6.45	3.97	6.60	4.55	-.12	.908
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต						
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	25.45	5.05	26.36	7.85	-.47	.656
หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	31.40	5.78	27.60	4.08	2.58*	.013
ระยะติดตามผล 1 เดือน	29.40	6.98	28.52	7.10	.42	.679

*p<.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตในช่วงเวลาที่ต่างกันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำทางเดียว (one-way repeated measures ANOVA)

Source of Variation	ss	df	MS	F	p-value
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า					
Within group ทดลอง (n=20)					
Time	60.23	2.00	30.12	4.45*	.018
Error	257.10	38.00	6.77		
Within group ควบคุม (n=25)					
Time	9.15	1.42	6.42	.54	.528
Error	405.52	34.18	11.87		
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต					
Within group ทดลอง (n=20)					
Time	413.20	4.00	103.30	4.72*	.002
Error	1662.80	76.00	21.88		
Within group ควบคุม (n=25)					
Time	157.36	2.44	64.41	2.77	.061
Error	1365.44	58.63	23.29		

อีกทั้งต้องเพิ่มกิจกรรมในการละลายพฤติกรรม ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพราะจะช่วยให้เด็กมีความคุ้นเคย รู้สึกปลอดภัย กล้าที่จะแสดงความคิดเห็นซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่ช่วยให้เกิดปัจจัยบำบัดภายในกลุ่ม กล่าวคือทำให้สมาชิกในกลุ่มรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว ไม่โดดเดี่ยว ไม่ได้เผชิญปัญหาเพียงลำพังได้ปลดปล่อยความรู้สึกคับข้องใจ ได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา สามารถช่วยกันหาทางออกและมีแนวทางในการแก้ปัญหาชีวิตต่อไปได้ ทำให้เกิด

ความรู้สึกมีความหวัง ภาคภูมิใจในตนเอง และมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลทางลบต่อการลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอีกด้วย³⁸ อีกทั้งจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าคะแนนความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิตหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งมีการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่มีความแข็งแรงในชีวิตสูงมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้าต่ำ³⁹

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพหุคูณรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าและความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลา	Mean Difference	Standard error	p-value
คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า			
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	2.45*	.66	.004
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะติดตามผล 1 เดือน	1.35	.92	.474
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที-ระยะติดตามผล 1 เดือน	-1.10	.88	.660
คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและความยืดหยุ่นของชีวิต			
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที	-5.95*	1.58	.013
ระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรม-ระยะติดตามผล 1 เดือน	-3.95	1.88	.494
ระยะหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที-ระยะติดตามผล 1 เดือน	2.00	1.48	1.000

*p<.05

2. คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต หลังสิ้นสุดโปรแกรมทันทีในนักเรียนกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่าโปรแกรม เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถ ช่วยให้นักเรียนได้แบ่งปันประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับปัญหา การเผชิญปัญหาที่เหมาะสมและเป็นไปได้ ซึ่งการที่วัยรุ่นมีคนที่คอย รับฟัง ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ปัญหา ที่อาจไม่สามารถทำได้ ด้วยตนเอง เริ่มจากปัญหาเล็กๆ น้อยๆ จะช่วยให้มีทักษะและ ความมั่นใจ มองโลกในแง่บวก มีความหวังว่าเมื่อเจอปัญหาจะมี ทางออกได้⁴⁰ ซึ่งมีการศึกษาของ มะลิวรรณ วงษ์จันทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์ และ โสภิตา แสงอ่อน⁴¹ พบว่าสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคมในวัยรุ่นเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความแข็งแกร่งในชีวิตของวัยรุ่น ดังนั้นโปรแกรม ซึ่งจัดกิจกรรมในลักษณะกระบวนการกลุ่ม จึงช่วยให้วัยรุ่นเกิด ความรู้สึกใกล้ชิด ผูกพันกับเพื่อน อบอุ่น ยอมรับซึ่งกันและกัน ลดความรู้สึกอ้างว้าง สร้างกำลังใจ มีความหวัง เรียนรู้ที่จะเข้าใจ ความรู้สึกของผู้อื่น มีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่น เพิ่มขึ้น จนทำให้วัยรุ่นกล้าที่จะเปิดเผยตนเอง เกิดความรู้สึกเชื่อมั่น ในความสามารถของตนเองในการจัดการกับปัญหา และสามารถ หาทางออกได้โดยไม่ยอมแพ้ ซึ่งล้วนแต่ช่วยเสริมสร้างความ แข็งแกร่งในชีวิต⁴²

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าและคะแนนเฉลี่ยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ในกลุ่มทดลองระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่ผู้วิจัยเข้าไปสำรวจภาวะซึมเศร้า ในระยะเวลาดังกล่าวเป็นช่วงที่นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ใกล้สอบกลางภาค จึงอาจทำให้เกิดความเครียด วิตกกังวล นอน พักผ่อนไม่เพียงพอเพราะต้องรีบทำงานที่ค้างค้างส่งให้ทัน ก่อนการสอบ นำมาสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย (mild depression) ซึ่งเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่สดชื่น มีอารมณ์เศร้า เหงาเศร้า และพบได้ในคนทั่วไป จึงทำให้คะแนนในระยะติดตามผล 1 เดือน ไม่แตกต่างจากในระยะก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและระยะหลัง สิ้นสุดโปรแกรมทันที ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตนั้นเป็นกระบวนการ แบบไดนามิกซึ่งอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามกาลเวลา และสถานการณ์⁴³ ทำให้อาจมีการเพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตาม ธรรมชาติเมื่อวันเวลาและสถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป อีกทั้ง ความแข็งแกร่งในชีวิตยังเป็นการปรับตัวเชิงบวกที่ต้องใช้ระยะเวลา ในการสร้างและพัฒนา และมีปัจจัยหลายด้านที่เกี่ยวข้อง เช่น ความมีคุณค่าในตนเอง ความฉลาดทางอารมณ์ บรรยากาศ ในครอบครัว สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน และแรงสนับสนุนทางสังคม ในวัยรุ่น⁴¹ ดังนั้นจึงควรสนับสนุนให้มีกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ช่วย เสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้เด็กวัยรุ่นสามารถจัดการ กับสถานการณ์ ความเครียด และเสริมสร้างความแข็งแกร่ง

อย่างต่อเนื่อง โดยโปรแกรม RCI นับว่าเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้วัยรุ่นวัยเรียนสามารถระบุความรู้สึก ความคิด และวิธีการเผชิญสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้อย่างเหมาะสม ซึ่งใช้ระยะเวลาไม่นานสามารถทำได้ไม่ยากจนเกินไป จึงควรส่งเสริมให้ดำเนินกิจกรรม RCI อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ หรืออาจดำเนินการผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ เพื่อให้นักเรียนเข้าถึงได้ง่ายหรือสามารถนำไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมตามระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนตามปกติในโรงเรียน โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และครูในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต เพื่อให้เห็นผลของการศึกษาที่ชัดเจนและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหา โดยมีการเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายใต้บริบทของนักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและเป็นกลุ่มเฉพาะที่อยู่ในพื้นที่ในโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดกลาง ณ จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย การเลือกกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้สามารถทำได้เพียงในลักษณะของการสุ่มแบบเจาะจงกลุ่มตัวอย่างที่ได้คือนักเรียนที่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม อาจส่งผลให้เกิดภาวะ selection bias และมีลักษณะทางประชากรที่แตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้การออกจากการศึกษาก่อนกำหนดสูงถึงร้อยละ 44 อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งประเด็นเหล่านี้อาจกระทบถึงผลของการวิจัยได้ การที่นักเรียนในกลุ่มตัวอย่างบางคนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามโปรแกรมที่กำหนด ทำให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างลดลง และไม่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้ทั้งหมดภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม ส่งผลให้มีข้อจำกัดของการนำผลการวิจัยไปใช้อธิบายเพื่ออ้างอิงไปถึงประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรเลือกระเบียบวิธีวิจัยเป็นแบบ RCT โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอื่นๆ เช่น นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น กลุ่มเด็กด้อยโอกาส กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา รวมไปถึงนักศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการวิจัยระดับกว้าง โดยการสุ่มเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร และเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทำวิจัย จากการทำวิจัยครั้งนี้พบว่ามี drop out มากถึงร้อยละ 44 ดังนั้นนักวิจัยที่จะทำการศึกษา

ในอนาคตอาจพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นไปอีกถึงประมาณร้อยละ 50

2) ควรมีการจัดสรรเวลาเข้าโปรแกรมของนักเรียนให้สอดคล้องกับบริบทและสถานการณ์การเรียนการสอนที่โรงเรียนจัดให้ โดยออกแบบกิจกรรมและสร้างบรรยากาศในกลุ่มให้มีความสนุกสนานน่าสนใจมากยิ่งขึ้นเพื่อลด drop out และควรมีการเพิ่มกิจกรรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาหลังครบโปรแกรมในช่วงระหว่างหนึ่งเดือนภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ยั่งยืนในการลดภาวะซึมเศร้าและเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิต

3) ควรมีเพิ่มการวัดตัวแปรผลลัพธ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความสามารถในการเผชิญปัญหา และความหวัง โดยควรมีการติดตามต่อเนื่องในระยะยาว 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงในระยะยาวต่อไป

สรุป

โปรแกรมเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้าและเพิ่มความแข็งแกร่งในชีวิตให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายได้ในระยะภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมทันที ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากเนื้อหา กิจกรรม ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มในการดำเนินการ ส่งผลให้โปรแกรมดังกล่าวช่วยเสริมสร้างให้วัยรุ่นมีความสามารถในการรับมือกับปัญหา ทำให้เกิดการคิด การตัดสินใจอย่างมีเหตุผล สามารถรับมือกับวิกฤตและความท้าทายที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยลดภาวะซึมเศร้าลงได้ แต่อย่างไรก็ตามพบว่าไม่มีความเปลี่ยนแปลงของความแข็งแกร่งในชีวิตและภาวะซึมเศร้าในระยะยาว ทั้งนี้เป็นเพราะความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นการปรับตัวเชิงบวกที่ต้องใช้ระยะเวลาและความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการเสริมสร้างและพัฒนา จึงควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตและการเผชิญปัญหาไปประยุกต์ใช้กับนักเรียนที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง และมีการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายของกรมสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริม ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและวัยรุ่น โดยใช้โปรแกรม RCI ในการฝึกอบรมให้กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน ฯลฯ เพื่อร่วมกันเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่เด็กและวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้กระทรวงศึกษาธิการควรนำกิจกรรมการเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลช่วยเหลือนักเรียนตามปกติในโรงเรียน เพื่อร่วมกันเสริมสร้างความแข็งแกร่งในชีวิตให้แก่เด็กและวัยรุ่นอย่างสม่ำเสมอ

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ Dr.Sandra F. Allen ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ทำการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียน คณะครู ผู้ปกครอง และนักเรียนกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ชนกชนม์ โคตรสมบัติ: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; ชุชาติ วงศ์อนุชิต: ออกแบบการศึกษา ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2022; 61(2):287-305.
2. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-49.
3. Jirathikengkrai NV C, Thanoi W, Phetrasuwan S. Factor in predicting psychological well-being in late adolescents. *Nurs Sci J Thai* 2021; 39(2):77-89.
4. Townsend MC. Essentials of psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. 6th, editor. F.A. Davis company; 2014.
5. Cherry K. Identity vs. Role confusion in psychosocial development [Internet]. *Psychosocial development guide*; 2022 [cited 2023 Feb 5]. Available from: <https://www.verywellmind.com/identity-versus-confusion-2795735>.
6. Bodicherla KP, Shah K, Singh R, Arinze NC, Chaudhari G. School-based approaches to prevent depression in adolescents. *Cureus* 2021; 13(2):e13443.
7. WHO. Health statistics and information systems [Internet]. *Health topics*; 2019 [cited 2023 Jan 12]. Available from: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.
8. Roh BR, Jung EH, Hong HJ. A comparative study of suicide rates among 10-19-year-olds in 29 OECD countries. *Psychiatry Investig* 2018; 15(4):376-83.
9. Karayazi H. Suicide in adolescents: a case study. *JoA* 2023; 8:185-94.
10. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. *Lancet* 2016; 388(10053):1545-602.
11. Khesht-Masjedi MF, Shokrgozar S, Abdollahi E, Habibi B, Asghari T, Ofoghi RS, et al. The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *J Family Med Prim Care* 2019; 8(3):799-804.
12. Laksaneeyanawin T, Wattanaburanon A. Factors affecting depression of upper secondary school students in Mueang Chonburi district Chonburi province. *RDHSJ* 2022; 15(3):59-73.
13. Denny S, de Silva M, Fleming T, Clark T, Merry S, Ameratunga S, et al. The prevalence of chronic health conditions impacting on daily functioning and the association with emotional well-being among a national sample of high school students. *J Adolesc Health* 2014; 54(4):410-5.
14. Garnefski N, Kraaij V. Bully victimization and emotional problems in adolescents: moderation by specific cognitive coping strategies? *J Adolesc* 2014; 37(7):1153-60.
15. Janjatkarn B, Dallas JC, Nabkasom C. Predictive factors of depression among high school students in municipality, Chanthaburi. *JPNC* 2019; 30(2):60-75.
16. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 51:30-47.
17. Werner-Seidler A, Spanos S, Calear AL, Perry Y, Torok M, O'Dea B, et al. School-based depression and anxiety prevention programs: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021; 89:102079.
18. David OA, Cardoso RAI, Matu S. Is RETHink therapeutic game effective in preventing emotional disorders in children and adolescents? outcomes of a randomized clinical trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(1):111-22.
19. Rose K, Hawes DJ, Hunt CJ. Randomized controlled trial of a friendship skills intervention on adolescent depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2014; 82(3):510-20.
20. Livheim F, Hayes L, Ghaderi A, Magnusdottir T, Högfeldt A, Rowse J, et al. The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *J Child and Fam Stud* 2015; 24(4):1016-30.
21. Waters AM, Candy SG, Zimmer-Gembeck MJ, Groth TA, Craske MG, Bradley BP, et al. A school-based comparison of positive search training to enhance adaptive attention regulation with a cognitive-behavioural intervention for reducing anxiety symptoms in children. *J Abnorm Child Psychol* 2019; 47(11): 1821-40.
22. The Royal College of Pediatricians of Thailand. Clinical practice guideline for adolescents with depression. Bangkok: Beyond publishing co 2018; 17-60.
23. Allen SF. Resilience and coping intervention (RCI). Columbia: Disaster and community crisis center at the university of Missouri 2014.
24. Wu Y, Sang ZQ, Zhang XC, Margraf J. The relationship between resilience and mental health in chinese college students: A longitudinal cross-lagged analysis. *Front Psychol* 2020; 11:108.
25. Laird KT, Krause B, Funes C, Lavretsky H. Psychobiological factors of resilience and depression in late life. *Transl Psychiatry* 2019; 9(1):88.



26. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, et al. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56(10):813-24.
27. Tasijawa FA, Siagian I. School-based interventions to improve adolescent resilience: a scoping Review. *Open Access Maced J Med Sci* 2022; 10:33-40.
28. Houston JB, First J, Spialek ML, Sorenson ME, Mills-Sandoval T, Lockett M, et al. randomized controlled trial of the resilience and coping intervention (RCI) with undergraduate university students. *J Am Coll Health* 2017; 65(1):1-9.
29. Jiratchayaporn K, Chetchaovalit T. Effect of the enhancing resilience program of early adolescents at one school, Songkhla province. *JONAE* 2015; 7(4):104-18.
30. Kaiwikaikosol A, Anutat S, Nintachan P. The effect of resilience enhancing program on depression of nursing students at a nursing college. *JPNMH* 2015; 29(1):27-43.
31. Chitrak W, Nintachan P, Taweekoon T. The effect of the resilience enhancing program on depression and resilience of nursing students in a nursing college in the northeast region of Thailand. *JPNMH* 2015; 29(3):42-60.
32. Cohen. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Routledge 1988.
33. Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute. Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Beyond publishing co., ltd. 2018.
34. Campbell-Sills L, Stein MB. Psychometric analysis and refinement of the Connor- davidson resilience scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J Trauma Stress* 2007; 20(6):1019-28.
35. Vongsirimas N, Thanoi W, Klainin-Yobas P. Evaluating psychometric properties of the Connor–Davidson resilience scale (10-Item CD-RISC) among university students in Thailand. *J Nurs Sci* 2017; 35(3): 25-35.
36. Chaisuwannarak K, Thommachot P. Factors associated with depression in adolescents with cyberbullying. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(2):191-204.
37. Wingood GM, DiClemente RJ. The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV interventions. *JAIDS* 2008; 47:S40-S6.
38. Moonsorn S, Nabkasorn C, Intaput P, Lakthong S. Predictive factors of depression among senior high school students. *TPHSJ* 2023; 18(1):1-7.
39. Saksri A, Nintachan P, Taweekoon T. Relationships between resilience and depression and aggressive behaviors in adolescents exposed to violence. *J Ment Health Thai* 2016; 30(2):97-112.
40. Ketumarn P. Resilience [Internet]. Transformative learning for medical education; 2023 [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://web.facebook.com/share/p/RXiFamAoPaNHuC47/>
41. Wongkhan M, Nintachan P, Sangon S. Factors related to resilience in adolescents. *JPNMH* 2015; 29(1):57-75.
42. Inthasit Solawan, Sirikul Chulkiri, editors. *RQ: Resilience Quotient*. 4th ed. Nonthaburi: Beyond publishing co; 2020.
43. Stainton A, Chisholm K, Kaiser N, Rosen M, Upthegrove R, Ruhrmann S, et al. Resilience as a multimodal dynamic process. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13(4):725-32.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

สันติภาพ เยี่ยมโรสง*, ดร.ณิ รุจกรกานต์**

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเจ้า 100 ปี จังหวัดนครราชสีมา

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา การวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ โดยได้รับการจับคู่และสุ่มเข้ากลุ่มทดลองจำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้วิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย (PHQ-A) และ 3) โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) Repeated Measures ANOVA และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในกลุ่มทดลองหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันทีและหลังจากสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าช่วงหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองหลังโปรแกรมสิ้นสุดทันที และหลังจากสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สรุป โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดลง จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้เพื่อช่วยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้า

คำสำคัญ ความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ภาวะซึมเศร้า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Effects of Mindful Self-Compassion Enhancing Program on Depression in Junior High School Students

Santipap Yiamthaisong*, Darunee Rujkorakam**

*Psychiatry and Drugs Group of H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebrations Hospital, Nakhon Ratchasima Province

**Faculty of Nursing, Mahasarakham University

ABSTRACT

Objective: To study the effects of the Mindful Self-Compassion Enhancing Program on Depression in Junior High School Students in a district school of Nakhon Ratchasima Province.

Methods: Quasi-experimental research. The sample was 40 junior high school students who met the inclusion criteria. They were matched and randomly assigned equally to an experimental and a control group. The experimental group received four weeks of the Mindful Self-Compassion Enhancing Program. The control group received a routine provided care by their school. The research tools consisted of 1) a personal data recording form, 2) the Thai version of The Patient Health Questionnaire for Adolescents (PHQ-A), and 3) the Mindful Self-Compassion Enhancing Program. Data were analyzed using descriptive statistic, repeated measures ANOVA, and the paired sample *t*-test. The statistical significance level was set at .01 level.

Results: Within-experimental group comparison: Immediately after the program's completion, the junior high school students' mean depression score was lower than prior to beginning the program ($p \leq .01$). Six weeks after the program's completion, the mean depression score remained lower compared to their mean score both when beginning the program and also at the program's immediate completion ($p \leq .01$). Between-group comparison: The experimental group's mean depression score after the program's completion was lower than the control group's score ($p \leq .01$). After six weeks, the average depression score of the experimental group remained significantly lower than that of the control group ($p \leq .01$).

Conclusion: The results of this study suggest that the Mindful Self-Compassion Enhancing Program is a suitable intervention for junior high school students. The program's effectiveness in reducing depression, as evidenced by the significant decrease in mean depression scores, makes a compelling case for its use in this age group.

Keywords: Mindful Self-Compassion, Depression, Junior High School Students

Corresponding author: Darunee Rujkorakam

E-mail: drdarunee@gmail.com

Received 5 May 2024 Revised 22 July 2024 Accepted 24 July 2024

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตที่สำคัญและพบได้บ่อยในวัยรุ่นตอนต้นทั่วโลกคือภาวะซึมเศร้า โดยพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นทั่วโลกเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 24 ในปี 2544 - 2553 เป็นร้อยละ 37 ในปี 2554 - 2563 โดยในทวีปเอเชียและแอฟริกามีความชุกของภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด และพบว่าร้อยละ 34 ของวัยรุ่นทั่วโลก มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า¹ ซึ่งผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้าจะได้รับผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดผลกระทบด้านลบต่อการทำงาน การใช้ชีวิตภายในครอบครัวและภายในโรงเรียน และผลกระทบที่รุนแรงที่สุดคือ ภาวะซึมเศร้าสามารถนำไปสู่ความคิดการฆ่าตัวตาย² จากการศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทย อายุ 11 - 19 ปี จำนวน 5,345 คน ในโรงเรียน 13 เขตสุขภาพ พบว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 17.50 มีความคิดอยากตาย ร้อยละ 20.50 มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ร้อยละ 5.10 และเคยพยายามฆ่าตัวตาย ร้อยละ 6.40 วัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายมีโอกาสจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตาย 9.80 เท่า³ จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2565 พบวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี เข้ารับการรักษาโรคซึมเศร้า 3,018 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.42 ของประชากรจังหวัดนครราชสีมาทุกกลุ่มอายุที่เข้ารับการรักษารวมโรคซึมเศร้า มีการพยายามฆ่าตัวตาย 82 ราย ในจำนวนนี้มีสาเหตุจากภาวะซึมเศร้า 56 ราย คิดเป็นร้อยละ 68.29 นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี มีการฆ่าตัวตายสำเร็จ 5 ราย เนื่องจากภาวะซึมเศร้า 3 ราย⁴ ส่วนในอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมาที่เป็นพื้นที่วิจัยครั้งนี้ พบว่ามีผู้ที่เข้ารับการรักษารวมโรคซึมเศร้าในปีงบประมาณ 2563 - 2565 จำนวน 43, 48 และ 54 รายตามลำดับ โดยในจำนวนนี้พบว่าเป็นวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 11.62, 12.50 และ 16.60 ตามลำดับ เฉพาะปีงบประมาณ 2564 และ 2565 มีการพยายามฆ่าตัวตายเนื่องจากมีภาวะซึมเศร้า 7 ราย และ 4 ราย ตามลำดับ และในปีงบประมาณ 2565 พบการฆ่าตัวตายสำเร็จในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 2 ราย คิดเป็น 7.19 ต่อแสนประชากร⁵

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เป็นวัยรุ่นตอนต้น อายุระหว่าง 10 - 15 ปี เป็นช่วงชีวิตที่มีการปรับเปลี่ยนจากวัยเด็กเข้าสู่วัยรุ่น มีการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่สามารถผ่านพัฒนาการด้านต่างๆ ในช่วงนี้ได้ จะส่งผลให้เกิดปัญหาในเรื่องการปรับตัวและการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์

และความคิด จนทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและการฆ่าตัวตายได้ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลที่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ได้แก่ ความคิดทางด้านลบและพฤติกรรมการเผชิญปัญหา โดยสามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้ร้อยละ 17.90⁶ หากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นขาดทักษะการจัดการกับปัญหา อุปสรรค ความคิดและพฤติกรรมทางด้านลบ จะส่งผลทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าและความผิดปกติทางจิตอื่นๆ มากขึ้น และหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าความคิดแบบหมกมุ่นครุ่นคิด (ruminative thought) ซึ่งเป็นลักษณะความคิดที่ตอบสนองต่อความกดดัน ความเครียด ด้วยความคิดแบบเดิมๆ ซ้ำๆ คือมีความคิดแบบยึดติด คิดวนเวียนอยู่กับความคิดด้านลบของตนเอง โดยที่ไม่จัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดภาวะซึมเศร้ามากที่สุด⁷ ด้วยการช่วยเหลือที่เหมาะสมจะช่วยให้วัยรุ่นในช่วงอายุนี้สามารถรับมือกับปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ ได้⁸

หลักฐานทางวิชาการพบการช่วยเหลือวัยรุ่นที่มีภาวะซึมเศร้ามีหลายแนวทางที่ได้มีการนำมาใช้และในหนึ่งแนวทางนั้น ได้แก่ การช่วยเหลือด้วยการกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) ถึงผลของความกรุณาต่อตนเองในการป้องกันและรักษาภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น พบว่าความกรุณาต่อตนเองสามารถลดภาวะซึมเศร้าได้ และมีข้อแนะนำให้มีการศึกษาในเรื่องนี้ให้มากขึ้นต่อไป⁹ จากการวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) พบว่ามีการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเองในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งบ่งชี้ผลลัพธ์ความสัมพันธ์ที่ผกผันระหว่างความกรุณาต่อตนเองกับภาวะซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย^{10,11} เนฟและเกอเมอร์ได้ออกแบบหลักสูตรชื่อว่าความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ (Mindful Self-Compassion: MSC) สำหรับประชาชนทั่วไป ซึ่งสามารถลดภาวะซึมเศร้าในกลุ่มตัวอย่างได้¹² สำหรับในกลุ่มวัยรุ่น บลัดและคณะได้ศึกษาโปรแกรมความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งผลของโปรแกรมมีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับจากกลุ่มวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรม และวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลง⁸ คัมโปและคณะ ศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับและผลลัพธ์ของรูปแบบความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ผ่านการประชุมทางวิดีโอสำหรับวัยรุ่นที่เป็นมะเร็งแล้วรอดชีวิตหลังการรักษา โดยผู้ที่เข้าร่วมยอมรับและเห็นประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้าของผู้เข้าร่วมโปรแกรมยังลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹³ บลัดและคณะ ศึกษาความเป็นไปได้ การยอมรับ และผลลัพธ์เบื้องต้นในกลุ่มวัยรุ่นข้ามเพศ

โดยการใช้ความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ซึ่งโปรแกรมเป็นรูปแบบออนไลน์บนแพลตฟอร์ม ZOOM แบบกลุ่ม พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 3 เดือน¹⁴

ผู้วิจัยจึงได้นำรูปแบบแนวคิดความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติมาใช้ลดภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ที่ส่วนใหญ่เกิดจากความคิดหมกมุ่นอยู่กับความผิดหวัง คิดตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง ถูกเปรียบเทียบ ไม่ได้ได้รับการยอมรับ ส่งผลให้เกิดการคิดที่ขยายความมากเกินไปจนความเป็นจริง^{15,16} การฝึกสติจะช่วยหยุดความคิดที่เกินเลย ทำให้รับรู้และเกิดความรู้สึกร่วมกับภาวะปัจจุบัน สามารถควบคุมอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกของตนได้อย่างไม่เกิดอคติหรือจมดิ่งไปกับอารมณ์ ความคิดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น¹⁷ และความกรุณาต่อตนเองจะช่วยให้วัยรุ่นรู้จักรักตนเอง ให้อภัย ปลอบโยนและใจดีกับตนเอง แทนการตัดสิน ตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง^{17,18} ประกอบกับยังไม่มีมีการนำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในกลุ่มวัยรุ่นในประเทศไทย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่อยู่ในระบบโรงเรียนที่เป็นกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น ให้มีการฝึกทักษะความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตัวนักเรียนและสามารถนำไปใช้ได้ตลอดชีวิต¹⁹ ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ (Mindful Self-Compassion: MSC) มาใช้ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของความคิดด้านลบต่อตนเองอย่างหมกมุ่น ครุ่นคิดตลอดเวลา จนทำให้เกิดโรคซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจาก

โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) โดยใช้รูปแบบการทดลอง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แบบวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 12 - 16 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 2 ที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า จำนวน 207 คน พบว่ามีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย 33 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง 23 คน มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก 6 คน และมีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง 2 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนเพศชายและเพศหญิง อายุ 12 - 16 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ปีการศึกษา 2566 ภาคเรียนที่ 2 ในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดนครราชสีมา ที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ซึ่งผู้ปกครองยินยอมให้นักเรียนเข้าร่วมการวิจัย โดยนักเรียนก็ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*POWER Version 3.1.9.7 โดยคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากการศึกษาของจินดามาตย์ ชิมหาสัจคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ เรื่องผลของโปรแกรมการฝึกความกรุณาตนเองด้วยการเจริญสติต่ออาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า²⁰ ได้ค่าอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.86 ค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ที่ 0.80 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α) เท่ากับ 0.05 ซึ่งคำนวณกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มได้จำนวน 18 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 36 คน ระหว่างดำเนินการวิจัยที่มีกิจกรรมต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาจจะมีนักเรียนกลุ่มตัวอย่างย้ายโรงเรียนหรือไม่ยินยอมเข้าร่วมโปรแกรมต่อ ซึ่งทำให้เกิดการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม (drop out) ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มคือ 20 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดคือ 40 คน เกณฑ์ในการตัดเข้า คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง จากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับ

ภาษาไทย (Thai version of the Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A) 2) ไม่มีโรคทางจิตอื่นๆ 3) ไม่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเอง จากการใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นฉบับภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและได้รับการลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยจากผู้ปกครอง

เกณฑ์การยุติการศึกษา คือ 1) มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรงระหว่างการทดลอง ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) เปลี่ยนใจหรือไม่สมัครใจเข้าร่วมโปรแกรมระหว่างทำการศึกษาวิจัย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) โดยการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (pair match) ในเรื่องระดับภาวะซึมเศร้าและเพศ ผู้วิจัยจับคู่กลุ่มตัวอย่างทีละคู่จนครบ 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 20 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสของบิดามารดา บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนพี่น้อง ความสัมพันธ์ในครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเพื่อน โรคประจำตัวและประวัติภาวะซึมเศร้าของบุคคลในครอบครัว

2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย สำหรับวัยรุ่นอายุ 11 - 20 ปี แปลและปรับปรุงโดย วิมลวรรณ ปัญญาว่อง และคณะ²¹ ซึ่งแปลมาจาก The Patient Health Questionnaire for Adolescents: PHQ-A เป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ประกอบด้วย 9 คำถาม เพื่อบอกความรุนแรงของอาการภาวะซึมเศร้าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีเลย (0 คะแนน) มีบางวัน (1 คะแนน) มีมากกว่า 7 วัน (2 คะแนน) และมีแทบทุกวัน (3 คะแนน) คะแนนรวมตั้งแต่ 0 - 27 คะแนน นอกจากนี้ยังได้เพิ่มข้อคำถามอีก 2 คำถาม กรณีวัยรุ่นที่มีความเสี่ยงฆ่าตัวตายและทำร้ายตนเองโดยไม่นำมาคิดคะแนน ซึ่งมีการแปลผลการประเมินคือ คะแนนรวม 0 - 4 คะแนน ไม่มีภาวะซึมเศร้า คะแนนรวม 5 - 9 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อย

คะแนนรวม 10 - 14 คะแนน มีภาวะซึมเศร้าปานกลาง คะแนนรวม 15 - 19 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ามาก และคะแนนรวม 20 - 27 คะแนน มีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยการนำไปทดสอบกับนักเรียนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือ ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.81

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ตามแนวคิด Mindful Self-Compassion ของเนฟและเกอเมอร์¹² แปลเป็นภาษาไทยโดยจินตมาศ ชีมหาสัจคุณ และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ โดยได้ศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต และพบว่ามีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.0²⁰ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตนำมาใช้โดยไม่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาของโปรแกรม ดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 8 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 90 นาที ดำเนินการติดต่อกัน 4 สัปดาห์ แบ่งเป็น 8 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ครั้ง เป็นการบำบัดแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม โดยมีขั้นตอนดังนี้ ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) และภาวะซึมเศร้า ครั้งที่ 2 ให้ความรู้และฝึกสติด้วยสมาธิ การค้นหาและตรวจสอบการหมกมุ่นครุ่นคิด ครั้งที่ 3 การฝึกสติ การฝึกวิเคราะห์ความหมกมุ่นครุ่นคิดและการฝึกการรับรู้ตามจริงโดยไม่ตัดสิน ครั้งที่ 4 การฝึกสติเพื่อให้รู้ตามการใช้งานที่ดำรงอยู่ การจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด ด้วยการค้นหาเสียงความกรุณาของตนเอง ครั้งที่ 5 การฝึกสติด้วยการสังเกตความรู้สึกทั่วร่างกาย การรู้ทันความหมกมุ่นครุ่นคิด ครั้งที่ 6 การฝึกสติด้วยการเมตตาตนเองและให้อภัย ปลดปล่อยการหมกมุ่นครุ่นคิด การจัดการกับอารมณ์ที่ยุ่งยากและการเบี่ยงเบนอารมณ์ที่ยุ่งยาก ครั้งที่ 7 การฝึกสติ การฝึกการแก้ปัญหาการหมกมุ่นครุ่นคิดโดยการฝึกปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relationship) และครั้งที่ 8 การฝึกสติ การฝึกใช้ประสบการณ์ที่เรียนรู้และทบทวนทักษะทั้งหมด ในการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิด สรุปกิจกรรมและยุติการทำกลุ่ม

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ใบรับรองเลขที่ 378-301/2566 ดำเนินการคัดกรองนักเรียนจำนวน 207 คน ด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น ฉบับภาษาไทย โดยพยาบาลอนามัยโรงเรียน แล้วนำข้อมูลคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนที่อยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 56 คน มาคัดตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) และจับคู่ (pair match) กลุ่มตัวอย่างที่ละคู่ และทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) ด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนได้กลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่มกลุ่มละ 20 คน

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้รับการฝึกอบรมเรื่องการฝึกสติโปรแกรมสร้างสุขด้วยสติในองค์กร (Mindfulness in organization: Mio) ของกรมสุขภาพจิต แบบออนไลน์ และฝึกปฏิบัติการเจริญสติที่วัดป่าสุคะโต จังหวัดชัยภูมิ รวมทั้งการฝึกอบรม Mindful Self-Compassion Primer Online Course เรื่อง Introduction to Mindful Self-Compassion และศึกษาจากวิดีโอทาง YouTube ของ Center for Mindful Self-Compassion หัวข้อ Chirstopher Germer on Mindful Self-Compassion สำหรับการทดลองดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติของโรงเรียนจำนวน 4 ครั้ง ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยได้รับการดูแลทางจิตสังคมจากพยาบาลจิตเวชชุมชน ซึ่งจะไม่ทราบว่าเป็นนักเรียนแต่ละคนอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลอง กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แหล่งขอความช่วยเหลือ และถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะมีการส่งต่อเพื่อให้การช่วยเหลือตามความเหมาะสม กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างใน 4 สัปดาห์ และ 10 สัปดาห์ หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งแรกเพื่อรับการประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับกลุ่มทดลอง จะถูกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกระบวนการกลุ่ม คือ มีจำนวนสมาชิกกลุ่ม 8 - 12 คน²² ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ และมีการมอบหมายการบ้านให้กลับไปทำที่บ้าน ภายใต้การทำกิจกรรมกลุ่มมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม และมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ทำหน้าที่ในการสังเกตบันทึกกิจกรรมและบรรยากาศที่เกิดขึ้น เพื่อจะช่วยในการกำกับว่ากิจกรรมนั้นเป็นไปตามโปรแกรมที่วางไว้หรือไม่ ภายหลังกิจกรรมสิ้นสุดลงแล้วพยาบาลจิตเวชชุมชนได้ประเมินภาวะซึมเศร้าทันที และนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งใน 6 สัปดาห์ เพื่อรับการประเมินภาวะซึมเศร้า

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test สถิติ Fisher's exact test และสถิติ t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในช่วงก่อน ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA พบการละเมิดข้อตกลงเรื่องความเท่ากันของความแปรปรวนของชุดข้อมูล (sphericity) จึงเลือกใช้วิธีทดสอบ Greenhouse-Geisser Epsilon และเปรียบเทียบพหุคูณ (multiple comparison) โดยใช้วิธีทดสอบแบบ Bonferroni

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test

ผลการศึกษา

การเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับ $p > .05$ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าช่วงก่อน และภายหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ในกลุ่มทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า มีความแตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ $[F(1.37, 32.76) = 136.78, p < .001]$ ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละคู่ $[F(1.50, 38.30) = .51, p = .55]$ ดังตารางที่ 2 และจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparison) ในกลุ่มทดลอง พบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ยังพบว่าคะแนนภาวะซึมเศร้าหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าช่วงหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนกลุ่มควบคุม จากการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนน

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Test value	p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
เพศ					0.00 ^a	1.00
ชาย	6	(30.0)	6	(30.0)		
หญิง	14	(70.0)	14	(70.0)		
อายุ					1.65 ^t	.10
12 ปี	2	(10.0)	0	(0)		
13 ปี	10	(50.0)	9	(45.0)		
14 ปี	7	(35.0)	7	(35.0)		
15 ปี	1	(5.0)	4	(20.0)		
Mean=13.55, SD= .783						
ระดับการศึกษาปัจจุบัน					3.48 ^a	.17
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	5	(25.0)	9	(45.0)		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	8	(40.0)	3	(15.0)		
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	7	(35.0)	8	(40.0)		
โรคประจำตัว					.78 ^b	.66
ไม่มี	18	(90.0)	16	(80.0)		
มี หอบหืด ภูมิแพ้ ไตอักเสบ	2	(10.0)	4	(20.0)		
ความสัมพันธ์กับเพื่อน						
ใกล้ชิดสนิทสนม	20	(100)	20	(100)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว					.45 ^t	.65
2 - 4 คน	10	(50.0)	8	(40.0)		
5 - 8 คน	10	(50.0)	12	(60.0)		
Mean=4.85, SD=1.406						
จำนวนพี่น้อง					1.65 ^b	.90
ลูกคนเดียว	2	(10.0)	2	(10.0)		
1 คน	8	(40.0)	6	(30.0)		
2 คน	4	(20.0)	5	(25.0)		
3 คน	5	(25.0)	4	(20.0)		
มากกว่า 3 คน	1	(5.0)	3	(15.0)		
รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน)					2.11 ^b	.60
น้อยกว่า 5,000 บาท	8	(40.0)	10	(50.0)		
5,001 - 10,000 บาท	6	(30.0)	7	(35.0)		
10,001 - 20,000 บาท	4	(20.0)	1	(5.0)		
มากกว่า 20,000 บาท	2	(10.0)	2	(10.0)		

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		Test value	p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)		
สถานภาพสมรสของบิดามารดา					1.97 ^b	.72
คู่	7	(35.0)	8	(40.0)		
แยกทาง/หย่าร้าง	10	(50.0)	10	(50.0)		
หม้าย (บิดา/มารดาเสียชีวิต)	3	(15.0)	1	(5.0)		
ทั้งบิดาและมารดาเสียชีวิต	0	(0)	1	(5.0)		
บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย					3.39 ^b	.38
บิดาและมารดา	4	(20.0)	3	(15.0)		
มารดา	6	(30.0)	2	(10.0)		
ปู่ ย่า ตา ยาย	9	(45.0)	14	(70.0)		
อื่นๆ ป้า น้า	1	(5.0)	1	(5.0)		
ความสัมพันธ์ในครอบครัว					.00 ^b	1.00
ใกล้ชิดสนิทสนม	16	(80.0)	16	(80.0)		
มีปัญหา ไม่เข้าใจกัน	4	(20.0)	4	(20.0)		
ประวัติการเป็นโรคซึมเศร้าในครอบครัว					1.11 ^b	.60
ไม่มีประวัติโรคซึมเศร้า	17	(85.0)	19	(95.0)		
มีประวัติโรคซึมเศร้า	3	(15.0)	1	(5.0)		

^a=Chi-square test, ^b=Fisher's exact test, ^c=t-test

ตารางที่ 2 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วงก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สิ้นสุดทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	SS	df	MS	F	p	SS	df	MS	F	p
ระหว่างเวลา	235.90	1.37	171.45	136.78	<.001	1.03	1.50	.68	.51	.55
ภายในช่วงเวลาเดียวกัน	32.76	26.14	1.52			38.30	28.65	1.33		

เฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ พบว่าทั้งหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ คะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของนักเรียนกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=7.77, p<.01$) ($t=13.22, p<.01$) โดยคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ดัง**ตารางที่ 4**

วิจารณ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยผลการศึกษาพบว่าสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ ได้รับการสนับสนุน คือ

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างหลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการ

ตารางที่ 3 ผลการทดสอบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ช่วงก่อนและภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสั้นสุดทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะของการได้รับโปรแกรม	กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม			
		ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	หลังได้รับ		ก่อนได้รับ	หลังได้รับ	หลังได้รับ
	X ⁻	โปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม 6 สัปดาห์	X ⁻	โปรแกรม	โปรแกรม	โปรแกรม 6 สัปดาห์
		8.60	4.95	4.00		8.60	8.30	8.55
ก่อนได้รับโปรแกรม	8.60	-	3.65**	4.60**	8.60	-	.30	.05
หลังได้รับโปรแกรม	4.95		-	.95**	8.30		-	-.25
หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	4.00			-	8.55			-

**p< .01

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในช่วงก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสั้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์

คะแนนภาวะซึมเศร้า	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t	df	p-value
	X ⁻	SD	X ⁻	SD			
ก่อนได้รับโปรแกรม	8.60	2.13	8.60	2.08	0.00	19	1.00
หลังได้รับโปรแกรม	4.95	1.09	8.30	1.97	7.77	19	<.001
หลังได้รับโปรแกรม 6 สัปดาห์	4.00	1.17	8.55	2.03	13.22	19	<.001

เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บลัธและคณะ⁸ ที่พบว่าวัยรุ่นที่เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เช่นเดียวกับการศึกษาของ คัมโปและคณะ¹³ ที่พบว่าผู้เข้าร่วมเห็นประโยชน์ที่ได้จากการเข้าร่วมโปรแกรม และมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บลัธและคณะ¹⁴ ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมและในระยะติดตามผล 3 เดือน ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากองค์ประกอบของกิจกรรมในโปรแกรมที่ทุกขั้นตอนของกิจกรรมจะมีการฝึกสติ ด้วยวิธีการรับรู้ลมหายใจ การฝึกรับรู้ความรู้สึกทางกาย (body scan) และมีการใช้เครื่องเตือนสติ ซึ่งทำให้ลดอาการทางด้านความคิดของผู้เข้าร่วมโปรแกรมลง โดยทำให้ไม่จมอยู่กับความคิดด้านลบ ประสบการณ์ที่เลวร้ายและหมกมุ่นครุ่นคิดถึง ความทุกข์ ความผิดหวังที่ผ่านมา²³⁻²⁵ ส่งผลให้ตระหนักรู้กับปัจจุบัน เกิดสภาวะจิตพักแต่รู้ตัวตลอดเวลา จิตว่างจากความคิดทั้งปวง จนเกิดความผ่อนคลาย^{17,26} นอกจากนี้ยังมีการฝึกทักษะ

ความกรุณาต่อตนเอง ด้วยการฝึกกอดตัวเอง ปล่อยโยนตัวเอง ด้วยการพูดกับตัวเอง การค้นหาเสียงความกรุณาต่อตนเอง การเมตตาและให้อภัยตัวเอง ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีการสร้างฮอริโมนออกซิโทซิน²⁷ ก่อให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อารมณ์อ่อนโยนสงบ ใจดีกับตัวเอง เห็นอกเห็นใจตัวเอง สามารถปฏิบัติต่อตนเองด้วยความรักและความเข้าใจอย่างอ่อนโยนในยามที่ตนเองประสบกับความทุกข์ ความผิดพลาดและความล้มเหลว โดยไม่ตัดสินตนเอง ด้วยการกล่าวโทษ ตำหนิและวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง^{12,24,25} และทำให้เกิดความเข้าใจว่าทุกคนล้วนต้องพบเจอทั้งความสุข ความทุกข์ ความผิดพลาด ความผิดหวัง ไม่ใช่เกิดขึ้นกับตนเองเพียงคนเดียว ส่งผลให้ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยวและแปลกแยกจากคนอื่น ทำให้มีความหวังในการจัดการกับความทุกข์ ซึ่งเป็นการป้องกันไม่ให้จมอยู่กับความคิดหรืออารมณ์ทางด้านลบ²³⁻²⁵ ประกอบกับกิจกรรมในโปรแกรมมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า ทำให้ผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมมีความเข้าใจในพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าและตระหนักรู้ในผลกระทบจากโรคซึมเศร้า

ที่มีผลต่อชีวิตตนเอง องค์ประกอบทั้งหมดของกิจกรรมในโปรแกรม การเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสตินี้ จึงส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าของผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมลดลงได้

คะแนนภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากโปรแกรมสิ้นสุดลงทันที และภายหลังสิ้นสุดลง 6 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เนฟและเกอเมอร์¹² ที่พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรม มีระดับอาการซึมเศร้ามลดลงกว่าผู้ที่ได้รับการบำบัดตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากลักษณะของกิจกรรมในโปรแกรมที่มีทั้งการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคซึมเศร้า และการฝึกปฏิบัติร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นหลักในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในวิธีการจัดการกับความหมกมุ่นครุ่นคิดจนก่อให้เกิดปัจจัยบำบัดตามแนวคิดของ เออร์วิน ดี ยาลอม^{22,28} และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ที่เข้าร่วมกลุ่มที่ประสบปัญหาคล้ายกัน ทำให้ตระหนักว่าตนเองไม่ใช่คนเดียวในโลกที่มีปัญหารวมทั้งได้รับกำลังใจ ความเห็นอกเห็นใจจากผู้เข้าร่วมกลุ่มในการต่อสู้กับปัญหาของตนเอง ก่อให้เกิดการเพาะความหวัง ไม่ยอมจำนนกับปัญหานั้น²⁵ เกิดความรู้สึกได้ทำประโยชน์ เมื่อตนเองแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนะนำแนวทางในการแก้ไขปัญหาให้กับคนอื่น ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่า มีความหมายต่อบุคคลอื่น²⁵ เกิดการเรียนรู้สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลด้วยการสื่อสารอย่างมีสติ มีการปรับและแก้ไขปัญหาร่วมกันที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดทักษะการเข้าสังคม ได้เปิดเผยตนเองและฝึกการกล้าพูด กล้าถาม ขอบอกคุณ จนทำให้เกิดความเป็นปึกแผ่นความคุ้นเคยกัน ไว้วางใจกัน เห็นอกเห็นใจกันภายในกลุ่มและพร้อมที่จะช่วยกันแก้ไขปัญหา ความทุกข์ยาก ซึ่งจากปัจจัยทั้งหมดจึงส่งผลให้ระดับคะแนนภาวะซึมเศร้ามลดลงอย่างชัดเจนในนักเรียนกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม

ข้อจำกัด

การวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย แต่ก็ได้มีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับตอบคำถามงานวิจัยนี้ และเป็นการศึกษาผลหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมฯ ทันทีและสิ้นสุดโปรแกรมฯ 6 สัปดาห์ซึ่งเป็นการศึกษาระยะสั้น ประกอบกับศึกษาเฉพาะกลุ่มนักเรียนที่มีภาวะซึมเศร้าระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เนื่องจากเป้าหมายของการศึกษาคือลดภาวะซึมเศร้าและป้องกันการเกิดโรคซึมเศร้า จึงไม่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มีอาการรุนแรงได้

สรุป

โปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติ ส่งผลทำให้ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นลดลง จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ลดระดับภาวะซึมเศร้าและป้องกันโรคซึมเศร้าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการประเมินติดตามผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความกรุณาต่อตนเองร่วมกับการฝึกสติสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อประเมินผลลัพธ์ในการเปลี่ยนแปลงในระยะยาว และควรมีการศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตพื้นที่อื่นๆ รวมทั้งในประชากรกลุ่มอื่นๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการออกแบบการดำเนินการดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ คุณจินตมาศ สิมหาสัจคุณ และรองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนำโปรแกรมมาใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงเรียนและผู้ปกครอง ที่กรุณาอนุญาตให้นักเรียนเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน

ผู้นิพนธ์ขอแจ้งว่าไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

นายสันติภาพ เยี่ยมโรส: ออกแบบการศึกษา เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล เขียนบทความ; รองศาสตราจารย์ ดร.ดรฤณี รุจกรกานต์: ออกแบบการศึกษา ให้คำปรึกษาในกระบวนการวิจัย ตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล และแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Shorey S, Ng ED, Wong CHJ. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Psychol* 2022; 61(2): 287-305.
2. Lu B, Lin L, Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2024; 354: 553-62.
3. Panyawong W, Santitadukul R, Pavasuthipaisit C. Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 public health region: prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents. *J Ment Health Thai* 2020; 28(2): 136-49.
4. Nakhon Ratchasima Health Provincial Office. Annual report 2023. Nakhon Ratchasima: Nakhon Ratchasima Health Provincial Office; 2023.
5. H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebration Hospital. Annual report 2023. Nakhon Ratchasima: H.R.H. The Princess Mother's Centenary Celebration Hospital; 2023.
6. Boonprathum P, Hengudomsub P, Vatanasin D. Factors influencing depression among adolescents in extended opportunity schools. *J Pub Health Nurse* 2017; 31(2): 43-58.
7. Bartoskova M, Sevcikova M, Durisko Z, Maslej MM, Barbic SP, Preiss M, Andrews PW. The form and function of depressive rumination. *Evolution and Human Behavior* 2018; 39(3): 277-89.
8. Bluth K, Gaylord SA, Campo RA, Mullarkey MC, Hobbs L. Making friends with yourself: a mixed methods pilot study of a mindful self-compassion program for adolescents. *Mindfulness* 2016; 7(2): 479-92.
9. Egan SJ, Rees CS, Delalande J, Greene D, Fitzallen G, Brown S, Webb M, Finlay-Jones A. A review of self-compassion as an active ingredient in the prevention and treatment of anxiety and depression in young people. *Adm Policy Ment Health* 2022; 49(3): 385-403.
10. Hughes M, Brown SL, Campbell S, Dandy S, Cherry MG. Self-compassion and anxiety and depression in chronic physical illness populations: a systematic review. *Mindfulness* 2021; 12: 1597-610.
11. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness* 2019; 10(8): 1455-73.
12. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol* 2013; 69(1): 28-44.
13. Campo RA, Bluth K, Santacroce SJ. A mindful self-compassion videoconference intervention for nationally recruited post treatment young adult cancer survivors: feasibility, acceptability, and psychosocial outcomes. *Support Care Cancer* 2017; 25(6): 1759-68.
14. Bluth K, Lathren C, Clepper-Faith M, Larson LM, Okunbamowo DO, Pflum S. Improving mental health among transgender adolescents: implementing mindful self-compassion for teens. *Journal of Adolescent Research* 2021; Advance online publication. doi: 10.1177/07435584211062126.
15. Insuanee P, Saengpak C, Mueanchoo S. Nursing care of adolescent with depression. *JNHR* 2017; 18(2): 14-27.
16. Suntaphun P, Bussahong S, Srisoem C. Adolescent depression: nursing roles. *KJN* 2019; 26(1): 187-99.
17. Phoyen K. Enhancing happiness in life with the concept of self-compassion. *J Education Silpakorn University* 2023; 21(2): 11-23.
18. Thammarongpreechachai P. Wisdom of happiness through self-compassion. *J Liberal Arts Maejo University* 2021; 9(2): 224-37.
19. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol* 2023; 74: 193-218. doi: 10.1146/annurev-psych-032420-031047.
20. C-Maharsujchakuen J, Uthis P. The effect of mindful self-compassion training program on depression in persons with depressive disorder. *J Royal Thai Navy Medical* 2019; 46(1): 98-114.
21. Panyawong W, Pavasuthipaisit C, Santitadukul R. Development of the Thai version of the patient health questionnaire for adolescents (PHQ-A). Bangkok: Beyond publishing; 2018.
22. Tungpunkom P. Group psychotherapy for health care professions: concept and applications. 2nd ed. Chiang Mai: Krongchang printing; 2014.
23. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: what it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In: Ostafin B, Robinson M, Meier B, editors. *Handbook of mindfulness and self-regulation*. New York: Springer; 2015. p. 121-37.
24. Dreisoerner A, Junker NM, Van Dick R. The relationship among the components of self-compassion: a pilot study using a compassionate writing intervention to enhance self-kindness, common humanity, and mindfulness. *J Happiness Stud* 2021; 22: 21-47.
25. Lotrakul M, Sukanich P. *Ramathibodi Essential Psychiatry*. 4th ed. Bangkok: Department of Psychiatry Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital; 2015.
26. Department of Mental Health. *Mindfulness in organization: MIO*. 4th ed. Bangkok: Beyond publishing; 2017.
27. Jiang J, Yang M, Tian M, Chen Z, Xiao L, Gong Y. Intertwined associations between oxytocin, immune system and major depressive disorder. *Biomed Pharmacother* 2023; 163: 114852.
28. Yalom ID, Leszcz M. *The theory and practice of group psychotherapy*. 6th ed. New York: Basic Books; 2020.

การสำรวจปัญหาการนอนของเด็กวัยเรียน: การวิเคราะห์ภาคตัดขวางและความสัมพันธ์กับการมีวินัยโรคจิตเวชของเด็ก คุณภาพการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู

ณิชาวรรณ จงรักนรินทร์*, สุวรรณ พุทธิศรี*, มนธรา ทองปาน*, จริยา จุฑาภิสิทธิ์**, กมลวรรณ เฝื่อนผล***, พรประพิมพ์ โปธา****

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

**ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

***ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

****ศูนย์กายภาพบำบัด คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความแตกต่างของปัญหาการนอนระหว่างเด็กวัยเรียนที่มีโรคจิตเวชและกลุ่มควบคุม และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับในเด็กวัยเรียนกับการมีวินัยโรคจิตเวช รวมถึงคุณภาพการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้ใช้การสำรวจแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) โดยทำการเก็บข้อมูลในเด็กไทย อายุ 6 - 10 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 - 4 จากโรงเรียนรัฐบาล สำหรับปัญหาการนอนในเด็กนั้นจะใช้แบบสอบถามปัญหาการนอนในเด็กฉบับภาษาไทย (the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) - Thai version) และใช้แบบสอบถามคุณภาพการนอนหลับของพิตส์เบิร์กฉบับแปลภาษาไทย (The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) - Thai version) และใช้แบบวัดความรู้สึกเครียด (Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10)) เพื่อประเมินปัญหาการนอนและความเครียดของผู้เลี้ยงดู จากนั้นจะนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจิสติก (binary logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อปัญหาการนอนในเด็กและหาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาการนอนหลับในเด็ก และใช้การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนรวมของ CSHQ

ผลการศึกษา มีผู้เข้าร่วมในการศึกษาทั้งหมด 202 คน ประกอบด้วยเด็กที่มีโรคทางจิตเวชจำนวน 87 คน และเด็กในกลุ่มควบคุมจำนวน 115 คน โดยเด็กในกลุ่มที่มีโรคทางจิตเวชจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมของ CSHQ สูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม (49.99 และ 47.82) และในกลุ่มเด็กที่มีโรคทางจิตเวชจะพบร้อยละของเด็กที่มีปัญหาการนอนมากกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (57.47% และ 45.22%) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์แบบมีนัยสำคัญทางสถิติกับปัญหาการนอนของเด็ก ได้แก่ การมีวินัยโรคจิตเวช การเข้ายา ปัญหาการนอนหลับและความเครียดของผู้เลี้ยงดู อย่างไรก็ตามเมื่อทำการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอนพบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อคะแนนรวมของ CSHQ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การมีวินัยโรคจิตเวช ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหลัง 5 โมงเย็น คะแนนความเครียดของผู้เลี้ยงดู และรายได้ต่อเดือนของผู้เลี้ยงดู

สรุป เด็กที่มีวินัยโรคจิตเวชจะมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดปัญหาการนอน แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยอื่นๆ เช่น การดื่มเครื่องดื่มคาเฟอีน ความเครียดของผู้เลี้ยงดู และรายได้ต่อเดือนของผู้เลี้ยงดูก็มีผลต่อปัญหาการนอนของเด็กเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรค้นหาและรักษาปัญหาการนอนในเด็กทุกคนโดยเร็ว ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสุขอนามัยการนอนที่ดี และการจัดการความเครียดทั้งในเด็กและผู้เลี้ยงดูก็มีความสำคัญ เพื่อให้เกิดสุขภาวะที่ดีอย่างเป็นภาพรวม

คำสำคัญ ปัญหาการนอนในเด็ก โรคจิตเวชในเด็ก คุณภาพการนอนของผู้ดูแล ความเครียดของผู้ดูแล

Corresponding author: สุวรรณ พุทธิศรี

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

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

วันรับ : 21 มีนาคม 2567 วันแก้ไข : 17 มิถุนายน 2567 วันตอบรับ : 21 มิถุนายน 2567

Exploring Sleep Problems in School-Age Children: A Cross-Sectional Analysis and Association with Children's Psychiatric Diagnoses, Caregivers' Sleep Quality, and Stress

Nitchawan Jongrakthanakij*, Suwannee Putthisri*, Masatha Thongpan*, Jariya Chuthapisith**, Kamonwan Phadermphol***, Pornprapim Pota****

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

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

***Nursing Affairs, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

****Physical Therapy Center, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the differences in sleep disturbance between children with psychiatric disorders and a control group and to explore the relationship between children's sleep disturbances and psychiatric diagnoses, as well as caregivers' sleep problems and stress.

Methods: In this cross-sectional analytic study, the data were recruited from Thai children aged 6 - 10 years with any psychiatric diagnosis and compared with a control group consisting of students in grades 1 - 4 from a public school. Children's sleep disturbances were examined using the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) - Thai version. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) - Thai version and the Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) were used to evaluate caregivers' sleep problems and stress. The binary logistic regression was employed to examine factors related to children's sleep disturbances. Additionally, a stepwise multiple regression analysis was conducted to pinpoint the significant factors relating to children's total CSHQ scores.

Results: Among 202 participants, 87 had psychiatric disorders, and 115 were controls. Those with psychiatric disorders had higher mean CSHQ scores (49.99 vs. 47.82) and a significantly higher percentage of sleep disturbances (57.47% vs. 45.22%) compared to controls. The significant associated factors with sleep disturbance in children were psychiatric disorders, medication use, caregivers' sleep quality, and stress levels. Adjusting for confounding variables with stepwise multiple regression analysis revealed that psychiatric diagnosis, consuming caffeine after 5 PM, caregiver stress levels, and monthly income were significant predictors of total CSHQ scores.

Conclusion: Children with psychiatric disorders have a high risk of sleep disturbances. However, other factors such as caffeine intake, caregiver stress, and caregiver's monthly income also play a role. Early identification and intervention for sleep problems in all children, along with promoting sleep hygiene and stress management for both caregivers and children, are crucial for overall well-being.

Keywords: Children sleep disturbance, Psychiatric disorders, Caregivers' Sleep quality, Caregivers' stress

Corresponding author: Suwannee Putthisri

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

Received 21 March 2024 Revised 17 June 2024 Accepted 21 June 2024

INTRODUCTION

Quality sleep is essential for the overall physical and mental development of children during early life. Sleep problems in children are associated with cognitive and behavioral deficits,¹⁻³ social-emotional problems,^{4,5} height growth deficits, and obesity.^{6,7} These issues significantly impact children and adolescents in various functional settings.⁸

The most common sleep problems in Thai school-aged children were in the domains of daytime sleepiness, bedtime resistance, and sleep anxiety.⁹ In other studies, approximately 15 - 44% of parents perceived that their child had a sleep problem.¹⁰ Bedtime resistance has been reported in 10 - 15% of toddlers, and around 15 - 30 % of preschool-aged children have insomnia.¹¹⁻¹³

Children diagnosed with psychiatric disorders face a high risk of sleep problems compared to those without such disorders. For instance, parents of autistic children reported sleep problems in 50 - 80% of cases, a rate higher than children with other developmental disorders like Down syndrome and cerebral palsy.^{14,15} Similarly, some studies have indicated a high prevalence of sleep disorders in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), with rates reaching 25 - 50%.¹⁵ Additionally, in up to 95% of children with anxiety disorders, parental reports indicate sleep problems,¹⁶ despite limited self-reports from the children themselves. Moreover, sleep problems and psychiatric disorders have reciprocal relationships; psychiatric disorders can lead to or exacerbate sleep problems, just as insufficient sleep can interfere with a child's ability to regulate emotions and behavior, worsen attention deficit symptoms and lead to other mental health problems and disorders.^{15,17}

In studies conducted in Thailand focusing on sleep problems in children with mental health disorders, it was discovered that ASD children experienced a high rate of sleep disturbances at 89.2%. The prevalent sleep problem domains were bedtime resistance, sleep anxiety, and sleep-disordered breathing.¹⁸ Notably, correlations were found between sleep habits and behavioral problems, with specific sleep issues being significantly linked to

particular behavioral challenges. For instance, sleep-disordered breathing was notably associated with irritability, lethargy, hyperactivity/noncompliance, and inappropriate speech.¹⁹ Additionally, children with ADHD in the same studies exhibited a sleep problem prevalence of 72.9%. Common patterns included the need for parents to stay with them at bedtime, a fear of sleeping in the dark, and difficulty falling asleep.²⁰ Compared to controls, children with ADHD had significantly higher scores in all subscales of the Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ).²¹

The quality of children's sleep impacts the quality of maternal sleep. Additionally, maternal sleep quality serves as a significant predictor of maternal mood, stress, and fatigue.^{22,23} Poor sleep quality in children predicts maternal stress and an increased sense of burden related to childcare responsibilities. However, research on the links between children's sleep and parental personality and psychopathology has been limited, with most studies focusing on maternal depression.²⁴ Some studies have reported that actigraphic measures indicating poor and insufficient maternal sleep are associated with both maternal experiences of stress and less observed positive parenting.²⁵ A systematic review on sleep problems in children with ADHD and ASD found that parenting stress and parental mental health are linked to children sleep problems.²⁶ In summary, children's sleep problems not only affect the children themselves but also have an impact on emotions, stress levels, and the parenting quality of parents.

However, in Thailand, studies on sleep problems in children with psychiatric are still limited, and there is a lack of clear research on the relationship between children's sleep problems and the stress and sleep problems of caregivers. Therefore, the objectives of this study are as follows: 1) to investigate the differences in sleep problems between children with psychiatric disorders and those in the control group, and 2) to explore the relationship between children's sleep problems and caregivers' sleep problems and stress

METHODS

Study design and participants

The objective of this cross-sectional study is to compare sleep problems between children with psychiatric disorders and those in a control group. To calculate the sample size, we employed the formula for comparing two independent sample proportions.

$$n = (Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 * (P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)) / (P_1 - P_2)^2$$

We selected a significance level of $\alpha=0.05$ and a statistical power of $1-\beta=0.80$. The estimated proportions of children experiencing sleep problems were $P_1=0.20$ for the school-age general population²⁷⁻²⁹ and $P_2=0.40$ for those with psychiatric disorders.³⁰ We accounted for a dropout rate of 20%. Plugging these values into the formula yielded a required sample size of $n=98$ in each group, resulting in a total sample size of 196.

The study was conducted at Ramathibodi Hospital and Wat Udomrungsri School, a public elementary school comprising grade 1 to grade 6 in Bangkok, Thailand. The school was chosen for its accessibility and representation of a typical community school system. The study took place from June to September 2023. Participants were divided into two groups: the psychiatric diagnosed group and the control group. Inclusion criteria for the psychiatric diagnosed group included children aged 6 - 10 years with any psychiatric diagnosis, such as ADHD, Autism Spectrum Disorder (ASD), or Depressive Disorder, diagnosed by child and adolescent psychiatrists and developmental-behavioral pediatricians. These children were attending as new or follow-up cases at the outpatient department of psychiatry or developmental and behavioral pediatric clinic at Ramathibodi Hospital. For the control group, students without any psychiatric disorders, assessed through a demographic and personal questionnaire, in grades 1 to 4, studying at Wat Udomrungsri School, were recruited. In both groups, caregivers needed to be fluent in reading and writing in the Thai language. Exclusion criteria included failure to complete the questionnaire or were unwilling to participate

in the study. All caregivers who were living with the children and could confidently provide information were required to provide informed consent. The questionnaire was in paper-pencil form and was distributed to all participants. In total, 87 participants were recruited for the psychiatric diagnosed group, and 115 for the control group, resulting in a combined enrollment of 202 participants.

Demographic and personal data

Caregivers provided demographic and personal data of children through a questionnaire, including age, sex, underlying medical and psychiatric disorders, medication, family income, history of COVID-19 infection, average hours of screen time per day, bedroom environment, and sleep practices (as detailed in Table 1).

Children sleep disturbances and patterns

The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) is a widely utilized parent-report tool designed to assess sleep patterns and issues in children aged 4 to 10 years. Comprising 33 scoring items, the CSHQ is organized into eight dimensions: bedtime resistance, sleep onset delay, sleep duration, sleep anxiety, night waking, parasomnia, sleep-disordered breathing, and daytime sleepiness. Caregivers are prompted to recall their child's sleep behaviors over a recent week, rating each item on a 3-point Likert scale (rarely=0 to 1 times/week; sometimes=2 to 4 times/week; usually=5 to 7 times/week). Scores on the CSHQ range from 33 to 99. Generally, higher scores indicate a greater chance of sleep problems in children. In the US, a score of 41 or above is commonly used as a marker for needing further evaluation of sleep disturbances.³¹

The CSHQ has been adapted for various cultural contexts, including a Thai version with good internal consistency (total scale: 0.83).³² However, previous Thai studies^{18,19,21} have reported higher total score ranges (47.54 - 52.92) than those observed in the US population.³¹ In response to this cultural variance and to ensure precise identification of sleep disturbances, we opted for a cutoff point of ≥ 48 (sensitivity: 69.44%, specificity: 78.93%, AUC:

0.795) based on research conducted in Japan.³³ Certain CSHQ questions, such as “Child needs a parent in the room to fall asleep” and “Child falls asleep in a parent’s bed or sibling’s bed,” notably influenced scores in this context. The prevalent co-sleeping practices influenced the higher threshold, significantly affecting children’s sleep patterns.³³ A previous study in Thailand, echoing findings in Japanese children, revealed that approximately 60% of parents reported their children needing a parental presence in their bedrooms to sleep and fearing to sleep alone.¹³ This decision aimed to better account for the cultural nuances of the Thai population, ensuring the relevance and accuracy of sleep disturbance identification.

Caregiver Sleep Quality

The Pittsburgh Sleep Quality Index (Thai-PSQI) is a self-reported measure of sleep quality and disturbances over the previous month. This questionnaire comprised 19 items that evaluated the seven components of sleep quality: Subjective sleep quality, Sleep latency, Sleep duration, Habitual sleep efficiency, Sleep disturbances, Use of sleeping medication, and Daytime dysfunction. Each component scores ranging from 0 (no difficulty) to 3 (severe difficulty). The summation of all component scores is called the PSQI global score (range from 0 - 21), with a higher score indicating greater dysfunction; a score >5 suggests significantly poor sleep quality. The Thai version of PSQI had been validated with good psychometric properties and has been used to study in various populations with the Cronbach’s alpha was 0.84; test-retest reliability was 0.89; the sensitivity for discriminating good sleepers from poor sleepers was 77.78%, and the specificity for correctly classifying good sleepers was 93.33%.³⁴

Caregiver Perceived Stress

The Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) is the Thai version of the Perceived Stress Scale -10 (PSS-10), originally developed by Cohen, Kamarak, and Mermelstein.³⁵ This self-assessment tool measures how stressful people find life events. This scale addresses an

individual’s perception of their life, asking them to assess aspects of their life as unpredictable, uncontrollable, and overwhelming. Although the PSS-10 is more focused on global stressors rather than specific life events, it is sensitive to chronic stress resulting from life circumstances. The tool consists of 10 questions in which respondents indicate how often they have felt or thought a certain way within the past month, using a 5-point Likert scale ranging from 0 (never) to 4 (very often). The total score ranges from 0 to 40, with higher composite scores indicating more perceived stress. The scores can be categorized into three groups: low stress (score 0 - 13), moderate stress (score 14 - 26), and high perceived stress (score 27 - 40).³⁶ The T-PSS-10 has demonstrated good reliability and validity for estimating the level of stress perception in a Thai population with a Cronbach’s α of 0.84 and the interclass correlation coefficient of 0.83 (95% confidence interval, 0.722 - 0.881). T-PSS-10 scores were also found to positively correlate with the State Trait Anxiety Inventory (STAI) and the Thai Depression Inventory (TDI). Conversely, they were negatively correlated with the Rosenberg Self-Esteem Scale.³⁷

The study was approved by the Institute Review Board (IRB) of Ramathibodi Hospital, Mahidol University; MURA2023/296.

Statistical analysis

We conducted our analyses using Stata software, version 16, applying a significance level of <0.05 to establish statistical significance. Descriptive statistics were provided for participants’ demographic data, sleep practices, scores on the Children’s Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) for children, as well as caregivers’ sleep quality (PSQI score) and stress levels (T-PSS-10 score) in both groups. Independent t-tests were conducted to examine associations between children’s sleep problems (CSHQ scores), caregivers’ stress (T-PSS-10 scores), and sleep quality (PSQI scores). For categorical variables associated with scores exceeding the CSHQ cutoff (≥ 48), binary logistic regression was used to calculate coefficients and 95% confidence intervals (CI). This analysis investigated

the relationships between child sleep disturbances, caregiver sleep quality, caregiver stress, and other factors potentially influencing children's sleep. Finally, a backward stepwise multiple regression analysis was performed to identify the significant factors influencing children's total CSHQ scores.

RESULTS

Demographic data

A total of 202 participants were enrolled, comprising 87 children diagnosed with psychiatric disorders. The mean age of participants in the diagnosed group was 8.34 years, and it was 8.38 years for the control group. Males were predominant in children with psychiatric disorders. In the psychiatric diagnosed group, the majority of caregivers had a monthly income exceeding 50,000 baht, while in the control group, most caregivers had a monthly income below 20,000 baht. Among the diagnosed children, 64.37% were diagnosed with ADHD, and 82.76% of these children were prescribed medication. Most participants in both groups slept with others, such as parents or other family members. The sleep duration in the diagnosed children group was less than that in the control group. Children in the control group consume caffeine after 5 PM, engage in stimulating activities, and use screens 1 hour before sleep more frequently when compared to the diagnosed group (Table 1).

Children's Sleep Disturbances, Caregivers' sleep quality and stress levels in Diagnosed and Control Groups

Children in the diagnosed group exhibited a higher mean CSHQ total score (49.99, SD= 7.63) compared to the control group (47.82, SD=6.42), with a significance level of $P < 0.05$ (Table 2). The percentage of children with sleep disturbances in the clinically diagnosed group (57.47%) was significantly higher than in the controls (45.22%), based on scores equal to or greater than 48, which indicate the presence of sleep disturbances.³³ This trend was consistent across most CSHQ subscales, especially in bedtime resistance, sleep anxiety, and sleep-disordered breathing, where the differences were

statistically significant.

The Thai version of PSQI revealing significantly higher total scores in caregivers of diagnosed children compared to controls: 7.83 (SD=4.07) and 6.23 (SD=3.88), respectively. Caregivers of children with psychiatric disorders exhibited a statistically significant higher percentage of poor sleep quality compared to the control group. The T-PSS-10 shows that most caregivers in both groups experienced moderate stress levels. However, caregiver stress did not show a statistically significant increase among caregivers of children in the psychiatric diagnosed group.

Correlated Factors with Sleep Disturbance in Children

The results reveal significant associations between sleep disturbances in children and psychiatric disorders, medication use, caregivers' sleep quality and stress levels. However, other factors, including sleep practices, show no association with children's sleep disturbances. (Table 3)

Stepwise multiple regression analysis for children's sleep disturbance

To identify predictors of sleep disturbance in school-age children, we analyzed selected factors including age, sex, sleep practices, presence of psychiatric diagnosis, medication use, caregiver's monthly income, screen time use, and sleep duration. The remaining significant predictors of the CSHQ total score were determined using stepwise linear regression, with a significance level set at <0.2 . The resulting model accounted for 24.71% of the variance in overall sleep disturbance in the sample ($R^2 = 0.2471$, $p = 0.000$). (Table 4)

Among the identified predictors, the strongest contributor to an increased CSHQ total score was having a psychiatric diagnosis ($B=5.32$, $p=0.000$), followed by consuming caffeine after 5 PM ($B=3.64$, $p=0.000$), and caregiver stress levels ($B=0.40$, $p=0.000$). Conversely, the caregiver's monthly income was the only predictor associated with a decrease in the CSHQ total score ($B= -2.15$, $p=0.008$). (Table 4)

TABLE 1 Demographic data and sleep practices

	Children with psychiatric disorders (n=87)	Control children (n=115)	P-value
Age (mean, SD)	8.34 (1.41)	8.38 (1.46)	0.8537
Sex			0.000*
Male	67 (77.01%)	49 (42.61%)	
Primary caregiver			0.698
Mother	54 (62.07%)	77 (66.96%)	
Father	12 (13.79%)	18 (15.65%)	
Both Father and mother	11 (12.64%)	10 (8.70%)	
Other	10 (11.49%)	10 (8.70%)	
Income per month (baht)			0.000*
<=20,000	8 (9.19%)	72 (62.61%)	
20,001 - 50,000	39 (44.83%)	39 (33.91%)	
>=50,001	40 (45.98%)	4 (3.48%)	
Psychiatric disorder			
ASD	6 (6.90%)	-	
ADHD	56 (64.37%)	-	
Depression	2 (2.30%)	-	
Anxiety disorder	4 (4.60%)	-	
Others (e.g., ID, SLD, OCD)	19 (21.84%)	-	
Have medical underlying disease			
Allergic rhinitis	29 (33.33%)	10 (8.7%)	0.000*
Asthma	2 (2.30 %)	1 (0.87%)	0.406
Anemia	5 (5.75%)	2 (1.74%)	0.123
Epilepsy	3 (3.45%)	1 (0.87%)	0.193
Others (e.g., constipation, obesity)	16 (18.39%)	2 (1.74%)	0.000*
Use medication	72 (82.76%)	3 (2.61%)	0.000*
Stimulant	59 (67.82%)	0 (0.00%)	0.000*
Antipsychotic	19 (21.84%)	0 (0.00%)	0.000*
Antidepressant	9 (10.34%)	0 (0.00%)	0.000*
Antihistamine	8 (9.20%)	2 (1.74%)	0.016*
Have history of covid-19 infection	55 (63.22%)	62 (53.91%)	0.145
Screen time (min.) (Mean, SD)	164.68 (120.33)	203.22 (106.18)	0.0175*
Co-sleeping behavior	87 (100%)	113 (98.26%)	0.216
Sleep practice			
Bedtime			0.119
20:00 - 20:59	25 (28.74%)	21 (18.26%)	
21:00 - 21:59	32 (36.78%)	39 (33.91%)	
22:00 - 22:59	10 (11.50%)	25 (21.74%)	

TABLE 1 Demographic data and sleep practices (con.)

	Children with psychiatric disorders (n=87)	Control children (n=115)	P-value
Sleep duration (min.) (Mean, SD)	507.46 (47.77)	528.24 (78.35)	0.0496*
Wake-up time			0.018*
5:00 - 5:59	17 (19.54%)	8 (6.96%)	
6:00 - 6:59	38 (43.68%)	66 (57.39%)	
Sleep practice			
Drink caffeine after 5 PM	17 (19.54%)	50 (43.48%)	0.000*
Have a non-exciting bedtime routine	52 (59.77%)	57 (49.57%)	0.150
Have stimulating activity 1 hour before sleep	53 (60.92%)	92 (80.00%)	0.003*
Using screens 1 hour before sleep	62 (71.26%)	99 (86.09%)	0.009*
Bedroom is dark enough	83 (95.40%)	102 (88.70%)	0.089
Bedroom is quiet enough	82 (94.25%)	106 (92.17%)	0.565
Bedroom is comfortably cool	82 (94.25%)	107 (93.04%)	0.729
Using the bed for other purposes	36 (41.38%)	43 (37.39%)	0.565

Notes: *p-value <0.05

Abbreviations: ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ASD, Autism Spectrum Disorder; ID, Intellectual Disabilities; SLD, Specific Learning Disorder; OCD, Obsessive -Compulsive Disorder.

DISCUSSION

The children in the psychiatric diagnosed group exhibited notably both higher mean total scores on the CSHQ and a higher percentage of sleep disturbances compared to age-match controls. These findings were consistent with previous studies that reported a higher prevalence of sleep problems in children with mental health conditions.^{16,38-40} Studies conducted in Thailand also demonstrated higher CSHQ total scores and a higher percentage of sleep disturbances in children with ADHD^{20,21} and children with ASD.^{18,41} When analyzing psychiatric disorders as a factor via stepwise regression, it was found that they are still significantly associated with children's sleep disturbance, leading to an increase in the CSHQ score.

The link between sleep disturbance in children and psychiatric disorders involves complex mechanisms. In ADHD, changes in brain structure and neurotransmitter imbalances significantly disrupt sleep cycles.^{42,43} Beyond biological factors, problematic parent-child interactions

further impact sleep habits. Additionally, ADHD symptoms like restlessness and disorganization perpetuate sleep challenges, while comorbidities such as Oppositional Defiant Disorder intensify these issues.⁴⁴ Children with ADHD and comorbid mood or anxiety disorders often suffer from frequent nocturnal awakenings and nightmares.³⁹ In Autism Spectrum Disorder (ASD), sleep difficulties arise from various factors, including genetic mutations, disrupted neurotransmitters, medical and psychiatric comorbidities, circadian sleep disturbances, and core features of ASD.^{14,15} Similarly, in anxiety disorders, dysregulation of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis severely disrupts sleep patterns. Anxious children often exhibit elevated cortisol levels before bed and heightened cognitive arousal at night, leading to significant sleep difficulties. Furthermore, severe mental health symptoms and multiple comorbid disorders are strongly linked to greater sleep disturbances. In a reciprocal relationship, insufficient or disturbed sleep may interfere with a child's ability to regulate emotions and behavior, potentially

TABLE 2 The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) subscale and total scores, The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Thai Perceived Stress Scale-10 (T-PSS-10) in children with psychiatric disorders and Control children

	Children with psychiatric disorders (n=87)	Control children (n=115)	P-value
CSHQ score, Mean (SD)			
Bedtime resistance (6 items)	11.26 (2.51)	10.30 (2.01)	0.0029*
Sleep Onset Delay (1 item)	1.51 (0.71)	1.4 (0.65)	0.2721
Sleep Duration (3 items)	4.22 (1.65)	4.31 (1.25)	0.6429
Sleep Anxiety (4 items)	7.08 (2.11)	6.33 (1.87)	0.0082*
Night Wakings (3 items)	3.51 (0.93)	3.62 (0.85)	0.3761
Parasomnias (7 items)	8.37 (1.51)	8.25 (1.83)	0.6326
Sleep Disordered Breathing (3 items)	3.77 (1.02)	3.46 (0.80)	0.0165*
Daytime Sleepiness (8 items)	14.56 (3.26)	13.85 (3.01)	0.1102
CSHQ total score	49.99 (7.63)	47.82 (6.42)	0.0295*
Sleep disturbances (with cut-off point $\geq$ 48), N (%)	50 (57.47%)	52 (45.22%)	0.022*
PSQI			
Total score	7.83 (4.07)	6.23 (3.88)	0.0052*
Poor sleep quality (With cut-off point $>$ 5), N (%)	57 (65.52%)	59 (51.30%)	0.043*
T-PSS-10			
Total score	17.07 (5.95)	16.93 (5.58)	0.8653
Stress severity Range, N (%)			0.934
low stress (0 - 13)	20 (22.99%)	29 (25.22%)	
moderate stress (14 - 26)	63 (72.41%)	81 (70.43%)	
high perceived stress (27 - 40)	4 (4.60%)	5 (4.35%)	

Notes: *p-value $<$ 0.05

Abbreviations: CSHQ, The Children's Sleep Habits Questionnaire; PSQI, The Pittsburgh Sleep Quality Index; T-PSS-10, Thai Perceived Stress Scale-10.

leading to mental health problems and disorders.¹⁶ However, due to the small sample sizes in our study for each diagnosis, differences in sleep patterns and problems among these disorders could not be demonstrated. Additionally, this study does not assess the severity of symptoms and comorbidity. Further research is needed to gain more precise insights.

Previous studies link caffeine intake to shorter sleep duration, delayed sleep onset, increased wake after sleep onset (WASO), daytime sleep, and daytime sleepiness.⁴⁵ In children aged 8 to 12, caffeine is also

associated with increased sleep problems and internalizing behavior symptoms.⁴⁶ In our study, no significant link was found between caffeine consumption after 5 PM and sleep disturbances when examined as a binary variable. However, after adjusting for confounding variables, a notable increase in the Children's Sleep Habits Questionnaire (CHSQ) score was observed, highlighting the impact of caffeine. Notably, 33.17% of children in the study, particularly those in the control group, consumed caffeine after 5 PM. This means that many caregivers may not be fully aware of the impact of consuming stimulants

before sleep, especially caffeine, which is widely acknowledged as a mild stimulant. Caffeine exerts its biological effects primarily by antagonizing adenosine receptors, notably A1 and A2A receptors. These receptors

play pivotal roles in regulating sleep, arousal, and cognition across various brain regions.⁴⁷ Naturally occurring in tea, coffee, and chocolate, caffeine also finds its way into countless products such as soft drinks, energy

TABLE 3 Comparison of Factors and Sleep Disturbances in Children using Binary logistic regression

	Child with sleep disturbances (score≥48) N=102	Child with non-sleep-disturbed (score<48) N=100	Coefficient (95% confidence interval)	P-value
Age, (yrs.) (Mean, SD)	8.28 (1.41)	8.45 (1.47)	-0.17 (-0.56 - 0.23)	0.414
Sex (Male)	62	54	-0.28 (-0.84 - 0.28)	0.330
Have medical underlying disease	35	26	0.40 (-0.21 - 1.00)	0.199
Have psychiatric disorder	52	35	0.66 (0.09 - 1.22)	0.022*
Medication Use	45	30	0.61 (0.03 - 1.19)	0.039*
Income per month (baht)			0.40 (-0.32 - 0.40)	0.828
≤20,000	42	38		
20,001 - 50,000	35	43		
≥50,001	25	19		
Have history of Covid-19 infection	60	57	0.07 (-0.48 - 0.63)	0.793
Screen time, min./day (Mean, SD)	191.47 (116.38)	182.12 (111.37)	9.34 (-22.43 - 41.12)	0.563
Sleep duration, min./day (Mean, SD)	514.84 (80.24)	523.81(63.97)	-8.97 (-29.67 - 11.73)	0.393
Sleep practice				
Drink caffeine after 5 PM	37	30	0.28 (0.74 - 2.39)	0.344
Have a non-exciting bedtime routine	55	55	-0.04 (-0.60 - 0.51)	0.878
Have stimulating activity 1 hour before sleep	74	71	0.76 (-0.54 - 0.69)	0.807
Using screens 1 hour before sleep	83	78	0.21 (-0.48 - 0.90)	0.552
Bedroom is dark enough	94	92	0.02 (-1.00 - 1.04)	0.967
Bedroom is quiet enough	94	94	-0.29 (-1.38 - 0.81)	0.607
Bedroom is comfortably cool	93	96	-0.84 (-2.05 - 0.37)	0.173
Using the bed for other purposes	43	36	0.56 (-0.31 - 0.83)	0.370
Caregiver's sleep quality				
PSQI Total score (Mean, SD)	7.88 (4.15)	5.94 (3.68)	1.94 (0.85 - 3.03)	0.001*
Caregiver's poor sleep quality	68	48	0.77 (0.20 - 1.34)	0.008*
Caregiver's stress				
T-PSS-10 score (Mean, SD)	18.58 (5.37)	15.37 (5.65)	3.21 (1.68 - 4.74)	0.000*
Caregiver's perceived stress moderate to high level	88	65	1.04 (0.43 - 1.65)	0.001*

Notes: *p-value<0.05

Abbreviations: ADHD, Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ASD, Autism Spectrum Disorder; PSQI, The Pittsburgh Sleep Quality Index; T-PSS-10, Thai Perceived Stress Scale-10.

TABLE 4 Stepwise Multiple Regression Analysis of Factors Influencing Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ) Total Scores

	Coefficient (B)	Standard Error (SE)	95% confidence interval	T-value	P-value
Have psychiatric disorder	5.32	1.26	2.84 - 7.80	4.24	0.000*
Drink caffeine after 5 PM	3.64	1.02	1.63 - 5.66	3.57	0.000*
T-PSS-10 score (caregiver's stress)	0.37	0.08	0.22 - 0.53	4.70	0.000*
Income per month	-2.15	0.80	-3.74 - -0.57	-2.68	0.008*
Constant	42.87	2.68	40.58 - 51.15	17.15	0.000*
R ² =0.2471					
Adjusted R ² =0.2284					
F=13.21					
Root MSE=6.02					

Notes: * p-value <0.05; Variables (age, sex, have psychiatric disorder, Sleep duration, Screen time, Sleep practice, T-PSS-10 score, PSQI Total score, use medication, Income per month, and have medical underlying disease) were entered to the model for stepwise linear regression analyses. Criteria for Sequential removal of predictors with p-values ≥ 0.2.

Abbreviations: T-PSS-10, Thai Perceived Stress Scale-10.

drinks, and medications, making it easily accessible, even to children.⁴⁸ Caregivers should be especially cautious about caffeine intake, ensuring it's avoided for several hours before bedtime, and closely monitoring children's caffeine consumption.⁴⁹

In this study, the mean children's sleep time was not significantly correlated with sleep disturbances. However, in both groups, the average sleeping hours are still falling below the recommended duration by the American Academy of Sleep Medicine. According to their guidelines, children aged 6 to 12 years should sleep for 9 to 12 hours (540 - 720 minutes) per day on a regular basis to improve attention, behavior, learning, memory, emotional regulation, quality of life, and mental and physical health.⁵⁰ Promoting optimal sleep time is essential for children in both groups.

Caregivers of children with psychiatric disorders in this study had significantly higher PSQI total scores, indicating poorer sleep quality. Within the diagnosed group, 65.52% of caregivers experienced poor sleep quality, surpassing rates in the control group. These findings align with previous studies linking sleep problems in children with psychiatric disorders to disruptions in

parental sleep. For instance, mothers of children with developmental disabilities reported a mean PSQI global score of 7.90, with 61.5% reporting poor sleep quality.⁵¹ Similarly, 86.6% of parents of children with ASD reported poor sleep quality.⁵² Objective measures, like actigraphy, found that parents of children with ASDs slept 1 hour less than parents of typically developing children.⁵³

In both groups, children with sleep disturbances had caregivers with significantly higher PSQI global scores (7.88 points vs. 5.94 points). Poor sleep quality in caregivers showed a significantly positive association with children experiencing sleep disturbances. This underscores significant connections between child's sleep and the caregiver's sleep, suggesting that daily variations in a child's sleep correlate with those in the caregiver's sleep. These connections may result from hereditary factors, parental modeling of sleep behaviors, assistance in managing the child's sleep, physiological conditions, and the overall family environment.^{54,55} Some studies suggest that genes directly influence sleep quality, affecting traits such as duration, insomnia, and chronotype. The interaction between children's sleep duration and the 5-HTTLPR genotype impacts early-life behavioral scores.

However, our understanding of how genetics and environmental factors interact in phenotype manifestation remains incomplete. Caregivers wield significant influence over their children's sleep habits, with a reciprocal effect. Their actions, encompassing behavior management, screen time regulation, and sleep routines, notably affect sleep initiation and maintenance, particularly in young children. Additionally, parental medical and mental health conditions may influence children's sleep quality. Negative behaviors, such as abuse and frequent conflict, can precipitate emotional disturbances in children, thereby compromising their sleep quality.⁴⁹ Therefore, we must interpret these results cautiously, as another study suggests that parents with poor sleep quality tend to overreport sleep problems in their children.⁵⁶ While poor caregiver sleep quality initially showed a significant association with sleep disturbances in children, adjusting for confounding variables revealed no significant association. This underscores that while caregiver sleep quality may be linked to child sleep disturbances, other factors exert a more pronounced influence on determining sleep disturbances in children.

Even after considering other factors, the association between caregiver stress and CSHQ scores remains significant, highlighting its impact on children's sleep disturbances. Caregivers dealing with children's sleep disruptions tend to have slightly higher T-PSS-10 scores (mean score: 18.58) compared to those without sleep disturbances (mean score: 15.37), indicating elevated stress levels. This finding aligns with recent studies indicating that children and adolescents with sleep disorders can heighten parental stress levels and parental psychological distress⁵⁷⁻⁶⁰ and increase the risk of depression in mothers.²² Parenting stress can lead to parental burnout, which includes feelings of wanting to escape, thoughts of suicide, neglect, or even violence toward children⁶¹ and correlates with adverse outcomes for both children and families, leading to adjustment issues, ineffective parenting, and lower-quality parent-child interactions characterized by diminished parental efficacy, perspective-taking, responsiveness, and

engagement. Elevated parental psychological distress is also associated with a greater risk of internalizing and externalizing disorders in adolescent offspring, often coinciding with sleep disturbances. It's important to keep a close eye on caregiver stress, especially when children have trouble sleeping. There are many things that can add to caregiver stress, like a messy home, too many things to do, dealing with naughty behavior from children, going through tough times, and not having enough support from others.²⁵ It's crucial to understand and handle these challenges to protect the well-being of caregivers and children.

Interestingly, after adjusting for several factors that could influence children's sleep disturbances, the caregiver's monthly income emerged as the sole significant factor negatively associated with the CSHQ total score. This suggests that higher monthly income correlates with lower scores, in alignment with previous research indicating a direct link between higher parental income and reduced childhood sleep problems.⁶² The socioeconomic status (SES) of families can impact various factors contributing to sleep problems in children, including knowledge about good sleep hygiene, the bedroom environment, family functioning, and family stress levels.⁶² Parents with better sleep knowledge, higher socioeconomic status, and higher education levels tend to report earlier bedtimes, earlier wake times, and a more consistent sleep routine for their children, indicative of better sleep quality.^{49,63} Understanding of adequate sleep duration and factors affecting sleep quality may differ across socioeconomic groups.^{62,64,65} Children from lower SES backgrounds often encounter more disruptive sleep conditions (experience sleep disturbance), such as shared bedrooms, televisions in bedrooms, noise disturbances, temperature fluctuations, and discomfort while sleeping.^{62,66,67} Moreover, family chaos characterized by household conflict and a lack of routine in family life is prevalent among lower SES families and correlates with child sleep problems.^{62,68} Furthermore, SES impacts parents' psychosocial strains, including food and housing insecurity and mental health issues, which can hinder their

ability to engage in effective parenting strategies aimed at promoting sleep wellness, such as bedtime routines.^{62,69}

While our study represents the first investigation in Thailand to explore the association between caregivers' sleep quality and stress levels concerning children diagnosed with psychiatric disorders or exposed to sleep disturbances, there are several limitations to consider. First, we relied solely on subjective reports, which may not fully capture sleep issues. Secondly, the sample distribution needs improvement for representativeness; data collection from a single hospital resulted in limited insights into specific psychiatric diagnoses, underlying medical conditions, and medications. Moreover, our study did not collect data on disease severity, medication effects, and side effects, hindering our ability to investigate their association with child sleep disturbance. Finally, the control group, recruited from one school, might not reflect the broader community due to its limited size and potential selection bias. Additionally, relying solely on self-reported surveys to rule out psychiatric disorders could have overlooked some cases, further limiting our ability to detect differences in sleep patterns between groups.

For future research, employing objective measures such as actigraphy or polysomnography to assess sleep problems would yield more accurate data. Conducting more extensive and diverse studies across various settings and recruiting more samples from multiple community and hospital settings may be necessary to enhance the generalizability of findings. Exploring interventions targeting sleep quality and caregiver stress, including education on sleep hygiene and stress management, could be fruitful. Longitudinal studies tracking sleep disturbances and caregiver stress over time could provide valuable insights, and investigating the bidirectional relationship between caregiver stress and children's sleep, along with potential mediators and moderators, would deepen our understanding.

CONCLUSION

In summary, our study highlights the heightened risk of sleep disturbances among children with psychiatric

disorders. However, it's crucial to recognize that various factors beyond psychiatric conditions influence children's sleep. These factors include habits such as consuming caffeine after 5 PM, caregiver stress, and monthly income. Therefore, screening for and addressing sleep problems in all children is essential, regardless of psychiatric status. Additionally, caregivers responsible for these children should prioritize evaluating and managing their sleep quality and stress levels. Implementing universal interventions to enhance sleep quality, such as education on sleep hygiene and stress management, is vital for caregivers and children under their care.

Acknowledgments

We extend our sincere gratitude to Assoc. Prof. Pichai Ittasakul and Asst. Prof. Thanavadee Prachason for their invaluable contribution to refining this manuscript. We are also very grateful to all the children and families who participated in this study, as well as the staff and teachers at both Ramathibodi Hospital and Wat Udomrungsri School in Bangkok, Thailand, for their assistance in data collection, which played a crucial role in making this study a success.

Conflict of interest

The authors declare no conflicts of interest regarding this observational study. No financial support or other benefits from commercial sources were received for the work reported in this manuscript.

REFERENCES

1. Jiang F. Sleep and early brain development. *Ann Nutr Metab* 2019;75 (Suppl 1):44-54.
2. Beebe DW. Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. *Pediatr Clin North Am* 2011;58(3):649-65.
3. Turnbull K, Reid GJ, Morton JB. Behavioral sleep problems and their potential impact on developing executive function in children. *Sleep* 2013;36(7):1077-84.
4. Hysing M, Sivertsen B, Garthus-Niegel S, Eberhard-Gran M. Pediatric sleep problems and social-emotional problems. A population-based study. *Infant Behav Dev* 2016;42:111-8.
5. Mindell JA, Leichman ES, DuMond C, Sadeh A. Sleep and social-emotional development in infants and toddlers. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017;46(2):236-46.

6. El Halal CDS, Nunes ML. Sleep and weight-height development. *J Pediatr (Rio J)* 2019;95(Suppl 1):2-9.
7. Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16(2):265-74.
8. Mindell JA, Williamson AA. Benefits of a bedtime routine in young children: Sleep, development, and beyond. *Sleep Med Rev* 2018;40:93-108.
9. Sirirassamee F, Chonchaiya W, Pruksananonda C. Sleep behaviors and sleep problems in school-aged children in Thailand. *J Med Assoc Thai* 2015;98 (Suppl 9):S71-7.
10. Mindell JA, Sadeh A, Kwon R, Goh DY. Cross-cultural differences in the sleep of preschool children [published correction appears in *Sleep Med* 2014 Dec;15(12):1595-6]. *Sleep Med* 2013;14(12):1283-9.
11. Combs D, Goodwin JL, Quan SF, Morgan WJ, Shetty S, Parthasarathy S. Insomnia, health-related quality of life and health outcomes in children: a seven year longitudinal cohort. *Sci Rep* 2016;6:27921.
12. Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest* 2014;146(5):1387-94.
13. Kerr S, Jowett S. Sleep problems in pre-school children: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 1994;20(6):379-91.
14. Richdale AL, Schreck KA. Sleep problems in autism spectrum disorders: prevalence, nature, & possible biopsychosocial aetiologies. *Sleep Med Rev* 2009;13(6):403-11.
15. Singh K, Zimmerman AW. Sleep in autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Semin Pediatr Neurol* 2015;22(2):113-25.
16. Alfano CA, Gamble AL. The role of sleep in childhood psychiatric disorders. *Child Youth Care Forum* 2009;38(6):327-40.
17. Asarnow LD, Mirchandaney R. Sleep and mood disorders among youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2021;30(1):251-68.
18. Lorterapong P, Putthisri S, Osathanond W. Sleep disturbances and associated factors in Thai children with autism spectrum disorder. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64(2):149-62.
19. Kaewwan A, Narkpongpan A. The relationship between sleep habits and behavioral problems in children with autism spectrum disorder at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. *APPJ* 2017;33(3):189-206.
20. Hosiri T, Punyapas S, Sawangsri W. The prevalence and patterns of sleep problem in children with ADHD. *J Med Assoc Thai* 2018;101(1):S34-40.
21. Chiraphadhanakul K, Jaimcharyatam N, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Increased sleep disturbances in Thai children with attention-deficit hyperactivity disorder compared with typically developing children. *Behav Sleep Med* 2016;14(6):677-86.
22. Meltzer LJ, Mindell JA. Relationship between child sleep disturbances and maternal sleep, mood, and parenting stress: a pilot study. *J Fam Psychol* 2007;21(1):67-73.
23. Varma P, Conduit R, Junge M, Jackson ML. Examining sleep and mood in parents of children with sleep disturbances. *Nat Sci Sleep* 2020;12:865-74.
24. Sadeh A, Tikotzky L, Scher A. Parenting and infant sleep. *Sleep Med Rev* 2010;14(2):89-96.
25. McQuillan ME, Bates JE, Staples AD, Deater-Deckard K. Maternal stress, sleep, and parenting. *J Fam Psychol* 2019;33(3):349-59.
26. Martin CA, Papadopoulos N, Chellev T, Rinehart NJ, Sciberras E. Associations between parenting stress, parent mental health and child sleep problems for children with ADHD and ASD: Systematic review. *Res Dev Disabil* 2019;93:103463.
27. Lewien C, Genuneit J, Meigen C, Kiess W, Poulain T. Sleep-related difficulties in healthy children and adolescents. *BMC pediatrics* 2021;21:1-1.
28. Bayes DM, Bullock B. Sleep problems in school aged children: a common process across internalising and externalising behaviours?. *Clocks & Sleep* 2019;2(1):7-18.
29. Muhe Aldeen AL, Ibrahim RH. Prevalence of sleep disorders among children in elementary schools in Kirkuk City. *MJN* 2015;3(1):14-8.
30. Paavonen J. Sleep disturbances and psychiatric symptoms in school-aged children [dissertation]. University of Helsinki; 2004.
31. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep* 2000;23(8):1043-51.
32. Disayawanwat P, Pityaratstian N. Development of Children's Sleep Habit Questionnaire Thai version. *Chula Med J* 2016;60(3): 297 – 312.
33. Ishii R, Obara H, Nagamitsu S, et al. The Japanese version of the children's sleep habits questionnaire (CSHQ-J): A validation study and influencing factors. *Brain Dev* 2022;44(9):595-604.
34. Sitasuwan T, Bussaratid S, Ruttanaumpawan P, Chotinaiwattarakul W. Reliability and validity of the Thai version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. *J Med Assoc Thai* 2014;97 (Suppl 3): S57-S67.
35. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;24(4):385-96.
36. Perceived Stress Scale [Internet]. New Hampshire: State of New Hampshire Employee Assistance Program. Available from: <https://www.das.nh.gov/wellness/docs/percieved%20stress%20scale.pdf>. Accessed March 10, 2023.
37. Wongpakaran N, Wongpakaran T. The Thai version of the PSS-10: An Investigation of its psychometric properties. *Biopsychosoc Med* 2010;4:6.
38. Ramtekkar U, Ivanenko A. Sleep in children with psychiatric disorders. *Semin Pediatr Neurol* 2015;22(2):148-55.
39. Ivanenko A, Crabtree VM, Obrien LM, Gozal D. Sleep complaints and psychiatric symptoms in children evaluated at a pediatric mental health clinic. *J Clin Sleep Med* 2006;2(1):42-8.
40. Ivanenko A, Johnson K. Sleep disturbances in children with psychiatric disorders. *Semin Pediatr Neurol* 2008;15(2):70-8.
41. Inthikoot N, Chonchaiya W. Sleep problems in children with autism spectrum disorder and typical development. *Pediatr Int* 2021;63(6):649-57.
42. Shen C, Luo Q, Chamberlain SR, et al. What is the link between attention-deficit/hyperactivity disorder and sleep disturbance? a multimodal examination of longitudinal relationships and brain structure using large-scale population-based cohorts. *Biol Psychiatry* 2020;88(6):459-69.
43. Kirov R, Brand S. Sleep problems and their effect in ADHD. *Expert Rev Neurother* 2014;14(3):287-99.

44. Cortese S, Faraone SV, Konofal E, Lecendreux M. Sleep in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(9):894-908.
45. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: A systematic review of epidemiological studies and randomized controlled trials. *Sleep Med Rev* 2017;31:70-8.
46. Watson EJ, Banks S, Coates AM, Kohler MJ. The relationship between caffeine, sleep, and behavior in children. *J Clin Sleep Med* 2017;13(4):533-43.
47. Snel J, Lorist MM. Effects of caffeine on sleep and cognition. *Prog Brain Res* 2011;190:105-17.
48. Turner S, Ali A, Wham C, Rutherford-Markwick K. Secondary school students and caffeine: consumption habits, motivations, and experiences. *Nutrients* 2023;15(4):1011.
49. Fadzil A. Factors affecting the quality of sleep in children. *Children (Basel)* 2021;8(2):122.
50. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med* 2016;12(6):785-6.
51. Lee J, Spratling R, Helvig A. Sleep characteristics in mothers of children with developmental disabilities. *J Pediatr Health Care* 2018;32(1):e9-e18.
52. Mannion A, Leader G. Relationship between child sleep problems in autism spectrum disorder and parent mental health and well-being. *Sleep Med* 2023;109:4-10.
53. Meltzer LJ. Brief report: sleep in parents of children with autism spectrum disorders. *J Pediatr Psychol* 2008;33(4):380-6.
54. Meltzer LJ, Montgomery-Downs HE. Sleep in the family. *Pediatr Clin North Am* 2011;58(3):765-74.
55. Varma P, Conduit R, Junge M, Lee VV, Jackson ML. A systematic review of sleep associations in parents and children. *J Child Fam Stud* 2021;30(9):2276-88.
56. Rönnlund H, Elovainio M, Virtanen I, Matomäki J, Lapinleimu H. Poor Parental Sleep and the Reported Sleep Quality of Their Children. *Pediatrics* 2016;137(4):e20153425.
57. Merrill RM, Slavik KR. Relating parental stress with sleep disorders in parents and children. *PLoS One* 2023;18(1):e0279476.
58. Mannion A, Leader G. Relationship between child sleep problems in autism spectrum disorder and parent mental health and well-being. *Sleep Med* 2023;109:4-10.
59. Roustit C, Campoy E, Chaix B, Chauvin P. Exploring mediating factors in the association between parental psychological distress and psychosocial maladjustment in adolescence. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2010;19:597-604.
60. Chardon ML, Stromberg SE, Lawless C, Fedele DA, Carmody JK, Dumont-Driscoll MC, et al. The role of child and adolescent adjustment problems and sleep disturbance in parent psychological distress. *J Clin Child Adolesc Psycho* 2018;47(3):374-81.
61. Mikolajczak M, Brianda ME, Avalosse H, Roskam I. Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child abuse & neglect* 2018;80:134-45.
62. Cameron EE, Watts D, Silang K, Dhillon A, Sohal PR, MacKinnon AL, et al. Parental socioeconomic status and childhood sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Epidemiology* 2022;2:100047.
63. McDowall PS, Elder DE, Campbell AJ. Relationship between parent knowledge of child sleep, and child sleep practices and problems: a pilot study in a children's hospital cohort. *J Paediatr Child Health* 2017;53(8):788-93.
64. Ordway MR, Sadler LS, Jeon S, O'Connell M, Banasiak N, Fenick AM, et al. Sleep health in young children living with socioeconomic adversity. *Res Nurs Health* 2020;43(4):329-40.
65. McDowall PS, Galland BC, Campbell AJ, Elder DE. Parent knowledge of children's sleep: A systematic review. *Sleep Med Rev* 2017;31:39-47.
66. Doane LD, Breitenstein RS, Beekman C, Clifford S, Smith TJ, Lemery-Chalfant K. Early life socioeconomic disparities in children's sleep: the mediating role of the current home environment. *J Youth Adolesc* 2019;48:56-70.
67. Bagley EJ, Kelly RJ, Buckhalt JA, El-Sheikh M. What keeps low-SES children from sleeping well: the role of presleep worries and sleep environment. *Sleep Med* 2015;16(4):496-502.
68. Philbrook LE, Saini EK, Fuller-Rowell TE, Buckhalt JA, El-Sheikh M. Socioeconomic status and sleep in adolescence: The role of family chaos. *J Fam Psychol* 2020;34(5):577.
69. Covington LB, Rogers VE, Armstrong B, Storr CL, Black MM. Toddler bedtime routines and associations with nighttime sleep duration and maternal and household factors. *J Clin Sleep Med* 2019;15(6):865-71.

ความชุกของภาวะ Not in Education, Employment, or Training (NEET) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความสัมพันธ์กับภาวะติดเกมในเยาวชน อายุ 15-25 ปี ในประเทศไทย

ชุตินันท์ บุญรอด*, ชานวณวิทย์ พรนภดล*, วัลลภ อัจฉริยะสิงห์*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของภาวะ NEET, โรคทางจิตเวชในเยาวชนที่มีภาวะ NEET, และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET กับภาวะติดเกมของเยาวชนในประเทศไทย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง ในเยาวชนอายุ 15 - 25 ปี และผู้ปกครอง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566 จาก 15 จังหวัดที่มาจากกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและแบบชั้นภูมิ (stratified and multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งมีทั้งฉบับผู้ปกครองและฉบับเยาวชน นอกจากนี้ยังมีแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะ NEET และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินโรคติดเกม (Gaming Disorder Scale: GAME-S) แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นเกม แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Scale: POPS) ซึ่งเป็นฉบับเยาวชน และเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square, T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยเยาวชน 668 คน และผู้ปกครอง 489 คน ในเยาวชนมีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่ากัน มีอายุเฉลี่ย 19.92 ปี ความชุกของภาวะ NEET เป็นร้อยละ 4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ NEET ได้แก่ อายุที่มากขึ้น การเล่นเกมกับคนแปลกหน้าหรือเพื่อนออนไลน์ (OR=3.39; 95%CI [1.01, 11.42]) และการเล่นคนเดียว (OR=3.30; 95%CI [1.15, 9.46]) ในทางตรงกันข้าม เพศ ระดับการศึกษาและรายได้ของผู้ปกครอง ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาที่ใช้หน้าจอ การติดเกม และการเลี้ยงดูเชิงบวก ไม่สัมพันธ์กับภาวะ NEET นอกจากนี้โรคทางจิตเวชที่พบในเยาวชนที่มีภาวะ NEET ได้แก่ การดื่มสุรแบบมีปัญห (ร้อยละ 3.3) และโรคซึมเศร้า (ร้อยละ 3.3)

สรุป ความชุกของเยาวชนที่มี NEET เป็นร้อยละ 4.5 และโรคร่วมทางจิตเวชของเยาวชนเหล่านั้น ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์และโรคซึมเศร้า ทั้งนี้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ NEET ที่น้อยอาจส่งผลต่อความสามารถในการตรวจพบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะ NEET ในการศึกษาครั้งนี้ได้

คำสำคัญ ภาวะไม่ทำงาน ไม่เรียน ไม่ฝึกอบรม เยาวชน ภาวะติดเกม

Corresponding author: วัลลภ อัจฉริยะสิงห์

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: wanlop.atr@mahidol.edu

วันรับ : 6 มิถุนายน 2567 วันแก้ไข : 27 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 30 กรกฎาคม 2567

Prevalence of Not in Education, Employment, or Training (NEET), Associated Factors, and the Relationship with Game Addiction Among Youth Aged 15-25 Years in Thailand

Chutimon Boonrod*, Chanvit Pornnoppadol*, Wanlop Atsariyasing*

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

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to investigate the prevalence and associated factors of NEET, examine psychiatric disorders in youth with NEET, and explore the association between NEET and game addiction among youth in Thailand.

Methods: This questionnaire-based cross-sectional study was conducted among youth aged 15 - 25 years from July to November 2023. Participants were recruited from communities across 15 provinces in Thailand using a stratified and multi-stage sampling method. The questionnaire included demographic data, NEET status and related characteristics, gaming behavior, and positive parenting. Furthermore, game addiction was assessed using Gaming Disorder Scale: GAME-S, while other psychiatric disorders were evaluated using the Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). The data analysis employed descriptive statistics and inferential statistics, including Chi-square, T-test, and Analysis of Variance (ANOVA).

Results: The participants included 668 youths and their parents with equal proportions of males and females, with a mean age of 19.92 years. The prevalence of NEET was 4.5%. Factors associated with NEET were older age and playing video games with strangers or online friends (OR=3.39; 95%CI [1.01, 11.42]), and playing alone (OR=3.30; 95%CI [1.15, 9.46]). In contrast, gender, main caregiver, screen time, game addiction, and positive parenting were not associated with NEET. Additionally, psychiatric diseases found in youth with NEET were alcohol abuse (3.3%) and major depressive disorder (3.3%).

Conclusion: The prevalence of youth with NEET is 4.5%, and comorbid psychiatric diseases of those youth include alcohol abuse and major depressive disorder. The interpretation of the association between studied factors and NEET is limited due to the limited number of youths identified as NEET.

Keywords: NEET, youth, game addiction

บทนำ

Not in education, employment or training (NEET) เป็นคำที่ปรากฏขึ้นครั้งแรกที่ประเทศอังกฤษ หมายถึง ผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา การทำงาน หรือการฝึกอบรม ซึ่งใช้อ้างอิงในเด็กอายุ 16 - 18 ปี¹ ในช่วงหลังสงครามโลกประเทศญี่ปุ่นได้เกิดวิกฤติทางเศรษฐกิจครั้งใหญ่ทำให้อัตราว่างงานเพิ่มสูงขึ้นและจากการสำรวจในคนอายุ 15 - 34 ปี พบว่าภาวะ NEET เพิ่มขึ้นจากเดิม 0.62 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2549 และปี พ.ศ. 2550 เป็น 0.64 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2551² จึงทำให้ภาวะ NEET เป็นที่สนใจของคนทั่วโลก ซึ่งต่อมาก็ได้มีการศึกษาความชุกของภาวะ NEET ในประเทศต่างๆ จากการศึกษานี้ในปี พ.ศ. 2553 - 2555 ซึ่งสำรวจในชาวอังกฤษอายุ 16 - 24 ปี จำนวน 3,869 คน พบผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET 378 คน คิดเป็นร้อยละ 9.77³ และจากการศึกษาในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งสำรวจประชากรอายุ 16 - 35 ปี ในประเทศจีน ซึ่งครอบคลุม 29 จังหวัด จำนวน 4,978 คน พบผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET ร้อยละ 8 โดยพบความชุกของภาวะ NEET มากที่สุดในกลุ่มอายุ 22 - 25 ปี และความชุกของภาวะ NEET พบมากในผู้หญิงและผู้ที่ย้ายอยู่ในชนบท⁴ สำหรับในประเทศไทยมีการศึกษาความชุกของภาวะ NEET ในปี พ.ศ. 2563 โดยศึกษาในประชากรอายุ 15 - 24 ปี จำนวน 807 คน จาก 2,206 ครัวเรือน พบผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET ร้อยละ 13 โดยสัดส่วนของภาวะ NEET ในเพศหญิงและชายประมาณร้อยละ 13 เท่ากัน และส่วนใหญ่ มักอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 18)⁵

ปัจจัยที่ส่งผลให้เยาวชนอยู่ในสถานะ NEET ได้แก่ การต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน การแต่งงานในวัยรุ่น การต้องรับผิดชอบดูแลคนในครอบครัว และการอยู่ในครอบครัวแม่เลี้ยงเดี่ยว⁵ นอกจากนี้ได้มีการศึกษาผลกระทบและปัจจัยเกี่ยวเนื่องต่างๆ ของภาวะ NEET โดยจากการศึกษาของประเทศเม็กซิโก ในคนอายุ 12 - 17 ปี พบว่าภาวะ NEET สัมพันธ์กับโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตายที่มากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระบบการศึกษา⁶ และคนที่อยู่ในสถานะ NEET มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมใช้ยาเสพติด และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าคนอื่น³ นอกจากนี้การศึกษาของประเทศแคนาดาในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งศึกษาในประชากรอายุ 15 - 29 ปี จำนวน 5,622 คน พบผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET ถึงร้อยละ 10 โดยพบว่าเยาวชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า โรคไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และการใช้สารเสพติด มีแนวโน้มที่จะมีภาวะ NEET มากกว่าคนทั่วไป⁷ และจากการศึกษาในตอนเหนือ

ของประเทศนอร์เวย์ ในปี พ.ศ. 2545 - 2548 ในกลุ่มเด็กอายุ 15 - 16 ปี จำนวน 4,881 คน โดยเป็นการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า (cohort study) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่ไม่สูงมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ NEET เด็กผู้หญิงที่มีปัญหาเรื่องเพื่อนและปัญหาชนมากกว่าปกติ (hyperactivity) จะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ NEET ที่เพิ่มขึ้นในอนาคต และเด็กผู้ชายที่มีปัญหาเรื่องเพื่อนและปัญหาพฤติกรรมจะสัมพันธ์กับการเกิดภาวะ NEET ที่เพิ่มขึ้นในอนาคตเช่นกัน⁸

ภาวะ NEET ส่งผลต่อเศรษฐกิจของประเทศในแง่ของการสูญเสียรายได้และผลผลิตทางเศรษฐกิจ และยังส่งผลกระทบต่อเงินสาธารณะในประเทศที่ต้องจ่ายในแง่ของโครงการสวัสดิการและเงินช่วยเหลือ มีการศึกษาพบว่า ในปี พ.ศ. 2551 มีการสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากการขาดการมีส่วนร่วมในตลาดแรงงานของ NEET ใน 26 ประเทศจากสหภาพยุโรป อยู่ที่ประมาณ 2.3 พันล้านยูโรต่อสัปดาห์ จากการคำนวณนี้ต้นทุนทางเศรษฐกิจโดยรวมของ NEET อยู่ที่ประมาณ 119.2 พันล้านยูโร เท่ากับประมาณร้อยละ 1 ของ Gross Domestic Product (GDP) รวมของประเทศสมาชิกสหภาพยุโรป 26 ประเทศเหล่านี้ และเมื่อพิจารณาในแต่ละประเทศพบว่า รายจ่ายต่อปีที่ใช้ไปกับ NEET แตกต่างกันไปตามสวัสดิการของแต่ละประเทศ โดยในประเทศเบลเยียม เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เยอรมนี และไอร์แลนด์ ต้นทุนทางการเงินสาธารณะคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายโดยรวมในทางกลับกันในประเทศบัลแกเรีย กรีซ และอิตาลี ต้นทุนทางการเงินสาธารณะน้อยกว่าร้อยละ 1 ของต้นทุนทั้งหมด⁹ จึงเห็นได้ว่าภาวะ NEET เป็นปัญหาที่สำคัญที่กระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET เองและต่อสังคม

ภาวะติดเกม หรือ internet gaming disorder ได้รับการจัดอยู่ในคู่มือเกณฑ์การวินิจฉัยโรคและสถิติสำหรับความผิดปกติทางจิต ฉบับที่ 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition: DSM-5) ซึ่งหมายถึงการเล่นเกมในระยะเวลาที่ต่อเนื่องๆ และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือผลกระทบด้านลบตามมา แม้ว่าใน DSM-5 จะใช้คำว่า internet gaming disorder แต่ในการวินิจฉัยนั้นสามารถใช้ได้ทั้งเกมออนไลน์และออฟไลน์¹⁰ นอกจากนั้นในปี พ.ศ. 2561 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้กำหนดให้ภาวะติดเกมเป็นหนึ่งในโรคจิตเวช และบรรจุอยู่ในบัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 11 (11th revision of the International Classification of

Diseases: ICD-11) โดยใช้ชื่อว่า gaming disorder¹¹ จากการสำรวจของสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น กรมสุขภาพจิต ในเด็กและวัยรุ่นจำนวน 20,000 คนจากทั่วประเทศไทย พบอัตราติดเกมร้อยละ 13.1¹² ซึ่งภาวะติดเกมนั้นส่งผลกระทบต่อผู้เล่นในระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม เช่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ การเรียน อาชีพ พฤติกรรม และปัญหาด้านสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวและผู้อื่น¹²⁻¹⁶

หนึ่งในผลกระทบต่อตนเองของปัญหาเด็กติดเกมคือ ทำให้ผลการเรียนแย่ลง มีการศึกษาพบว่าเด็กติดเกมมักชอบเล่นเกมจนเริ่มไม่สนใจการเรียน ไม่อ่านหนังสือ ไม่ทำการบ้าน ซึ่งเป็นผลมาจากการอดหลับอดนอนนั่งเล่นเกมทั้งคืน บางรายถึงขั้นหนีเรียนเพื่อไปเล่นเกม¹² ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กติดเกมหลุดออกจากระบบการศึกษา สัมพันธ์กับการเกิดภาวะ NEET ในทางตรงข้ามเยาวชนที่มีภาวะ NEET ซึ่งมีการรวมกิจกรรมทางสังคมที่ต่ำ ทำให้มีเวลาว่างมากขึ้น ก็อาจใช้เวลาว่างเหล่านั้นไปกับการเล่นเกม มีการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตที่เพิ่มมากขึ้นเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดปัญหาของการติดสื่อสังคมออนไลน์ และการติดเกมตามมา¹² นอกจากนี้ได้มีการศึกษาในกลุ่มคนที่มีอาการถอนตัวออกจากสังคมอย่างมีพยาธิสภาพ ที่รู้จักในชื่อ Hikikomori พบว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการติดอินเทอร์เน็ตได้ โดยคนกลุ่มนี้ถอนตัวจากสังคมเพื่อหลีกเลี่ยงความเครียดจากโลกแห่งความจริงที่มีเหตุการณ์ในชีวิตที่เจ็บปวด เช่น การกลั่นแกล้ง หรือความล้มเหลวที่โรงเรียนหรือการทำงาน ในช่วงแรกๆ อาจรู้สึกโล่งใจที่ได้ถอนตัวออกไปจากสังคม แต่เมื่อเวลาผ่านไปเป็นหลักเดือนหรือปีความรู้สึกเหงาจะค่อยๆ มากขึ้น การใช้อินเทอร์เน็ตอาจการเป็นเครื่องมือช่วยบรรเทาความเหงา และการเล่นเกมออนไลน์ก็อาจช่วยให้รู้สึกเหงาของตนเองกลไกทางจิตวิทยานี้คล้ายกับการติดแอลกอฮอล์ในกลุ่มผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า²³⁻²⁵

การศึกษาเกี่ยวกับภาวะ NEET ในประเทศไทยยังมีน้อยมาก และยังไม่เคยมีการศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะ NEET กับภาวะติดเกม และโรคทางจิตเวชในเยาวชนที่มีภาวะ NEET ในประเทศไทยมาก่อน ดังนั้นการศึกษานี้จึงต้องการสำรวจความชุกของภาวะ NEET ในเยาวชนไทย และความสัมพันธ์ของภาวะ NEET กับภาวะติดเกมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงโรคทางจิตเวชในเยาวชนที่มีภาวะ NEET เพื่อนำไปสู่การศึกษาต่อยอดในเรื่องนี้ต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ เยาวชนอายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทย สาเหตุที่เลือกช่วงอายุดังกล่าวเนื่องจากความชุกของภาวะ NEET พบสูงสุดที่ช่วงอายุดังกล่าว¹⁻⁵

กลุ่มตัวอย่าง คือ เยาวชนจากจังหวัดต่างๆ จำนวน 15 จังหวัด ที่มาจากกรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4Studies ในสูตร sample size for estimating a finite population proportion

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

Population (N) = จำนวนเด็กและเยาวชน อายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทย จำนวน 9,457,407 คน¹⁹

Proportion (p) = ความชุกของ NEET ร้อยละ 13 (p=0.13)⁵

Error (d) = กำหนดขนาดของค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ = 0.05 หรือ 5%

โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.96

พบว่าขนาดตัวอย่างน้อยที่สุดในการศึกษานี้เท่ากับ 174 ราย ทั้งนี้โครงการหลักจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 668 ราย ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงเพียงพอสำหรับทดสอบสมมติฐานของโครงการย่อย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอนและแบบชั้นภูมิ (stratified and multi-stage sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากรเยาวชนอายุ 15 - 25 ปี ในประเทศไทยจากทุกภาค และให้ได้จำนวนประชากรในแต่ละอายุและแต่ละเพศพอๆ กัน โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละภาคตามกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ ตามสัดส่วนประชากรอายุ 15 - 25 ปี จากนั้นในแต่ละภาคจะสุ่มเลือกจังหวัดที่จะไปเก็บข้อมูล โดยสุ่มแบบเป็นระบบจากรายชื่อจังหวัดที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น เพื่อจะได้ดูแลผู้เข้าร่วมวิจัยที่พบว่ามีความเสี่ยงสูงต่อภาวะติดเกม ภาวะซึมเศร้า และภาวะทางจิตเวชอื่นๆ จากการทำแบบสอบถามและการสัมภาษณ์โดยจำนวนจังหวัดที่สุ่มเลือกในแต่ละภาคจะเลือกให้ได้กลุ่มตัวอย่างเพียงพอตามที่คำนวณไว้

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละจังหวัดนั้น จะสุ่มอำเภอมา 1 อำเภอ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และในแต่ละอำเภอจะสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลเป็นจำนวนเท่าๆ กัน โดยสุ่มให้มีจำนวนเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน และให้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอายุเป็นจำนวนเท่าๆ กัน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย คือบุคคลอายุ 15 - 25 ปี และผู้ปกครองที่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย คือ ไม่สามารถร่วมมือในการทำแบบสอบถามจนเสร็จได้ และเกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัยหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมหรือผู้ร่วมวิจัยรู้สึกไม่สบายใจในการทำแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปฉบับเยาวชน เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระดับผลการเรียน เป็นต้น และฉบับผู้ปกครองจะถามถึงระดับการศึกษาของผู้ปกครอง และรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะ NEET และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ประกอบด้วย 1) ข้อคำถามประเมินภาวะ NEET จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ คุณยังเรียนหนังสืออยู่ คุณอยู่ในระหว่างฝึกงาน คุณได้ทำงานที่ได้ค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง (รวมวันลาหยุด) และคุณได้ทำงานที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนเนื่องจากเป็นธุรกิจครอบครัวหรือธุรกิจส่วนตัวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ที่ถือว่ามีความเสี่ยง NEET จะต้องตอบ “ไม่” ในทุกข้อคำถาม และ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ NEET จำนวน 20 ข้อ เช่น ทักษะเกี่ยวกับการเรียนและการทำงาน การใช้สารเสพติดของตนเอง การใช้สารเสพติดของคนในครอบครัว เป็นต้น โดยแบบสอบถามนี้พัฒนาโดยทีมผู้วิจัย ข้อคำถามสร้างมาจากนิยามของภาวะ NEET จาก UK's Social Exclusion Unit²² และการทบทวนวรรณกรรมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะนี้

แบบประเมินโรคติดเกม (Gaming Disorder Scale: GAME-S) อ้างอิงเกณฑ์การวินิจฉัยโรคติดเกม (gaming disorder) จาก ICD-11 โดยแบบประเมินมี 2 ฉบับ คือ ฉบับตนเอง และฉบับผู้ปกครอง แต่ละฉบับมีข้อคำถาม 9 ข้อ เพื่อประเมินอาการของโรคติดเกม 3 ด้าน คือ ด้านไม่สามารถควบคุมตัวเองไม่ให้เล่นเกมได้ ด้านให้ความสำคัญกับการเล่นเกมเหนือกิจกรรมใดๆ และด้าน

ยังคงเล่นเกมอย่างต่อเนื่องแม้จะได้รับผลกระทบในเชิงลบแล้วก็ตาม ค่าความคงที่ภายใน (cronbach's alpha) ของแบบประเมินฉบับตนเองและฉบับผู้ปกครอง มีค่าเท่ากับ 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ ค่า loading factor ของแบบประเมินฉบับตนเองและฉบับผู้ปกครองมีค่าเท่ากับ 0.65 - 0.81 และ 0.79 - 0.86 ตามลำดับ¹⁸

แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการเล่นเกม ได้แก่ เคยเล่นหรือไม่ ชนิดของเกมที่ใช้เล่น อุปกรณ์ที่ใช้เล่น สถานที่ที่เล่น ระยะเวลาที่ใช้กับหน้าจอเล่นเกมและโซเชียลมีเดีย ความถี่ในการเล่น ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเกม และคนที่เล่นเกมด้วยบ่อยๆ

เครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต เป็นเครื่องมือสัมภาษณ์แบบโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย 16 โรค และภาวะในคนอายุ 18 ปีขึ้นไป พบว่ามีค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ที่สูง คือมากกว่า 0.81 สำหรับโรคกลุ่มโรคจิตและโรคซึมเศร้าที่ดี แต่ค่าดังกล่าวต่ำในกลุ่มโรควิตกกังวล¹⁹

แบบประเมินการเลี้ยงดูเชิงบวก (Positive Parenting Scale; POPS) พัฒนาโดย ชาญวิทย์ พรนภดล และคณะ เพื่อประเมินทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ มี 4 ตัวเลือก (ไม่เคยทำเลย = 0, ไม่ค่อยทำ = 1, ทำบ้าง = 2, ทำสม่ำเสมอ = 3) สร้างข้อคำถามโดยอ้างอิงหลักการเลี้ยงดูเชิงบวก 3 ด้าน คือ สัมพันธภาพ (relationship) การเคารพในตัวตนของเด็ก (respect) และการตั้งกฎกติกา (rules) ประกอบด้วยแบบประเมิน 2 ฉบับ คือ ฉบับตนเอง (self-report) สำหรับผู้ปกครองประเมินตนเอง และฉบับเด็ก (ประเมินศึกษาปีที่ 3 ถึงมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือ อายุ 8 - 18 ปี: child report) สำหรับเด็กประเมินผู้ปกครอง ซึ่งผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหา (content validation index: CVI) จากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา และด้านภาษา 4 ท่าน พบว่ามีค่า CVI ฉบับตนเองมากกว่า 0.88 และฉบับเด็กมากกว่า 0.75²⁰ และมีค่า Cronbach's ฉบับผู้ปกครอง 0.87 ฉบับเด็ก 0.86

วิธีการเก็บข้อมูล

ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล คือ เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2566

ผู้วิจัยประสานกับทีมสภาเด็กและเครือข่ายในแต่ละจังหวัด ประชาสัมพันธ์ในชุมชน หากผู้สนใจเข้าเกณฑ์คัดเข้ายินดีเข้าร่วม ผู้ช่วยวิจัยจะเข้าไปพบเด็กและเยาวชนพร้อมผู้ปกครอง

ที่บ้านเพื่อชี้แจงเรื่องรายละเอียดการทำวิจัย และหากเด็กและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมก็จะดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยต่อไป โดยสำหรับเด็กและเยาวชนที่อายุต่ำกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองด้วย ทั้งนี้ทีมผู้วิจัยได้มีการประชุมกับทีมเก็บข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจเรื่องงานวิจัย แบบสอบถาม และกระบวนการลงทะเบียนข้อมูลก่อนเริ่มเก็บข้อมูลจริง

สำหรับผู้ร่วมวิจัยอายุ 18-25 ปี ที่เข้าเกณฑ์ภาวะ NEET จากแบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะ NEET จะได้รับการติดต่อเพื่อสัมภาษณ์โรคทางจิตเวชด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย โดยทีมผู้สัมภาษณ์ประกอบด้วยแพทย์ประจำบ้านจิตเวชเด็กและวัยรุ่น และนักจิตวิทยา รวมทั้งหมด 6 คน ซึ่งผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือจากผู้เชี่ยวชาญ และมีค่า interrater reliability ที่ดี คือ ค่า kappa=1 ทั้งนี้หากพบผู้ร่วมวิจัยมีโรคทางจิตเวชจากการสัมภาษณ์จะมีคำแนะนำเบื้องต้นให้ และมีรายละเอียดการนัดหมายจิตแพทย์ในพื้นที่ใกล้เคียงเพื่อประเมินและตรวจรักษาต่อไป

การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการนำเสนอข้อมูลทั่วไป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะ NEET และโรคร่วมทางจิตเวช

สถิติเชิงอนุมานในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET กับข้อมูลพื้นฐาน พฤติกรรมการเล่นเกมบางพฤติกรรม รูปแบบการเลี้ยงดูเชิงบวก และภาวะติดเกม ได้แก่ Chi-square, T-test และ Analysis of Variance (ANOVA)

จริยธรรมวิจัยในคน

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เมื่อวันที่ 4 มีนาคม พ.ศ. 2565 หมายเลขรับรอง (COA) Si 209/2022

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 668 คน มาจากกรุงเทพมหานคร 88 คน ภาคกลาง 86 คน ภาคเหนือ 132 คน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 216 คน และภาคใต้ 129 คน ภาคตะวันออก 17 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.1 และเพศชาย ร้อยละ 49.6 ระดับการศึกษาของผู้ปกครองน้อยกว่าปริญญาตรี

ร้อยละ 74.4 ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 25.6 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท อยู่ที่ร้อยละ 38.3 และรายได้ต่อเดือนของครอบครัวมากกว่า 10,000 บาท ขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ 61.9 และในส่วนของพฤติกรรมการใช้หน้าจอพบว่า เวลาการใช้หน้าจอเฉลี่ย 5.06 ชั่วโมงต่อวัน คนที่เล่นเกมด้วยบ่อยๆ เป็นเพื่อนในชีวิตจริง ร้อยละ 45.4 เป็นคนในครอบครัว ร้อยละ 3.1 เล่นคนเดียว ร้อยละ 21.6 และเล่นกับคนแปลกหน้า ร้อยละ 11.7 รายละเอียดดังตารางที่ 1, 2 และ 4

ความชุก ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมการเล่นเกมของเยาวชนที่มีภาวะ NEET

จำนวนเยาวชนที่มีภาวะ NEET ในกลุ่มเยาวชนที่เข้าร่วมงานวิจัยมีจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 4.5 โดยเยาวชนที่มีภาวะ NEET มีอายุเฉลี่ย 22.87 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 และออกจากโรงเรียนตั้งแต่ชั้นประถมปลาย ร้อยละ 3.3 มัธยมปลาย ร้อยละ 15.7 และปริญญาตรี ร้อยละ 6.7 โดยสาเหตุหลักที่ออกจากโรงเรียน คือ การเรียนจบหลักสูตรแล้ว (ร้อยละ 83.3) รองลงมา คือ การหางานทำ (ร้อยละ 6.7) และการไม่มีความสุขกับการเรียน (ร้อยละ 3.3) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นพ่อและแม่ (ร้อยละ 56.7) รองลงมา คือ พ่อหรือแม่ (ร้อยละ 30) และญาติ (ร้อยละ 13.3) นอกจากนี้เยาวชนที่มีภาวะ NEET ส่วนใหญ่รายงานว่าผู้ปกครองมีทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกมาก (ร้อยละ 56.7) รายละเอียดดังตารางที่ 1

นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนที่มีภาวะ NEET ส่วนใหญ่มีสถานะภาพโสด (ร้อยละ 93.3) ร้อยละ 76.7 ที่ไม่ได้สมัครใจที่จะไม่ทำงาน/ฝึกงาน/เรียนหนังสือ และร้อยละ 60.0 รู้สึกว่าตนยังขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงาน นอกจากนี้ในส่วนของพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรที่พบภาวะ NEET พบว่าสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นประจำ ร้อยละ 6.7 เล่นการพนันเป็นประจำ ร้อยละ 3.3 ดังตารางที่ 3

สำหรับพฤติกรรมการเล่นเกมนั้น เยาวชนที่มีภาวะ NEET ไม่มีภาวะติดเกมร่วมด้วยเลย เยาวชนที่มีภาวะ NEET มีเวลาการใช้หน้าจอเฉลี่ย 5 ชั่วโมงต่อวัน โดยเป็นเวลาที่เล่นเกมเฉลี่ย 1.56 ชั่วโมงต่อวัน และเวลาที่ใช้โซเชียลมีเดียเฉลี่ย 3.37 ชั่วโมงต่อวัน มีค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมหรือซื้อไอเทมต่างๆ ในเกมเฉลี่ย 919.8 บาทต่อเดือน เยาวชนที่มีภาวะ NEET ส่วนใหญ่เล่นเกมคนเดียว (ร้อยละ 30) รองลงมา คือ เพื่อนในชีวิตจริง (ร้อยละ 20) และเพื่อนออนไลน์หรือคนแปลกหน้า (ร้อยละ 16.7) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน (n=668)	n (%)	ภาวะ NEET		P-value
		มีภาวะ NEET (n=30) n (%)	ไม่มีภาวะ NEET (n=638) n (%)	
เพศ				0.734
ชาย	331 (49.6)	14 (46.7)	317 (49.8)	
หญิง	335 (50.1)	16 (53.3)	319 (50.2)	
อื่นๆ	2 (0.3)	0 (0.0)	2 (0.3)	
อายุ mean +/- S.D.				<0.001
Range = 15 - 25 ปี	19.93 (3.18)	22.87 (1.43)	19.79 (3.17)	
เรียนหนังสือ				
ไม่ได้เรียนแล้ว	211 (31.6)	30 (100.0)	181 (28.4)	
เรียนอยู่	457 (68.4)	0 (0.0)	457 (71.6)	
ไม่ได้เรียนแล้ว ออกจากโรงเรียนตั้งแต่ชั้น				
ประถมปลาย	2 (0.3)	1 (3.3)	1 (0.2)	
มัธยมต้น	15 (2.2)	0 (0.0)	15 (2.4)	
มัธยมปลาย	21 (3.1)	5 (15.7)	16 (2.5)	
ปวช.	5 (0.7)	0 (0.0)	5 (0.8)	
ปวส./อนุปริญญา	9 (1.3)	0 (0.0)	9 (1.4)	
ปริญญาตรี	8 (1.2)	2 (6.7)	6 (0.9)	
ออกจากโรงเรียนเนื่องจาก				
จบหลักสูตรแล้ว	155 (23.2)	25 (83.3)	130 (20.4)	
สอบไม่ผ่าน	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	
ไม่มีความสุขกับการเรียน	2 (0.3)	1 (3.3)	1 (0.2)	
ออกมาแต่งงาน	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	
ออกมาหางานทำ	24 (3.6)	2 (6.7)	22 (3.4)	
ครอบครัวไม่ให้เรียนต่อ	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	
ออกมาดูแลบุตร/ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยในครอบครัว	3 (0.5)	0 (0.0)	3 (0.4)	
อื่นๆ	1 (0.1)	0 (0.0)	1 (0.2)	
ผลการเรียน				0.577
0.00 - 3.00	258 (38.6)	12 (40.0)	246 (38.6)	
3.01 - 3.50	224 (33.5)	12 (40.0)	212 (33.2)	
3.51 - 4.00	186 (27.8)	6 (20.0)	180 (28.2)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของเยาวชน (n=668)	n (%)	ภาวะ NEET		P-value
		มีภาวะ NEET (n=30) n (%)	ไม่มีภาวะ NEET (n=638) n (%)	
ผู้ที่ดูแลคนมากที่สุด				0.716
พ่อและแม่	329 (49.3)	17 (56.7)	312 (49.1)	
พ่อหรือแม่	230 (34.4)	9 (30.0)	221 (34.7)	
ญาติ	107 (16.0)	4 (13.3)	103 (16.2)	
ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกของผู้ปกครอง				0.265
ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกน้อย	60 (9.0)	5 (16.7)	55 (8.6)	
ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกปานกลาง	232 (34.7)	8 (26.7)	224 (35.1)	
ทักษะการเลี้ยงดูเชิงบวกมาก	376 (56.3)	17 (56.7)	359 (56.3)	

NEET = Not in Education, Employment or Training, S.D. = standard deviation, ปวช. = ประกาศนียบัตรวิชาชีพ, ปวส. = ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
วิเคราะห์โดยใช้ Chi-Square Tests สำหรับปัจจัยแบบข้อมูลเชิงกลุ่ม และ Mann-Whitney U Test สำหรับอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยข้อมูลต่อเนื่อง

ตารางที่ 2 การศึกษาและรายได้ของผู้ปกครอง

ข้อมูลทั่วไปของเด็กและเยาวชน (n=489)	n (%)	แบบสอบถามคัดกรองภาวะ NEET		P-value	OR (95%CI)
		มีภาวะ NEET (n=19)	ไม่มีภาวะ NEET (n=470)		
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง				0.943	
น้อยกว่าปริญญาตรี	363 (74.4)	14 (73.7)	349 (74.4)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	125 (25.6)	5 (26.3)	120 (25.6)		
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)				0.542	
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000	187 (38.3)	6 (31.6)	181 (38.5)		
มากกว่า 10,000 ขึ้นไป	302 (61.9)	13 (68.4)	289 (61.5)		

NEET = Not in Education, Employment or Training, OR = Odds Ratio
วิเคราะห์โดยใช้ Chi-Square Tests

โรคร่วมทางจิตเวชในเยาวชนที่มีภาวะ NEET

สำหรับโรคร่วมทางจิตเวชในเยาวชนที่มีภาวะ NEET จากเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย ได้แก่ การดื่มสุราแบบมีปัญา (alcohol abuse) ร้อยละ 3.3 และโรคซึมเศร้า (major depressive disorder) ร้อยละ 3.3

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET กับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ NEET ได้แก่ อายุเฉลี่ยที่มากกว่า และการเล่นเกมกับคนแปลกหน้า/เพื่อนในโลกออนไลน์ โดยเยาวชนที่เล่นเกมกับเพื่อนออนไลน์หรือคนแปลกหน้ามีโอกาสมีภาวะ NEET สูงกว่าเยาวชนที่เล่นเกมกับเพื่อนในชีวิตจริง 3.39 เท่า (OR=3.39, 95%CI 1.01-11.42) และเยาวชนที่เล่นเกมคนเดียว

มีโอกาสมีภาวะ NEET สูงกว่าเยาวชนที่เล่นเกมกับเพื่อนในชีวิตจริง 3.30 เท่า (OR=3.30, 95%CI 1.15-9.46) ในขณะที่เพศ ระยะเวลาที่ใช้ไปกับการเล่นเกมหรือโซเชียลมีเดีย พฤติกรรมการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด และการเล่นพนัน ไม่สัมพันธ์กับภาวะ NEET ดังตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET กับภาวะติดเกม

การศึกษานี้พบว่าภาวะ NEET ไม่สัมพันธ์กับภาวะติดเกม ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

ความชุกของภาวะ NEET ในเยาวชนอายุ 15 - 25 ปี ใน การศึกษานี้เป็นร้อยละ 4.5 ซึ่งน้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ ของรัตติยาและคณะ ที่ศึกษาในเยาวชนกลุ่มตัวอย่าง อายุ 15 - 24 ปี เมื่อปีพ.ศ. 2563 ที่พบผู้ที่อยู่ในสถานะ NEET ร้อยละ 13⁵ ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากการที่ยังไม่มีแบบประเมินภาวะ NEET ที่เป็นสากล และในการศึกษาต่างๆ ก็สร้างข้อคำถามในการประเมิน ภาวณี้จากนิยามของ NEET ซึ่งก็คือผู้ที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษา การทำงาน หรือการฝึกอบรม จึงทำให้เกณฑ์การประเมินภาวะ NEET อาจจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของข้อคำถาม การศึกษา ของรัตติยาและคณะ ถ้าเยาวชนมีพฤติกรรมของภาวะ NEET ในช่วง 7 วันที่ผ่านมา หรือ ณ ปัจจุบัน ก็ถือว่ามีความ NEET⁵ ในขณะที่การศึกษานี้กำหนดระยะเวลาไว้นานกว่า คือ 3 เดือน จึงอาจส่งผลให้ความชุกของภาวะ NEET ในการศึกษาของรัตติยา และคณะสูงกว่า และกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาของรัตติยาและ คณะ มีส่วนหนึ่งมาจากจังหวัดที่มีประชากรนับถือศาสนาอิสลาม เป็นสัดส่วนที่สูง ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบภาวะ NEET ที่สูงใน บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลาม⁵ จึงอาจส่งผลให้พบความชุกของ ภาวะ NEET สูงกว่าการศึกษานี้ นอกจากนี้ช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล อาจส่งผลต่ออัตราการจ้างงานและการเรียน โดยการศึกษาของ รัตติยาและคณะ เก็บข้อมูลในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งเป็นช่วงที่ประเทศไทย มีการระบาดของไวรัส COVID-19 อย่างมาก มีการปิดประเทศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาคเศรษฐกิจ มีการเลิกจ้าง มีการปิดโรงเรียน และเปลี่ยนเป็นเรียนทางออนไลน์ จึงอาจส่งผลให้พบประชากรที่ อยู่ในภาวะว่างงานหรือเยาวชนที่หลุดออกจากระบบการศึกษา มากขึ้น ทำให้พบความชุกของผู้ที่อยู่ในภาวะ NEET มากขึ้นกว่า การศึกษานี้ที่เก็บข้อมูลในช่วงเวลาปัจจุบัน

การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าภาวะ NEET สัมพันธ์กับ โรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด และการฆ่าตัวตายที่มากขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อยู่ในระบบการศึกษา⁶ และคนที่อยู่ใน สถานะ NEET มีแนวโน้มที่จะสูบบุหรี่ มีพฤติกรรมใช้ยาเสพติด และมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าคนอื่น³ ซึ่งต่างจาก การศึกษานี้ที่พบว่าผู้ที่มีความ NEET พบโรคทางจิตเวช คือการดื่มสุรา แบบมีปัญหา ร้อยละ 3.3 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 3.3 ส่วน การใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ และการเล่นการพนัน ไม่มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่มีภาวะ NEET กับ ผู้ที่ไม่มีภาวะ NEET ความแตกต่างนี้อาจเกิดจากจำนวนผู้ที่อยู่ใน ภาวะ NEET ในการศึกษานี้มีจำนวนน้อย จึงอาจส่งผลต่อความ สามารถในการตรวจพบความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ระหว่าง ผู้ที่มีภาวะ NEET กับผู้ที่ไม่มีความ NEET ได้ นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าเยาวชนที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า ไบโพลาร์ โรควิตกกังวล และการใช้สารเสพติดมีแนวโน้มที่จะ เป็น NEET มากกว่าคนทั่วไป⁷ ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาในประชากร ทั่วไปที่ไม่ได้เจาะจงว่าต้องเป็นผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ผลที่ได้จึงอาจนำมาเปรียบเทียบกับไม่ได้ เนื่องจากกลุ่มประชากร แตกต่างกัน

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET และภาวะ ติดเกมนั้น เท่าที่ทราบยังไม่มีการศึกษาถึงประเด็นนี้มาก่อน มีงานวิจัย ก่อนหน้านี้ที่ศึกษาโรคติดเกมอินเทอร์เน็ตกับพฤติกรรมการมี ส่วนร่วมต่อสังคม (social engagement behaviors) ในกลุ่ม ตัวอย่างอายุ 18 - 72 ปี โดยพฤติกรรมการมีส่วนร่วมต่อสังคม ประกอบด้วยคำถาม 4 ข้อคือ 1) ว่างงานหรือไม่ 2) ระดับการศึกษา ที่สูงที่สุด 3) มีความสัมพันธ์แบบโรแมนติกหรือมีคู่ชีวิตในขณะที่ กำลังตอบแบบสอบถามหรือไม่ 4) อาศัยอยู่กับใคร พบว่าผู้ที่มี โรคติดเกมอินเทอร์เน็ตจะสัมพันธ์กับคนที่มีความว่างงาน ระดับ การศึกษาที่ต่ำกว่า และการอาศัยอยู่กับพ่อแม่ที่หย่าร้าง เพื่อน หรือพักในที่พักรั่วครว²¹ ซึ่งต่างจากการศึกษานี้ที่ไม่พบ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่มีภาวะ NEET กับภาวะติดเกม โดยใน การศึกษาดังกล่าวประเมินภาวะติดเกมโดยใช้เครื่องมือ IGDS9-SF ซึ่งต่างกับการศึกษานี้ที่ประเมินภาวะติดเกมโดยใช้เครื่องมือ GAME-S และนอกจากนี้ข้อคำถามของพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ต่อสังคมซึ่งมีถามแค่ว่างงานหรือไม่นั้น ไม่ได้แสดงถึงประชากร ที่มีภาวะ NEET และร่วมกับอายุของกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ทำให้ผลลัพธ์ที่ได้แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องในเยาวชนที่มีภาวะ NEET

แบบสอบถามคัดกรองภาวะ NEET	มีภาวะ NEET (n=30)	ไม่มีภาวะ NEET (n=638)	P-Value
	ใช่ n (%)	ใช่ n (%)	
คุณอยู่ในสถานะว่างงาน และกำลังหางาน	12 (40.0)		
ถึงแม้ว่าคุณจะไม่ได้ทำงาน ฝึกงาน หรือเรียน แต่คุณก็ทำหน้าที่รับผิดชอบงานบ้านส่วนใหญ่ในบ้านของคุณ	23 (76.7)		
คุณไม่สามารถทำงาน ฝึกงาน หรือเรียนได้ เนื่องจากมีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือทุพพลภาพ	2 (6.7)		
คุณเป็นผู้ดูแลหลักสำหรับการดูแลเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่คุณดูแลตัวเองไม่ได้	5 (16.7)		
คุณรู้สึกท้อใจ หดหู่กำลังใจ หรือเบื่อหน่าย กับการทำงาน หรือการเรียนที่ผ่านมา	8 (26.7)		
คุณสมัครใจที่จะไม่ทำงาน ฝึกงาน หรือเรียนหนังสือ	7 (23.3)		
คุณชอบที่จะไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องงาน หรือเรื่องเรียน	6 (20.0)		
คุณรู้สึกว่าตนเองยังขาดทักษะที่จำเป็นในการทำงาน	12 (40.0)		
คุณต้องการพัฒนาตนเอง เพื่อให้มีความพร้อมที่จะทำงาน	16 (53.3)		
ครอบครัวของคุณไม่ต้องการให้คุณเรียน ฝึกงาน หรือทำงาน	4 (13.3)		
คุณวางแผนที่จะเรียน ฝึกงาน หรือทำงาน ในอนาคต	19 (63.3)		
คุณดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ	0 (0.0)	62 (9.7)	0.101
คุณสูบบุหรี่ หรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นประจำ	2 (6.7)	70 (11.0)	0.761
คุณใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำ	0 (0.0)	5 (0.8)	1.000
คุณเล่นการพนันเป็นประจำ	1 (3.3)	14 (2.2)	0.502
นอกจากคุณ ในครอบครัวมีคนที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ	5 (16.7)	120 (18.8)	0.769
นอกจากคุณ ในครอบครัวมีคนที่มีสูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้า เป็นประจำ	5 (16.7)	119 (18.7)	0.785
นอกจากคุณ ในครอบครัวมีคนที่ใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นประจำ	0 (0.0)	14 (2.2)	1.000
นอกจากคุณ ในครอบครัวมีคนที่มีเล่นการพนันเป็นประจำ	1 (3.3)	19 (3.0)	0.606
นอกจากคุณ ในครอบครัวมีคนที่มีอายุมากกว่า 15 ปี และไม่ได้เรียน ฝึกงาน หรือทำงาน	2 (6.7)	71 (11.1)	0.762
สถานภาพสมรสของคุณ			0.562
- โสด (ไม่เคยแต่งงาน)	28 (93.3)	611 (95.8)	
- แต่งงานแล้วและคู่สมรสไม่อยู่ในครัวเรือน	0 (0.0)	4 (0.6)	
- แต่งงานแล้วและคู่สมรสอยู่ในครัวเรือน	2 (6.7)	17 (2.7)	
- หย่า/เลิก/แยกกันอยู่	0 (0.0)	5 (0.8)	
ปัจจุบันคุณมีความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในระดับใด mean (S.D.)	8.33 (1.35)	7.80 (1.65)	0.072

NEET = Not in Education, Employment or Training, S.D. = standard deviation

วิเคราะห์โดยใช้ Chi-Square Tests สำหรับปัจจัยแบบข้อมูลเชิงกลุ่มและ Mann-Whitney U Test สำหรับคำถามความพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน ซึ่งเป็นปัจจัยข้อมูลต่อเนื่อง

ตารางที่ 4 ภาวะติดเกมและพฤติกรรมการเล่นเกมของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยที่ศึกษา	n (%)	ภาวะ NEET		P-value
		มีภาวะ NEET (n=30) n (%)	ไม่มีภาวะ NEET (n=638) n (%)	
ภาวะติดเกม				1.000
เข้าเกณฑ์ภาวะติดเกม	14 (2.1)	0 (0.0)	14 (2.2)	
ไม่เข้าเกณฑ์ภาวะติดเกม	654 (97.9)	30 (100.0)	624 (97.8)	
ค่าเฉลี่ยเวลาการใช้น้ำจอต่อนวัน mean +/- S.D.				0.638
Range = 0.8 - 22.54 ชั่วโมง	5.06 (3.57)	5.00 (4.47)	5.06 (3.54)	
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้ในการเล่นเกมต่อวัน mean +/- S.D.				0.602
Range = 0.4 - 11.32 ชั่วโมง	2.10 (2.05)	1.56 (1.53)	2.09 (2.05)	
ค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ใช้โซเชียลมีเดียต่อวัน mean +/- S.D.				0.485
Range = 0.4 - 17.11 ชั่วโมง	3.25 (2.49)	3.37 (4.05)	3.24 (2.44)	
อุปกรณ์ที่ใช้เล่นเกมบ่อยๆ				0.341
โทรศัพท์มือถือ	558 (83.5)	24 (80.0)	534 (83.7)	
คอมพิวเตอร์/โน้ตบุ๊ก	43 (6.4)	3 (10.0)	40 (6.3)	
แท็บเล็ต	31 (4.6)	0 (0.0)	31 (4.9)	
ค่าใช้จ่ายในการเล่นเกมหรือซื้อไอเทม ต่างๆ ในเกม mean +/- S.D.				0.558
Range = 10 - 8,000 บาท/เดือน	770.61 (1261.73)	919.80 (1462.06)	759.31 (1250.92)	
คนที่เล่นเกมด้วยบ่อยๆ				0.048
เพื่อนในชีวิตจริง	303 (45.4)	6 (20.0)	297 (46.6)	
คนในครอบครัว	21 (3.1)	2 (6.7)	19 (3.0)	
เล่นคนเดียว	144 (21.6)	9 (30.0)	135 (21.2)	
เพื่อนออนไลน์/คนแปลกหน้า	78 (11.7)	5 (16.7)	73 (11.4)	

NEET = Not in Education, Employment or Training, S.D. = standard deviation

วิเคราะห์โดยใช้ Chi-Square Tests สำหรับปัจจัยแบบข้อมูลเชิงกลุ่มและ Mann-Whitney U Test สำหรับปัจจัยข้อมูลต่อเนื่อง

แม้ว่าการศึกษานี้จะมีจุดเด่นคือเป็นการศึกษาในประชากรทั่วไปในชุมชนจากทั้งในเขตและนอกเขตเทศบาลจากทั่วประเทศ เป็นการศึกษาแรกๆ ในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภาวะ NEET และภาวะติดเกม และมีการใช้เครื่องมือประเมินภาวะติดเกมและโรคร่วมทางจิตเวชที่ได้มาตรฐาน แต่ก็ยังมีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ ผู้ที่มีภาวะ NEET อาจจะไม่มีความสนใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย จึงอาจส่งผลต่อจำนวนความชุกของภาวะ NEET

ในงานวิจัยนี้ การขาดแบบประเมินภาวะ NEET ที่มีมาตรฐานจึงต้องใช้แบบประเมินที่สร้างขึ้นเอง กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะ NEET มีจำนวนน้อย การใช้แบบสอบถามที่เป็น self-report คำตอบที่ได้ในข้อคำถามที่เป็นเชิงลบ เช่น การใช้สารเสพติด การเล่นเกมพนัน จึงอาจต่ำกว่าความเป็นจริง และการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนและเป็นประชากรทั่วไปในชุมชน จึงอาจมีข้อจำกัดในการประยุกต์ผลการศึกษากับประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ใหญ่ กลุ่มผู้ป่วย เป็นต้น

การศึกษาต่อไปในอนาคตควรมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะ NEET ที่เป็นมาตรฐาน และเก็บกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น เพื่อที่จะเห็นความสัมพันธ์ของภาวะ NEET กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ ได้ชัดเจนขึ้น และอาจจะมีการศึกษาในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ป่วย หรือกลุ่มประชากรที่อายุมากกว่า 25 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มที่สำคัญและกระทบกับระบบเศรษฐกิจของประเทศ เพื่อให้ทราบถึงความรุนแรงของปัญหา และเพื่อนำไปสู่การวางนโยบายเพื่อช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะ NEET ต่อไปในอนาคต

สรุป

ความชุกของภาวะ NEET ในเยาวชนอายุ 15 - 25 ปี ในไทย จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2566 เป็นร้อยละ 4.5 ครอบคลุมทางจิตเวชเป็นการดื่มสุราแบบมีปัญหาร้อยละ 3.3 และโรคซึมเศร้าร้อยละ 3.3 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ NEET ได้แก่ อายุเฉลี่ยที่มากกว่า และการเล่นเกมกับคนแปลกหน้าหรือเพื่อนในโลกออนไลน์ ทั้งนี้ข้อจำกัดที่ยังไม่มีแบบประเมินภาวะ NEET ที่เป็นสากล และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อย อาจส่งผลต่อความสามารถในการตรวจพบความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับภาวะ NEET ในการศึกษาครั้งนี้ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสภาเด็กและเยาวชนแห่งประเทศไทย ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการประสานงานและเก็บข้อมูล ขอขอบคุณนางสาวณัฐพร กังสวิวัฒน์ ผู้ช่วยวิจัยประจำโครงการ สำหรับการประสานงานตลอดโครงการวิจัย และ นางสาวนราทิพย์ สงวนพานิช นักสถิติประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้คำปรึกษาด้านสถิติ งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2566

ผลประโยชน์ขัดกัน

ทีมผู้วิจัยไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนใดๆ ในการทำวิจัยในครั้งนี้

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ชุดิมนนท์ บุณรอด: พัฒนาโครงร่างวิจัย เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนบทความ ชาญวิทย์ พรนภดล: พัฒนาโครงร่างวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจทานบทความ

วัลลภ อัจฉริยะสิงห์: พัฒนาโครงร่างวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และตรวจทานบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Social Exclusion Unit. Bridging the gap: new opportunities for 16-18 year olds not in education, employment or training, presented to Parliament by the Prime Minister. London, UK: Stationery Office; 1999.
2. Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan. Employment measures in Post-Financial Crisis Japan [Internet]. 2009 [cited 2021 Jun 16]. Available from: <http://www.mhlw.go.jp/english/policy/affairs/dl/04.pdf>.
3. Tanton C, McDonagh L, Cabecinha M, Clifton S, Geary R, Rait G, et al. How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education, employment or training (NEET) compare to workers and students? BMC Public Health 2021;21(1):412.
4. Yang Y. China's youth in NEET (Not in Education, Employment, or Training): evidence from a national survey. Annals AAPSS. 2020;688(1):171-89.
5. Bhulaur R, Saengprajakul S, Thongwan P. Report of knowledge building and promotion of youth who are not in Employment, Education or Training (NEETs), and youth who are disengaged in human capital accumulation activities for fostering youth potential to enter into the labor market. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2020.
6. Benjet C, Hernández-Montoya D, Borges G, Méndez E, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. Salud Pública Méx. 2012;54(4):410-7.
7. Gariépy G, Iyer S. The mental health of young Canadians who are not working or in school. Canadian J Psychiatry. 2019;64(5):338-44.
8. Bania EV, Eckhoff C, Kvernmo S. Not engaged in education, employment or training (NEET) in an Arctic sociocultural context: the NAAHS cohort study. BMJ Open 2019;9(3):e023705.
9. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. NEETs, young people not in employment, education or training: characteristics, costs and policy responses in Europe. [Internet]. LU: Publications Office; 2012 [cited 16 Jun 2021]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2806/41578>.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
11. World Health Organization. The ICD-11 classification of mental and behavioral disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. HealthyGamer.net. Gaming addiction situation in Thai children: review [Internet]. 2014 [cited 2021 Aug 20]. Available from: https://www.healthygamer.net/manage/uploads/review_of_game_addictions_situation_05-2557.pdf.
13. Bhatiasvi V, Pholphiru P. Online gaming addiction among in Thai children [Internet]. 2020 [cited 2021 Aug 20]. Available from: <https://www.posttoday.com/columnist/640863>.

14. Gentile DA, Bailey K, Bavelier D, Brockmyer JF, Cash H, Coyne SM, et al. Internet gaming disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2017;140(Suppl 2):S81-5.
15. Paulus FW, Ohmann S, von Gontard A, Popow C. Internet gaming disorder in children and adolescents: a systematic review. *Develop Med Child Neuro* 2018;60(7):645-59.
16. VAN Rooij AJ, Kuss DJ, Griffiths MD, Shorter GW, Schoenmakers MT, VAN DE Mheen D. The (co-)occurrence of problematic video gaming, substance use, and psychosocial problems in adolescents. *J Behav Addict*. 2014;3(3):157-65.
17. Pontes HM, Griffiths MD. Measuring DSM-5 Internet Gaming Disorder: development and validation of a short psychometric scale. *Comput Human Behav* 2015;45:137-43.
18. Sangkhaphan T, Pornnoppadol C, Hataiyusuk S. The Development of Gaming Disorder Scale (GAME-S). *J Psychiatr Assoc Thailand* [Internet]. 2023 Mar. 29 [cited 2021 Jun 16];68(1). Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JPAT/article/view/258969>.
19. Kittirattanapaiboon P, Khamwongpin M. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)-Thai version. *J Ment Health Thai*. 2005;13(3):125-35.
20. Pornnoppadol C. Report of Effectiveness of an Internet-Based Parent Management Training Program (Net PAMA). Bangkok:Thai Health Promotion Foundation; 2022.
21. Tullett-Prado D, Stavropoulos V, Mueller K, Sharples J, Footitt TA. Internet Gaming Disorder profiles and their associations with social engagement behaviours. *J Psychiatr Res* 2021;138:393-403.
22. Pilz M, Schmidt-Altmann K, Eswein M. Problematic transitions from school to employment: freeters and NEETs in Japan and Germany. *Compare* 2015;45(1):70-93.
23. Kato TA, Shinfuku N, Tateno M. Internet society, internet addiction, and pathological social withdrawal: the chicken and egg dilemma for internet addiction and hikikomori. *Curr Opin Psychiatry* 2020;33(3):26470.
24. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry* 1997;154(7):948-57.
25. Grazioli VS, Bagge CL, Studer J, Bertholet N, Rougemont-Bücking A, Mohler-Kuo M, et al. Depressive symptoms, alcohol use and coping drinking motives: Examining various pathways to suicide attempts among young men. *J Affect Disord* 2018;232:243-51.

แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทย: การพัฒนาและการศึกษา ลักษณะจิตมิติในเยาวชนไทย

ภาสกร คุ่มศิริ*, ศศิญา จันทร์แก้ว*, ชลธิชา แยมมา*, รัตนพร โพธิ์ทอง*

*สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ และศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนไทย

วิธีการศึกษา ทำการศึกษาภาคตัดขวางในเยาวชนไทยทั่วไปไม่จำกัดเพศ มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ระบุว่าตนเองเคยเล่นพนันออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 200 คน เก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่างแบบแบบลูกโซ่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ในเยาวชนฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ และ 3) แบบประเมินปัญหาพนันฉบับภาษาไทย (PGSI) จำนวน 9 ข้อ ทำการศึกษาความเชื่อมั่นโดยวิเคราะห์ความมั่นคงภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน และตรวจสอบความตรงเชิงเหมือนด้วยการศึกษาสหสัมพันธ์กับแบบประเมินปัญหาพนันฉบับภาษาไทย

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) มีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 20 ปี กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 81) ประสบการณ์เล่นพนันออนไลน์ 3 ลำดับแรก เช่น โฟล์กสลิม (ร้อยละ 21.89) รองลงมาเป็นบาคาร่า/โป๊กเกอร์ (ร้อยละ 20.12) และทายผลกีฬา (ร้อยละ 14.50) สำหรับโมเดลของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชน พบว่ามีองค์ประกอบเดียวและมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ($X^2 = 67.01$; $df = 39$; relative chi-square=1.72; $p=.003$; RMSEA=.06; RMR=.03; GFI=.95; AGFI=.91; TLI=.96; CFI=.97; PGFI=.56) มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90 แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบประเมินปัญหาพนันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$) โดยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r_{xy} = .84$) อยู่ในระดับสูงมาก แสดงถึงความตรงเชิงเหมือน

สรุป แบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดออกมาได้ 1 มิติ ซึ่งตรงกับโมเดลการศึกษาต้นฉบับ ทั้งนี้มีความเชื่อมั่นและความตรงเชิงเหมือนอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ดังนั้นแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์สามารถนำมาใช้กับเยาวชนไทยได้

คำสำคัญ แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ เยาวชนไทย ลักษณะจิตมิติ

Corresponding author: ภาสกร คุ่มศิริ

สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

E-mail: passakorn.koomsiri@gmail.com

วันรับ : 24 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 16 เมษายน 2567 วันตอบรับ : 5 พฤษภาคม 2567

The Thai-version of the Online Gambling Disorder Questionnaire: Development and Psychometric Properties in Youth

Passakorn Koomsiri*, Sasiya Jankaew*, Chonticha Yamma*, Rattanaorn Photong*

*Child and Adolescent Mental Health Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health

ABSTRACT

Objective: To develop The Thai version Online Gambling Disorder Questionnaire and explore the psychometric properties among Thai youth.

Method: A cross-sectional study was conducted among Thai youth aged 15 - 24, who reported engaging in online gambling at least once in the past 12 months. The sample size consisted of 200 individuals, selected through online questionnaire distribution using snowball sampling. The research tools included an online questionnaire (Google Form) comprising three parts: 1) general information section 2) The Thai version Online Gambling Disorder Questionnaire for youth with 11 items, and 3) The Problem Gambling Severity Index (PGSI) with 9 items. Internal consistency reliability was analyzed using Cronbach's Alpha coefficient, Structural validity was analyzed using confirmatory factor analysis, and convergent validity were examined through correlation with PGSI.

Results: The sample comprised predominantly females (55%), with an average age of 20 years, and the majority were pursuing undergraduate education (81%). The top three online gambling experiences included mixed betting (21.89%), followed by baccarat/hi-lo (20.12%), and sports betting (14.50%). The Thai version Online Gambling Disorder Questionnaire for youth demonstrated a single-factor structure with good fit indices ($\chi^2=67.01$; $df=39$; relative chi-square=1.72; $p=.003$; RMSEA= .06; RMR= .03; GFI= .95; AGFI= .91; TLI=.96; CFI= .97; PGFI= .56). The questionnaire exhibited high internal consistency (Cronbach's $\alpha=.90$) and a statistically significant positive relationship with The Problem Gambling Severity Index ($p<.01$, $r_{xy}=.84$).

Conclusion: This study showed a structurally sound one-dimensional model, aligning with the original study's model. The questionnaire exhibited high reliability and convergent validity, indicating its suitability for use among Thai youth in assessing online gambling behavior.

Keywords: The Thai-version Online Gambling Disorder Questionnaire, Thai youth, psychometric properties

บทนำ

ปัจจุบันมีนักพนันหน้าใหม่ซึ่งพบในกลุ่มเยาวชนมากขึ้น การศึกษาของ Calado และ Griffiths ปี ค.ศ. 2016 ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จากการศึกษาทั่วโลกพบอัตราความชุกของผู้ป่วยติดการพนันอยู่ที่ร้อยละ 0.10 - 6.00¹ สำหรับการศึกษาในประเทศไทยของ พงศธร แก้วมณี และ ปาริฉัตร ป้องโลห์ ปี พ.ศ. 2564 พบว่านิสิตจำนวนร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์การเล่นการพนัน ร้อยละ 6.50 เคยมีประสบการณ์เล่นการพนันอยู่เป็นประจำ² การศึกษาของ คงกริช เล็กศรีนาค และคณะ ปี พ.ศ. 2555 พบว่าเยาวชนส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 72 เล่นพนันอย่างน้อย 1 - 3 วันต่อสัปดาห์⁴ ขณะที่การสำรวจปัญหาการพนันออนไลน์ในประเทศไทยพบว่า เด็กและเยาวชนอาชีวศึกษาเคยเล่นพนันออนไลน์ ร้อยละ 35.80 มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.95 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 18.69 และประถมศึกษา ร้อยละ 7.14³ สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่าเยาวชนไทยมีความชุกของการเล่นพนันออนไลน์ ร้อยละ 17.50²⁶ ซึ่งมีหลักฐานการศึกษาที่บ่งชี้ว่าวัยรุ่นเป็นนักพนันหน้าใหม่ถึงร้อยละ 72.25 ที่มีแนวโน้มเล่นพนันออนไลน์หรือติดการซื้อสินค้าไอเทมจากเกมหรือพนัน และกลายเป็นนักพนันที่เป็นปัญหาถึงร้อยละ 17.50²⁷ จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัญหาเหล่านี้มีอยู่จริง มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นชัดว่าเด็กและเยาวชนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการเล่นพนันทั่วโลก สำหรับประเทศไทยก็พบแนวโน้มของอัตราการเล่นพนันออนไลน์ที่เพิ่มขึ้นในปัจจุบันปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่การเป็นนักพนันและพัฒนาไปสู่ผู้ป่วยโรคติดพนันได้ในอนาคต ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือที่มีคุณภาพที่สามารถประเมินปัญหาได้สอดคล้องกับบริบทในปัจจุบัน

สำหรับนิยามของพนันออนไลน์สำหรับการศึกษานี้คือวิธีการเดิมพันที่ได้ผลตอบแทนบางอย่าง เช่น เงินหรือสิ่งของบนระบบอินเทอร์เน็ตผ่านแอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ต่างๆ เสมือนจริงโดยอาศัยอุปกรณ์หรือเครื่องมือเทคโนโลยี เช่น คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ ซึ่งเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) โดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกาได้บัญญัติภาวะการติดพนันอยู่ในกลุ่มของความผิดปกติเกี่ยวกับการเสพติด (substance-related and addictive disorders) โดยถือว่าภาวะติดการพนันเป็นการเสพติดทางพฤติกรรม (behavioral addiction) และใช้ชื่อการวินิจฉัยภาวะติดการพนันว่า Gambling disorder⁵ ซึ่งหลักฐานการวิจัยต่างๆ บ่งชี้ว่าการพนันมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต

การศึกษาปัญหาสุขภาพจิตในชุมชนพบว่า ปัญหาการพนันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงฆ่าตัวตาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{6,7} การศึกษาของ ฌัญฐพงษ์ สายพิน ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเล่นเกมมากที่สุด ได้แก่ ด้านบุคลิกภาพ คือการปฏิสัมพันธ์กับผู้เล่นเกมด้วยกัน รองลงมาได้แก่ ด้านจิตสังคม คือเล่นเกมเพื่อระบายความเครียด และด้านการเสพติด คือความคาดหวังในการเล่น เกม ได้แก่ ความคาดหวังต่อการชนะในเกม คาดหวังในการซื้อหรือสู่มไอเทมที่ต้องการ ความคาดหวังเงิน และการคาดหวังจากเพื่อนตามลำดับ⁸ จากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าปัจจัยที่ทำให้เยาวชนเข้าถึงพนันออนไลน์ได้ คือ การเข้าถึงได้ง่าย การไม่ต้องเปิดเผยตัวตน ความรู้สึกได้ลุ้นได้เสี่ยงโชคที่เป็นความชอบส่วนตัว สื่อโฆษณาออนไลน์รู้สึกน่าหวงไกลจากความเสี่ยงด้านกฎหมาย²⁸ ซึ่งการติดพนันถูกแบ่งเป็นหลายระดับขึ้นอยู่กับรูปแบบการประเมินการมีเครื่องมือประเมินการติดพนันออนไลน์จึงมีความจำเป็นและเป็นส่วนช่วยในการแบ่งระดับปัญหาการพนันเพื่อนำมาสู่การช่วยเหลือด้านกายจิตสังคมต่อไปได้

จากการสืบค้นเครื่องมือในการประเมินปัญหาพนันในประเทศไทยพบว่า กรมสุขภาพจิตได้ทำการพัฒนาแบบประเมินปัญหาพนันฉบับภาษาไทย ซึ่งพัฒนาจาก Problem Gambling Severity Index (PGSI) ของ Ferris และ Wynne ปี ค.ศ. 2001 มีจำนวน 9 ข้อสามารถใช้ประเมินได้ทุกช่วงอายุ ลักษณะการตอบแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคย บางครั้ง บ่อยครั้ง และแทบทุกครั้ง โดยให้ผู้ตอบประเมินตนเองถึงพฤติกรรมการเล่นการพนันในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แล้วตอบความถี่หรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ซึ่งการแปลผลแบ่งเป็นระดับความเสี่ยงปัญหาพนันสำหรับคุณลักษณะจิตมิติพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 - 1.00 ความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85 ทดสอบความเที่ยงด้วยการทดสอบซ้ำพบว่าค่ามีสหสัมพันธ์เท่ากับ .90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01⁹ อย่างไรก็ตามแบบประเมินดังกล่าวถูกพัฒนาโดยอิง DSM-IV ซึ่งไม่ใช่เกณฑ์วินิจฉัยปัญหาพนันฉบับล่าสุดเนื้อหาในการวัดไม่สอดคล้องกับบริบทปัญหาพนันออนไลน์ในปัจจุบันได้และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในต่างประเทศมีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินพนัน เช่น Lesieur และ Blume ปี ค.ศ. 1987 ได้พัฒนาแบบประเมิน The South Oaks gambling screen แบบสอบถามเป็นเครื่องมือแบบปรนัย 20 รายการ ตามเกณฑ์ DSM-III มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .97²⁴ และการศึกษาของ Kim และคณะ ปี 2009 ได้พัฒนา

The Gambling symptom assessment scale จำนวน 12 ข้อ ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการพนัน เช่น ความต้องการด้านการพนัน ความคิด พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .89²⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินปัญหาพนันก่อนหน้านี้เก่า และอ้างอิงเกณฑ์วินิจฉัยปัญหาพนันโดยใช้เกณฑ์ที่ไม่เป็นปัจจุบัน ทั้งนี้การศึกษาของ González-Cabrera และคณะ ปี ค.ศ. 2020 ได้พัฒนาแบบประเมิน Online Gambling Disorder Questionnaire (OGD-Q) ในวัยรุ่นสเปน¹⁰ ซึ่งอิงตามเกณฑ์ DSM-5, ICD-11 และแนวคิดของ Griffiths ปี ค.ศ. 2005 มีข้อคำถามทั้งสิ้นจำนวน 11 ข้อให้ผู้รับการประเมินเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” (dichotomized) เกี่ยวกับอาการติดพนันที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 12 เดือนที่ผ่านมา การศึกษาลักษณะจิตมิติพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94 และจากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดออกมาได้มิติเดียว (one-dimensional model) และมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ผู้วิจัยมองว่าแบบสอบถามดังกล่าวถูกพัฒนาโดยอิงเกณฑ์การประเมินปัญหาพนันที่น่าเชื่อถือและทันสมัย มีการศึกษาคุณสมบัติทางจิตวิทยาในกลุ่มตัวอย่างต่างประเทศแล้ว แต่ยังคงขาดการศึกษาในบริบทภาษาไทย สังคม และวัฒนธรรมไทย ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะแปลแบบสอบถามโดยขออนุญาตจากผู้พัฒนาแบบสอบถามต้นฉบับ และศึกษาลักษณะจิตมิติ (psychometric properties) ของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยในเยาวชนไทย

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ทำการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เพื่อพัฒนาและศึกษาคุณลักษณะจิตมิติของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยในเยาวชน ซึ่งการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DMH.IRB.CO.A 014/2566 รับรองวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นเยาวชนไทยทั่วไปไม่จำกัดเพศ กำหนดอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ตามนิยามของสหประชาชาติ สามารถอ่านออกเขียนได้ และยินดียินยอมแบบสอบถามการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างกำหนดขึ้นต่ำจำนวน 200 คน ตามแนวคิดของ Hair, Black, Babin,

Anderson, และ Tatham ปี ค.ศ. 2006 ที่กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 200 ตัวอย่าง เหมาะกับการวิเคราะห์องค์ประกอบ¹¹ และกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวยังสอดคล้องกับทฤษฎีขีดจำกัดกลาง (central limit theorem) ซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดการกระจายแบบปกติ¹² ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ (snowball sampling) เป็นการเลือกตัวอย่างในลักษณะเครือข่ายข้อมูล โดยเลือกจากหน่วยตัวอย่างกลุ่มแรก และตัวอย่างกลุ่มนี้แนะนำบุคคลอื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงต่อไป และเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ (voluntary selection) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี
2. ระบุว่าตนเองเคยเล่นพนันออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
3. สามารถอ่านออก เขียนภาษาไทยได้
4. แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria)

1. ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามกำหนด
2. ขอยุติการเป็นอาสาสมัคร

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (google form) แบ่งออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ภูมิฐานะ รายได้ต่อเดือน และประเภทพนันที่เล่น
2. แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทย จำนวน 11 ข้อ ผู้วิจัยแปล Online Gambling Disorder Questionnaire (T-OGDQ) จากการศึกษาของ González-Cabrera และคณะ ปี ค.ศ. 2020¹⁰ แบบสอบถามนี้ถูกสร้างตามเกณฑ์โรคการติดพนันใน DSM-5, ICD-11 และแนวคิดของ Griffiths การตอบให้เลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เกี่ยวกับอาการติดพนันที่เกิดขึ้นกับตนเองใน 12 เดือนที่ผ่านมา หากได้ 4 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เสี่ยงติดพนันออนไลน์ โดยหากมีอาการหรือพฤติกรรมไม่เกิน 6 เดือนที่ผ่านมา แสดงว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงติดพนันออนไลน์ (risk for online gambling problems) หากมีอาการหรือพฤติกรรมมากกว่า 6 แต่ไม่เกิน 12 เดือน แสดงว่าท่านมีปัญหาติดพนันออนไลน์ (problem of online gambling) ทั้งนี้การศึกษาลักษณะจิตมิติพบว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับสูง จากการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงยืนยัน ข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดออกมาได้ 1 มิติ และโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี

3. แบบประเมินปัญหาพนันฉบับภาษาไทย จำนวน 9 ข้อ โดยกรมสุขภาพจิต ซึ่งพัฒนาจาก Problem Gambling Severity Index (PGSI) ของ Ferris และ Wynne ปี ค.ศ. 2001 ใช้ประเมินได้ทุกช่วงอายุ ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยจนถึงแทบทุกครั้งในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา การแปลผลแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีปัญหาพนัน ความเสี่ยงต่ำ มีความเสี่ยงปานกลาง และมีปัญหาจากการพนัน ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินนี้ศึกษาความสัมพันธ์กับแบบสอบถาม T-OGDQ เนื่องจากมีการศึกษาคุณลักษณะจิตมิติในประเทศไทยพบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาดี ค่าความเที่ยงจากการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) มีค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ .90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง⁹

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยนี้แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การแปลและศึกษาความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

1. ขออนุญาตใช้แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์จากผู้พัฒนาต้นฉบับ จากนั้นทำการแปลข้อคำถามเป็นภาษาไทย

2. ทำการแปล OGDQ ทั้งฉบับเป็นภาษาไทย โดยให้ผู้แปลจำนวน 2 ราย มีคุณสมบัติต้องเป็นจิตแพทย์หรือสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอย่างน้อย 5 ปี และมีความชำนาญด้านภาษาอังกฤษ

3. ทำการแปลข้อคำถามจากภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่านพิจารณาความสอดคล้องในบริบทของภาษา โดยมีค่าความสอดคล้องการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญในบริบทของภาษาไทยกับแบบวัดต้นฉบับ เท่ากับ .91 โดยที่ผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นอย่างน้อย 3 ปี และมีความชำนาญด้านภาษาอังกฤษ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการแปลแบบสอบถามจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยแยกกันกับผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจการแปลภาษาไทยกลับเป็นภาษาอังกฤษ

4. นำแบบสอบถาม T-OGDQ ฉบับร่างไปทดสอบความเข้าใจด้านภาษาไทยกับเยาวชนจำนวน 10 คน เป็นเยาวชนทั่วไปที่มารับบริการ ณ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น

ราชนครินทร์ เชิญชวนอาสาสมัครโดยสอบถามด้วยปากเปล่าและขออนุญาตผู้ปกครอง เมื่อได้รับอนุญาตด้วยวาจาแล้วจึงทำการสัมภาษณ์ จากนั้นพิจารณาปรับแก้ข้อความตามเหมาะสมจากความคิดเห็นของเยาวชน และทำการศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) เพื่อเตรียมทดลองใช้ (try out) แบบสอบถาม และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามต่อไป

5. ศึกษาความตรงตามเนื้อหาโดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาในการวัด ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาตามเกณฑ์ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถาม T-OGDQ มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและจุดประสงค์ในการวัด (index of item objective congruence-IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 (ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ .94)

ระยะที่ 2 การทดลองใช้แบบสอบถามและศึกษาความเที่ยง

6. ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกรมสุขภาพจิต

7. หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) โดยทำการทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเชื่อมั่นทั้งฉบับและปรับแก้แบบสอบถามจากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ทั้งนี้การเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลผ่านเครือข่ายเยาวชนแบบลูกโซ่ตามความสมัครใจ การเก็บข้อมูลจะไม่มีภาระจนถึงตัวตนผู้ให้ข้อมูล กลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความเห็นชอบในการตอบแบบสอบถามจากผู้ปกครอง สำหรับขั้นตอนการติดต่อผู้ปกครองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเยาวชน ผู้วิจัยจะให้เยาวชนนำเอกสารแสดงความยินยอมไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนเริ่มเก็บข้อมูลวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก 1) ต้องเป็นเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี 2) ระบุว่าตนเองเคยเล่นพนันออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 3) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และ 4) แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้จากการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการวิเคราะห์ความคงที่ภายใน (internal consistency) โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคพบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์สำหรับเยาวชนฉบับภาษาไทยมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .94

ระยะที่ 3 การศึกษาลักษณะจิตมิติ

8. หลังจากได้แบบสอบถามจากการพัฒนาในระยะที่ 2 แล้ว ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมด้วยวิธีการเก็บข้อมูลที่เหมือนกับขั้นตอนที่ 5 โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน

200 คน (กลุ่มตัวอย่างในระยะนี้ต้องไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานำร่อง) ทั้งนี้กลุ่มเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความเห็นชอบในการตอบแบบสอบถามจากผู้ปกครอง สำหรับขั้นตอนการติดต่อผู้ปกครองเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลจากเยาวชน ผู้วิจัยจะให้เยาวชนนำเอกสารแสดงความยินยอมไปให้ผู้ปกครองลงนามก่อนเริ่มเก็บข้อมูลวิจัย

9. รวบรวมข้อมูล ลงรหัสข้อมูลลงในโปรแกรมสำเร็จรูปเตรียมข้อมูลและตรวจสอบข้อบกพร่องเบื้องต้นทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ต่อไป

10. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลสถิติและเขียนรายงานผลการศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

1. หาค่าร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่เพศอายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาค รายได้ต่อเดือน และประเภทปัญหาพยาน

2. ตรวจสอบการกระจายปกติ (normal distribution) ของข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ความโด่ง (kurtosis) และความเบ้ (skewness)

3. ศึกษาความเชื่อมั่นทั้งฉบับด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวมทั้งหมด (Corrected Item-Total Correlation: CITC)

4. ตรวจสอบความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์องค์ประกอบด้วย Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy (KMO) และ Bartlett's test of sphericity

5. ศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory Factor Analysis: CFA)

6. ศึกษาความตรงเชิงลู่เข้า (convergent validity) โดยวิธีการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของ Pearson product-moment correlation coefficients กับคะแนนของแบบประเมิน PGSI จำนวน 9 ข้อ

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลตัวอย่างได้ทั้งสิ้น 230 ชุด คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์และนำมาวิเคราะห์จำนวน 200 ชุด คิดเป็นร้อยละ 86.96 สรุปการวิเคราะห์ผลการศึกษาที่สำคัญมีดังต่อไปนี้

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55) มีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 20 ปี กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 81) จากการจัดลำดับจากมากไปน้อยส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล รองลงมาเป็นเยาวชนในภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้อยู่ระหว่าง 3,001 - 10,000 บาท (ร้อยละ 65) รองลงมาได้มีอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 19.50) และน้อยกว่า 3,000 บาท (ร้อยละ 13) สำหรับประสบการณ์เล่นพนันออนไลน์ 3 ลำดับแรก เช่น ผสมสิบ (ร้อยละ 21.89) รองลงมาเป็นบาคาร่า/บิ๊อกแดง (ร้อยละ 20.12) และทายผลกีฬา (ร้อยละ 14.50) ทั้งนี้รายละเอียดอื่นๆ ขอนำเสนอในตาราง 1

2. การตรวจสอบการกระจายปกติของข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 200 คน พบว่าข้อคำถามของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนจำนวน 11 ข้อ ไม่มีข้อคำถามใดที่มีค่าความเบ้เกิน 2 และความโด่งเกิน 7¹³ จึงสรุปได้ว่าข้อมูลทั้งหมดมีการแจกแจงแบบปกติ ดังนั้นจึงสามารถนำไปคำนวณสถิติเชิงอนุมานไปยังประชากรทั่วไปได้ ทั้งนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามกับคะแนนรวม (CITC) พบว่ามีค่าอยู่ระหว่าง .50- .73 แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมเหมาะสม¹⁴

3. สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างตัวแปรสังเกตทั้ง 11 ข้อ พบว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขึ้นไปทุกคู่ และมีค่าสหสัมพันธ์ไม่เกิน .90 แสดงว่าไม่มีปัญหาการร่วมเส้นตรงพหุ (multicollinearity)¹⁵

4. ค่า KMO เท่ากับ .90 จะเห็นได้ว่ามีค่าเข้าใกล้ 1 แสดงว่าโมเดลในการศึกษานี้สามารถอธิบายได้ใกล้เคียงกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ร้อยละ 90 สำหรับค่า Bartlett's test of sphericity, χ^2 เท่ากับ 1023.59, df เท่ากับ 55 (p-value < .001) ดังตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่าเมทริกซ์สหสัมพันธ์แตกต่างจากศูนย์จึงมีความสัมพันธ์กันเหมาะสม¹⁶ สามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) ต่อไปได้

5. จากการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (CFA) พบว่าโมเดลการวัดของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีองค์ประกอบเดียว (one-dimensional model) เหมือนการศึกษาต้นฉบับ โดยที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (factor loading: b) แต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง .46 - .79 (Stevens, 1996) แสดงว่าข้อคำถามแต่ละข้อมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบหลักเป็นที่ยอมรับได้ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน (Standard Error: SE)

ตารางที่ 1 ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 200 คน

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	86	43.00
หญิง	110	55.00
LGBTQ+	3	1.50
ไม่ระบุ	1	.50
อายุ (ปี)		
17	1	.50
18	31	15.50
19	49	24.50
20	62	31.00
21	40	20.00
22	5	2.50
23	7	3.50
24	5	2.50
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า	3	1.50
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพหรือเทียบเท่า	5	2.50
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	3.50
กำลังศึกษาระดับปริญญาตรี	162	81.00
ปริญญาตรี	23	11.50
ภูมิลำเนา		
ภาคเหนือ	7	3.50
ภาคกลาง	115	57.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22	11.00
ภาคใต้	34	17.00
ภาคตะวันออก	13	6.50
ภาคตะวันตก	9	4.50
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 3,000	26	13.00
3,001 - 10,000	130	65.00
10,001 - 20,000	39	19.50
20,001 - 30,000	4	2.00
30,000 ขึ้นไป	1	0.50

ลักษณะประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทปัญหาบนออนไลน์ (อย่างน้อย 1 ครั้ง ในระยะ 12 เดือน/เลือกตอบได้มากกว่า 1 ชนิด) (n=338)		
เกมใหม่ๆ เช่น ผสมสิบ	74	21.89
บาคาร่า/โป๊กเกอร์	68	20.12
ทายผลกีฬา	49	14.50
สล็อตแมชชีน/ตู้เกม	42	12.43
อื่นๆ เช่น กำถั่ว ยิงปลา อีสปอร์ต	42	12.43
ห่วยออนไลน์ กาชาปอง เป็นต้น		
ไฮโล/น้ำเต้าปูปลา	30	8.88
โป๊กเกอร์	12	3.55
เสือมังกร	12	3.55
รูเล็ต	9	2.66

ตารางที่ 2 ค่า KMO และ Bartlett's Test

ค่าสถิติ		
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.90
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	1023.59
	df	55.00
	Sig.	<.001

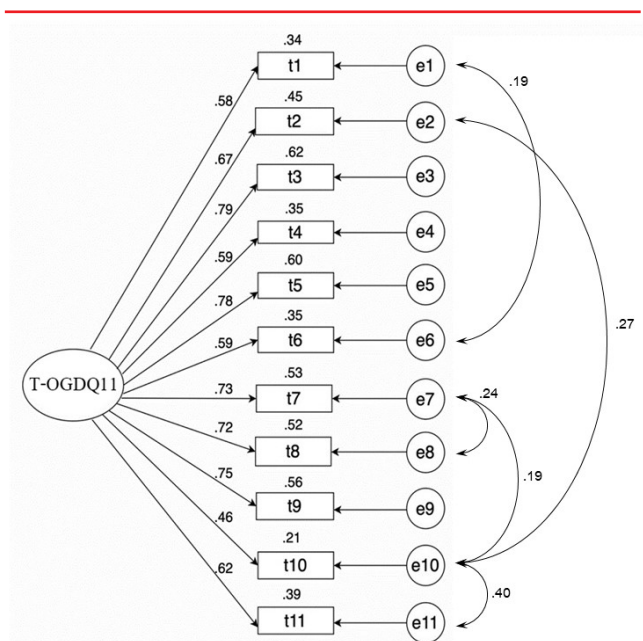
เท่ากับ .11 - .20 ค่าการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติ (t) มีค่าเท่ากับ 5.58 - 8.22 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และค่าสัมประสิทธิ์พยากรณ์ (Coefficient of Determination: R^2) แต่ละข้อมีค่าตั้งแต่ .21 - .62 หมายความว่าข้อคำถามแต่ละข้อสามารถพยากรณ์พฤติกรรมติดพนันออนไลน์ได้ร้อยละ 21 - 62 ดังตารางที่ 3 และภาพที่ 1

ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์^{15,17-19} ($\chi^2 = 67.01$; $df = 39$; relative chi-square = 1.72; $p = .003$); ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA) = .06; ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (RMR) = .03; ดัชนีวัดความเหมาะสม (GFI) = .95; ดัชนีวัดความเหมาะสมที่ปรับแก้แล้ว (AGFI) = .91; ดัชนีที่บ่งบอกถึงความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่กำหนดขึ้น (TLI) = .96; ดัชนีวัดความเหมาะสมเปรียบเทียบ (CFI) = .97; ดัชนีความกลมกลืนแบบประหยัด (PGFI) = .56) ทั้งนี้โมเดลก่อนและหลังปรับ ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาจะแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 แสดงค่าน้ำหนักองค์ประกอบ ความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน ค่าทดสอบสถิติ และสัมประสิทธิ์พยากรณ์

ข้อคำถาม	b	SE	t	R ²
คุณรู้สึกจำเป็นต้องใช้เงินจำนวนมากขึ้น เพื่อให้รู้สึกตื่นเต้นเท่ากับหรือมากกว่าที่เคยรู้สึก (t1)	.58	-	-	.34
คุณรู้สึกกระวนกระวายใจ หงุดหงิดหรือโกรธ เมื่อคุณพยายามลดหรือหยุดเล่นพนันออนไลน์ (t2)	.67	.13	7.44**	.45
คุณรู้สึกว่าตนเองล้มเหลวจากความพยายามควบคุม ลด หรือเลิกพนันออนไลน์ที่ผ่านมา (t3)	.79	.16	8.22**	.62
คุณเคยรู้สึกว่าพนันออนไลน์มีผลกระทบเชิงลบต่อตนเอง สังคม ครอบครัวหรือ การเรียน/การทำงาน แต่คุณยังคงเล่นพนันออนไลน์อย่างต่อเนื่อง (t4)	.59	.20	6.81**	.35
คุณมักคิดถึงการเล่นพนันออนไลน์ เช่น จดจำ การพนันครั้งก่อน คิดหาทางหรือวางแผนหาเงิน เพื่อเล่นพนันออนไลน์ในอนาคต หรือนึกถึงช่วงเวลาการเล่นพนันออนไลน์ (t5)	.78	.18	8.14**	.60
คุณเล่นพนันออนไลน์ เมื่อคุณรู้สึกเศร้า วิตกกังวล หรือรู้สึกผิด (รู้สึกแย่กับตัวเอง) เพื่อช่วยให้รู้สึกดีขึ้น หรือหลีกเลี่ยงความรู้สึกด้านลบเหล่านั้น (t6)	.59	.12	7.52**	.35
คุณรู้สึกว่าควบคุมตนเองได้น้อยในการเล่นพนันออนไลน์ เช่น เล่นเกินความตั้งใจ ควบคุมการใช้เงิน เดิมพันไม่ได้ เล่นในสถานที่ที่ไม่ควรเล่น ไม่สามารถหยุดเล่นได้แม้ว่าจะอยากหยุด (t7)	.73	.16	7.82**	.53
หลังจากคุณเสียเงินจากพนันแล้ว คุณมักกลับไปเล่นใหม่อีกครั้งเพื่อเอาเงินหรือของเดิมพันคืน (t8)	.72	.17	7.78**	.52
คุณโกหกเพื่อปิดบังระยะเวลา และจำนวนเงินที่แท้จริงที่ใช้เพื่อเล่นพนันออนไลน์ (t9)	.75	.16	7.96**	.56
คุณเคยยืมเงินผู้อื่นเนื่องจากปัญหาการเงินที่ย่ำแย่จากการเล่นพนันออนไลน์ (t10)	.46	.11	5.58**	.21
คุณรู้สึกว่า คุณให้ความสำคัญกับการเล่นพนันออนไลน์มากกว่าชีวิตด้านอื่นที่สำคัญกว่า เช่น การเรียน การพบปะเพื่อนฝูง การนอนหลับให้เพียงพอ เป็นต้น (t11)	.62	.13	7.05**	.39

**p<.01



$\chi^2 = 67.01$; $df = 39$; relative chi-square = 1.72; $p = .003$; RMSEA = .06; RMR = .03; GFI = .95; AGFI = .91; TLI = .96; CFI = .97; PGFI = .56

ภาพที่ 1 โมเดลการวัดของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ ฉบับภาษาไทยในเยาวชนหลังปรับ

6. แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทย สำหรับเยาวชนมีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90 แสดงว่ามีความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก²⁰ สำหรับการศึกษาความตรงเชิงเหมือนด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันกับแบบประเมิน PGSI-9 ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบประเมินปัญหาพนันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r_{xy} = .84$) อยู่ในระดับสูงมาก²¹ ดังแสดงในตารางที่ 5

วิจารณ์

การศึกษานี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนไทย ทำการศึกษาภาคตัดขวางในเยาวชนไทยทั่วไป ไม่จำกัดเพศ มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ระบุว่าตนเองเคยเล่นพนันออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ขนาดกลุ่มตัวอย่างมีทั้งสิ้น 200 คน เก็บข้อมูลแบบสอบถามออนไลน์กับกลุ่มตัวอย่างแบบแบบลูกโซ่ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม

ตารางที่ 4

ดัชนี	ค่าดัชนี	ค่าโมเดล		การพิจารณา
		ก่อนปรับ	หลังปรับ	
$\chi^2, p\text{-value}$	$p > .05$	136.57, 00	67.01, .00	พิจารณาดัชนีอื่น ๆ
Relative Chi-square: χ^2/df	≤ 2	3.10	1.72	เหมาะสม
ดัชนีวัดความเหมาะสม (GFI)	$\geq .95$	.90	.95	เหมาะสม
ดัชนีวัดความเหมาะสมเปรียบเทียบ (CFI)	$\geq .97$	.91	.97	เหมาะสม
ดัชนีวัดความเหมาะสมที่ปรับแก้แล้ว (AGFI)	$\geq .90$	.84	.91	เหมาะสม
ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของส่วนที่เหลือ (RMR)	$\leq .08$	.04	.03	เหมาะสม
ดัชนีความคลาดเคลื่อนของรากกำลังสองเฉลี่ย (RMSEA)	$\leq .08$	.10	.06	ยอมรับได้
ดัชนีที่บ่งบอกถึงความกลมกลืนของข้อมูลเชิงประจักษ์กับโมเดลที่กำหนดขึ้น (TLI)	$\geq .95$	.88	.96	เหมาะสม
ดัชนีความกลมกลืนแบบประหยัด (PGFI)	$\geq .50$	.60	.56	เหมาะสม

ตารางที่ 5

แบบประเมิน	T-OGDQ 11	PGSI-9
T-OGDQ 11	-	.84**
ค่าเฉลี่ย	2.00	1.00
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	.64	.53

** $p < .01$

ออนไลน์ ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป, แบบสอบถาม T-OGDQ และแบบประเมิน PGSI ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถาม T-OGDQ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90 ทั้งนี้ความตรงเชิงโครงสร้างพบว่าวัดออกมาได้ดีเหมือนการศึกษาด้านอื่น และเมื่อศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเยาวชนไทยพบว่าโมเดลดังกล่าวมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์และตรวจสอบความตรงเชิงเหมือนพบว่าคะแนนแบบสอบถาม T-OGDQ ที่พัฒนาขึ้นใหม่มีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ค่อนข้างสูงกับแบบประเมิน PGSI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับคำถามการวิจัยของการศึกษานี้คือคุณลักษณะจิตมิติของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนไทยเป็นอย่างไร อภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

ความตรงเชิงโครงสร้าง พบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยมีองค์ประกอบเดียวเหมือนกับการศึกษาด้านอื่น¹⁰ และเมื่อศึกษาในกลุ่มเยาวชนไทยพบว่าโมเดลการวัดมีความสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์^{15,17-19} แสดงว่าแบบวัดมีความตรงเชิงโครงสร้าง สามารถนำมาใช้กับเยาวชนไทยอายุระหว่าง 15 - 24 ปี และมีความตรงในการวัด ซึ่งข้อคำถามถูกออกแบบอิงตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคการติดพนันตามเกณฑ์ DSM-5, ICD-11 (6C50: Gambling disorder, 6C50.1: GD, predominantly online) รวมถึงแนวคิดของ Griffiths ปี ค.ศ. 2005 กล่าวคือการวัดในเรื่องความรู้สึกต้องการเพิ่มจำนวนเงินลงทุน อาการถอน ความรู้สึกบกพร่องในการควบคุมการเล่น การมีผลกระทบต่อนตนเอง ครอบครัว สังคม การเรียนการทำงาน หมกมุ่นหรือคิดเกี่ยวกับพนันตลอดเวลา การเล่นพนันเพื่อจัดการอารมณ์ต่างๆ ความรู้สึกอยากแก้มือ การปิดบังพฤติกรรมการเล่นพนันของตนเอง มีปัญหาการเงินและหยิบยืมเงิน และใช้เวลาส่วนใหญ่กับการเล่นพนันออนไลน์มากกว่าชีวิตด้านอื่น^{5,22,23}

ความเชื่อมั่น พบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .90 แสดงว่ามีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในเกณฑ์ดีมาก²⁰ หมายความว่าแบบวัดที่ผู้วิจัยแปลมีความคงเส้นคงวาในการวัดปัญหาพนันออนไลน์ในเยาวชนซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นใกล้เคียงกับการศึกษาของต้นฉบับที่พบว่า OGDQ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับสูง (Cronbach's

alpha coefficient = .94) และยังคงสอดคล้องในระดับเดียวกันกับการศึกษาในแบบวัดปัญหาพนันอื่นๆ เช่น การศึกษาของ ภาสกร อุ่มศิริ และคณะ ปี พ.ศ. 2560 ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแบบประเมินปัญหาพนันฉบับภาษาไทยที่แปลจาก PGSI ของ Ferris และ Wynne ปี ค.ศ. 2001 มีจำนวน 9 ข้อ ความเชื่อมั่นทั้งฉบับอยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient = .83)⁹ การศึกษาของ Lesieur และ Blume ได้พัฒนาแบบประเมิน The South Oaks gambling screen แบบสอบถามเป็นเครื่องมือแบบปรนัย 20 รายการ ตามเกณฑ์ DSM-III มีความเชื่อมั่นในระดับสูงมาก (Cronbach's alpha coefficient = .97)²⁴ และการศึกษาของ Kim และคณะ ปี ค.ศ. 2009 ได้พัฒนาแบบประเมินตนเอง 12 ข้อ เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการพนันที่ครอบคลุมความต้องการด้านการพนัน ความคิด พฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ทำการทดสอบความเชื่อมั่นด้วยการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) พบว่ามีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง (Cronbach's alpha coefficient = .89)²⁵ จะเห็นได้ว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความเชื่อมั่นไม่ต่างไปจากการศึกษาอื่นๆ

ความตรงเชิงเหมือน พบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับแบบประเมินปัญหาพนัน 9 ข้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยที่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ($r_{xy} = .84$) อยู่ในระดับสูงมาก²¹ แสดงว่าแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีความตรงในเชิงเหมือนนั้น หมายถึงสามารถวัดประเมินสัมพันธ์กับการวัดจากแบบประเมินที่ถูกพัฒนาโดยมีแนวคิดเดียวกันได้ ซึ่งแนวคิดในการออกแบบข้อคำถามถูกสร้างตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกา (APA) องค์การอนามัยโลก (WHO) และแนวคิดของ Griffiths ตัวอย่างเช่น รู้สึกว่าตนเองล้มเหลวจากความพยายามควบคุม ลด หรือเลิกพนันออนไลน์ รู้สึกว่าพนันออนไลน์มีผลกระทบเชิงลบต่อตนเอง สังคม ครอบครัวหรือการเรียน/การทำงาน แต่ยังคงเล่นพนันออนไลน์อย่างต่อเนื่อง มักคิดถึงการเล่นพนันออนไลน์ เช่น จดจำการพนันครั้งก่อน คิดหาทางหรือวางแผนหาเงินเพื่อเล่นพนันออนไลน์ในอนาคต หรือนึกถึงช่วงเวลาการเล่นพนันออนไลน์เป็นต้น^{5,22,23}

สำหรับข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิเคราะห์ แม้จะใช้เกณฑ์จำนวนขั้นต่ำในการวิเคราะห์องค์ประกอบจำนวน 200 คนก็ตาม แต่จำนวนดังกล่าวยังขาดหลักฐานในการคำนวณความเป็นตัวแทนประชากรของเยาวชนไทย

ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเยาวชนที่ใช้ในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษา มหาวิทยาลัยและกระจุกวัยอยู่ในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล จึงทำให้เป็นข้อพึงตระหนักสำหรับผู้ใช้ผลการวิจัย อย่างไรก็ตาม การศึกษานำร่องนี้ก็สามารถสรุปเบื้องต้นได้ว่า แบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีความตรงเชิงโครงสร้าง มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับและความตรงเชิงเหมือนที่ดีมากเมื่อสำรวจข้อมูลในกลุ่มเยาวชนไทย จึงสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินปัญหาพนันออนไลน์ในเยาวชนไทยได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ข้อจำกัดที่อาจเกิดจากกระบวนการแปล กล่าวคือ การศึกษาที่ใช้ผู้แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย หรือการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษจำนวนน้อย (2 ราย) อาจเกิดอคติในการแปลได้ และการแปลแบบสอบถามกลับเป็นภาษาอังกฤษหากมีเจ้าของภาษาที่เข้าใจบริบทของสังคมไทยมาช่วยในกระบวนการแปลได้จะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนมีคุณลักษณะทางจิตวิทยาที่เหมาะสม จึงสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการประเมินตนเองเกี่ยวกับการติดพนันออนไลน์ในเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15 - 24 ปี ได้
2. ผลการประเมินจากแบบสอบถามไม่ได้เป็นผลการวินิจฉัยโรคการติดพนัน ดังนั้นจึงต้องตระหนักในการใช้ผลการประเมิน หากเกิดข้อสงสัยว่าเกี่ยวกับโรคการติดพนันมีความจำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติม
3. ผู้ใช้งานแบบสอบถามสามารถใช้เครื่องมือนี้ประเมินร่วมกับแบบวัดอื่นๆ ได้ ทั้งยังสามารถใช้เป็นเครื่องมือเพื่อให้การปรึกษาหรือบำบัดเยาวชนที่มีปัญหาติดพนันออนไลน์ในการทำความเข้าใจสภาพปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้อีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาให้มากขึ้น รวบรวมเยาวชนทุกกลุ่มอายุ และกระจายพื้นที่เก็บข้อมูลในแต่ละภาค เพื่อความเป็นตัวแทนประชากรเยาวชนไทย
2. ทำการทดสอบคุณลักษณะจิตมิติอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ความตรงเชิงจำแนก (discriminant validity) ความตรงตามสภาพ (concurrent validity) ความตรงเชิงทำนาย (predictive validity) ความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity)

3. พัฒนาเกณฑ์ปกติหรือจุดตัดคะแนนของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชนไทย

สรุป

การศึกษาลักษณะจิตมิติของแบบสอบถามการติดพนันออนไลน์ฉบับภาษาไทยสำหรับเยาวชน พบว่ามีความตรงเชิงโครงสร้าง โดยข้อคำถามทุกข้อสามารถวัดออกมาได้มิติเดียว ตรงกับโมเดลการศึกษาของต้นฉบับ มีความเชื่อมั่นทั้งฉบับสูง และความตรงเชิงเหมือนกับแบบประเมินมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์ดีมาก ดังนั้นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถนำมาใช้กับเยาวชนไทยในการแบ่งระดับปัญหาการพนันเพื่อนำมาสู่การช่วยเหลือด้านกายจิตสังคมต่อ หรืออาจนำมาใช้ในการพัฒนางานวิจัยรูปแบบอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการติดพนันออนไลน์ในเยาวชนต่อไป อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวยังไม่ได้มีการพัฒนาจุดตัดคะแนนสำหรับประชากรไทย ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงผลกระทบทางสังคมและวัฒนธรรมที่อาจมีผลต่อการแปลผลแบบสอบถาม อาจมีการใช้เครื่องมือนี้ร่วมกับแบบวัดอื่นๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการประเมินการติดพนันออนไลน์ได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณศูนย์ศึกษาปัญหาการพนันคณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนด้านงบประมาณสำหรับการวิจัยนี้ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านภาษา พญ.หญิงศุทรา เอื้ออภิลิทธิวงศ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ และ พญ.อรรัตน์ เชาวกุลจรัสศิริ นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ รวมถึงผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของแบบสอบถาม พญ.พัทธวิธา ดิษยวรรณวัฒน์ นายแพทย์ชำนาญการ, นางสาวศศกร วิชัย นักจิตวิทยาคลินิกเชี่ยวชาญ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ และ อ.นพ.ธันว์ธัญญ์ บุรณสุขสกุล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลประโยชน์ทับซ้อน (conflict of interest)

ไม่มี

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ภาสกร คุ้มศิริ: หัวหน้าโครงการวิจัย ออกแบบและควบคุมการทำวิจัย วิเคราะห์ข้อมูล และเขียนรายงานวิจัย; ศศิญา จันทร์แก้ว:

ผู้ร่วมวิจัย ทบทวนวรรณกรรม ดำเนินการจริยธรรมการวิจัย; ชลธิชา แยมมา: ผู้ร่วมวิจัย บริหารโครงการ ออกแบบการเก็บข้อมูลวิจัย จัดรูปแบบรายงานวิจัย; รัตนพร โพธิ์ทอง: ผู้ช่วยวิจัย ช่วยบริการโครงการ ประสานงาน จัดรูปแบบรายงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: an update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict* 2016; 5(4): 592-613.
2. Kaewmanee P, Pongloee P. Effecting factors toward attitudes and behaviors regarding gambling activities of undergraduate students: a case study of Burapha university, JEMRI 2021; 3(2): 135-48.
3. Langka W. Online gambling behavior: causal factors, processes, behavioral effects and guidelines for helping students who are addicted to online gambling for guidance teachers in educational institutions. Bangkok: Centre for addiction studies; 2021.
4. Leksreenak K, Ploydanai N, Sukchotrat V. Gambling behavior among adolescent and youth in Thailand: a case study of young people's gambling behaviours in Bangkok area. *KKU Res J (GS)* 2012; 12(4): 132-46.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Koomsiri P, Worawong W, Kongpon T, Suksamphan N, Kaewsawang T. The correlation between gambling game and community mental health problem. *Psy Journal* 2022; 12: 39-49.
7. Likritalakul T, Koomsiri P, Disayawanwat P, Yamma C, Nantasan S. Mental health and problem in gambling on helpline 1323's clients. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2020; 65(2): 131-40.
8. Saipin N. Gaming addiction behavior, virtual goods purchases in game, loot boxes and gambling in online game of Thai adolescent. Bangkok: Centre for Addiction Studies; 2020.
9. Koomsiri P, Dachaphanyawat S, Kamkaew T, Rattanatrai N, Likritalakul T, Wiang-Non K, et al. Development of problem gambling severity index Thai version. *TNCP2017*: Bangkok: Ramkhamhaeng University 2017: 589-608.
10. González-Cabrera J, Machimbarrena JM, Beranuy M, Pérez-Rodríguez P, Fernández-González L, Calvete E. Design and measurement properties of the online gambling disorder questionnaire (OGD-Q) in Spanish adolescents. *J Clin Med* 2020; 9: 120.
11. Hair JF, Black WC, Babin, BJ, Anderson RE, Tatham RL. Multivariate data analysis 6th ed. New Jersey: Prentice Hall; 2006.
12. Ngamyan A. Due to the formula of Yamane. *JBA* 2011; 34(131): 46-60.
13. West SG, Finch JF, Curran PJ. Structural equation models with non-normal variables: problems and remedies. In: Hoyle RH, Ed., *Structural equation modeling: concepts, issues, and applications*. Sage, Thousand Oaks; 1995: 56-75.
14. Pengruck L, Boonphak K, Sisan B. Early childhood education: a confirmatory factor analysis concerning Thai administrators' creative administration. *APSSR* 2019; 19(1): 17-32.

15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RF. Multivariate data analysis: a global perspective 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2010.
16. Joreskog KG, Sorbom D. LISREL8: user's reference guide. Mooresville: Scientific Software; 1996.
17. Hu L, Bentler PM. Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to under parameterized model misspecification. Psychol Methods 1998; 3(4), 424-53.
18. Kelloway EK. Using M-plus for structural equation modeling: a researcher's guide. Sage Publications; 2015.
19. Schumacker RE, Lomax RG. A beginner's guide to structural equation modeling 3rd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2010.
20. Segal DL, Coolidge FL. Reliability In: Bornstein MH, The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2018.
21. Evans JD. Straightforward statistics for the behavioral sciences. Brooks/Cole Publishing; Pacific Grove, Calif; 1996.
22. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems 11th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019.
23. Griffiths MD. A "components" model of addiction within a biopsychosocial framework. J Subst Use; 2005; 10, 191-7.
24. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks gambling screen: a new instrument for the identification of pathological gamblers. Am J Psychiatry 1987; 144(9): 1184-8.
25. Kim SW, Grant JE, Potenza, MN, Blanco C, Hollander E. The gambling symptom assessment scale (G-SAS): a reliability and validity study. Psychiatry Res 2009; 166(1): 76-84.
26. Pratumviang C, Danuwong C, Thani, S. Situation and affecting towards gambling of student in Ubon Ratchathani Rajabhat university. UMT Poly Journal 2018; 15(2): 60-74.
27. Saipin, N. Gaming addiction behavior, virtual goods purchases in game, loot boxes and gambling in online game of Thai adolescent. JBS 2021; 27(2): 20-38.
28. Srikeawchuang T, Suebongsiri S. Motivation for online gambling addiction. RPCAJCSC 2022; 4(1): 71-84.

ปัจจัยด้านจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารักษาในโรงพยาบาลลำปาง

เกษศิริ เหลี่ยมวานิช*

*กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยทางจิตสังคม และความฉลาดทางอารมณ์ ระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มา รักษาในโรงพยาบาลลำปางกับผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย

วิธีการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional) ศึกษาเปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย อายุ 18 - 60 ปี ที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง และมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย กับกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มเปรียบเทียบ คือ ประชาชนทั่วไปช่วงอายุ 18 - 60 ปี ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่น หรือบุคคลอื่น ที่มาโรงพยาบาลลำปางช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มผู้ป่วย และไม่มี ประวัติพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน โดยจับคู่เป็นเพศเดียวกันและอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี กลุ่มละ 42 คน รวม 84 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2566 ถึงเดือนมกราคม 2567 เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทยของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข สถิติที่ใช้คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) สถิติ Fisher's exact test และ 3) independent t-test

ผลการศึกษา กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ย 24.2 ± 6.3 ปี (min=18, max=45) และกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย เป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ย 24.7 ± 5.7 ปี (min=18, max=47) โดยพบว่าด้านปัจจัยจิตสังคม กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำกว่า ระดับเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า แหล่งเกื้อกูลทางสังคมที่น้อยกว่า มีภาวะทางจิตเวชและการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า และเมื่อเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์พบว่า ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าผู้ที่ไม่เคยฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกด้าน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบที่ไม่แตกต่างกัน โดยผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีการควบคุมตัวเองอยู่ในระดับสูงกว่าปกติ ส่วนด้านความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ การมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหาสัมพันธภาพ ความภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสงบสุขทางใจอยู่ในระดับปกติ แต่ในผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความฉลาดทางอารมณ์ในด้านดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นความเห็นใจผู้อื่นและความรับผิดชอบที่อยู่ในระดับปกติ

สรุป ผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายเกือบทุกด้าน ดังนั้นหากมีโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์อย่างเฉพาะเจาะจงในแต่ละด้าน และมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าว น่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

คำสำคัญ ปัจจัยด้านจิตสังคม ความฉลาดทางอารมณ์ ผู้พยายามฆ่าตัวตาย

Corresponding author: เกษศิริ เหลี่ยมวานิช

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลลำปาง

E-mail: koikate@hotmail.com

วันรับ : 29 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 17 มิถุนายน 2567 วันตอบรับ : 18 มิถุนายน 2567

Psychosocial Factors and Emotional Intelligence of Attempted Suicide Patients in Lampang Hospital

Ketsiri Liamwanich*

*Department of Psychiatry, Lampang Hospital

ABSTRACT

Objective: To study and compare psychosocial factors and emotional intelligence between attempted suicide patients treated at Lampang Hospital and individuals with no history of suicide attempts.

Methods: This cross-sectional comparative study included two groups: 1) patients aged 18 - 60 years who had attempted suicide and were treated at the psychiatric outpatient department of Lampang Hospital, and 2) a comparison group of individuals without a history of suicide attempts, selected from the general population aged 18 - 60 years, matched by gender and age within 5 years to the patient group. Each group comprised 42 participants, totaling 84 individuals. Data were collected between November 2023 and January 2024 using a general information questionnaire and the Thai Emotional Intelligence Assessment developed by the Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Statistical analyses included 1) descriptive statistics 2) Fisher's exact test, and 3) Independent t-test.

Results: Among the attempted suicide group, 36 (85.7%) were female and 6 (14.3%) were male, with a mean age of 24.2 ± 6.3 years (ranging from 18 to 45 years). Similarly, the group without suicide attempts comprised 36 (85.7%) females and 6 (14.3%) males, with a mean age of 24.7 ± 5.7 years (ranging from 18 to 47 years). The study found that the attempted suicide group had lower educational levels, poorer family relationships, lower socioeconomic status, higher prevalence of psychiatric disorders, and higher substance use compared to the non-attempted suicide group. Regarding emotional intelligence, significant differences were found across all aspects except responsibility which showed no statistical significant difference. The non-attempted suicide group demonstrated higher self-control than normal range whereas level of empathy, responsibility, motivation, problem-solving, decision-making, relationships, self-esteem, life satisfaction, and emotional tranquility were within normal ranges. While the attempted suicide group showed significantly lower in emotional intelligence levels in all aspects except the empathy and responsibility levels which remained within normal ranges.

Conclusion: Individuals who attempted suicide exhibited lower emotional intelligence levels than those who had not attempted suicide in almost all aspects. Therefore, specific emotional intelligence enhancement programs tailored to each aspect and further studies on the effectiveness or outcome of such programs may be beneficial for future suicide prevention efforts.

Keywords: Psychosocial factors, Emotional intelligence, Attempted suicide

Corresponding author: Ketsiri Liamwanich

E-mail: koikate@hotmail.com

Received 29 February 2024 Revised 17 June 2024 Accepted 18 June 2024

บทนำ

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศ โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกปี 2023 พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายมากกว่า 700,000 คนต่อปี โดยเป็นสาเหตุการตายอันดับ 4 ของประชากรช่วงอายุ 15 - 29 ปี และพบว่ามีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน (prior suicide attempt) เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุด (single most risk factor) ในการฆ่าตัวตายสำเร็จ¹

ในประเทศไทยการฆ่าตัวตายยังคงเป็นปัญหาสำคัญของระบบสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งเขตภาคเหนือตอนบน จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข² พบว่าอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จของเขตภาคเหนือตอนบน (เขตสุขภาพที่ 1) ในปีงบประมาณ 2564 - 2566 อยู่ที่ 14.95, 15.54 และ 15.26 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งยังสูงกว่าค่าเป้าหมาย กรมสุขภาพจิตได้ดำเนินนโยบายต่างๆ เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งประเทศให้มีระดับไม่เกิน 8 ต่อแสนประชากร โดยในปีงบประมาณ 2566 จังหวัดลำปางมีอัตราผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 14.86 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับ 6 รองจากลำพูน พะเยาแพร่ น่าน และแม่ฮ่องสอน

พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย (suicide attempt) ซึ่งถือเป็นความเสี่ยงที่สำคัญที่สุดต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จ จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่าในเขตภาคเหนือตอนบน (เขตสุขภาพที่ 1) มีแนวโน้มที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564 - 2566 จาก 1,595 คน เป็น 1,912 คน และ 1,861 คนตามลำดับ โดยจังหวัดลำปางมีจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายปีงบประมาณ 2564 - 2566 อยู่ที่ 263 คน 437 คน และ 286 คนตามลำดับโดยสูงเป็นอันดับ 3 ของภาคเหนือรองจากเชียงใหม่ และเชียงราย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 20 - 30 ปี

การฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่ซับซ้อน เชื่อมโยงกันทั้งปัจจัยด้านชีวภาพ เช่น โรคประจำตัวทางจิตเวช ด้านจิตใจ เช่น ความรู้สึกเหงา โดดเดี่ยว บุคลิกภาพ และด้านสังคม เช่น การได้รับความเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) ระดับเศรษฐกิจ³ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละบริบทของพื้นที่ ซึ่งในจังหวัดลำปางเคยมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการฆ่าตัวตายสำเร็จด้วยการสืบค้นหลังเสียชีวิต (psychological autopsy)⁴ แต่มีข้อจำกัดในการศึกษา คือ psychological autopsy เป็นข้อมูลระดับทุติยภูมิได้จากการสัมภาษณ์ญาติหรือผู้ใกล้ชิดไม่ได้จากตัวผู้ป่วยโดยตรง ทำให้ความน่าเชื่อถือลดลง อีกทั้งงานวิจัย

ด้านการฆ่าตัวตายส่วนใหญ่ในประเทศไทยรวมทั้งต่างประเทศ จะเน้นการศึกษาด้านปัจจัยเสี่ยง (risk factors) เช่น การศึกษาของ M.K. Srivastava และคณะ⁵ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาที่ศูนย์การแพทย์ของเมืองพอนดิเชอร์รี ประเทศอินเดีย จำนวน 137 คน พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการพยายามฆ่าตัวตาย คือ การว่างงาน การไม่ได้รับการศึกษา และมีความเครียดอย่างรุนแรงในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

Suresh Kumar และคณะ⁶ ได้ศึกษาปัจจัยด้านจิตสังคมและบุคลิกภาพที่อาจส่งผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล IQRAA ประเทศอินเดีย จำนวน 104 คน พบว่าปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ อายุน้อย (20 - 40 ปี) สถานภาพสมรส ครอบครัวยุติกัน รู้สึกโดดเดี่ยว และเป็นภาระในครอบครัว ขาดทักษะการจัดการปัญหาในชีวิตประจำวัน มีโรคทางจิตเวช มีบุคลิกที่ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่นง่าย

Khummeeseenon P และคณะ⁷ ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตบริการสุขภาพที่ 7 ช่วงอายุ 20 - 59 ปี จำนวน 89 คน พบว่าปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพยายามฆ่าตัวตาย ได้แก่ สถานภาพหย่าร้าง หม้าย มีประวัติถูกทำร้ายร่างกายอย่างรุนแรงในวัยเด็ก มีความขัดแย้งในครอบครัว

Angel Garcia de la Garza และคณะ⁸ ได้ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการพยายามฆ่าตัวตายของประชากรทั่วไป (general population) ในประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีอายุมากกว่า 18 ปี จำนวน 34,653 คน โดยนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา National Epidemiology Survey on Alcohol and Related Conditions ซึ่งเป็น face-to-face longitudinal survey มาวิเคราะห์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตาย คือ อายุน้อย รู้สึกเศร้า หุนหันพลันแล่น ผลการเรียนไม่ดี และมีปัญหาเศรษฐกิจ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว บุคลากรด้านสาธารณสุขอาจจะวางแผนในการปรับเปลี่ยนหรือป้องกันได้ยาก เช่น ปัจจัยเสี่ยงด้านปัญหาเศรษฐกิจ สถานภาพสมรส แต่ปัจจัยที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและบุคลากรด้านสาธารณสุขน่าจะสามารถนำผลการศึกษามาใช้เพื่อวางแผนการป้องกันการฆ่าตัวได้คือ ความฉลาดทางอารมณ์ (emotional intelligence) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความหมายของความฉลาดทางอารมณ์ว่าเป็นความสามารถทางอารมณ์ในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และ

มีความสุข โดยได้ทำการศึกษา พัฒนาแนวคิด และแบ่งความฉลาดทางอารมณ์ของคนไทยออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านความดี หมายถึง ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง รู้จักเห็นใจผู้อื่น และมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม 2) ด้านเก่ง หมายถึง ความสามารถในการรู้จักตนเอง มีแรงจูงใจ สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาและแสดงออกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และ 3) ด้านสุข หมายถึง ความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุข มีความภาคภูมิใจในตนเอง พอใจในชีวิต และมีความสุขทางใจ⁹ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ายังมีการศึกษาระดับความฉลาดทางอารมณ์ในผู้มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายยังไม่มาก โดยพบว่ามีงานวิจัยของ Elena Dominguez-Garcia และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยวิธีการ systematic review จากงานวิจัยภาษาอังกฤษและสเปน ทั้งหมด 25 งานวิจัย พบว่าความฉลาดทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงด้านการฆ่าตัวตาย เนื่องจากพบว่าผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์สูงจะมีทักษะในการปรับตัว แก้ปัญหา เมื่อบุคคลนั้นเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้ดีกว่า มีศักยภาพในการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอื่นๆ ได้ดีกว่า และมีความสามารถดูแลระดับประคองตนเองให้ยังคงมีความพอใจในตนเองถึงแม้จะเผชิญเหตุวิกฤติในชีวิต ขณะที่ผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำจะมีทักษะและศักยภาพต่างๆ เหล่านี้ที่ไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ส่งผลให้เวลาบุคคลเหล่านี้เผชิญความเครียดในชีวิตจะเกิดอารมณ์ทางด้านลบได้ง่าย มีการปรับตัวกับปัญหาอย่างไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบกับความสัมพันธ์กับรอบข้าง ความภาคภูมิใจ และความพึงพอใจในชีวิตตนเองลดลง ส่งผลให้เป็นความเสี่ยงต่อภาวะฆ่าตัวตาย อีกทั้งในพื้นที่จังหวัดลำปางยังไม่มีการศึกษาเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องความฉลาดทางอารมณ์และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องของผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย เนื่องจากจะได้ข้อมูลจากผู้ที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยตรง รวมถึงนำผลที่ได้จากการศึกษาไปวางแผนป้องกันการฆ่าตัวตายที่เฉพาะเจาะจง เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดลำปางต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้มีรูปแบบการศึกษาแบบเปรียบเทียบ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งในโรงพยาบาลลำปาง โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง เลขที่โครงการ EC 175/66

ประชากรที่ศึกษา

1. กลุ่มผู้ป่วย (case group)

ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่อายุ 18 - 60 ปี ซึ่งมารักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง

2. กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

ประชาชนทั่วไปช่วงอายุ 18 - 60 ปี เช่นญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่น หรือบุคคลอื่นที่มาโรงพยาบาลลำปางช่วงเวลาเดียวกับกลุ่มผู้ป่วย และไม่มีประวัติเคยฆ่าตัวตายมาก่อน โดยจับคู่เป็นเพศเดียวกันและอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี เพื่อความเป็นเอกพันธ์ (homogeneous) ของการศึกษา เนื่องจากเพศและอายุเป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตาย และจากข้อมูลผู้พยายามฆ่าตัวตายของจังหวัดลำปางย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2564 - 2566) พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 20 - 30 ปี

จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ขนาดตัวอย่างคำนวณจาก pilot study ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 10 ราย เนื่องจากเป็น การศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการพยายามฆ่าตัวตายของผู้ป่วย จึงคำนวณขนาดตัวอย่างแต่ละตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยใช้การคำนวณแบบสองทิศทาง (two-sided test) alpha error ร้อยละ 5.0 power ร้อยละ 80.0 ratio ของกลุ่มผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายต่อกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1 ต่อ 1 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 42 คน รวม 84 คน โดยได้เก็บข้อมูลตั้งแต่ช่วงเดือนพฤศจิกายน 2566 และได้กลุ่มตัวอย่างครบในช่วงเดือนมกราคม 2567

เกณฑ์การคัดเลือกรับ-คัดออก

กลุ่มผู้ป่วย (case group)

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria)

- ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และได้รับการรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง

- อายุ 18 - 60 ปี

เกณฑ์การไม่รับเข้า (exclusion criteria)

- ผู้ที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรง จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้

- ผู้ที่ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group)

เกณฑ์การรับเข้า (inclusion criteria)

- ประชาชนทั่วไป เช่นญาติผู้ป่วย ผู้ป่วยโรคอื่นหรือบุคคลอื่นที่มาโรงพยาบาลลำปาง ในช่วงระยะเวลาเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วย

- อายุ 18 - 60 ปี

- ไม่มีประวัติพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

- เป็นเพศเดียวกันกับกลุ่มผู้ป่วย และอายุต่างจากผู้ป่วยไม่เกิน 5 ปี

เกณฑ์การไม่รับเข้า (exclusion criteria)

- มีประวัติฆ่าตัวตายมาก่อน

- ไม่สมัครใจในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูล (case record form) ซึ่งครอบคลุมตัวแปรด้านจิตสังคมที่ต้องการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ลักษณะครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ การได้รับการเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) โรคประจำตัวทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด

2. แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์สำหรับประชาชนไทย อายุ 18 - 60 ปี¹¹ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถาม 52 ข้อ จำแนกความฉลาดทางอารมณ์ออกเป็น 9 ด้าน คือ การควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ การมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ความภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสุขสงบทางใจ โดยการแปลผลจะมีช่วงค่าคะแนนที่อยู่ในเกณฑ์ปกติแต่ละด้าน และระดับความฉลาดทางอารมณ์เป็นต่ำกว่าปกติ ปกติ หรือสูงกว่าปกติ มีค่าความเชื่อมั่นแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ภาพรวมเท่ากับ 0.85 และค่าความเที่ยงแบบครึ่ง (split-half reliability) ภาพรวมเท่ากับ 0.84

โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามดังกล่าวตามความสมัครใจ โดยกระทำหลังเสร็จสิ้นการรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 16.1 นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผล

ต่อผู้พยายามฆ่าตัวตายด้วยสถิติ Fisher's-exact test ในกรณีเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มในลักษณะร้อยละ และสถิติ independent t-test ในกรณีเปรียบเทียบแต่ละกลุ่มในลักษณะค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา

จากกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษานี้จำนวน 84 ราย แบ่งเป็นกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย (case group) 42 คน และกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย (comparison group) 42 คน โดยแต่ละกลุ่มเป็นเพศหญิง 36 คน (ร้อยละ 85.7) เพศชาย 6 คน (ร้อยละ 14.3) อายุเฉลี่ยของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย 24.2 ± 6.3 ปี (min=18, max=45) และกลุ่มเปรียบเทียบ 24.7 ± 5.7 ปี (min=18, max=47) โดยอายุเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกัน (p-value=0.678)

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Fisher's exact test เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคม พบว่าปัจจัยที่มีความต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่าง case group และ comparison group คือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (p-value<0.001) มีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่กว่า (p-value<0.001) ระดับเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า (p-value<0.001) แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) ที่น้อยกว่า (p-value=0.001) มีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วย (p-value<0.001) และมีการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า (p-value=0.012) เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน และพบว่าสถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ไม่มีความแตกต่างกันในกลุ่มประชากรที่ศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ดังตารางที่ 1

ด้านคะแนนความฉลาดทางอารมณ์พบว่า กลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ ขณะที่กลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน และยังมีคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเมื่อวิเคราะห์คะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกด้าน ยกเว้นด้านความรับผิดชอบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยด้านจิตสังคมระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีทดสอบ Fisher's exact test

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย N=42	ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย N=42	
อายุเฉลี่ย (mean±SD)	24.2±6.3 (min=18, max=45)	24.7±5.7 (min=18, max=47)	0.678
การศึกษา			<0.001
ไม่ได้เรียนประถม	2 (4.8)	0 (0.0)	
มัธยม, ปวช., ปวส.	32 (76.2)	7 (16.7)	
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	8 (19.0)	35 (83.3)	
สถานภาพสมรส			0.791
โสด	31 (73.8)	34 (80.9)	
คู่ อยู่ด้วยกัน	10 (23.8)	7 (16.7)	
คู่ แยกกันอยู่	1 (2.4)	1 (2.4)	
เสียชีวิต แยกทาง	0 (0.0)	0 (0.0)	
ลักษณะครอบครัว			0.464
ครอบครัวเดี่ยว	14 (33.3)	14 (33.3)	
ครอบครัวขยาย	12 (28.6)	14 (33.3)	
อยู่กับคนอื่น	9 (21.4)	4 (9.5)	
อยู่คนเดียว หรือหอพัก	7 (16.7)	10 (23.8)	
ความสัมพันธ์ในครอบครัว			<0.001
ราปรื่นช่วยเหลือซึ่งกันและกัน	14 (33.3)	37 (88.1)	
ขัดแย้ง แต่ตกลงกันได้	13 (30.9)	5 (11.9)	
ขัดแย้งทะเลาะวิวาท พุบตี	7 (16.7)	0 (0.0)	
ต่างคนต่างอยู่ ไม่ยุ่งเกี่ยวกัน	8 (19.1)	0 (0.0)	
ระดับเศรษฐฐานะ			<0.001
ขาดสน	17 (40.5)	1 (2.4)	
มีพอใช้จ่าย	24 (57.1)	31 (73.8)	
มีเงินเหลือเก็บ	1 (2.4)	10 (23.8)	
แหล่งเกื้อกูลทางสังคม			0.001
คนในครอบครัว	9 (21.4)	26 (61.9)	
เพื่อนหรือคนรู้จัก	8 (19.1)	3 (7.1)	
แก้ปัญหาเอง	25 (59.5)	13 (31.0)	
มีโรคทางจิตเวช			<0.001
มี	36 (85.7)	2 (4.8)	
ไม่มี	6 (14.3)	40 (95.2)	
การใช้ยาเสพติด			0.012
ใช้	7 (16.7)	0 (0.0)	
ไม่ใช้	35 (83.3)	42 (100.0)	

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนเปรียบเทียบความฉลาดทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย และผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ด้วยวิธีทดสอบ Independent t-test

ด้าน	ค่าปกติ	ค่าเฉลี่ย (ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)		p-value
		ผู้พยายามฆ่าตัวตาย	ผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย	
การควบคุมตัวเอง	13-18	14.9 (3.1) (ปกติ)	20.1 (2.2) (สูง)	<0.001
ความเห็นใจผู้อื่น	16-21	18.7 (2.7) (ปกติ)	20.4 (2.2) (ปกติ)	0.002
ความรับผิดชอบ	17-23	20.3 (2.3) (ปกติ)	20.7 (2.4) (ปกติ)	0.432
การมีแรงจูงใจ	15-21	13.4 (3.2) (ต่ำ)	20.1 (2.7) (ปกติ)	<0.001
การตัดสินใจแก้ปัญหา	14-20	12.6 (3.1) (ต่ำ)	18.8 (3.0) (ปกติ)	<0.001
ด้านสัมพันธภาพ	15-20	14.7 (3.1) (ต่ำ)	18.6 (3.2) (ปกติ)	<0.001
ความภูมิใจในตนเอง	9-14	8.7 (2.8) (ต่ำ)	13.1 (2.1) (ปกติ)	<0.001
ความพอใจในชีวิต	16-22	14.8 (3.1) (ต่ำ)	20.6 (2.6) (ปกติ)	<0.001
ความสงบสุขทางใจ	15-21	13.4 (3.9) (ต่ำ)	20.4 (2.5) (ปกติ)	<0.001

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่า ในด้านปัจจัยส่วนบุคคลและด้านจิตสังคมของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน คือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช การใช้ยาเสพติด ส่วนปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์พบว่าระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น ความรับผิดชอบ ขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ปกติทุกด้าน และยังพบว่ามีระดับคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายมาก่อน พบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรับผิดชอบที่ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

ปัจจัยด้านระดับการศึกษา โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสวีเดน¹² ที่พบว่าระดับการศึกษาที่สูง ระดับผลการเรียนที่สูง ระดับ IQ ที่สูง ทำให้ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายลดลง ซึ่งอาจเกิดจากผู้ที่มีระดับ

สติปัญญาหรือการศึกษาที่สูง จะมีวิจารณญาณ ทักษะการปรับตัว ศักยภาพในการแก้ปัญหาหากเกิดความเครียดในชีวิตได้ดีกว่า

ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่แย่กว่า ซึ่งเป็นไปได้ว่าครอบครัวที่ขัดแย้ง มีปัญหาการสื่อสารและตอบสนองทางอารมณ์ในครอบครัว เกิดความเปราะบางในจิตใจ และเกิดการเรียนรู้ที่จะใช้ความรุนแรงโดยการทำร้ายตัวเองเป็นการแก้ปัญหาเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Yari Gvion และคณะ¹³ ที่พบว่าการเจ็บปวดด้านจิตใจ (mental pain) ปัญหาการสื่อสาร ขาดทักษะการแก้ปัญหา และความก้าวร้าว เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการพยายามฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจส่งผลให้เกิดความเครียด ความกดดันในการดำเนินชีวิตในทุกๆ ด้าน จึงทำให้ผู้ประสบปัญหาทางการเงินมีความเครียดและแนวโน้มฆ่าตัวตายกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดียที่พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการพยายามฆ่าตัวตาย¹⁴

ปัจจัยด้านแหล่งเกื้อหนุนทางสังคม (supporting system) เมื่อคนเรามีเรื่องทุกข์ใจ ไม่สบายใจ มีบุคคลหรือหน่วยงานใดๆ คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือให้คำปรึกษาหรือแนะนำการปรับตัว ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความหวังที่จะมีชีวิตอยู่ต่อมากขึ้น การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแหล่งเกื้อหนุน

ทางสังคมน้อยกว่า มีแนวโน้มที่จะไม่ปรึกษาใครเวลาที่มีเรื่องไม่สบายใจมากกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ Khummeeseenon และคณะ⁷ ที่พบว่าผู้ที่มิบุคคลหรือหน่วยงานคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ ปรึกษา เป็นปัจจัยปกป้องจากการทำร้ายตัวเอง

ปัจจัยด้านการมีภาวะโรคทางจิตเวชและปัจจัยด้านการใช้ยาเสพติด การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีภาวะโรคทางจิตเวชร่วมด้วยและมีการใช้ยาเสพติดที่มากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงระบาดวิทยา¹⁵ ที่พบว่า การฆ่าตัวตายจะสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด เนื่องจากโรคทางจิตเวชและผลจากยาเสพติดทำให้การควบคุมอารมณ์ ความคิด การเชื่อมโยงเหตุผลและพฤติกรรมเปลี่ยนไปจากเดิม ส่งผลให้เกิดความหุนหันพลันแล่นและฆ่าตัวตายได้ง่าย

ปัจจัยด้านการควบคุมตัวเอง การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีการควบคุมตัวเองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ ถึงแม้ว่ามีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ด้านดังกล่าวจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งอาจเกิดจากกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย มีระดับคะแนนด้านการควบคุมตัวเองสูงกว่าเกณฑ์ปกติ จึงทำให้ระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ อีกทั้งยังอาจเกิดจากปัจจัยอื่นๆ ที่ไม่ได้ควบคุมในการศึกษานี้ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมตัวเอง เช่น ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว การมีแหล่งเกื้อกูลทางสังคม (supporting system) การไม่มีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด ซึ่งทำให้การควบคุมตัวเองในกลุ่มเปรียบเทียบสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยมีการศึกษาพบว่า การมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ซึ่งมีพ่อแม่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำ ตอบสนองทางอารมณ์อย่างเหมาะสม รวมถึงการมีกลุ่มเพื่อนที่คอยช่วยเหลือสนับสนุน เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาด้านการควบคุมอารมณ์¹⁶ อย่างไรก็ดีตามยังเป็นไปได้ว่าการตระหนักรู้ได้ถึงอารมณ์ตัวเอง และสามารถดูแลควบคุมอารมณ์นั้น จะช่วยให้ไม่มีปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่รุนแรงจนทำร้ายตัวเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maria Donald และคณะ¹⁷ ที่พบว่าบุคคลที่มีการควบคุมตัวเองได้ดี (self-regulation) จะช่วยลดความเสี่ยงจากการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านความเห็นใจผู้อื่น การศึกษานี้ถึงแม้จะพบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ด้านความเห็นใจผู้อื่นของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายจะอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายแล้ว มีระดับความฉลาดทางอารมณ์ของด้านดังกล่าวต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเป็นไปได้ว่าผู้พยายามฆ่าตัวตาย

จะมีความเครียดสูง หมกมุ่นกับปัญหาของตนเอง ส่งผลให้เกิดความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษาในอิตาลี¹⁸ ที่พบว่าผู้ที่มิประวัติการฆ่าตัวตายจะมีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่นน้อยกว่าผู้ที่มิเคยฆ่าตัวตายมาก่อน

ปัจจัยด้านการมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ซึ่งแรงจูงใจ ความหวัง ความมุ่งมั่นที่จะทำตามแรงบันดาลใจ การมีจุดมุ่งหมายในชีวิตเป็นส่วนหนึ่งของแรงผลักดันที่จะทำให้คนเรามีชีวิตอยู่ต่อไป การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Rory C.O Conner และคณะ¹⁹ ที่พบว่าผู้ที่มิมีจุดมุ่งหมายในชีวิตมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองใน 2 ปี

ปัจจัยด้านการตัดสินใจแก้ปัญหา โดยทั่วไปแล้วภายใต้สถานการณ์ที่มีความตึงเครียด หากบุคคลมีทักษะในการแก้ปัญหาที่ดี เหมาะสมกับสถานการณ์ ก็จะใช้วิธีการอื่นที่ไม่ใช่การทำร้ายตัวเองในการแก้ปัญหา ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านการตัดสินใจแก้ปัญหาต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Olivia H Pollak และคณะ²⁰ ที่พบว่าบุคคลที่มีความพร่องด้านทักษะการแก้ปัญหา มีโอกาสเกิดพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่าหลังติดตามไปได้ 9 เดือน

ปัจจัยด้านสัมพันธภาพ เนื่องจากความสัมพันธ์ที่ดีจะทำให้บุคคลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคุณค่า มีศักดิ์ศรี เทียบเท่ากับคนอื่น ได้รับการยอมรับชื่นชมจากบุคคลอื่น นำมาสู่การเคารพ รัก และไม่ทำร้ายตนเอง การศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย มีความฉลาดทางอารมณ์ด้านสัมพันธภาพน้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิหร่าน²¹ ที่พบว่าผู้ที่มิปัญหาสัมพันธภาพที่ไม่คงที่จะเพิ่มความเสี่ยงของการฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิต โดยความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิตส่งผลให้บุคคลนั้นพอใจแบบที่ตัวเองเป็น ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น รัก เคารพ ภาคภูมิใจในตัวตน จึงไม่ทำร้ายตัวเอง ซึ่งการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความภาคภูมิใจในตนเองและความพอใจในชีวิตน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ที่พบว่าเด็กวัยรุ่นที่มีความภาคภูมิใจและความพอใจในชีวิตตนเองต่ำมีความเสี่ยงที่จะทำร้ายตัวเองหลังติดตามไป 15 ปี²²

ปัจจัยด้านความสงบสุขทางใจ เมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สามารถมีวิธีผ่อนคลายอารมณ์ ยืดหยุ่น เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางใจเกิดขึ้น นำไปสู่การไม่ทำร้ายตนเอง การศึกษานี้พบว่า กลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความฉลาดทางอารมณ์ด้านความสงบสุขทางใจน้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในสิงคโปร์ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความผ่อนคลาย ยืดหยุ่นทางอารมณ์²³ จะลดความเสี่ยงเรื่องฆ่าตัวตาย

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส การศึกษานี้พบว่าสถานภาพการสมรสของกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ทำในประเทศนอร์เวย์²⁴ ซึ่งพบว่าสถานภาพหม้ายหรือแยกกันอยู่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย สาเหตุเนื่องจากความสัมพันธ์หรือความผูกพันทางอารมณ์กับคู่ชีวิตถูกบั่นทอน ส่งผลต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ ซึ่งเป็นไปได้ว่ากลุ่มประชากรที่ศึกษาในโรงพยาบาลลำปางนี้อายุน้อยไม่มากนัก (เฉลี่ย 24 ปี) และส่วนใหญ่โสด จึงทำให้ไม่สามารถประเมินสถานภาพสมรสที่อาจมีผลต่อความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ เช่น หม้าย แยกกันอยู่ได้

ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว มีการศึกษาในประเทศอินเดีย⁶ พบว่าครอบครัวเดี่ยว สมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายได้มากกว่าครอบครัวขยาย โดยต่างจากผลการศึกษางานวิจัยนี้ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นไปได้ว่าในบริบทสังคมไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพื้นที่ภาคเหนือ ถึงแม้จะเป็นครอบครัวเดี่ยว แต่คนในชุมชนหรือญาติจะไปมาหาสู่ ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวลดความรู้สึกโดดเดี่ยวลง ทำให้ปัจจัยด้านลักษณะครอบครัวระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน

ปัจจัยด้านความรับผิดชอบ การศึกษานี้พบว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านความรับผิดชอบ เสียสละเพื่อส่วนรวม ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยและกลุ่มเปรียบเทียบ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาอื่นๆ ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความรับผิดชอบและการฆ่าตัวตาย ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านความรับผิดชอบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย

อย่างไรก็ตามพฤติกรรมฆ่าตัวตายเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น พื้นอารมณ์ บุคลิกภาพ การมีความผิดปกติทางจิต การใช้ยาเสพติด การเกิดเหตุการณ์ในชีวิตที่ไม่พึงประสงค์โดยถูกทารุณกรรม

ความรู้สึกด้อยค่าในตัวเอง ปัจจัยระดับครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ต่ำหนัมาก ควบคุมมาก และปัจจัยระดับสังคม เช่น การมีเพื่อนฆ่าตัวตาย และการเลียนแบบในสังคม โดยปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบและเชื่อมโยงซึ่งกันและกัน²⁵ โดยในการศึกษานี้พบว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและจิตสังคมของกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีความด้อยกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ทั้งด้านการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐานะ แหล่งเกิดภูมิลำเนาสังคมและการมีภาวะทางจิตเวช ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความฉลาดทางอารมณ์ เนื่องจากความฉลาดทางอารมณ์ส่วนหนึ่งพัฒนาได้จากการเลี้ยงดูที่เหมาะสม ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เกื้อกูล⁹ ทำให้ความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายต่ำกว่าเกณฑ์ปกติเกือบทุกด้าน อีกทั้งผู้ที่มีความฉลาดทางอารมณ์ต่ำ อาจส่งผลให้ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและด้านจิตสังคมดังกล่าวด้อยยิ่งขึ้น โดยในการศึกษานี้พบว่าความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิต และความสงบสุขทางใจมีระดับต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เป็นไปได้ว่าหากบุคคลใดมีความพึงพอใจในตัวเองน้อย จะส่งผลให้เกิดความเครียดหรืออารมณ์ในแง่ลบได้ง่าย เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทางจิตเวช เช่น ซึมเศร้า การใช้ยาเสพติด ซึ่งทำให้กระทบต่อศักยภาพการตัดสินใจแก้ไขปัญหาและความฉลาดทางอารมณ์ด้านแรงจูงใจไม่สัมฤทธิ์ ขาดพลังมุ่งมั่นในการเรียนหรือการทำงานที่จะยกระดับเศรษฐกิจของตนเอง¹⁰ ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตาย มีระดับการศึกษาและระดับเศรษฐานะที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย

นอกจากนี้ยังพบว่าความฉลาดทางอารมณ์ด้านสัมพันธภาพในกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย ทำให้มีผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและในครอบครัวได้ง่าย หากมีความเครียดเกิดขึ้นส่งผลให้ครอบครัวทะเลาะเบาะแว้งกันได้ง่าย ขาดการตอบสนองทางอารมณ์ที่เหมาะสมในครอบครัว ทำให้บุคคลนั้นรู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่พึ่งทางจิตใจหรือรู้สึกขาดแหล่งเกิดภูมิลำเนาสังคมมากยิ่งขึ้น ซึ่งจะเห็นได้จากกลุ่มผู้ป่วยฆ่าตัวตายมีลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ต่ำกว่า และส่วนใหญ่จะแก้ปัญหาด้วยตัวเองมากกว่าปรึกษาผู้อื่นหากมีความเครียดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตาย

การศึกษานี้มีข้อจำกัด คือ วิธีการเก็บข้อมูลที่ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามความฉลาดทางอารมณ์หลังจากเสร็จสิ้นการรักษาตามมาตรฐาน เช่น การทำจิตบำบัด การให้คำปรึกษา

(counselling) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนอารมณ์ ความคิด ทศนคติ ทักษะในการจัดการอารมณ์ รวมถึงสร้างความหวัง และจุดมุ่งหมายในชีวิตที่ดีมากขึ้น อาจมีผลต่อคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ที่สูงกว่าเป็นจริง เมื่อเทียบกับความฉลาดทางอารมณ์ขณะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย อีกทั้งผู้ป่วยที่ตอบแบบสอบถามจะเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรง สามารถตอบแบบสอบถามได้ ดังนั้นอาจมีข้อจำกัดในการนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมอยากฆ่าตัวตายหรือมีภาวะจิตเวชที่รุนแรง รวมถึงวิธีการศึกษาซึ่งควบคุมเพียง 2 ปัจจัยคือ เพศและอายุในช่วงเวลาเดียวกัน ไม่ได้ควบคุมปัจจัยอื่นซึ่งอาจมีผลทั้งต่อพฤติกรรมฆ่าตัวตายและระดับความฉลาดทางอารมณ์ ทำให้มีข้อจำกัดในการประยุกต์ใช้ในวงกว้าง

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษานี้พบว่าระดับความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ด้านความภาคภูมิใจในตนเอง ความพอใจในชีวิต และความสงบสุขทางใจ ดังนั้น หากมีโปรแกรมที่ส่งเสริมการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ด้านดังกล่าวอย่างเฉพาะเจาะจง อาจจะช่วยป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายได้ โดยจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่มีผลต่อการป้องกันการฆ่าตัวตายโดยตรง แต่มีการศึกษาที่บ่งบอกว่าความฉลาดทางอารมณ์สามารถเปลี่ยนแปลงได้ทั้งในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาของ Laosabchareon²⁶ ซึ่งสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่ทำในวัยรุ่นอายุ 10 - 21 ปีในประเทศไทย พบว่าโปรแกรมส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ดังกล่าวสามารถเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์ ช่วยให้เด็กจัดการกับความเครียดและมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดีขึ้นได้ และยังมีการศึกษาในประเทศสเปนเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมเพื่อพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ในกลุ่มผู้จัดการบริษัทช่วงอายุเฉลี่ย 37.61 ปี พบว่าโปรแกรมนี้อาจเพิ่มความฉลาดทางอารมณ์เกี่ยวกับการตระหนักรู้อารมณ์ตัวเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นในบริษัทได้ดียิ่งขึ้น²⁷

ดังนั้นจากการศึกษานี้ หากมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจง โดยมุ่งเน้นการพัฒนาด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา เพิ่มสัมพันธภาพ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิต และ

ความสุขทางใจ และมีการประเมินประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมดังกล่าวต่อการลดความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายน่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

สรุป

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายคือ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ในครอบครัว ระดับเศรษฐกิจ แหล่งเกื้อกูลทางสังคม (supporting system) การมีโรคทางจิตเวช และการใช้ยาเสพติด ส่วนปัจจัยด้านความฉลาดทางอารมณ์พบว่าระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติทุกด้าน ยกเว้นด้านการควบคุมตัวเอง ความเห็นใจผู้อื่น และความรับผิดชอบซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับระดับคะแนนความฉลาดทางอารมณ์แต่ละด้านระหว่างกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายและกลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายพบว่าคะแนนความฉลาดทางอารมณ์ของกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตายมีระดับต่ำกว่ากลุ่มผู้ไม่เคยฆ่าตัวตายทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นด้านความรับผิดชอบซึ่งไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ซึ่งหากมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมความฉลาดทางอารมณ์ที่เฉพาะเจาะจงโดยเน้นการส่งเสริมด้านการมีแรงจูงใจ การตัดสินใจแก้ปัญหา ด้านสัมพันธภาพ ความภาคภูมิใจในตัวเอง ความพอใจในชีวิตและความสุขทางใจ และประเมินประสิทธิภาพหรือประสิทธิผลของโปรแกรมนั้น น่าจะเป็นประโยชน์ด้านการป้องกันการฆ่าตัวตายในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ศ.ดร.นพ.ชยันตธีร ปทุมานนท์, นพ.ศุภชัย ลวณะสกล, นพ.ธานินทร์ โลกเศกสรวี, นพ.ชนินท์ ประคองยศ, ผศ.(พิเศษ) ญญ.ดร.รุ่งทิพา หมีนป่า และ ผศ.ดร.พัชรินทร์ เสรี ที่กรุณาให้คำแนะนำด้านระเบียบวิจัยและสถิติ รวมถึงการเขียนรายงานการวิจัยแก่ผู้นิพนธ์ ที่นักจิตวิทยาคลินิก และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลลำปาง ที่ช่วยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง คุณอดิگانต์ พรหมหนู ที่ช่วยจัดพิมพ์เอกสารและติดต่อประสานงานจนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี งานวิจัยนี้ไม่ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากแหล่งทุนใดๆ

ผลประโยชน์ขัดกัน (Conflict interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีความขัดแย้งทางผลประโยชน์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Suicide [Internet]. [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Looker Studio [Internet]. [cited 2024 Feb 2]. Suicide situation in 1st Health District of Thailand. Available from: <http://lookerstudio.google.com/reporting/a02f1938-4792-40e0-890c-ec43a711266b/page/wJpUC?feature=opengraph>
3. Hoffman MA. Suicide and hastened death: a biopsychosocial perspective. *Couns Psychol* 2000;28(4):561-72.
4. Kamondham S, Kaewdee R. The factors associated with committed suicide in Muang district, Lampang province. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2018;63(1):47-54.
5. Srivastava MK, Sahoo RN, Ghotekar LH, Dutta S, Danabalan M, Dutta TK, et al. Risk factors associated with attempted suicide: a case control study. *Indian J Psychiatry* 2004;46(1):33.
6. Kumar PNS, Rajmohan V, Sushil K. An exploratory analysis of personality factors contributed to suicide attempts. *Indian J Psychol Med* 2013;35(4):378-84.
7. Khummeeseenon P, Khummeeseenon P, Chokrassameehirun J, Srichanla E, Khamchompu S, Saokaew W, et al. Risk and protective factors of people who attempted suicide in the 7th Health District of Thailand. *J Suicide Prev Thai* 2020;1(1):25-40.
8. Garcia de la Garza Á, Blanco C, Olfson M, Wall MM. Identification of suicide attempt risk factors in a national US survey using machine learning. *JAMA Psychiatry* 2021;78(4):398-406.
9. Department of Mental Health. Knowledge of emotional quotient development manual in 3-11 year-old children for parents [Internet]. Nonthaburi: Veteran press office; 2003 [cited 2024 Feb 2]. Available from: <https://dmh-elibrary.org/items/show/1148>
10. Domínguez-García E, Fernández-Berrocal P. The association between emotional intelligence and suicidal behavior: a systematic review. *Front Psychol* 2018;9:2380.
11. Wongpiromsarn Y. The development of the emotional intelligence screening test for the Thai population age 12 to 60 years. *J Psychiatr Assoc Thai* 2002;47(4):267-80.
12. Lannoy S, Ohlsson H, Kendler KS, Sundquist J, Sundquist K, Edwards AC. The causal effect of education and cognitive performance on risk for suicide attempt: a combined instrumental variable and co-relative approach in a Swedish national cohort. *J Affect Disord* 2022;305:115-21.
13. Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious suicide attempts: systematic review of psychological risk factors. *Front Psychiatry* 2018;9:56.
14. Kar N. Profile of risk factors associated with suicide attempts: a study from Orissa, India. *Indian J Psychiatry* 2010;52(1):48-56.
15. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(7):1425.
16. Thompson RA, Meyer S, Jochem R. Emotion regulation. In: Haith MM, Benson JB, editors. *Encyclopedia of infant and early childhood development*. San Diego: Academic Press; 2008 p. 431-41.
17. Donald M, Dower J, Correa-Velez I, Jones M. Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40(1):87-96.
18. Scocco P, Aliverti E, Toffol E, Andretta G, Capizzi G. Empathy profiles differ by gender in people who have and have not attempted suicide. *J Affect Disord Rep* 2020;2:100024.
19. O'Connor RC, O'Carroll RE, Ryan C, Smyth R. Self-regulation of unattainable goals in suicide attempters: a two year prospective study. *J Affect Disord* 2012;142(1-3):248-55.
20. Pollak OH, Cheek SM, Rudolph KD, Hastings PD, Nock MK, Prinstein MJ. Social problem-solving and suicidal behavior in adolescent girls: a prospective examination of proximal and distal social stress-related risk factors. *J Psychopathol Clin Sci* 2023;132(5):610-20.
21. Fallahi-Khoshknab M, Amirian Z, Maddah SSB, Khankeh HR, Dalvandi A. Instability of emotional relationships and suicide among youth: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):50.
22. Junker A, Nordahl HM, Bjørngaard JH, Bjerkeset O. Adolescent personality traits, low self-esteem and self-harm hospitalisation: a 15-year follow-up of the Norwegian Young-HUNT1 cohort. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(3):329-39.
23. Toh SHY, Wan MJS, Kroneman LM, Nyein N, Wong JCM. Temperament and adolescent suicide attempts: a case-control study with multi-ethnic Asian adolescents. *BMC Psychiatry* 2023;23(1):434.
24. Øien-Ødegaard C, Hauge LJ, Reneflot A. Marital status, educational attainment, and suicide risk: a Norwegian register-based population study. *Popul Health Metr* 2021;19(1):33.
25. Sukhawaha S, Arunpongpaissal S. Risk factor and suicide theory associated with suicide in adolescent : a narrative reviews. *J Psychiatr Assoc Thai* 2017;62(4):359-78.
26. Laosabcharoen S, Sangon S, Nintajan P. A synthesis of research on promoting emotional intelligence for adolescents. *Rama Nurs J* 2013;19(1):31-47.
27. Gilar-Corbi R, Pozo-Rico T, Sánchez B, Castejón JL. Can emotional intelligence be improved? a randomized experimental study of a business-oriented EI training program for senior managers. *PLoS One* 2019;14(10):e0224254.

ความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย

ภวิษา จิตสมานกุล*, จิรดา ประสาทพรศิริโชค*

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชนในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลแบบออนไลน์จากผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จำนวน 370 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความเครียดสวนปรง (SPST-20) แบบประเมินภาวะหมดไฟ (MBI-GS) และแบบประเมินคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Multiple Linear regression วิธี Stepwise กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) มีคุณภาพชีวิตอยู่ในเกณฑ์ดี (ร้อยละ 66.2) และไม่พบภาวะหมดไฟ (ร้อยละ 96.8) จากการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพบว่า ชั่วโมงการทำงานที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเครียด ($B=4.531, p=0.009$) และคุณภาพชีวิต ($B=8.298, p<0.001$) ในขณะที่ประสบการณ์การทำงานที่เพิ่มขึ้นกลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเครียด ($B=-9.945, p=0.012$) และคุณภาพชีวิต ($B=-10.758, p=0.006$)

สรุป ผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี และไม่พบภาวะหมดไฟ อย่างไรก็ตามยังต้องให้ความสำคัญกับชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม รวมถึงสนับสนุนสวัสดิการด้านอื่นๆ เพื่อช่วยป้องกันความเครียดในระดับสูง และทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ ความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟ คุณภาพชีวิต ผู้ช่วยทันตแพทย์ คลินิกทันตกรรมเอกชน

Corresponding author: จิรดา ประสาทพรศิริโชค

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: jirada.pr@chula.ac.th

วันรับ : 1 พฤษภาคม 2567 วันแก้ไข : 10 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 11 กรกฎาคม 2567

Work Stress, Occupational Burnout and Quality of Life among Dental Assistants in Private Dental Clinics, Bangkok, Thailand

Phawitsaya Jitsamhankul*, Jirada Prasartpornsirichoke*

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the prevalence and factors associated with work-related stress, burnout, and quality of life among dental assistants working in private dental clinics in Bangkok.

Methods: This cross-sectional study used an online survey to collect data from 370 dental assistants in Bangkok. Self-administered questionnaires consisting of a personal information survey, the Suanprung Stress Test (SPST-20), the Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS), and the World Health Organization Quality of Life-BREF Thai version (WHOQOL-BREF-THAI) were employed as the research instruments. Data were analyzed using multiple linear regression, stepwise method with a significance level of 0.05.

Results: Majority of dental assistant samples experienced moderate stress levels (41.3%), reported good quality of life (66.2%), and showed no signs of burnout (96.8%). Linear regression analysis revealed a positive correlation between increased working hours and stress ($B=4.531$, $p=0.009$) as well as quality of life ($B=8.298$, $p<0.001$). Conversely, increased work experience showed a negative correlation with both stress ($B=-9.945$, $p=0.012$) and quality of life ($B=-10.758$, $p=0.006$).

Conclusion: Most dental assistants had moderate stress levels and no burnout, with a good quality of life. Nevertheless, it remains crucial to emphasize appropriate working hours and provide support for other welfare measures to prevent high levels of stress and improve the quality of life for dental assistants.

Keywords: Work stress, Burnout, Quality of life, Dental assistants, Private dental clinics

Corresponding author: Jirada Prasartpornsirichoke

E-mail: jirada.pr@chula.ac.th

Received 1 May 2024 Revised 10 July 2024 Accepted 11 July 2024

บทนำ

ผู้ช่วยทันตแพทย์ (dental assistant) มีบทบาทสำคัญต่ออัตราความสำเร็จในการรักษาทางทันตกรรม โดยในปัจจุบันมีความต้องการจ้างงานผู้ช่วยทันตแพทย์มากขึ้น สอดคล้องกับอุปทานคลินิกทันตกรรมเอกชนที่เพิ่มขึ้นโดยข้อมูลสถิติของทันตแพทย์สภา ปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนคลินิกทันตกรรมเอกชนรวม 6,639 คลินิก เพิ่มขึ้นจากปี 2565 ที่มีจำนวนคลินิกทันตกรรมเอกชนรวม 5,981 คลินิก¹ และอุปสงค์การใช้บริการทันตกรรมคลินิกเอกชนของกลุ่มประชากรวัยทำงานที่เพิ่มขึ้น หลังสามารถใช้สิทธิ์ประกันสังคมตามมาตรา 33 และมาตรา 39 ในการรักษาทันตกรรมในคลินิกเอกชนได้โดยไม่ต้องสำรองจ่ายล่วงหน้า² อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีความขาดแคลนผู้ช่วยทันตแพทย์ในตลาดแรงงาน ส่งผลให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในปัจจุบันมีการงานมากขึ้น โดยนอกจากจะมีหน้าที่รับผิดชอบในการควบคุมการติดเชื้อ เตรียมอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือทันตแพทย์ในระหว่างการรักษาทางทันตกรรมซึ่งเป็นภาระงานหลักแล้ว ยังมีภาระงานที่ต้องรับผิดชอบเพิ่มเติม ทั้งทางด้านการเงินหรือการตรวจสอบบริหารสินค้าคงคลังของคลินิกทันตกรรมเอกชนอีกด้วย

คลินิกทันตกรรมเอกชนมีสภาพแวดล้อมการทำงานที่แตกต่างจากคลินิกทันตกรรมของรัฐ หรือแผนกทันตกรรมในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนขนาดใหญ่ ด้วยเป็นองค์กรขนาดเล็ก มีทรัพยากรในการบริหารจัดการอย่างจำกัด เน้นรูปแบบการให้บริการที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ จึงทำให้ผู้ช่วยทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนมักต้องเผชิญความกดดันในการทำงานที่สูงเพื่อแข่งขันกับเวลา มีระยะเวลาการทำงานที่ยาวนาน รวมถึงมีภาระงานที่หนักและมากเกิน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจของผู้ช่วยทันตแพทย์ ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงาน และอาจนำไปสู่ภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมถึงคุณภาพชีวิตที่แย่ลง สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศแคนาดา^{3,4} และอิสราเอล⁵ ที่พบว่าภาระงานที่หนักและความกดดันในการทำงานส่งผลต่อระดับความเครียดและภาวะหมดไฟจากการทำงานของผู้ช่วยทันตแพทย์ มีเพียงร้อยละ 12 ของผู้ช่วยทันตแพทย์ในแคนาดาที่ยินดีจะทำงานเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมปริทัศน์ทั้งในและต่างประเทศ⁶⁻¹⁰ พบว่า งานวิจัยในประเทศส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาไปที่ทันตแพทย์และนักศึกษาทันตแพทย์¹¹⁻¹³ ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับผู้ช่วยทันตแพทย์ในทุกมิติ การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชนในกรุงเทพมหานคร โดยผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการป้องกันความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ช่วยทันตแพทย์ในประเทศไทยต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัย ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (cross-sectional study) โดยมีประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชน เอกชนพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ อายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี มีประสบการณ์การทำงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน ในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำหรือผู้ช่วยทันตแพทย์รายวันที่คลินิกเอกชนในกรุงเทพมหานคร และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ในขณะที่เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย คือ อาสาสมัครไม่อยู่ระหว่างการปฏิบัติงานในช่วงที่เก็บข้อมูลวิจัย เช่น ลาคลอด ลาอุปสมบท เป็นต้น และ/หรือไม่สามารถอ่านหรือเข้าใจภาษาไทยได้ โดยงานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในคนจากคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (IRB no. 0220/66) ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (google form) ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม 2566 อาสาสมัครให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยในรูปแบบ consent by action การวิจัยนี้คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane, 1973¹⁴

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

โดยกำหนด N = จำนวนประชากรเป้าหมาย เท่ากับ 1,730 คน ซึ่งประมาณการจากจำนวนคลินิกทันตกรรมเขตพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี 2565 และ e คือ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 โดยเพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความผิดพลาดของข้อมูล จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 358 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และทำการประกาศรับสมัครอาสาสมัครตามช่องทางสื่อสังคมต่างๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบสอบถามออนไลน์ที่อาสาสมัครตอบด้วยตนเอง (self-administered questionnaires) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพ การสมรส ประสบการณ์การทำงาน ห่วงปฏิบัติงานทางพันธุกรรม การจบหลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ตำแหน่งงาน รายได้ ภาระหนี้สิน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการทำงาน ขอบเขตในการทำงาน สวัสดิการ และเขตพื้นที่การทำงาน ในกรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ (Suanprung Stress test-20, SPST-20) โดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2540)¹⁵ ได้พัฒนาขึ้น มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ ข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ แปลผลจากคะแนนรวมมากขึ้น หมายถึง มีความเครียดจากการทำงานสูงขึ้น และมีเกณฑ์จุดตัดคะแนนรวม (cut-off point) คือ 0 - 23 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย 24 - 41 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง 42 - 61 คะแนน มีความเครียดสูง และ 62 คะแนนขึ้นไป มีความเครียดระดับสูงมาก แบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคที่ 0.95

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะหมดไฟในการทำงาน Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) ฉบับภาษาไทย แปลโดย ชัยยุทธ กลีบบัว (2552)¹⁶ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ คิดคะแนนแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 7 ระดับ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 1 - 5) การเมินเฉยต่องาน (cynicism) จำนวน 5 ข้อ (ข้อที่ 6 - 10) และประสิทธิภาพในการทำงาน (professional efficacy) จำนวน 6 ข้อ (ข้อที่ 11 - 16) โดยหลักเกณฑ์แปลผลภาวะหมดไฟในการทำงานจะพิจารณาจาก 3 องค์ประกอบร่วมกัน กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะหมดไฟสูงหรือหมดไฟเต็มที่ จะมีคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์สูง (≥ 16 คะแนน) มีคะแนนความเมินเฉยต่องานอยู่ในระดับสูง (≥ 11 คะแนน) และมีคะแนนประสิทธิภาพในการทำงานอยู่ระดับต่ำ (≤ 24 คะแนน) ผู้ที่มีภาวะหมดไฟปานกลางจะมีคะแนนทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง และผู้ที่มีภาวะหมดไฟต่ำจะมีคะแนนความอ่อนล้าทางอารมณ์ต่ำ (≤ 10 คะแนน) มีคะแนนความเมินเฉยต่องานอยู่ในระดับต่ำ (≤ 5 คะแนน) และมีคะแนนความสามารถในการทำงาน

อยู่ระดับต่ำ (≥ 30 คะแนน) โดยงานวิจัยนี้จะแปลผลผลลัพธ์ในรูปแบบตัวแปรทวิภาค คือ มีภาวะหมดไฟสูง (=1) และไม่มีภาวะหมดไฟสูง (=0) แบบประเมินมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.83 - 0.90

ส่วนที่ 4 เครื่องวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF-THAI)¹⁷ มีข้อคำถามรวม 26 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 23 ข้อ และมีข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ (ข้อ 2, 9, 11) ประกอบไปด้วย 4 มิติคุณภาพชีวิต คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ และด้านสิ่งแวดล้อม ข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26 - 130 คะแนน ค่าคะแนนรวมมากขึ้น หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น หรือแบ่งเกณฑ์คุณภาพชีวิตได้เป็น 3 ระดับ คือ 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตปานกลาง และ 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคที่ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ SPSS Version 29.0 ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยรายงานผลการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (multiple linear regression) วิธี Stepwise เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับค่าคะแนนความเครียด และคุณภาพชีวิต รวมถึงการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) วิธี Backward likelihood ratio ในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟสูงของผู้ช่วยทันตแพทย์ กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษา

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคม ถึง เดือนธันวาคม 2566 มีอาสาสมัครเข้าร่วมงานวิจัย จำนวน 370 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.5) มีอายุระหว่าง 18 - 27 ปี (ร้อยละ 65.7) ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ที่มัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 40.5) มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 64.3) มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 93.5) ไม่จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ (ร้อยละ 86.8) มีรายได้รวมต่อเดือนอยู่ที่ต่ำกว่า

19,000 บาท (ร้อยละ 77.3) มีชั่วโมงการทำงานน้อยกว่า 9 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 56.8) และมีภาระงานนอกเหนือจากเป็นผู้ช่วยทันตแพทย์ (ร้อยละ 56.5) ดังแสดงตารางที่ 1 และเมื่อประเมินความเครียดในการทำงาน ภาวะหมดไฟ และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ พบว่าผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดในระดับปานกลาง (ร้อยละ 41.3) ไม่มีภาวะหมดไฟ (ร้อยละ 96.8) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 66.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดในการทำงานของผู้ช่วยทันตแพทย์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นวิธี Stepwise โดยเพิ่มปัจจัยเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน การจบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ตำแหน่งงาน รายได้รวมต่อเดือน ภาระหนี้สิน ระยะเวลาการทำงานต่อวัน ขอบเขตการทำงาน ลงในสมการร่วมกัน พบว่ามี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดที่มากขึ้น ($B=4.531, p=0.009$) ในขณะที่ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ของผู้ช่วยทันตแพทย์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดในการทำงาน ($B=-9.945, p=0.012$) โดยตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญสถิติกับค่าคะแนนรวมความเครียด ดังแสดงในตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นด้วยวิธี Stepwise โดยเพิ่มปัจจัยเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ประสบการณ์การทำงาน การจบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ตำแหน่งงาน รายได้รวมต่อเดือน (บาท) ภาระหนี้สิน ระยะเวลาการทำงานต่อวัน ขอบเขตการทำงาน ลงในสมการร่วมกัน พบว่ามี 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นคือ การทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน ($B=8.298, p<0.001$) ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ได้แก่ การจบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ($B=-12.228, p<0.001$) ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ($B=-6.964, p<0.001$) ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ($B=-10.758, p=0.006$) ดังแสดงในตารางที่ 4

นอกจากนี้ เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟสูงด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic

regression) วิธี Backward likelihood ratio พบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะหมดไฟสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิจารณ์

การวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชนในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ช่วยทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลาง มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดีในทุกมิติ และไม่มีภาวะหมดไฟสูง โดยผลการศึกษาพบว่าการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน ทำให้ค่าคะแนนความเครียดเพิ่มขึ้น โดยผู้ช่วยทันตแพทย์ที่มีชั่วโมงการทำงานยิ่งมาก ยิ่งอยู่ภายใต้ความกดดันและภาระงานที่มากขึ้น ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานได้ สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าชั่วโมงการทำงานที่ยาวนานส่งผลต่อระดับความเครียดทั้งทางจิตใจและร่างกาย^{18-20,27} โดยผลการศึกษาของ Ochiai และคณะ (2023) ชี้ให้เห็นว่า จำนวนชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยที่มากกว่า 45 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ จะส่งผลต่อความเครียดในการทำงาน ความวิตกกังวล ความเหนื่อยล้าทางจิตใจ และภาวะซึมเศร้าของพนักงาน²⁰ ในทางกลับกันผู้ช่วยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี จะมีความเครียดในการทำงานน้อยกว่าผู้ช่วยทันตแพทย์ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 5 ปี ด้วยความชำนาญในงานที่ทำและการเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ทำให้ความเครียดในการทำงานลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานมากกว่า 5 ปี จะมีความเครียดในการทำงานด้านความสงสัยในความเป็นมืออาชีพตนเอง (professional self-doubt) น้อยกว่าพยาบาลใหม่ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 2 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิจัยนี้ยังพบว่าการทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ขัดแย้งกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าจำนวนชั่วโมงการทำงานยิ่งมากจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตโดยเฉพาะด้านสุขภาพกายผ่านการพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เพียงพอ^{22,23} อย่างไรก็ตามพิจารณาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้ซึ่งครอบคลุมถึงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมรวมถึงภาวะเศรษฐกิจของผู้ช่วยทันตแพทย์ การทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมง หรือการทำงานล่วงเวลาจะช่วยให้ผู้ช่วยทันตแพทย์

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=370)

ปัจจัยด้านบุคคล	จำนวน (ร้อยละ)	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
เพศ		
หญิง	320 (86.5)	
ชาย	50 (13.5)	
อายุ (ปี)		27.8 (5.3)
18 - 27 ปี	243 (65.7)	
28 - 48 ปี	127 (34.3)	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	1 (0.3)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	23 (6.2)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	150 (40.5)	
หลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	83 (22.4)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	39 (10.5)	
ปริญญาตรี	74 (20.0)	
สถานภาพสมรส		
โสด	238 (64.3)	
อยู่ร่วมกันหรือสมรส	132 (35.7)	
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)		4.4 (3.5)
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี	346 (93.5)	
มากกว่า 5 ปี	18 (4.9)	
จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์		
จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์	49 (13.2)	
ไม่จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์	321 (86.8)	
ตำแหน่งงาน		
ผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำที่ช่วยงานเฉพาะทาง	219 (59.2)	
ผู้ช่วยทันตแพทย์ประจำที่ช่วยงานทันตกรรมทั่วไป	148 (40.0)	
ผู้ช่วยทันตแพทย์รายวันที่ช่วยงานเฉพาะทาง	3 (0.8)	
รายได้รวมต่อเดือน (บาท) (n=368)		17,458.1 (3,745.8)
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 19,000 บาท	286 (77.7)	
มากกว่า 19,000 บาท	82 (22.3)	
ภาระหนี้สินต่อเดือน (n=368)		
ไม่มีหนี้สิน	28 (7.6)	
มีหนี้สิน	340 (92.4)	
ระยะเวลาการทำงานต่อวัน (ชั่วโมง)		9.5 (0.7)
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมง	210 (56.8)	
มากกว่า 9 ชั่วโมง	160 (43.2)	
ขอบเขตการทำงาน		
ทำหน้าที่ผู้ช่วยทันตแพทย์อย่างเดียว	161 (43.5)	
ทำหน้าที่อื่นนอกเหนือจากผู้ช่วยทันตแพทย์	209 (56.5)	
สวัสดิการการทำงาน		
มี	370 (100.0)	
ไม่มี	0 (0.0)	

ตารางที่ 2 แสดงระดับความเครียดจากการทำงาน ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชน (n=370)

ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)
ความเครียด (วัดโดย SPST-20)	
น้อย	75 (20.3)
ปานกลาง	153 (41.3)
สูง	88 (23.8)
สูงมาก	54 (14.6)
ภาวะหมดไฟในการทำงาน	
ไม่มีภาวะหมดไฟ	358 (96.8)
มีภาวะหมดไฟ	12 (3.2)
คุณภาพชีวิต	
คุณภาพชีวิตโดยรวม	
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	10 (2.7)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	115 (31.1)
คุณภาพชีวิตระดับดี	245 (66.2)
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพร่างกาย	
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	0 (0.0)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	123 (33.2)
คุณภาพชีวิตระดับดี	247 (66.8)
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	11 (3.0)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	82 (22.1)
คุณภาพชีวิตระดับดี	277 (74.9)
คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม	
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	12 (3.2)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	89 (24.1)
คุณภาพชีวิตระดับดี	269 (72.7)
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	
คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี	21 (5.7)
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	169 (45.7)
คุณภาพชีวิตระดับดี	180 (48.6)

มีรายได้เพิ่มขึ้น และอาจส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ ทั้งนี้ยังต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมระหว่างความสัมพันธ์ของชั่วโมงการทำงานกับคุณภาพชีวิตของคนวัยทำงานในระดับอาชีพต่างๆ ในบริบทประเทศไทยในระยะข้างหน้า

ในขณะที่การสำเร็จหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมปลายและการมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งให้เห็นว่าผู้ช่วยทันตแพทย์บางส่วนมีคุณสมบัติสูงกว่าตำแหน่งงานในปัจจุบัน (perceived overqualification) หากพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างจะพบว่า ผู้ช่วยทันตแพทย์ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และไม่จำเป็นต้องสำเร็จหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ก็สามารถทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยทันตแพทย์ได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้าที่พบว่า หากคุณสมบัติของพนักงานสูงกว่าตำแหน่งงานในปัจจุบัน โดยเฉพาะตำแหน่งงานระดับไร้ฝีมือหรือกึ่งฝีมือ จะทำให้พนักงานขาดความพึงพอใจในงานที่ทำ²⁴ และกระทบต่อคุณภาพชีวิตอีกทอดหนึ่ง^{25,26}

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษา ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถหาความสัมพันธ์ของตัวแปรในเชิงสาเหตุ (causal relation) ได้ และการวิจัยนี้ทำการศึกษาเก็บข้อมูลแบบออนไลน์ผ่านการประชาสัมพันธ์ในช่องทางสื่อสังคมต่างๆ ซึ่งมีอคติในการเลือก (selection bias) ได้ อีกทั้งเป็นการเก็บข้อมูลเฉพาะผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกทันตกรรมเอกชนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร จึงไม่สามารถวางนัยยะทั่วไป (generalizability) สู่ความเครียด ภาวะหมดไฟ และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ในประเทศไทยได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการต่อยอดงานวิจัยในระยะข้างหน้า มีประเด็นที่น่าศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความพึงพอใจในงาน (job satisfaction) และการสนับสนุนทางสังคมที่อาจจะเป็นตัวแปรคั่นกลางระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและคุณภาพชีวิต นอกจากนี้หากศึกษาความเครียด ภาวะหมดไฟ และคุณภาพชีวิตโดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ช่วยทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนและคลินิกทันตกรรมของรัฐหรือโรงพยาบาลทั่วประเทศจะช่วยให้เข้าใจบริบทผู้ช่วยทันตแพทย์ได้ดียิ่งขึ้น

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (multiple linear regression) วิธี Stepwise เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานที่ส่งผลต่อความเครียด

ตัวแปรตาม: ความเครียดในการทำงาน	B	S.E.	t	p-value
การทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน (=1)	4.531	1.713	2.645	0.009*
ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี (=1)	-9.945	3.928	-2.532	0.012*
ค่าคงที่	42.637	4.821	8.844	<0.001*

*p<0.05

ตารางที่ 4 การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้น (multiple linear regression) วิธี Stepwise เพื่อดูความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต

ตัวแปรตาม: คุณภาพชีวิต	B	S.E.	t	p-value
การทำงานมากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน (=1)	8.298	1.731	4.793	<0.001*
จบหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ (=1)	-12.228	2.532	-4.829	<0.001*
ระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย (=1)	-6.964	1.854	-3.757	<0.001*
ประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี (=1)	-10.758	3.889	-2.766	0.006*
ค่าคงที่	120.508	5.539	5.539	<0.001*

*p<0.05

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย คลินิกทันตกรรมเอกชนควรมีการวางแผนและดำเนินมาตรการเกี่ยวกับการทำงานเพื่อลดความเครียด และเพิ่มพูนคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ช่วยทันตแพทย์ในอนาคต เช่น การปรับชั่วโมงการทำงานต่อวันให้เหมาะสมและเป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด การให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับประสบการณ์และคุณสมบัติของผู้ช่วยทันตแพทย์ เป็นต้น

สรุป

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ภาวะหมดไฟในการทำงาน และคุณภาพชีวิตของผู้ช่วยทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนที่ทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่าผู้ช่วยทันตแพทย์ในคลินิกทันตกรรมเอกชนส่วนใหญ่มีความเครียดระดับปานกลาง ไม่มีภาวะหมดไฟ และมีคุณภาพชีวิตในระดับดี ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ได้แก่ จำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน และการมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ในขณะที่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่

จำนวนชั่วโมงการทำงานที่มากกว่าหรือเท่ากับ 9 ชั่วโมงต่อวัน การมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี การสำเร็จหลักสูตรผู้ช่วยทันตแพทย์ ระดับการศึกษาสูงกว่าหรือเทียบเท่ามัธยมศึกษา นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าไม่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะหมดไฟในผู้ช่วยทันตแพทย์ที่ทำงานในคลินิกเอกชน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ช่วยทันตแพทย์ทุกท่านที่เป็นแรงบันดาลใจในการทำวิจัยในครั้งนี้ รวมทั้งคณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่กรุณาให้คำแนะนำตลอดงานวิจัย สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณผู้เข้าร่วมงานวิจัยทุกท่านที่สละเวลาในการทำแบบสอบถาม

ทุนสนับสนุนการศึกษา

ไม่ได้รับทุนสนับสนุน

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ภวิษา จิตสมานกุล: วางแผนการศึกษา การเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ; จิรดา ประสาทพรศิริโชค: วางแผนการศึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล การเขียนบทความ และการตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. Dental Council. Dental Council Statistics [Internet]. Bangkok: 2024 [cited 2024 Jul 4]. Available from: <https://dentalcouncil.or.th/Pages/Stat>
2. Bangkokbiznews. The Social Security Office clarifies that dental benefits are not inferior to those provided by other public health funds [Internet]. Bangkok: Bangkokbiznews; 2024 [cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/health/well-being/1111970>
3. Locker D. Work stress, Job satisfaction and emotional well-being among Canadian dental assistants. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996; 24(a): 133-7
4. Locker D, David B, Dan O. Work-related stress and its predictors among Canadian dental assistants. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17(S): 263-6
5. Uzil N, Meyerson J, Birenzweig Y, Elil L. Professional burnout and work stress among Israeli dental assistants. *Psychol Health Med* 2019; 24(1): 59-67.
6. Chen-Yi L, Ju-Hui W, Je-Kang D. Work stress and occupational burnout among dental staff in medical center. *J Dent Sci*. 2019; 14(3): 295-301.
7. Ronald O, Ruth F. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(1): 87-95.
8. Gómez-Polo C, Casado AMM, Montero J. Burnout syndrome in dentists: Work-related factors, *J Dent* 2022; 121:104143
9. Eun-Jung K, Young-A J, Seung-Ho B, Yoo Sang B. High level of burnout and depression in a population of senior dental student in school of dentistry in Korea. *J Dent Sci* 2021; 16(1): 65-70.
10. Bercasio LV, Rowe DJ, Yansane AI. Factors associated with burnout among dental hygienists in California. *J Dent Hyg* 2020; 94(6): 40-8.
11. Phichitdech N, Thamdee P. The work context in dental business and the health of private dentists. *Journal of Social Sciences and Humanities*. 2016; 42(2): 170-88.
12. Thammasiri P. Burnout in dental assistants in Songkhla Province. *Journal of Dental Public Health* 2021; 26: 24-36.
13. Jongkolsatit V. Stress among dental students at a private university. *Journal of Suddhiparitat* 2021; 35(4): 104-24.
14. Yamane T. Statistics: An introductory analysis. New York, NY: Harper & Row; 1973.
15. Mahatnirunkul S, Pumpaisanchai W, Tapanya, P. Development of the Suanprung stress test measurement model. *Suanprung Journal* 1997; 13: 1-20.
16. Kleepbua C, Suttiwan P. Development of a causal model of job burnout: Application of the job demands-resource model. [Master's thesis]. Chulalongkorn University, Faculty of Psychology Department of Industry Psychology; 2009
17. Mahatnirunkul S, Tuntipivatanaskul W, Pum-posanchai W. Comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF (26 items). *J Ment Health Thai* 1998; 5: 4-15
18. Yu H, Zhang Y, Panqi X, Xinglin F, Lifang Z, Fang W, Xiaoming L, Hua Z. The influence of long working hours, occupational stress, and well-being on depression among couriers in Zhejiang, China *Front Psychol* 2022; 13: 928928.
19. Wong K, Chan AHS, Ngan SC. The effect of long working hours and overtime on occupational health: a meta-analysis of evidence from 1998 to 2018. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(12): 2102.
20. Ochiai Y, Takahashi M, Matsuo T, et al. Characteristics of long working hours and subsequent psychological and physical responses: JNIOH cohort study. *Occup Environ Med* 2023; 80:304-11.
21. Humpel N, Caputi P. Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8(5):399-403.
22. von Bonsdorff MB, Strandberg A, von Bonsdorff M, Törmäkangas T, Pitkälä KH, Strandberg TE. Working hours and sleep duration in midlife as determinants of health-related quality of life among older businessmen. *Age Ageing* 2017;46(1):108-12.
23. Woo D, Lee Y, Park S. Associations among working hours, sleep duration, self-rated health, and health-related quality of life in Korean men. *Health Qual Life Outcomes* 2020;18(1):287.
24. Gkorezis P, Erdogan B, Xanthopoulou D, Bellou V. Implications of perceived overqualification for employee's close social ties: The moderating role of external organizational prestige. *J Vocat Behav* 2019; 115: 103335.
25. Gupta S, Garg M, Ahuja K. Quality of life as predicted by job satisfaction among employees. *Indian Journal of Mental Health* 2022; 9(1): 53-7.
26. Powdthavee N, Lekfuangfu WN, Wooden M. What's the good of education on our overall quality of life? A simultaneous equation model of education and life satisfaction for Australia. *J Behav Exp Econ* 2015; 54:10-21.

มุมมองและพฤติกรรมกรรมการปรับตัวของนักแสดงชายไทยที่มีต่อบทบาทการแสดง ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน แฟนคลับ และภาวะสุขภาพจิต

นลินี ยศไพบุลย์*, บุรณี กาญจนถวัลย์**, ทวี เชื้อสุวรรณทวิ***

*สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

***สถาบันราชสุดา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ ความหลากหลายทางเพศกำลังเป็นกระแสในตลาดปัจจุบัน โดยเฉพาะซีรีส์ชายรักชาย ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศส่งออกชั้นนำในอุตสาหกรรมนี้ ความนิยมนี้นำไปสู่การเปิดรับสมัครนักแสดงหน้าใหม่จำนวนมากเพื่อตอบสนองความต้องการที่เติบโตไประดับนานาชาติ

วิธีการศึกษา การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ดำเนินการกับนักแสดงซีรีส์ชายไทยจำนวน 18 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง โดยอาศัยการทบทวนวรรณกรรมซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 โดเมน ซึ่งจะนำไปวิเคราะห์ได้ถึงพฤติกรรมกรรมการปรับตัวที่มีต่อสถานการณ์ทั้งในด้านบวกและด้านลบ โดยข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกวิเคราะห์ความถี่เนื้อหา

ผลการศึกษา มุมมองการเป็นนักแสดงซีรีส์ชายเป็นไปในทางบวก ส่วนใหญ่คิดว่าการเป็นนักแสดงซีรีส์ชายจะช่วยสร้างชื่อเสียงและโอกาสมากมายในชีวิต สำหรับมุมมองของบทบาทการแสดง 72% กล่าวว่างานนี้ทำให้พวกเขารู้สึกถึงคุณค่าของตนเอง และการเป็นส่วนหนึ่งของซีรีส์ที่ประสบความสำเร็จทั่วโลก ในเรื่องของความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 28% กล่าวว่าได้รับการปฏิบัติจากเพื่อนนักแสดงหรือทีมงานไม่ดีเท่านักแสดงที่มีชื่อเสียง ในด้านแฟนคลับ 50% กล่าวว่า กลัวจะได้รับคำวิจารณ์ในทางลบ และถูกบังคับให้มีลักษณะตรงตามความคาดหวังของแฟน ในมุมมองจิตใจ 44% กล่าวว่าเผชิญหน้ากับความขัดแย้งในครอบครัว มีบุคลิกภาพลักษณะหลีกเลี่ยงปัญหา และเริ่มวางแผนอนาคตในอาชีพอื่น

สรุป งานวิจัยนี้ได้ค้นพบความสัมพันธ์ของการรับรู้ของนักแสดงซีรีส์ชายไทยที่มีต่อตัวตนของตนเอง พฤติกรรมการปรับตัวจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทจากบุคคลทั่วไปเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียง ความสับสนทางอัตลักษณ์ทางเพศจากบทบาทการแสดงในบท LGBTQ ในซีรีส์ชาย และความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และภาวะสุขภาพจิตของนักแสดง ในด้านความกังวลเกี่ยวกับการประเมินในเชิงลบ การจัดการกับความเครียด การสนับสนุนจากครอบครัว และแผนการสำหรับอนาคตของตนเอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีประสบการณ์ทั้งในเชิงบวกและเชิงลบต่อการทำงานในวงการนักแสดงซีรีส์ชาย

คำสำคัญ การปรับตัว ภาวะสุขภาพจิต นักแสดงซีรีส์ชาย

Perspective and Adaptive Behavior Toward acting Role, Peer Relationship, Fan Club and Mentality among Thai “Y” Genre Actors

Nalinee Yospaiboon*, Buranee Kanchanatawan**, Tavee Cheasuwantavee***

*Program in Mental Health, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

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

***Ratchasuda Institute, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

ABSTRACT

Objective: This research was therefore undertaken to study the perspectives and factors related to adapting behavior to acting roles, peer relationships, fan clubs, and mentality of Thai Y genre actors for benefit the adaptive behavior methods of the actors to positive and negative situations for good mental health.

Methods: This qualitative research was conducted in 18 Thai Y genre actors using a semi-structured in-depth interview, based on literature reviews which can separated in 5 domains which led to the actors' adaptive behavior to positive and negative situations. The collected data were analyzed via content analysis.

Results: Perspective of become a Y-series actor is mainly positive, mostly think it as an opportunity to be in this industry. For acting roles, 72% said this job made them felt value from fame and being part of successful series globally. Peer relationships, 28% been mistreated by co-actors or crew because they're in lower ranking. In fan clubs' aspect, 50% scared of being eyes on, must pretend being nice to match fans' expectation. In perspective of mentality, 44% have family dispute, have avoid any argument personality and start to plan their future in other occupation.

Conclusion: The correlation of Thai Y-genre actors' perception towards self, adaptive behavior from role transition from ordinary person to famous person, the gender identity confusion from Y-genre acting role and peer relationship and actors' mentality such as fear of negative evaluation, stress management, family supportive system and their future was discovered in this research. The research participants have experiences both positive and negative which impact on their mental health in the Y-genre industry environment.

Keyword: adaptive behavior, mentality, Y-genre actors

Corresponding author: Buranee Kanchanatawan

E-mail: drburanee@gmail.com

Received 8 June 2024 Revised 12 July 2024 Accepted 15 July 2024

INTRODUCTION

Nowadays, Thai society is open with preferences and self-expression more widely. With an idea that people are free to be yourself, the emergence of LGBTQ+ content which was called in Thailand and Asia region as Y-series, Y stands for Yaoi in Japanese, which is the genre of homoerotic relationship between male characters fictional media created by women for women.

The LGBTQ+ contents began to emerge in the Thai film industry through media releases in 1990s. Initially, in the early period, these portrayals were participated in supporting character for satirical comedy purpose. These characters were typically used to subtly critique or satirize negative stereotypes associated with men who openly expressed their sexual orientation as lustful or flirtatious individuals.¹

In 2016, “Sotus the Series, the famous Y-genre fiction was developed to series platform, the fame from fiction society and series society had made the view count more than 100 million view on Line TV.²

In 2020, GMMTV aired “2gether The Series” This 13-episode series was success locally and globally for both two lead actors. The success of Y-genre series had made the producer launch the “Still 2gether The Series” and “2gether The Movie” which won the “Most Popular Thai Film of 2021” of 30th Thailand National Film Association Awards, the special prize that was 100% public fan voting.

Another outburst international success of Y-genre series was in 2022, “Kinnporsche The Series” was ranked in Iqiyi’s top steaming chart for 191 areas, was in number 1 global Twitter’s ranking and was ranked in China’s Weibo platform all episodes. International press such as The Straits Times, Teen Vogue, Rolling Stones India published the article of actors and the success of the series. All the main actors were famous enough to have World tour in Bangkok, Taipei, Singapore, Soul, Manila and Hongkong which can be acknowledge that Thai Y-genre series and actors had become the new key of exported industry of Thailand.³

In addition, the role transition from an ordinary people to famous person which everyone keeps an eye on and interested in private life. From research on the pressure of actors on fans’ expectations created the stress that actors must behave in a good manner, be good-natured, always pleased fans and investors for future works. With high competition and sleep deprivation, forcefully pleasing fans for online reputation bursting caused stress or pressure to actors.^{2,4}

Fans’ affection for actors can range from the level of liking to passion and fanaticism, called ‘Idolatry’, which is admiration, and dreaming of the actors’ goodness which can overlook the actors’ small mistakes. They happy to support the actors, show intimacy to have a fulfilling relationship. To ‘Idealize’ is to expect that person to be according to our ideals, where actors should be a good example, unable to make slightest mistakes. Negative news can be spread through social media quickly which may become cyberbullying. The negative news will affect the actor’s career, such as being removed from being a presenter or layoff of the series. The pressure of fan’s expectation had become one of actors’ biggest concern for their future career plan.⁵

There is no study in Thailand and international on the Y-genre actors’ view directly. Hence, this study focuses on the perception and adaptive behavior which caused to actors in LGBTQ+ acting role, peer relationship, fans’ support, and actors’ mentality which there are high possibility that it may be different when compared to the perception of male actors due to the LGBTQ+ acting role context and Y-genre society.

METHODS

In this qualitative study, 18 Thai Y genre actors were recruited by criterion sampling until data saturation, by sending the invitation to actor managers or agencies in Bangkok metropolitan region after the interviews, actors introduced another Y genre actors who’s in the inclusion criteria. The inclusion criteria for Y genre actors were gender male actors who aged between 18 - 35 years old, have an experience in movies, musicals, short films in

LGBTQ+ roles and at least 1 - 5 years of published performances. The exclusion criterion was unwillingness to participate in the study. The purposive sampling was used to select subjects from current Y genre actors in the market.

The semi-structured in-depth interview questionnaire was developed by the researcher based on literature reviews. The questionnaire contained 5 domains in 15 questions as in Table 1. Three actors participated in a pilot study to test the reliability and were asked to give feedback on clarity and relevance. They found the questions was relevant to the topic, and clearly understood the questions and the purpose of the study.

The permission for conducting the study was given by the Head of the Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University (COA-0612/2023), after the study protocol was approved by the Institutional Review Board. The participants were selected according to the inclusion criteria and were given

a written and verbal explanation for the study and ethical consideration. They agreed to participate in the study, and the researcher made an appointment with the participants. All interviews were conducted in Thai, face-to-face interview or video online interview by participants' choices and were audio-recorded for verbatim transcription. All interviews lasted, on average, 150 minutes. The interview was managed by a researcher, who holds a degree in Communication Arts, specializing in Advertising and Film and has experience interviewing executives and news media in the entertainment industry spanning over 10 years. While data analysis was conducted along with a psychiatrist and a PhD who skilled in qualitative research.

All transcriptions and data analysis were performed in Thai and were later translated into English by the researcher for the purpose of this paper. The translation was discussed and proofread for accuracy by a native Thai translator and a native English speaker.

TABLE 1 Semi-structured in-depth interview questions categorized into 5 main themes.

Theme	Questions
Becoming an actor	The reasons why joining the entertainment industry? The correlation of first work in entertainment and how to get a role? The beginning of being part in Y-series? The income of acting roles? Benefit and disadvantage of an actor in entertainment agency or freelance actor?
Acting role	How does the Y-character role you are given affected your perception of yourself? How does the Y- character role you are given affected the perception of those close to you (family, loved one, relatives, friends, and society)
Peer relationship	How does the relationship with the crew members, on-set actors affected to work?
Fan clubs	What does fanbase club affected to your self-perception? The consequences of fan clubs' expectation on actors' real-life identities affect their lives?
Mentality	Family relationship and supportive system? Dignity of being an actor considered by correlation of dream job and education Adaptive behavior for the role transition? When encountering problems or uncomfortable events, do you understand the cause of the problems. and how to solve that problem? What have you learned from working on set with crew members? How has it affected your self-perception? Your future's plan?

RESULTS

This study was conducted in 18 Thai Y-genre participated actors were male, ages ranged between 22 - 33 years old; 10 of them were male in gender identity, 6 of them were LGBTQ+, and 2 of them were no answer. In relationship factor, 7 of them were in relationship, and 11 of them were single. The number of years of experience as an actor ranged from 1 to 13 years; 1 - 5 years has 8 persons; 5 - 10 years has 6 persons and over 10 years has 4 persons.

After the interview, the collected data were analyzed via content analysis which can separated in 5 domains which leaded to the actors' adaptive behavior to positive and negative situations i.e., becoming the actor, acting role, peer relationship, fan clubs and mentality. The table will show the result of answers' frequency and content.

The results show becoming the actor aspect, the participants mentioned that becoming a celebrity has increased self-worth. For the financial aspect, participants who say their income is insufficient for living, these actors do not consider themselves top ranking actors or well-known in Y-genre series market.

Acting role: the majority has positive self-perception such as acknowledged the value in life by being part of success works, gain more self-esteem, made high rate of money for self and family while some has negative perception being labeled as Y-genre actors.

Peer relationship: majority has positive perception on relationship with co-actors or crew members as they in the same age and gender while some has been treated differently by fame or ranking.

Fanclubs: majority acknowledged the benefit on having the fan club or fanbase group as it is win-win situation between actors and fans. For fans' expectation. Some were stressed by been judged their gender identity from their acting role and be treated sexual harassment from fans or others.

Mentality: Family supportive system is the main issue for self-value or stress management, half has negative behavior as they felt losing personal space, been criticized created stress in life, keep character to please fans and investors, made them feel uncomfortable and questions their value in life and been forced to hide their private for good reputation.

TABLE 2 Summarized data analysis divided into each question and themes.

Becoming an actor	
Question	Keyword and quotation
The reasons why joining the entertainment industry?	17% do it for money, while 39% has passion in acting, dreamed on working in the entertainment industry. 44% had been scouted by agency from their character or appearance ID1: The one who is on the TV must be a rich, famous, successful person, I want to be in one day. ID15: My family worked as crew member in this industry, I saw my dad as my idol, I want to be part in this industry. ID4: I was scouted by agency during my university, I studied in science field, so entertainment industry is so unreal, I'll try it.
The correlation of first work in entertainment and how to get a role?	44% start with advertisement while 22% did the musical or short film. 28% start first role in Y-series (28%) and 6% start with normal drama ID9: I saw the casting crew at Siam Square for Y-series that was originated by famous novel, I was drawn to try it and luckily, I've got selected, after this series I gained fame and fans to continue my Y-series journey onwards

TABLE 2 Summarized data analysis divided into each question and themes. (con.)

Becoming an actor	
Question	Keyword and quotation
The beginning be part in Y-series?	All mentioned that it's an opportunity to be actor in Thai entertainment industry, never concern whether it's LGBTQ+ role. 17% chose to play in LGBTQ+ role for support LGBTQ+ society, 39% believed a good actor should be able to perform any roles while another 17% have famous Thai Y-series actors as role models
The income of acting roles? Benefit and disadvantage of an actor in entertainment agency or freelance actor?	50% of the acting role income is fulfilled in daily life while the others 50% said income is not enough, plan for second job to support daily life and family such as be a business owner or a production crew ID3: Income from acting is not enough for my daily life, if you are not the main character or not in the high ranking, you will not get high paid. Income came from event or presenter contract. Be nice, do the fan service with partner to draw attention on social media, so the investor will see you in sight for consideration.
Acting role	
How does the Y-character role you are given affected your perception of yourself?	72% has positive self-perception while 28% has negative perception in self-identity and value ID5: I studied in acting performance, so I don't like Y-genre series, they focus on the appearance of the characters and fan service. As a person who graduated on performance, I want to work in the real art performing society.
How does the Y- character role you are given affected the perception of those close to you	83% admired actors as a successful person who can be part of the movies and gain popularity globally while 17%, they looked down on actors who play love scene with men and been questioned about actors' gender identity and been insulted by older generation who don't understand diversity in society ID8: Friends mocked me on playing love scenes, I've got sexual harassment from my role partners, it's out of agreement at some points. People assumed that I'm okay with sexual situation, but I am not. I've been sexual abuse from my co-actors, crews or even fans.
Peer relationship	
How does the relationship with the crew members, on-set actors affected to work?	72% have good relationship with crew members and on-set actors, as they in the same age and gender, so actors felt comfortable to talk to while another 28% have been treated by fame or ranking, if you are in lower rank, you will get lower allowance and be treated differently ID6: For crew members, some are treated actors by fame or ranking, if you are in high rank, they will be treated nicely and give extra allowance. Even among on-set actors, if you are in lower ranking, some actors will not want to be associated with.

TABLE 2 Summarized data analysis divided into each question and themes. (con.)

Becoming an actor	
Question	Keyword and quotation
Fan clubs	
What does fanbase club affected to your self-perception?	83% felt delightful on having the fanbase club, admired all the activities or projects that fans created on social media which will be affected to the actors' future works while another 17% happy with fans support but didn't want fans to judge personal life which create stress in actors ID14: fans always want me to treat her exclusively, sometimes I play along with their requests, but end up causing drama among fans. The issue was big I must stop use social media for a while.
The consequences of fan clubs' expectation on actors' real-life identities affect their lives?	50% didn't worry about fans expectation, even if fans brought up rumors or behaviors, they excepted their actions, while the others scared of being eyes on all the time, must pretend being nice to match fans' expectation. Some were stressed by been judged their gender identity from their acting role and be treated sexual harassment from fans or others. ID13: When I play LGBTQ+ role, fans assumed my gender by my character. I can't be myself; I can't have a girlfriend. I felt stress to pretend to keep character to satisfied what fans' want.
Mentality	
Family relationship and supportive system?	56% has friends and family who can be supportive system to the actors while 44% said family are not their supportive system for them if they are facing issue ID12: I don't want anyone to know that I'm facing issues, I don't want them to think I'm a loser. I don't have a friend who I can trust and rely on like that
Dignity of being an actor considered by correlation of dream job and education	39% family supported to study in entertainment industry related faculties, they open to any future that actors wish for while another 33% said family didn't agree for entertainment path but admitted opportunity for actors try on. 28% mentioned family strongly disagree for entertainment path, actors fought with family to become actor when they in university admission ID2: When I was a kid, I would like to become food scientist as my dad wants me to work in science field, it's a Thai norm. But when I went to see musical, I have a passion and decided to fight with my dad so I can study in performing arts. My relationship with parent isn't good after that day
Adaptive behavior for the role transition?	50 % has positive perception while the others have negative perception on losing personal space, criticism which leads to questions in self-worth ID10: I'm stress as I don't know whether my behaviors will be affected to someone or not, I'm trying to keep character to maintain the fame, but it just stresses me out, it wasn't me at all, I felt like I must pretend to be someone, and it did cause drama. I must stop use social media to avoid criticism from fans and anti-fans for a while, do some meditate to sort it out.

TABLE 2 Summarized data analysis divided into each question and themes. (con.)

Becoming an actor	
Question	Keyword and quotation
When encountering problems, understand the cause of the problems?	44% handle it by take a break to analysis the situation and find the best solution, when facing problems, always confront problems directly while the others change attitude on problems, internal problem solving ID11: When I am facing drama on social media, I admitted that issue has occurred, and no one will save me. No one want to be involved on this. No matter what I did to solve this issue, but nothing helps. I do wish someone will step up to help me out but I'm on my own. I must deal with it myself.
What you learned from working with crew members? How does it affect your self-perception?	33% learned quick adaptive behavior to work with many types of people (33%) while 22% gain good connection in high societies which create an opportunity in future business or career path. 44% strongly affirm on social skills ID17: I learned how to manage emotional or self-control as people keep an eye on me, it's undeniable to avoid criticism and I also learned about social skills; how to deal with people which other occupation might be unable to teach me this way.
Your future?	56% continue in entertainment industry whether be an actor, film director or scriptwriter while another 44% change to be a business owner or work in graduated field such as be a marketer. Averaged age to moves to do business is 35 years old. ID18: I want to work in acting field. In the future if I can play in normal roles (non-Y genre movies) I would love to try it. If I'm too old to play, I might be an acting coach. ID16: I'm planning to create supplement brand, not only that I'll open my own restaurant café, expected to open next year. I know that Y-genre actor job is a short-term job, when I'm over 35 years old, I will quit and run business only.

Discussion

According to the growth number of Thai Y genre entertainment industry since 2014, The success of this industry globally had elevated the demand of the new Y-genre actors, without the preparation of the actor's mental health care who indeed facing role transition from ordinary person to a famous super star.

There was no study about the actors who specifically played the LGBTQ+ role about their role transition, their stress of negative evaluation from others in both work life and private life before. There was news informed that the Korean superstars become MDD due to the high expectation from fans and investors which cause them stress management issue, and some were committed suicide⁶⁻⁸

Actors' perception on Y-genre series, all willing to be part of this industry as Thailand is the top rank of biggest Y-genre entertainment internationally, they didn't concern their gender identity confusion themselves. They prefer to support LGBTQ+ pride because current global trend while some are LGBTQ+ himself. In income aspect, lower ranking actors need to have second jobs such as have their own business or work in the graduated field job to be sufficient their personal life. This group is often financially motivated and the decision to join the entertainment industry is influenced by family economic status or family relationships.

For acting role aspect, some concerned being labelled as Y-genre actor is not a good reputation for acting career as Y-genre series mostly focused on sex scene

but not acting skills which will reduce their future acting opportunity.⁹ While closed one's perspective on LGBTQ+ role, actors received negative commentary which led actors to have negative feeling on LGBTQ+ and cause the gender identity frustration and were traumatized by filming intense roles to actors

For peer relationship aspect, for those actors who felt comfortable with co-actors, are mostly in the higher-ranking actors on Y-genre market. While those who felt left out, has been treated from crew members or even co-actors obviously different are in lower ranking. which cause stress and have negative feeling toward Y-genre entertainment.¹⁰

The stress of fans' expectation toward actors caused by forcing themselves to please fans and investors will offer future works. Actors must keep character role even in private life for fans' satisfaction.¹ Besides, people assumed actors are LGBTQ+ or willing to play sex scenes which caused sexual assaults both verbally and physically from co-workers, casting team or even fans. Some admitted their medical history as MDD or PTSD when compared to normal actors, The intensity of fans' expectation is higher as for fans' perception, actors unable to have girlfriend.¹¹⁻¹³

Mentality aspect, Actors who has family dispute in gender identity issue or occupation's choice, playing sex scene with men lead to MDD and was treated by therapist at present.^{10,12}

The adaptive behavior from role transition, losing private life, unable to handle fans expectation as they only accept relationship with role partner. Live a life under spotlight cause them losing self-identity and question about their life value.

For future aspect, same as income aspect, high ranking actors will continue in acting field as they see opportunity in acting career while lower ranking actors decided to own business such as wellness clinic, restaurants, or product branding, while some have their second job such as film crew, choreographer, or work in graduated field such as marketer or branding consultant along with working as an actor. Because received good

connection while work as actor, they acknowledge this benefit and will use fans support and this connection to expand their opportunity to pursue the happiness in life later.

Limitations of the Study

The study delves into the perspectives, feelings towards work, and the public image of actors. Some interview questions touch on sensitive topics such as experiences of sexual abuse or income related to their profession, requiring cautious research methodology and participants confidential.

Suggestions for Further Study

Study mental health of actors who play heterosexual roles in normal dramas (male-female), exploring their thoughts and perceptions in a society where sexual diversity is accepted as normal, enhancing understanding different from the current Thai Y-genre series.

CONCLUSION

The perception of Thai Y-genre actors towards self, adaptive behavior from role transition from ordinary person to famous person, the gender identity confusion from Y-genre acting role and peer relationship and actors' mentality such as fear of negative evaluation, stress management, family supportive system and their future. The research participants have experiences both positive and negative which impact on their mental health in the Y-genre industry environment.

Acknowledgements

The authors would like to thank Professor Buranee Kanchanatawan, M.D. and Ph.D. Tavee Cheasuwantavee, Ph.D. for the advice and guidance on writing this paper. No funding agencies on this research.

Conflict of interest

The authors, hereby, declare no conflict of interest.

Authors' contributions

This qualitative research, the author (Nalinee Yospaiboon) responsible from research design, literary reviews, conduct method design, interview the participants, data analysis and write the manuscript. With the advice from co-responding authors (Buranee Kanchanatawan) about the article revision and literary review suggestions, due to the actors, this group of the participants has never been in any research either international journal or local one before which cause the literary review unable to find the peer reviewed journals. In addition, with a qualitative research related advice from another co-responding author (Tavee Cheasuwantavee) who is the qualitative research specialist. With all the advice from them, had made this manuscript accomplished smoothly.

REFERENCES

1. Singhakowinta J. Media's stigmatization: reproduction of gay myths in Thai society. *Lcjournal* 2013;18(20):64-76.
2. Wongphudee P. The stress from being a public person [Internet]. *Thai Rath*; 2020 [cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://www.thairath.co.th/entertain/news/1161410>.
3. Ajkumanus V. Why everyone loves KinnPorsche The Series?: success of the first Thai mafia Y-genre [Internet]. *The Standard*; 2022 [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://thestandard.co/kinnporsche-the-series-3/>
4. Patitanon A. Relationships among trait anxiety, fear of negative evaluation, flow, acceptance, and theatre performance anxiety in theatre actors [Dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn university; 2020.
5. Chavanovanich J. Are we over-expecting to famous people? [Internet]. *GQ Thailand*; 2021 [cited 2023 May 5]. Available from: <https://www.gqthailand.com/views/article/are-we-expecting-too-much-from-famous-people>.
6. Kil S. Korean actress Jeon Mi-seon dead in apparent suicide [Internet]. *Variety*; 2019 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://variety.com/2019/film/asia/korea-actress-jeon-mi-seon-dies-dead-in-apparent-suicide-1203256390/>.
7. Dae-O K. I have reported on 30 Korean celebrity suicides. The blame game never changes [Internet]. *The Guardian*; 2020 [cited 2023 Nov 24]. Available from: <https://www.theguardian.com/music/2020jan/04/i-have-reported-on-30-korean-celebrity-suicides-the-blame-game-never-changes>
8. Seo Y, Subramaniam T. Death of 'Parasite' star puts spotlight on pressures facing South Korean celebrities [Internet]. *CNN*; 2023 [cited 2023 Nov 24]. Available from: <https://edition.cnn.com/2023/12/29/asia/lee-sun-kyun-death-south-korea-celebrity-losses-analysis-intl-hnk/index.html#:~:text=In%20December%202017%2C%20superstar%20Kim,25%20in%20an%20apparent%20suicide>.
9. Lonlarm S, Suthiwan P, Pornprasertmanit S. Relationship between anxiety personality, optimism, and self-esteem of university students. *J Health Res* 2008;22(2):91-6.
10. Rattanananee N, Jadasadalog V. The influence of perceived organizational support, supervisor support and colleagues support on the organization citizenship behavior: a case study of Cho Thavee public company limited. *J SocHu UBU* 2019;10 (2):275-99.
11. Suptananan S. The expectations of fans toward the idol artist's political communication [dissertation]. Bangkok: Thammasat University; 2020.
12. Kindelan K. 'Game of Thrones' star Sophie Turner reveals battle with depression, social media critics [Internet]. *ABC News*; 2019 [cited 2024 Mar 17]. Available from: <https://abcnews.go.com/GMA/Culture/game-thrones-star-sophie-turner-reveals-battle-depression/story?id=62453220>.
13. Altshul S. 15 celebrities who are living well with depression [Internet]. *Everyday Health*; 2023 [cited 2024 Apr 3]. Available from: <https://www.everydayhealth.com/pictures/celebrities-who-have-experienced-depression/>.

รูปแบบการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวช รายใหม่เปรียบเทียบกับระหว่างก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 ของโรงพยาบาลสวนปรุง

ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง*, ลัทธิมา คำสอ*, น้าฝน ปิยะตระกูล**, เรวดี เจนร่วมจิต*

*ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสวนปรุง

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบรูปแบบการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และยาต้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ของ โรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมถึงศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบ การสั่งจ่ายยา

วิธีการศึกษา รูปแบบการศึกษาแบบย้อนหลัง (retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และ เวชระเบียนของผู้ป่วยที่มีการบันทึกข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ที่เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ logistic regression, independent t-test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษา ผู้ป่วยจำนวน 15,596 คน แบ่งเป็นก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จำนวน 8,663 คน และ 6,933 ตามลำดับ พบว่าความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของ เชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.15 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 1.03-1.29, $P=0.010$) เมื่อปรับค่าที่ได้ด้วยปัจจัยที่มีผลพบว่า ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนเพิ่มขึ้นเป็น 1.21 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 1.12-1.30, $P<0.001$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาด้านเศร้า เพิ่มขึ้นเป็น 1.04 เท่า แต่ไม่มี นัยสำคัญทางสถิติ (95%CI 0.95-1.13, $P=0.397$) ขนาดยาที่ได้รับต่อวันพบว่าลดลงเมื่อเทียบกับในช่วงก่อนการแพร่ระบาด ของเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$)

สรุป การสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีความชุกเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาด โดยเฉพาะความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน ซึ่งอาจเป็นผลมาจากสัดส่วนของ จำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยโรคจิตเวชเพิ่มขึ้นหลังสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างไรก็ตามพบว่าขนาดยา ที่ได้รับต่อวันในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ลดลง โดยข้อมูลรูปแบบการสั่งจ่ายยาเหล่านี้จะช่วยให้การวางแผน ระบบยาในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อรองรับความต้องการของผู้มารับบริการและการบริหารเภสัชกรรมในกรณีเกิดสถานการณ์ แพร่ระบาดของโรคต่อไป

คำสำคัญ รูปแบบการสั่งจ่ายยา ยาเบนโซไดอะซีปีน ยาด้านเศร้า โรคจิตเวช โควิด-19

Corresponding author: เรวดี เจนร่วมจิต

ภาควิชาบริบาลเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

E-mail: rewadee.w@cmu.ac.th

วันรับ : 15 มกราคม 2567 วันแก้ไข : 4 เมษายน 2567 วันตอบรับ : 11 มิถุนายน 2567

Comparison of Benzodiazepines and Antidepressants Prescribing Pattern among New Psychiatric Outpatients before and after the COVID-19 Pandemic in Suanprung Psychiatric Hospital

Kwanjira Sridaorueang*, Lutthalima Kumsor*, Namfon Piyatrakul**, Rewadee Jenraumjit*

*Department of Pharmaceutical Care, Faculty of Pharmacy, Chiang Mai University

**Department of Pharmacy, Suanprung Psychiatric Hospital

ABSTRACT

Objective: To compare medication prescribing patterns of benzodiazepines and antidepressants among new psychiatric outpatients at Suanprung Psychiatric Hospital before and after the COVID-19 pandemic, and to investigate factors that influenced medication prescribing patterns.

Methods: A retrospective cohort study was conducted using the electronic database and medical record form between March 2018 and February 2022. The population was new psychiatric outpatients receiving services at Suanprung Psychiatric Hospital. The logistic regression, independent t-test, and Fisher's exact test were used for statistical analysis.

Results: The participants consisted of 15,596 people with 8,663 classified as "Pre-COVID-19" group and 6,933 as "Post-COVID-19" group. Prevalence of benzodiazepines and/or antidepressants prescribed were at a higher rate in the "Post-COVID-19 Pandemic" group than in the "Pre-COVID-19" group (OR, 1.15 [95% CI, 1.03-1.29]; $P=0.010$). When adjusting the covariates factors, it was found, the prevalence of benzodiazepines prescribing increased significantly (OR, 1.21 [95% CI, 1.12-1.30]; $P<0.001$), while the prevalence of benzodiazepines prescribing increased significantly of antidepressants prescribing increased non-significantly (OR, 1.04 [95% CI, 0.95-1.13]; $P=0.397$).

Conclusion: Prescriptions for benzodiazepines and/or antidepressants was increasing in prevalence in the "Post- COVID-19" compared to "Pre-COVID-19", particularly for benzodiazepines. This may be a result of the proportion of patients diagnosed with anxiety disorders increasing after the COVID-19 pandemic. In contrast, the dose per day decreased in the "Post-COVID-19". In the case of a pandemic, drug prescribing patterns will be useful in designing the drug management system in psychiatric hospitals to meet emergency services and pharmaceutical care needs.

Keywords: prescribing patterns, benzodiazepines, antidepressants, psychiatric disorder, COVID-19

Corresponding author: Rewadee Jenraumjit

E-mail: rewadee.w@cmu.ac.th

Received 15 January 2024 Revised 4 April 2024 Accepted 11 June 2024

บทนำ

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ถือเป็นการระบาดใหญ่ (pandemic) ของมนุษยชาติ และส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพเล็กน้อยไปจนถึงรุนแรง ซึ่งโดยทั่วไปที่พบจะเป็นอาการทางระบบทางเดินหายใจ เช่น ไข้ ไอ และหายใจ¹ แต่กลุ่มที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วม เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง หรือโรคมะเร็ง อาจพบอาการอื่นๆ ที่ไม่ใช่ระบบทางเดินหายใจ และมีการดำเนินไปของโรคที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิต² ซึ่งการแพร่ระบาดนั้นนอกจากจะสร้างความหวาดกลัวต่อประชาชนเพราะเกิดความกังวลว่าจะติดเชื้อแล้ว³ การดำเนินชีวิตประจำวันก็มีความจำเป็นที่จะต้องปรับเปลี่ยนไปตามนโยบายและมาตรการต่างๆ ของประเทศ เพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค หรือที่เรียกว่าเป็นชีวิตวิถีใหม่ (new normal)⁴ และนอกจากนี้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของประเทศซึ่งกระทบต่ออาชีพและการทำงานของประชาชนอีกด้วย⁵ ดังนั้นสถานการณ์นี้จึงเป็นสถานการณ์ที่ค่อนข้างส่งผลกระทบต่อความวิตกกังวลและความเครียดของประชาชน เพราะเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้มีการคาดการณ์ล่วงหน้าและไม่มีความแน่นอน⁶

การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สัมพันธ์กับความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล⁷ และการศึกษาของ Michael และคณะ ได้ทำการศึกษาร่วมเปรียบเทียบการส่งจ่ายยาช่วงก่อนและภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดาพบว่าภายหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาที่ทำการเปรียบเทียบความชุกของการส่งจ่ายยาทั้งสองกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษารูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ระหว่างก่อนการแพร่ระบาดและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยมีสมมติฐานคือ การส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้าน่าจะเพิ่มขึ้นหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลวางแผนระบบยาในโรงพยาบาล และวางแผนการบริหารทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมในกรณีเกิดสถานการณ์แพร่ระบาดใหญ่ระดับชาติต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาและประชากร

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาตามแผนแบบย้อนหลัง

(retrospective cohort study) โดยติดตามเป็นระยะเวลาทั้งหมด 4 ปี แบ่งเป็นช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563) 2 ปี และหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (เดือนมีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565) 2 ปี

กลุ่มประชากรที่ศึกษา (population) ได้แก่ ผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และเข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาลสวนปรุง ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ข้อมูลการใช้ยาไม่ครบถ้วน จำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาคือเป็นไปตามแผนภูมิที่ 1

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสวนปรุง (เลขที่โครงการวิจัย: SPH.IRB002/2565SCs_Exp วันที่ได้รับการรับรอง: 5 สิงหาคม 2565)

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

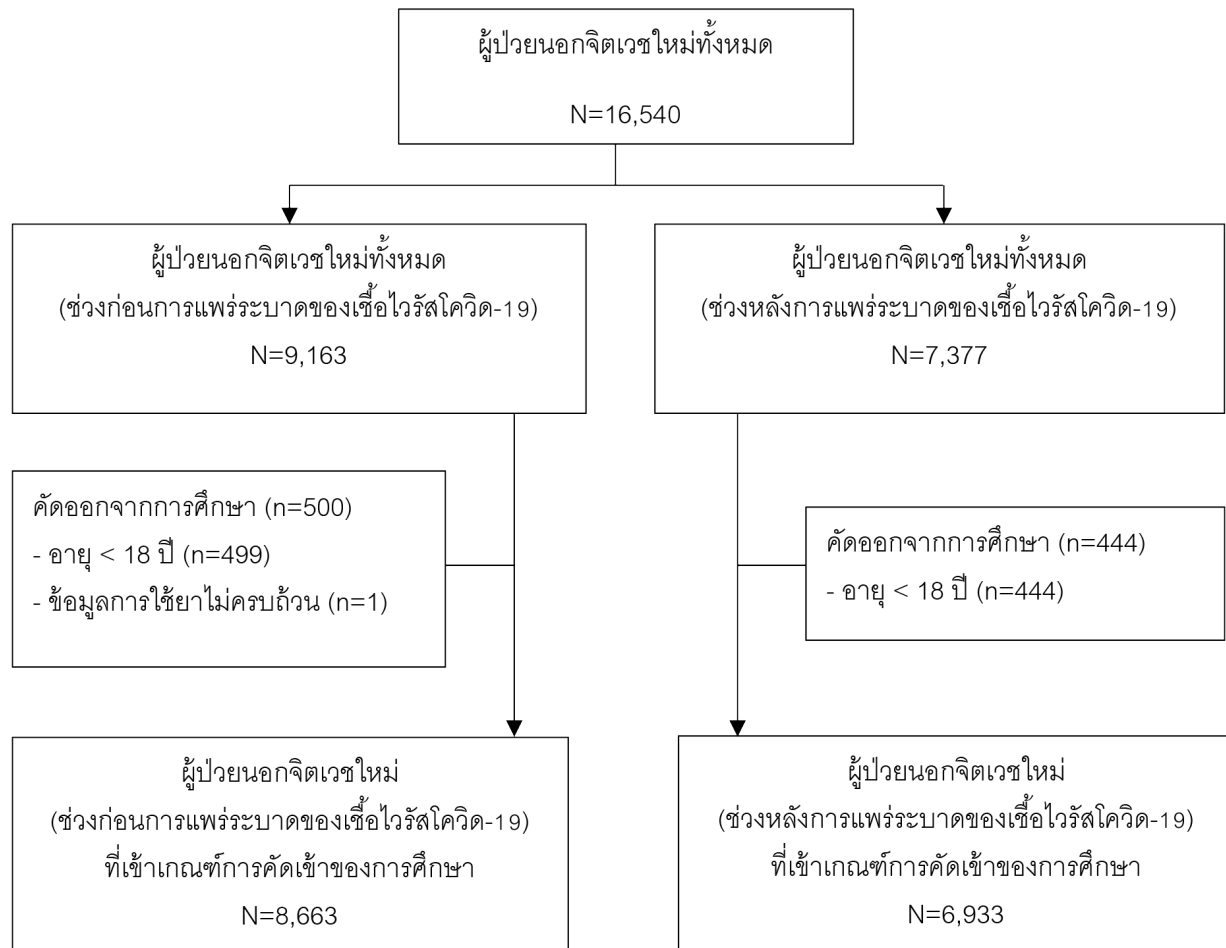
ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Microsoft Excel ที่มีการกำหนดรหัสผ่านที่เป็นความลับเฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นซึ่งแบบบันทึกในโปรแกรมประกอบด้วย แบบบันทึกลักษณะพื้นฐานของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง และแบบบันทึกรูปแบบการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้า

ผลลัพธ์และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

ผลลัพธ์หลัก ได้แก่ สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า เทียบกับความชุกของการไม่ได้ส่งจ่ายยาในกลุ่มดังกล่าว

ผลลัพธ์รอง ได้แก่ ขนาดยา และปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อรูปแบบการส่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีนและยาด้านเศร้า ในผู้ป่วยนอกจิตเวชรายใหม่จะใช้ fisher's exact test ในการวิเคราะห์ตัวแปรแบบแจกแจงสำหรับตัวแปรต่อเนื่องจะใช้ independent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติจะถูกแบ่งออกเป็นผลลัพธ์หลักและผลลัพธ์รอง และตัวแปรในการวิเคราะห์ประกอบด้วยตัวแปรแบบต่อเนื่อง (continuous variable) และตัวแปรแบบแจกแจง (categorical variable) โดยซอฟต์แวร์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ Stata/IC 14.0 สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาแต่ละกลุ่มจะใช้ logistic regression เพื่อเปรียบเทียบ odd ratio (OR) ของช่วงหลังเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยใช้



แผนภูมิที่ 1 แสดงการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

univariable logistic regression สำหรับ crude OR และ multivariable logistic regression สำหรับ adjusted OR ค่าเฉลี่ยของขนาดยาที่ได้รับต่อวัน (มิลลิกรัม/วัน) จะใช้ independent t-test สำหรับวิเคราะห์ความแตกต่างของช่วงหลังเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กำหนดให้ $P \text{ value} < 0.05$ เป็นค่าที่กำหนดถึงนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษา

ลักษณะพื้นฐานของประชากร

จากข้อมูลลักษณะพื้นฐานประชากรพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างลักษณะพื้นฐานของประชากรช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ส่วนลักษณะพื้นฐานที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($P < 0.05$) ได้แก่ โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา โดยโรคที่มีสัดส่วนในกลุ่มประชากรเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า ดังแสดงในตารางที่ 1

รูปแบบการสั่งจ่ายยา

สัดส่วนของความชุกที่ผู้ป่วยนอกจิตเวชรับใหม่ได้รับกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า

ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.21 เท่า (95%CI, 1.01-1.34; $P < 0.001$)

ความชุกของการสั่งจ่ายยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.23 เท่า (95%CI, 1.14-1.32; $P < 0.001$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาต้านเศร้าในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.05 เท่า (95%CI, 0.98-1.12; $P = 0.179$)

เมื่อทำการปรับค่าที่ได้ด้วยปัจจัยโรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา พบว่าผลลัพธ์คล้ายคลึงกับ

ก่อนปรับค่า กล่าวคือความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.15 เท่า (95%CI, 1.03-1.29; $P=0.10$) และความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.21 เท่า (95%CI, 1.12-1.30; $P<0.001$) ส่วนความชุกการสั่งจ่ายยาต้านเศร้าในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้นกว่าความชุกในช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็น 1.04 เท่า (95%CI, 0.95-1.13; $P=0.397$) ดังแสดงใน **ตารางที่ 2**

สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีการเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในช่วงที่มีเริ่มมีการแพร่ระบาดไปจนถึงช่วงที่มีอัตราการระบาดสูงสุด ซึ่งคือช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 จนถึงต้นปี พ.ศ. 2563 และสัดส่วนความชุกค่อยๆ ลดลงตามระยะเวลาที่การแพร่ระบาดดำเนินไป ดังแสดงใน **แผนภูมิที่ 2**

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา

จากการวิเคราะห์ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับต่อวัน (มิลลิกรัม/วัน) จะเห็นได้ว่ายาส่วนใหญ่มีแนวโน้มของขนาดยาที่ได้รับต่อวันต่ำลงในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยยาที่มีขนาดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ diazepam, lorazepam, sertraline, amitriptyline, nortriptyline และ trazodone ดังแสดงใน **ตารางที่ 3**

วิจารณ์

จากผลการศึกษาพบว่า โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยคือโรคซึมเศร้า และรองลงมาคือโรควิตกกังวลตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (HDC) เพราะเป็นโรคที่อยู่ใน 3 อันดับโรคที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมากที่สุด อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ได้แสดงให้เห็นว่าสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชแต่ละโรคมีการเปลี่ยนแปลงระหว่างช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของผู้ป่วยนอกจิตเวชใหม่

ลักษณะพื้นฐานของประชากร	ช่วงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19		P Value
	ก่อนการแพร่ระบาด (N=8,663)	หลังการแพร่ระบาด (N=6,933)	
อายุ, ปี, ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	42.7 $\pm$ 17.96	42.5 $\pm$ 17.66	0.668
เพศ จำนวน (ร้อยละ)			
ชาย	3,735 (43.1)	2,973 (42.9)	0.771
หญิง	4,928 (56.9)	3,960 (57.1)	
โรคทางจิตเวชที่เป็น จำนวน (ร้อยละ)			
โรคซึมเศร้า	3,055 (35.3)	2,269 (32.7)	<0.001
โรควิตกกังวล	1,392 (16.1)	1,380 (19.9)	
โรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า	605 (7.0)	578 (8.3)	
โรคจิตเภท	695 (8.0)	506 (7.3)	
โรคจิตเวชอื่นๆ	2,916 (33.7)	2,200 (31.7)	
สิทธิการรักษา จำนวน (ร้อยละ)			
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,115 (12.9)	834 (12.0)	<0.001
ข้าราชการ	1,157 (13.4)	1,101 (15.9)	
ประกันสังคม	266 (3.1)	164 (2.4)	
ชำระเงินเอง	6,124 (70.7)	4,834 (69.7)	

ตารางที่ 2 สัดส่วนความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า

กลุ่มยา	ก่อนการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 19 (N=8,663)		หลังการแพร่ระบาด ของไวรัสโควิด 19 (N=6,933)		Crude OR (95% CI)	P Value	Adjusted OR (95% CI)	P Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
ทั้งหมด	7,635	88.1	6,237	90.0	1.21 (1.01-1.34)	<0.001*	1.15 (1.03-1.29)	0.010*
Benzodiazepines	6,303	72.8	5,315	76.7	1.23 (1.14-1.32)	<0.001*	1.21 (1.12-1.30)	<0.001*
Alprazolam	293	3.4	301	4.3	1.30 (1.10-1.53)	0.002*	1.18 (1.00-1.40)	0.047*
Clonazepam	1,355	15.6	1,380	19.9	1.34 (1.23-1.46)	<0.001*	1.34 (1.24-1.46)	<0.001*
Clorazepate	920	10.6	429	6.2	0.56 (0.49-0.62)	<0.001*	0.52 (0.46-0.59)	<0.001*
Diazepam	1,175	13.6	1,234	17.8	1.38 (1.26-1.50)	<0.001*	1.39 (1.27-1.51)	<0.001*
Lorazepam	4,476	51.7	3,720	53.7	1.08 (1.02-1.15)	0.013*	1.07 (1.00-1.14)	0.05
Antidepressants	5,669	65.4	4,608	66.5	1.05 (0.98-1.12)	0.179	1.04 (0.95-1.13)	0.397
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)								
Escitalopram	167	1.9	105	1.5	0.78 (0.61-1.00)	0.051	0.76 (0.59-0.98)	0.032*
Fluoxetine	1,786	20.6	1,138	16.4	0.76 (0.70-0.82)	<0.001*	0.75 (0.68-0.81)	<0.001*
Fluvoxamine	9	0.1	8	0.1	1.11 (0.43-2.88)	0.829	1.04 (0.40-2.72)	0.929
Paroxetine	3	0.0	5	0.1	2.08 (0.50-8.72)	0.315	1.82 (0.43-7.64)	0.415
Sertraline	2,761	31.9	2,522	36.4	1.22 (1.14-1.31)	<0.001*	1.24 (1.16-1.34)	<0.001*
Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)								
Desvenlafaxine	15	0.2	10	0.1	0.83 (0.37-1.85)	0.654	0.78 (0.35-1.76)	0.555
Duloxetine	3	0.0	15	0.2	6.26 (1.81-21.63)	0.004*	6.08 (1.75-21.05)	0.004*
Venlafaxine	54	0.6	69	1.0	1.60 (1.12-2.29)	0.010*	1.62 (1.13-2.32)	0.009*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ปรับค่า odd ratio ด้วย โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา

ตารางที่ 2 สัดส่วนความชุกของการส่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า (ต่อ)

กลุ่มยา	ก่อนการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด 19 (N=8,663)		หลังการแพร่ระบาด ของไวรัสโควิด 19 (N=6,933)		Crude OR (95% CI)	P Value	Adjusted OR (95% CI)	P Value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
Noradrenaline dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)								
Bupropion XR	56	0.6	51	0.7	1.14 (0.78-1.67)	0.503	1.18 (0.80-1.73)	0.397
Noradrenaline & specific serotonin antidepressants (NaSSAs)								
Mianserin	49	0.6	44	0.6	1.12 (0.75-1.69)	0.578	1.19 (0.79-1.79)	0.415
Mirtazapine	45	0.5	58	0.8	1.58 (1.07-2.33)	0.021*	1.56 (1.05-2.32)	0.028*
Melatonin agonist								
Agomelatine	36	0.4	35	0.5	1.22 (0.76-1.94)	0.411	1.09 (0.68-1.75)	0.718
Serotonin agonist and antagonist								
Vortioxetine	52	0.6	59	0.9	1.42 (0.98-2.07)	0.066	1.32 (0.90-1.93)	0.153
Tricyclic antidepressants (TCAs)								
Amitriptyline	804	9.3	370	5.3	0.55 (0.48-0.62)	<0.001*	0.54 (0.47-0.61)	<0.001*
Clomipramine	19	0.2	40	0.6	2.64 (1.53-4.56)	0.001*	2.54 (1.46-4.40)	0.001*
Imipramine	50	0.6	33	0.5	0.82 (0.53-1.28)	0.389	0.76 (0.49-1.19)	0.238
Nortriptyline	382	4.4	402	5.8	1.33 (1.16-1.54)	<0.001*	1.42 (1.22-1.64)	<0.001*
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs)								
Trazodone	772	8.9	689	9.9	1.13 (1.01-1.26)	0.029*	1.13 (1.01-1.26)	0.028*
Norepinephrine reuptake inhibitors (NaRIs)								
Reboxetine	2	0.0	1	0.0	0.62 (0.06-6.89)	0.701	0.69 (0.06-7.62)	0.763

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$

ปรับค่า odd ratio ด้วย โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยและสิทธิการรักษา

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Benzodiazepines			
Alprazolam			
ก่อนการแพะระบัด (n=238)	0.53 ± 0.33	-0.05 (-0.10-0.01)	0.098
หลังการแพะระบัด (n=236)	0.49 ± 0.27		
Clonazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,335)	1.18 ± 0.80	0.00 (-0.06-0.07)	0.952
หลังการแพะระบัด (n=1,380)	1.18 ± 0.87		
Clorazepate			
ก่อนการแพะระบัด (n=860)	6.60 ± 2.50	1.06 (0.67-1.44)	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=271)	7.66 ± 2.89		
Diazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,053)	6.69 ± 7.13	-1.28 (-1.90-(-0.66))	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=972)	7.03 ± 5.41		
Diazepam injection			
ก่อนการแพะระบัด (n=19)	10.53 ± 2.94	-1.10 (-2.74-0.53)	0.181
หลังการแพะระบัด (n=26)	9.42 ± 2.29		
Lorazepam			
ก่อนการแพะระบัด (n=2,831)	1.88 ± 2.33	-0.28 (-0.39-((-0.17))	<0.001*
หลังการแพะระบัด (n=2,284)	1.60 ± 1.65		
Antidepressants			
Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs)			
Escitalopram			
ก่อนการแพะระบัด (n=166)	8.03 ± 4.69	0.90 (-0.19-1.99)	0.901
หลังการแพะระบัด (n=105)	8.93 ± 3.98		
Fluoxetine			
ก่อนการแพะระบัด (n=1,786)	18.43 ± 7.08	0.36 (-0.16-0.88)	0.170
หลังการแพะระบัด (n=1,138)	18.80 ± 6.83		
Fluvoxamine			
ก่อนการแพะระบัด (n=10)	52.50 ± 27.51	-2.50 (-22.18-17.18)	0.780
หลังการแพะระบัด (n=8)	50.00 ± 0		
Paroxetine			
ก่อนการแพะระบัด (n=3)	40.00 ± 20	-26.00 (-72.94-20.94)	0.148
หลังการแพะระบัด (n=5)	14.00 ± 5.48		

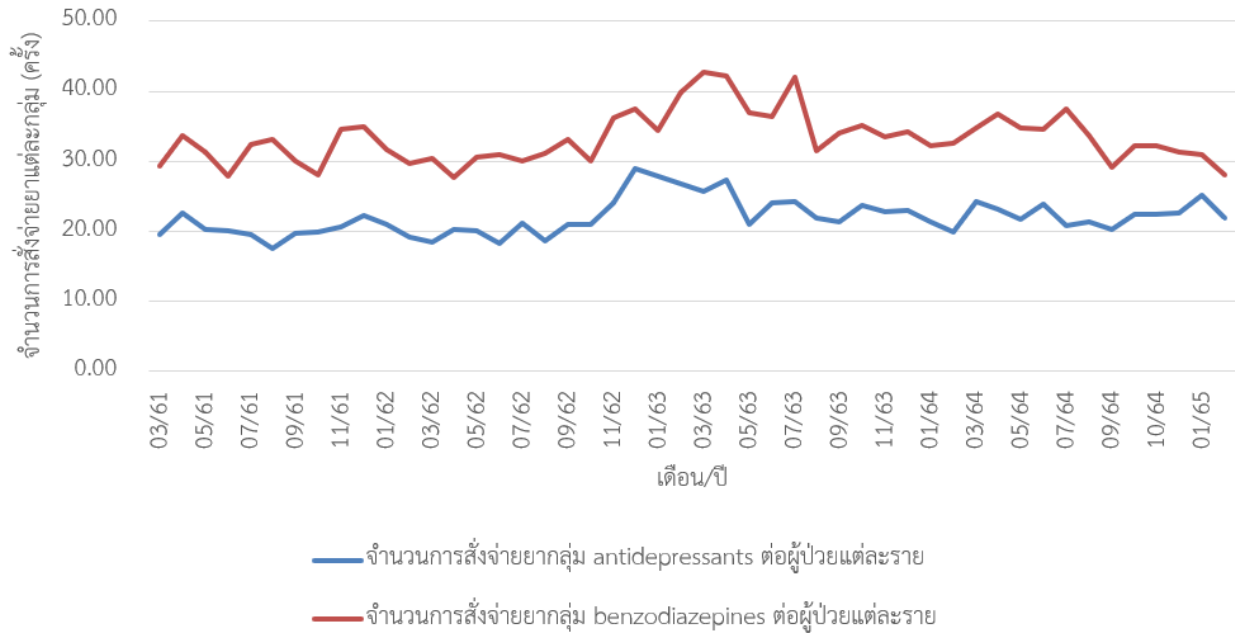
ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา (ต่อ)

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Sertraline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=2,761)	51.76 ± 20.63	-2.80 (-3.91-(-1.7))	<0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=2,522)	48.96 ± 20.24		
Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)			
Desvenlafaxine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=15)	63.33 ± 22.89	-8.33 (-25.57-8.91)	0.328
หลังการแพ้วระบาศ (n=10)	55.00 ± 15.81		
Duloxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=3)	30.00 ± 15.49	16.00 (-3.43-35.43)	0.100
หลังการแพ้วระบาศ (n=15)	46.00 ± 0		
Venlafaxine SR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=28)	99.11 ± 50.22	-4.11 (-24.55-16.34)	0.690
หลังการแพ้วระบาศ (n=45)	95.00 ± 37.16		
Venlafaxine XR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=29)	47.20 ± 16.33	0.30 (-9.79-10.39)	0.302
หลังการแพ้วระบาศ (n=30)	47.50 ± 21.87		
Noradrenaline dopamine reuptake inhibitors (NDRIs)			
Bupropion XR			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=56)	113.17 ± 65.34	39.04 (8.41-69.67)	0.013*
หลังการแพ้วระบาศ (n=51)	152.21 ± 90.75		
Noradrenaline & specific serotonin antidepressants (NaSSAs)			
Mianserin			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=49)	20.92 ± 9.93	-2.11 (-6.57-2.35)	0.349
หลังการแพ้วระบาศ (n=44)	18.81 ± 11.71		
Mirtazapine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=29)	23.53 ± 7.95	-1.03 (-6.22-4.16)	0.689
หลังการแพ้วระบาศ (n=14)	22.50 ± 7.78		
Mirtazapine Orodispersible			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=17)	15.00 ± 9.56	-0.34 (-5.44-4.76)	0.890
หลังการแพ้วระบาศ (n=44)	14.66 ± 5.1		

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยขนาดยา (ต่อ)

ขนาดยา	ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย (95% CI)	P Value
Melatonin agonist			
Agomelatine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=36)	26.74 ± 7.41	-2.81 (-6.08-0.46)	0.091
หลังการแพ้วระบาศ (n=35)	23.93 ± 6.34		
Serotonin agonist and antagonist			
Vortioxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=51)	9.90 ± 1.87	-0.33 (-1.19-0.54)	0.456
หลังการแพ้วระบาศ (n=59)	9.58 ± 2.67		
Tricyclic antidepressants (TCAs)			
Amitriptyline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=797)	13.20 ± 7.27	-1.34 (-2.12-(-0.55))	0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=357)	11.86 ± 5.77		
Clomipramine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=19)	26.32 ± 5.74	-0.69 (-3.25-1.87)	0.591
หลังการแพ้วระบาศ (n=40)	25.63 ± 3.95		
Imipramine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=50)	31.00 ± 14.78	-4.48 (-9.15-0.18)	0.059
หลังการแพ้วระบาศ (n=33)	26.52 ± 6.06		
Nortriptyline			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=384)	23.15 ± 14.26	-8.49 (-10.14-(-6.85))	<0.001*
หลังการแพ้วระบาศ (n=402)	14.66 ± 8.31		
Serotonin antagonist and reuptake inhibitors (SARIs)			
Trazodone			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=747)	48.90 ± 11.78	-1.91 (-3.17-(-0.65))	0.003
หลังการแพ้วระบาศ (n=663)	46.98 ± 12.36		
Norepinephrine reuptake inhibitors (NaRIs)			
Reboxetine			
ก่อนการแพ้วระบาศ (n=1)	1.50 ± 0.71	2.50	-
หลังการแพ้วระบาศ (n=2)	4.00 ± 0		

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $P<0.05$



แผนภูมิที่ 2 สัดส่วนความชุกของผู้ป่วยที่ได้รับยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาด้านเศร้า

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ได้แก่ โรควิตกกังวลและโรควิตกกังวลผสมซึมเศร้า โดยผลลัพธ์ของการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Metin A และคณะ⁷ ที่แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความหวาดกลัวมากขึ้น โดยเฉพาะในเพศหญิง⁹

ปัจจุบันมีการศึกษาอื่นๆ ที่เปรียบเทียบรูปแบบการสั่งจ่ายยาที่แตกต่างกันระหว่างช่วงก่อนและหลังการแพร่ระบาด เช่น การศึกษาของ Michael และคณะ⁸ ที่เปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กับรูปแบบการสั่งจ่ายยา โดยทำการศึกษาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา พบว่ามีการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนและยาด้านเศร้าเพิ่มขึ้น⁸ และอีกการศึกษาหนึ่งของ Uthayakumar และคณะ¹⁰ ที่ทำการศึกษาจากการสุ่มตัวอย่างร้านยาในประเทศแคนาดา เช่นเดียวกัน พบว่ายาด้านเศร้ามีการสั่งจ่ายลดลงในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 แต่กลับมาเพิ่มสูงขึ้นในเดือนสิงหาคมในปีเดียวกัน ในขณะที่ยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีรูปแบบการสั่งจ่ายที่ไม่แตกต่างจากเดิม¹⁰ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าแม้จะเป็นการศึกษาในประเทศเดียวกันก็อาจมีผลลัพธ์ที่ไม่สอดคล้องกัน ซึ่งอาจเป็นผลจากแหล่งข้อมูลในบริบทที่แตกต่างกัน

แม้ว่าจำนวนผู้เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลสวนปรงในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะลดลง แต่สัดส่วนของความชุกของการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนและ

ยาด้านเศร้า มีแนวโน้มการสั่งจ่ายที่เพิ่มขึ้นอย่างสอดคล้องกัน เมื่อทำการวิเคราะห์แยกระหว่างยาแต่ละกลุ่ม พบว่ายากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษานี้ของ Michael และคณะ⁸ ส่วนยาด้านเศร้ามีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุของผลการศึกษาดังกล่าวแล้ว อาจเป็นไปได้ว่าการที่ยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนมีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญนั้น เกิดจากสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรควิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า สัดส่วนความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนในโรงพยาบาลสวนปรงที่เพิ่มขึ้นในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับความชุกของโรคและการศึกษาอื่นที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิเคราะห์ความชุกการสั่งจ่ายยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนแยกตามชนิด พบว่าสัดส่วนของความชุกในการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ alprazolam, clonazepam และ diazepam ซึ่งยาเหล่านี้มักใช้ในการลดอาการวิตกกังวล สอดคล้องกับสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น ส่วน lorazepam มีการสั่งจ่ายเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ และในส่วนของ clonazepam มีการสั่งจ่ายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการที่ยา lorazepam มักเป็นยาที่สั่งจ่ายสำหรับช่วยนอนหลับ และ

clorazepate ไม่ได้เป็นยาที่มีการแนะนำให้ใช้สำหรับรักษาโรควิตกกังวลตามแนวทางการรักษาของ WFSBP มาตั้งแต่ปี 2008¹¹ ดังนั้นสัดส่วนของการสั่งจ่ายที่ลดลงมีความสอดคล้องกับแนวทางการรักษา

ผลการวิเคราะห์ความชุกการสั่งจ่ายยาแต่ละชนิดในกลุ่มยาต้านเศร้า มีสัดส่วนของความชุกในการสั่งจ่ายยาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์รวมทั้งกลุ่มยา โดยเฉพาะ sertraline ที่มีการสั่งจ่ายมากที่สุดในกลุ่มยาต้านเศร้า และเป็นหนึ่งในยาทางเลือกแรกตามแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ¹² สำหรับ fluoxetine แม้จะเป็นยาในกลุ่มเดียวกับ sertraline แต่ในปัจจุบันมีการสั่งจ่าย sertraline ในสัดส่วนที่สูงกว่า อาจเนื่องมาจาก fluoxetine มีแนวโน้มในการเกิดอันตรกิริยากับยาอื่นสูง¹³ ส่วน amitriptyline มีฤทธิ์ anticholinergic สูง จึงพบการสั่งจ่ายสำหรับต้านเศร้าน้อยลง โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับ nortriptyline¹⁴ นอกจากนี้จากแนวทางการรักษาของ CANMAT 2016 ยังไม่แนะนำยาในกลุ่ม tricyclic antidepressants (TCAs) เป็นยาทางเลือกแรก ดังนั้นจึงพบว่าผลลัพธ์ของการศึกษานี้สอดคล้องกับหลักการของเภสัชวิทยา แนวทางการรักษา และการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จึงอาจสรุปได้ว่าสัดส่วนของการจ่ายยาบางกลุ่มที่เปลี่ยนไปน่าจะเกิดจากการปรับเปลี่ยนแนวทางการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลตามแนวทางการรักษาที่เปลี่ยนแปลง และความตระหนักด้านความสมเหตุผลในการใช้ยามากกว่าเกิดจากการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

ค่าเฉลี่ยของขนาดยาในกลุ่มเบนโซไดอะซีปีนที่ผู้ป่วยได้รับต่อวันของยาทุกตัวลดลงภายหลังเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ยกเว้น clonazepam และ clorazepate ซึ่งการที่ขนาดยาส่วนใหญ่ลดลงนั้น อาจเป็นผลจากนโยบายของประเทศที่รองรับการแพร่ระบาดของโรค รวมถึงการจัดสรรวัคซีนที่เหมาะสมเพียงพอ ทำให้ลดความรุนแรงของความวิตกกังวลไปได้ และจากการพิจารณาขนาดยาแล้วพบว่า ขนาดยาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงคำแนะนำของแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปในสถานบริการระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ เพื่อใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการวิตกกังวลร่วมด้วย หรือผู้ที่มีปัญหาอนไมด์หลับ¹⁵ อย่างไรก็ตามขนาดยาที่แสดงในผลในการศึกษานี้ อาจคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากการศึกษานี้ไม่สามารถคำนวณขนาดยาที่ได้รับต่อวันได้หากผู้ป่วยได้รับยาที่มีวิธีบริหารแบบรับประทานเฉพาะเวลาที่มีอาการ (PRN) ส่วนขนาดยาด้านเศร้าพบว่าขนาด

ยาที่ได้รับต่อวันของยาทุกตัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งอาจเป็นเพราะการเริ่มยาในขนาดต่ำก่อน (titrate dose) นอกจากนี้ ยาบางตัวที่มีฤทธิ์ช่วยนอนหากใช้ในขนาดต่ำก็จะมีขนาดยาเฉลี่ยที่ต่ำ เช่น trazodone ดังนั้นการที่ขนาดยาต่ำลงอาจต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อวิเคราะห์ความชุกของการได้รับยาที่ละตัว พร้อมกับความชุกของอาการหรือโรคที่เกิดขึ้นร่วมด้วย

การศึกษานี้มีจุดเด่นคือ เป็นการศึกษาแรกที่มีจำนวนของผู้เข้าร่วมการศึกษามาก และจากการเก็บข้อมูลย้อนหลังเป็นระยะเวลากว่า 4 ปี ทำให้สามารถเห็นแนวโน้มการสั่งจ่ายยาของโรงพยาบาลได้ชัดเจน และเนื่องจากโรงพยาบาลที่ทำการศึกษาคือโรงพยาบาลจิตเวชเฉพาะทางขนาดใหญ่ของภาคเหนือ ผลลัพธ์เรื่องรูปแบบการสั่งจ่ายยาจึงเป็นข้อมูลที่มาจากรูปแบบที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์และบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง ทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือมากขึ้นในแง่ของแนวทางการรักษาที่เป็นไปอย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล เนื่องจากในช่วงปี พ.ศ. 2561 - 2562 เป็นช่วงที่โรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงระบบฐานข้อมูล จึงอาจทำให้ข้อมูลที่ได้น่าเชื่อถือลดลง ข้อมูลที่ขาดหายไปอาจทำให้การวิเคราะห์ปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อรูปแบบการสั่งจ่ายยาคลาดเคลื่อนไปได้ และยังมีข้อสังเกตที่ว่าความชุกที่เพิ่มขึ้นของโรควิตกกังวล อาจเป็นผลมาจากการที่สัดส่วนของผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ ลดลง นอกจากนี้การนำผลลัพธ์ของการศึกษานี้ไปใช้อาจมีข้อจำกัดบางประการ เนื่องจากสิทธิการรักษาส่วนใหญ่เป็นการชำระเงินเอง จึงอาจไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้กับโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาประกันสุขภาพถ้วนหน้า และนโยบายในการเข้าถึงผู้ป่วยโรคจิตเวชในประเทศไทยก็มีความแตกต่างจากต่างประเทศ จึงจะต้องมีการพิจารณาถึงข้อจำกัดเหล่านี้ก่อนที่จะนำผลลัพธ์ไปปรับใช้

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในอนาคต ควรมีการเก็บข้อมูลปัจจัยที่มีแนวโน้มที่จะส่งผลกระทบและทำการวิเคราะห์อย่างละเอียด โดยเฉพาะความสัมพันธ์ของการวินิจฉัยโรคและรูปแบบการสั่งจ่ายยาแต่ละตัว เพื่อพิจารณาถึงความเหมาะสมของการใช้ยาในสถานการณ์ทางสังคม หรือทางระบบสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่จำกัดเพียงเฉพาะสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้สามารถนำไปวางแผนระบบยาในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อสำรองยาให้ตรงตามความต้องการของ

ผู้มารับบริการในกรณีเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินของประเทศ โดยเฉพาะการสำรวจยากลุ่มเบนโซไดอะซีปีนเป็นหลัก

สรุป

ความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีน และ/หรือ ยาต้านเศร้า ในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับช่วงก่อนการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 และความชุกของการสั่งจ่ายยาเบนโซไดอะซีปีนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าขนาดยาที่ได้รับต่อวันในช่วงหลังการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ลดลง การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการสั่งจ่ายยาเมื่อเกิดเหตุการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคในโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลสวนปรุง ที่ได้ให้โอกาสในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการศึกษาวิจัยนี้ และขอขอบคุณผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยนี้

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

การศึกษานี้ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับหน่วยงานใดๆ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

ขวัญจิรา ศรีดาวเรือง: มีส่วนร่วมในการออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; ลัทธิมา คำสอ: มีส่วนร่วมในการทบทวนวรรณกรรม ออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เก็บข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; น้ำฝน ปิยะตระกูล: มีส่วนร่วมในการติดต่อประสานงานกับโรงพยาบาลสวนปรุง เก็บข้อมูล อภิปรายผล และเขียนบทความ; เรวดี เจริญร่วมจิต: มีส่วนร่วมในการออกแบบระเบียบวิธีวิจัย พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล อภิปรายผล เขียนบทความ และตรวจสอบแก้ไขบทความ

เอกสารอ้างอิง

1. da Rosa Mesquita R, Francelino Silva Junior LC, Santos Santana FM, Farias de Oliveira T, Campos Alcântara R, Monteiro Arnozo G, et al. Clinical manifestations of COVID-19 in the general population: systematic review. *Wien Klin Wochenschr* 2021;133(7-8):377-82.
2. Bertini CD Jr, Khawaja F, Sheshadri A. Coronavirus disease-2019 in the immunocompromised host. *Clin Chest Med* 2023;44(2):395-406.
3. Koçak O, Koçak ÖE, Younis MZ. The psychological consequences of COVID-19 fear and the moderator effects of individuals' underlying illness and witnessing Infected friends and family. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(4).
4. Corpuz JCG. Adapting to the culture of 'new normal': an emerging response to COVID-19. *J Public Health* 2021;43(2):e344-e5.
5. Antipova A. Analysis of the COVID-19 impacts on employment and unemployment across the multi-dimensional social disadvantaged areas. *Soc Sci Humanit Open* 2021;4(1):100224.
6. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. *J Affect Disord* 2020;277:55-64.
7. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, et al. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health* 2020;16(1):57.
8. Campitelli MA, Bronskill SE, MacLagan LC, Harris DA, Cotton CA, Tadrous M, et al. Comparison of medication prescribing before and after the COVID-19 pandemic among nursing home residents in Ontario, Canada. *JAMA Netw Open* 2021;4(8):e2118441.
9. Metin A, Erbiçer ES, Şen S, Çetinkaya A. Gender and COVID-19 related fear and anxiety: a meta-analysis. *J Affect Disord* 2022;310:384-95.
10. Uthayakumar S, Tadrous M, Vigod SN, Kitchen SA, Gomes T. The effects of COVID-19 on the dispensing rates of antidepressants and benzodiazepines in Canada. *Depress Anxiety* 2022;39(2):156-62.
11. Bandelow B, Zohar J, Hollander E, Kasper S, Möller HJ, Zohar J, et al. World federation of societies of biological psychiatry (WFSBP) guidelines for the pharmacological treatment of anxiety, obsessive-compulsive and post-traumatic stress disorders - first revision. *World J Biol Psychiatry* 2008;9(4):248-312.
12. Department of Mental Health, Ministry of Public Health, Thailand. Clinical practice guideline of major depressive disorder for general practitioner: CPG-MDD-GP. Bangkok: Department of Mental Health; 2010.
13. Preskorn SH, Borges-Gonzalez S, Flockhart D. Clinically relevant pharmacology of neuropsychiatric drugs approved over the last three years: part II. *J Psychiatr Pract* 2006;12(5):312-6.
14. Mu A, Weinberg E, Moulin DE, Clarke H. Pharmacologic management of chronic neuropathic pain: review of the Canadian pain society consensus statement. *Can Fam Physician* 2017;63(11):844-52.
15. Susman J, Klee B. The role of high-potency benzodiazepines in the treatment of panic disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2005;7(1):5-11.

การศึกษาเปรียบเทียบคะแนนแบบประเมินปรีชาญาณมอนทรีออล (MoCA) ในผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม

กุลธิดา แสงคลัง*, เจษฎา เขียวขจี*, พงศกร รุ่งวิทยานุกูล**

*สถาบันประสาทวิทยา

**ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะคะแนนของแบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม และเพื่อศึกษาหาความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมของแบบประเมิน MoCA ในการจำแนกภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน

วิธีการศึกษา รูปแบบการศึกษาเป็นการศึกษาย้อนหลัง โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยพาร์กินสันที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 98 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 56 ราย และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 42 ราย ซึ่งผู้ป่วยทั้งหมดมีผลการประเมินภาวะปรีชาญาณ (cognitive domain) ด้วยแบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย (TMSE) และแบบประเมินปรีชาญาณมอนทรีออล (MoCA)

ผลการศึกษา เมื่อเปรียบเทียบคะแนนของข้อทดสอบทั้งหมดในแบบประเมิน MoCA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน (PD) และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) พบว่าคะแนนรวม MoCA ของทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยในเกือบทุกด้านของปรีชาญาณ (cognitive domain) โดยกลุ่ม PD มีคะแนนเฉลี่ยในด้าน visuospatial, immediate memory, delayed memory, attention, language และ orientation สูงกว่ากลุ่ม PDD แต่ไม่พบความแตกต่างกันในด้าน naming และ abstraction นอกจากนี้ยังพบว่า MoCA เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิภาพในการแยกแยะกลุ่มผู้ป่วย PDD ออกจากกลุ่มผู้ป่วย PD โดยมีจุดตัดของคะแนนรวมที่เหมาะสมคือ ≤ 16 คะแนน (sensitivity 74%, specificity 82%)

สรุป การศึกษานี้พบ cognitive domains ที่น่าสนใจหลายด้าน และน่าจะเป็นส่วนประกอบในการช่วยพิจารณาความบกพร่องของปรีชาญาณในผู้ป่วยพาร์กินสันได้ เช่น complex attention, executive and visuo-spatial functions และ delay memory

คำสำคัญ แบบประเมินปรีชาญาณมอนทรีออล ผู้ป่วยพาร์กินสัน ภาวะปรีชาญาณบกพร่อง

Corresponding author: พงศกร รุ่งวิทยานุกูล

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: pongsakorn11rw@gmail.com, pongsakorn.run@mahidol.ac.th

วันรับ : 14 กุมภาพันธ์ 2567 วันแก้ไข : 22 กรกฎาคม 2567 วันตอบรับ : 10 สิงหาคม 2567

Comparison of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) between Patients with Parkinson's Disease and Parkinson's Disease Dementia

Kultida Sangklung*, Jedsada Khieukhajee*, Pongsakorn Rungwittayanuwat**

*Neurological Institute of Thailand

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

ABSTRACT

Objective: This study is aimed to compare the characteristics of scores from the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) between Parkinson's disease patients (PD) and patients with Parkinson's disease with dementia (PDD), in order to determine the sensitivity, specificity, and appropriate cutoff scores of the MoCA for distinguishing dementia in PD patients.

Methods: This retrospective study utilized data from the medical records of PD patients who were receiving treatments at the outpatient department of the Neurological Institute of Thailand from January 2017 to December 2021. There is a total of 98 patients, where 56 patients had PD and 42 had PDD. All patients were assessed using the measurements of Thai Mental State Examination (TMSE) and the Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

Results: Significant differences were found between the two groups when comparing the total MoCA scores. Differences in average scores were found in almost all cognitive domains, with the PD group scoring higher in visuospatial, immediate memory, delayed memory, attention, language, and orientation domains compared to the PDD group. However, no significant differences between the two groups were found in naming and abstraction domains. As a result, MoCA was found to be an effective tool for differentiating PD from PDD groups, with an appropriate cutoff score of ≤ 16 points (sensitivity 74%, specificity 82%).

Conclusion: These cognitive domains, such as, complex attention, executive and visuo-spatial functions, and delayed memory, could potentially serve as pivotal components in evaluating cognitive impairment among patients with PDD.

Keywords: MoCA, Parkinson's disease, Cognitive Impairments

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสันเป็นโรคของความเสื่อมทางระบบประสาทที่พบบ่อยที่สุดโรคหนึ่งในผู้สูงอายุไทย ข้อมูลทางระบาดวิทยาในปี พ.ศ. 2553 - 2554 พบว่าความชุกของโรคพาร์กินสันในประเทศไทยเท่ากับ 242.57 ต่อประชากร 100,000 คน หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 1 ในผู้สูงอายุที่มากกว่า 60 ปีขึ้นไป¹ เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่าอาการเด่นของผู้ป่วยโรคพาร์กินสันคือจะมีอาการสั่น (tremor) โดยจะเป็นอาการสั่นของมือหรือขาขณะพัก (rest tremor) แต่นอกจากนี้แล้วยังมีอาการอื่นๆ ได้แก่ อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) อาการเกร็ง (rigidity) และอาการทรงตัวลำบาก (postural instability)² พยาธิสภาพหลักของการเกิดโรคพาร์กินสันคือการลดลงของเซลล์หนึ่งของสมองในส่วน Basal Ganglia ที่เรียกว่า Substantia Nigra par compacta (SNc) โดยทั่วไปแล้วเซลล์สมองส่วนนี้จะมีลักษณะเป็นสีดำ แต่หากเมื่อเซลล์นี้เสื่อมลงก็จะทำให้สีดำของ Substantia Nigra มีลักษณะจางลง นอกจากนี้ยังพบกลุ่มก้อนโปรตีนที่เรียกว่า Lewy body ในบริเวณ Substantia Nigra อย่างไรก็ตาม Lewy body ไม่ได้พบแค่ในสมองของผู้ป่วยพาร์กินสันเท่านั้น แต่อาจพบได้ในโรคความเสื่อมของระบบประสาทอื่นๆ ด้วย

เซลล์สมองส่วน Substantia Nigra มีหน้าที่สำคัญในการสร้างสารสื่อประสาทโดปามีน (dopaminergic neuron) ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่สำคัญในการทำให้เกิดการเชื่อมโยง และการผ่านต่อของกระแสประสาทจากสมองในส่วนต่างๆ โดยเฉพาะในเรื่องของการเคลื่อนไหว การที่ระดับของโดปามีนในสมองลดลงนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยพาร์กินสันมีอาการสั่น เคลื่อนไหวช้า และติดขัด ดังนั้นการวินิจฉัยทางพยาธิวิทยาของโรคพาร์กินสันในปัจจุบันคือการตรวจพบความเสื่อมของเซลล์ในส่วน Basal Ganglia โดยเฉพาะในเซลล์ที่มีหน้าที่ในการผลิตสารโดปามีนในส่วนของ Substantia Nigra ร่วมกับการตรวจพบ Lewy body ใน Basal Ganglia และสมองส่วนใกล้เคียง^{2,3}

เนื่องจากโรคพาร์กินสันเกิดจากการที่ระดับของโดปามีนลดลงในระบบประสาทส่วนกลาง ดังนั้นการรักษาโรคพาร์กินสันในปัจจุบันจึงประกอบด้วยการรักษาด้วยยาหลายกลุ่ม โดยเฉพาะยาในกลุ่ม dopaminergic ที่ออกฤทธิ์เพื่อเพิ่มปริมาณโดปามีนหรือเพิ่มการทำงานที่เกี่ยวข้องกับโดปามีนในสมองโดยใช้ยา Levodopa เป็นยาหลัก ซึ่งเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาโรคพาร์กินสัน อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่มียาใดสามารถรักษา

โรคพาร์กินสันให้หายขาดได้ นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการตอบสนองต่อยาไม่สม่ำเสมอ จึงมีการรักษาโรคพาร์กินสันด้วยวิธีการกระตุ้นสมองส่วนลึก (Deep Brain Stimulation: DBS) โดยเป็นการผ่าตัดวางลวดนำไฟฟ้าและขั้วไฟฟ้า ในสมองส่วนลึกบริเวณ Subthalamic nucleus (STN) หรือบริเวณ Globus pallidus interna วางสายเชื่อมต่อที่บริเวณใต้หนังศีรษะ และผ่าตัดวางเครื่องกระตุ้นสมองไว้ใต้ผิวหนังบริเวณหน้าอกของผู้ป่วย โดยหน้าที่หลักของอุปกรณ์นี้คือการปล่อยกระแสไฟฟ้า เพื่อกระตุ้นการทำงานของกลุ่มเซลล์ประสาทสมองส่วนลึกอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น³

อย่างไรก็ตามปัญหาของโรคพาร์กินสันไม่ได้มีเพียงแค่ปัญหาด้านการเคลื่อนไหวเท่านั้น แต่ยังประกอบไปด้วยกลุ่มอาการที่นอกเหนือจากการเคลื่อนไหว (Non - Motor Symptoms: NMS) เช่น ปัญหาเรื่องการดมกลิ่นและการรับรส ปัญหาเรื่องการนอนหลับ ปัญหาการพูดและกลืนลำบาก ปัญหาเรื่องการขับถ่าย ภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวล เป็นต้น โดยบางอาการสามารถเกิดนำมาก่อนอาการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติอีกด้วย⁴ ซึ่งอาการเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพาร์กินสันอย่างยิ่ง นอกจากอาการที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว อาการที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ ภาวะปริชาณบกพร่อง (cognitive impairment) ซึ่งพบได้ราวร้อยละ 30^{1,5,6}

ภาวะปริชาณบกพร่องของผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (Parkinson's with dementia: PDD) นั้นอาจแตกต่างจากผู้ป่วยอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) โดยเฉพาะในด้าน attention, executive และ visuo-spatial functions และมักพบว่าการนำเข้าสู่ข้อมูลความจำ (memory encoding) กับความผิดปกติทางด้านภาษาของผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) จะบกพร่องน้อยกว่าผู้ป่วยอัลไซเมอร์⁷ หลายงานวิจัยก่อนหน้านี้^{8,9} รายงานว่ามีโอกาสสูงมากที่ผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะปริชาณบกพร่องเล็กน้อย (PD-MCI) จะกลายเป็นผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) ในเวลาต่อมา อีกทั้งหากผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะปริชาณบกพร่องร่วมมักถูกรายงานว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตที่มากขึ้นด้วย¹⁰

การตรวจวินิจฉัยแยกโรคพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น นอกจากจะใช้การสังเกตอาการทางคลินิกของโรคแล้ว การใช้เครื่องมือประเมินทางประสาทจิตวิทยาจะช่วยแพทย์ในการวินิจฉัยได้มากขึ้น แบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เป็นแบบประเมินหนึ่งที่มีนิยมใช้ในการประเมินภาวะปริชาณบกพร่องในคนไข้พาร์กินสัน¹¹⁻¹³ เนื่องจาก MoCA เป็นเครื่องมือ

คัดกรองสมองเบื้องต้นที่สั้นกระชับ โดยใช้เวลาเพียง 10 - 15 นาที และมีเป้าหมายเพื่อคัดกรองความบกพร่องของภาวะปริซัน (cognitive impairment) แบบประเมิน MoCA ประกอบด้วย 7 ด้านของปริซัน ได้แก่ visuospatial/executive functions, naming, memory, attention, language, abstraction และ orientation^{14,15} โดยมีคะแนนรวมทั้งสิ้น 30 คะแนน และมีคะแนนพิเศษเพิ่มขึ้น 1 คะแนน หากผู้รับการทดสอบมีระดับการศึกษาที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 ปี (สำหรับประเทศไทยได้คะแนนพิเศษเพิ่มขึ้นเมื่อระดับการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี)

คุณสมบัติของแบบประเมิน MoCA มีความสามารถในการตรวจวัดความผิดปกติทางด้านปริซันแม้จะมีเพียงเล็กน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านของ executive functions โดย Kelvin Chou (2014)¹¹ เสนอแนะว่าควรใช้ MoCA ประเมินภาวะปริซันของผู้ป่วยพาร์กินสันมากกว่าการใช้แบบประเมิน MMSE เนื่องจากผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทั่วไปแล้วจะมีความบกพร่องด้านการจัดการขั้นสูง (executive functions) เด่นชัดกว่าความบกพร่องทางความจำ (memory) นอกจากนี้ David Gill (2008)¹⁶ ยังพบว่า domain ของ visuospatial และ executive functions เป็นที่ประจักษ์ว่ามีความเกี่ยวข้องกับอาการพาร์กินสันระยะเริ่มต้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงได้ทำการศึกษาลักษณะคะแนนแบบประเมิน MoCA ของผู้ป่วยพาร์กินสันเปรียบเทียบกับผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเป็นการศึกษาวิเคราะห์ในแต่ละด้านต่างๆ ของ cognitive domain เพื่อนำผลการวิเคราะห์มาประยุกต์ใช้ทางคลินิก ในการพิจารณาภาวะความบกพร่องด้านปริซันได้เด่นชัดมากขึ้น และอาจไปรวมถึงช่วยลดทอนเวลาและความเหนื่อยล้าที่อาจเกิดจากการประเมินด้วยเครื่องมือทดสอบทางจิตประสาทวิทยาในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะคะแนนของ MoCA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมและศึกษาหาความไว (sensitivity) ความจำเพาะ (specificity) และจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมของแบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เพื่อจำแนกภาวะสมองเสื่อมในกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสัน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (retrospective

analytic study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของสถาบันประสาทวิทยา ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม 2564 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระต่อกัน ดังนี้

$$n / \text{group} = \frac{[2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2]}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

โดย σ^2 คือค่าความแปรปรวนรวมเท่ากับ 0.16, X_1 และ X_2 คือคะแนนเฉลี่ยด้าน abstraction ของ MoCA ในแต่ละกลุ่มอ้างอิงจากการศึกษาของ Tivadar Lucza และคณะ (2015)¹⁴ ที่ศึกษาเรื่อง Screening mild and major neurocognitive disorders in Parkinson's disease คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาได้เท่ากับกลุ่มละ 38 ราย และเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับกลุ่มละ 42 ราย

ทางผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจากเวชระเบียนที่มีการบันทึกถึงผลทดสอบด้วยเครื่องมือ TMSE และ MoCA โดยนักจิตวิทยาคลินิก สถาบันประสาทวิทยา รวมถึงมีการบันทึกถึงการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Parkinson's disease (ICD-10 codes G20) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ Queen's Square Brain Bank criteria ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 103 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันจำนวน 57 ราย และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมจำนวน 46 ราย ทั้งนี้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อยกว่า 4 ปี และมีการบันทึกว่าไม่สามารถทำแบบทดสอบได้ครบถ้วนจะถูกคัดออก โดยกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันถูกคัดออก 1 ราย เหลือ 56 ราย และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมถูกคัดออก 4 ราย เหลือ 42 ราย รวมทั้งสิ้น 98 ราย

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย

เป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 55 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น Parkinson's disease (ICD-10 codes G20) ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ Queen's Square Brain Bank criteria และมีการทำแบบทดสอบ TMSE และ MoCA ในครั้งสุดท้ายที่มาพบแพทย์ (last visit) ครบถ้วน โดยผู้วิจัยคัดแยกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันต้องมีคะแนนของแบบทดสอบ TMSE ในครั้งสุดท้าย (last visit) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์มากกว่าหรือเท่ากับ

24 คะแนนและไม่มีประวัติจากการบันทึกในเวชระเบียนจากแพทย์ถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม

กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีคะแนนของแบบทดสอบ TMSE ในครั้งสุดท้าย (last visit) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ตั้งแต่ 18 - 23 คะแนน และมีประวัติจากการบันทึกในเวชระเบียนจากแพทย์ถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงานหรือการเข้าสังคม และถูกประเมินจากทีมผู้วิจัยว่าเข้าได้กับ probable PDD ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ the Movement Disorder Society (MDS, 2007)⁹ โดยจะต้องมีรายงานของการบกพร่องทางปริชา 2 ใน 4 ด้านหลัก ได้แก่ attention, executive, visuo-spatial functions และ memory

เกณฑ์การคัดออกจากการวิจัย

มีประวัติภาวะสมองเสื่อมก่อนได้รับการวินิจฉัย Parkinson's disease หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ได้รับบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury) หรือมีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และลักษณะทางคลินิกของอาการพาร์กินสัน

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบสมรรถภาพทางสมองของไทย Thai Mental State Examination (TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองของไทย ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน ได้แก่ orientation, registration, attention, calculation, language และ recall คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีค่าปกติ (cut off point) >23 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะปริชามอนหรือฮอล the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทยโดย พญ.โสฬพัทธ์ เหมรัญชโรจน์¹⁷ ถูกแปลมาจากแบบประเมิน MoCA ของ Ziad Nasreddine และคณะ (2005)¹⁸ ประกอบด้วยการประเมิน cognition ทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ visuospatial/executive, naming, memory, attention, language, abstraction และ orientation คะแนนเต็ม 30 คะแนน โดยมีค่าปกติ (cut off point) ≥25 คะแนน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงร่างงานวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของสถาบันประสาทวิทยาแล้ว ผู้วิจัยทำการทบทวนเวชระเบียนของผู้ป่วย

พาร์กินสันที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าตามกำหนด ตั้งแต่เดือนมกราคม 2560 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 และมีบันทึกข้อมูลจากคะแนนแบบประเมิน TMSE และ MoCA ในครั้งสุดท้าย (last visit) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างจากการวินิจฉัยของแพทย์โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 Parkinson's disease คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนน TMSE ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ส่วนกลุ่มที่ 2 Parkinson's disease dementia คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคพาร์กินสัน และมีบันทึกถึงผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงานหรือการเข้าสังคม รวมทั้งมีคะแนน TMSE อยู่ในช่วง 18 - 23 คะแนน และถูกประเมินจากทีมผู้วิจัยว่าเข้าได้กับ probable PDD ตามเกณฑ์วินิจฉัยของ the Movement Disorder Society (MDS, 2007)⁹ ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยที่ประกอบไปด้วย เพศ อายุ การศึกษา ลักษณะทางคลินิกของอาการพาร์กินสัน คะแนนแบบประเมิน TMSE และคะแนนแบบประเมิน MoCA ในครั้งสุดท้าย (last visit) ที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์นำมาวิเคราะห์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งสองกลุ่ม ด้วยสถิติ t-test independence test และ chi-square test จากนั้นนำตัวแปรที่พบว่ามี ความแตกต่างกัน มาวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน จากนั้นทำการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristics (ROC) และวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (area under ROC curve) เพื่อศึกษาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) รวมถึงการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมของแบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ในการจำแนกผู้ป่วยพาร์กินสันแต่ละกลุ่ม

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติงานวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขโครงการ 65039 เอกสารที่ 039/2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทางประชากรศาสตร์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าจำนวนเพศชายและเพศหญิงของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีร้อยละของเพศชาย 67.90 และเพศหญิง ร้อยละ 32.10 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีร้อยละของเพศชาย 64.30 และเพศหญิง ร้อยละ 35.70 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาและระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = .08 และ .39 ตามลำดับ) โดยจำนวนปีที่ได้รับการศึกษานั้นพบว่า กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ 11.11 ปี และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวนปีการศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ 9.26 ปี และระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคพาร์กินสันก็พบว่ากลุ่มพาร์กินสันมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 7.79 ปี และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีระยะเวลาเจ็บป่วยเฉลี่ยอยู่ที่ 6.90 ปี อย่างไรก็ตามผลวิเคราะห์พบว่าอายุของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 65.55 ปี และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ 68.83 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีอายุที่เริ่มแสดงอาการของโรคพาร์กินสันที่แตกต่างกันเช่นกัน กล่าวคือกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีอายุที่เริ่มแสดงอาการของโรคโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 57.79 ปี และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีอายุที่เริ่มแสดงอาการของโรคโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 61.98 ปี ตามตารางที่ 1

จากตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนข้อทดสอบทั้งหมดในแบบประเมิน MoCA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยสถิติ t -test และ chi-square test พบว่าคะแนนรวม MoCA ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่กลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีค่าเฉลี่ย MoCA อยู่ที่ 20.11 (± 4.27) และกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีค่าเฉลี่ย MoCA อยู่ที่ 13.31 (± 4.48) นอกจากนี้ยังพบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยในเกือบทุกด้านของปริธาน โดยกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยมีรายละเอียดดังนี้ visuospatial ($2.38 > 1.31$; $p < .01$), immediate memory ($3.96 > 3.36$; $p < .01$), delayed memory ($2.41 > .60$; $p < .01$), attention ($4.86 > 3.29$; $p < .01$), language ($1.18 > .76$;

$p = .03$), และ orientation ($5.59 > 4.02$; $p < .01$) ซึ่งมีเพียงข้อทดสอบด้าน naming ($2.75, 2.60$; $p = .15$) และ abstraction ($.55, .29$; $p = .07$) เท่านั้นที่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้สำหรับ domain: memory, visuospatial, attention และ orientation ค่อนข้างน่าสนใจเนื่องจากทั้งค่า p -value ที่น้อยกว่า .01 แล้ว ค่าคะแนนระหว่างกลุ่มทั้งสองกลุ่มยังมีความแตกต่างกันสูงมาก อีกทั้งมีข้อทดสอบย่อยบางข้อใน domain ของปริธานด้าน visuospatial และ attention ที่น่าจะมีความสามารถในการแยกกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่จะทำได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากการแจกแจงข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างในตารางที่ 1 และ 2 พบว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความแตกต่างกันในบางประเด็น ได้แก่ อายุ จำนวนปีการศึกษา อายุที่เริ่มป่วย และคะแนนรวม MoCA ดังนั้นจึงนำตัวแปรดังกล่าวมาวิเคราะห์ด้วยสถิติ multiple logistic regression เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดบ้างที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน ตามที่ปรากฏในตารางที่ 3 โดยเมื่อนำตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ซึ่งประกอบไปด้วย อายุ จำนวนปีการศึกษา อายุที่เริ่มป่วย และคะแนนรวม MoCA ผลการวิเคราะห์พบว่ามีเพียงคะแนนรวม MoCA ตัวแปรเดียวเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน ส่วนตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ จำนวนปีการศึกษา และอายุที่เริ่มป่วย ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงคุณสมบัติของ MoCA เพิ่มเติมในการจำแนกผู้ป่วยระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมโดยศึกษาวิเคราะห์ในแต่ละด้านต่างๆ ของภาวะปริธาน (cognitive domain) ด้วยการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristics (ROC) และวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (area under ROC curve: AUC) เพื่อศึกษาความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) รวมถึงการหาจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมของแบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ในการจำแนกกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม

จากตารางที่ 4 แสดงผลการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristics (ROC) เพื่อพิจารณาจุดตัดที่เหมาะสมของเครื่องมือ MoCA ในการจำแนกผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วไป พร้อมแสดงค่าความไว (sensitivity) และความจำเพาะ (specificity) ของจุดตัดแต่ละ

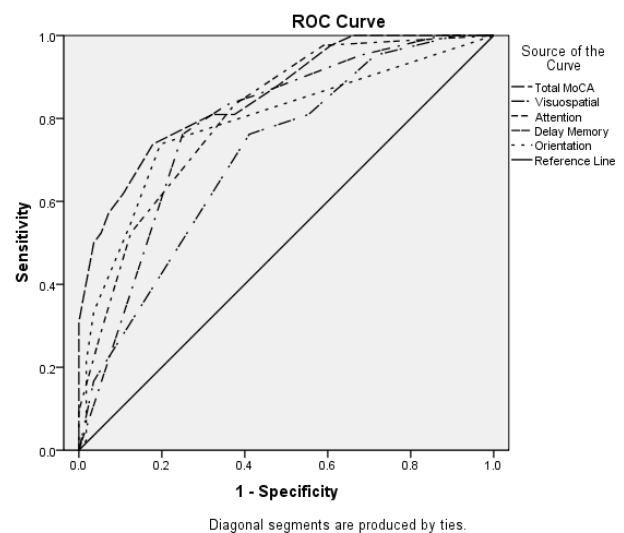
ตารางที่ 1 แจกแจงข้อมูลทางประชากรศาสตร์ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ t-test และ chi-square test

	Parkinson's disease (n=56)	Parkinson's disease with dementia (n=42)	p-value
เพศ, จำนวน (%)			
ชาย	38 (67.90%)	27 (64.30%)	
หญิง	18 (32.10%)	15 (35.70%)	.71
	Mean (s.d.)	Mean (s.d.)	
อายุ (ปี)	65.55 (6.52)	68.83 (7.24)	.02*
จำนวนปีการศึกษา (ปี)	11.11 (4.99)	9.26 (5.06)	.08
อายุที่เริ่มป่วย (ปี)	57.79 (6.93)	61.98 (10.29)	.03*
ระยะเวลาการป่วย (ปี)	7.79 (4.17)	6.90 (5.83)	.39

*Statistic significant level < .05

ตำแหน่งในคะแนนรวม MoCA ผลการวิเคราะห์พบว่าจุดตัดคะแนนที่เหมาะสมอยู่ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน โดยมีค่าความไว 73.80% ค่าความจำเพาะ 82.10%

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (area under ROC curve) เพื่อวัดประสิทธิภาพของเครื่องมือในการจำแนกกลุ่มของแบบประเมิน the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) มีค่าเท่ากับ .86 (95%CI .78 - .93) และมีจุดตัดที่เหมาะสมอยู่ที่ ≤ 16 คะแนน มีค่าความไว (sensitivity) อยู่ที่ 73.80% ความจำเพาะ (specificity) อยู่ที่ 82.10% มีค่าพยากรณ์ผลบวก (positive predictive value, PPV) เท่ากับ 75.60% และค่าพยากรณ์ผลลบ (negative predictive value, NPV) เท่ากับ 80.70% ซึ่งแสดงถึงประสิทธิภาพของแบบประเมิน MoCA ในการคัดกรองผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมแยกออกจากผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วไป นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบปรีชา (cognitive domain) ที่น่าสนใจบางด้าน (ที่ AUC > .70; P < .01) ที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการพิจารณาร่วมกับคะแนนรวมของ MoCA ได้แก่ attention (cut off = ≤ 4 , AUC = .81; P < .01, PPV = 62.50%, NPV = 83.30%), orientation (cut off = ≤ 4 , AUC = .79; P < .01, PPV = 76.70%, NPV = 72.10%), delay memory (cut off = ≤ 1 , AUC = .78; P < .01, PPV = 69.60%, NPV = 80.80%), และ visuospatial (cut off = ≤ 1 , AUC = .71; P < .01, PPV = 58.20%, NPV = 76.70%) ซึ่งอาจจะช่วยในการพิจารณาแยกแยะภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสันออกจากผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทั่วไป



รูปที่ 1 แสดง ROC curve ของคะแนนรวม MoCA และ cognitive domains ต่างๆ

วิจารณ์

การคัดกรองผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) แยกจากผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทั่วไป (PD) นั้นมีความสำคัญทางคลินิกในเชิงทั้งการวินิจฉัยโรคและรายละเอียดของการรักษาที่มีประสิทธิภาพ¹⁴ ซึ่งการที่จะคัดกรองแยกความผิดปกติทางภาวะปรีชาที่ไม่รุนแรงนั้นอาจทำได้ลำบากเมื่อไม่มีเครื่องมือที่มี

ตารางที่ 2 แจกแจงข้อมูลเปรียบเทียบจำนวน (ร้อยละ) / ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) ของข้อทดสอบทั้งหมดในแบบประเมิน MoCA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ t-test และ chi-square test

	Parkinson's disease (n=56)	Parkinson's disease with dementia (n=42)	t / chi-square	p-value
	Mean (s.d.)	Mean (s.d.)		
คะแนนรวม MoCA	20.11 (4.27)	13.31 (4.48)	7.64	< .01**
Visuospatial	2.38 (1.47)	1.31 (1.07)	4.15	< .01**
Trial making	.39 (.49)	.07 (.26)	4.16	< .01**
Failure (%)	34 (60.70%)	39 (92.90%)	13.05	< .01**
Success (%)	22 (39.30%)	7 (7.10%)		
Cube drawing	.18 (.39)	.02 (.15)	2.72	< .01**
Failure (%)	46 (82.10%)	41 (97.60%)	5.77	.02*
Success (%)	10 (17.90%)	1 (2.40%)		
Clock drawing	1.80 (.94)	1.21 (.90)	3.12	< .01**
Naming	2.75 (.69)	2.60 (.80)	1.00	.15
Immediate memory	3.96 (1.08)	3.36 (1.28)	2.54	.01**
Learning memory	.55 (1.06)	.52 (.86)	.15	.83
Attention	4.86 (1.20)	3.29 (1.27)	6.26	< .01**
Digit forward	.91 (.29)	.79 (.42)	1.67	.10
Failure (%)	5 (8.90%)	9 (21.40%)	3.06	.08
Success (%)	51 (91.10%)	33 (78.60%)		
Digit backward	.79 (.41)	.55 (.50)	2.50	.02*
Failure (%)	12 (21.40%)	19 (45.20%)	6.30	.01*
Success (%)	44 (78.60%)	23 (54.80%)		
Target tapping	.91 (.29)	.69 (.47)	2.70	< .01**
Failure (%)	5 (8.90%)	13 (31.00%)	7.76	< .01**
Success (%)	51 (91.10%)	69 (69.00%)		
Serial 100-7	2.25 (.81)	1.26 (.73)	6.20	< .01**
Language	1.18 (1.11)	.76 (0.79)	2.17	.03*
Sentence repetition	.88 (.88)	.67 (.79)	1.22	.23
0 score (%)	25 (44.60%)	22 (52.40%)		
1 score (%)	13 (23.20%)	12 (28.60%)	2.12	.35
2 score (%)	18 (32.10%)	8 (19.00%)		
Verbal fluency	.30 (.46)	.10 (.30)	2.70	< .01**
Failure (%)	39 (69.60%)	38 (90.50%)	6.19	.01*
Success (%)	17 (30.40%)	4 (9.50%)		
Raw verbal fluency	7.66 (5.06)	4.71 (3.35)	3.46	< .01**
Abstraction	.55 (.78)	.29 (.64)	1.87	.07
0 score (%)	35 (62.50%)	34 (81.00%)		
1 score (%)	11 (19.60%)	4 (9.50%)	3.9	.14
2 score (%)	10 (17.90%)	4 (9.50%)		
Delay memory	2.41 (1.78)	.60 (1.21)	6.01	< .01**
Orientation	5.59 (1.04)	4.02 (1.75)	5.16	< .01**

*statistic significant level < .05, **statistic significant level < .01

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ตัวแปรที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยพาร์กินสัน โดยใช้ multiple logistic regression

ตัวแปร	Odds ratio	95% CI	Z	p-value	R ²
อายุ (ปี)	.97	.83 - 1.14	-.36	.72	.36
จำนวนปีการศึกษา (ปี)	1.05	.92 - 1.20	.79	.79	
อายุที่เริ่มป่วย (ปี)	1.05	.93 - 1.19	.76	.76	
คะแนนรวม MoCA	.68	.58 - .80	-4.57	< .01**	

**statistic significant level < .01

ตารางที่ 4 แสดงค่าความไว (sensitivity) และค่าความจำเพาะ (specificity) ของจุดตัดของคะแนน MoCA สำหรับจำแนกกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการวิเคราะห์เส้นโค้ง Receiver Operating Characteristics (ROC)

	Cut off point	Sensitivity	Specificity
คะแนนรวม MoCA	≤15	61.90%	89.30%
	≤16	73.80%	82.10%
	≤17	81.00%	67.90%
	≤18	81.00%	62.50%
	≤19	88.10%	51.80%
	≤20	97.60%	39.30%
	≤21	100.00%	33.90%
	≤22	100.00%	26.80%
	≤23	100.00%	23.20%
	≤24	100.00%	19.60%
	≤25	100.00%	16.10%

ประสิทธิภาพ ดังนั้นถือเป็นโอกาสอันดีที่ประเทศไทยมีเครื่องมือการคัดกรองภาวะปรีชานบกพร่องที่ได้รับการตรวจสอบความถูกต้อง และมีความแม่นยำในการวินิจฉัยสูง สามารถทำซ้ำได้และยังใช้เวลาทดสอบไม่นาน ซึ่งก็คือ the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ฉบับภาษาไทย¹⁷ การศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบประเมิน MoCA เป็นเครื่องมือที่ดีในการแยกแยะผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วไป โดยมีจุดตัดของคะแนนรวมที่เหมาะสมคือ ≤16 คะแนน (sensitivity = 73.80%, specificity = 82.10%) ซึ่งตรงกับการศึกษาในประเทศไทยของ โสพิพัทธ์ และคณะ (2015)¹⁷ อย่างไรก็ตามตัวเลขจุดตัดที่เหมาะสมน้อยกว่าการศึกษาต่างประเทศ^{6,14} ที่พบว่า MoCA มีความแม่นยำในการวินิจฉัยสำหรับผู้ป่วย PDD โดยมีจุดตัดคะแนนในช่วง ≤20 จนถึง

≤23 คะแนน และมีค่า sensitivity อยู่ในช่วง 81% - 86%, specificity ในช่วง 84% - 86% แต่ทั้งนี้การศึกษาที่ผ่านมา^{6,11,12,14} ยังคงแนะนำว่าแบบประเมิน MoCA เป็นเครื่องมือคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับการประเมินความบกพร่องทางปรีชานในผู้ป่วยพาร์กินสันทั้งที่จุดตัดที่เหมาะสมเป็นตัวเลขที่น้อยกว่า 25 คะแนนก็ตาม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังพบ cognitive domain ที่น่าสนใจ ในบางด้าน ได้แก่ attention, orientation, memory และ visuospatial ซึ่งสนับสนุนงานศึกษาที่ผ่านมา^{7,9,19} ที่อธิบายลักษณะของผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) ว่ามักจะมีอาการของปรีชานได้หลายด้าน ทั้ง attention, memory, executive and visuo-spatial functions และตัวผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมบางอย่าง ดังนั้นผลการศึกษานี้จึงอาจนำมาซึ่งการประยุกต์ใช้ในคลินิกเพื่อช่วยพิจารณา ร่วมกับคะแนนรวมของ MoCA ในการประเมินผู้ป่วยและวินิจฉัยโรคได้อย่างแม่นยำมากขึ้น

สำหรับปรีชานด้าน attention และด้าน orientation Murat Emre (2007)⁹ ได้อธิบายไว้ว่าผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม (PDD) มักจะแสดงให้เห็นถึงความแปรปรวนของ attention ได้มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) และ Kelvin Chou (2014)¹¹ อธิบายไว้ว่าแม้แต่ผู้ป่วยพาร์กินสันโดยทั่วไป (PD) ยังอาจแสดงถึงความบกพร่องของภาวะปรีชาน ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ของด้าน executive functions และ attention ด้วย สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยพบว่าข้อทดสอบปรีชานด้าน attention และ orientation ของ MoCA เป็นตัวทำนายที่ดีในการแยกแยะผู้ป่วย PDD ออกจากผู้ป่วย PD ซึ่งทั้งด้าน attention และ orientation นี้มีคะแนนเต็ม 6 คะแนน และมีจุดตัดอยู่ที่ ≤4 คะแนน ซึ่งสามารถยอมรับความผิดพลาดได้ 2 คะแนน นอกจากนี้เนื่องจากข้อทดสอบส่วนใหญ่ของ attention จะเกี่ยวข้องกับ complex attention ได้แก่ digit backward (1 คะแนน), tapping (1 คะแนน) และ series 100 - 7 (3 คะแนน) ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องใช้การใส่ใจ

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์พื้นที่ใต้กราฟ (area under ROC curve), ค่าความไว (sensitivity), ความจำเพาะ (specificity), ค่าพยากรณ์ผลบวก (PPV) และค่าพยากรณ์ผลลบ (NPV) ของแบบประเมิน MoCA

	Maximum Score	Cut-off point	Sensitivity	Specificity	Positive Predictive Value (PPV)	Negative Predictive Value (NPV)	Area under curve (95%CI)	p-value
MoCA	30	≤16	73.80% (61.20% - 86.40%)	82.10% (71.20% - 93.10%)	75.60% (62.80% - 88.40%)	80.70% (69.80% - 91.60%)	.86 (.78 - .93)	< .01**
Visuospatial	5	≤1	76.20% (61.80% - 90.60%)	58.90% (46.50% - 71.40%)	58.20% (45.60% - 70.70%)	76.70% (62.60% - 90.90%)	.71 (.61 - .81)	< .01**
Naming	3	-	-	-	-	-	.56 (.44 - .67)	.34
Immediate memory	5	≤4	81.00% (67.20% - 94.70%)	35.70% (23.80% - 47.60%)	48.60% (36.90% - 60.20%)	71.40% (53.00% - 89.90%)	.65 (.53 - .76)	.02*
Attention	6	≤4	83.30% (69.70% - 96.90%)	62.50% (50.70% - 74.30%)	62.50% (50.70% - 74.30%)	83.30% (69.70% - 96.90%)	.81 (.72 - .89)	< .01**
Language	3	-	-	-	-	-	.60 (.49 - .71)	.10
Abstraction	2	-	-	-	-	-	.59 (.48 - .70)	.12
Delay memory	5	<1	76.20% (62.90% - 89.50%)	75.00% (63.50% - 86.50%)	69.60% (57.00% - 82.20%)	80.80% (68.90% - 92.60%)	.78 (.69 - .88)	< .01**
Orientation	6	≤4	54.80% (42.10% - 67.50%)	87.50% (76.50% - 98.50%)	76.70% (60.50% - 92.80%)	72.10% (61.30% - 82.80%)	.79 (.69 - .88)	< .01**

*statistic significant level < .05, **statistic significant level < .01

จดจำในงานอย่างต่อเนื่องและสามารถแยกแยะหรือสับเปลี่ยนข้อมูลได้แม้จะมีสิ่งอื่นมารบกวนก็ตาม ซึ่งผู้ป่วย PDD ที่มักจะมี ความบกพร่องทางปริชาณด้าน attention จึงมีความยากลำบากใน การใช้ทักษะนี้เพื่อทำข้อทดสอบได้สำเร็จ

ความบกพร่องของภาวะปริชาณทางด้าน memory โดยเฉพาะ delay memory ซึ่งผู้ป่วยจะต้องระลึก (free recall) ถึงสิ่งของ 5 อย่าง ที่ถูกมอบหมายให้จดจำไว้ตั้งแต่เริ่มต้นการทดสอบได้เอง โดยพบว่าข้อทดสอบนี้เป็นข้อทดสอบที่เหมาะสมในการใช้แยกแยะ ผู้ป่วย PDD ออกจากผู้ป่วย PD ซึ่งมีคะแนนเต็ม 5 คะแนน และมี จุดตัดอยู่ที่ <1 คะแนน แสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยพาร์กินสันไม่สามารถระลึกตัวเอง (free recall) ได้เลย มีโอกาสสูงที่จะมีภาวะ สมองเสื่อมร่วมด้วย ถึงแม้ว่าโดยทั่วไปนั้นผู้ป่วย PD มักจะถูก รายงานว่ามีปัญหาความจำได้บ้าง แต่มักจะมีจุดบกพร่องเด่นใน ด้านการ retrieval มากกว่าการ encoding หรือ storage ซึ่งผู้ป่วย PD มักจะดึงข้อมูลออกมาได้จากการถูกกระตุ้นช่วยด้วยคำใบ้ (cue) แต่สำหรับผู้ป่วย PDD นั้น แม้จะมีการช่วยให้คำใบ้แล้วก็ตาม แต่ผู้ป่วยมักจะไม่สามารถเรียกคืนข้อมูลกลับมาได้⁹

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ความบกพร่องที่ พบได้บ่อยในผู้ป่วยพาร์กินสันมักถูกรายงานจากหลายการศึกษา ก่อนหน้า^{5,7,9,11,13,14,19} ได้แก่ด้าน visuospatial และเช่นเดียวกับ การศึกษาครั้งนี้ที่สนับสนุนว่าผู้ป่วยพาร์กินสันมักจะพบปัญหาด้าน visuospatial ร่วมด้วย โดยพบว่าผู้ป่วย PD มีค่าเฉลี่ยของคะแนน ด้านนี้อยู่ที่ $2.38 (\pm 1.47)$ จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน แต่อย่างไร ก็ตามยังพบว่าปริชาณด้าน visuospatial อาจจะสามารถแยกแยะ ผู้ป่วย PDD ออกจากผู้ป่วย PD ได้ด้วยเช่นกัน เนื่องจาก visuospatial ของ MoCA มีคะแนนเต็มที่ 5 คะแนน และมีจุดตัด อยู่ที่ ≤ 1 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าหากผู้ป่วยพาร์กินสันทำ คะแนนรวมในด้านนี้ได้เพียง 1 คะแนน หรือทำไม่ถูกต้องเลย น่าจะมีโอกาสที่จะมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยเช่นกัน อีกทั้งด้าน visuospatial ยังประกอบไปด้วยข้อทดสอบย่อย 3 ข้อด้วยกัน ได้แก่ trial making (1 คะแนน), cube drawing (1 คะแนน) และ clock drawing (3 คะแนน) ซึ่งข้อทดสอบย่อยทั้งสามด้าน ดังกล่าวต้องใช้ทักษะของการจัดการขั้นสูง (executive functions) และ visuospatial ในการทำข้อทดสอบให้สำเร็จ

สำหรับข้อทดสอบของ naming และ digit forward ดูเป็น ข้อทดสอบที่ง่ายเกินไปจนไม่มีพลังมากพอในการแยกกลุ่มผู้ป่วย PDD ออกจากผู้ป่วย PD ซึ่งข้อทดสอบ naming เป็นการถามถึง ชื่อเรียกของสัตว์สามชนิด โดยการทำงานนี้สำเร็จเป็นการใช้ความจำ

ระยะยาวในการระบุชื่อเรียกของสัตว์ ซึ่งโดยส่วนมากแล้วผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมทั่วไปที่อาการไม่รุนแรงมากมักจะยังไม่พบความ บกพร่องของความจำระยะยาว และการศึกษานี้ก็พบว่ากลุ่มผู้ป่วย ทั้งสองกลุ่มให้คำตอบได้ถูกต้องใกล้เคียงกันมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของ กลุ่มผู้ป่วย PD อยู่ที่ $2.75 (\pm .69)$ และกลุ่มผู้ป่วย PDD อยู่ที่ $2.60 (\pm .80)$ ส่วนข้อทดสอบ digit forward สำหรับกลุ่มผู้ป่วย PD มี อัตราการตอบถูก 51 ราย (91.10%) ส่วนกลุ่มผู้ป่วย PDD มีอัตรา การตอบถูกต้อง 33 ราย (78.60%)

ในขณะที่ข้อทดสอบของ verbal fluency และ abstraction ดูเป็นข้อทดสอบที่มีความยากและระดับการศึกษามีผลอย่างมาก ต่อการที่จะทำข้อทดสอบได้ถูกต้อง จึงมีความไม่เหมาะสมมากนัก ในการแยกแยะผู้ป่วย PDD ออกจากผู้ป่วย PD เนื่องจากพบว่ามี อัตราการตอบถูกต้องของ verbal fluency นั้นต่ำ โดยกลุ่มผู้ป่วย PD อยู่ที่ 17 ราย (30.40%) และผู้ป่วย PDD อยู่ที่ 4 ราย (9.50%) ส่วนอัตราการตอบถูกต้องของด้าน abstraction สำหรับกลุ่มผู้ป่วย PD ที่ตอบถูกต้อง 1 ข้อ และถูกต้องทั้ง 2 ข้อ มีเพียง 11 ราย (19.60%) และ 10 ราย (17.90%) ตามลำดับ ส่วนกลุ่มผู้ป่วย PDD มีอัตราการตอบถูกต้องอยู่ที่ 4 ราย (9.50%) ทั้งตอบถูก 1 ข้อ และ ถูกทั้ง 2 ข้อ

สรุป

การเปรียบเทียบคะแนนของข้อทดสอบทั้งหมดในแบบ ประเมิน MoCA ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันและกลุ่มผู้ป่วย พาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อม พบว่าคะแนนรวม MoCA ของกลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ ยังพบความแตกต่างกันของคะแนนเฉลี่ยในเกือบทุกด้านของ cognitive domains โดยกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันมีคะแนนเฉลี่ยในด้าน visuospatial, immediate memory, delayed memory, attention, language และ orientation สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันที่มี ภาวะสมองเสื่อม แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้าน naming และ abstraction การศึกษาครั้งนี้พบว่าแบบ คัดกรอง MoCA เป็นเครื่องมือที่ดีในการแยกแยะผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ที่มีภาวะสมองเสื่อมออกจากผู้ป่วยพาร์กินสันทั่วไป โดยมีจุดตัด ของคะแนนรวมที่เหมาะสมคือ ≤ 16 คะแนน (sensitivity = 74%, specificity = 82%) นอกจากนี้ยังพบ cognitive domains ที่น่า สนใจหลายด้าน และน่าจะเป็นส่วนประกอบในการช่วยพิจารณา ความบกพร่องของปริชาณในผู้ป่วยพาร์กินสันได้ เช่น complex attention, executive and visuo-spatial functions และ delay memory

ข้อจำกัดของการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีจำนวนไม่มากนัก เนื่องจากในทางปฏิบัติงานจริงอาจพบผู้ป่วยพาร์กินสันที่มีภาวะสมองเสื่อมมาเข้ารับบริการได้น้อย ซึ่งต้องอาศัยทั้งเครื่องมือการทดสอบทางประสาทจิตวิทยา และวิจารณ์ญาณของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัย นอกจากนี้การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียน และคัดเลือกรวมตัวอย่างจากข้อมูลในเวชระเบียนตามเกณฑ์การคัดเข้าร่วมการวิจัย อาทิ ผลคะแนนของ TMSE และ MoCA, การถูกบันทึกจากแพทย์ถึงความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น โดยไม่ได้ประเมินอาการทางคลินิก ณ ปัจจุบันแบบรายบุคคล อีกทั้งเนื่องจากการสืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนกลุ่มผู้ป่วยพาร์กินสันในงานวิจัยนี้จึงยังไม่ได้ถูกจัดระดับความรุนแรงของโรค อาจส่งผลกระทบต่อความบกพร่องทางปริชานด้านต่างๆ

ข้อเสนอแนะ

ควรประเมินภาวะทางอารมณ์ของผู้ป่วยพาร์กินสันที่อาจจะกระทบต่อผลลัพธ์ของการทดสอบปริชาน ร่วมกับการอาการทางคลินิก ณ ปัจจุบันของผู้ป่วย และประเมินระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ Hoehn & Yahr พร้อมกับมีการศึกษาติดตามการเปลี่ยนแปลงในระยะยาวเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหัวหน้างานจิตวิทยาและเพื่อนร่วมงานในหน่วยงานจิตวิทยาทุกท่าน และเจ้าหน้าที่บุคลากรสถาบันประสาทวิทยาทุกท่าน ที่ได้ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัย และขอขอบคุณนายแพทย์เจษฎา เขียวขจี กลุ่มงานประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา อาจารย์ที่ปรึกษาทางวิจัย ที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี

ผลประโยชน์ขัดกัน (conflict of interest)

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่มีผลประโยชน์ขัดกัน

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์ (authors' contributions)

กุลธิดา แสงคลัง: รับผิดชอบเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือ ขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน ร่วมออกแบบและวางแผนการวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลและเขียนอภิปรายผลงานวิจัย; พงศกร รุ่งวิทยานุกุล: เขียนบทความ

บททวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ออกแบบและวางแผนการวิเคราะห์ข้อมูล เขียนรายงานผลการวิเคราะห์ และเขียนรายงานผลการวิจัย; เจษฎา เขียวขจี: การมีส่วนร่วมในผลงาน รับผิดชอบพัฒนารอบแนวคิดงานวิจัย แก้ไขให้คำแนะนำและตรวจสอบแก้ไขการอภิปรายผลงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Bhidayasiri R. Thai national formulary 2019 drugs used in Parkinson's disease. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing House; 2019.
2. Bhidayasiri R, Phanthumchinda K, Bunnag S. Parkinson's disease is treatable. 3rd. Bangkok: Chulalongkorn Center of Excellence for Parkinson's Disease and Related Movement Disorders; 2006.
3. Jitkrisadukul O, Bhidayasiri R. Neurological Perspectives of Parkinson's disease surgery. Bangkok: Chulalongkorn Center of Excellence for Parkinson's Disease and Related Movement Disorders; 2018.
4. Aarsland D, Cummings J, Weintraub D, Chaudhuri R. Neuropsychiatric and cognitive changes in Parkinson's disease and related movement disorders. New York: Cambridge University Press; 2013.
5. Hommanee N, Lolekha P. The comparative study of cognitive profiles using the Montreal Cognitive Assessment (MOCA) in Thai patients with Parkinson's disease and elderly subjects with and without dementia. Thai Journal of Neurology 2016; 32(1): 18-27.
6. Kim H, Nazer C, Zabetian C, Quinn J, Chung K, Hiller A, et al. Prediction of cognitive progression in Parkinson's disease using three cognitive screening measures. Clin Park Relat Disord 2019; 1: 91-7.
7. Poewe W, Gauthier S, Aarsland D, Leverenz J, Barone P, Weintraub D, et al. Diagnosis and management of Parkinson's disease dementia. Int J Clin Pract 2008; 62(10): 1581-7.
8. Janvin C, Aarsland D, Larsen J, Hugdahl K. Neuropsychological profile of patients with Parkinson's disease without dementia. Dement Geriatr Cogn Disord 2003; 15(3): 126-31.
9. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn D, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. Mov Disord 2007; 22(12):1689-707.
10. Backstrom D, Granasen G, Domellof M, Linder J, Jakobson S, Riklund K, et al. Early predictors of mortality in parkinsonism and Parkinson disease: a population-based study. Neurol Genet 2018; 91(22): 2045-56.
11. Chou K, Lenhart A, Koeppe R, Bohnen N. Abnormal MoCA and normal range MMSE scores in Parkinson disease without dementia: Cognitive and neurochemical correlates. Parkinsonism Relat Disord 2014; 20(10): 1076-80.
12. Vázquez K, Valverde E, Aguilar D, Gabarain H. Montreal Cognitive Assessment scale in patients with Parkinson disease with normal scores in the Mini-Mental State Examination. Dement Neuropsychol 2019; 13(1): 78-81.

13. Fengler S, Kessler J, Timmermann L, Zapf A, Elben S, Wojtecki L, et al. Screening for cognitive impairment in Parkinson's disease: Improving the diagnostic utility of the MoCA through subtest weighting. *PLoS One* 2016; 11(7): e0159318.
14. Lucza T, Karádi K, Kállai J, Weintraut R, Janszky J, Makkos A, et al. Screening mild and major neurocognitive disorders in Parkinson's disease. *Behav Neurol* 2015; 2015: 983606.
15. Henderson E, Chu H, Gaunt D, Whone A, Ben-Shlomo Y, Lyell V. Comparison of test your memory and Montreal cognitive assessment measures in Parkinson's disease. *Parkinsons Dis* 2016; 2016: 1012847.
16. Gill D, Freshman A, Blender J, Ravina B. The Montreal cognitive assessment as a screening tool for cognitive impairment in Parkinson's disease. *Mov Disord* 2008; 23(7): 1043-6.
17. Hemrungron S, Tangwongchai S, Charoenboon T, Panasawat M, Supasitthumrong T, Chaipresertsud P, et al. Use of the Montreal Cognitive Assessment Thai version (MoCA) 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.
18. Nasreddine Z, Phillips N, Bedirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53(4): 695-9.
19. Brønnick K, Emre M, Lane R, Tekin S, Aarsland D. Profile of cognitive impairment in dementia associated with Parkinson's disease compared with Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78(10): 1064-8.

วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

ปีที่ 32 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2567

สารบัญ		หน้า
บรรณาธิการแถลง		A
นิพนธ์ต้นฉบับ	ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพฤติกรรมและจิตใจในผู้สูงอายุสมองเสื่อม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลตติยภูมิของประเทศไทย วัชรพล สกฤติโรจน์, บุญศิริ จันศิริมงคล, พรประไพ แยกเต้า, สมสุข สมมะลวน, ณอมศรี ศรีศิริรินทร์, ตันติมา ตัวงโยธา, จักรพงศ์ โต๊ะหมุด	176
	การพัฒนาแนวปฏิบัติการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ระยะจับความรู้สึก สันติชัย ฉ่ำจิตรชื่น, สว่างจิตร วสุวัต, กันตรัตน์ เซาว์ทัศน์	189
	ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ต่อความเข้มแข็งทางใจ และภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อมรรัตน์ ไก่แก้ว, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์ฉัตรพร เกษโกมล	202
	ความสามารถในการใช้งานกับความพึงพอใจของบริการแชทบอทให้การปรึกษา ด้านสุขภาพจิต ภาสกร คุ่มศิริ, อีราพร กิตติวงศ์โสภาก, ศศิญา จันทร์แก้ว, อัสมะห์ เซ็งสะ	213
	การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน จังหวัดบุรีรัมย์ ศิลา จิรวิกรานต์กุล	224
	ผลของรูปแบบการฝึกอบรมแกนนำและครอบครัวพลังบวกต่อความรู้และการรับรู้ ความสามารถของตนเองในการใช้จิตวิทยาเชิงบวกของแกนนำและครอบครัว จริยญา แก้วสกุลทอง, อัจริยา วัชรวิวัฒน์	236
	ปัญหา อุปสรรค และแรงจูงใจของผู้ปกครองในการพาเด็กกลุ่มเป้าหมายมากระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TED4I ตามนัดหมายในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 ในเขตสุขภาพที่ 1 หทัยชนนี บุญเจริญ, ดวงกมล ตั้งวิริยะไพบุลย์, ภัทธินี ไตรสถิตย์, พิมพ์วรัชญ์ ศรีคำมูล, กชกานต์ คำหลวง, สรศักดิ์ ทราโยรินทร์, สาลินี อารงเลาหะพันธุ์	247
	The effect of group music therapy on perceived stress among international postgraduate students at Mahidol University, Thailand J J Maung	261
บทความพิเศษ	ประสบการณ์ของจิตแพทย์ไทยในการพัฒนา ICD-11 : กรณีของโรคจิตเฉียบพลันและชั่วคราว พิเชฐ อดมรัตน์	274
คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์		I
สารบัญวารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย		